

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

นางเปรมจิต จันทะแจ่ม

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธีมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

นางเปรมจิต จันทะแจ่ม

ผู้ศึกษา

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุษาวดี อัครวิเศษ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นาง วรธา ธีรไพบูลย์,

พ.บ., ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ พงศ์ คำตลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาและควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง พร้อมกันนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาดี อัครวิเศษ และ แพทย์หญิง วัชรารัตน์ ไพบุลย์ กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ปิยะภัทร เดชพระธรรม คุณ ประภา ยี่เอ็ง และคุณ ถาวรีย์ แสงงาม ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ขอขอบพระคุณ หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแคนดง หัวหน้าสถานีอนามัยป่าหนาม และเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขอำเภอแคนดงทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุนช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ทำให้การจัดทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และทุกคนในครอบครัว ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ศึกษาดังแต่เยาว์วัยจนถึงปัจจุบัน ขอขอบคุณ พี่ ๆ และเพื่อน ๆ ทุกท่านที่ช่วยเหลือเป็นกำลังใจ และให้ความห่วงใยซึ่งกันและกันตลอดมาจนสำเร็จการศึกษาครั้งนี้

เปรมจิต จันทะแจ่ม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CONTINUITY OF CARE AND REHABILITATION IN STROKE PATIENTS AT HOME USING A COMMUNITY-BASED APPROACH

เปรมจิต จันทะแจ่ม 4936705 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing), วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาคความพิการในการทำกิจกรรมหลงเหลืออยู่ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านด้วยวิธีการที่ถูกต้องและระยะเวลาที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นและลดความพิการ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Soukup (2000) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระยะที่ 1. evidence - trigger phase และระยะที่ 2. evidence - support phase มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งจากการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ และการสืบค้นด้วยมือ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 13 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 1. ระยะเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ทีมเจ้าหน้าที่ การเตรียมชุมชน และการจัดเตรียมเอกสารคู่มือต่าง ๆ 2. ระยะดำเนินการ เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน 3. ระยะประเมินผล แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้รับการประเมินเชิงเนื้อหาและเครื่องมือที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ พยาบาล/ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจ และให้ความรู้แก่นบุคลากรที่เกี่ยวข้องก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้และควรมีการศึกษานำร่อง เพื่อประเมินผลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงาน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง / การฟื้นฟูสมรรถภาพ / การดูแลที่บ้าน / การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CONTINUITY OF CARE AND REHABILITATION IN STROKE PATIENTS AT HOME USING A COMMUNITY - BASED APPROACH

PREMJICH JUNTAJAM 4936705 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (Nursing),
WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

When stroke patients leave the hospital and return home, most of them usually still have symptoms which may cause them to be disabled. If these patients receive appropriate and continuous care and rehabilitation at home, they can regain their functional status and reduce their level of disability.

The development of clinical nursing practice guidelines for the continuity of care and rehabilitation in stroke patients at home using a community - based approach was conducted based on the evidence-based practice model of Soukup (2000), which consists of four phases. However, in this study, the development involved only two phases: the evidence-trigger phase and the evidence-support phase. The search for research evidence was done both electronically and manually, and finally, a total of 13 research studies were retrieved. The research evidence was then analyzed and synthesized to develop clinical nursing practice guidelines which were then examined by a panel of four experts to ensure content validity, comprehensiveness, and language appropriateness. The developed guidelines were then revised and improved according to the experts' comments and suggestions until they were appropriate for use in enhancing the continuity of care and rehabilitation in stroke patients at home. These guidelines consisted of three components: 1. preparation of health care team, community and materials for stroke rehabilitation at home; 2. assessment of stroke patients, education and trained for care of stroke patients; and 3. evaluation of outcomes.

It is recommended that health care providers who use these guidelines be trained for comprehension before use. A pilot study to evaluate the guidelines will help to improve their feasibility and appropriateness concerning the context of the patients and their communities before actual implementation. The effectiveness of these guidelines should be continuously evaluated in order to develop and improve them.

KEY WORDS: STROKE / REHABILITATION / HOME CARE / COMMUNITY – BASED APPROACH

107 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นปัญหาหลัก	4
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
กรอบแนวคิดของการศึกษา	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
ขั้นตอนและวิธีการเลือกรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ	48
กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	
ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา	49
ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	55
สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	61
การวางแผนการดำเนินการในขั้นต่อไปตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	65
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	68
ข้อเสนอแนะ	69

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	70
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	76
รายการอ้างอิง	82
ภาคผนวก	94
ประวัติผู้ศึกษา	107



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	58
2	แสดงระดับและคุณภาพความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์	59
3	แสดงโปรแกรมการออกกำลังกาย	63
4	แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	101

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 แสดงแบบแผนการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	20
2 แสดงกรอบแนวคิดของการศึกษา	47
3 แสดงแผนผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	57



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากในปัจจุบันประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 6 แสนคน ในจำนวนนี้จะรุนแรงจนเสียชีวิตถึงปีละ 150,000 คน ส่วนอีก 1 แสนคนเป็นป่วยซ้ำ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) โรคนี้จึงนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญและพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรในประเทศตะวันตก รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง หรือเสียชีวิตเฉื่อยชาทีละ 11 ราย และเป็นสาเหตุหลักของความพิการในวัยผู้ใหญ่ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550; คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2551; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2550; American Heart Association, 2008) สำหรับประเทศไทย เช่น จีนและญี่ปุ่นพบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) สำหรับในประเทศไทยนั้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทวิทยา ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประเมินการว่า มีผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 427,800 คนต่อประชากร 62 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2548 และ 2549 พบว่ามีจำนวนการตายจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15,719 คนและ 12,921 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.27 และ 20.6 คนต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ นับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2549)

การศึกษาภาระโรคในปี พ.ศ. 2547 (Disability adjusted life years, DALYs) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้สูญเสียปีสุขภาวะหรือเป็นภาระทางสุขภาพอันดับ 3 ของประเทศไทย ซึ่งพบเป็นอันดับ 1 ในหญิงไทยและเป็นอันดับ 3 ของชายไทย (คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2551; ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2549) มีการคาดประมาณว่าในแต่ละปีจะมีประชากรไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์เพิ่มขึ้น เป็น 150,000 คน เสียชีวิตกว่า 45,000 คน และผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 80 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่คิดเป็นปีละประมาณ 84,000 คน ต้องเสียค่าใช้จ่ายรายละประมาณ 1 ล้านบาทต่อปี และต้องเสียค่าใช้จ่าย

ในการรักษาผู้ป่วยรายละประมาณ 5 แสนบาท คิดเป็นเงินทั้งสิ้นถึง 75,000 ล้านบาท (คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2551)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่อายุเกิน 65 ปีนั้น มีถึงร้อยละ 5 ทำให้ทั่วโลกจะต้องสูญเสียเงินหรือค่าใช้จ่ายไปอย่างมหาศาลในแต่ละปี เพราะไม่เพียงแต่สูญเสียในด้านทรัพยากรทางการเงิน แต่ยังต้องสูญเสียในด้านทรัพยากรบุคคลอีกด้วย นับว่าเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ต่อทั้งครอบครัว และสังคม ในรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่าในแต่ละปีจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ประมาณ 17,000 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ (พัชรวิมล คุปต์นิติศัยกุล, 2543; Caplan, 2000) จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาครัฐและสถานบริการสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น รวมถึงการมีนโยบายของภาครัฐที่ส่งเสริมการดูแลในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดอัตราการครองเตียง และยังเป็นการลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเทียบกับการให้บริการในสถานบริการ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธุ์สาธิตย์, 2549; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2550) จึงมีแนวโน้มที่จะให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพียงชั่วระยะเวลาสั้น ๆ เนื่องจาก ข้อจำกัดทางด้านบุคคล งบประมาณ และสถานที่ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพียงพอเพียง จึงมีการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤตออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ (จอม สุวรรณโณ, 2540) ทั้งที่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพและอาจกลายเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในที่สุด (ชัยลักษณ์ โอบอ้อม, 2548; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; Anderson et al., 2000) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นจากสมองบางส่วนถูกทำลาย เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือก้านสมอง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ตามลักษณะของการเกิด ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน 2) โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์, 2549; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองมีผลทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาท โดยมีลักษณะแบ่งตามตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ คือ หากเกิดพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงข้างขวา มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด และภาษา หากเกิดพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย การกระชัะและตำแหน่งผิดปกติ หากเกิดพยาธิสภาพที่สมองน้อย (cerebellum) ผู้ป่วยจะมีอาการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และหากเกิดพยาธิสภาพที่ก้านสมอง (brain stem) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง (กึ่งแก้ว

ปาจารย์, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; อรรถธร โดษยานนท์, 2544) เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แล้วหากไม่เสียชีวิตก็อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ จากการศึกษานี้ของ สมชัย ภิญญพานิชย์ (2549) กล่าวว่าโรคหลอดเลือดในสมองทำให้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15-20 พิกการขึ้นรุนแรงร้อยละ 20-30 และพิการเพียงเล็กน้อยหรือหายเป็นปกติร้อยละ 50 การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของ นุกูล นะปนพงศ์ ช่อลดา พันธุเสนาและนิตยา ตากวิริยะนันท์ (2537) พบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลได้แก่ ดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 90.9 และกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 68.7 นอกจากนี้ ยังมีปัญหาด้านการพูด การกลืน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางร่างกาย ความผิดปกติทางด้านการคิด สติปัญญา การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรู้สึก และสภาวะทางอารมณ์ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิชอบหรือช่วยเหลือตนเองได้ อาจส่งผลต่อความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ และการประกอบกิจวัตรด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทางอารมณ์ ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้ครอบครัวลำบาก มองตนเองมีปมด้อย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง (อรพรรณ ทองแดง, 2531 อ้างใน นันทพร ศรีน้อม, 2545) ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว การศึกษาของ สักดิ์ บวร (2541) พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 31 ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือในการเดิน และร้อยละ 16 ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมด จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นปัญหาเรื่องการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงนับว่าเป็นปัญหาในระดับประเทศ

ลักษณะของสังคมไทย ผู้ที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะเป็นบุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด จะต้องเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารึก ธานีรัตน์ (2545) ที่พบว่าบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลและเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา หรือผู้เกี่ยวข้องทางสายเลือดกับผู้ป่วย แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ประกอบกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนแตกต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป และถึงแม้ผู้ป่วย และครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นมาแล้วในขณะที่อยู่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล

ที่มีอุปสรรค และความพร้อมด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความ เป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน นอกจากนี้ ในช่วงระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีภาวะเครียดจากสถานการณ์ความไม่ชัดเจนในสภาพของผู้ป่วย หรือสิ่งแวดล้อมที่ขัดขวางต่อการ เรียนรู้ มีผลให้การรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยของผู้ดูแล หรือการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ดี (Sit et al., 2004 อ้างใน นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2550) อาจมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้ผู้ป่วยกลับมารับการ รักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) การศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) เกี่ยวกับความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพ ชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา พบว่า ผู้ดูแลมักเกิดภาวะเครียด เหนื่อยล้า พักผ่อน ไม่เพียงพอ มีอาการเจ็บป่วยทางจิต วิตกกังวล ซึมเศร้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะต้อง อาศัยความร่วมมือจาก ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ เกี่ยวข้องในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการบริการสาธารณสุขที่เน้นเกี่ยวกับการบริการ สุขภาพ ที่ผู้รับบริการควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2544; สำนักงาน ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) จากประสบการณ์ตรงของผู้ศึกษา พบว่า สภาพปัญหาการ จัดบริการระดับปฐมภูมิที่ขาดแคลนบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้มีผลต่อคุณภาพการจัดบริการสุขภาพ ในชุมชนที่ไม่สามารถดูแลและให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบ และ จากปัญหาการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความแยกส่วนกันในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ประกอบกับหน่วยงานของผู้ศึกษายังไม่มี แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้ศึกษาต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice model) ของ Soukup (2000) ซึ่งมีการวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ งานวิจัยอย่างเป็นระบบ มีการใช้ผลงานวิจัยสร้างเป็นแนวปฏิบัติซึ่งเป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มี ความน่าเชื่อถือ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวทางอย่างมีมาตรฐาน (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นำไปสู่การ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

ประเด็นหลัก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาความพิการในการทำหน้าที่ของร่างกายหลงเหลืออยู่ ทำให้มีความด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรม ผู้ป่วยจะมีการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก ได้แก่ กลไกที่หนึ่ง คือ การฟื้นตัวของระบบประสาทซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก กลไกที่สอง คือการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหรือความสามารถดีขึ้น ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคมโดยการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนให้แก่ผู้ป่วย เช่น ทางลาดชัน ห้องน้ำคนพิการ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงคนปกติ หรือเมื่อก่อนหน้าเกิดการเจ็บป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤติแล้วจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ จากนั้นหน่วยบริการที่ให้การรักษามักจะส่งตัวผู้ป่วยกลับหน่วยบริการต้นสังกัดตามแบบรายงานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (บส.1) โดยไม่มีการส่งมอบคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับสภาพปัญหาการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่ขาดแคลนบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้มีผลต่อคุณภาพการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ที่ไม่สามารถให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ยังพบว่าการเชื่อมโยงข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างสถานบริการ ยังไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ รูปแบบการให้บริการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความพร้อม และความตระหนักของหน่วยงานที่ให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ประกอบกับหน่วยงานของผู้ศึกษายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ดังนั้น จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติให้มากที่สุด ลดความพิการและความต้องการการพึ่งพาครอบครัวและญาติ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม/ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาโดยทบทวนจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ปัญหาที่พบบ่อยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
5. การประเมินผลการรักษา
6. แนวคิดการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ชุมชน

เป็นฐาน

1. โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular disease) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท อันเนื่องมาจาก ความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือก้านสมอง ทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดผิดปกติไป แบ่งได้เป็น 2 ชนิดตามลักษณะของการเกิด ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน 2) โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายอย่างชั่วคราวหรือถาวร อาการของโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และระยะเวลาที่เป็นนานเกิน 24 ชั่วโมง (เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์, 2549; นิพนธ์ พงวารินทร์, 2544; Barker & Rice, 2001; Book, 2002) โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความบกพร่องได้หลายอย่าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลนั้นและบุคคลใกล้ชิด ปัญหาหลักในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความพิการหรือไร้

ความสามารถ (disability) (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; ประมุข ทรวงจักรแก้วและพัชรวิมล กุปต์ นิรติศัยกุล, 2542; วัชรารวี ไพบูลย์, 2544; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; Duncan et al., 2005)

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก กล่าวคือ มีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดประมาณ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทยไว้ว่า สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2563 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าในประชากรที่อายุมากขึ้นจะมีอุบัติการณ์ของโรคมักขึ้นโดยเฉพาะเมื่ออายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ทำให้อาจคาดคะเนได้ว่าปัญหาจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองจะมีมากขึ้นในอนาคต (เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์, 2549; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; วัชรารวี ไพบูลย์, 2544; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2550; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) การที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีระดับความสามารถสูงขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการผสมผสานองค์ความรู้ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพและสังคม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; วัชรารวี ไพบูลย์, 2544) จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองนั้นนอกจากจะมีความสำคัญด้านจำนวนของผู้ป่วยแล้ว ยังมีความสำคัญในด้านขนาดของปัญหาอีกด้วย เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในที่มีขนาดใหญ่ที่สุด (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; อรฉัตร โดษยานนท์, 2544; American Heart Association, 2008)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วรอดชีวิตมาได้ ส่วนใหญ่อาจจะพิการ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 14 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 15-20 มีความพิการถาวร ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาสถานพยาบาล ร้อยละ 22 ของผู้ชายและร้อยละ 25 ของผู้หญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะตายภายใน 1 ปี ร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสภาพจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) ซึ่งจากที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่อง (impairment) ในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมทั่วไป เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่เดิมในสังคม อันเป็นผลมาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; วัชรารวี ไพบูลย์, 2544)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก ได้แก่ กลไกที่หนึ่ง คือ การฟื้นตัวของระบบประสาทซึ่งอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น การยุบตัวของสมอง การไหลเวียนเลือดของสมองดีขึ้นทำให้ระดับของปัญหาทางระบบประสาทลดลง ส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก เช่น กำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น การพูดดีขึ้น ส่วนกลไกที่สอง คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายอยู่ ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพ สภาพจิตใจ แรงจูงใจ ความช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัวและญาติ ส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; มนูญ บัญชรเทวกุล, 2549; วัชรารัตน์ไพบูลย์, 2544)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การรักษาระยะเฉียบพลัน เป้าหมายการรักษาในระยะนี้คือ พยายามลดขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและตาย พร้อมทั้งพยายามแก้ไขเนื้อสมองในตำแหน่งที่เป็นให้ฟื้นคืนสู่สภาพปกติ โดยให้การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้หลังจากเกิดภาวะนี้ ผลการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงจะดี นอกจากนี้ ยังต้องดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ทั้งทางด้านระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจ และระบบสมดุลเกลือแร่ เนื่องจาก ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงในที่สุด สำหรับการรักษาในระยะยาวนั้น นอกจากจะกินยาแล้วยังมีการทำกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะเพิ่มโอกาสให้ส่วนที่อ่อนแรงกลับมามีแรงมากขึ้นได้ เนื่องจากในปัจจุบัน ยังไม่มียาที่รักษาอาการที่เกิดขึ้นได้โดยตรง แต่ผู้ป่วยมีโอกาสที่อาการหรือความสามารถจะดีขึ้นได้จากการทำกายภาพบำบัดเป็นหลัก ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอี่ยมพร สกุกแก้ว, 2551)

2. ปัญหาที่พบบ่อยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดที่เกิดพยาธิสภาพ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวได้ ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลง ต่อจากนั้นจึงค่อย ๆ ฟื้นตัวขึ้นตามแบบแผนเฉพาะ โดยเริ่มมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ต่อมากล้ามเนื้อหดตัวพร้อมกันเป็นกลุ่ม ๆ (synergy pattern) และแยกสั่งการกล้ามเนื้อได้ในที่สุด (Brunnstrom, 1970 อ้างใน กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับปัญหานี้ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกาย เช่น การบริหารเพื่อคงพิสัยของข้อต่อ การออกกำลัง

เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ และการใช้เทคนิคพิเศษทางประสาทสรีรวิทยา เช่น proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF), neurodevelopmental technique (NDT) เป็นต้น (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

2.2 ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (spasticity) ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกมักก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ข้อยึดติด ผลจากการเสียดสี อาการเจ็บปวด ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก จึงเป็นอุปสรรคต่อการจัดทำหรือการดูแลสุขอนามัย การดูแลรักษาปัญหานี้ ประกอบด้วย การดูแลปัญหาทางการแพทย์ทั่วไป เพื่อลดความเครียดทางกายที่อาจกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกร็งมากขึ้น การจัดทำ การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อ การใช้กายอุปกรณ์ช่วยพยุง และการให้ยาลดการเกร็งหรือฉีดยาเพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อเฉพาะที่ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

2.3 ปัญหาการทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (incoordination) อาจเกิดจากความบกพร่องด้านกำลังของกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ หรือการทำงานผิดปกติของสมองส่วน cerebellum หรือระบบ vestibular การรักษาต้องมุ่งแก้ไขสาเหตุ ฝึกการทรงตัวและฝึกให้กล้ามเนื้อทำงานได้อย่างสอดคล้องกัน (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

2.4 การรับรู้ความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ ปัญหาการสูญเสียความรู้สึก อาจทำให้เกิดปัญหาที่ผิวหนัง ปัญหาการทรงตัวและการประสานการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้ดูแลต้องระวังผู้ป่วยในการสัมผัสของร้อนหรือของมีคมอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บได้ ต้องแนะนำให้ผู้ดูแลตรวจผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และใช้สายตาช่วยตรวจสอบความแม่นยำในการหยิบจับสิ่งของและช่วยการทรงตัว เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการปวดเนื่องจาการรอยโรคที่สมองเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีรอยโรคบริเวณ thalamus หรือ spinothalamic tract การรักษาประกอบด้วย การให้ยาลดอาการซึมเศร้า หรือยากันชัก เพื่อบรรเทาอาการปวด การใช้เทคนิค desensitization เป็นต้น (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

2.5 ปัญหาการเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนที่ เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในช่วงแรกที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากยังไม่สามารถเดินได้ต้องฝึกด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ การขยับร่างกายบนเตียง การพลิกตะแคง การลุกขึ้นนั่ง การเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นทำยืน การควบคุมลำตัว ท่าทาง การทรงตัว การถ่าน้ำหนักลงขาข้างที่อ่อนแรง เมื่อผู้ป่วยทำได้ดีแล้วจึงฝึกให้เดินโดยใช้ไม้เท้าและกายอุปกรณ์ประคองข้อเท้าช่วย แต่ก่อนที่จะทำการฝึกเดินนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรควบคุมกล้ามเนื้อเหยียดสะโพกได้ ไม่มีข้อต่อของขาข้อใดยึดติด และทรงตัวได้ดี ซึ่งพบว่า ร้อยละ 75-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถกลับมาเดินได้โดยอาจใช้หรือไม่ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; Flick, 1999)

2.6 อาการกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังเกิดโรคใหม่ ๆ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก คือ การสำลักและภาวะปอดอักเสบ ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2551) Doggett และคณะพบว่าภาวะกลืนลำบากส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งร้อยละ 43-54 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากจะสำลัก และร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่สำลักมีการติดเชื้อที่ปอด (Doggett et al, 2001 อ้างใน กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) อาการกลืนลำบาก เกิดจากกลืนทำงานไม่ปกติ หรือกลไกกระตุ้นการกลืนเสียไป ทำให้ริมฝีปากปิดไม่แน่น การเคี้ยวไม่มีประสิทธิภาพ ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารไปในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อในช่องปากไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก และอาจเกิดการสำลักขณะกลืน เนื่องจาก กลไกการยกกล่องเสียงเสียไป (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; Phillip, 1995) การรักษาภาวะกลืนลำบาก เพื่อป้องกันการสำลัก ป้องกันภาวะขาดน้ำ และทุพโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเคี้ยวและการกลืนอย่างปลอดภัย (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2551)

2.7 ปัญหาด้านการจับถ้ำยปีสสวและอูจจระ ปรมะณคั้งหนึ้งของผู้อ่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีอาการกลืนปีสสวไม่ได้ (Brocklehurst, Andrews, Richards, Laycock, 1985; Nakayama, Jorgenson, Pederson, Raaschou, & Olsen, 1997 อ้างใน กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550) โดยเฉพาะกรณีที่มีรอยโรคที่บริเวณ frontal lobe และ bilateral hemisphere นอกจากเกิดจากขาดการควบคุมจากสมองแล้ว การมีปีสสวเล็ดรดยังอาจเกิดจาก อาการกลืนเนื้ออ่อนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้ หรือมีปัญหาในการสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ หรือไม่ถ้อยรู้สดีซึ่งภวะนี้แสดงถึงการพยากรณ์โรคและการฟื้นคืนตัวที่ไม่ดี สำหรับการรักษายังต้องมุ่งแก้ไขที่สาเหตุ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2551) ส่วนปัญหาด้านการจับถ้ำยอูจจระนั้น พบว่า ผู้อ่วยมีอาการท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หรือการรับประทานอาหารและน้ำได้น้อยกว่าปกติ (เพ็ญสดา เคนไชยวงศ์, 2539; อารมณ บัญญเกิด, 2540; จอม สุวรรณโณ, 2540; สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541; จาริก ธานีรัตน์, 2545) วิธีการดูรักษา คือ ดูแลให้ผู้อ่วยได้รับน้ำ และอาหารที่มีกากใยให้เพียงพอ ร่วมกับการจัดเวลาจับถ้ำยที่เหมาะสมและให้ยาในกรณีจำเป็น (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2551)

2.8 ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุด ในผู้อ่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 11-68 (ปิยะภัทร ตันดิแพทยางกูร, วิไล คุปนิริตคัยกุล และอรณัทร โทยยานนท์, 2540) เนื่องมาจาก ความผิดปกติของพยาธิสภาพของสมอง ภาวะนี้มักส่งผลกระทบต่อ

สมรรถภาพของสมองด้านอื่น ๆ เช่น สมาธิ ความจำ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา การตอบสนองในรูปของการกระทำ และลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงมีความก้าวหน้าในการฝึกช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และได้ผลน้อยกว่า ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียความเชื่อมั่น การมีคุณค่าในตนเอง (ปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์, 2550; Carod-Artal et al., 2002; Von Koch et al., 2000; Kalra. et al., 2004) การรักษาประกอบด้วย การดูแลระดับประคองจิตใจและการใช้ยาลดอาการซึมเศร้า (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

2.9 ปัญหาด้านการกำหนดรู้ (cognitive dysfunction) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการกำหนดรู้ จะทำให้มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การขาดสมาธิในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหา หลงลืม มีความบกพร่องในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุที่มองเห็น (spatial analysis deficit) ที่พบบ่อย คือ การละเลยส่วนของร่างกาย และสภาพแวดล้อมครึ่งซีก (hemi-inattention) และผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายได้ โดยพยาธิสภาพ หรือความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดภาวะละเลยร่างกายครึ่งซีก ร้อยละ 50 เกิดจากสมองซีกขวา และร้อยละ 20-25 เกิดจากสมองซีกซ้าย ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายได้ มักเกิดจากสมองซีกซ้าย ปัญหาเหล่านี้มักจะดีขึ้นภายใน 6 เดือน การรักษา คือ การฝึกใช้ความสามารถที่หลงเหลือทดแทนหรือฝึกขึ้นมาใหม่ เพื่อชดเชยความบกพร่องดังกล่าว (กึ่งแก้ว ปาจริย, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551)

