

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยศึกษาปัญหา ความต้องการ และความคาดหวัง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

2.1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

2.1.1 โรคหลอดเลือดสมอง

2.1.2 อุบัติการณ์

2.1.3 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.5 การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.6 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.8 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.9 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

2.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง

2.2.1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล

สู่บ้าน

2.2.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2.2.3 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็น

ศูนย์กลาง

2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง

2.1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

2.1.1 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองหรือก้านสมอง เกิดการแตก ตีบ หรืออุดตัน อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและยาวนานเกิน 24 ชั่วโมง เป็นผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างชั่วคราวหรือถาวร เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตมากเป็นอันดับต้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน (นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544)

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามพยาธิสภาพได้ 2 ชนิด (กิ่งแก้ว ปาจริย์. 2547 : 4-12) คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic Stroke) ซึ่งพบได้ร้อยละ 85 โดยแบ่งเป็น

1.1 เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน(Thrombosis) ที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 40 ที่หลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 20

1.2 เกิดจากหลอดเลือดอุดตัน(Embolism) พบได้ร้อยละ 20 ที่สำคัญได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ ที่เหลือร้อยละ 5 เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดอักเสบ

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) ซึ่งพบได้ร้อยละ 15 โดยแบ่งออกเป็น

2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage)

2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่พบเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่แรก

2.1.2 อุบัติการณ์

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประชากรอายุ 50 ปี พบอุบัติการณ์จำนวน 100 คนต่อประชากร 100,000 คน ขณะที่ประชากรอายุ 75 ปี พบเป็น 1,000 คนต่อประชากร 100,000 คน (Collins. 1997) สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (American Heart Association.1999) รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มีจำนวนประมาณ 600,000 คนต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 150,000 คนต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสามรองจากโรคหลอดเลือด

หัวใจและมะเร็ง (Mohsenin, 2001) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคเฉลี่ย 187 คนต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราตาย 11.3 คนต่อประชากร 100,000 คน (พรชัย จุลเมตต์, 2540) และเป็นสาเหตุอันดับสองของการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จากสถิติทางสาธารณสุขปี พ.ศ. 2550 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอัตรา 30.9 ต่อประชากร 100,000 คน จัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากโครงสร้างทางอายุของประชากรมีแนวโน้มว่าสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจะมากขึ้นเรื่อย ๆ และผลจากโรคทำให้เกิดความพิการ ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาว

2.1.3 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สมองมีระบบหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองส่วนหน้า และส่วนหลังมีโครงสร้างและกลไกที่สามารถป้องกันตนเอง จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลายอย่าง ได้แก่ การเชื่อมประสานกันของแขนงหลอดเลือดแดง และกลไกการปรับตัวเพื่อที่จะเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง และเพิ่มการสกัดเอากลูโคสและออกซิเจนจากเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ในภาวะปกติสมองมีเลือดมาเลี้ยงประมาณ 50 - 55 มิลลิลิตร/100 กรัมของสมอง/นาที ถ้าปริมาณเลือดมาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งภาวะสมองลดลงต่ำกว่า 18 มิลลิลิตร/100 กรัมของสมอง/นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระแต่ยังไม่ตาย จะทำหน้าที่ได้เป็นปกติถ้ามีเลือดมาเลี้ยงในปริมาณเท่าเดิม ถ้าสมองได้รับเลือดน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/100 กรัมของสมอง/นาที จะพบความผิดปกติของคลื่นสมอง ถ้าได้รับเลือดน้อยกว่า 10 มิลลิลิตร/100 กรัมของสมอง/นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร และถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยสิ้นเชิงเกิน 3-8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลาย และไม่สามารถฟื้นได้ (จเร ผลประเสริฐ, 2528 : 379; คุ่มทิพย์ แสงรุจิ, 2532 : 91-153 อ้างถึงใน อารมย์ บุญเกิด, 2540 : 14) เมื่อเกิดกลไกการเกิดโรคของโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเกิดจากหลอดเลือดแตกหรืออุดตัน จะมีพยาธิสรีระวิทยาตามมาเหมือน ๆ กัน คือ เกิดภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

2.1.3.1 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke)

หลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันทำให้สมองส่วนดังกล่าวขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้ มีผลให้เกิดกลไกแลกเปลี่ยนสารไอออนิกล้มเหลว (Failure of Ionic Pump) เกิดภาวะหลอดเลือดแดงเรเดียสปล่อยออกซิเจน ไมโทคอนเดรียได้รับความเสียหาย (Oxygen Free Radicals, Mitochondrial Injury) กระตุ้นเม็ดเลือดขาว และทำให้เกิดการคั่งของแคลเซียม (Calcium) โซเดียม (Sodium) และคลอไรด์ไอออน (Chloride Ion) ใน

เซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ฟอสโฟไลเปส (Phospholipase) และโปรเตส (Protease) ทำให้ดีเอ็นเอและโครงสร้างของเซลล์เสียหาย (ก้องเกียรติ ภูษภัทน์ทรากร. 2547 : 109)

2.1.3.2 พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)

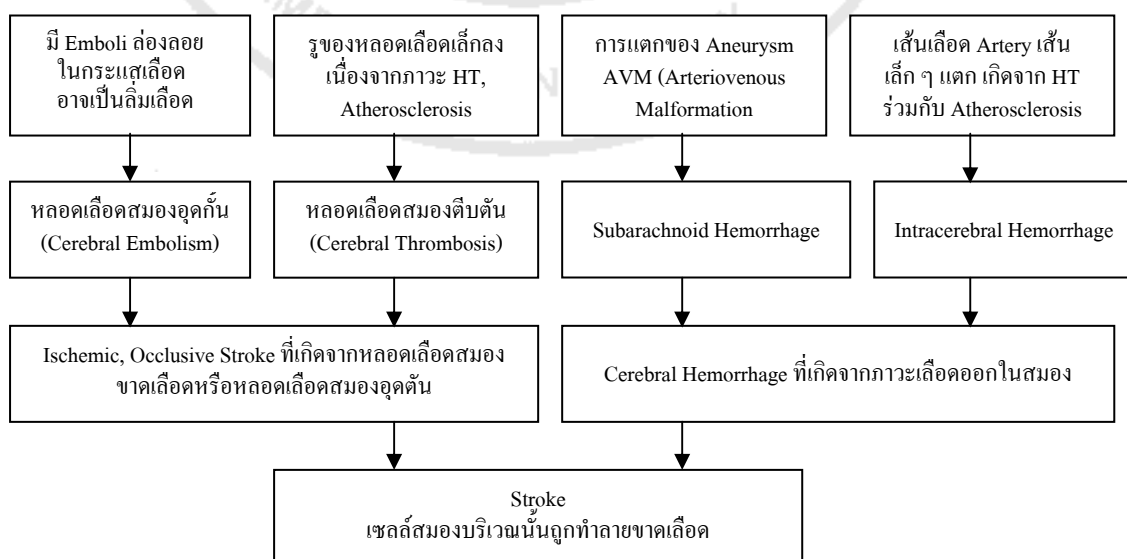
ภาวะเลือดออกในเนื้อสมองเป็นผลมาจากการแตกของหลอดเลือดเล็ก ๆ ซึ่งเป็นแขนงของหลอดเลือดแดงส่วนฐาน ด้านหน้า ด้านข้าง หรือด้านหลังของหลอดเลือดแดงส่วนสมองซีรีเบรล (Basilar Arteries, Anterior, Middle หรือ Posterior Cerebral Arteries) การเสื่อมของผนังหลอดเลือดซึ่งเกิดจากความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้เกิดการโป่งพองของผนังหลอดเลือดที่เสื่อม

