บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการศึกษาปัญหาความต้องการและความคาดหวังของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยได้มีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
- การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
- การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
- ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลและการป้องกัน

2.3 ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, CVD) หรือ สโตร์ค (stroke) หมายถึง อาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองอย่างทันที ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทแบบเฉพาะที่โดยอาการนี้คงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือเป็นสาเหตุการตายใน 24 ชั่วโมงแรก (เพ็ญแข แดงสุวรรณ. 2548 : 77)

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิดได้ 2 กลุ่มใหญ่ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547 : 4-5) คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) เป็นภาวะที่เลือดไปเลี้ยงสมองถูกปิดกั้นพบร้อยละ 60 – 80 แบ่งออกเป็น

1.1 หลอดเลือดสมองตีบ (thrombolic stroke) พบร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากผนังหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็งตัวจากการที่มีไขมันและเกลือแคลเซียมเข้าไปเกาะในผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดของหลอดเลือดตีบแคบเป็นผลทำให้สมองขาดเลือดและตาย

1.2 หลอดเลือดสมองอุดตัน (embolism stroke) พบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเอมโบลัสที่มีขนาดเล็กจากภายในหัวใจจากลิ้นหัวใจหรือจากเส้นเลือดใหญ่นอกสมอง ลอยเข้าไปอุดตันสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเนื้อสมองตาย

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) แบ่งออกเป็น

2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง เลือดที่ออกจะแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อสมองทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองรอบ ๆ บวมจนกดสมองข้างเคียง ทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้น มีการเลื่อนของเนื้อสมองจากแนวกลางและเคลื่อนลงมากดก้านสมอง กดศูนย์หายใจและตายในที่สุด

2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นใต้อะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) พบได้ประมาณร้อยละ 5 เกิดจากหลอดเลือดสมองโป่งพองและเกิดการแตกหรือฉีดขาดที่อยู่ใกล้กับชั้นใต้อะแรคนอยด์ เลือดที่ออกอาจกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดง เป็นผลทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง

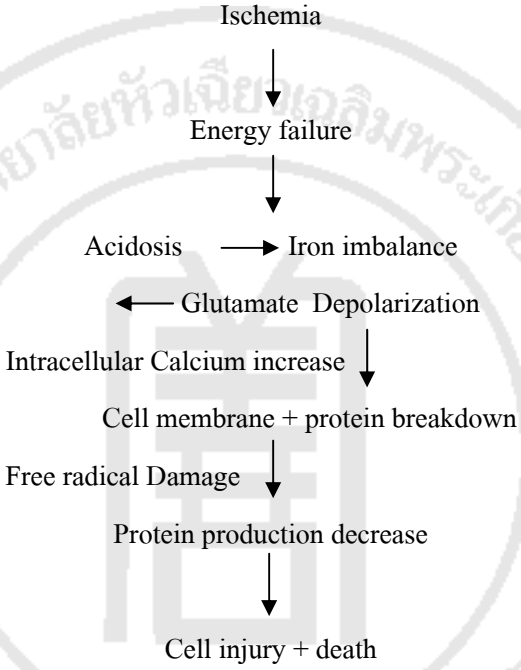
โรคหลอดเลือดสมองสองชนิดนี้พบมากในผู้สูงอายุและผู้ที่ความดันโลหิตสูง พบอัตราตายสูงถึงร้อยละ 90 ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคโดยตรงและปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ

2.1.1 กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ภายในสมองมีเส้นเลือดแดงหลากหลายเส้นที่ไหลเวียนมาเลี้ยงสมองทั้งส่วนหน้า ส่วนกลาง และส่วนท้าย และมีเซลล์ประสาทอีกจำนวนนับล้าน ๆ เส้น มีกลไกการเชื่อมต่อกันทำหน้าที่ประสานกัน เพื่อปกป้องและทำให้สมองทำงานได้ โดยปกติสมองจะมีเลือดไปเลี้ยงนาทีละประมาณ 800 มล. หรือประมาณ 53 มล. / 100 กรัม เนื้อเยื่อ/นาที ซึ่งเท่ากับร้อยละ 16 ของปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจ การเผาผลาญในสมองใช้ออกซิเจน 49 มล./นาที และน้ำตาล 77 มล./นาที ซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องและคงที่ โดยมีบาโรรีเซปเตอร์รับรู้การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตและรีเฟลซ์อย่างคงที่ เนื่องจากสมองไม่สามารถเก็บตุนสารอาหารได้อย่างกล้ามเนื้อจึงต้องอาศัยการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดเมื่อเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดง แตก ตีบ หรืออุดตัน จะส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดและอาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow)

ในตำแหน่งนั้น ๆ จะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ จนถึงขีดเริ่มเปลี่ยน (theshold) และทำให้เซลล์ประสาทหยุดทำงาน อาจมีการเปลี่ยนแปลงต่อไปจนทำให้เซลล์ตาย ทำให้เซลล์ประสาทสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรได้ โดยขบวนการเปลี่ยนแปลงดังแผนภูมิที่ 2.1 (สุนีย์ กิจศิริเจริญชัย. 2548 : 57)

แผนภูมิที่ 2.1
กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



ถ้าสมองขาดเลือดนานเพียง 1 นาที ทำให้หมดสติสมองอาจคืนเป็นปกติได้ แต่การขาดเลือดนาน 4 นาที อาจเกิดการทำลายเซลล์ประสาทในสมองอย่างถาวร เซลล์สมองจะตายเนื้อสมองส่วนที่ตาย เรียกว่า อินฟาร์ค (infarct) ขาดเลือดนานถึง 8 นาทีจะทำให้ถึงแก่ความตาย ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง สามารถทำนายการสูญเสียการทำงานของร่างกายอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางระบบประสาท ความบกพร่องทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดยังขึ้นอยู่กับสมองส่วนใดเกิดพยาธิสภาพดังนั้น ความเข้าใจถึงตำแหน่งการเกิดโรคจะมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างยิ่ง (Phipps. 1991)

2.1.2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรค หมายถึง ปัจจัยที่บุคคลปกติเมื่อได้รับสิ่งนั้นหรือมีสิ่งนั้นเป็นเวลานานพอสมควรจะทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือเกิดโรคขึ้น สามารถแยกปัจจัยเสี่ยงเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (เจษฎา นิมมานนิตย์. 2541 : 17-19)

1. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญมี 4 ประการ คือ

1.1 ความดันโลหิตสูง นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดเนื้อสมองตายและเลือดออกในสมอง อัตราเสี่ยงของโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะสูงกว่าคนปกติประมาณ 6 เท่า เพราะจะทำให้หลอดเลือดสมองแข็งตัวได้ง่ายและร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ

1.2 โรคเบาหวาน ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองสูงกว่าคนปกติ 2 เท่า ทั้งนี้เพราะว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (athero sclerosis) เมื่อหลอดเลือดแข็งยืดหยุ่นไม่ได้จึงมีโอกาสอุดตันได้ง่ายและยังมีโอกาสเกิดหลอดเลือดโป่งพองง่ายอีกเช่นกัน

1.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) โดยเฉพาะคอเรสเตอรอล (cholesterol) ซึ่งเข้าไปจับผนังหลอดเลือด

1.4 การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ อัตราการเสี่ยงของการเกิดโรคจะมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่สูงถึง 2 – 3 เท่า การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของหลอดเลือด เพิ่มระดับไขมันในเลือดและเพิ่มการหลั่งสารแคททีคลอลามีน (catecholamine) ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ยิ่งกว่านั้นปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbonmonoxide) ที่เพิ่มขึ้นในเลือดผู้ที่สูบบุหรี่จัดยังมีผลเสียเกิดการทำลายเซลล์ของผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบได้ง่ายขึ้น

2. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองรองลงมา คือ

2.1 อายุ โรคของหลอดเลือดสมองจะมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างชัดเจนทั้งในกลุ่มที่เป็นชนิดอุดตัน ชนิดที่มีเลือดออกในสมองและในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง ส่วนใหญ่จะเกิดโรคนี้ในอายุประมาณ 45 ปีขึ้นไป และจะมีอัตราการเกิดโรคมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

2.2 โรคหัวใจ โรคหัวใจกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันมาก เพราะโรคหัวใจจะทำให้เกิดตะกอนเลือดในช่องหัวใจหลุดลอยเข้าสู่หลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้ และโรคหัวใจยังทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

2.3 แอลกอฮอล์ (alcohol) การดื่มสุราจะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดลิ่มเลือดไปอุดหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มสุราทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและเกร็ดเลือดเกาะกลุ่มทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง

2.4 โรคเลือด ภาวะเลือดข้น ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ (polycythemia) จะทำให้การไหลเวียนของเลือดหนืด เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีโรคเลือดบางชนิดสามารถก่อให้เกิดการมีเลือดออกในสมองได้

2.5 ความอ้วน (obesity) โรคอ้วนจะมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างชัดเจน ด้วยเหตุผลดังกล่าวความอ้วนจึงมีผลเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

นอกจากนั้นยังพบปัจจัยเสี่ยงของโรคอีกหลายอย่าง เช่น การใช้ยาคุมกำเนิด ภาวะขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาประเภทคลายเครียด และการมีความดันโลหิตต่ำ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ดังนั้นการกำจัดปัจจัยเสี่ยงของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ หรือโอกาสที่จะเกิดเป็นโรคอัมพาตก็จะน้อยลง

2.1.3 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองว่าเกิดจากหลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตก ลำดับแรกคือ การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าอาการผู้ป่วยน่าจะเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทางคลินิก ส่งเลือดตรวจการทำหน้าที่ของหัวใจ (cardiac enzyme) และส่งเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย จากนั้นวินิจฉัยทางคลินิกขั้นต่อไปว่าอาการของผู้ป่วยซึ่งสงสัยว่าจะเกิดจากหลอดเลือดสมองนั้นน่าจะเป็นจากหลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตก โดยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ของสมอง (CT scan brain) ขั้นต่อไปให้การวินิจฉัยตำแหน่งของรอยโรคว่าน่าจะอยู่ที่ใด เช่น สมองส่วนหน้า (frontal lobe) สมองส่วนข้าง (parietal lobe) สมองส่วนท้าย (occipital lobe) สมองน้อย (crebellum) หรือก้านสมอง (brain stem) โดยพยายามให้รายละเอียดของตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพถ้าสามารถบอกได้พร้อมกับให้การวินิจฉัยว่ารอยโรคน่าจะเป็นสาเหตุอะไร โดยการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง magnetic resonance imaging (MRI) การตรวจคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก magnetic resonance angiography (MRA) การฉีดสารทึบแสงเพื่อให้เห็นหลอดเลือด (cerebral angiography) การตรวจหลอดเลือดสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (carotid duplex ultrasonography และ transcranial doppler ultrasonography) การตรวจอัลตราซาวน์หลอดเลือดสมอง (transcranial doppler) ซึ่งแต่ละวิธีจะทำให้เห็นพยาธิภาพของหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติได้ (นิจศรี ชาญณรงค์. 2551 : 18-19)

2.1.4 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อให้การวินิจฉัยได้ว่า อาการของโรคหลอดเลือดสมองน่าจะเกิดจากหลอดเลือดอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดในสมอง สิ่งสำคัญคือการรักษาเพื่อช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะวิกฤติ ลดภาวะความพิการจากโรคและป้องกันการเกิดซ้ำของโรค โดยการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตัน (สุนีย์ กิจศิริเจริญชัย. 2548 : 80 – 81) ประกอบด้วย