2.10 ปัญหาการสื่อความหมาย ภาวะนี้พบได้ร้อยละ 40 ซึ่งอาการมักจะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ถ้าไม่ดีขึ้นจะเกิดปัญหาหลายอย่างตามมา (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550) ซึ่งปัญหานี้มีความสำคัญมากต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจาก มีผลต่อการเรียนรู้ และการดำรงชีวิตอย่างอิสระภายหลังฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการพูดไม่ชัด หรือพูดไม่ได้ และไม่เข้าใจภาษาพูด การรักษามุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถสื่อความหมายได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

2.11 ปัญหาการทำกิจวัตรประจำวัน การแก้ไขปัญหานี้ มุ่งแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ ไม่ได้ หรือหาเทคนิคต่าง ๆ มาชดเชยความบกพร่องดังกล่าว ความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ป่วย และการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 48-58 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถกลับมาดูแลตนเองได้ดังเดิม (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; Segal & Whyte, 1997)

2.12 ปัญหาด้านสังคม จากความเจ็บป่วย และความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคมลดลง หรือบางรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มาก ก็ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ อีกทั้ง บทบาทเดิมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจาก ความเจ็บป่วยทั้งบทบาทในครอบครัว และ บทบาททางสังคม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมลดลง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ว่าตนเอง ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และมีความรู้สึกไร้ค่า (Grant, 1996) ดังนั้น การดูแลรักษาจึงต้องมีการให้ คำปรึกษาปัญหาด้านนี้ร่วมด้วยเสมอ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมี ระดับความสามารถเพิ่มขึ้น เท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย สามารถ ช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงครอบคลุมหลายมิติ เป็นการดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) ซึ่งผู้ที่ให้การดูแลรักษาจะต้องเข้าใจบุคคลนั้นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ทั้งตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสังคมที่แวดล้อมตัวผู้ป่วย ต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่รอรับบริการเพียงอย่างเดียว โดยทั่วไปผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจะมีการพยากรณ์โรค 3 แบบ ได้แก่ 1) ฟื้นตัวเองได้ดีโดยไม่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) ฟื้นตัวได้เป็นที่น่าพอใจโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) ฟื้นตัวได้น้อยไม่ว่าจะได้รับการดูแลฟื้นฟู สมรรถภาพด้วยวิธีใดก็ตาม อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ร้อยละ 80 และสำหรับในกลุ่มที่ไม่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ และกลุ่มที่ไม่ได้ผลดีจากการฟื้นฟู สมรรถภาพ มีจำนวนใกล้เคียงกันรวม ร้อยละ 20 (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เนื่องจาก การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จาก การศึกษาของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2542 พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีเวลาพัก รักษาตัวเฉลี่ยประมาณ 6 สัปดาห์ ใช้ต้นทุนเฉลี่ยรายละ 71,273 บาท (วัชราร วัชรไพบูลย์, 2544) ดังนั้น จึงควรทราบปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อประโยชน์ในการคัดกรองและติดตาม ผลการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล, 2552) ได้แก่

3.1.1 ตำแหน่งและขนาดของพื้นที่ที่เกิดพยาธิสภาพ ถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณทางเดินประสาทหรือลึกลงไปในสมอง การฟื้นตัวจะยากกว่า สำหรับบริเวณเนื้อสมองที่มีเซลล์ประสาทอยู่ ได้แก่ เปลือกสมอง และหากเส้นเลือดที่เกิดพยาธิสภาพเป็นเส้นเลือดใหญ่ พื้นที่เสียก็จะเป็นบริเวณกว้าง จึงมีความรุนแรงมากกว่า การฟื้นตัวยากกว่าและใช้เวลานานกว่า

3.1.2 ความรุนแรงของโรค พบว่าการมีรอยโรคของสมองทั้งสองข้าง หรือโรคมีความรุนแรงจนทำให้เกิดความบกพร่องของระดับสติสัมปชัญญะ กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (Meijer et al., 2003) นานเกินกว่า 3-4 สัปดาห์ มีอาการอ่อนแรงมาก มีอาการอ่อนแรงแบบอ่อนปวกเปียก นานเกิน 2 เดือน นั่งทรงตัวได้ไม่ดี มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ หรือเคยป่วยเป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ลักษณะทางคลินิกเหล่านี้สัมพันธ์กับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ดี

3.1.3 ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดไหล่ ข้อติด อาการเกร็งของแขน และขา แผลกดทับ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นคืนสภาพช้า

3.1.4 อายุ พบว่า ร้อยละ 67 ของผู้ที่อายุน้อยกว่า 55 ปี สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ถึงจุดสูงสุดเท่าที่จะทำได้ และร้อยละ 50 ของผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปี จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ถึงจุดสูงสุด (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล, 2552)

3.1.5 ลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น ประสบการณ์ วิธีการแก้ไขปัญหา ความชอบ ความสนใจ บางคนไม่ชอบการออกกำลังกาย หรือบางคนมีความใส่ใจสุขภาพของตนเองมาก สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความสม่ำเสมอในการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล, 2552)

3.1.6 ความสามารถในการกำหนดรู้ (cognition) การสื่อความหมายและความสามารถในการเรียนรู้ หากผู้ป่วยมีปัญหาที่กล่าวมานี้ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยในการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.1.7 โรคหรือสภาวะที่พบร่วม ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ อาการซึมเศร้า ข้อเสื่อม โดยเฉพาะข้อเข่า

3.1.8 ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเวลาที่เริ่มมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ยอมรับกันว่าการที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ดีกว่า (Cifu & Stewart, 1999; Ottenbacher & Jannell, 1993 cited in Duncan et al., 2005) ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึก เช่น ข้อยึดติด และภาวะเสื่อมถอยต่าง ๆ ของร่างกาย เนื่องมาจากการนอนนาน ๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย (กิงแก้ว ปาจริย์, 2550; วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล,

2552) นอกจากการเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วแล้ว ยังพบว่า ระดับความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังดีและการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Cifu & Stewart, 1999)

3.1.9 ชนิดและการฝึกในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ บรรลุผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

3.1.10 ลักษณะครอบครัวและการช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยฝึกฝนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนั้น เป็นการช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับการดูแลผู้ป่วย และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญได้ แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การแสดงความรัก ความเอาใจใส่ การรับกำลังใจจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม รวมถึง ความช่วยเหลือด้านการเงิน และสิ่งของที่จำเป็น เป็นต้น

3.2 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2549) ประกอบด้วย

3.2.1 การรักษาทางการแพทย์ ประกอบด้วยการรักษา 3 ประเภท คือ

3.2.1.1 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นและป้องกันไม่ให้เป็นอย่างอื่น

3.2.1.2 การรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น

3.2.1.3 การรักษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วที่สุด ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด รวมทั้งการดูแลรักษาโรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการฟื้นฟู เช่น อาการปวด อาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง เป็นต้น

3.2.2 การรักษาทางกายภาพบำบัด จะมุ่งเกี่ยวกับกำลัง การเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อ การทรงตัว นั่ง ยืนและเดิน

3.2.3 การรักษาทางกิจกรรมบำบัด จะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการใช้มือในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ฝึกและช่วยกระตุ้นการกลืนในรายที่มีปัญหาการกลืนลำบาก การช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การใส่และถอดเสื้อผ้า รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3.2.4 การรักษาทางอรรถบำบัดหรือการฝึกพูด จะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการพูด ความเข้าใจในคำพูดและภาษาพูด โดยแนะนำช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและญาติให้สามารถพูดคุยและสื่อความต้องการของตนเองให้แต่ละฝ่ายเข้าใจได้

3.2.5 การรักษาทางจิตใจ ภายหลังการเกิดโรคทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมักรู้สึกตกใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้เกิดความกังวลและซึมเศร้าได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปรับใจรับกับความเปลี่ยนแปลงนี้ได้

3.2.6 การแนะนำด้านสิทธิการรักษาพยาบาล เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานจึงมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นมาก ในปัจจุบันรัฐบาลมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้ประชากรไทยทุกคนในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำด้านสิทธิและสวัสดิการที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยแต่ละราย

3.3 ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ

การรักษาทางการฟื้นฟูมีหลายด้าน จึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยการประสานงานกันเป็นทีมมาร่วมกันดูแลผู้ป่วย เรียกว่า ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์, 2549; ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2549; วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล, 2552) ซึ่งประกอบด้วย

3.3.1 แพทย์ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำหน้าที่แก้ไขโรคต่างๆ ที่พบร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชัก ภาวะซึมเศร้า แผลกดทับ อาการเกร็งกระตุก อาการปวด นอนไม่หลับ เป็นต้น รวมทั้งทำหน้าที่ประเมินความสามารถ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อดำเนินการของการรักษาร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ

3.3.2 พยาบาล ซึ่งทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคลากรอื่น ๆ ทำหน้าที่ประเมินลักษณะอาการ สภาพจิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย การพยาบาลที่ดีจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น และมีผลขัดขวางต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น แผลกดทับ นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ประสานงานในการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.3.3 นักกายภาพบำบัด ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูการเคลื่อนไหว โดยจัดโปรแกรมฝึกการทำงานของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัว และการประสานสัมพันธ์ของการทำงานของร่างกาย นักกายภาพจะออกแบบการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การเดิน เป็นต้น

3.3.4 นักกิจกรรมบำบัด (นักอาชีพบำบัด) ทำหน้าที่ฝึกผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งฝึกทักษะการดูแลบ้าน สอนและดัดแปลงเทคนิคที่ทำให้ผู้ป่วยทำงานบ้านได้ นอกจากนั้น ยังช่วยเกี่ยวกับการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ฝึกหรือกระตุ้นประสาทสัมผัสและการรับรู้

3.3.5 นักอรรถบำบัดหรือนักฝึกการพูด ทำหน้าที่ช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น การพูด การอ่าน การเขียน การคำนวณ นอกจากนั้น ยังช่วยเกี่ยวกับการฝึกกลืนในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน

3.3.6 นักจิตวิทยา มีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพจิตใจ และความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหา ช่วยปรับประคับประคองจิตใจและให้กำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นอุปสรรคไปได้อย่างราบรื่น นอกจากนี้ ยังช่วยฝึกเรื่องการใช้ความคิด ความจำ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์หรือมีภาวะซึมเศร้า

3.3.7 นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ประเมินบทบาทมาสังคมของผู้ป่วยและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดหาความช่วยเหลือ หรือช่วยวางแผนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และอาจช่วยให้คำปรึกษาในกรณีที่ญาติหรือผู้ป่วยมีความสับสน วิดกกังวลในการกลับบ้าน นอกจากนี้ ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วย

3.4 การประเมินปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อแรกเริ่มเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำการประเมินสภาพผู้ป่วย ชนิดหรือระดับความพิการและสาเหตุเบื้องต้น ที่นำมาสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพครั้งนี้ โดยทำทันทีที่รับผู้ป่วยเข้าและก่อนเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ภายใน 3 เดือน) เพื่อให้ทราบความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยงและโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย และค้นหาปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ระดับความสามารถในปัจจุบันเปรียบเทียบกับอดีต ความสามารถในการเรียนรู้ สภาพจิตใจ รวมทั้ง แรงจูงใจ ทักษะการสื่อความหมาย ความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความคาดหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัว ตลอดจนสภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว ซึ่งจากการประเมินดังที่กล่าวมา จะช่วยให้ทราบถึงสภาพของผู้ป่วย และสามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมต่อไป (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; William, 1997 อ้างใน วัชรารวีไพบูลย์, 2544) การประเมินสภาพมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจากแพทย์ผู้ดูแลเบื้องต้น

3.4.2 การตรวจและประเมินสภาพร่างกาย เน้นการค้นหาปัญหาด้านการสูญเสียความสามารถ ความเสียเปรียบหรือความด้อยโอกาส ของผู้ป่วยและศักยภาพที่เหลืออยู่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการฝึกต่อไป (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) การตรวจประเมินนี้ ประกอบด้วย

3.4.2.1 การวัดสัญญาณชีพและตรวจสภาพร่างกายทั่วไป เพื่อให้ทราบว่าอาการแสดงของผู้ป่วยคงที่หรือไม่

3.4.2.2 การประเมินการเคลื่อนไหวและการรับรู้

- การประเมินประสาทสั่งการ (Motor Function Assessment)
- การประเมินประสาทรับรู้ (Perceptual Assessment)
- การควบคุมและประสานงานการเคลื่อนไหว (Coordination)
- พิสัยของข้อ (Range of Motion)
- ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tone)

3.4.2.3 การประเมินการทำกิจกรรม

- กิจกรรมประจำวัน เช่น Barthel Index
- การประกอบอาชีพ

3.4.2.4 การประเมินปัญหาการสื่อความหมาย (Communication)

- ความผิดปกติในการสื่อภาษา (Language Disorder)
- ความผิดปกติทางการพูด (Speech Disorder)

3.4.2.5 การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์และแรงจูงใจ เนื่องจากสภาพจิตใจและอารมณ์มีผลต่อการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.5 การทำแผนและตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะราย เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจะมีปัญหาแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการตั้งเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะราย ตามสภาพหรือระดับความพิการ รวมทั้งความพร้อมของครอบครัว (William, 1997 อ้างใน วัชรารัฐ วัชรกุลย์, 2544) มีรายละเอียดดังนี้

3.5.1 วิเคราะห์ / แยกแยะปัญหาที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อพยากรณ์โรค และรายการเทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น หรือน่าจะเป็นประโยชน์ต่อปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนการรับรู้เงื่อนไขปัญหาทางสังคม ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดกลยุทธ์ทางเลือก ระยะเวลาที่เหมาะสม และประมาณการค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.5.2 กำหนดเป้าหมายแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะราย อาจทำเป็นสองระยะคือ เป้าหมายระยะสั้น ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ อีกทั้งทำให้ผู้ให้บริการมีโอกาสเห็นแนวโน้มและพยากรณ์ผลได้ชัดเจนขึ้น และเป้าหมายระยะยาวโดยอาจกำหนดตั้งแต่เริ่มการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพก็ได้ ประเด็นสำคัญ คือเป้าหมายนั้นสามารถเป็นไปได้จริงตามสภาพการเจ็บป่วยและสอดคล้องกับชีวิตจริง

3.5.3 กำหนดเทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพและวัตถุประสงค์เฉพาะเทคนิค เป็นการเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ ปัญหาและเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ แต่ละเทคนิคควรระบุไว้ในแต่ละวันจะทำได้มากน้อยเพียงใด ความถี่ในแต่ละสัปดาห์ และระยะเวลาเท่าใด จึงจะเห็นผลความถี่หน้า มีตัวชี้วัดอะไร สำหรับติดตามความก้าวหน้าและเมื่อไหร่จึงจะหยุดเทคนิคนั้น ๆ

3.5.4 การติดตามและการประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป้าหมายของขั้นตอนนี้คือ การตรวจสอบความถี่หน้า ปัญหา อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ ควรมี ช่วงเวลาติดตามที่แน่นอน ซึ่งหากผลไม่ดีขึ้นสองครั้งติดกันโดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้ ก็จะเป็นข้อบ่งชี้ในการปรับแผน การพิจารณาสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการส่งต่อ

3.6 การกำหนดรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับสภาพและเงื่อนไขของผู้ป่วย จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เกิดเป็นทางเลือกที่เพียงพอ แต่ส่วนใหญ่แล้ว ในชุมชนหนึ่งๆ มักจะมีไม่ครบทุกรูปแบบหากมีความจำเป็นก็ต้องส่งต่อ ในความหลากหลายของรูปแบบมีตัวแปรสำคัญที่เป็นตัวกำหนด ได้แก่ ความต้องการการพยาบาลและการดูแลทางการแพทย์ ระดับความพิการและการต้องการความช่วยเหลือ ความสามารถในการเรียนรู้เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น โดยควรกำหนดแบบแผนและเกณฑ์การเลือกรูปแบบไว้อย่างชัดเจน ซึ่งรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพแบ่งเป็น 3 รูปแบบ (วัชรารวีไพบูลย์, 2544; Duncan et al., 2005) ดังนี้

3.6.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน (inpatient rehabilitation) เป็นรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

3.6.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก (outpatient rehabilitation) เป็นการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยนอก นั่นคือ ผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับไปสู่บ้านแล้วยังคงมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล เฉพาะในช่วงกลางวัน

3.6.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนหรือบ้านเป็นฐาน (community-based rehabilitation or home-based rehabilitation) เป็นการให้บริการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานที่อยู่อาศัยหรือในชุมชนของผู้ป่วย มีลักษณะดังนี้ (วัชรารวีไพบูลย์, 2544; Duncan et al., 2005)

- ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลหรือการดูแลทางการแพทย์เท่ากับหรือมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

- ผู้ป่วยมีความพิการอยู่ในระดับน้อย-มาก หรือมีระดับคะแนนจากแบบประเมินความสามารถที่เลือกใช้ กรณีนี้อาจอยู่ระหว่างการรอให้สภาพร่างกายพร้อมมากขึ้นเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเต็มที่ต่อไป

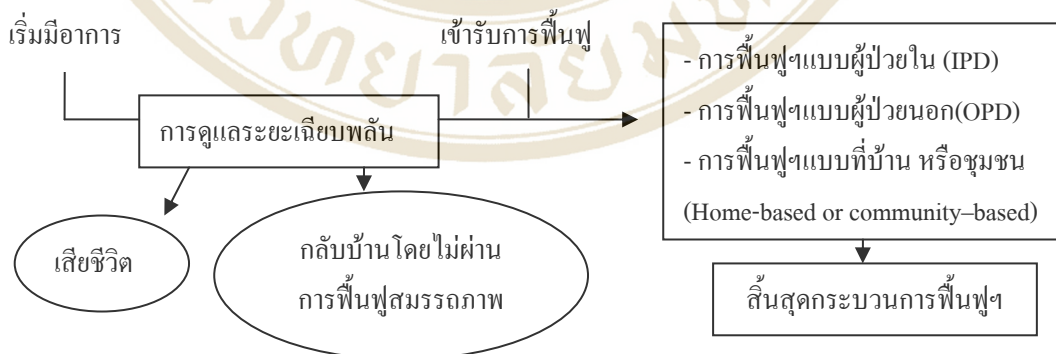
- เป็นระยะที่ผู้ป่วยและญาติ จะได้เรียนรู้เทคนิคและกิจกรรมเพื่อปฏิบัติที่บ้าน

- ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งมีความลำบากกว่าการที่ทีมของโรงพยาบาลเดินทางออกไปที่บ้านผู้ป่วย แต่ในกรณีที่ในช่วงท้ายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะเน้นที่การให้คำแนะนำและการปรับสภาพแวดล้อม

- เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพในสิ่งแวดล้อมที่เป็นชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

- ผู้ป่วยและญาติ ร่วมในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการตัดสินใจอย่างเต็มที่ ซึ่งส่งผลดีในระยะยาว

การฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้ง / เดือน เพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ซึ่งแบบแผนการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพดังแสดงตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนการรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (วัชรารวีวโพบูลย์, 2544)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า การเริ่มต้นให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม สามารถช่วยเพิ่มกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดความพิการในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional disability) ให้มีขนาดลดลง

มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ช่วยพัฒนาผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ของร่างกาย (improved functional outcomes) รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ Duncan และคณะ ได้เสนอแนะว่า การบรรลุถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังวิกฤตินั้น ได้มาจากการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบการทำงานโดยการประสานงานกัน และการทำให้เป็นระบบ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งร่วมมือกันในการประเมินผลและการให้บริการ แต่ถ้ามองจากระบบทีมฟื้นฟูสมรรถภาพไม่มีความเหมาะสมในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางหรืออาการรุนแรงได้ ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญ และการจัดระบบทีมดูแลจะต้องมีความต่อเนื่อง ด้วยการประสานงานผู้ป่วยนอก หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ครอบครัว บ้านหรือชุมชนเป็นฐาน รวมถึงมีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (Duncan et al., 2005)

4. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ป่วยและครอบครัวควรทราบวิธีการดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก เนื่องจาก การฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาใกล้เคียงภาวะปกติ นั้น มีความเป็นไปได้สูงซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่ต้องใช้เวลาาน ประมาณ 1-7 ปี และต้องได้รับการฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่ถูกต้อง ทั้งรูปแบบของการเคลื่อนไหว ลำดับขั้นตอนการทำงานของกล้ามเนื้อ จึงต้องมีกระบวนการฝึกฝนที่เป็นระบบ (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552) และต้องเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รักษา ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น ผู้ป่วยทุกคนจึงควรได้รับการรักษาตั้งแต่วันแรกที่ป่วย เพื่อจะได้ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับท่าและการเคลื่อนไหวอย่างถาวร รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับไปสู่บ้าน ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งนี้ต้องมีการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม ร่วมกับฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552; เพ็ญแข แสงสุวรรณ, 2550; ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2549; สถาบันประสาทวิทยา, 2545; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551; Duncan et al., 2005) หากผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบเป็นต้น อันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการอย่างถาวร การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรประกอบด้วย การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ร่วมกับการฝึกทักษะต่างๆ โดยการฝึกจากง่ายไปหายาก และจากเบื้องต้นไปซับซ้อนมากขึ้น ดังต่อไปนี้

4.1 การป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์, 2550) รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการติดตามผลและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น สับสน ซึมลง เคลื่อนไหวลำบาก มีอาการชาแขนและขา ปวดศีรษะ ปวดบริเวณท้ายทอย เป็นต้น ต้องรีบนำผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้(กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550; วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล, 2552; เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551)

4.1.1 ปัจจัยเสี่ยงเนื้องอกที่ปรับเปลี่ยนได้

4.1.1.1 โรคความดันโลหิตสูง ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด โดยความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มตามสัดส่วนของแรงดันโลหิตที่สูงขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อโรคหลอดเลือด และไม่เกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ โดยพบว่า มีผลทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า ไปจนถึง 7 เท่า(เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2550) การควบคุมความดันโลหิตเบื้องต้น ประกอบด้วย การควบคุมอาหารโดยลดการบริโภคเกลือและจำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ซึ่งโซเดียมมีอยู่ในอาหารและยาบางประเภท ได้แก่ สารกันบูด ผงฟู มาการีน ซีส ผงชูรส ไข่ กุ้ง หอย ปู อาหารหมักดอง อาหารรมควัน ยาระงับไอ ยานอนหลับ เป็นต้น ด้วยการฝึกนิสัยไม่ปรุงรสอาหารขณะรับประทาน ด้วยน้ำปลา ซีอิ๊ว และซอสต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงหรือลดอาหารจำพวก หมักดอง เช่น แหนม กะปิ ผักดอง ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า หน่อไม้ดองเปรี้ยว ผลไม้ดอง อาหารตากแห้ง เช่น กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง หมูสวรรค์ อาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ชุปก้อน เครื่องแกงสำเร็จรูป โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน เช่น กะทิ หมูสามชั้น เป็ดพะโล้ ไข่แดง หนังหมู หนังไก่ทอด เครื่องในสัตว์ หอยนางรม เป็นต้น หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแป้ง ขนมหวาน น้ำอัดลม เช่น ขนมห้าง มันทรงทอด แต่ควรเน้นให้เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และหมั่นออกกำลังกาย เช่น การเดิน การรำมวยจีน เป็นต้น อย่างสม่ำเสมอ ประมาณครั้งละ 30-45 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ (นิตยา ธนวิวุฒิ, เพชรภรณ์ สมบูรณ์บุรณะและนิตยา พันธุเวชย์, 2550; วณิษา กิจวรพัฒน์, 2550; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) และควรลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = $18.5-24.9 \text{ Kgs./m}^2$ หรือ ใช้วิธีการวัดเส้นรอบเอว ผู้ชายรอบเอวไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) ส่วนผู้หญิงรอบเอวไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) (วณิษา กิจวรพัฒน์, 2550).หากเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตดังกล่าวแล้วความดันโลหิตยังไม่ลด ควรปรึกษาแพทย์

4.1.1.2 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทุกรูปแบบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพราะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็ง ลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มระดับไฟบริโนเจน (fibrinogen) และเพิ่มการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ลดไขมันคอเลสเตอรอลชนิด HDL ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ถ้าคาร์บอนไดออกไซด์ในบุหรี่จะแย่งก๊าซออกซิเจน ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของคนปกติ ดังนั้น หากหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ความเสี่ยงลดลง และเมื่อเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปี ความเสี่ยงจะเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2550)

4.1.1.3 โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ (Atrial fibrillation) ซึ่งเป็นการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ ไม่สม่ำเสมอ เลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไป ทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดในหัวใจ และสามารถหลุดลอยไปที่สมองได้