พยาธิวิทยาจะพบเนื้อสมองรวมก้อนเลือดขวมและมีสารที่สลายตัวจากฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ลักษณะทางพยาธิวิทยาในบริเวณเนื้อสมองรวม ๆ ก้อนเลือดจะพบมีเซลล์ประสาทที่เสียหาย และเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดแมคโครฟาจ นิวโทรฟิล (Macrophages Neutrophils) ในบริเวณนั้น โดยทั่วไปก้อนเลือดจะแทรกไประหว่างระนาบของเนื้อเยื่อสมองสีขาว (White- Matter) (พรภัทร ลิขิตชนสมบัติ. 2547 : 134)

จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากเซลล์สมองถูกทำลายจากภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบ แตก หรืออุดตัน ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพของโรค

ตารางที่ 2.1

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง



2.1.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงแน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ปัจจัยในแต่ละประเภทมีรายละเอียดดังนี้ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ. 2548 : 99)

2.1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงแน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของเส้นเลือดในสมองแตกและเนื้อสมองตาย โดยความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของแรงดันโลหิต ปกติคนเราจะมีแรงดันซิสโตลิกหรือแรงดันบน (Systolic Blood Pressure) เพิ่มขึ้นตามอายุและจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าแรงดันไดแอสโตลิกหรือแรงดันล่าง (Diastolic Blood Pressure) จะสูงขึ้นด้วยหรือไม่ก็ตามในผู้สูงอายุ แรงดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ หากเพิ่มมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และแรงดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ก็จะถือว่าอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. การสูบบุหรี่ เพราะจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็งลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือดเพิ่มระดับไฟบริโนเจน (Fibrinogen) และเพิ่มการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ลดไขมัน โคเลสเตอรอลชนิดเฮชดีแอล ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

3. โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ (Atrial Fibrillation) ซึ่งเป็นการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไม่สม่ำเสมอเลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไปทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดในหัวใจและสามารถหลุดลอยไปที่สมองได้

4. โรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2-4 เท่าของคนปกติในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่พึ่งพาอินซูลินจะเพิ่มโอกาสเกิดคราบไขมันพอกเส้นเลือดทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย

5. ภาวะไขมันในเลือดสูง การที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะก่อให้เกิดภาวะไขมันตกตะกอนในผนังหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นจึงแตกได้ง่าย

6. เส้นเลือดแดงคาโรติด (Carotid) ที่คอตีบตันโดยไม่มีอาการ ซึ่งจะตีบตันมากขึ้นตามวัยที่แก่ตัวลง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้

1. ความอ้วน หมายถึง คนที่มีดัชนีมวลร่างกาย (BMI) สูงกว่า 30 กิโลกรัมต่อเมตร
2. ภาวะเครียด การที่ผู้ป่วยเครียดมากเกินไปจะส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ

3. ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายจะทำให้อ้วนและเกิดความเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลให้ระดับไขมันแอลดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือดลดลง
4. โภชนาการที่ไม่เหมาะสม
5. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
6. การใช้ฮอร์โมนเพศเสริมและยาคุมกำเนิด
7. ผู้ที่เป็นไฮเปอร์โฮโมซิสทีนในระดับที่สูงกว่า 16 ไมโครโมลต่อลิตร ทั้งนี้ความเข้มข้นของสารนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ดังนั้นจึงควรรับประทานผักใบเขียว ผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ปลาและข้าวกล้อง

2.1.4.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1. อายุ เมื่อคนเราแก่ตัวลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าของทุก ๆ 10 ปีที่แก่ตัวลง เมื่อล่วงพ้นวัย 55 ปี
2. เพศ จะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นในช่วงอายุ 35-44 ปี และที่เกิน 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเพศหญิงจะเป็นมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อย่างไรก็ตามเมื่อเพศหญิงเป็นแล้วจะมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายกว่าเพศชาย
3. เชื้อชาติ-เผ่าพันธุ์ คนผิวดำ และเชื้อสายฮิสปานิกบางคน มีโอกาสเป็นและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว
4. ประวัติครอบครัว ถ้าพ่อและแม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ลูก ๆ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนถ้าได้รับการควบคุมโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายที่พอเหมาะ จะสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2.1.5 การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ส่วนใหญ่ไม่มีอาการชักนำมาก่อน ผู้ป่วยอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาชาหรืออ่อนแรง พูดไม่ชัดหรือเป็นลมหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะเวลาของการเกิดพยาธิสภาพ การประเมินภาวะผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจึงต้องอาศัย 1) การซักประวัติ 2) การตรวจร่างกาย 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จะต้องซักประวัติให้ละเอียดในเรื่องอาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล เช่น ขณะที่

ผู้ป่วยมีอาการ ผู้ป่วยกำลังทำอะไรอยู่ ประวัติทางด้านโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การขาดยา สุขนิสัยส่วนบุคคลในการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ผลที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. การตรวจร่างกาย จะเป็นการประเมินหาภาวะเร่งด่วน และให้การรักษาภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีลำดับขั้นตอนดังนี้

2.1 สัญญาณชีพ ลักษณะของสัญญาณชีพที่เป็นอันตรายและควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว

1) ชีพจรที่ผิดปกติบางประเภท ได้แก่ หัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ (Ventricular Fibrillation) หัวใจห้องล่างเต้นเร็วกว่าปกติ (Ventricular Tachycardia) ภาวะชีพจรเต้นช้าอย่างรุนแรง (Severe Bradycardia) ตรวจพบโดยการคลำชีพจร และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2) ความดันเลือดที่สูงมาก ได้แก่ ระดับความดันค่าเฉลี่ยกลางของหลอดเลือดแดง (Mean Arterial Pressure) คือ ความดันเลือดไดแอสโตลิก + 1/3 (ความดันซิสโตลิก - ความดันไดแอสโตลิก) ถ้าระดับความดันค่าเฉลี่ยเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท หรือเป็นเหตุให้เกิดภาวะวิกฤติ ร่วมกับ เช่น หัวใจวาย ไตวาย ความดันเลือดซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทในท่านอนราบ ซึ่งมักจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พออาจส่งผลโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงขึ้น

3) ความดันเลือดซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทในท่านอนราบ ซึ่งมักจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พออาจส่งผลให้โรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงขึ้น

2.2 ระบบหายใจ

ต้องประเมินว่าผู้ป่วยหายใจได้เองหรือไม่ และแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้เพียงพอหรือไม่ โดยตรวจหาภาวะขาดออกซิเจน (Cyanosis) นับอัตราการหายใจ สังเกตความลึกและความลำบากในการหายใจ ตรวจการขยายของทรวงอกขณะหายใจ และฟังเสียงลมหายใจ

2.3 ระบบไหลเวียนเลือด

ต้องประเมินว่ามีภาวะหัวใจวายหรือไม่ เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ และการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะสำคัญ ๆ ได้แก่ สมอง ไต ปอด เพียงพอหรือไม่ โดยการประเมินชีพจร ความดันเลือด ตรวจหาภาวะขาดออกซิเจน ปริมาณปัสสาวะ ตรวจปอดและหัวใจ

2.4 ระดับความรู้สึกตัว

เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง บ่งถึงความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ของสมอง จึงเป็นสัญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่งถึงความเร่งด่วนในการรักษา ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานเกินไปสมองอาจถูกทำลายมากขึ้นจนอาจจะไม่สามารถรักษาให้ฟื้นคืนดังเดิมได้ ระดับความรู้สึกตัวสามารถจำแนกได้เป็น 5 ระดับ คือ

1) ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นตัวดี สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม (Good Consciousness หรือ Alertness)

2) ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว แต่สามารถเร้าให้ตื่นได้โดยง่าย อาจจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ก็ได้ เมื่อไม่มีสิ่งเร้า ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกรู้ตัวเช่นเดิม (Drowsiness)

3) ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว เร้าให้ตื่นได้ยาก อาจจะตอบสนองโดยการขยับตัวหรือส่งเสียงอุทาน (Stupor)

4) ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถเร้าให้ตื่นได้ แต่ยังมีปฏิกิริยาตอบสนองของเอ็นในระดบัลึก (Deep Tendon Reflex) และมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Sphincter Tone) เหลืออยู่ (Semicoma)

5) ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถเร้าให้ตื่นได้และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองของเอ็นในระดบัลึกและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Coma)

จะเห็นได้ว่าการจำแนกระดับความรู้สติเป็น 5 ระดับ ดังกล่าว แม้จะทำได้ง่ายแต่ยังไม่ละเอียดเพียงพอที่จะใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สติ จึงนิยมประเมินระดับความรู้สติโดยใช้มาตรวัดระดับความรู้สึกรู้ตัวของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) ร่วมกับ

มาตรวัดระดับความรู้สึกรู้ตัวของกลาสโกว์ ได้จากการประเมินระดับความรู้สติ โดยประเมินปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีที่สุดต่อสิ่งเร้า 3 รูปแบบ ได้แก่ การลืมตา การพูดให้ตอบ และการเคลื่อนไหว โดยให้คะแนนตามระดับของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังนี้

- การลืมตา (Eye Opening, E)		
ลืมตาขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งเร้า	4	คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อคำสั่ง	3	คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อการกระตุ้นให้เจ็บ	2	คะแนน
ไม่ลืมตาตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ	1	คะแนน
- การพูดให้ตอบระดับที่ดีที่สุด (Best Verbal Response, V)		
พูดให้ตอบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5	คะแนน
พูดให้ตอบได้แต่สับสนไม่ถูกต้อง	4	คะแนน
พูดให้เป็นคำ ๆ และไม่ถูกต้อง	3	คะแนน
ส่งเสียงได้แต่ไม่มีความหมาย	2	คะแนน
ไม่ส่งเสียงให้ตอบใด ๆ ต่อสิ่งเร้า	1	คะแนน
- การเคลื่อนไหวระดับที่ดีที่สุด (Best Motor Response, M)		
เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง	6	คะแนน

เคลื่อนไหวปิดหรือตอบโต้สิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บได้	5	คะแนน
เคลื่อนไหวหลบหนีสิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บได้	4	คะแนน
เกร็งตัวในท่าอแขนเหยียดขาเมื่อทำให้เจ็บ	3	คะแนน
เกร็งตัวในท่าเหยียดทั้งแขนและขาเมื่อทำให้เจ็บ	2	คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวใด ๆ เมื่อทำให้เจ็บ	1	คะแนน

2.5 ระดับความเข้มข้นของเลือด น้ำตาลในเลือด สมดุลน้ำ และเกลือแร่

ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างตัวและมีประวัติรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำไม่เพียงพอ หรือเป็นเบาหวานต้องประเมินและแก้ไขระดับน้ำตาลในเลือด สมดุลน้ำ และเกลือแร่ที่แปรปรวนไปโดยเร็ว เพื่อลดการสูญเสีย เนื้อสมอง ซึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

2.6 การทำงานของตับและไต

ควรจะประเมินการทำงานของตับและไตเมื่อใช้ประกอบการวางแผนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกยาต่าง ๆ ที่อาจมีผลข้างเคียงต่อตับและไต ได้

2.7 การประเมินความสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมอง

การประเมินความสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมองควรเริ่มด้วยการประเมินระดับความรู้สติตั้งที่กล่าวมาแล้ว และประเมินเรื่องภาษาว่ามีปัญหาในการใช้คำพูดหรือไม่ ต่อจากนั้นจึงประเมินการทำงานของประสาทสมองคู่ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกลอกตา การขยับกล้ามเนื้อใบหน้า การพูดและการกลืน จากนั้นควรประเมินระบบสั่งการ ในกรณีที่ผู้ป่วยร่วมมือดีมีการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในปัจจุบันมีการตรวจโรคหลอดเลือดสมองด้วยอุปกรณ์ที่ทันสมัย และมีความแม่นยำสูง เช่น

3.1 การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT Scan) เป็นการตรวจดูความผิดปกติของหลอดเลือดสมองว่ามีการแตกหรือตีบตันหรือไม่

3.2 การตรวจด้วยสนามแม่เหล็ก (MRI) เป็นการถ่ายภาพเอ็กซเรย์สมองด้วยสนามแม่เหล็กที่สามารถให้รายละเอียดของสมองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยสามารถตรวจพบการตีบตันของหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่ในระยะแรก จะมีข้อห้ามในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือมีประวัติฝังโลหะไว้ในร่างกาย ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ หรือเคยผ่าตัดใส่คลิปในสมอง (Aneurysmal Clipping)

3.3 การตรวจหลอดเลือดสมองด้วยสนามแม่เหล็ก (MRA) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณคอที่เป็นหลอดเลือดเลี้ยงสมองและตรวจหาความผิดปกติกรณีหลอดเลือดสมองโป่งพอง

3.4 การทำคอมพิวเตอร์สมองชนิดสามมิติ (Spiral CT Scan) เป็นเครื่องมือที่นำมาตรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการไม่นาน และต้องรีบให้การรักษา เพราะสามารถมองเห็นหลอดเลือดอุดตันภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที และสามารถทำในผู้ป่วยได้ทุกกรณี

3.5 การทำอัลตราซาวด์หลอดเลือดคอ (Carotid Duplex Ultrasound) เพื่อตรวจภาวะการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณคอ ซึ่งเป็นหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง

3.6 การทำอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดง (Transcranial Doppler)

2.1.6 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ. 2545 : 87-91) อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมักไม่ค่อยให้ความสำคัญกับอาการเตือนของโรคที่เกิดขึ้นเพราะส่วนใหญ่จะเห็นว่าเมื่อเกิดอาการชาหรืออ่อนแรงก็จะคอยดูอาการก่อนว่าพຽ່งนี้จะดีขึ้นหรือไม่ ถ้าไม่ดีขึ้นค่อยไปพบแพทย์ ซึ่งอาการเตือนเหล่านี้มีความสำคัญแก่ผู้ป่วยที่ควรจะมาพบแพทย์โดยด่วน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วทำให้อัตราความตายและการพิการจะน้อยลง สำหรับอาการที่จะเตือนให้รู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองกำลังมาเยือนเราแล้ว และควรไปพบแพทย์ให้เร็วที่สุดมีดังนี้

1. เกิดชาหรือรู้สึกยวบยาบตามแขนขาอย่างทันทีทันใด หรืออยู่ดี ๆ ก็รู้สึกชาและอ่อนกำลังทันทีที่ซีกใดซีกหนึ่งของใบหน้าแขนหรือขา
2. ตามัวหรือมองไม่เห็นขึ้นมาทันที
3. พูดไม่ได้หรือพูดไม่ค่อยออก หรือไม่เข้าใจคำพูดของคนอื่น
4. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงขึ้นมาทันทีทันใดโดยไม่มีสาเหตุ
5. เวียนศีรษะกะทันหันอย่างบอกไม่ถูก ยืนไม่อยู่ หรือล้มลง
6. อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด
7. อาการตามัว ตาพร่า เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีโดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว
8. พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออก หรือไม่เข้าใจคำพูดทันทีทันใด
9. เวียนศีรษะ บ้านหมุน อาเจียนพุ่ง เดินลำบากหรือเป็นลม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการข้ออื่นร่วมด้วย