1. การรักษาทางยา ได้แก่

1.1 กลุ่มต้านการเกาะตัวของเกร็ดเลือด (antiplatelet) เป็นยาที่ป้องกันการเกาะตัวติดกันของเกล็ดเลือดเป็นไฟบริน หรือโคเลสเตอรอล เช่น acetylsalicylic acid (aspirin, ASA) แต่ยาตัวนี้จะมีผลข้างเคียงที่ซึ่งเป็นแอสไพรินที่มีสารเคลือบที่ลดฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เป็นยากันเลือดแข็งเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เช่น warfarin (coumadin), hepain, fraxiparine อาการข้างเคียง คือ มีเลือดออกง่ายอาจเกิดก้อนเลือด (hematoma) บริเวณที่ฉีดยา

1.3 ยาขยายหลอดเลือดเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมอง เช่นhydergine, encephabol, trental, sibelium, hexobedine

ยาทั้ง 3 กลุ่มนี้มักใช้กับผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด

1.4 ยาต้านแคลเซียม (calcium channel blocker) เช่น ยา nimodipine ใช้กับผู้ป่วย subarachnoid hemorrhage เพื่อป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm)

2. การรักษาทางศัลยกรรม โดยการผ่าตัดหลอดเลือดสมองอุดตันทำได้ 2 วิธีคือ carotid endarterectomy, extracranial artery bypass เป็นการต่อหลอดเลือดภายนอกกะโหลกศีรษะวิธีการทั้งสองนี้หวังผลเพื่อเพิ่มเลือดไปยังสมองที่ขาดเลือด

3. การฟื้นฟูสภาพโดยการทำกายภาพบำบัด

4. การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำ โดยให้ยาต้านการเกาะตัวของเกล็ดเลือดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด (กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547 : 47-45) โดยทั่วไปการรักษาเลือดออกในสมองมี 2 วิธี คือ การรักษาทางยาและการรักษาทางการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก โดยคำนึงถึงความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

1. การรักษาทางยา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ สมองบวม ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อสมอง ดังนั้นการรักษามุ่งหวังที่จะแก้ภาวะผิดปกติเหล่านี้ให้กลับสู่ปกติหรือไม่เพิ่มขึ้น สำหรับความดันโลหิตที่สูงมากจะต้องควบคุมความดันเพื่อให้ลดต่ำลงมาอยู่ในเกณฑ์ที่เลือดสามารถเข้าไปเลี้ยงสมองได้เหมาะสม เพียงพอ ไม่ปล่อยให้ความดันโลหิตสูงมากหรือลดลงต่ำมาก เพราะจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ ถ้ามีปัญหาสมองบวมเป็นภาวะมีน้ำใน เนื้อสมอง ต้องใช้ยาขับปัสสาวะและจำกัดน้ำเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ยังต้องดูแลเกลือแร่ให้อยู่ในระดับปกติ

2. การรักษาด้วยการผ่าตัด มีจุดมุ่งหมายที่เอาก้อนเลือดออกเพื่อหวังผลให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะลดลงกลับสู่ภาวะปกติ โดยเกิดความเสียหายต่อเนื้อสมองน้อยที่สุด เช่น การผ่าตัด

เอาหลอดเลือดที่ผิดปกติ arteriovenous malformation (AVM) ที่อาจแตกออก การผ่าตัดมาตรฐานได้แก่ การทำ craniotomy บางสถาบันพบว่าการผ่าตัดโดยวิธี stereotactic เพื่อหยดยาละลายลิ่มเลือดก่อนที่จะดูดเอาเลือดออก

2.1.5 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาและความบกพร่องได้หลายอย่างทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง และระยะเวลาที่สมองขาดเลือด รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกิดร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Lineata-Gehr. 1991 : 943-956) และยังจัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นโรคที่แม้จะสามารถรักษาให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ แต่ก็มีความพิการหลงเหลืออยู่ อาการของโรคมีแนวโน้มจะถดถอย เนื่องจากพยาธิสภาพและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและปรับตัวหลายด้าน เช่น การดูแลรักษาต่อเนื่องระยะยาว การควบคุมโรคไม่ให้กำเริบ การป้องกันโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1 ใน 3 เสียชีวิต ภายใน 1 เดือน อีก 2 ใน 3 รอดชีวิตจะมีความพิการอย่างถาวรหรือชั่วคราว (Houglan Adkins. 1993 : 144-148) และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตรอดร้อยละ 80 คงเหลือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถฟื้นฟูได้ ร้อยละ 10 จะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ และอีกร้อยละ 10 สามารถหายเป็นปกติได้