4.1.1.4 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 2-4 เท่าของคนปกติ และในผู้ป่วยที่พึ่งพาอินซูลินจะเพิ่มโอกาสเกิดคราบไขมันพอกเส้นเลือด ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ที่เรียกว่า Atherosclerosis ผนังหลอดเลือดบวมและขาดความยืดหยุ่น จึงเป็นตัวเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง ความอ้วน และไขมันในเลือดผิดปกติ โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคเบาหวานควรควบคุมการรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัด หลักการสำคัญ คือ รับประทานอาหารหวานและมันให้น้อย ๆ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง หรือมีโคเลสเตอรอลสูง เช่น กุ้ง หอย ปลาทูน่า เนื้อวัว เนื้อหมู เป็นต้น ควรรับประทานอาหารประเภทที่ไม่มีไขมันหรือไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา ไข่ เบียร์ รับประทานผักให้มาก และรับประทานข้าวซ้อมมือ หรือธัญพืช เช่น ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ เป็นประจำ หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน ละมุด เป็นต้น รวมทั้งผลไม้สดที่มีเครื่องจิ้ม เช่น มะม่วงน้ำปลาหวาน และหลีกเลี่ยง ผลไม้ตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้เชื่อม ผลไม้กวน ผลไม้ดอง ผลไม้บรรจุกระป๋อง หลีกเลี่ยงการดื่มนมปรุงแต่งรสทุกชนิด นมเปรี้ยวพร้อมดื่ม โยเกิร์ตชนิดครีม ปรุงแต่งรส นมโอวัลตินและไมโล เพราะมีน้ำตาล ไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนย น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหารควรเป็นน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันรำ แต่ไม่ควรใช้น้ำมันหมูหรือน้ำมันจากสัตว์อื่น ๆ รวมทั้งน้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม และควรหมั่นออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นประจำ โดยเคลื่อนไหวแขนขาเป็นจังหวะต่อเนื่อง ไม่มีแรงกระแทก เช่น เดิน ถีบจักรยานอยู่กับที่ รำมวยจีน เป็นต้น (ณัฐพร สุขพอดิ, 2550) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงเกร็งมาก ไม่แบ่งกลั้นหายใจขณะออกแรง หรือการออกกำลังกายหรือกีฬาที่มีแรงกระแทก เช่น วิ่ง กระโดด เป็นต้น (จุใจ ชัยวานิชศิริ, 2541) รวมถึงควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

4.1.1.5 ภาวะไขมันในเลือดสูง การมีไขมันในเลือดสูง จะก่อให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ที่เรียกว่า Atherosclerosis จึงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

4.1.2 ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้

4.1.2.1 ความอ้วน บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่า 25 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ถือว่าอ้วน ซึ่งทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายขึ้น เนื่องจาก น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจนสะสมกลายเป็นความอ้วนนั้น สัมพันธ์กับแรงดันโลหิต น้ำตาล และไขมันในเลือด โดยพบว่า กว่าร้อยละ 20 ของคนที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง จะมีน้ำหนักเกินปกติ โดยเฉพาะการอ้วนแบบลงพุง ซึ่งพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าความอ้วนแบบทั่วไป ดังนั้น ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปจึงควรลดน้ำหนัก หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์ ใช้เวลา 20-60 นาที/ครั้ง หรือแบ่งเป็นวันละ 2-6 ครั้ง ๆ ละ 10 นาที (ผลรวมของครั้งละ 10 นาที) เช่น การเดิน การวิ่ง ฝึกจักรยาน หรือเต้นแอโรบิก เป็นต้น สิ่งสำคัญ ก่อนการออกกำลังกาย ควรอบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที และเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายแล้ว ให้ค่อย ๆ ผ่อนกำลังลง (cool down) อีกประมาณ 5 นาที (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551; Gordon et al., 2004)

4.1.2.2 ภาวะเครียด เมื่อเกิดความเครียด ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และอะดรีนาลีน (adrenaline) ออกมา รวมทั้งเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือหลายส่วน จนกลายเป็นความเครียดสะสมได้ แต่ถ้าได้ระบายออกด้วยการยืดเส้นยืดสาย หรือใช้ฮอร์โมนไปบ้าง ความกดดันหรือความเครียดก็จะหายไป

4.1.2.3 ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ถ้าไม่ออกกำลังกายเลยก็จะทำให้อ้วน และเกิดความเครียดได้ง่าย ส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา

4.1.2.4 โภชนาการที่ไม่เหมาะสม ร่างกายของเราจะเติบโตอย่างแข็งแรงหรือไม่ อาหารจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณา ในส่วนของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผักและผลไม้ โดยเฉพาะผักใบเขียวและผลไม้รสเปรี้ยว จะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และควรดื่มน้ำสะอาด งดหวาน งดมัน เช่น หลีกเลี่ยงไขมันสัตว์ หนังสัตว์ เครื่องใน ไข่แดง ข้าว หรือแป้งมากเกินไป หลีกเลี่ยงน้ำตาล น้ำหวาน ขนมหวาน

4.1.2.5 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า หากดื่มสุรามากกว่าวันละ 5 แก้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือดื่มในปริมาณที่เหมาะสม ที่แนะนำ คือ ผู้ชายไม่ควรดื่มมากกว่า วันละ 2 แก้ว ส่วนผู้หญิงที่ยังไม่ตั้งครรภ์นั้น ไม่ควรดื่มมากกว่า 1 แก้ว ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551)

4.1.2.6 การใช้ฮอร์โมนเพศเสริมและยาเม็ดคุมกำเนิด ยังไม่มีการระบุว่า การใช้ฮอร์โมนเพศเสริม (Hormone Replacement Therapy: HRT) ในสตรีวัยหมดประจำเดือน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจริงหรือไม่ รวมทั้งยาคุมกำเนิดเองก็มีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากในอดีตมีการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีระดับฮอร์โมนสูง แต่ในปัจจุบันตัวยาก็มีแนวโน้มอยู่ในท้องตลาดมีระดับฮอร์โมนต่ำจึงมีความเสี่ยงไม่มาก แต่เพื่อความปลอดภัยในสตรีที่มีความเสี่ยงอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

4.1.2.7 ระดับโฮโมซิสเทอีนสูง (Hyperhomocystien) ฮอร์โมนโฮโมซิสเทอีน (homocystien) เป็นกรดอะมิโนชนิดหนึ่งในร่างกาย ซึ่งพบว่า หากฮอร์โมนตัวนี้มากเกินไป จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อม และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น กระดูกเสื่อม รวมทั้งโรคที่มาพร้อมกับความชรา เช่น พาร์กินสัน ซึมเศร้า เป็นต้น แม้ระดับโฮโมซิสเทอีนที่เพิ่มสูงขึ้นจะสัมพันธ์กับโรคร้ายดังกล่าว แต่ยังไม่ทราบกลไกการทำงานอย่างแน่ชัด แต่พบว่าอาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกายช่วยลดปริมาณโฮโมซิสเทอีนได้ ดังนั้น จึงควรรับประทานผักใบเขียว ผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ข้าวกล้อง ปลาและอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นประจำ

4.1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

4.1.3.1 อายุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เกิดในคนอายุต่ำกว่า 65 ปี เพียงร้อยละ 28 ส่วนในคนที่อายุ 55 ปีขึ้นไป จะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เป็น 2 เท่า ของทุกๆ 10 ปีที่แก่ตัวลง ดังนั้น ถ้าคิดเป็นอัตราส่วนจึงพบว่า ชายและหญิงมีโอกาสป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุก 1 ใน 20 คน ในทุกกลุ่มอายุ (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551)

4.1.3.2 เพศ โรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเป็นในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ยกเว้นในช่วงอายุ 35-44 ปี และอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป ผู้หญิงจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายกว่าผู้ชาย จากข้อมูลของผู้หญิงชาวอเมริกัน พบว่า ทุกๆ 1 ใน 6 คน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551)

4.1.3.3 เชื้อชาติ-เผ่าพันธุ์ คนผิวดำและเชื้อสายฮิสปานิกบางคน มีโอกาสเกิด และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว ทั้งนี้บางส่วนมีผลมาจากการที่คนผิวดำมีโรคมากกว่า เช่น มีความดันโลหิตสูงมากกว่า อ้วน และเป็นเบาหวานมากกว่า ในส่วนของคนจีน และญี่ปุ่น ก็มีอุบัติการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงเช่นกัน

4.1.3.4 ประวัติครอบครัว ถ้าพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ลูกๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก กลไกด้านร่างกาย

หลายกลไก รวมทั้งการถ่ายทอดปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม ปัจจัยร่วมทางวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ส่วนฝาแฝดไข่ใบเดียวกันจะมีโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าฝาแฝดจากไข่คนละใบ ถึง 5 เท่า (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551)

4.2 การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง และกระทำอยู่เป็นประจำในแต่ละวัน ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนกระทั่งถึงเข้านอนตอนกลางคืน ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา การขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ การขึ้นลงบันได การนั่ง การยืน การเดิน การพลิกตะแคงตัวบนเตียง หลักการดูแลที่สำคัญ คือ จะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ หรือปฏิบัติได้แต่ไม่สมบูรณ์ ร่วมกับการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง อันส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการที่จะเกิดขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้น เสริมสร้างหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ความจำ ความคิด ตลอดจนทักษะต่าง ๆ กิจวัตรประจำวันที่ต้องให้การดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544; จูไร เกลียงเกล้า, 2547; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; มยุรี เพชรอักษร, 2532; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; Zastocki & Rovinski-Wagner, 2000; Horowitz, 1982 cited in Devis, 1992 อ้างใน เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539)

4.2.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรับประทานอาหารได้เองแต่ไม่สะดวก ผู้ป่วยบางรายอาจรับประทานอาหารได้ช้ากว่าปกติ หรือบางรายอาจได้รับการให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก ดังนั้น ในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยจะต้องเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และจัดอาหารให้เหมาะสม เช่น การจัดอาหารเป็นชิ้นขนาดพอเหมาะ ไม่ใหญ่เกินไป ลักษณะอาหารอ่อนนุ่ม เลือกอาหารที่เคี้ยวและกลืนง่าย อาหารมีอุณหภูมิพอเหมาะ การใช้แก้วน้ำที่มีหลอดดูด การใช้ชามที่มีก้นลึก การใช้ช้อนที่ยึดติดกับมือ และควรใช้เวลาในการรับประทานอาหารไม่เร่งรัดผู้ป่วย สำหรับการจัดวางอาหารในตำแหน่งที่เหมาะสมตรงหน้าและอยู่ในระดับสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัด ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางผ่านทางจมูก ต้องเตรียมอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยอย่างพอเพียง ซึ่งในแต่ละวันผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน ประมาณ 1,700-2,000 แคลอรี ต่อวัน วันละ 4-6 มื้อ ถ้าหากสูตรอาหารของผู้ป่วยมีคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วนจะทำให้ผู้ป่วยขาดอาหารได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากขาดพลังงาน วิตามิน และเกลือแร่ สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยนอนเฉยๆ ไม่มีเคลื่อนไหวและเข้าสู่ระยะพักฟื้น ต้องปรับลดปริมาณแคลอรีลง เพราะอาจทำให้น้ำหนักตัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (สิริรัตน์ สรรพสวัสดิ์กุล, 2539 อ้างใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทอาจต้องจำกัดน้ำ เพื่อป้องกันภาวะสมองบวม โดยปริมาณน้ำที่ให้ในแต่ละวันไม่ควรเกิน 2,000 ซีซี

4.2.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน ล้างหน้า สระผม โกนหนวด หวีผม ตัดเล็บ เป็นต้น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องให้การช่วยเหลือ โดยการปฏิบัติแทนผู้ป่วย สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ จะต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล เช่น แปรงสำหรับถูตัวดำมยาว แก้วน้ำอาบน้ำ เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้เป็นบางส่วน ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ เฉพาะบริเวณส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น ด้านหลัง และเท้า เป็นต้น

4.2.3 การแต่งกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง แต่ไม่สะดวกหรือ ปฏิบัติได้ช้ากว่าปกติ ควรเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการจัดหาหรือ คัดแปลงเสื้อผ้าให้มีความเหมาะสม สามารถสวมใส่และถอดออกได้สะดวก เช่น เสื้อผ้าหน้าที่เป็น เสื้อติดกระดุม ควรใช้กระดุมเม็ดใหญ่ขึ้น โดยมีเทคนิค และขั้นตอนการแต่งกาย ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.2.3.1 การสวมใส่เสื้อผ้าที่มีกระดุมด้านหน้า จัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อย เท้าลงข้างเตียงหรือบนเก้าอี้ จัดให้เสื้อวางบนตักของผู้ป่วยแล้วคลี่เสื้อออก จากนั้นให้ผู้ป่วยใช้มือ ข้างที่ปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรง สอดเข้าไปในแขนเสื้อแล้วจึงดึงเสื้อขึ้นไปจนถึงไหล่ จัดเสื้อส่วนที่ เหลือพาดไปด้านหลังของผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยสอดแขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อที่เหลือ จากนั้น ใช้มือข้างปกติจัดเสื้อเข้าหากัน แล้วจึงติดกระดุม

4.2.3.2 การถอดเสื้อที่มีกระดุมติดด้านหน้า จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า นั่ง ใช้มือข้างปกติจับเสื้อบริเวณไหล่ข้างที่อ่อนแรง แล้วถอดเสื้อออกจากไหล่จนถึงข้อศอก จากนั้น จึงใช้มือข้างปกติจับขอบเสื้อด้านในแขนปกติแล้วดึงเสื้อให้หลุดจากไหล่ข้างปกติ ใช้มือข้างปกติดึง เสื้อออกจากแขนข้างที่อ่อนแรง

4.2.3.3 การสวมกางเกง จัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียงหรือนั่ง เก้าอี้ นำกางเกงมาจัดให้อยู่ในลักษณะที่พร้อมสวมใส่ ใช้มือข้างปกติจับขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นวางทับ ขาข้างปกติแล้วจึงสวมใส่กางเกงในขาข้างที่อ่อนแรงก่อน จากนั้นใช้มือด้านปกติดึงกางเกงขึ้นให้ สูงขึ้นจนกระทั่งขากางเกงพ้นจากเท้า หลังจากนั้นจึงจับขาข้างที่อ่อนแรงวางลงกับพื้น ให้ผู้ป่วยจับ กางเกงแล้วใช้ขาข้างปกติสอดใส่ลงไปในการกางเกง แล้วใช้มือข้างปกติดึงกางเกงขึ้นให้สูงขึ้น จนกระทั่งขากางเกงพ้นจากเท้าหรือสูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ กรณีที่ผู้ป่วยยืนทรงตัวไม่ได้ให้ผู้ป่วยนอน หงายบนเตียงแล้วงอเข่า งอสะโพกด้านปกติ ใช้เท้าข้างปกติวางบนที่นอนแล้วยืนตัวขึ้น ขณะเดียวกันใช้มือข้างปกติดึงกางเกงขึ้นและจัดกางเกงให้เรียบร้อย สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถ ยืนทรงตัวได้ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนข้างเตียง แล้วดึงกางเกงขึ้นและจัดกางเกงให้เรียบร้อย

4.2.3.4 การถอดกางเกงออก กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถยืนทรงตัวได้ ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้า แล้วใช้มือข้างปกติคลายตะขอ รูดซิปลง แล้วดันกางเกงลงจากขาด้านปกติโดยยกสะโพกและขาด้านปกติพร้อมกับใช้มือดันกางเกงออก ใช้มือข้างปกติยกขาข้างที่อ่อนแรงทับลงบนขาข้างปกติ จากนั้นใช้มือข้างปกติดึงขากางเกงออกจากเท้า กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ ให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียงแล้วใช้มือข้างปกติ คลายตะขอ รูดซิปลง ให้ขาข้างปกติวางลงบนที่นอน งอเข่าและสะโพกด้านปกติพร้อมทั้งดันตัวขึ้นใช้มือดึงขอบกางเกงลง กรณีที่ผู้ป่วยมีการทรงตัวดีให้ผู้ป่วยยืนพิงขอบเตียงหรือผนังห้องแล้วใช้มือข้างปกติถอดกางเกงออก

4.2.4 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ต้องให้การดูแลและช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถทำเองได้ โดยการทำความสะดวกหลังจากการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

4.2.5 การเคลื่อนไหวร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ จะต้องกระตุ้นและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน และคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

4.2.6 การนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักนอนไม่หลับในช่วงเวลากลางคืน ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ รวมทั้งแก้ไขด้วยวิธีการอื่นๆ ร่วมด้วยตามความเหมาะสม เช่น ให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ก่อนนอน เป็นต้น

นอกจากนี้ อาจจะทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ในการดำรงชีวิต อันได้แก่ ดูแลความสะดวกสบาย การซักผ้า การเดิน และการเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การเดินทาง เป็นต้น

4.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การป้องกันและกำจัดการดูแลของการเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เนิ่นๆ เนื่องจาก หากเกิดภาวะแทรกซ้อนบางอย่างขึ้นแล้วอาจกลายเป็นปัญหาคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ อาจจำเป็นต้องมีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับความพิการของผู้ป่วย โดยการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีดังนี้

4.3.1 การป้องกันโรคปอดอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยมีสาเหตุจากการสำลักอาหาร หรือการที่ร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้น ควรดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร ด้วยการจัดอาหารที่เคี้ยวและกลืนง่าย จัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลัก รวมทั้งการให้ความอบอุ่นต่อร่างกายผู้ป่วยเมื่ออากาศเย็น

4.3.2 การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ต้องคอยช่วยเหลือเรื่องความสะดวกอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งเสมอ หากผู้ป่วยไม่มี

ข้อจำกัด ควรจัดให้ผู้ป่วยคิมน้ำวันละ 2,000-3,000 ซีซี และกระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา เพื่อฝึกการขับถ่ายและการกลั้นปัสสาวะ ในกรณีที่ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก ต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะ โดยการนวดบริเวณท้องน้อย แต่ถ้ามีอาการผิดปกติมากพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

4.3.3 การป้องกันโรคผิวหนัง ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดผิวหนังไม่ให้อับชื้น หรือแห้งจนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณ ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือ และนิ้วเท้า ควรจัดให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่แห้งสะอาด และมีการระบายความร้อนที่ดี นอกจากนี้ ควรรักษาความสะอาดของที่นอนและควรจัดที่นอนให้เรียบตึง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดรอยกดทับบนผิวหนังได้

4.3.4 การป้องกันภาวะกระดูกพรุน ภาวะนี้มักเกิดในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การสูญเสียของมวลกระดูกจะเริ่มหลังจาก 30 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการนอนอยู่บนเตียงนานๆ ถึง 30-36 สัปดาห์ หากปล่อยไว้นานอาจก่อให้เกิดกระดูกหักได้ โดยเฉพาะกระดูกสะโพกข้างที่มีพยาธิสภาพ (Gillen & Burkhardt, 1998) ดังนั้น จึงต้องช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืน เดิน โดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขนและขาทั้งสองข้าง ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถยืน หรือเดินได้

4.3.5 การป้องกันภาวะข้อติดแข็งและปวดไหล่ เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ มักเกิดกับร่างกายข้างที่มีพยาธิสภาพ เนื่องจาก ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายเมื่อนั่งในท่า งอตัว งอแขน และขา ร่วมกับการหดเกร็ง หรืออ่อนแรงของแขนและขา จึงทำให้เกิดข้อติดแข็ง ดังนั้น การป้องกันภาวะข้อติดแข็ง จึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่าง ๆ ด้วยตัวเองหากผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น ข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้า ข้อเข่า เป็นต้น อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แขนข้างปกติช่วยสำหรับผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ ต้องให้การช่วยเหลือในการบริหารข้อต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน สำหรับการป้องกันอาการปวดไหล่นั้น ต้องหาผ้า หรือวัสดุมาคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงไว้ ในขณะที่ยืนหรือเดิน ส่วนเวลานั่งให้ใช้หมอนรองแขนไว้ หากผู้ป่วยมีอาการปวดมากอาจให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หรือปรึกษาเจ้าหน้าที่มีสุขภาพ

4.3.6 การป้องกันภาวะเหี่ยวลีบของแขนและขา โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างอย่างสม่ำเสมอ ควรปฏิบัติจำนวนท่าละ 5-10 ครั้ง ใน 3 ช่วงเวลา คือ เช้า เที่ยง เย็น

4.3.7 การป้องกันปลายมือปลายเท้าชาวม เนื่องจาก การไหลเวียนโลหิตไม่ดี จึงต้องดูแลปลายมือปลายเท้าของผู้ป่วยให้อบอุ่นเสมอ ใช้หมอนหรือวัสดุอ่อนนุ่มรองปลายมือและเท้าที่บวมให้สูง นอกจากนี้ ควรกระตุ้น หรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่ควรนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ เพราะจะเป็นการขัดขวางการไหลเวียนโลหิตกลับเข้าสู่หัวใจ ที่สำคัญควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

4.4 การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อ (range of motion exercises) การให้โปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการรับประกันว่าผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หรือได้รับการส่งต่อไปรับโปรแกรมการออกกำลังกายในชุมชนอย่างเหมาะสม ตามข้อบ่งชี้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและความต้านทานลดลง ซึ่งเป็นลักษณะความเสื่อมทั่ว ๆ ไปหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Macko et al., 1997; Poempa et al., 1996 อ้างใน Duncan et al., 2005; Rimmer et al., 2000; Teixeira-Salmela et al., 1999; Gordon et al., 2004) ต่อจากนั้นจึงค่อย ๆ ฟื้นตัวขึ้นตามแบบแผนเฉพาะ โดยเริ่มมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ซึ่งภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกมักก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ภาวะข้อยึดติด แผลจากการเสียดสี อาการเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ดังนั้น การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อ จึงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ช่วยป้องกันข้อติด ทำให้กล้ามเนื้อและเอ็นคงความยืดหยุ่น ไม่หดสั้น ทำให้แขนและขาไม่ผิดรูป เพิ่มการไหลเวียนเลือดของแขนและขาที่อ่อนแรง และเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ชนานุภาพไพศาล, 2552) แบ่งเป็น 2 ชนิด มีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อโดยบุคคลอื่นเป็นผู้กระทำ (passive exercise) จุดเน้นสำคัญ คือ ผู้ช่วยเหลือจะต้องจับผู้ป่วยให้ถูกวิธีโดยมือข้างหนึ่งจะจับบริเวณข้อที่จะออกกำลังกาย ส่วนมืออีกข้างจะจับส่วนที่ต้องการให้เคลื่อนไหว นอกจากนี้ การจับจะต้องกระชับและกระทำด้วยความราบเรียบอย่างช้าๆ การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อแต่ละท่าควรทำประมาณ 5-10 ครั้ง อย่างน้อยวันละ 3 ช่วง คือ เช้า เที่ยง และ เย็น มีวิธีการดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2545; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; จงจินตน์ รัตนากินันท์ชัยและคณะ, 2541 อ้างใน บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549; น้อมจิตต์ นวลเนตต์, 2545; อรณัฏร โดษยานนท์, 2539)

4.4.1.1 การเคลื่อนไหวข้อไหล่ ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอก และมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย จากนั้นค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้นช้าๆ จนถึงศีรษะ แล้วค่อยๆ ยกแขนลงมาข้างลำตัวกลับสู่ท่าเดิม

4.4.1.2 การหมุนข้อไหล่ขึ้นและลง ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกและมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย โดยกางแขนของผู้ป่วยตั้งฉากกับลำตัว แล้วค่อยๆ ยกแขนผู้ป่วยขึ้นข้างบน ให้แขนและข้อศอกคงไว้ในแนวตั้งฉาก ยกขึ้นจนต้นแขนแนบกับที่นอนและแขนส่วนปลายห่างขนานกับศีรษะ จากนั้นจึงยกแขนกลับมาท่าเดิมและคว่ำปลายแขนลงให้ขนานกับลำตัว ยกแขนขึ้นกลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ทำซ้ำท่าเดิม

4.4.1.3 การกางแขนและหุบแขน ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อมือและมือซ้ายจับบริเวณข้อศอกของผู้ป่วย แล้วค่อย ๆ กางแขนผู้ป่วยออกจากลำตัวโดยการสลับเปลี่ยนเลื้อนมือของผู้ดูแล มือขวาจับบริเวณข้อศอกและมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วยกางแขนจนถึงศีรษะ ระวังอย่าให้ผู้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแขน ค่อย ๆ จับแขนผู้ป่วยหุบลงเข้าหาตัว จากนั้นทำซ้ำท่าเดิม

4.4.1.4 กางแขนและไขว้แขนข้ามลำตัว ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อศอกและมือซ้ายจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย แล้วกางแขนผู้ป่วยออก 90 องศา จากนั้นยกแขนผู้ป่วยข้ามลำตัว ให้มือแต่ละที่ไหลด้านหลังตรงข้าม แล้วนำกลับมาสู่ท่าเดิม ทำซ้ำท่าเดิม

4.4.1.5 เหยียดและงอข้อศอก ผู้ดูแลใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อมือและมือขวาพุงบริเวณด้านหลังของข้อศอกของผู้ป่วย งอข้อศอกเข้า (พับแขนเข้า) สลับกับเหยียดข้อศอกออก จากนั้นทำซ้ำท่าเดิม

4.4.1.6 การกระดกข้อมือขึ้นและลง ผู้ดูแลจัดให้แขนผู้ป่วยยกขึ้นตั้งฉากกับลำตัวในท่างอข้อศอกตั้ง 90 องศา ผู้ดูแลใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อมือ มือขวาพุงบริเวณอุ้งมือของผู้ป่วย จากนั้นค่อย ๆ กระดกข้อมือของผู้ป่วยขึ้นจนถึง แล้วค่อย ๆ กระดกข้อมือลงจนถึง จากนั้นทำซ้ำท่าเดิม

4.4.1.7 กำนิ้วมือและเหยียดนิ้วมือออก ผู้ดูแลจัดให้แขนผู้ป่วยยกขึ้นตั้งฉากกับลำตัวในท่างอข้อศอกตั้ง 90 องศา ผู้ดูแลใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อนิ้วมือที่ต้องการเคลื่อนไหว ส่วนมือขวาจับบริเวณใต้ข้อมือของผู้ป่วย จากนั้นค่อย ๆ งอนิ้วมือลงและเหยียดนิ้วมือออกจนกระทั่งเริ่มรู้สึกตึง จากนั้นทำสลับกัน

4.4.1.8 งอขาและเหยียดขาออก ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณส้นเท้า ส่วนมือซ้ายประคองใต้เข่าของผู้ป่วย เคลื่อนไหวในทิศทางงอเข้า งอสะโพก แล้วเหยียดขาผู้ป่วยออกกลับสู่ท่าเดิม