เราควรศึกษาอาการเตือนต่าง ๆ เพื่อให้รู้เท่าทัน โรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งให้คิดว่าเป็นเรื่องด่วนและฉุกเฉินเสมอ ต้องไม่ประมาทโดยเด็ดขาด แม้ว่าเวลาดังกล่าวจะหายไปในเวลาต่อมา ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่า อาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวนั้นมีโอกาสเกิดซ้ำสูงมาก และความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นกว่าเมื่อเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกมากมายหลายเท่า

อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นคือ เป็นค่อนข้างเร็วกะทันหันภายในเวลาเป็นนาที หรืออาจเป็นหลังตื่นนอน โดยที่ก่อนเข้านอนยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแล้วแต่ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่เป็น เช่น ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบสมองขาดเลือด หรือเส้นเลือดสมองอุดตัน ก็มักจะมีอาการขึ้นมาฉับพลันทันใด แต่ถ้าเป็นแบบมีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในเส้นเลือดก็จะค่อย ๆ ปรากฏอาการ ส่วนที่เป็นสโตรคแบบเส้นเลือดเลี้ยงสมองแตกก็มักจะมีอาการขึ้นมาฉับพลันแล้วอาการจะเลวลง อาทิ เช่น

1. ตับสน
2. คลื่นไส้อาเจียน
3. ปวดศีรษะอย่างรุนแรง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอาการทางระบบประสาทโดยจะสอดคล้องกับบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง

1. หลอดเลือดแดง “แอนทีเรีย เซรีบรัล” (Anterior Cerebral Artery) ถ้าอุดตันจะมีอาการขาเท้าอ่อนแรง โดยแขนเป็นน้อยกว่า เสียประสาทสัมผัสของขาเท้า กลืนปีศาจไม่ได้

2. หลอดเลือดแดง “มิดเดิล เซรีบรัล” (Middle Cerebral Artery) เมื่อตีบตันจะมีอาการอ่อนแรงที่ใบหน้าและแขนมากกว่าขา ขาและเสียประสาทรับความรู้สึกของใบหน้า แขนและขา การสัมผัส ดาข้างหนึ่งมองไม่เห็น พูดไม่ได้

3. หลอดเลือดแดง “โพสทีเรีย เซรีบรัล” (Posterior Cerebral Artery) เมื่ออุดตันจะมีอาการตามองไม่เห็น จำไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย ชิม การเคลื่อนไหวของแขนขาผิดปกติ

4. หลอดเลือดแดง “เวอทิบรัลและเบซิลาร์” (Vertebral Basilar Artery) เมื่ออุดตันจะเกิดวิงเวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งเดียว พูดไม่ชัด อ่อนแรงไปแถบหนึ่ง ขาไปแถบหนึ่ง

การตีบตันของหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดเป็นหย่อม ๆ อาจมีอาการดังต่อไปนี้ อ่อนแรงของใบหน้า แขน ขา มีอาการชาอย่างเดียวโดยไม่อ่อนแรง เดินเซ อ่อนแรงขา มากกว่าแขน พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากเบี้ยว ความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดสมองอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.1.6.1 อาการน้อย

คือกลุ่มของผู้ที่มีหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบตันเป็นหลอดเลือดขนาดเล็กยังไม่เกิดการทำลายของเซลล์สมองในบริเวณนั้น สมองขาดเลือดในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้เกิดอาการ

ซึ่งอาจเป็นวินาที นาที หรือชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ลักษณะอาการประกอบด้วย กล้ามเนื้ออ่อนแรงจะเป็นที่แขนอย่างเดียวน ขาอย่างเดียวน หน้าและแขนการเคลื่อนไหวช้าลง ที่ใบหน้า จะเห็นมุมปากตกกอน้ำไว้ในปากไม่ได้ ความจำเสื่อมชั่วคราว คิดอะไรไม่ออก พูดไม่ชัด เป็นต้น

2.1.6.2 อาการปานกลาง

หรืออัมพฤกษ์ กลุ่มนี้เซลล์สมองจะถูกทำลายไปแล้วบางส่วน แต่ไม่ทั้งหมด ภายหลังการรักษาแล้วอาการอาจดีขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน 3 - 6 เดือน อาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใด นอกจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงแล้ว ผู้ป่วยจะสูญเสียการทรงตัว บางขณะมีอาการตามัวครึ่งตาหรือมืดไปข้างหนึ่ง สูญเสียความทรงจำและความสามารถในการคิดคำนวณ การตัดสินใจ และมักมีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ

2.1.6.3 อาการรุนแรง

หรืออัมพาต กลุ่มนี้เซลล์สมองจะถูกทำลายโดยถาวร มักเกิดการอ่อนแรงของแขนและขา ขยับแขนหรือขาเองไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ได้ หรือเปล่งเสียงออกมาจากลำคอไม่ได้ กล้ามเนื้อหน้าทำงานไม่เท่ากัน หนังตาตก กลอกตาไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก ปฏิกริยาตอบสนองช้า สูญเสียความทรงจำ เป็นต้น

2.1.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรคนี้ นอกจากการรักษาตามสาเหตุแล้วยังมีอีกสิ่งหนึ่งซึ่งสำคัญ คือ การรักษาโรคที่เกิดร่วม และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจ แบ่งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองออกได้ ดังนี้

2.1.7.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

เป็นที่ทราบกันว่าถ้าเนื้อสมองตายจะไม่มีการรักษาใดที่ทำให้เนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวเนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดโดยใช้วิธีการรักษาทางยา ดังนี้ (กิ่งแก้ว ปาจริย์. 2547 : 47-54)

1. รักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูง ไม่ลดให้ความดันโลหิตต่ำกว่า 90 - 100 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากกลไกการรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตลดต่ำเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น นอกจากนี้ในรายหลอดเลือดสมองบริเวณอื่นมีพยาธิสภาพที่จะอุดตันอยู่แล้วโอกาสที่จะขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นอีก

2. ให้อาณัติกันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet Anti-Aggregation Drug) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

3. ให้อาณัติกันเลือดแข็ง (Anti Coagulant) โดยให้ในรายสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวที่รักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มแล้วไม่ได้ผล ยังคงมีอาการอยู่ รายที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน รายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด

4. การลดความหนืดของเลือด (Blood Viscosity) โดยเพิ่มปริมาณน้ำเลือดเป็นวิธีหนึ่งที่จะลดความหนืดและทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น

5. ให้อาณัติลดสมองบวม ที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ สเตียรอยด์ (Steroid) ซึ่งเชื่อกันว่าควรใช้ในระยะที่สมองบวม และสารเข้มข้น (Hyperosmolar) ต่าง ๆ เช่น แมนนิทอล (Mannitol) กลีเซอรอล (Glycerol) ซึ่งใช้ในระยะที่สมองบวมมาก

การรักษาดังกล่าวข้างต้นเป็นการรักษาทางยา ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ ซึ่งมีวิธีการผ่าตัดดังนี้

1. การผ่าตัดหลอดเลือดเอาลิ่มเลือดออก (Endarterectomy) โดยการเอาผนังหลอดเลือดชั้นในสุด (Intima) และชั้นกลาง (Tunica Media) ออกเหลือไว้แต่เนื้อเยื่อยืดหยุ่นชั้นนอก (External Elastic Membrane) และผนังหลอดเลือดชั้นนอก (Adventitia) เท่านั้น

2. การผ่าตัดหลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะเข้ากับหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (Extracranial & Intracranial Anastomosis)

2.1.7.2 โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือดมีจุดมุ่งหมายที่จะป้องกันไม่ให้หลอดเลือดออกอีกและลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยเน้นหนักไปทางรักษาแบบประคับประคอง ส่วนยาที่ให้ในผู้ป่วยประเภทนี้ที่นิยมใช้คือ