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ถ้าสมองขาดเลือดในระยะเวลาสั้น ๆ หรือชั่วคราวจะทำให้เกิดอาการน้อยเพียงอาการชาแขนขา กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีการเคลื่อนไหวช้าลง ใบหน้าและมุมปากตก ความจำเสื่อมชั่วขณะ คิดอะไรไม่ออก พูดไม่ชัด อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติ ถ้าเซลล์สมองถูกทำลายไปบางส่วน จะมีอาการปานกลางหรืออัมพฤกษ์ ภายหลังการรักษาแล้วอาการอาจดีขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน 3 – 6 เดือน อาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใด นอกจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงแล้ว ผู้ป่วยจะสูญเสียการทรงตัว บางขณะมีอาการตามัวครึ่งตาหรือมืดไปข้างหนึ่ง สูญเสียความทรงจำและความสามารถในด้านการคิดคำนวณ การตัดสินใจ และมักมีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้าหรือหงุดหงิด และถ้าเซลล์สมองถูกทำลายโดยถาวรจะมีอาการรุนแรงหรืออัมพาต มักเกิดการอ่อนแรงของแขนและขา ขยับแขนหรือขาเองไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ได้ หรือเปล่งเสียงออกมาจากลำคอไม่ได้ กล้ามเนื้อหน้าทำงานไม่เท่ากัน หนังตาตก กลอกตาไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก ปฏิกิริยาตอบสนองช้า สูญเสียความทรงจำ ถ้าอาการรุนแรงมากอาจเป็นสาเหตุของการตายของผู้ป่วยได้ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ. 2548 : 89 – 91)

นอกจากนี้อาการทางระบบประสาทจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงด้วย ถ้าอุดตันที่หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองส่วนหน้า (anterior cerebral artery) จะมีอาการ ขา เท้าอ่อนแรง โดยแขนเป็นน้อยกว่า เสียประสาทสัมผัสของขา เท้า และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถ้าอุดตันที่หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองส่วนกลาง (middle cerebral artery) จะมีอาการอ่อนแรงที่ใบหน้าและแขนมากกว่าขา ชาและเสียประสาทรับความรู้สึกของใบหน้า แขนและขา ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็นและพูดไม่ได้ ถ้าอุดตันที่หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนหลัง (posterior cerebral artery) จะมีอาการตามองไม่เห็น จำไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย ซึม การเคลื่อนไหวของแขนขาผิดปกติ อุดตันที่หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกระดูกสันหลังท่อนล่าง (vertebral basilar artery) จะมีอาการวิงเวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งเดียว พูดไม่ชัด อ่อนแรงไปแถบหนึ่ง ชาไปแถบหนึ่ง และการตีบตันของหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือด เป็นหย่อม ๆ อาจมีอาการดังต่อไปนี้ อ่อนแรงของใบหน้า แขน ขา มีอาการชาอย่างเดียวโดยไม่อ่อนแรง เดินเซ อ่อนแรงขามากกว่าแขน พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากเบี้ยว (เพ็ญแข แดงสุวรรณ. 2548 : 89-91)