4.4.1.9 หมุนข้อสะโพกเข้าในและหมุนออกนอก ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณข้อเท้า ส่วนมือซ้ายจับเข่าของผู้ป่วยยกต้นขาขึ้นตั้งฉากกับลำตัว งอปลายขาให้ตั้งฉากกับต้นขา จากนั้นจึงค่อย ๆ หมุนปลายขาออกด้านนอกจนกระทั่งตึง แล้วหมุนปลายขาเข้าด้านในจนถึง

4.4.1.10 กางขาและหุบข้อสะโพก ผู้ดูแลใช้มือขวาจับบริเวณใต้ข้อเท้า ส่วนมือซ้ายรองบริเวณใต้เข่าของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวทิศทางค่อย ๆ กางขาข้างขวาของผู้ป่วยออกจนกระทั่งตึงและหุบขาเข้าในจนชิดขาอีกข้างหนึ่ง

4.4.1.11 กระดกข้อเท้าขึ้นและกระดกข้อเท้าลง ผู้ดูแลใช้มือข้างซ้ายจับบริเวณเหนือข้อเท้า ส่วนมือข้างขวาจับบริเวณส้นเท้าให้ด้านหน้าแขนของผู้ดูแลแนบไปตาม

ฝ่าเท้าของผู้ป่วย ทิศทางการเคลื่อนไหวยืดเอ็นร้อยหวายผู้ป่วยในลักษณะกระดกข้อเท้าขึ้น ผู้ดูแลโน้มลำตัวมาทางศีรษะของผู้ป่วยจนกระทั่งรู้สึกตึง แล้วค้างไว้สักครู่จึงผ่อนแรงลง สำหรับการกระดกข้อเท้าลงโดยผู้ดูแลเลื่อนมือข้างซ้ายมาจับปลายเท้าของผู้ป่วยแล้วกระดกข้อเท้าลง

4.4.1.12 กระดกนิ้วเท้าขึ้นและกระดกนิ้วเท้าลง ผู้ดูแลใช้มือข้างซ้ายจับบริเวณเหนือข้อเท้า ส่วนมือข้างขวาจับบริเวณนิ้วเท้า ค่อย ๆ กระดกนิ้วเท้าขึ้นจนกระทั่งรู้สึกตึง แล้วค่อย ๆ กระดกนิ้วเท้าลงจนกระทั่งตึง

4.4.1.13 บิดข้อเท้าเข้าด้านในและบิดข้อเท้าออกด้านนอก ผู้ดูแลใช้มือข้างซ้ายจับบริเวณด้านบนข้อเท้า ส่วนมือขวาจับบริเวณสันเท้าเอียงมาหาตาตุ่มด้านในและด้านหน้าแขนเอียงมาด้านหัวแม่เท้าของผู้ป่วย จากนั้นค่อย ๆ เคลื่อนข้อเท้า โดยออกแรงบิดข้อเท้าของผู้ป่วยเข้าตามแนวการวางมือจนกระทั่งตึง แล้วค่อย ๆ ออกแรงบิดข้อเท้าผู้ป่วยออกด้านนอกจนกระทั่งรู้สึกตึง

4.4.2 การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อด้วยตนเอง (active exercise) ซึ่งผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ภายใต้การฝึกสอนของพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด หลักพื้นฐานในการออกกำลังกายด้วยตนเอง คือ ต้องฝึกการเคลื่อนไหวท่าเดิมซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวนั้นได้เร็วขึ้นในเวลาต่อมา ด้วยจังหวะการเคลื่อนไหวที่ราบรื่นและสม่ำเสมอ พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนหรือขาข้างที่อ่อนแรงแรงร่วมด้วย ในระยะเริ่มต้น ควรค่อย ๆ ทำครั้งละน้อย ๆ วันละ 1 รอบ รอบละประมาณ 3-5 ครั้ง และมีการพักเป็นระยะ สำหรับในครั้งต่อไป ควรทำอย่างน้อยวันละ 3 รอบ รอบละประมาณ 10-20 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยท่าต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; น้อมจิตต์ นวลเนตต์, 2545; อรรถธร โทยยานนท์, 2539)

4.4.2.1 การยกแขนขึ้นและลง โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายยกแขนขึ้นด้านบนด้วยการจับมือข้างที่อ่อนแรงแรง ซึ่งสามารถจับได้ 2 แบบ คือ การประสานมือโดยใช้นิ้วหัวแม่มือของข้างอัมพาตอยู่ด้านนอกสุด ฝ่ามือทั้งสองชิดกันพยายามให้แขนข้างอัมพาตหมุนออกด้านนอก โดยใช้มือข้างปกติหมุนมือข้างอัมพาต (สังเกตให้นิ้วหัวแม่มือชี้ออกด้านนอกตัว) และการจับที่ข้อมือ เคลื่อนไหวโดยเหยียดข้อศอกแล้วยกแขนทั้งสองขึ้นไปเหนือศีรษะ อย่างช้า ๆ โดยให้ข้อศอกเหยียดไว้ตลอดเวลา พยายามยกแขนให้สุดช่วงการเคลื่อนไหว แล้วเอาลงอย่างช้า ๆ ทำซ้ำท่าเดิม 3-5 ครั้ง

4.4.2.2 การเคลื่อนไหวขา ระยะเริ่มต้นผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเองมากที่สุด หรือให้การช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง การออกกำลังกายทั้ง 2 ข้าง มีวิธีปฏิบัติดังนี้

- ให้ผู้ป่วยนอนราบ ขาเหยียดตรง จากนั้นลากขาข้างปกติขึ้นก่อนโดยให้ส้นเท้าติดกับพื้น (ชันเข่า งอสะโพกจนสุด) เหยียดขาจากลัดขึ้นท่าเดิม ปฏิบัติ 3-5 ครั้ง ทำสลับขาอีกข้างหนึ่ง

- ให้ผู้ป่วยนอนราบชันเข่าทั้งสองข้าง เริ่มจากเหยียดขาข้างที่ปกติขึ้นให้มากที่สุดโดยขาเหยียดตรง แล้วงอเข่ากลับมาอยู่ในท่าเดิม (ขณะปฏิบัติขาอีกข้างต้องตั้งตรงไม่เบะออก) จากนั้นสลับท่าขาข้างที่อ่อนแรง หากไม่สามารถชันขาได้ ให้นำหมอนมารองใต้เข่าให้สูง แล้วพยายามเหยียดขาขึ้นให้มากที่สุด แล้วงอเข่ากลับมาอยู่ในท่าเดิม ปฏิบัติข้างละ 3-5 ครั้ง

- การเคลื่อนไหวขาและลำตัวโดยยกสะโพก ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นให้หัวเข่าชิดกัน (หากผู้ป่วยไม่สามารถตั้งขาให้หนึ่งได้ ให้ผู้ดูแลช่วยจับเข่าทั้งสองข้างไว้) วางเท้าทั้งสองราบแนบติดที่นอนให้เท้าห่างกันเล็กน้อย มือคว่ำราบติดกับพื้นข้างลำตัว จากนั้นยกสะโพกลอยสูงขึ้นจากเตียงพอสมควร หรือผู้ดูแลอาจใช้มือช่วยดันก้นกบขณะที่ผู้ป่วยยกสะโพกขึ้น แล้วค่อย ๆ ลดสะโพกลงช้า ๆ ปฏิบัติ 3-5 ครั้ง

4.5 การฝึกเคลื่อนไหวบนเตียง เป็นการฝึกผู้ป่วยให้ช่วยตนเองในการเปลี่ยนท่านอน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมาก นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนอิริยาบถและการป้องกันแผลกดทับแล้ว ยังเป็นการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวแขน ขาและลำตัวอีกด้วย และเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการเปลี่ยนจากท่านอนมาเป็นท่านั่ง ฝึกการทรงตัวขณะนั่งและฝึกการเคลื่อนย้าย โดยมีวิธีฝึกปฏิบัติดังนี้

4.5.1 การพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยควรเคลื่อนตัวมาห่างจากขอบเตียง ประมาณหนึ่งช่วงตัว เพื่อป้องกันการตกเตียง การพลิกตะแคงตัว แบ่งได้ 2 แบบ ดังนี้

4.5.1.1 การพลิกตะแคงตัวไปข้างปกติ โดยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้น จากนั้นสอดปลายเท้าข้างปกติใต้เข่าข้างที่อ่อนแรงตั้งขึ้น แล้วค่อย ๆ พลิกตะแคงตัวไปข้างปกติ ยกศีรษะ ไหล่ และตะแคงตัวไปทางข้างปกติ โดยใช้แขนข้างปกติยันลงบนที่นอน หากในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดย ผู้ดูแลอยู่ทางข้างปกติและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ผู้ดูแลใช้มือขวาจับที่สะบัก และมือซ้ายจับที่สะโพกของผู้ป่วย จากนั้นจึงพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

4.5.1.2 การพลิกตะแคงตัวไปข้างอ่อนแรง โดยให้ผู้ป่วยชันเข่าข้างปกติขึ้น ใช้มือข้างปกติจับแขนข้างอ่อนแรงกางออก เพื่อไม่ให้พลิกตัวไปทับไหล่ แล้วเอี้ยวตัวให้พลิกตะแคงตัวพร้อมทั้งหันศีรษะตาม จะช่วยให้พลิกตัวได้ง่ายขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดย ผู้ดูแลอยู่ข้างที่อ่อนแรงและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย มือขวาของผู้ดูแลจับที่สะโพกผู้ป่วย ส่วนมือซ้ายจับที่สะบักผู้ป่วย จากนั้นจึงพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

4.5.2 การฝึกลุกขึ้นนั่งบนเตียง ให้ผู้ป่วยเคลื่อนตัวมาห่างจากขอบเตียงประมาณหนึ่งช่วงตัว เพื่อป้องกันการตกเตียง การฝึกลุกขึ้นนั่งห้อยขาจากท่านอนตะแคง มีวิธีปฏิบัติ 2 แบบ ดังนี้

4.5.2.1 การลุกขึ้นนั่งในข้างที่ปกติ ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ใช้ขาข้างปกติสอดใต้เข่าข้างที่อ่อนแรง เลื่อนเท้าข้างที่ติดลงไปจนถึงข้อเท้า จากนั้นค่อย ๆ ยกขาข้างที่อ่อนแรงลงให้พ้นจากเตียง แล้วค่อย ๆ ตะแคงไป ยกศีรษะและไหล่ขึ้น พร้อมกับดันตัวลุกขึ้นนั่ง พยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยในการยันพื้นเตียงร่วมด้วย หากในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยที่ผู้ดูแลอยู่ข้างปกติและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้มือขวารองใต้คอหรือจับที่สะบักของผู้ป่วย ส่วนมือข้างซ้ายช่วยกดที่กระดูกเชิงกราน แล้วช่วยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง หากผู้ป่วยนั่งไม่มั่นคง ผู้ดูแลควรช่วยประคองโดยจับที่ไหล่ของผู้ป่วยไว้

4.5.2.2 การลุกขึ้นนั่งในด้านที่อ่อนแรง ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก ใช้ขาข้างปกติสอดใต้เข่าข้างที่อ่อนแรง จากนั้น ยกขาทั้งสองข้างลงข้างเตียง แล้วค่อย ๆ ตะแคงไป ใช้มือข้างปกติยันพื้นเตียงร่วมด้วย ยกศีรษะและไหล่ขึ้น พร้อมกับดันตัวลุกขึ้นนั่ง พยายามใช้มือข้างอ่อนแรงช่วยในการยันพื้นเตียงร่วมด้วย หากในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยที่ผู้ดูแลอยู่ข้างอ่อนแรงและหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้มือซ้ายรองใต้คอหรือจับที่สะบักของผู้ป่วย ส่วนมือข้างขวาช่วยกดที่กระดูกเชิงกราน แล้วช่วยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง หากผู้ป่วยนั่งไม่มั่นคง ผู้ดูแลควรช่วยประคองโดยจับที่ไหล่ของผู้ป่วยไว้

4.5.3 การเคลื่อนตัวในท่านอนหงาย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง ให้ผู้ดูแลอยู่ทางข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยชันเข่าขึ้น จากนั้น ผู้ดูแลใช้มือข้างซ้ายรองที่สะบักข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วย มือขวาจับที่สะโพก แล้วยกตัวผู้ป่วยให้เคลื่อนไป สำหรับผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายได้เอง ให้ใช้มือข้างที่ปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางบนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้น จากนั้น เลื่อนสะโพกไปข้างที่ต้องการ แล้วใช้ขาข้างปกติชันใต้เข่าข้างที่อ่อนแรงยกเคลื่อนไป ตั้งขาข้างที่ปกติขึ้น พร้อมกับใช้ข้อศอกข้างปกติกดลงที่เตียงนอน แล้วยกสะโพกเคลื่อนไป เคลื่อนศีรษะและไหล่ตามมาแล้ว จัดลำตัวให้ตรง

4.5.4 การฝึกการทรงตัวขณะนั่ง ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงเป็นระยะนาน ๆ ควรปรับหัวเตียงให้สูงขึ้นก่อนเริ่มให้ผู้ป่วยลุกนั่ง เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้โดยไม่เกิดอาการเวียนศีรษะ แล้วจึงจัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงบนขอบเตียง เท้ายันพื้น ไม่ให้ตัวเอียงไปข้างที่อ่อนแรง ช่วงแรกผู้ดูแลอาจต้องช่วยประคองไหล่ข้างที่อ่อนแรง การบริหารกล้ามเนื้อลำตัวหากเป็นไปได้ให้ผู้ป่วยดูจากการส่องกระจก ผู้ดูแลฝึกให้ผู้ป่วยพยายามทรงตัวให้ตรงเมื่อถูกดันไปด้านหน้า ด้านหลังและด้านข้าง เมื่อผู้ป่วยเริ่มนั่งทรงตัวได้ดีและควบคุมลำตัวได้ตรงแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงหรือเก้าอี้ไปยังรถเข็นนั่ง

4.6 การเคลื่อนย้ายจากเตียงหรือเก้าอี้ไปยังรถเข็นนั่ง ต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือจากผู้ดูแล จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายจากเตียงหรือเก้าอี้ไปยังรถเข็นนั่ง ต้องเคลื่อนไปยังที่ที่ติเสมอ มีวิธีปฏิบัติดังนี้

4.6.1 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือ โดยจัดรถเข็นเข้าไปในข้างปกติของผู้ป่วย ทำมุม 30-45 องศากับเตียง แล้วทำการล็อคล้อรถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง พับที่พับเท้ารถเข็นขึ้นด้านบน จากนั้น ผู้ดูแลเข้าไปยืนอยู่ด้านหน้าของผู้ป่วย แล้วช่วยผู้ป่วยเคลื่อนตัวมาอยู่ริมเตียง จากนั้นให้ผู้ป่วยกมมือข้างปกติลงบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก พร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าแล้วลุกขึ้นยืน ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้างของผู้ป่วยแล้วค่อย ๆ พยุงตัวผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวไปนั่งที่รถเข็น

สำหรับการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปที่เตียง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแลเข้าไปยืนอยู่ทางด้านหน้าของผู้ป่วย ทำการล็อคล้อรถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง แล้วให้ผู้ป่วยเคลื่อนตัวมาอยู่บริเวณริมรถเข็น จากนั้นให้ผู้ป่วยกมมือข้างปกติลงบนพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก พร้อมกับโน้มตัวไปข้างหน้าแล้วลุกขึ้นยืน ผู้ดูแลจับที่ลำตัวทั้งสองข้างของผู้ป่วย แล้วค่อย ๆ พยุงตัวผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวไปที่เตียง

4.6.2 กรณีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยนั่งบริเวณริมเตียง โดยที่เท้าทั้งสองข้างแตะกับพื้น จัดรถเข็นเข้าไปในข้างปกติของผู้ป่วย ทำมุม 30-45 องศากับเตียง แล้วทำการล็อคล้อรถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง พับที่พับเท้ารถเข็นขึ้นด้านบน แล้วโน้มตัวไปข้างหน้า โดยใช้มือข้างปกติยันขอบเตียงแล้วดันตัวลุกขึ้นยืน ให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างปกติ จากนั้นเอื้อมมือข้างปกติมาจับพนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก แล้วจึงค่อย ๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้รถเข็น จากนั้นค่อย ๆ หย่อนตัวลงนั่งโดยใช้ขาข้างปกติเป็นจุดหมุน

สำหรับการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปที่เตียง กรณีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยตนเอง จัดรถเข็นเข้าไปในข้างปกติของผู้ป่วย ทำมุม 30-45 องศากับเตียง ทำการล็อคล้อรถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ให้ข้างปกติของผู้ป่วยชิดเตียงและใช้มือข้างปกติกดบนที่พนักวางแขนของรถเข็นด้านนอก จากนั้น โน้มตัวไปข้างหน้าลงน้ำหนักบนขาทั้งสองข้าง หรืออย่างน้อยบนขาข้างปกติแล้วจึงขึ้นยืน เปลี่ยนมือไปวางบนเตียงพร้อมกับหมุนตัวลงนั่งบนเตียง

4.7 การปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย (Weir, 1999) เช่น ติดราวเพื่อใช้เกาะยึดเพิ่มความมั่นคง การดัดแปลงห้องน้ำห้องส้วม เป็นต้น

4.8 การประคับประคองสภาพจิตใจ จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมักทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจตามมาเสมอ การดูแลในด้านนี้จึงยึดหลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคับประคองจิตใจ มีดังนี้

4.8.1 การป้องกันอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ผิดปกติ และเปลี่ยนแปลงง่าย แล้วจึงลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนา

4.8.2 การป้องกันความเครียด โดยการสังเกตอาการผิดปกติทางร่างกายของผู้ป่วย อันเป็นสาเหตุของความเครียด เช่น ความเจ็บปวดและสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น ความคับข้องใจต่าง ๆ การเผชิญหน้ากับสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ เป็นต้น ดังนั้น ต้องคอยสังเกตอาการและขจัดสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ ควรแสดงให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เช่น การไม่พูดจาข่มขู่ว่าจะทิ้งผู้ป่วยไป ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวมานาน ๆ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

4.8.3 การป้องกันพฤติกรรมไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น การร้องไห้พึมพำ การพูดคำหยาบ ดังนั้น การดูแลไม่ควรห้ามปรามด้วยวิธีการรุนแรง แต่ควรฝึกให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับพฤติกรรมที่เหมาะสม อันเป็นที่ยอมรับในสังคม โดยการพูดกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการฝึกนี้จะต้องใช้เวลาและความอดทน รวมทั้งการให้กำลังใจและคำชื่นชมแก่ผู้ป่วย

4.8.4 การป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยการทำความเข้าใจความผิดปกติของผู้ป่วยว่าเกิดจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ดูแลควรให้ความสนใจและตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยระบายออก พร้อมกับการปลอบโยนให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ย่อท้อต่อปัญหาที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย สบายใจ นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยดังเช่นบุคคลทั่วไป ไม่แสดงท่าทีสงสารผู้ป่วยมากเกินไป และหากผู้ป่วยผิดปกติที่รุนแรง เช่น เบื่อกิจกรรมทุกอย่าง ช่น แยกตัว ไม่กินอาหาร ไม่พูด นอนไม่หลับ เป็นต้น ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา

4.9 การดูแลช่วยเหลือด้านการเศรษฐกิจและสังคม จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายสูงมาก ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวควรทราบเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนด้านการเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในปัจจุบันรัฐบาลได้ถ่ายโอนภารกิจด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการมาให้กับกระทรวงมหาดไทย ภายใต้การดำเนินการขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดว่า ผู้พิการที่จดทะเบียนคนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 จะได้รับเบี้ยยังชีพ รายละ 500 บาท ต่อเดือน ตามระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ พ.ศ. 2539 (ราชกิจจานุเบกษา, 2548)

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะต้องดำรงชีวิตอยู่ด้วยความพิการทางร่างกายและมีปัญหาด้านจิตใจและสังคมตามมาเสมอ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่ากิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีค่อนข้างมากและหลากหลาย แต่สิ่งสำคัญในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic approach) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยและสังคมที่แวดล้อมตัวผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา และการนำผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ภายใต้การดูแลของร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสานงานกันและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น เท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย ลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีคุณภาพในภาวะที่มีการเจ็บป่วย ด้วยความพึงพอใจทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

5. การประเมินผลการรักษา

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่สังคมต้องการมากขึ้น ประกอบกับ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีส่วนทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน จึงต้องมีการวัดผลที่ไวพอและมีความจำเพาะมากพอที่จะบอกถึงความจำเป็น และประโยชน์ที่จะได้รับจากการฟื้นฟูสมรรถภาพ มิติที่นิยมใช้ในการวัด ได้แก่ ระดับความบกพร่อง ระดับความสามารถ คุณภาพชีวิต และสถานที่พักอาศัยหลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยอาศัยเครื่องมือ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ดังนี้

5.1 เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความบกพร่อง ได้แก่ NIH Stroke Scale (NIHSS) และ Canadian Neurological Scale มีรายละเอียด ดังนี้

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) เป็นการวัดความบกพร่องของระบบประสาท ที่ได้รับการยอมรับในด้านของความน่าเชื่อถือในการพยากรณ์ผลในระยะยาว (predictive validity) (Goldstein & Samsa, 1997; Muir et al., 1996 อ้างใน กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) โดยพบว่า ระดับความบกพร่องที่วัดด้วย NIHSS ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถบอกได้คร่าวๆ ถึงสถานที่รักษาตัวหลังระยะเฉียบพลัน (Schlegel et al., 2003 อ้างใน กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550)

5.2 เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความสามารถ ได้แก่ FIM, Barthel Index, Rankin Scale และ Modified Rankin Scale มีรายละเอียด ดังนี้

Rankin Scale เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้วัดระดับความสามารถหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นข้อสรุปทางคลินิกที่ได้รับความนิยมมากที่สุดอันหนึ่ง (Duncan et al., 2000 อ้างใน กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550) ต่อมาได้รับการพัฒนาเป็น Modified Rankin Scale

Modified Rankin Scale เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้วัดระดับความสามารถหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีคะแนน 0-6 ตามระดับการสูญเสียความสามารถ ดังนี้

5 คะแนน คือ มีความพิการมาก โดยผู้ป่วยมีลักษณะ นอนอยู่แต่บนเตียง กลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด

4 คะแนน คือ มีความพิการค่อนข้างมาก โดยผู้ป่วยมีลักษณะ ต้องช่วยพยุงเดิน ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน

3 คะแนน คือ มีความพิการปานกลาง โดยผู้ป่วยมีลักษณะ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เดินได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย

2 คะแนน คือ มีความพิการเล็กน้อย โดยผู้ป่วยมีลักษณะ ทำกิจกรรมที่เคยทำได้บางส่วน ดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย

1 คะแนน คือ ไม่มีความพิการ โดยผู้ป่วยมีลักษณะ แม้ว่าจะยังคงมีอาการผิดปกติ ทำกิจกรรมที่เคยทำได้ทุกอย่าง

0 คะแนน คือ ไม่มีอาการผิดปกติ

Functional Independence Measure (FIM) เป็นแบบวัดความสามารถที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในระบบรายงาน uniform data system โดยระบุเป็นระดับความช่วยเหลือที่ต้องการ มีรายการย่อยทั้งหมด 18 รายการ แบ่งเป็น 6 หมวดหมู่ ได้แก่ การช่วยเหลือดูแลตนเอง การควบคุมระบบขับถ่าย การเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนที่ การสื่อความหมาย และการกำหนดรู้ด้านสังคม แต่ละรายการย่อยมีระดับคะแนน 1-7 เรียงจากความสามารถน้อยไปหามาก ในการประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ อายรายงานเป็นระดับคะแนน FIM ความแตกต่างของระดับคะแนน FIM แรกเข้าและขณะจำหน่าย หรือสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของระดับคะแนน FIM เมื่อเทียบกับศักยภาพ บางรายงานเลือกประเมินเฉพาะหมวด

Barthel Index เป็นแบบวัดระดับความสามารถที่ได้รับความนิยมแบบหนึ่ง ประกอบด้วย รายการย่อย 10 รายการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การทำความสะอาดบริเวณใบหน้า และช่องปาก การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมระบบขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตนเอง การเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนที่และการขึ้นลงบันได

5.3 เครื่องมือที่ใช้วัดผลด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ Medical Outcome-Short Form 36 (MOS-36) และ Sickness Impact Profile (SIP) มีรายละเอียด ดังนี้

Sickness Impact Profile (SIP) เป็นแบบประเมินที่มีแนวคิดพื้นฐานว่า โรคภัยไข้เจ็บมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม แบบวัด SIP จึงครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

Medical Outcome-Short Form 36 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดด้านจิตใจและสังคม

5.4 การประเมินด้านการใช้ทรัพยากร ได้แก่ ระยะเวลาการครองเตียง และค่าใช้จ่าย

สรุป การประเมินผลการรักษานั้นสามารถทำได้หลายช่วงเวลา เช่น ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ขณะจำหน่ายจากหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี ช่วงเวลาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับผลการรักษาที่ต้องการวัด เพราะปัจจัยในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน เช่น การฟื้นตัวของระบบประสาท ผลการรักษา การปรับตัวเข้าสู่สังคม เป็นต้น

6. แนวคิดการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; วัชรารวี ไพบูลย์, 2544; พัทธวิมล คุปต์นิติศัยกุล, 2543; Caplan, 2000) ภาครัฐและสถานบริการสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น จึงมีการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤตออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ (จอม สุวรรณโณ, 2540) ทั้งที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการเจ็บป่วยและความพิการหลงเหลืออยู่ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้น การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงเข้ามามีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลมาสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากขึ้น ลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Cott, Wiles & Devitt, 2007)