1. ยาลดความดันโลหิต ให้ในผู้ป่วยที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตสูง แต่การให้ยาลดความดันโลหิตนี้ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงสมองน้อยลง

2. ยาลดสมองบวม เช่น สเตียรอยด์ แต่ปัจจุบันพิสูจน์ได้แน่ชัดแล้วว่าไม่ได้ผล ส่วนการรักษาด้วยการผ่าตัด แม้จะมีผลการศึกษามากมายเกี่ยวกับข้อบ่งชี้และการผ่าตัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แต่ก็ยังหาข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้ การผ่าตัดที่นิยมทำกันมีอยู่ 2 วิธี คือ

1. การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (Evacuation of Hematoma) ในรายที่ก้อนเลือดไม่เบียด
เนื้องอก
2. การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่าง ๆ ของร่างกาย
(Ventricular Drainage) ในรายที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

2.1.8 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เป็นโรคที่ถึงแม้จะสามารถรักษาให้อาการของโรคคงที่ได้แล้ว แต่ก็ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ อาการของโรคมีแนวโน้มที่จะเลวลงเนื่องจากพยาธิสภาพ และความจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษา การควบคุมโรค การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินชีวิต

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว อาจพบเพียงการชาของแขนขา และอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงมากจะทำให้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย โดยในสัปดาห์แรกจะตายด้วยสมองบวม สัปดาห์ที่ 3 จะตายด้วยปอดบวม (นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2534) ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากการรอดชีวิตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะพบว่าอัตราการตายใน 3 เดือนแรก ร้อยละ 14 ในระยะ 6 เดือน ร้อยละ 19 และร้อยละ 87 จะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน (Silliman et al. 1987) ถ้าอาการไม่รุนแรงมากในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึกรู้สียงเนื่องจากภาวะสมองบวม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สูญเสียความจำ สูญเสียรีเฟล็กซ์ สูญเสียการมองเห็น สูญเสียการรับความรู้สึก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจนพ้นภาวะวิกฤตมาได้ ผู้ป่วยก็อาจยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น ภาวะอัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น จากการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตรอดร้อยละ 80 จะยังคงเหลือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ร้อยละ 10 จะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ และอีกร้อยละ 10 สามารถหายเป็นปกติได้ (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 1997)

ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองในรายที่สามารถรอดชีวิต และอยู่ในระยะฟื้นฟูสามารถแบ่งได้ ดังนี้

2.1.8.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต มักจะประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณดังนี้

1) ปัญหาด้านร่างกาย

1.1) การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความผิดปกติที่พบ ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก อ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายด้านที่อ่อนแรงได้ ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งกาย การเคลื่อนไหว เป็นต้น ในรายที่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดความเจ็บปวด และจะเจ็บปวดมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงยังมีความจำกัดในการเคลื่อนไหวมากขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมา

1.2) การรับประทานอาหาร ผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวกลืนอาหารได้ตามปกติ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านการรับประทานอาหารและน้ำเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยลง การดูดซึมสารอาหารลดลง และเบื่ออาหารเนื่องจากภาวะจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากการขาดสารอาหารและน้ำแล้ว ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนของระบบหายใจ เนื่องจากการสำลักเศษอาหารเข้าไป โดยเฉพาะภายหลังเกิดโรคในช่วง 2 - 3 วันแรก จะสูญเสียรีเฟล็กซ์ในการกลืนและขย้อน ดังนั้นในระยะแรก ๆ จึงจำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารทางปากและควรได้รับการทดแทนสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

1.3) การพูดและสื่อสาร มักจะพบปัญหาในการพูดและการใช้ภาษา เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้สมองส่วนการรับรู้และความจำเสียหายที่ นอกจากนั้นอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด ลักษณะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อสาร สามารถแบ่งตามรอยโรคได้ดังนี้ (Jordan and Kaiser. 1996) คือ

1.3.1) ชนิดโบรคา (Broca's Aphasia) ผู้ป่วยจะสามารถรู้ความหมายและเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน แต่จะพูดตะกุกตะกัก ไม่คล่องแคล่ว มีความจำกัดในการใช้คำพูด แต่ยังสามารถใช้ภาษาได้ถูกต้อง

1.3.2) ชนิดเวอร์นิคเก (Wernicke's Aphasia) ผู้ป่วยจะมีความจำกัดในการฟังขาดความสามารถในการเข้าใจภาษาพูดและภาษาเขียน พูดไม่ชัด แต่จะพูดเร็วและบางครั้งจะผิดความหมาย เช่น พูดถึงเท้าแต่จะให้คำว่า "มือ" เป็นต้น

1.3.3) ชนิดคอนดัคชัน (Conduction Aphasia) จะมีลักษณะคล้ายกับชนิดเวอร์นิคเก (Wernicke's Aphasia) แต่จะดีกว่า กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูดและการฟังได้ดีกว่า ยังคงพูดเร็วแต่ชัดเจนกว่า

1.3.4) ชนิดอโนมิก (Anomic Aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการเลือกคำที่จะพูด แต่ยังสามารถใช้ภาษาพูดได้ถูกต้อง และเข้าใจภาษาพูด

1.3.5) ชนิดโกลบอล (Global Aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการใช้ภาษาทั้ง การพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน

นอกจากนี้อาจพบปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารชนิดพูดลำบาก ได้แก่ การพูด ไม่ชัด เสียงขึ้นจมูก จังหวะการพูดช้า พูดแบบไม่มีระดับเสียง โดยมีสาเหตุจากความผิดปกติของ สมองน้อย (Cerebellum) ทำให้ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดเสียไป

1.4) การขับถ่าย ความผิดปกติที่พบ ได้แก่

1.4.1) การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบทั้งภาวะท้องผูกและ ภาวะอุจจาระร่วง ผู้ป่วยท้องผูกเนื่องจากได้รับอาหารที่มีกากใยน้อยในระยะ แรก ๆ ผู้ป่วยมักจะ ได้รับสารอาหารและน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากที่ระบบการย่อยและดูดซึมมีประสิทธิภาพแล้ว มักจะเปลี่ยนเป็นอาหารทางสายยางซึ่งจะมีกากใยน้อย นอกจากนี้การเคลื่อนไหวที่ลดลงจะเป็น ปัจจัยเสริมทำให้เกิดภาวะท้องผูกง่ายขึ้น สำหรับภาวะอุจจาระร่วงอาจพบได้ในรายที่อาหารไม่ย่อย และได้รับอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค

1.4.2) การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบความผิดปกติ ของการขับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ ในระยะแรก ๆ กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะสูญเสียความตึงตัวทำให้มีปัสสาวะกั่ง จึงต้องสวนปัสสาวะให้ ปัญหาที่พบตามมาคือการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะและอาจพบปัญหา ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

1.5) การพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหาการนอนหลับพักผ่อน ไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมี ผลมาจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ ทำให้เกิดความเมื่อยล้า ไม่สุขสบาย จึงทำให้นอนไม่หลับ หรือ หลับได้เพียงช่วงสั้น ๆ

1.6) ความจำเสื่อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาความจำเสื่อม เนื่องจาก พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมอง ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ในการคิด ความทรงจำ ถูกเบี่ยงเบน ความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจขาดประสิทธิภาพ ขาดความสามารถในการแก้ปัญหาและใช้ เหตุผล ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ต่าง ๆ ได้ อาจเกิดขึ้นได้ทั้งการหลงลืม ความจำในอดีต และความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจจำสิ่งของหรือคนที่ตนเองรู้จักคุ้นเคยไม่ได้ และไม่สนใจ สภาพแวดล้อม ซึ่งผลของการเรียนรู้และความจำที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ตลอดเวลา