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย ความผิดปกติและความพิการที่เกิดขึ้นมักจะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และมีปฏิกริยาตอบสนองต่อการกระตุ้น (reflex) เปลี่ยนแปลงไป และพบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีก (กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547 : 97 – 105) เกิดข้อติดแข็ง เนื่องจากผู้ป่วยไม่อาจเคลื่อนไหวข้อต่อและกล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่ได้ทำงานในที่สุดจะฝ่อลีบลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด เป็นอุปสรรคต่อการจัดท่าหรือการดูแลสุขอนามัย มีปัญหาการทรงตัวทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ บางรายอาจมีปัญหาการพูด การเคี้ยวและการกลืน ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ความจำเสื่อมหรือสับสน ผู้ป่วยบางรายไม่รู้สึกตัว (Phipps. 1991 : 956 – 969) ซึ่งส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดข้อติดแข็ง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพจิตใจ จากการสูญเสียภาพลักษณ์ ไร้สมรรถภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงโมโหร้าย วิตกกังวล เครียด จนบางครั้งเกิดความท้อแท้และสิ้นหวังในชีวิต จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมากในช่วงระหว่าง 6 เดือน ถึง 2 ปี ภายหลังการเกิดโรคภาวะซึมเศร้าในช่วง 6 เดือนแรก มักเกิดจากการสูญเสียความสามารถใน

การทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี มักจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมลดลง (ปัทมา โลหเจริญวนิช. 2545 : 63 – 68) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ แซนตัส และคณะ (Santas et al. 1990) ได้ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดโดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิดระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม

2. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อบุคคลเกิดความพิการของร่างกายช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เกิดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล ต้องสูญเสียกำลังของสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เวลาพักผ่อนน้อยลง ทำให้เกิดความเครียด (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. 2538 : 88 – 92) บางครั้งจากการที่ต้องมาเอาใจใส่ดูแลระยะยาวนาน มีความซับซ้อนเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล อาจทำให้เกิดความรำคาญ ความกลัว ไม่มั่นใจ หงุดหงิด ทำให้แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม มีผลต่อความรู้สึกทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว รู้สึกเป็นภาระหน้าที่ต้องดูแล การศึกษาการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลท่อหายใจ ดูดเสมหะ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด การดูแลในกิจกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล อีกทั้งภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวจะมีส่วนสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีภาวะเศรษฐกิจดี ย่อมตระหนักถึงภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เศรษฐกิจไม่มั่นคง (จินตนา สมนึก. 2540) จากการศึกษาถึงภาระเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่ารายได้หรือภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัวจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (ปัทมา โลหเจริญวนิช. 2545 : 66 – 67) นอกจากนี้ยังเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

3. ผลกระทบต่อสังคม เมื่อบุคคลต้องมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดความพิการของร่างกาย ทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือหัวหน้าครอบครัวได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพ รวมทั้งไม่สามารถไปร่วมหรือมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ อีกทั้งประเทศที่มีคนพิการจำนวนมาก ย่อมต้องถือว่าเป็นภาระของสังคม และยังสะท้อนให้เห็นถึงสภาวะสุขภาพของสังคมประเทศนั้น ๆ ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข (ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาริส วงศ์แพทย์. 2542 : 10–14) ในประเทศไทยได้มีการศึกษาต้นทุนของโรคเลือดสมองอุดตันเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยเท่ากับ 162,644.97

บาทต่อคนต่อปี (ศิวาพร ยังคง. 2544) ส่งผลทำให้สังคมและประเทศต้องสูญเสียเศรษฐกิจและกำลังทรัพยากรบุคคลที่จะมาพัฒนาประเทศ เนื่องจากความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองมีต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ขนาด ตำแหน่งของพยาธิสภาพ และระยะเวลาที่สมองขาดเลือด ร่วมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรค ที่จะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การดูแลควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองย่อมสำคัญกว่าการดูแลรักษา เพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง และถ้าไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ก็จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล และการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย ทั้งนี้มาจากสภาพร่างกายที่พิการมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน บางรายมีการเปลี่ยนแปลงในภาวะรู้สติ ผู้ป่วยจึงต้องนอนบนเตียงนาน ๆ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง อีกทั้งขาดการฟื้นฟูสภาพและการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง จึงส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยดังต่อไปนี้ (นิตยา สออารีย์ และ จารุวรรณ มานะสุรการ. 2545 : 4 – 6)