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน โดยเน้นให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านนั้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดอัตราการครองเตียงและยังเป็นการลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเทียบกับการให้บริการในสถานบริการ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2550) ซึ่งปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหนึ่งในโปรแกรมบริหารจัดการโรค (Disease Management) โดยการดำเนินงานโครงการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร (Comprehensive Stroke Care) พร้อมทั้งกำหนดว่าต้องมีการดูแลหลังการรักษาที่ดี โดยเฉพาะการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวทางการดูแลต่อเนื่อง และการตรวจติดตามหลังการรักษาด้วยวิธีการส่งตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลับหน่วยบริการต้นสังกัดในพื้นที่ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยมอบคู่มือแนวทางการดูแลต่อเนื่องให้หน่วยบริการต้นสังกัด พร้อมแจ้งระบบการติดต่อ ติดตาม

โทรศัพท์ และกำหนดให้มีการตรวจติดตามหลังการรักษา โดยการนัดตรวจ 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจติดตามหลังการรักษาในครั้งที่ 2 หลังวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 เดือน และครั้งที่ 3 หลังวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 เดือน ที่หน่วยบริการต้นสังกัด พร้อมติดต่อข้อมูลการไปรับการตรวจติดตามจากหน่วยบริการต้นสังกัด เพื่อลงบันทึกผลการตรวจติดตามหลังการรักษาในโปรแกรมบริหารจัดการโรค (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลต่อเนื่อง (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2551) นั่นคือ เป็นกระบวนการของการดูแลที่มีการหมุนเวียนเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์หนึ่ง ไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง หรือจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง ครอบคลุมในเรื่องของ การส่งต่อ (Referral) การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) และการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยอาศัยการทำงานที่ประสานกัน (coordination) ระหว่างสถาบัน กลุ่มบุคคลและองค์กรสุขภาพ รวมไปถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะสร้างให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (Sparbel & Anderson, 2000) โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการจัดบริการ และการออกแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยข้ามจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งซึ่งมีการพัฒนาไปทั่วโลก (Cott, Wiles & Devitt, 2007)

ที่ผ่านมาพบว่า ข้อจำกัดของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) ผู้ให้บริการเป็นผู้ควบคุมวัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าตัวผู้ป่วย นั่นคือ การมีอิทธิพลเหนือผู้ป่วย 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งความสนใจไปที่การฟื้นคืนสภาพการทำงานที่ของร่างกายมากกว่ากิจกรรมทางสังคมที่มีค่าสำหรับผู้ป่วย 3) จำนวนครั้งของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้ป่วยได้รับ มีจำนวนครั้งที่จำกัดและมีฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่เฉพาะการดูแลในระยะวิกฤติ เท่านั้น โดยมีการติดตามในระยะยาวเพียงเล็กน้อย 4) ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพ และสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถคาดหวังได้ในอนาคตตามความเป็นจริง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการเปลี่ยนผ่านจากภาวะปกติไปสู่ภาวะที่มีความพิการ และการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลมาสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Cott, Wiles, & Devitt, 2007)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การออกแบบบริการเชื่อมประสานช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยระบุนั้นที่ในการดูแล เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (early supported discharge) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลที่บ้านหรือชุมชนในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย (Teasell, et al., 2005)

ซึ่งโปรแกรมนี้ มุ่งความสนใจไปที่การลดจำนวนวันพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยรับแนวคิดจากการจัดการโรคเรื้อรังหรือโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยในการเปลี่ยนผ่านไปสู่ชุมชนและช่วยเหลือผู้พิการรายใหม่ โดยการให้ข้อมูลในเวลาที่เหมาะสมกับความต้องการ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเรียนรู้กลยุทธการจัดการตนเอง (Huijbregts, Teasell, Streiner, & Myers, 2005 cited in Cott, Wiles, & Devitt, 2007)

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่เป็นระบบในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย แต่หลังจากมีการรณรงค์มาตรฐานบริการของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงได้รับความสนใจมากขึ้น (ธัญญลักษณ์ โอบอ้อม, 2541; Pichitpornchai, 2000 อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี โสสุศรีและศรณยา โหมยตะมณฑล, 2546; อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ลักษณะรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในประเทศไทยเท่าที่ปฏิบัติกันอยู่ เป็นแบบต่างๆ ไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละราย นั่นคือ การให้คำแนะนำที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่มีการประเมินหรือวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายก่อนการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังพบว่าการดำเนินการส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัว (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

ปัจจุบัน ทางสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้สำรวจ และประเมินปัญหาที่พบเกี่ยวกับ การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยปัญหาเกี่ยวกับ เจ้าหน้าที่ทีมงาน ทีมนำทางคลินิก คณะกรรมการบริหารพยาบาลและระบบการเตรียมจำหน่าย (เรวดี ศิรินคร, 2546 อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาซึ่ง พบว่า ความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกฝ่ายยังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ทั้งระหว่างทีมของพยาบาลเอง และสหสาขาวิชาชีพ ในส่วนของพยาบาลมักมีงานยุ่งและมักถูกย้ายให้ทำงานที่ไม่ใช่บทบาทของพยาบาล ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลเพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยได้เต็มที่ การปรับบทบาทพยาบาลให้ปฏิบัติหน้าที่ในการวางแผนจำหน่ายอย่างเต็มที่ และลดภาระงานที่ไม่ใช่บทบาทพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยเอื้อให้พยาบาลสามารถ ปฏิบัติบทบาทการเตรียมจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Pichitpornchai, Street, & Boontong, 1999 อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546) นอกจากนี้ พยาบาลบางคนอาจมองการปฏิบัติงานด้านการเตรียมจำหน่ายว่า เป็นหน้าที่เฉพาะของผู้ที่เป็นหัวหน้าทีมเป็นหลัก ทำให้ขาดความตระหนักถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่ฝ่ายแพทย์ไม่ค่อยให้ความสำคัญในการกำหนดแผนการจำหน่ายล่วงหน้า และทีมสุขภาพอื่น ๆ ไม่ให้ความสำคัญอย่างเต็มที่ เนื่องจากทีมสุขภาพส่วนใหญ่มองการจำหน่ายเป็นจุดสิ้นสุดของการดูแล ทำให้ไม่มีการเตรียมการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546; Pichitpornchai et al., 1999 อ้างใน

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546) การวางแผนจำหน่ายโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เกิดขึ้นไม่เต็มที่ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลมักมีอาการหนัก ในขณะที่ญาติอาจไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก จึงทำให้ไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546)

ในส่วนการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลควรนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดการวางแผนที่เหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม และมีการประเมินผลย้อนกลับเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่าย เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น โดยพยาบาล และทีมสุขภาพอื่น ๆ ควรมีการประชุมปรึกษารื้อเกี่ยวกับปัญหาการวางแผนจำหน่ายและหาแนวทางในการพัฒนางานด้านดังกล่าวร่วมกัน ในส่วนของการจัดระบบ ควรมีการวางระบบการจัดการดูแลต่อเนื่องให้ชัดเจน เช่น จัด setting ตามระดับของการดูแล รวมทั้งการสร้าง ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยให้งานด้านการวางแผนจำหน่ายบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546)

อย่างไรก็ตามแต่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จะใช้ได้ผลเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น จึงจะสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ภายใต้การดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ซึ่งให้ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional outcomes) ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในหอผู้ป่วย (Von Koch, Widen, Kostulas, Almazan, & Pedro-Cuesta, 2000; Teasell, et al., 2005) แต่จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Cochrane พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยในที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีลักษณะความพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงพิการระดับมาก ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับการได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Early Supported Discharge Trialists, 2005) แต่จะเหมาะสมกับ การออกหน่วยให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายนอกโรงพยาบาล (Extended stroke unit service) (Fjaertoft, Inredavik, & Lyersen, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพและการเยี่ยมบ้าน 2) การประชุมปรึกษารื้อครอบครัวที่จำหน่าย 3) การตรวจติดตามหลังการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การตรวจทบทวนผู้ป่วยนอกโดยทีมที่ออกหน่วยบริการ 5) การประชุมอบรมให้ความรู้หลังจำหน่าย 3 เดือน ทั้งนี้รูปแบบการให้บริการด้วยการออกหน่วยให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้น ประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญในการพัฒนาผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ของร่างกาย หลังจากติดตามผู้ป่วย 1 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับดูแลตามปกติของหน่วยบริการโรคหลอดเลือดสมอง (Fjaertoft, Inredavik, & Lyersen, 2003)

ในส่วนของ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น มีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อย โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น (New-Medical in Medical Research New, 2004) จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ

Cochrane เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่มีระยะเวลาป่วยภายใน 1 ปี นับตั้งแต่เริ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 1,617 ราย โดยทบทวนงานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะสามารถลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Outpatient service trialists, 2003) ผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพิ่มขึ้น ลดความซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำว้างและศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2549; บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์และ พวงพะยอม ปัญญา, 2550; Pang, Eng, Dawson, McKay, & Harris, 2005; Pang, Harris, & Eng, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวของโรคดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนในสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่จริง ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก (Teng, Mayo, Latimer, Hanley, et al., 2002 อ้างใน ปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์, 2550) จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่บ้านแล้วควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงระยะแรกหลังการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้มากขึ้น ลดความพิการที่อาจเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ปัจจุบันการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จะดำเนินการตามนโยบายของรัฐ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของการให้บริการ สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลชุมชนเป็นผู้หนึ่งในทีมสุขภาพ ที่มีส่วนช่วยให้เกิดการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานชุมชน มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของแหล่งประโยชน์ในชุมชน (นันทวัน สุวรรณรูป, 2546) และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าผู้ร่วมทีมอื่น ๆ โดยการเป็นผู้ประสานงานให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เช่น จากบ้านมาสู่โรงพยาบาลหรือจากโรงพยาบาลมาสู่บ้าน เป็นต้น (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) แนวคิดของการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based-care) จึงเป็นการเพิ่มบทบาทที่กว้างขึ้นของพยาบาลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วย (Hunt & Zurek, 1997 อ้างใน นันทวัน สุวรรณรูป, 2546) ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานรูปแบบใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศ (นันทวัน สุวรรณรูป, 2546)

6.1 องค์ประกอบของการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มุ่งเป้าหมายไปที่ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มที่ต้องการการดูแลในการจัดการกับสภาพปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีดังนี้ (Hunt & Zurek, 1997 อ้างใน นันทวัน สุวรรณรูป, 2546)

6.1.1 การดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัว (self-care) เป็นความรับผิดชอบเบื้องต้นของบุคคลและครอบครัว ที่จะต้องเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ และการปฏิบัติ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ ให้ศึกษาและสร้างเสริมให้เกิดความตระหนักด้านสุขภาพ

6.1.2 การป้องกันโรค (Preventive care) โดยคำนึงถึงการป้องกันทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

6.1.3 การดูแลภายในบริบทของชุมชน (Care within the context of community) การดูแลลักษณะนี้ พิจารณาถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสังคมและสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรม คุณค่า ความเชื่อ ศาสนา และทรัพยากรในชุมชน บริบททางสังคมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการ เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม

6.1.4 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) การกระจายและไม่เป็นระบบของการดูแลสุขภาพ เป็นตัวปัญหาที่ทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดความขัดแย้งในเรื่องการดูแลรักษา ที่ไม่มีระบบการสื่อสารถึงกัน นอกจากนี้ ยังสร้างความสับสนต่อผู้รับบริการที่ต้องการแสวงหาการดูแลด้วยตนเอง การดูแลต่อเนื่องที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการ เช่น จากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน หรือจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการระดับอื่น ๆ เช่น สถานีอนามัย หน่วยบริการการดูแลที่บ้าน เป็นต้น ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดคุณภาพการดูแล

6.1.5 การประสานการดูแล (Collaborative care) การทำงานประสานกันระหว่างทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เป็นต้น เป็นลักษณะที่สำคัญของการดูแลแบบองค์รวม ที่มุ่งเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

6.2 ความเชื่อมโยงบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิกับโรงพยาบาล เนื่องจาก พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทหลักในการให้บริการสุขภาพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ดังนั้น จึงมีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนในฐานะเป็นสถานบริการคู่สัญญา ซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2548)

6.2.1 ด้านการให้คำปรึกษา มีการขอคำปรึกษาเชิงเทคนิคการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีสูง

6.2.2 ด้านการส่งต่อผู้ป่วย มีการประสานงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนเพื่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมในโรงพยาบาล

6.2.3 ด้านการรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน มีการประสานงาน เพื่อขอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน เข้ามาช่วยสนับสนุนและร่วมดำเนินโครงการที่เกี่ย

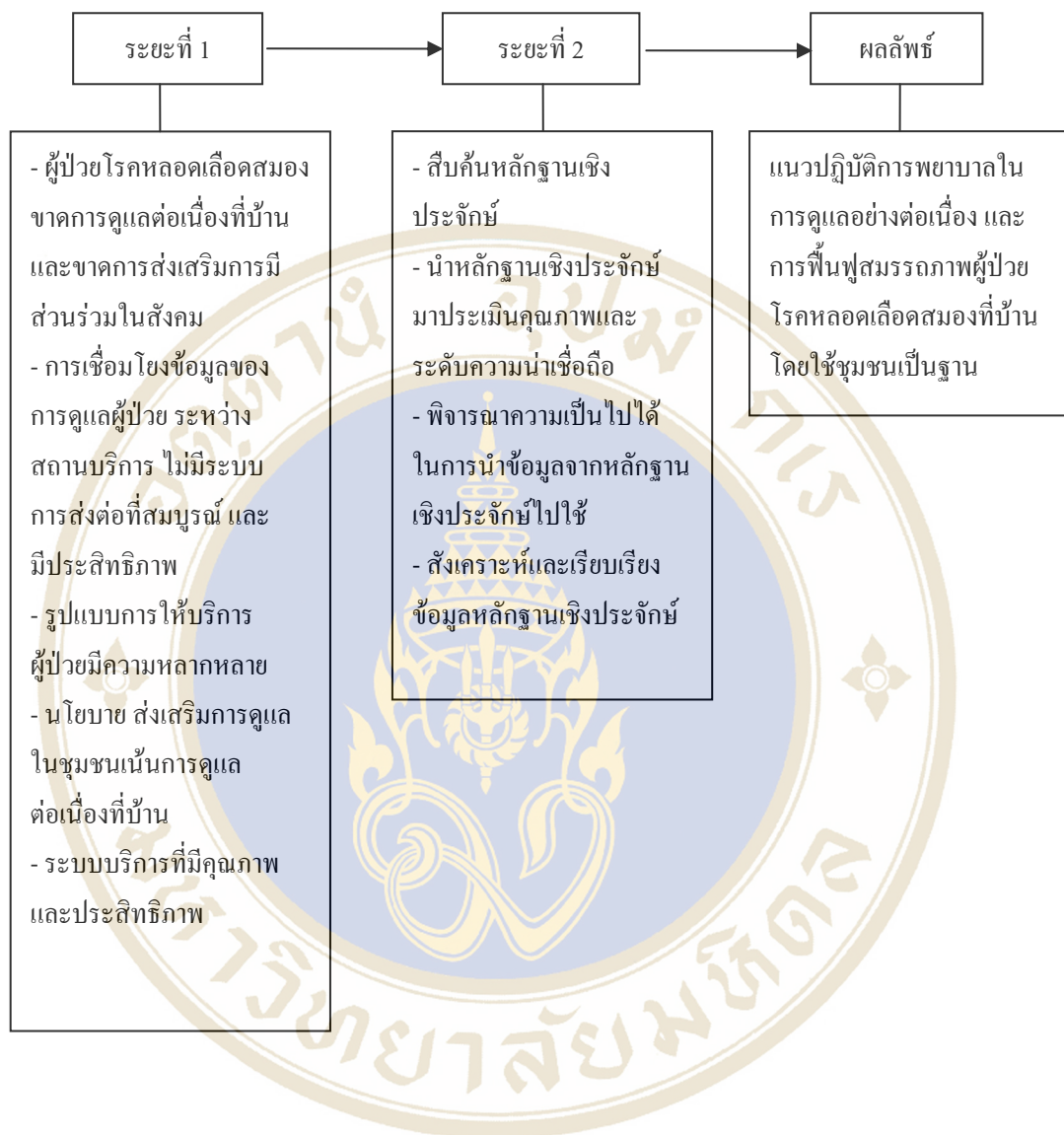
กรอบแนวคิดของการศึกษา (Conceptual Framework of study)

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice model) ของ Soukup (2000) ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 เป็นปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน และจากแหล่งความรู้ คือ ในปัจจุบันการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะดำเนินการตามนโยบายของรัฐ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ร่วมกับการมีระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสถานอนามัย ประกอบกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนนั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤติแล้ว จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว จากนั้น หน่วยบริการที่ให้การรักษาส่งต่อผู้ป่วยกลับหน่วยบริการต้นสังกัด ตามแบบรายงานการส่งตัวผู้ป่วย โดยไม่มีการส่งมอบคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันสภาพปัญหาการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่ขาดแคลนบุคลากรที่มีสุขภาพ ทำให้มีผลต่อคุณภาพการจัดบริการสุขภาพในชุมชนที่ไม่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ การเชื่อมโยงข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างสถานบริการ ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่สมบูรณ์ และมีประสิทธิภาพ รูปแบบการให้บริการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความพร้อมและความตระหนักของหน่วยงานที่ให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด และความผิดปกติด้านอารมณ์ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสีย หรือไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเดิน การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้หรือความสามารถดี

ขึ้นได้ จาก 2 กลไก ได้แก่ กลไกที่หนึ่ง เป็นการฟื้นตัวของระบบประสาท ส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก ส่วนกลไกที่สอง เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถ โดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสมในระยะเริ่มแรก จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลง กระดูกพรุน แผลกดทับ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาแก้ไข ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมา ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้มากขึ้น และลดความพิการที่เกิดขึ้น ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคมโดยการเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนให้แก่ผู้ป่วย เช่น ทางลาดชัน ห้องน้ำคนพิการ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ได้ใกล้เคียงคนปกติ หรือเมื่อก่อนหน้าเกิดการเจ็บป่วย

ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือข้อมูลทางวิชาการที่มีความสัมพันธ์กับประเด็นปัญหาดังกล่าว จากหลาย ๆ แหล่งข้อมูล นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือ พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาได้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้น สังเคราะห์ และเรียบเรียงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังแสดงในแผนภูมิ ที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดของการศึกษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนและวิธีการเลือกรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice model) ของ Soukup (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจาก เป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจนและครอบคลุม มีการวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ ขอมรับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่งานวิจัย ร่วมกับการคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีการใช้ผลงานวิจัยสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มีความน่าเชื่อถือ เน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรตลอดจนให้แนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนในการพัฒนามีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการสังเคราะห์และกระบวนการคิด สามารถที่จะมีการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาของผู้ใช้บริการ ซึ่งมีกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-trigger phase) เป็นระยะของการสำรวจและระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยปัญหาได้มาจากประสบการณ์จากการปฏิบัติงานและแหล่งความรู้

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในการปฏิบัติงาน การวิเคราะห์ปัญหาจากตัวผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง การเฝ้าระวัง หรือการสังเกตข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) เป็นตัวกระตุ้นที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา

2. ระยะของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-support phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ และเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

3. ระยะของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence-observe phase) เป็นการนำสาระหลักที่สังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นแนว

ปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้ แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ

4. ระยะของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) เป็นระยะของการนำแนวปฏิบัติมาประเมินผลและวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริงและวางแผนดำเนินงาน เพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติในรูปแบบใหม่

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ในการศึกษครั้งนี้ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้ Evidence based practice model (Soukup, 2000) ระยะที่ 1-2 เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา เนื่องจากมีข้อจำกัดในระยะเวลาที่ศึกษา ส่วนระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ผู้ศึกษามีการวางแผนที่จะดำเนินในโอกาสต่อไป กระบวนการพัฒนาระยะที่ 1-2 มีรายละเอียดดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา (Evidence-trigger phase) ระบุปัญหาทางคลินิกที่สนใจศึกษา และต้องการแก้ไข ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการ หรือการสูญเสียความสามารถอย่างถาวร (disability) ในการทำกิจกรรมประจำวัน

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger)

การรวบรวมประเด็นปัญหาทางคลินิก ได้จากการปฏิบัติงานโดยรวบรวมข้อมูลจากข้อมูล Family folder การบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านรวมถึงการสังเกตและสอบถาม โดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย พบว่า

การปฏิรูประบบสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยมีระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และสถานอนามัย (Health Center Accreditation) จึงเกิดการปรับปรุงบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุด ภายใต้งบประมาณที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้น พยาบาลจะมีส่วนสำคัญในช่วงของระยะการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care phase) ที่จะเป็นผู้วางแผนไปดำเนินการดูแลต่อเนื่อง หรือปรับแผนใหม่ การติดตาม และการประเมินผลการดูแล

และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วย ตาย พิการ และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤติแล้วจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว จากนั้นหน่วยบริการที่ให้การรักษาผู้ป่วยจะส่งตัวผู้ป่วยกลับหน่วยบริการต้นสังกัดตามแบบรายงาน บส.1 โดยไม่มีการส่งมอบคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับสภาพปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพในการให้บริการในหน่วยปฐมภูมิ ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ การเชื่อมโยงข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างสถานบริการ ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นจากการที่สถานีนามัยได้รับข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า ไม่เป็นปัจจุบัน บางครั้งหน่วยบริการที่ให้การรักษาผู้ป่วยฝากใบส่งตัวมากับผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย โดยไม่ได้บอกถึงความสำคัญหรือเน้นให้ผู้ปวยรีบนำไปให้แก่หน่วยบริการต้นสังกัด ทำให้ผู้ป่วยอาจจะเสียโอกาสในการได้รับการบริการในระยะเวลาที่เหมาะสม บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น และบางรายอาจเสียชีวิตแล้ว ญาติจึงนำไปส่งตัวมาแจ้งต่อหน่วยบริการต้นสังกัด ส่วนใหญ่สถานีนามัยจะทราบข้อมูล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายกลับมาอยู่ที่บ้านจากครอบครัวของผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกอบต.และผู้ใหญ่บ้าน ที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆ เป็นผู้ให้ข้อมูล มากกว่าการได้รับทราบข้อมูลจากโรงพยาบาลแม้ว่าจะมีระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนามัยก็ตาม ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยไม่สามารถให้การช่วยเหลือดูแลและการแก้ไขปัญหาที่เป็นปัจจุบันให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ส่วนรายละเอียดของใบส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย (แบบรายงาน บส.1) มักจะมีเฉพาะข้อมูลการรักษาและประวัติทั่วไปของผู้ป่วยแบบคร่าว ๆ เท่านั้น ไม่มีข้อมูลด้านการพยาบาล และแผนการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยควรได้รับ และในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ หรือมีอุปกรณ์การช่วยชีวิตมาดูแลต่อที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากการพยาบาลบางอย่างต้องอาศัยทักษะความชำนาญ ซึ่งพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลควรเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำช่วยเหลือ และเป็นที่ปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่สถานีนามัย เพื่อให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

อีกประการหนึ่ง คือ รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความตระหนักของหน่วยงานที่ให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน ไม่มีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่วนด้านการ

ให้บริการของของสถานีนอนามัยในการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า มีการมอบหมายงานแบบหน้าที่ มุ่งเน้นการปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จทันเวลา ขาดการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อค้นหาสาเหตุและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จึงเป็นเพียงการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาที่ปรากฏเฉพาะหน้า ขาดการวางแผนการพยาบาล ขาดการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยวิธีการและระยะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งไม่มีการบันทึกการพยาบาล ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้

จากการสังเกตการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์ในผู้ป่วยจำนวน 3 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การเป็นอัมพาต / อัมพฤกษ์ครึ่งซีก อันนำไปสู่ความพิการหรือการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเอง และไม่สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านมีมากมาย ที่สังเกตได้จากการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน อาทิ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบเล็กลง แผลกดทับ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวและสังคมตามมา ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นมีความรุนแรงมากขึ้น จนเกิดความพิการอย่างถาวรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น พยาบาลสามารถจะลดหรือป้องกันความเสี่ยงนั้นได้ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ด้วยการให้การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับการให้ข้อมูล และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ถูกต้องมีหลายเรื่อง แต่ระยะเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีข้อจำกัดเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ อีกทั้งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและมีความเครียด จึงทำให้เมื่อผู้ป่วยที่กลับมาอยู่ที่บ้านแล้ว ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น จึงพบได้บ่อยว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้ต้องกลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

จากข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์ดังกล่าว การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการได้รับการดูแลไม่เหมาะสม มีมากมายที่สังเกตได้จากการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นมีความรุนแรงมากขึ้น จนอาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองเกิดความพิการถาวร ดังนั้น พยาบาลสามารถจะลดหรือป้องกันความเสี่ยงนั้นได้ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยการให้บริการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ตามบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ดังนั้นปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นนี้ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันมีความเห็นพ้องต้องกันว่า การปฏิบัติงานที่ดำเนินการอยู่ยังมีส่วนหนึ่งที่เป็นปัญหา จึงเห็นสมควรที่จะต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการที่ปฏิบัติที่มีอยู่เดิม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge-trigger)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยในด้านความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งทำให้มีความด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งเป็นความเสียเปรียบของบุคคลอันเป็นผลจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; วัชรารัฐไพบูลย์, 2544) โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีระดับความรุนแรงและขอบเขตของปัญหาแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด และชนิดของพยาธิสภาพของสมอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; วัชรารัฐไพบูลย์, 2544)

การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 90.9 กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 68.7 (นุกุล ตะบูนพงศ์ และคณะ, 2537) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการเดิน และการเคลื่อนไหว (ประจวบ มงคลศิริ, 2543) นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจ ซึ่งบ่งชี้ถึงทัศนคติแพทยากร, วิไล คุปต์นิริตติยกุล และอรจักร โตษยานนท์ (2539) ได้ศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ราย พบผู้ป่วย 19 ราย มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 38 สำหรับการศึกษาค้นคว้าความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชนี สรรเสริญและยุวดี รอดจากภัย, 2546) การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การดูแลด้านจิตใจ ตลอดทั้ง การมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม อีกทั้งต้องการการจัดการภายในบ้าน การเงิน และวัสดุสิ่งของในการดูแลผู้ป่วย (Williams, 1994 อ้างใน ฤทัย แสนสี, 2549; สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) และการศึกษาของ นันทพร ศรีนิม (2545) ที่ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า มีปัญหาในการดูแลที่บ้านคือ การมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสิ่งที่ได้กล่าวมานี้ บ่งชี้ถึงความต้องการบริการการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายสามารถมีการฟื้นตัวกลับมาสู่สภาพปกติ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การกลับไปมีบทบาทเดิมในสังคม และการทำให้ชีวิตมีความสุขตามสมควรให้เกิดขึ้นภายในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจ แรงจูงใจ ความช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัว และญาติ ส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544; วัชรารัตน์ ไพบูลย์, 2544) จากการศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะสามารถป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549; ทศพร คำผลศิริ และคณะ, 2549; Duncan et al., 2005; Outpatient Service Trialists, 2003; Pang, Eng, Dawson, McKay, & Harris, 2005; Pang, Eng, & Harris, 2006; Teixeira-Salmela, et al., 1999)

จะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) ซึ่งผู้ให้การดูแลและการรักษาจะต้องเข้าใจบุคคลนั้น ๆ ทั้งด้านกาย ใจ และสังคมที่แวดล้อม การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสังคมที่แวดล้อมตัวผู้ป่วย ต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น ส่วนประกอบในการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยใช้ชุมชนเป็นฐานประกอบด้วย สิ่งสำคัญ ดังต่อไปนี้

1) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ช่วงระยะเวลาภายใน 1-3 เดือนแรก (Skilbeck et al, 1983; Kelly-Hayes et al, 1989 อ้างใน กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2550; นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544; วัชรารัตน์ ไพบูลย์, 2544)

2) วิธีการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1) การป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

2.2) การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะการเคลื่อนไหวย้ายผู้ป่วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544; จุไร เกลี้ยงเกล้า, 2547; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; มยุรี เพชรอักษร, 2532; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; Zastocki & Rovinski-Wagner, 2000; Horowitz, 1982 cited in Devis, 1992 อ้างใน เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539)

2.3) การป้องกันภาวะข้อยึดติดและกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยการจัดท่านอน การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (สถาบันประสาท, 2545; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; จงจินตน์ รัตนากินันท์ ชัย และคณะ, 2541 อ้างใน บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2549; น้อมจิตต์ นวลเนตต์, 2545; อร์นัทร โทยยานนท์, 2539; Macko et al, 1997; Poempa et al, 1996 อ้างในDuncan et al, 2005; Rimmer et al, 2000; Teixeira-Salmela et al,1999; Gordon, Gulanick, Costa, Fletcher, Franklin, Roth, & Shephard, 2004)

2.4) การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การติดราวยึดจับในห้องน้ำ การปรับประตูบ้าน (Weir, 1999)

2.5) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และแหล่งบริการที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแล (Duncan et al, 2005; Outpatient Service Trialists, 2003; Teasell et al, 2007; Gilbertson, Langhorne, Walker, Allen, & Murray, 2000; บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์และพวงพะยอม ปัญญา, 2007)

3) ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยเริ่มตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งสิ้นสุดการบริการ และมีส่วนในการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมให้กับผู้ป่วย (ทศพร คำผลศิริ, 2006: Level II ; Duncan et al, 2005; Outpatient Service Trialists, 2003; Teasell et al., 2007; Gilbertson, Langhorne, Walker, Allen, & Murray, 2000; Mayo, et al., 2000; Ljungberg, Hanson & Lovgren, 2001)

4) ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ โดยทำงานร่วมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชน ในรูปแบบการประสานงานกันรวมถึงการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไปรับการรักษากับผู้เชี่ยวชาญ (Duncan et al., 2005; Outpatient Service Trialists, 2003; Teasell et al., 2007; Gilbertson, Langhorne, Walker, Allen, & Murray, 2000; Mayo, et al., 2000; Ljungberg, Hanson & Lovgren, 2001)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านการรักษายังไม่สิ้นสุด เพราะในระยะนี้ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งใหญ่ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยบางรายมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง แต่มักสามารถกลับมาสู่ระดับเดิมได้เมื่อเวลาเปลี่ยนไป ผู้ป่วยต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเดิมให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นสังคมครอบครัว สังคมเพื่อน หรือสังคมการทำงาน ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องการการยอมรับให้กลับเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมนั้น ๆ ความสำเร็จของการปรับตัว และการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับ

หลายปัจจัย แต่ครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยเป็นอย่างดี จะเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ผู้ให้การดูแลและการรักษาจึงควรมีหน้าที่ ชี้ทางแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นขั้นตอน การให้ความรู้ รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาเป็นกลไกสำคัญของการดูแลต่อเนื่องที่จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาทั้งหลายได้อย่างราบรื่น และประสบผลสำเร็จได้ในที่สุด

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

ระยะนี้เป็นระยะของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือข้อมูลทางวิชาการที่มีความสัมพันธ์กับประเด็นปัญหาจากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาได้กำหนดวัตถุประสงค์ขอบเขต และทิศทางความต้องการในการสืบค้นหาข้อมูล เพื่อให้ได้วรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ต้องการศึกษา ทั้งในด้านกลุ่มประชากรที่มีลักษณะตรง หรือคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา และแหล่งที่ทำการศึกษา โดยเลือกการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. กำหนดคำสำคัญในการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบของ PICO (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) ดังนี้

P (Population) = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน มีระยะเวลาป่วยภายใน 1 ปีหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

I (Intervention) = การพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

C (Comparison) = ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (Outcome) = เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) และลดความพิการ (disability)

เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ได้กำหนด ดังนี้

1. งานวิจัยที่ใช้ในการสังเคราะห์จะต้องมีระดับงานวิจัยเป็นงานวิจัยแบบ Systematic review, meta-analysis randomized controlled trial และ Quasi-experimental study
2. งานวิจัยที่ใช้มีทั้งเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
3. งานวิจัยที่ใช้สังเคราะห์จะต้องสามารถเชื่อมโยงและได้เป็น full text หรือหากไม่เป็น full text ก็จะต้องมีการระบุเล่มวารสารและสามารถสืบค้นได้ด้วยมือจากห้องสมุดในประเทศไทย
4. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2008

2. คำสำคัญในการสืบค้น

2.1 stroke patients or cerebrovascular accident or cerebrovascular disorders

2.2 community - based rehabilitation

2.3 community - based exercise

2.4 stroke rehabilitation

2.5 home - based rehabilitation

2.6 practice guideline

2.7 exercise program

2.8 rehabilitation program

2.9 continuing care

2.10 continuity of care

2.11 transitional care

2.12 discharge planning

2.13 functional status

2.14 disability

ในการระบุคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นอาจมีการปรับเปลี่ยนในการสืบค้นแต่ละครั้งตามผลของการสืบค้น และมีการใช้ Boolean operator เข้ามาช่วยในการรวมคำค้น (combining key words) โดยใช้คำ และ (and) หรือ (or)

3. กำหนดแหล่งการสืบค้น

- สืบค้นจากฐานข้อมูลที่ให้ Systematic Review จากฐานข้อมูล www.Cochrane.org และ www.joannabrigges.edu.aau

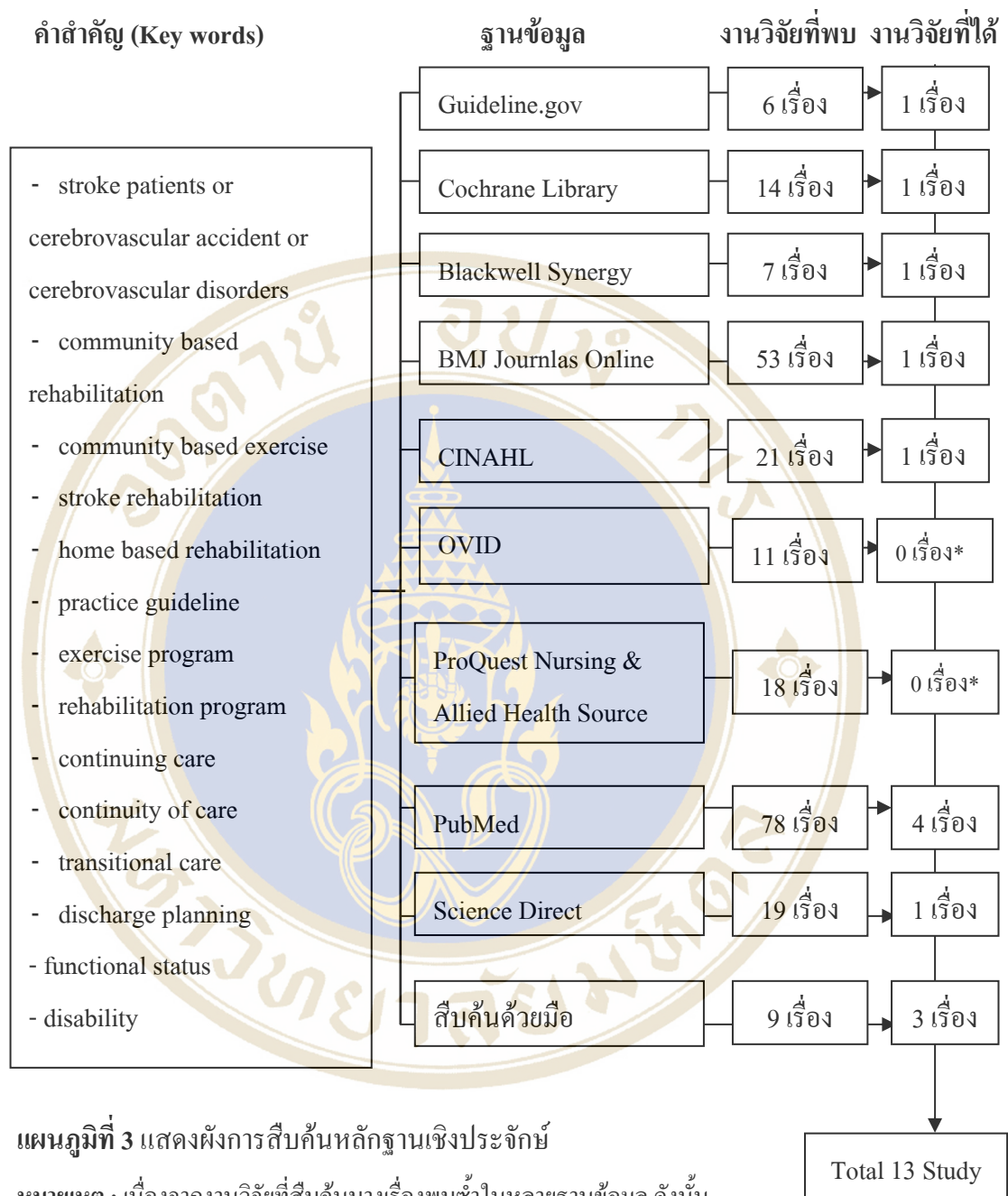
- สืบค้นจากฐานข้อมูลที่ให้ Guidelines จากฐานข้อมูล www.guidelines.gov

- สืบค้นฐานข้อมูลที่ให้งานวิจัยเดี่ยวจาก OVID, CINAHL, PUBMED, Blackwell Synergy, Science direct, BMJ

- สืบค้นจาก Reference list และการสืบค้นด้วยมือ จากตำราและจากวารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร จุฬาลงกรณ์เวชสาร พยาบาลสาร

4. ผลการสืบค้น

ผลจากการสืบค้นและคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 13 เรื่อง ประกอบด้วย Systematic reviews of RCT 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 6 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 3 เรื่อง ดังมีรายละเอียดการสืบค้นข้อมูลตามแผนภูมิที่ 3



5. การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลของการสืบค้นสามารถคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องนำมาประเมินคุณภาพ ซึ่งผู้ศึกษาประเมินตามแบบของ Melnyk & Fineout-Overholt (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับของ คุณภาพงาน	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับ 1	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือหลักฐานจากแนวปฏิบัติที่มาจากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (Clinical practice guidelines based on systematic review of RCT)
ระดับ 2	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT)
ระดับ 3	หลักฐานจากงานวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (non-randomized controlled trial)
ระดับ 4	หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา (Case-control) ที่มีคุณภาพ
ระดับ 5	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ (Systematic review of descriptive and qualitative studies)
ระดับ 6	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ (Descriptive and qualitative studies)
ระดับ 7	หลักฐานจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และ/หรือรายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ (Opinion of authorities and/ or reports of expert committees)

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องได้จำนวน 13 เรื่อง เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 6 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 3 เรื่อง นำมาประเมินความน่าเชื่อถือและระดับของงานวิจัยตามเกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับและคุณภาพความน่าเชื่อถือของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง	การออกแบบ งานวิจัย/ระดับ งานวิจัย
1	Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home (Review) (Outpatient Service Trialists, 2003)	Systematic Review / 1
2	Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors (Gordon et al., 2004)	Systematic Review / 1
3	Management of Adult Stroke Rehabilitation Care A Clinical Practice Guideline (Duncan, et al., 2005)	Systematic Review / 1
4	Important Findings of the Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review (Teasell et al., 2007)	Systematic Review / 1
5	The effectiveness of community-based rehabilitation for stroke patients who remain at home : a pilot randomized trial (Wolfe, Tilling, & Rudd, 2000)	Randomized controlled trial / 2
6	There's no place like home an evaluation of early supported discharge for stroke (Mayo et al, 2000)	Randomized controlled trial / 2
7	A community – based fitness and mobility exercise program for older adults with chronic stroke (Pang et al., 2005)	Randomized controlled trial / 2
8	A community-Based upper-extremity Group exercise program improve function and performance of functional activities in chronic stroke (Pang et al., 2006)	Randomized controlled trial / 2
9	Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital (Gilbertson et al., 2007)	Randomized controlled trial / 2
10	โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมอง (ทศพร คำพลศิริ, 2549)	Randomized controlled trial / 2
11	A home rehabilitation program for stroke patients A pilot study (Ljungberg, Hanson, & Lovgren, 2001).	Quasi experimental research / 3

ตารางที่ 2 แสดงระดับและคุณภาพความน่าเชื่อถือของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

ลำดับ ที่	ชื่อเรื่อง	การออกแบบ งานวิจัย/ระดับ งานวิจัย
12	การศึกษาการตอบสนองของระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ที่ได้รับโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้าน (โถมจี จันทรเวชและคณะ, 2547)	Quasi experimental research / 3
13	ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ และพวงพะยอม ปัญญา, 2550)	Quasi experimental research / 3

6. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดมาประเมินความเป็นไปได้ ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยประเมินตามเกณฑ์ Utilization Criteria ของ Polit & Beck (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

6.1 ความสอดคล้องกับปัญหา (Clinical relevance) ประเมินว่างานวิจัยนั้นตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หรือทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติได้ มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติและกระบวนการเก็บข้อมูลของหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

6.2 การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ศึกษาและนำมาวิเคราะห์และประเมินคุณภาพตามขั้นตอนซึ่งมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีการออกแบบงานวิจัยได้เหมาะสมและสอดคล้องกันตลอดทั้งเรื่องมีการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่น่าเชื่อถือ ผู้ทำการวิจัย เป็นแพทย์พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หลักฐานเชิงประจักษ์ในทุกระดับได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก

6.3 แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

6.3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) เทียบเคียงความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์และพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปใช้กับหน่วยงาน คือมีความคล้ายคลึงของผู้ให้บริการในหน่วยงานกับกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนและวิธีการเหมาะสมกับสถานการณ์ในหน่วยงานที่ปฏิบัติ โดยพิจารณาถึงความพร้อมของหน่วยงาน ทรัพยากร การดูแลและรูปแบบการปฏิบัติงานในหน่วยงาน จำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับประโยชน์

6.3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of the findings) โดยพิจารณาที่การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กร ความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในหน่วยงานที่ใช้สนับสนุนในการดำเนินการ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไม่ต้องการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ วิธีการปฏิบัติไม่มีความยุ่งยากและพยาบาลสามารถนำไปใช้ผสมผสานกับงานประจำโดยไม่เพิ่มภาระงาน

6.3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) โดยประเมินจากความเสี่ยงของการดูแลรูปแบบใหม่ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อเทียบกับการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากการใช้รูปแบบเดิมในการดูแลเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบใหม่ นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงความพึงพอใจและความภูมิใจในการปฏิบัติงาน (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

7. สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 13 เรื่อง ได้สังเคราะห์ความรู้เพื่อสกัดเนื้อหาในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีประเด็นตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

7.1 การจัดระบบและการประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอันประกอบด้วย พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และแพทย์ ทำงานร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล ในรูปแบบการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยกันและกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับทีมฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและปานกลาง หรือการเข้าไปร่วมดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสบการณ์ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

7.2 การฝึกอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกทีมฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรได้รับการฝึกอบรมความรู้ในเรื่องการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ชุมชนและหมู่บ้านด้วย เพื่อเป็นการกระจายข้อมูลเรื่องการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นการช่วยให้เจ้าหน้าที่สมาชิกทีมโรคหลอดเลือดสมองได้รับความร่วมมือมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

7.3 โปรแกรมการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านประกอบด้วย

7.3.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเข้ารับบริการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (function) ด้วยการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับพื้นฐานโดยใช้เครื่องมือ Barthel Index
- ประเมิน ระดับความพิการ (disability) หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Modified Rankin Scale

7.3.2 การให้สุศึกษาและคำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดทำ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ควรให้ในรูปแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยการใช้เอกสารเป็นหลักฐานประกอบและควรมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับ

7.3.3 การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นเอื้ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย

7.3.4 การสอนและการฝึกทักษะต่างๆในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ในเรื่อง การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกายในส่วนที่เกิดการสูญเสียและฝึกการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรง ดังแสดงรายละเอียดโปรแกรมการออกกำลังกาย ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงโปรแกรมการออกกำลังกาย

รูปแบบของการออกกำลังกาย (Mode of exercise)	เป้าหมายหลัก (Major goal)	ความแรง/ความถี่/ระยะเวลา (Intensity/frequency/duration)
แอโรบิก (Aerobic): การออกกำลังกายแบบ มีดัดใหญ่ (การเดิน, การ เดินบนสายพาน)	- เพิ่มความมีอิสระในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADLs) - เพิ่มการเดินเร็ว/ความสามารถ - ความทนได้ดีขึ้นสำหรับกิจกรรมที่ยาวนาน - ลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	40%-70% ของ peak oxygen uptake; 40%-70% heart rate reserve ; 50%-80% maximal heart rate ; rating of perceived exertion (RPE) 11-14 (6-20 scale) - 3-7 วัน/สัปดาห์ - 20-60 นาที/ครั้ง (ผลรวมของครั้งละ 10 นาที)
การเพิ่มความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ (Strength): - circuit training - เครื่องยก (weight machines) - free weights - isometric exercise	- เพิ่มความมีอิสระในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADLs)	- 1-3 ครั้งของการทำซ้ำ ๆ ประมาณ 10-15 ครั้ง ของการออกกำลังกาย 8-10 ในการรวมกลุ่มกล้ามเนื้อใหญ่ - 2-3 วัน/สัปดาห์
การยืดหยุ่นและ กล้ามเนื้อ (Flexibility): - การยืดเหยียดร่างกาย (stretching)	- เพิ่ม range of motion (ROM) ของการมีส่วนร่วมที่ปลายสุด - ป้องกันการเกิด contractures	- 2-3 วัน/สัปดาห์ (ก่อนหรือหลังการฝึกแอโรบิก หรือ ฝึก Strength) - ค้างไว้ครั้งละ 10-30 วินาที
Neuromuscular: - การประสานและ - การทรงตัว	- ระดับของความปลอดภัยระหว่างการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น	- 2-3 วัน/สัปดาห์ (พิจารณาการดำเนินการบนวันเดียวกันที่ทำกิจกรรม Strength)

7.3.5 ก่อนการออกกำลังกายให้อบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที และเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายให้ค่อย ๆ ผ่อนกำลังลง (cool down) อีกประมาณ 5 นาที

7.3.6 ควรส่งเสริมการเดินออกกำลังกายในผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ทุกราย

7.3.7 ควรมีการแนะนำแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว

7.3.8 ควรมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพ

7.3.9 ควรมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมยามว่าง เช่น ร่วมกิจกรรมทำบุญกับครอบครัว การพาผู้ป่วยไปพบเพื่อนเก่าสมัยเรียน การพาผู้ป่วยไปที่สวนนอกบ้าน

7.4 การติดตามความก้าวหน้า ควรมีการติดตามความก้าวหน้าในช่วง 6 เดือน และ 1 ปี โดยมีเป้าหมายในการติดตามปัญหาของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาโรคอื่น ๆ ที่เป็นอย่างต่อเนื่องโดยผู้ให้บริการปฐมภูมิ

7.5 เวลาที่ใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

หลังจากการประเมินความเป็นไปได้ในการนำข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นสังเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และได้นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสม จำนวน 4 ท่าน ประกอบไปด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
3. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
4. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์

หลังจากรับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะรายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก

การวางแผนดำเนินการ

ผู้ศึกษาได้วางแผนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง โดยจัดเป็นโครงการศึกษานำร่อง (pilot study) ที่มีการประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ และมีการประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential)

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานไปใช้ในการปฏิบัติ โดยประเมินตามเกณฑ์ Utilization Criteria ของ Polit & Beck (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

1.1 การเทียบเคียงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding)

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ที่มีความต้องการดูแลต่อเนื่อง โดยพัฒนามาจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การประเมินผลลัพธ์ และการติดตามความก้าวหน้า แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความครอบคลุมมากขึ้น มีการบันทึกการพยาบาลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น รวมถึงมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of the findings)

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้กับหน่วยงานได้จริง เนื่องจากเป็นการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และเป็นการให้บริการเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล โดยให้ความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้ ยังเป็นการนำนวัตกรรมที่มีกิจกรรมการพยาบาลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล พยาบาลมีเอกสิทธิ์ที่จะปฏิบัติได้ด้วยการผสมผสานไปกับการประจำ โดยมีการวางแผนหรือประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนวิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และไม่มีการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์พิเศษใดๆ ในการนำไปใช้

1.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

เมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้และพิจารณาถึงประโยชน์ ความคุ้มค่า คำนวณได้ประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่เดิม โดยไม่เกิดความเสี่ยง หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น (functional) และลดความพิการที่จะเกิดขึ้น เพิ่มคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. แผนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

2.1 แจ้งวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อเป็นการสื่อสารถึงวัตถุประสงค์และนำเสนอแนวคิดของแนวปฏิบัติการพยาบาลและขออนุญาตเพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน

2.2 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เข้าเสนอในที่ประชุมทีมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อร่วมปรึกษาหารือ แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากที่สุดในการนำมาใช้กับหน่วยงาน

2.3 จัดประชุมให้ความรู้แก่ทีมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเรื่องการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองและข้อตกลงในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

2.4 ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ไปศึกษาทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

2.5 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำร่องไปปรับปรุงแก้ไข

2.6 ประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เป็นระยะ ๆ

3. นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในแผนการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริงและวางแผนดำเนินงาน เพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติในรูปแบบใหม่ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงวางแผนในการนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยการวางแผนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1 นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงาน

3.2 สอบถามเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อประเมินผลและความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความยุ่งยากในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินค่าใช้จ่าย และผลที่ได้รับจากแนวปฏิบัติการพยาบาล นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3.3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน (CQI) เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เผยแพร่นอกหน่วยงานและพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการพยาบาล

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปสู่บ้านแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาด้านการสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมหลงเหลืออยู่ เช่น การเดิน การสื่อสารและการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความด้อยโอกาสทางสังคม อันเป็นผลมาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก ได้แก่ กลไกที่หนึ่ง เป็นการฟื้นตัวของระบบประสาทซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก ส่วนกลไกที่สอง เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายในช่วง 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านด้วยวิธีการที่ถูกต้องและระยะเวลาที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหรือความสามารถดีขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Soukup (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 13 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 6 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 3 เรื่อง นำมาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 1. ระยะเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ทีมเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ การเตรียมชุมชนและการจัดเตรียมเอกสารคู่มือต่าง ๆ 2. ระยะดำเนินการ เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 3. ระยะประเมินผล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้รับการประเมินเชิงเนื้อหาและเครื่องมือที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่ง การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจนถึงระยะที่ 2 โดยศึกษาจนถึงขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติทางการ พยาบาล ส่วนในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ผู้ศึกษามีการวางแผนที่จะดำเนินการในขั้นตอนต่อไป โดย การนำแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข แล้ว จึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำมีการศึกษานำร่องก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้และปรับปรุงให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์การบริการสุขภาพ ในแต่ละบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมทีมเจ้าหน้าที่ ในด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ควรมีการติดตามผลงานวิจัยหรือการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและสอดคล้องกับบริบทในหน่วยงาน
4. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการและหน่วยงาน
5. ควรเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังหน่วยงานอื่นที่อยู่ในสังกัด