1.7) การรับรู้รู้สึกลดลง ปัญหาที่พบบ่อย คือ การมองเห็นไม่ชัดเจน ตามัว มองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็น กระจกเงาไม่ถูก และมองเห็นเพียงด้านที่ติดด้านเดียว จึงทำให้ผู้ป่วยลืมน ด้านที่มีพยาธิสภาพ ไม่สนใจด้านตรงข้ามที่มีพยาธิสภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยการฟื้นฟูสภาพ และ

การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำได้ด้วยตนเอง รวมทั้งไม่ระมัดระวังอุบัติเหตุในด้านเดียวกับที่มีพยาธิสภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยจะสูญเสียการรู้สัมผัสในด้านที่อ่อนแรง ไม่รับรู้ความเจ็บปวดร้อนเย็น ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะด้านที่มีพยาธิสภาพได้ง่าย

1.8) ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เนื่องจากผลของกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาตจึงทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลดลงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1.8.1) แผลกดทับ เนื่องจากการนอนท่าเดิมนาน ๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดทับขาดเลือดไปเลี้ยง รวมทั้งผลของการเคลื่อนไหวที่ลดลง ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง จึงทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น

1.8.2) การติดเชื้อในทางเดินหายใจ เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยควบคุมการหายใจทำให้ปอดทำงานได้ไม่เต็มที่ รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดการสูดสำลักเศษอาหารเข้าไปในปอด และการต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ

1.8.3) ปัญหาข้อติดและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากการไม่ได้ใช้งานตามปกติ จึงทำให้เกิดการติดของข้อ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ และนอกจากนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ก็ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อลีบง่ายขึ้น

1.8.4) ปัญหาอุบัติเหตุ ได้แก่ หกล้ม ตกเตียง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ รวมทั้งอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นร่วมด้วย

1.8.5) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ จึงอาจต้องสวนคาสายปัสสาวะไว้หรือสวนเป็นครั้งคราว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

1.8.6) การติดเชื้อของผิวหนังและแผล เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลสภาพอนามัยส่วนบุคคล จึงทำให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรคตามซอกและมุมอับชื้นของร่างกาย นอกจากนั้นในภาวะควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ เมื่อถ่ายออกมาแล้วไม่ได้รับการดูแลทำความสะอาดที่ดีพอ ก็จะทำให้มีโอกาสติดเชื้อง่ายขึ้น

2) ปัญหาด้านจิตใจ

2.1) ความกลัวและวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลัวความพิการ กลัวเกิดโรคซ้ำซ้อน กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค มีความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในอนาคต

(นภกรณธ์ แก้วกรรณธ์. 2533; พรชัย จุลเมตต์. 2540; สุธีรา ตั้งตระกูล. 2537) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยการนอนไม่หลับ หงุดหงิด เรียกร้องความสนใจ

2.2) ความซึมเศร้า ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญโดยพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 20 จะยังคงปรากฏอาการภายหลังเจ็บป่วย 1 ปีผ่านไป (Kirkevold. 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟีเบลและสปริงเกอร์ (Feibel and Springer. 1982) ที่พบว่าร้อยละ 26 ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีการซึมเศร้าภายใน 6 เดือน และการศึกษาของโรบินสัน โบลด์ค และไพร์ส (Robinson, Bolduc and Price.1987) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีการซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มป่วยและอาการซึมเศร้าจะอยู่นาน 7 ถึง 8 เดือน จะมีการรุนแรงในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกไร้คุณค่า เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ขาดคนสนใจรู้สึกมีปมด้อยผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่าย และสนใจตนเองลดลง ทำให้ฟื้นฟูสภาพได้ไม่ดี และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

2.3) ความรู้สึกสูญเสีย ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาในลักษณะก้าวร้าวโดยการใช้คำพูดหยาบคาย ทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของ บางรายอาจแสดงออกมาในรูปการวางอำนาจ ถูกผู้อื่น ฐู้จู้ และเรียกร้องความสนใจ (นภกรณธ์ แก้วกรรณธ์. 2533; สุธีรา ตั้งตระกูล. 2537)

3) ปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เนื่องจากความจำกัดในด้านต่าง ๆ เช่น จำกัดในการเคลื่อนไหว จำกัดในด้านการสื่อสาร การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ ๆ และคงสัมพันธภาพเดิมกับครอบครัวและเพื่อนฝูง (สุธีรา ตั้งตระกูล. 2537; ฟาริดา อิบราฮิม. 2539) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้บทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัวและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวทั้งการดูแลทั่วไปและการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในครอบครัวที่ฐานะของเศรษฐกิจ ไม่ดี ผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาซ้ำซ้อนมากขึ้น และอาจต้องเข้าไปรับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลต่าง ๆ ของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลจะต้องเพิ่มงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

4) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

ผลกระทบของโรคจะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมตนเองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ บางรายอาจรู้สึกสิ้นหวัง ท้ออาลัยในชีวิต และไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จึงทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงและซับซ้อนขึ้น

ถ้าผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความเชื่อทางศาสนาหรือมีความหวังกำลังใจจากครอบครัวก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

2.1.8.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย กล่าวคือ

1) บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว เมื่อหัวหน้าครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้หารายได้แทน บางคนต้องปรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจสูญเสียโอกาสในการทำงาน สมาชิกที่อยู่ในวัยเรียนอาจสูญเสียโอกาสในการเรียน เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งมักจะเกิดตามหลังการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว รายได้ที่ลดลง และการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความขัดแย้ง ความตึงเครียดในครอบครัว ในบางครอบครัวอาจเกิดผลในทางตรงข้าม กล่าวคือความสัมพันธ์ในครอบครัวเหนียวแน่นมากขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญปัญหา ร่วมกัน เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น

3) ความตึงเครียดและซึมเศร้าในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ความไม่แน่นอนของโรค การรักษา การวินิจฉัยโรค ความก้าวหน้าของโรคและการรักษา การต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย

4) ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน ครอบครัวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน และรายได้ในครอบครัวลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพ และผู้ดูแลต้องหยุดประกอบอาชีพเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

2.1.8.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รัฐบาลต้องมีการวางแผนและเตรียมการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากลักษณะของความเจ็บป่วยจะทำให้กระทบกับประเทศชาติโดยตรง ผลของความเจ็บป่วยที่กระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่

1) นโยบายในการให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ เช่น การให้บริการคลินิกเฉพาะโรค การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน การจัดโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นต้น

2) การเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งมีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ทีมสุขภาพที่ทำงานกับผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะเกี่ยวกับโรคการรักษาและการฟื้นฟูเป็นอย่างดี รวมทั้งมีความอดทนในการดูแลประคับประคองจนกว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถดูแลตนเองได้ดี

2.1.9 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

จากการทบทวนวรรณกรรมและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผู้วิจัยสรุปความต้องการการดูแลผู้ป่วยเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

2.1.9.1 ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกขึ้นอยู่กับรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ อันเป็นผลจากความผิดปกติของระบบประสาท ผู้ป่วยจึงต้องการ การดูแล เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเอง และกลับไปดำเนินชีวิตได้ภายใต้ข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย ซึ่งความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยจะประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล การสนับสนุน และให้กำลังใจ (สุดศิริ หิรัญชุนหะ. 2541; อารมณ บุญเกิด. 2540; ปิยรัตน์ ดวงสิน. 2545)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมการดูแลที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟัน สระผม แต่งตัว การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น ถึงแม้ว่าการดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งที่คุ้นเคย แต่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีข้อบกพร่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ความต้องการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนกว่าปกติ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายปัสสาวะ

2) การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

2.1) การประเมินสุขภาพผู้ป่วย และการบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วย

2.2) การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น การจัดทำให้เหมาะสม การพลิกตะแคงตัว การรักษาความสะอาดไม่ให้เปียกชื้น

2.3) การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย

3) การสนับสนุน และให้กำลังใจ

3.1) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ และเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้นได้ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะ เช่น การรับประทานอาหาร แต่งตัว แม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้ช้า ไม่เรียบร้อย ไม่แสดงความรำคาญ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยท้อใจ

3.2) การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ต้องเข้าใจ และยอมรับความแปรปรวนของอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เพื่อจะได้ทราบสาเหตุ และหาทางแก้ไข

จะเห็นได้ว่า ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีความครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนสิ่งที่ต้องการมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป ผู้ที่รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงจำเป็นต้องเข้าใจความต้องการต่าง ๆ เพื่อเป็นฐานในการเรียนรู้และฝึกทักษะ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลต่อเนืองทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านได้

2.1.9.2 ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; จินนะรัตน์ ศรีภักทธิญาญ, 2540)

1) ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องมี โดยจะเป็นคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบ เพื่อให้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยที่กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

2) ความต้องการการประคับประคองจิตใจ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ ความร่วมมือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับถึงความหวังใจ มีบุคคลยินดีรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจ ตลอดจนช่วยในการตัดสินใจเวลาเกิดปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผูกพัน เกิดความปลอดภัย ความช่วยเหลือในการประคับประคองจิตใจนี้ ผู้ดูแลจะได้จากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน มาเยี่ยมเยียน หรือมาช่วยดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้

จากทีมสุขภาพ ในการให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือคำปรึกษาเวลามีปัญหา ทำให้ผู้ดูแลคลายความกังวล ลดความตึงเครียด เกิดการปรับตัวในทางที่ดีสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

3) ความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย ผู้ดูแลต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยบ้าง เพื่อให้ผู้ดูแลจะได้มีเวลาพักผ่อน และเวลาเป็นส่วนตัวเพื่อลดความเครียดและความอ่อนล้าของร่างกาย

4) ความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ สร้างความหวัง ตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นจริงของชีวิต การตอบสนองความต้องการการเสริมพลังทางจิตวิญญาณ หากได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความพร่องทางจิตวิญญาณหรือความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าได้รับการตอบสนอง บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

5) ความต้องการการจัดการภายในบ้าน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิงและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะถ้าเป็นแม่บ้านต้องดูแลทุกสิ่งทุกอย่างภายในบ้าน และเมื่อต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย บทบาทความรับผิดชอบจึงเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานภายในบ้าน เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีมากมายอยู่แล้ว และทำให้ผู้ดูแลเครียด การที่จะทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างภายในครอบครัวดำเนินต่อไปได้ ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือ

6) ความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของ เป็นสิ่งจำเป็นใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ขาดรายได้และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจะเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างยิ่ง ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ต้องหาบุคคลที่จะมาดูแลผู้ป่วย ถ้าหากบุคคลนั้นเป็นคู่สมรส คู่สมรสอาจต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลสามี ทำให้ครอบครัวยังขาดรายได้ ประกอบกับระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ก็ยังคงมีตลอดไป ส่วนใหญ่ผู้ดูแลและครอบครัวยังต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะเงินในการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ หลายด้าน เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีส่วนสำคัญที่สนับสนุน และช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล

2.1.9.3 ความต้องการของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

จากผลงานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการในการพัฒนาระบบบริการที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาลและที่บ้าน เน้นการประสานงาน และเครือข่ายสุขภาพในการสนับสนุนการจัดบริการ (ประณีตส่งวัฒนา, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เนตรนภา คู่พันธ์วิ, ปัทมา โลหเจริญวนิช และ กาญจนา แรกพิณจ. 2543; สุกศิริ หิรัญชอุณหะ. 2541) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ต้องการให้กำหนดค่านโยบายของหอผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลดังนี้

1.1) ควรมีการประเมินความสามารถและความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ

1.2) สนับสนุนและส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้เร็วที่สุด โดยมีรูปแบบการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีแบบแผน ได้แก่ การจัดการการสอนรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งการใช้สื่อการสอน และคู่มือประกอบ จัดตารางและกิจกรรมที่เหมาะสม ในการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

1.3) ติดตามและประเมินผลจากการปฏิบัติของผู้ดูแล ส่งต่อศูนย์สุขภาพ เพื่อให้มีการติดตาม เชื่อม ดูแล และช่วยเหลือที่บ้าน

2) ต้องการให้สร้างผลิตภัณฑ์และคู่มือในการดูแลผู้ป่วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับครอบครัวเพื่อใช้ในการดูแล ประกอบด้วยการกระทำกิจกรรมดังนี้ การเช็ดตัวบนเตียง และการนวดหลัง/เปลี่ยนผ้า การพลิกตะแคงตัว การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ การดูแลปากและฟัน การออกกำลังกายแขนขา การทำอาหารปั่น/การให้อาหารทางสายยาง

3) ต้องการให้ติดต่อประสานงานและติดต่อ เพื่อครอบครัวได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร และการติดต่อสื่อสารจากบุคลากรสุขภาพควรมีรูปแบบดังนี้

3.1) พยาบาลเป็นผู้ประสานงานติดต่อให้ครอบครัวได้พูดคุยกับแพทย์ตามที่ญาติต้องการ โดยจัดเวลานัดหมายที่แน่นอนและเหมาะสม

3.2) กำหนดผู้รับบทบาทหน้าที่ในการให้ข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพ แผนการรักษา และกิจกรรมการดูแลตามต้องการของครอบครัว รวมทั้งเป็นผู้ตรวจบันทึกอาการทางระบบประสาท พยาบาลเทคนิคเป็นผู้ซักประวัติและประเมินสภาพ

ผู้ป่วยตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และการใช้สิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย

4) ต้องการให้จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวและผู้ดูแล ในแต่ละครอบครัวได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคติ ประสพการณ์ และความคิดเห็นต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกของระบบบริการ จะเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อที่จะได้พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและครอบครัวเกิดการยอมรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สรุปว่า จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จึงสามารถอธิบายความซับซ้อนของพยาธิสภาพของโรคที่จะช่วยทำให้งานวิจัยครั้งนี้ได้วางแผนการในการค้นหาปัญหาความต้องการและความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อีกทั้งเห็นช่องว่างของการดูแลที่จะช่วยสนับสนุนการวิเคราะห์แนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ และบูรณาการศาสตร์เฉพาะสาขาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ มาเป็นแนวทางในการดูแลแบบองค์รวมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้อย่างชัดเจน

2.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังและมีความพิการหลงเหลืออยู่ จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ประกอบกับข้อจำกัดของสถานบริการสุขภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และสถานที่ จึงทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพียงพอ จึงต้องมีการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ (จอม สุวรรณโณ. 2540 : 2) จึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับบ้านเร็วขึ้น โดยที่ร่างกายยังมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ จึงจำเป็นต้องมอบภาระความรับผิดชอบให้ครอบครัวดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะปรับเปลี่ยนจากการดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน (Transition Period) เป็นระยะที่ก่อปัญหาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ยิ่งผู้ดูแลและครอบครัวไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนหรือผู้ป่วยมีปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลที่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่กลับบ้านไปในสภาพที่ต้องหายใจ ผ่านท่อทางเดินหายใจ ให้อาหารทางสายยาง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะที่เฉพาะ ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาของ โรส (Rose, 1997) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการให้คำแนะนำวิธีการดูแลความรู้เรื่องโรค และการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน จึงเป็นบริการที่สำคัญที่จะสนับสนุน แนะนำ และช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ควรจะต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การบริการสุขภาพที่บ้าน และการส่งต่อเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแล และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เมื่อพ้นระยะวิกฤตอาการของผู้ป่วยคงที่แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้านจะประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการสนับสนุนให้กำลังใจ ซึ่งกิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยจะมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป ระบบบริการจึงจำเป็นต้องส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