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CONTINUITY OF CARE AND REHABILITATION IN STROKE PATIENTS AT HOME USING A COMMUNITY - BASED APPROACH

เปรมจิต จันทะแจ่ม 4936705 NSF/M

พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing), วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญและพบมากเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรในประเทศตะวันตก สำหรับประเทศไทย เช่น จีนและญี่ปุ่นพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ และสำหรับประเทศไทยนั้นพบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุหลักของความพิการในวัยผู้ใหญ่ ทำให้สูญเสียสุขภาพหรือเป็นภาระทางสุขภาพอันดับ 3 ของประเทศไทย ซึ่งพบเป็นอันดับ 1 ในหญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ของชายไทย

ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการรักษามีความทันสมัยมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 31 ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือในการเดิน และร้อยละ 16 ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก คือ การฟื้นฟูตัวของระบบประสาท และการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อที่บ้าน

ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและระยะเวลาที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้มากขึ้น ลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น

จากประสบการณ์ตรงของผู้ศึกษา พบว่า สภาพปัญหาการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่ขาดแคลนบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้มีผลต่อคุณภาพการจัดบริการสุขภาพในชุมชนที่ไม่สามารถดูแลและให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานบริการ ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ให้บริการต่างให้บริการหลากหลายในความถนัดของตน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบกับหน่วยงานของผู้ศึกษายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ดังนั้น ผู้ศึกษาต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice model) ของ Soukup (2000) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Model) ของ Soukup (2000) ในระยะที่ 1-2 มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีกระบวนการพัฒนา 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. การค้นหาปัญหา (Evidence-trigger phase) ที่มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) โดยเป็นปัญหาที่พบบ่งชี้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน คือสภาพปัญหาการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่ขาดแคลนบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้มีผลต่อคุณภาพการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกันเนื่องจากผู้ให้บริการต่างให้บริการหลากหลายในความถนัดของตน ประกอบกับหน่วยงานของผู้ศึกษาไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำให้ไม่มีความชัดเจนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จึงเป็นเพียงการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่ปรากฏ

เฉพาะหน้า ขาดการวางแผนการพยาบาล ขาดการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการที่ถูกต้องและระยะเวลาที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยควรได้รับ รวมทั้งไม่มีการบันทึกการพยาบาลทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้

จากการสังเกตการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์ในผู้ป่วยจำนวน 3 ราย พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านมีมากมาย ที่สังเกตได้จากการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน อาทิ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบเล็กลง แผลกดทับ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ก่อให้เกิดภาวะต่อครอบครัวและสังคมตามมา ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นมีความรุนแรงมากขึ้น จนเกิดภาวะความพิการอย่างถาวรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น พยาบาลสามารถจะลดหรือป้องกันความเสี่ยงนั้นได้ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยการให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้วยวิธีการที่ถูกต้องและระยะเวลาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge-trigger) โดยศึกษาค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ งานวิจัย บทความและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ แต่ผู้ป่วยจะมีอาการหรือความสามารถดีขึ้นได้จาก 2 กลไก คือ การฟื้นตัวของระบบประสาท และการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายในช่วงระยะ 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจ แรงจูงใจ ความช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัว และญาติ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ด้วยการให้การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลของการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงจะดี สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลมาสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (early supported discharge) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้กำหนดแผนการให้บริการที่บ้านหรือชุมชน ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย แต่วิธีการนี้จะใช้ได้ผลเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองระดับที่เล็กน้อยถึงระดับปานกลาง โดยให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional outcomes) ไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในหอผู้ป่วย แต่จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Cochrane พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยในที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีลักษณะความพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงพิการระดับมาก ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับการได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Early Supported Discharge Trialists, 2005) แต่จะเหมาะสมกับ การออกหน่วยให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายนอกโรงพยาบาล

(Extended stroke unit service) ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพและการเยี่ยมบ้าน 2) การประชุมปรึกษาหารือครอบครัวที่จำหน่าย 3) การตรวจติดตามหลังการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การตรวจพบทวนผู้ป่วยนอกโดยทีมที่ออกหน่วยบริการ 5) การประชุมอบรมให้ความรู้หลังจำหน่าย 3 เดือน ทั้งนี้รูปแบบการให้บริการด้วยการออกหน่วยให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้น ประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญในการพัฒนาผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ของร่างกาย หลังจากติดตามผู้ป่วย 1 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติของหน่วยบริการโรคหลอดเลือดสมอง (Fjaertoft, Inredavik, & Lyersen, 2003) ด้วยการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม ครอบคลุมในเรื่องการป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะการเคลื่อนไหว การจัดทำ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อต่อ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือ และการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยการนำครอบครัวและญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งสิ้นสุดการบริการ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การรักษายังไม่สิ้นสุด เพราะในขณะนี้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเผชิญกับการปรับตัวครั้งใหญ่ ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยบางรายมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง แต่สามารถกลับมาสู่ระดับเดิมได้ เมื่อเวลาเปลี่ยนไป ผู้ป่วยต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเดิมให้มากที่สุด ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยต้องการการยอมรับให้กลับไปมีส่วนร่วมในสังคมนั้น ๆ ความสำเร็จของการปรับตัว และการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แต่ครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยเป็นอย่างดีจะเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ผู้ให้การดูแลและการรักษาจึงควรมีหน้าที่ชี้ทางแก่ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างเป็นขั้นตอน การให้ความรู้รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษา เป็นกลไกสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง ที่จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วย และครอบครัว สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาทั้งหลายได้อย่างราบรื่น และประสบผลสำเร็จได้ในที่สุด

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-support phase) เป็นการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา จากหลายๆ แหล่งข้อมูล โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามกรอบ “PICO” คือ stroke patients or cerebrovascular accident or cerebrovascular disorders, community-based rehabilitation, community-based exercise, stroke rehabilitation, home-based rehabilitation, practice guideline, exercise program, rehabilitation program, continuing care, continuity of care, transitional care,

discharge planning, functional status, disability ซึ่งครอบคลุมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000-2008 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Cochrane Library, Guideline.gov, Blackwell Synergy, BMJ Journals Online, CINAHL, Journal @ OVID Full Text, ProQuest Nursing & Allied Health Source, PubMed, Science Direct และทำการสืบค้นด้วยมือจากวารสารวิชาการ รายการเอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรมทำรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในห้องสมุดสังกัด มหาวิทยาลัยมหิดล ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 13 เรื่อง เป็น Systematic reviews of RCT 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 6 เรื่อง และงานวิจัยกึ่งทดลอง 3 เรื่อง

ทำการประเมินคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 13 เรื่อง จากนั้น สังเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล อย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความ เหมาะสมของภาษา จำนวน 4 ท่าน หลังจากการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา ได้มีการปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา

ผลจากการสืบค้น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 13 เรื่อง สำหรับการสังเคราะห์ มี Systematic reviews of RCT 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม 6 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 3 เรื่อง ทำการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 13 เรื่อง แล้วนำมา สังเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่าง ต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ทีมเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ การเตรียมชุมชน และการจัดเตรียมเอกสารคู่มือต่าง ๆ 2. ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย การประเมิน สภาพผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน 3. ขั้น ประเมินผล โดยการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

การวางแผนดำเนินการ

1. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง โดยมีการ จัดเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน การจัดโครงการนำร่อง ที่มีการประเมินความเป็นไปได้ก่อนนำ หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้จริงในหน่วยงาน และการประเมินผล นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขจนได้ แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงานนั้นๆ

2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ บุคลากรเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษานำร่องก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้และปรับปรุงให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์การบริการสุขภาพในแต่ละบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมทีมเจ้าหน้าที่ ในด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ควรมีการติดตามผลงานวิจัยหรือการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและสอดคล้องกับบริบทในหน่วยงาน
4. ควรมีการทำวิจัยเชิงประเมินผลของแนวปฏิบัติและวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการและหน่วยงาน
5. ควรเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปยังหน่วยงานอื่นที่อยู่ในสังกัด

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR CONTINUITY OF CARE AND REHABILITATION IN STROKE
PATIENTS AT HOME USING A COMMUNITY - BASED APPROACH

PREMJICH JUNTAJAM 4936705 NSFN/M

M.N.S. (AMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : NANTAWON SUWONNAROOP,
Ph.D. (Nursing), WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Cerebrovascular disease or stroke is a neurological disease which is commonly found and is a major public health problem in many countries all over the world. At present, it is the third leading cause of death in the western populations. As for causes of mortality in Asia, such as in China and Japan, stroke is second only to heart disease. In Thailand, stroke is the fourth leading cause of death after cancer, accidents, and heart disease, and it is also a major cause of disability in adulthood. A review of the disability adjusted life year (DALYs) in 2004 has revealed that stroke is the third most important cause of loss of health status in Thailand—the first leading cause in Thai females and the third leading cause in Thai males

Currently, advances in treatment have resulted in an increase in the number of survivors of stroke. However, most of the patients continue to suffer from the remaining disability. Previous studies have revealed that approximately 31% of survivors of stroke require assistance in daily living activities, 20% need assistance with their walking, and 16% totally depend on assistance from others to live their life. These patients can recover or have improved conditions due to two mechanisms—neurological recovery and physical rehabilitation to increase their physical capacity despite the remaining disability. It has been reported that most of the patients can recover within the first three to six months, especially during the first three months.

Therefore, if these patients receive appropriate and continuous care and rehabilitation at home, they can have better conditions and regain their functional status and reduce disability

Based on the author's professional experience, it has been found that there are still problems with primary healthcare service provision which lacks healthcare staff, hence an adverse effect on quality of healthcare service provision in the community which is unable to offer comprehensive care to stroke patients. In addition, there is a lack of connection in care information as different healthcare staff members provide different types of care to patients in accordance with their own specialization. As a result, stroke patients do not have a chance to receive continuous care. Furthermore, in the healthcare setting where the author works, there is no clinical nursing practice guideline on rehabilitation of stroke patients. Thus, the author was interested in developing a clinical nursing practice guideline for continuity of care and rehabilitation in stroke patients at home using community-based approach based.

Methods

This paper aimed at developing a clinical nursing practice guideline for continuity of care and rehabilitation in stroke patients at home using a community - based approach. The evidence-based practice model of Soukup (2000) was employed to develop guideline starting from phase 1) evidence-trigger phase and phase 2) evidence-support phase. The steps involved in the development of the clinical nursing practice guideline undertaken were presented as follows:

Phase One: Evidence-trigger phase

This phase involved analysis and identification of the problems under study based on the following two factors:

1. Practice trigger

Based on the clinical experience, it has been found that there are problems in providing comprehensive care to stroke patients in primary care due to lack of healthcare staff. There is a loss of connection in care information from hospital to community, stroke patients do not receive continuous care. Furthermore, in the work setting of health center, there is no clinical nursing practice guideline on care and rehabilitation of stroke patients. Thus, there is no clarity when it comes to systematic

and continuous rehabilitation care of stroke patients. Most of the care offered to stroke patients is in the form of immediate care and assistance to solve the problems the patients are facing. There is no nursing plan that involves appropriate methods to care for stroke patients, and there is no pattern or format of nursing records to examine the patients' care history.

A field observation of three stroke patients in the community has shown that these patients suffered from various complications due to lack of systematic nursing care to provide continuous care and rehabilitation to patients at home. If these complications remained untreated, they could lead to more severe complications. Nurses can help prevent such risks of complications by performing their independent roles in providing of continuous and appropriate care for rehabilitating to stroke patients at home according to each patient's personal conditions and context.

2. Knowledge trigger

According to a review of different sources of data including research, academic articles, and experts' consensuses, most of the survivors of stroke have to live with remaining disability. These patients can recover due to two mechanisms—neurological recovery and physical rehabilitation to increase their physical capacity despite the remaining disability. It has been reported that most of the patients can recover within the first three to six months, especially during the first three months, depending on their personality, mental status, motivation, and social support from family and relatives, which vary among individual patients. In fact, care and rehabilitation should be provided to patients as soon as possible to ensure more favorable outcomes. As for stroke patients who have undergone change of care settings from hospital to home, early supported discharge by specifying the dates of care is the most commonly used practice. In doing so, the multidisciplinary team determines the plan to provide care to patients at home or in the community while the patients are still hospitalized in the ward. However, this form of care is effective only with stroke patients with mild to moderate disability, and the functional outcomes of care is not different from those of patients who are rehabilitated in the hospital ward. Such care covers consistent and continuous physical, psychological, social, and environmental rehabilitation to prevent recurrence of stroke by controlling risk factors, giving assistance in daily living activities, practicing mobility skills, positioning, and

preventing possible complications. It also involves maximizing the capacity of unaffected bodily organs such as promoting exercises to increase strength of the unaffected limbs, while solving problems with abnormality and disability such as promoting exercises to increase strength of the weakened limbs and hand grips. Other aspects of care include preventing and solving problems caused by subsequent loss of physical ability such as exercising to retain the range of motion, using equipment such as ankle foot orthosis to solve problems of foot drop and a cane to stabilize gait, etc. Patients' environment should also be adjusted to facilitate their doing various activities, and their emotional and social conditions should be supported by giving information about resources that are available to them. Moreover, when there are problems with care, patients should be referred to a healthcare setting with higher capacity. All of these should be conducted with participation from stroke patients' family and relatives who should take part in care-related decision-making since the beginning to the end of provision of care.

According to the discussions above, it can be seen that the care provided to stroke patients does not end when the patients are discharged from the hospital and return to their home. On the other hand, both patients and family have to undergo a major adjustment. Most of the patients have reduced functionality at first, but it can gradually return as time passes by. Also, patients have to adjust themselves to the old environment as much as possible, and at the same time they need to return to take part in their former social circle. It can be stated that there are a number of factors that determine patients' successful adjustment and return to society, but if they have family that is knowledgeable and understanding, the family will be an influential source of support that enables them to adjust themselves and return to society more easily. Therefore, healthcare team members including nurses are responsible for systematically offering guidance to stroke patients and their family because dissemination of knowledge and counseling is a major mechanism of continuous care that enables patients and family to more easily and effectively adjust themselves and cope with problems.

Phase Two: Evidence-Support Phase

During this phase, evidence related to problems under study from different sources was searched and reviewed. The keywords in the search of evidence were

determined based on the PICO format. The search was limited to research published in Thai and English with a full text. The keywords used in the search were stroke patients or cerebrovascular accident or cerebrovascular disorders, community - based rehabilitation, community-based exercise, stroke rehabilitation, home - based rehabilitation, practice guideline, exercise program, rehabilitation program, continuity care, continuity of care, transitional care, discharge planning, functional status, disability. The studies were published between 2000 to 2008 The predetermined keywords were used in the search for research evidence in the electronic databases including Cochrane Library, Guideline.gov, Blackwell Synergy, BMJ Journals Online, CINAHL, Journal@OVID Full Text, ProQuest Nursing & Allied Health Source, PubMed, Science Direct. Also, manual search was conducted with academic journals, theses, dissertations, reference lists, and research reports kept at the libraries under Mahidol University. Finally a total of 13 research studies were retrieved. The research evidence was then analyzed and synthesized to develop the clinical nursing practice guideline which was then examined by a panel of four experts to ensure content validity, comprehensiveness, and language appropriateness. The developed guideline was then revised and improved according to experts' comments and suggestions until it was appropriate for continuity of care and rehabilitation in stroke patients at home using community-based approach.

Findings

A total of 13 pieces of research evidence were selected. Of these, four were a systematic review, six were randomized controlled trials, and three were quasi-experimental studies. The research evidence was then analyzed and synthesized to develop the clinical nursing practice guideline which was then examined by a panel of four experts to ensure content validity, comprehensiveness, and language appropriateness. This consisted of three components: 1) preparation of health care team, community, and materials for stroke rehabilitation at home 2) assessment of stroke patients, education and training for care of stroke patients, and 3) evaluation of outcomes.

Plan of Implementation

1. Implement the developed guideline in an actual clinical setting is devised by preparing the readiness of the organization and conducting a pilot project to assess the feasibility before actual implementation and evaluation.
2. Perform periodical evaluation and continuous improvement to ensure effective implementation.

Recommendations

1. The nursing practice guideline should be conducted a pilot study and revises to suit the situation of each health care facility contexts before real implementation in the setting.
2. An educational workshop should be provided for prepare in nursing staff and also other health team with knowledge and skills about nursing practice guideline for continuity of care and rehabilitation in stroke patients at home using community-based approach.
3. Attention to update knowledge / evidence of continuity of care and rehabilitation in stroke patients at home should be paid in order to continue quality guideline improvement which is consistent with context in organization.
4. Outcome research should be conducted in order to test effectiveness of implementing the nursing practice guideline comparing outcomes before and after implementing the nursing practice guideline covering all dimensions on patients, health care providers, and organization.
5. The nursing practice guideline should be disseminated to other primary care setting.

รายการอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2548). *เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 189-199). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพ*. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 59-73). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 159-169). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์. (2549). *โรคลมปัจจุบัน: หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (STROKE)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (2551). *ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2551-2559*. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข เดือนกุมภาพันธ์ 2551). Retrieved July 1, 2008, from <http://www.thaiphc.net/journal/amor/fulltext.PDF>
- จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). *ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินะรัตน์ ศรีภักธิบุญ. (2540). *ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุไร เกลี้ยงเกลา. (2547). ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2530). การพยาบาลผู้ป่วยสโตรคที่มีปัญหาการดูแลและการกลืน. วารสารสมาคมการพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 6, 11-18.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2535). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริพันธ์ออฟเซต.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริพันธ์ออฟเซต.
- เจียมจิต แสงสุวรรณและอังฉรา หล่อวิจิตร. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2549). ตำราเอกสารการประชุมประจำปี: นโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี 2548-2555. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- โถมขจี จันทรวะ, สุมาลี ช่อธนาพรกุล, ภัทรารุช อินทรกำแหงและจันทนา กมลศิลป์. (2004). การศึกษาการตอบสนองของระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้าน. เวชศาสตร์ฟื้นฟู, 14(2), 50-59.
- ณัฐพร สุขพอดิ. (2550). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.
- คุณใจ ชัยวานิชศิริ. (2541). การออกกำลังกายกับโรคเบาหวาน. ในชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. Retrieved February 14, 2009, from <http://www.thaiheart.org/phpBB2/download.php?id=14&sid=062ba0e80ec48a95570f5106f8b2635c>
- ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โพธิบาล, กนกพร สุคำวังและศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2549). โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 50(10), 707-25.
- ธัญญาลักษณ์ โอบอ้อม. (2541). การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ กิจกรรมที่ต้องอาศัยกลยุทธ์. วิทยาลัยพยาบาล, 23(3), 206-206.
- ธัญญาลักษณ์ โอบอ้อม. (2546). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4(2), 38-42.
- นฤต ตะบูนพงศ์, ชอลดา พันธุเสนาและนิตยา ตากวิริยะนันท์. (2537). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14(4), 1-13.

- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง.ฉบับเรียบเรียงครั้งที่2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, ทิพาพร วงศ์หงส์กุลและพวงพะยอม ปัญญา. (2550). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 34(1), 121-130.
- นิตยา ธนินุติ, เพชรภรณ์ สมบูรณ์บุรณะและนิตยา พันธุเวชย์. (2550). *คู่มือปฏิบัติมาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (โรคหลอดเลือดสมอง) ปีงบประมาณ 2550*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved March 18, 2008, from <http://ncd.ddc.moph.go.th/service/link/data/media%20data/B-stroke.rar>
- นันทวัน ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). *ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทวัน สุวรรณรูป. (2546). การวางแผนจำหน่ายกับการพยาบาลในชุมชน. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (ฉบับปรับปรุง). (หน้า 50-60). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2545). *อัมพาตครึ่งซีก. ท่านสามารถช่วยเขาได้*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หจก. เอ็ม เทรดิง.
- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์และพวงพะยอม ปัญญา. (2550). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 3(1), 110 -120.
- ประมุข ทองจักรแก้วและพัชรวิมล กุปต์นริตศิษกุล. (2542). หลักการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง. ในจัญญา จิตประไพและภาวิศ วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาธิบดี*. (หน้า 127-156). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2549). *โรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ*. ใน ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *หนังสือประกอบการอบรมโครงการเสริมสร้างความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (หน้า5-6). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปิยะภัทร ดันติแพทยากร, วิไล คุปต์นิริตย์กุลและอรนัทร โดษยานนท์. (2540). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 7, 64-71.
- ปิยะภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์. (2550). ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (หน้า 225-245). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- ปิยะภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์. (2550). การกลับบ้านและไปมีส่วนร่วมในสังคม. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 281-292). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). *Stroke ฆาตกรเงียบ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- พัชรวิมล คุปต์นิริตย์กุล. (2543). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน วิศาล คันธารัตนกุลและภริส วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณี ลิ้มปัญญากุลและลาวัลย์ พานิชเจริญ. (2547). การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของมือและแขนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 3 เดือนแรก. *วารสารกายภาพบำบัด*, 26, 33-58.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มนูญ บัญชรเทวกุล. (2549). *การฟื้นฟูอาการอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- มยุรี เพชรอักษร. (2538). *การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป เรื่องการแต่งกายในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน สิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. *Rama Nursing Journal*, 2, 1, 84-92.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ. (2542). ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 3, 3, 251-268.
- กระทรวงมหาดไทย. (2548). ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนพิเศษ 109 ง วันที่ 30 กันยายน 2548. Retrieved February 4, 2008, from <http://www.thailocaladmin.go.th/upload/regulation/type2/2550/04/reg1177909263406.pdf>
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). รายงานระบบสุขภาพประชาชน. ใน ปิติพร จันทรทัศน อยุทธยาและวลี ปิ่นประทีป (บรรณาธิการ), *บริการสาธารณสุขกับการแสวงหากำไรเชิงธุรกิจ*. (หน้า 94). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *คู่มือการดำเนินงานของผู้ให้บริการในโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. Retrieved March 21, 2007, from [http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewItemAction do.? folder_id= 000000000002543&item_id=000000000011231](http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewItemAction.do?folder_id=000000000002543&item_id=000000000011231)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานสถิติ ข้อมูลจำนวนและอัตราป่วย - ตาย จากโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ / โรคเบาหวาน / โรคหัวใจขาดเลือด / โรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2544-2549. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved December 20, 2007, from <http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/Cncd/data/bureau/report NCD.doc>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2549). รายงานจำนวนการตายจำแนกตามกลุ่มสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2547-2548. สำนักงานสถิติจังหวัดบุรีรัมย์. Retrieved December 20, 2007, from http://www.buriram.nso.go.th/nso/project/table/files/buriram/O-src-04/2549/000/buriram_O-src-04_2549_000_40000700.xls
- สำนักระบาดวิทยา. (2549). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2545). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: ม (ป.พ).
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถานีนามัยป่าหนาม. (2550) *รายงานทะเบียนรับ-ส่งต่อผู้ป่วย*. บุรีรัมย์: งานเวชระเบียนและสถิติ สถานีนามัยป่าหนาม.

- สมชัย ภิญโญพานิชย์. (2549). *สำเนาเอกสารการประชุมประจำปี: ทิศทางการดำเนินการงาน กรมควบคุมโรค 2550*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สมฤดี สัทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดศิริ หิรัญหุณหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต วิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, พรทิพย์ มาลาธรรมและวรรณ ประสารอริคม. (2550). *การพัฒนาชุดการสอนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นอัมพาต*. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 13(3), 389-403.
- วนิษา กิจวรพัฒน์. (2550). *โรคอ้วนลงพุง Metabolic syndrome ภัยเงียบที่คุณคาดไม่ถึง*. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. (2546). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: การรับรองคุณภาพ*. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (ฉบับปรับปรุง). (หน้า 103-108). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี โตสุขศรีและศรีธยา ไข่มิตะมงคล. (2546). *แนวคิดและกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (ฉบับปรับปรุง). (หน้า 1-11). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชราร วัชรไพบูลย์. (2544). *รายงานการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการของศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ*.
- วัชราร วัชรไพบูลย์. (2544). *รายงานการศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยใน ของศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (ฉบับสมบูรณ์)*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิจิตรา เชาว์พานนท์และสุวรรณ วิภาคสงเคราะห์. (2550). *การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ สถาบันประสาทวิทยา*. *วารสารกองการพยาบาล*, 34, 7-25.

- วิยะดา ศักดิ์ศรีและสุรัตน์ รัตนภาพไพศาล. (2552). *คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์สุขภาพ.
- วิมลวรรณ เขียงแก้ว. (2547). *การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. กรุงเทพมหานคร: คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2550). Chronic care concept, model and strategies. ใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานของผู้ให้บริการในโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. Retrieved March 21, 2007, from http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewItemAction.do?folder_id=0000000002543&item_id=000000000011231
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). *ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ บวร. (2541). *โรคลมบ้าหมู*. กรุงเทพฯ: เอ็ดดิสันเพรส โปรดักส์.
- อภिरักษ์ ปาลวัฒน์วิไชยและบรรณาธิการ. (2549). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข Quick Reference Guide สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข.
- อรจักร โตษยานนท์. (2544). Stroke Rehabilitation. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์. *โรคหลอดเลือดสมอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 699-742). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อุทัยวรรณ สุกมานิล. (2548). *การบริการปฐมภูมิ (primary care)*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). รูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (ฉบับปรับปรุง). (หน้า 12-24). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังฉรา หล่อวิจิตร. (2544). การช่วยเหลือในการขับถ่าย. ใน เจียมจิต แสงสุวรรณ และ อังฉรา หล่อวิจิตร (บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. (หน้า 151-17). ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- อารมณ บุญเกิด. (2540). *ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอี่ยมพร สกุลแก้ว. (2550). *เสี่ยงอัมพฤกษ์อัมพาตจากหลอดเลือดสมองแตก*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.