(สุคติริ หิรัญชอุณหะ. 2541; จารีก ธารีรัตน์. 2545; สิริวรธณ เดียวสุรินทร์, กัลยา บัวเพชร, เกียรติกัดดี ราชบริรักษ์, แพรวพรรณณ ดันสกุล, อมร รอดคล้าย, กรรณิการ์ อังกูร และคณะ. 2547) ซึ่งมึ รายละเอียดดังนี้

2.2.2.1 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน โดยมีทีมสุขภาพร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาโดยนำเอาทรัพยากรในบ้านและชุมชนมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตเพื่อให้อยู่อย่างปกติที่สุด ในปัจจุบันพบปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลวิตกกังวลจากการขาดความรู้และไม่รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ของตน เนื่องจากเคยพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์มาโดยตลอด เมื่อต้องดูแลด้วยตนเองจึงรู้สึกยุ่งยากและไม่คุ้นเคย ประกอบกับบทบาทในชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป ผู้ดูแลและครอบครัวจึงต้องปรับตัวอย่างมาก การวางแผนจำหน่ายเป็นบริการเชิงรุกที่สร้างความรับผิดชอบให้กับครอบครัวจึงมีรูปแบบการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติที่หลากหลายต้องใช้ทักษะของทีมสุขภาพ และอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนและกระบวนการที่ดำเนินการไปพร้อม ๆ กับกระบวนการรักษาพยาบาล คือ การประเมินปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพช่วยลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of Stay) ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission) ประหยัด ค่ำมทุน (Cost Effectiveness) ดังการศึกษาของ สุคติริ หิรัญชอุณหะ. 2541; จารีก ธารีรัตน์. 2545 พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย และมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2.2.2.2 การส่งต่อ (Refer)

เป็นกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานที่ต่าง ๆ คือ สถานบริการใกล้บ้าน บ้านสถานสงเคราะห์ และอื่น ๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือตามความเหมาะสม เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อต้องการความร่วมมือ และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะถูกเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีการสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการที่รับส่งต่อ บ้านและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดความพร้อมจริง

2.2.2.3 การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่อง สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยเฉพาะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ คำนึงถึงสังคมและวัฒนธรรมที่บ้านและชุมชน โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพรูปแบบบริการที่บ้านประกอบด้วย 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการ และ 3) ผลลัพธ์ การให้บริการที่บ้าน ในปัจจุบันมีความต้องการมากขึ้น เนื่องจากในสภาวะที่มีงบประมาณจำกัด โรงพยาบาลเน้นบริการเชิงรุก จึงมีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยและครอบครัวต้องการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อฟื้นฟูมากกว่าการรักษา

ฉะนั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ระบบบริการจะต้องจัดระบบการดูแล โดยมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล โดยนำครอบครัวและผู้ดูแลหลักมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมาร่วมกันประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ให้การดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อที่จะได้เรียนรู้ ฝึกทักษะ การทำกิจกรรมการดูแล และประเมินผลร่วมกัน มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้องตรงประเด็น มีการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เพราะจะได้ไปประเมินผลการดูแลของครอบครัว สอน ชี้แนะ และแก้ปัญหาการดูแลที่บ้านร่วมกับครอบครัว เพื่อเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.2.3 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered-Care) เป็นรูปแบบการดูแลที่ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว และนำประสบการณ์การดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวมาเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่นำความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวมาใช้ในการวางแผนการให้การดูแล และการประเมินผลการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่รับประโยชน์ร่วมกัน (Mutually Beneficial Partnerships) ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ (Ahmann and Johnson, 2000) ปัจจุบันสถาบันเพื่อการดูแล

ที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ปรับมโนทัศน์หลักของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็น 4 มโนทัศน์ (Institute for Family-centred Care. 2009; รัชนี้ นามจันทรา. 2548) ได้แก่

1. Dignity and Respect หมายถึง บุคลากรสุขภาพต้องฟังและเคารพความคิดเห็น (perspectives) ของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก (choices) ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จะถูกรวมอยู่ในการวางแผนและการให้การดูแล

2. Information Sharing หมายถึง บุคลากรสุขภาพมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริง และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสมบูรณ์และปราศจากอคติ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับข้อมูลที่ต้องการ สมบูรณ์ และทันเวลา เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และใช้ในการตัดสินใจ

3. Participation หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในระดับที่พวกเขาเลือก

4. Collaboration หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่าง ๆ ขององค์กรผู้นำการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดนโยบาย การพัฒนาโครงการ การดำเนินการ และการประเมินผลโครงการ ตลอดจนร่วมกันในการออกแบบ การให้บริการสุขภาพ การจัดการศึกษาของบุคลากรวิชาชีพ และการให้การดูแล

การนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก น่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับบ้านอยู่ที่บ้าน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีและมีความหวัง (เพียงใจ ติรไพรวงศ์. 2540; กาญจนา ศิริวิราชย์. 2536; วรรณิกา คงหอม. 2546) ฉะนั้นระบบบริการจึงต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับครอบครัว สร้างศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยจะต้องรวมผู้ป่วย ครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกันของการให้บริการการบริการสุขภาพ จะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง บุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการทำงานร่วมกันนั้นเกิดขึ้น ตลอดกระบวนการดูแล ตั้งแต่การกำหนดปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก การวางแผน การให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล แต่ละฝ่ายจะได้ประโยชน์จากการทำงานร่วมกัน เกิดสัมพันธภาพที่เอื้ออาทรและเห็นใจระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว จากการทำงานร่วมกันใน

การดูแล มีการติดต่อสื่อสาร และเคารพซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเรียนรู้ร่วมกัน ตลอดจนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแล สร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องครั้งนี้จะทำให้ผู้วิจัยมองเห็นแนวทางการประเมินปัญหาของครอบครัวและความพร้อมของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสามารถนำไปประกอบการสังเคราะห์แนวทางเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้

2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตและสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนคือ การกระทำการพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ หรือของประเทศ รวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน

จากสมรรถนะที่กล่าวข้างต้นทำให้มองเห็นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ซึ่งเป็นโรคที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณี หรือการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรก โดยการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาโดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิสรีระวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้น สามารถคัดกรองผู้ป่วยและภาวะคุกคามเพื่อจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น มีการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย และรวดเร็ว มีระบบการติดตามและประเมินผลการรักษา มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน เพราะจากการ

การศึกษาของโรส (Rose, 1997) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะปรับเปลี่ยนจากดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้านเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก ดังนั้นในระยะการปรับเปลี่ยนนี้ ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการให้คำแนะนำวิธีการดูแล ความรู้เรื่องโรค และการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน ซึ่งการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน หรือการดูแลที่บ้านเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่จะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และต่อเนื่องในการดูแล โดยร่วมกันวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมศักยภาพ และสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเกิดซ้ำ การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การสอนฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติการดูแล และจัดกิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อนได้ โดยนำความรู้จากผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลมาเป็นส่วนช่วยในการจัดการดูแล เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน โดยดึงศักยภาพในชุมชน และแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินผลการดูแล เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกอย่างยั่งยืน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีส่วนสำคัญในการออกแบบระบบการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในชุมชน ได้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างแท้จริง