เอี่ยมพร สกุลแก้ว. (2551). *5 โรคร้าย คร่าชีวิตคนไทย : อันดับ4 โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.

Anderson, H. E., Schultz-Larsen, K., Kreiner, S., Forchhammer, B. H., Eriksen, K., & Brown, A. (2000). Can readmission after stroke be prevented? Results of a randomized clinical study: A postdischarge follow-up service for stroke survivors. *Stroke*, 31, 1038-1045.

Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2004). *Community as Partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

American Heart Association. (2006). *Heart disease and stroke statistics 2006 update*. Retrieved December 22, 2007, from <http://www.americanheart.org/presenter>.

American Heart Association. (2008). *Heart disease and stroke statistical 2008 update*. Retrieved May 17, 2007, from <http://www.americanheart.org/statistics>.

Book, D. (2002). Disorders of brain function. In C. M. Porth & M. P. Kunert (Eds), *Pathophysiology: Concepts of altered health states* (pp. 1159-1199). Philadelphia: Lippincott.

Bonita, R., Solomon, N., & Broad, J. B. (1997). Prevalence of stroke and stroke-related disabilities: estimates from the Auckland Stroke Studies. *Stroke*, 28, 1898-902.

Blazer, D., Hughes D. C., & George, L. K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist*, 27, 281-287.

Brandstater, M. E. (1990). An overview of stroke rehabilitation. *Stroke*, 21(suppl. II), 1140-2.

Barker, E., & Rice, R. (2001). The patient with neurological dysfunction. In R. Rice. *Home care nursing practice: Concepts and application*. 3rd ed. St. Louis: Mosby.

Cifu D.X., & Stewart D. G. (1999). Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Arch Phys Med Rehabil*, 80, S35-S39.

Carod-Artal, L. et al. (2002). Quality of life among stroke survivors evaluate 1 year after stroke: Experience of stroke unit. *Stroke*, 31, 2995-3000.

Caplan, L. R. (2000). *Caplan's stroke: A clinical approach* (3rd ed.). Boston: Butterworth Heinemann.

Cott, C. A., Wiles, R., & Devitt, R. (2007). Continuity, transition and participation: Preparing clients for life in the community post-stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29 (20 -21), 1566-1574.

- Duncan, P. W., Horner, R. D., Reker, D. M., Samsa, G. P., Hoenig, H., & Hamilton, B. (2002). Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. *Stroke*, 33, 167-78.
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., et al. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care A Clinical Practice Guideline. *Journal of American Heart Association*, 36, e100-e143.
- Early Supported Discharge Trialists. (2005). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Art. No.: Cd000443. Doi:10.1002/14651858.Cd000443. *Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd*, 2,
- Evans, R. L., Bishop, D. S., & Ousley, R. T. (1992). Providing care to persons with physical disability: effect on family caregivers. *Am J Phys Med Rehabil*, 71, 140-144.
- Evans, R. L., Connis, R. T., Hendricks, R. D., & Haselkorn, J. K. (1995). Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*, 40, 1699-1706.
- Fjaertoft, H., Inredavik, B., & Lyersen, S. (2003). Stroke unit care combined with early support discharge. Long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Stroke*, 34, 2687-2692.
- Flick, C. L. (1999). Stroke rehabilitation: stroke outcome and psychosocial consequences. *Arch Phys Med Rehabil*, 20, S21-S26.
- Grant, J. S. (1996). Home care problem experienced by stroke survivors and their family caregivers after hospital discharge. *Home health care Nurse*, 14, 11, 893-903.
- Gresham, G. E., Duncan, P. W., Stason, W. B., et al. (1995). Post-Stroke Rehabilitation. Clinical Practice Guideline, No.16. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No 95-0662.
- Gillen, G., & Burkhardt, A. (1998). *Stroke rehabilitation: A function-based approach*. St. Louis: Mosby.
- Gilbertson, L., Langhorne, P., Walker, A., Allen, A. & Murray G. D. (2007). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomized controlled trial. *BMJ*, 320, 603-606.

- Gordon, N. F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., Franklin, B. A., Roth, E. J., et al. (2004). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Journal of American Heart Association*, 109, 2031-2041.
- Kalra, L. et al. (2004). Training carers of stroke patients: randomized controlled trial. *BMJ Journal*, 328, 1-5.
- Kramer, M., German, P. S., Anthony, J. C., Von Korff, M., & Skinner, E. A. (1985). Patterns of mental disorders among the elderly residents of eastern Baltimore. *J Am Geriatr Soc*, 33, 236-245.
- Ljungberg, C., Hanson, E., & Lovgren, M. (2001). A home rehabilitation program for stroke patients A pilot study. *Scand J Caring Sci*, 15, 44-53.
- Lichtenberg, P., & Barth, J. (1990). Depression in elderly caregivers: a longitudinal study to test Lewinsohn's model of depression. *Med Psychother*, 3, 147-156.
- Lichtenberg, P. A., & Gibbons, T. A. (1992). Geriatric rehabilitation and the older adult family caregiver. *Neurorehabilitation*, 3(1), 62-71.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J., & Tamblyn, R. (2000). There's no place like home an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*, 31, 1016-1023.
- Meijer, R., Ihnenfeldt, D. J., de Groot, J. S., van Limbeek, J., Vermeulen, M., & de Haan, R. J. (2003). Prognostic factors for ambulation and activities of daily living in the subacute phase after stroke: a systematic review of the literature. *Clin Rehabil*, 17, 119-29.
- Merzel, C & D'Aflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574.
- News-Medical in Medical Research New. (2004). Researchers to improve the quality of life for stroke survivors. Retrieved October 13, 2006, from <http://www.sciencedirect.com>
- Nicholas, S. W. (2003). Community-based intervention. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529-533.
- Nunez, D. E., Armbruster, C., Phillips, W. T., & Gale, B. J. (2003). Community-based senior Health promotion program using a collaborative practice model: the escalante health partnerships. *Public Health Nursing*, 20(1), 25-32.
- Outpatient Service Trialists. (2003). Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home(Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, Art. No.: Cd002925.

- Doi:10.1002/14651858.Cd002925. *Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd, 1, 1-56.*
- Pang, M. Y. C., Eng, J. J., Dawson, A. S., McKay, H. A., & Harris, J. E. (2005). A Community-Based fitness and mobility exercise program for older adults with chronic stroke. *Journal of American Geriatrics Society, 53*(10),1667-1674.
- Pang, M. Y. C., Eng, J. J., & Harris, J. E. (2006). A Community-Based upper-extremity group exercise program improves Motor function and performance of functional activities in chronic stroke. *Journal of Arch Phys Med Rehabil, 87*, 1-9.
- Phillips, L. M. (1995). Effects the situational context and interactional process on the quality of family caregiver. *Research in Nursing and Health, 18*, 2005-2016.
- Sangngam, A. (2006). *The Development Home-based rehabilitation program for primary caregivers of stroke patients*. A Thematic paper submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science (family nurse practitioner) faculty of graduate studies mahidol university
- Schultz, R., Visintainer, P., & Williamson, G. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *J Gerontol, 45*, 181-191.
- Segal, M. E., & Whyte, J. (1997). Modeling case mix adjustment of stroke rehabilitation outcome. *Am J Phys Med Rehabil, 76*, 154-61.
- Soukup, M. (2000). The center for advanced nursing practice evidenced based practice model: promoting the Scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America, 35*(2), 301-308.
- Sparbel, K. J. H., & Anderson, M. A. (2000). Integrated literature review of continuity of care: Part I, Conceptual issue. *Journal of nursing scholarship, 32*(1), 17-24.
- Teixeira-Salmela, L. F., Olney, S. J., Nandau, S., & Brouwer, B. (1999). Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors. *Journal of Arch Phys Med Rehabil, 80*, 1211-1218.
- Teasell, R., Foley, N., Salter, K., Bhogal, S., Bayona, N., Jutai, J., & Speechley, M. (2005). Evidence-based review of stroke rehabilitation. Outpatient Stroke Rehabilitation. 8th ed. London, Ontario, Canada. Retrieved May 20, 2007, from <http://www.ebrsr.com>
- Teasell, R., Foley, N., Salter, K., Zettler, L., Kruger, E., & Jutai, J. (2007). Important findings of the Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review. 10th ed. London, Ontario, Canada. Retrieved November 14, 2008, from <http://www.ebrsr.com>

- Von Koch, L., Widen, HL., Kostulas, V., Almazan, J., & Pedro-Cuesta, J. (2000). A Randomized controlled trial of Rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm: outcome at six mouths. *Scan J Rehab Med Journal*, 32, 80-86.
- Weir, R. P. (1999). *Rehabilitation of Cerebrovascular Disorder(Stroke): Early Discharge and Support: A Critical Review of the Literature*. Christchurch, New Zealand: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA).
- Wolf, P. A., Kelly-Hayes, M., Kase, C. S., Gresham, G. M., & Beiser, A. (1998). Prevalence of stroke related disabilities estimates from the Framingham Study. *Neurology*, 50A, 55-6.
- Wolfe, C. D., Tilling, K., & Rudd, A. G. (2000). The effectiveness of community-based rehabilitation for stroke patients who remain at home : a pilot randomized trial. *Clinical Rehabilitation*, 14, 563-569.
- Wade, D. T. (1998). Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clin Rehabil*, 73, 10-14.
- World Health Organization Meeting on community control of stroke and Hypertension. *Control of stroke in community : methodological considerations and protocol of WHO stroke register*. CVD/s/73.6 Geneva: WHO, 1973.



ภาคผนวก ก

หลักฐานเชิงประจักษ์และแบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พัฒนารู้นขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 13 เรื่อง ดังนี้

1. โฉมขจี จันทรวะ, สุมาลี ชื่อธนาพรกุล, ภัทราวุธ อินทรกำแหงและจันทนา กมลศิลป์. (2547).การศึกษาการตอบสนองของระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้าน. เวชศาสตร์ฟื้นฟู, 14(2), 50-59.
2. ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โพธิบาล, กนกพร สุคำวังและศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2549). โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 50(10), 707-25.
3. บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์และพวงพะยอม ปัญญา. (2550). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร, 3(1), 110-120.
4. Wolfe, C. D.; Tilling, K. & Rudd, A. G. (2000). The effectiveness of community-based rehabilitation for stroke patients who remain at home, 14, 563-569
5. Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J., & Tamblyn, R. (2000). There's no place like home an evaluation of early supported discharge for stroke. Stroke, 31, 1016-1023
6. Ljungberg, C.; Hanson, E.; Lovgren, M. (2001). A home rehabilitation program for stroke patients A pilot study. Scand J Caring Sci, 15, 44-53
7. Outpatient Service Trialists. (2003). Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home(Review). Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd, 1, 1-56.
8. Gordon, N. F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., Franklin, B. A., Roth, E. J., et al. (2004). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. Journal of American Heart Association, 109, 2031-2041.

9. Pang, M. Y. C., Eng, J. J., Dawson, A. S., McKay, H. A., & Harris, J. E. (2005). A Community-Based fitness and mobility exercise program for older adults with chronic stroke. *Journal of American Geriatrics Society*, 53(10), 1667-1674.
10. Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., et al. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care A Clinical Practice Guideline. *Journal of American Heart Association*, 36, e100-e143.
11. Pang, M. Y. C., Eng, J. J., & Harris, J. E. (2006). A Community-Based upper-extremity group exercise program improves Motor function and performance of functional activities in chronic stroke. *Journal of Arch Phys Med Rehabil*, 87, 1-9.
12. Teasell, R.; Foley, N.; Salter, K.; Zettler, L.; Kruger, E. and Jutai, J. (2007). Important findings of the Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review. 10th ed. London, Ontario. Retrieved November 14, 2008, from <http://www.ebrsr.com>
13. Gilbertson, L.; Langhorne, P.; Walker, A.; Allen, A & Murray G.D.(2007). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital : randomized controlled trial. *BMJ*, 320, 603-606.

แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยเรื่องที่ 1, 2, 3, ..., เรื่อง 13

(Data extracting Form)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	
วัตถุประสงค์การวิจัย	
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	
Setting ของงานวิจัย	
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
Intervention	
ผลการวิจัย	
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	
การสรุปเพื่อนำไปใช้	

ภาคผนวก ข

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

(CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CONTINUITY
OF CARE AND REHABILITATION IN STROKE PATIENTS AT HOME
USING A COMMUNITY - BASED APPROACH)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย.....
2. เพื่อป้องกัน.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแล.....
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการ.....
3. หน่วยงานมีมาตรฐาน.....

คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง

การดูแลอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล.....

ทีมเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง.....

เครือข่ายในชุมชน หมายถึง.....

ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีเกณฑ์ ดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังจำหน่าย.....
2. มีคะแนน.....

สถานที่ บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง / ศูนย์สาธารณสุขชุมชน

ช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล – 1 ปี

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ระยะเตรียมการ

- 1.1 เตรียมความพร้อมทีมเจ้าหน้าที่
- 1.2
- 1.3

2. ระยะดำเนินการ

- เยี่ยมครั้งที่ 1
- เยี่ยมครั้งที่ 2
- เยี่ยมครั้งที่ 3
- เยี่ยมครั้งที่ 4
- เยี่ยมครั้งที่ 5
- เยี่ยมครั้งที่ 6
- เยี่ยมครั้งที่ 7
- เยี่ยมครั้งที่ 8
- เยี่ยมครั้งที่ 9
- เยี่ยมครั้งที่ 10

3. ระยะประเมินผล

- 3.1 ประเมิน.....
- 3.2

เอกสารอ้างอิง

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

รศ.พญ.ปิยะภัทร เดชพระธรรม

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

○ อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แพทย์หญิง วัชร ธีวไพบูลย์

ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

นายแพทย์ 8 วช หัวหน้ากลุ่มงาน สนับสนุนวิชาการ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

นาง ประภา ยี่เฮ็ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

นางสาว ถาวรีย์ แสงงาม

พยาบาลวิชาชีพ 7

วุฒิปัตรีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์

ภาคผนวก ง

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
ท่านที่ 1	1. การเขียนเนื้อหาของกิจกรรมการพยาบาลควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เนื้อหาควรสั้นกระชับ และมีความชัดเจนโดยอธิบายเป็นรูปธรรม มีการยกตัวอย่างของกิจกรรมที่แนะนำผู้ป่วย ไม่ควรใช้คำศัพท์ทางวิชาการ 2. ควรเพิ่มเนื้อหาการคัดกรองและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 3. กิจกรรมที่ให้ในแต่ละครั้งไม่ควรมีหลากหลายชนิด โดยให้พิจารณาตามปัญหาเร่งด่วนของผู้ป่วย และสามารถบูรณาการเนื้อหาที่อยู่ในหมวดเดียวกันได้ เช่น ในระหว่างฝึกออกกำลังกาย อาจจะทำให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยได้ 4. ความถี่ของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงแรก อาจจำเป็นต้องเข้าเยี่ยม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องแล้วจึงเว้นระยะห่างในการเข้าเยี่ยม หรือหากเจ้าหน้าที่มีจำนวนไม่เพียงพอ อาจจำเป็นต้องฝึกอบรบอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อช่วยในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน 5. ควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4 แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
ท่านที่ 1	6. กรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปัสสาวะโดยไม่รู้ตัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ควรสอนผู้ดูแลเรื่องการดูแลโดยใช้ถุงยางอนามัย 7. ควรมีการพิจารณาวัตถุประสงค์ในส่วนของผู้ดูแล เกี่ยวกับ ความเครียด ความวิตกกังวล 8. แบบประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล ควรเพิ่มปัญหาด้านการสื่อสาร 9. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เพราะมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ 10. ปรับเนื้อหาคู่มือการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับภาพประกอบ
ท่านที่ 2	1. กรอบคิดเรื่องโรค ความพิการ สุขภาพ ยังคงเป็น medical model ซึ่งสอดคล้องกับการให้บทบาทเจ้าหน้าที่เป็น ผู้ให้บริการเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ยากที่ผู้ป่วย และครอบครัวจะรับรู้และตระหนักในศักยภาพของผู้ป่วย 2. ข้อมูลมากน่าจะfocus จุดสำคัญ 3. การจัดเรียงลำดับการให้ข้อมูลหรือการดูแลหรือการฝึก ยังไม่เป็นไปตาม phase ของ ทั้ง neuro & functional recovery 4. เครื่องมือที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัว ควรแยกเป็นแผ่นพับจะทำให้ง่ายและสะดวกต่อการที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้ 5. ผู้ที่จะทำงานด้านผู้พิการที่ดี ต้องเข้าใจธรรมชาติของการเกิดหรือการแก้ไขความพิการ ตามแนวคิด ICF (ซึ่งเป็น social-med model) และต้องรู้ว่าเมื่อใดที่เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้บริการ เมื่อใดที่ต้องแสดงบทบาท facility ไม่ใช่เจ้าหน้าที่มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว 6. ควรเพิ่มเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก

ตารางที่ 4 แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
ท่านที่ 3	1. ควรเปลี่ยนคำว่า การฟื้นฟูสภาพเป็นคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ 2. ควรระบุผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้ชัดเจน เช่น พยาบาลวิชาชีพ ระดับใด 3. ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับควรเพิ่มระยะเวลาเป็นประมาณ 1-3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายต้องปรับตัว และทำใจยอมรับสภาพความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจจะปฏิเสธเจ้าหน้าที่ และหากพบกรณีที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ภายในระยะ 3 เดือน ควรมีการเสนอแนวทางแก้ไขด้วยว่ามีแนวทางเลือกอื่นหรือไม่ แก้ไขอย่างไร ส่งต่อใคร หรือเปลี่ยนตัวเจ้าหน้าที่ 4. ควรระบุคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบแนวปฏิบัติการพยาบาล 5. ความรู้ที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรสั้น กระชับ และเป็นเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ 6. เนื้อหากิจกรรมการพยาบาลควรเขียนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ควรเน้นศัพท์เชิงวิชาการมากเกินไป 7. กรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปัสสาวะไม่ออก การดูแลควรเพิ่มเนื้อหาเรื่องการบันทึกสารน้ำเข้าและออก จะทำให้ทราบความสมดุลของน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายอย่างคร่าว ๆ 8. ควรเพิ่มสื่อประเภท VCD คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากจะทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น 9. ควรยกตัวอย่างประกอบการอธิบายเพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรม 10. ควรระบุหน่วยวัด ชนิด ปริมาณ ขนาด จำนวน เช่น หมอนไม่สูงมาก เปลี่ยนเป็น หมอนหมอนประมาณ..กิโลกรัม 11. การอธิบายพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้แก่เรื่องอะไรบ้าง ควรระบุให้ชัดเจน 12. เสื้อผ้าที่ผู้ป่วยควรสวมใส่ควรระบุว่าเป็นเสื้อผ้าประเภทใด / สามารถจัดหาได้ในชุมชนหรือไม่

ตารางที่ 4 แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
ท่านที่ 3 (ต่อ)	13. ควรมีการประเมินผลหลังการให้กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจในเนื้อหาที่เจ้าหน้าที่สอนไปหรือไม่ และก่อนจะเริ่มให้กิจกรรมในครั้งต่อไปให้ทบทวนความรู้ / เนื้อหาที่ผ่านมา ก่อน โดยคำถามเพื่อทดสอบความเข้าใจควรเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแสดงความคิดเห็น
ท่านที่ 4	14. ควรเกริ่นนำอย่างคร่าว ๆ ก่อนว่าโปรแกรมที่ทำนี้ประกอบด้วยอะไรบ้าง มีกี่ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้ระยะเวลาเท่าใด แล้วจึงตามด้วยการลงรายละเอียด 15. ควรระบุให้ชัดเจนว่าจะดำเนินการกับผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายในระยะเวลากี่วัน 16. ก่อนให้กิจกรรมการออกกำลังกายควรมีการประเมิน กำลังของกล้ามเนื้อ (muscle power) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) ร่วมด้วย 17. เนื้อหา กิจกรรมการพยาบาลควรเขียนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ควรเน้นศัพท์เชิงวิชาการมากเกินไป 18. ปรับเนื้อหาคู่มือการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับภาพประกอบ 19. เรียบเรียงเนื้อหาข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และลำดับขั้นตอนการให้กิจกรรมที่ชัดเจนตามลำดับความสำคัญ

สรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ด้านเนื้อหาควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และชัดเจน โดยอธิบายเป็นรูปธรรม มีการยกตัวอย่างประกอบ ไม่ควรใช้คำศัพท์ทางวิชาการมากเกินไป จัดเรียงข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และเป็นเนื้อหาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในขณะนั้น ปรับเนื้อหาคู่มือการดูแลผู้ป่วยให้ตรงกับภาพประกอบ นอกจากนี้ ควรระบุหน่วยวัดที่ชัดเจน เช่น นอนหนุนหมอนประมาณกี่องศา

2. ความถี่ของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรเข้าเยี่ยมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในช่วง 1 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง จากนั้นจึงเว้นระยะห่างในการเข้าเยี่ยมออกไปตามความเหมาะสม

หรือหากมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ อาจจำเป็นต้องฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อช่วยในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3. ชนิดของกิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วยในแต่ละครั้งไม่ควรมากเกินไป โดยให้พิจารณาตามปัญหาเร่งด่วนของผู้ป่วย และสามารถบูรณาการเนื้อหาที่อยู่ในหมวดเดียวกันได้ เช่น ในระหว่างฝึกออกกำลังกายอาจจะให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยได้

4. ควรเพิ่มเนื้อหาการให้ความรู้และการคัดกรองเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

5. ควรให้ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก ควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในเรื่องการบันทึกน้ำที่ผู้ป่วยดื่ม และบันทึกปัสสาวะที่ขับออก จะทำให้ทราบความสมดุลของน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายอย่างคร่าว ๆ

6. ควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม

7. ควรมีการประเมินผลหลังการให้กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจในเนื้อหาที่เจ้าหน้าที่สอนไปหรือไม่ และก่อนจะเริ่มให้กิจกรรมในครั้งต่อไปให้ทบทวนความรู้ / เนื้อหาที่ผ่านมาก่อน โดยคำถามเพื่อทดสอบความเข้าใจควรเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิด

8. ก่อนลงรายละเอียดของแนวปฏิบัติ ควรเกริ่นนำอย่างคร่าว ๆ ก่อนว่าแนวปฏิบัติที่ทำนี้ประกอบด้วยอะไรบ้าง มีกี่ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้ระยะเวลาดำเนินการเท่าใด

9. ควรระบุให้ชัดเจนว่าจะดำเนินการกับผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายในระยะเวลาที่วัน

10. ก่อนให้กิจกรรมการออกกำลังกายควรมีการประเมินสภาพผู้ป่วยด้าน กำลังของกล้ามเนื้อ (muscle power) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) ก่อน

11. การอธิบายพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้แก่เรื่องอะไรบ้าง ควรระบุให้ชัดเจน

12. เสื้อผ้าที่ผู้ป่วยควรสวมใส่ควรระบุว่าเป็นเสื้อผ้าประเภทใด / สามารถจัดหาได้ในชุมชนหรือไม่

13. ควรเพิ่มสื่อประเภท VCD คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

14. ควรระบุคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบแนวปฏิบัติการพยาบาล

15. ควรมีการพิจารณาวัตถุประสงค์ในส่วนของผู้ดูแล เกี่ยวกับความเครียด ความวิตกกังวล
16. แบบประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล ควรเพิ่มปัญหาด้านการสื่อสาร
17. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เพราะมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
18. ควรเปลี่ยนคำว่า การฟื้นฟูสภาพเป็นคำว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ
19. ควรระบุผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลให้ชัดเจน เช่น พยาบาลวิชาชีพ ระดับใด
20. ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับควรเพิ่มระยะเวลาเป็นประมาณ 1-3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายต้องปรับตัวและทำใจยอมรับสภาพความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจจะปฏิเสธเจ้าหน้าที่ และหากพบกรณีที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ภายในระยะ 3 เดือน ควรมีการเสนอแนวทางแก้ไขด้วยว่ามีแนวทางเลือกอื่นหรือไม่ แก้ไขอย่างไร ส่งต่อใคร หรือเปลี่ยนตัวเจ้าหน้าที่
21. กรอบคิดเรื่องโรค ความพิการ สุขภาพ ยังคงเป็น medical model ซึ่งสอดคล้องกับการให้บทบาทเจ้าหน้าที่เป็น ผู้ให้บริการเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ยากที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะรับรู้และตระหนักในศักยภาพของผู้ป่วย
22. ข้อมูลมากน่าจะ focus จุดสำคัญ
23. การจัดเรียงลำดับการให้ข้อมูลหรือการดูแลหรือการฝึก ยังไม่เป็นไปตาม phase ของทั้ง neuro & functional recovery
24. เครื่องมือที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัว ควรแยกเป็นแผ่นพับจะทำให้ง่ายและสะดวกต่อการที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้
25. ผู้ที่จะทำงานด้านผู้พิการที่ดีต้องเข้าใจธรรมชาติของการเกิดหรือการแก้ไขความพิการตามแนวคิด ICF (ซึ่งเป็น social-med model) และต้องรู้ว่าเมื่อใดที่เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้บริการ เมื่อใดที่ต้องแสดงบทบาท facility ไม่ใช่เจ้าหน้าที่มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว
26. ควรเพิ่มเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นามสกุล	นาง เปรมจิต จันทะแจ่ม
วัน เดือน ปีเกิด	4 กันยายน พ.ศ. 2522
จังหวัด และประเทศที่เกิด	บุรีรัมย์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, 2545 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ 6 สถานีอนามัยป่าหนาม ตำบลคงพลอง อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31150 โทรศัพท์ 044 780964
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	19 หมู่ 2 ตำบล ห้วยหิน อำเภอ หนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ 31240 โทรศัพท์ 089 9179913