1. การเกิดแผลกดทับ เป็นแผลที่เกิดจากแรงกดสูง ๆ เป็นระยะเวลานาน ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณนั้นได้ไม่สะดวก มีเนื้อตายเกิดขึ้น พบได้ง่ายขึ้นในผู้ป่วยอัมพาตที่มีภาวะรู้สติไม่ดี มีอาการบวม อ้วนมาก หรือผอมมากจากภาวะขาดอาหาร กลั้นอุจจาระและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ลักษณะที่นอนแข็ง ผ้าปูที่นอนเป็นรอยยับย่น

ตำแหน่งที่พบแผลกดทับได้บ่อยในท่านอนหงาย คือ บริเวณกระเบนเหน็บ (sacrum) และส้นเท้า ตำแหน่งที่พบได้บ่อยในท่านอนตะแคงคือบริเวณข้างตะโพก หัวเข่า ตาตุ่ม ด้านที่ถูกทับ อาการที่พบได้คือมีรอยแดงเกิดขึ้นบริเวณหนังที่ถูกกดทับ ต่อมารอยแดงจะพองมีน้ำใส ๆ ขังอยู่ หรือเป็นรอยดำ แผลกดทับจะเพิ่มมากขึ้นหากไม่ได้รับการดูแล เนื้อเยื่อชั้นลึกจะถูกทำลายไปเรื่อย ๆ จนเกิดเป็นโพรงแผล

การป้องกันสำคัญมากกว่าการรักษา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ โดยการพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ และสม่ำเสมอ ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพลิกตัวของผู้ป่วยแต่ละคนไม่ตายตัวขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย โดยทั่วไปแนะนำให้พลิกตัวทุก ๆ 2 ชั่วโมง ในขณะที่

ตื่น แล้วค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาให้ห่างออกไปถ้าไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้น อาจเว้นช่วงได้นานถึง 6 - 7 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่สะดวกที่จะพลิกตัวบ่อย ๆ ควรจัดหาหมอนหลาย ๆ ใบรองรับตัวผู้ป่วย เพื่อไม่ให้บริเวณปุ่มกระดูกกดกับพื้นที่นอนหรือเลือกใช้ที่นอนพิเศษที่ช่วยลดแรงกดทับ ซึ่งช่วยให้สามารถยืดเวลาของการพลิกตัวออกไปได้ การพลิกตัวหรือขยับตัวผู้ป่วยต้องยกไม่ใช่ลาก และให้ผู้ป่วยลุกขึ้นโดยเร็วที่สุดเมื่อสภาพร่างกายพร้อม และหมั่นดูแลรักษาผิวหนังให้สะอาด ผ้าปูเตียงต้องเรียบตึง และดูแลให้อาหารเพียงพอ

2. การเกิดปอดอักเสบหรือปอดแฟบจากการนอนท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ โดยเฉพาะการนอนราบ หรือตะแคงข้างใดข้างหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง เกิดการคั่งของเสมหะ เกิดการสะสมของเชื้อโรค ซึ่งปะปนมากับอากาศที่หายใจ เนื่องจากกลไกการไอลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการไอ มีเสมหะ ลักษณะเสมหะสีเหลืองหรือเขียว อาจมีไข้และมีอาการหายใจหอบเหนื่อยตามมา เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนในการหายใจและมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ผู้ป่วยซึม หลับบ่อย ความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งมักจะเป็นสาเหตุที่ญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงคือการสำลักน้ำลายหรืออาหาร ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบได้

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ปอดอักเสบเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากเป็นอันดับ 2 พบประมาณร้อยละ 13 – 18 การใส่ท่อช่วยหายใจและการเจาะคอเพิ่มอุบัติการณ์การติดเชื้อขึ้นประมาณร้อยละ 20 และ 25 ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะทำให้เกิดการระเคืองและเกิดการบาดเจ็บของเยื่อบุระบบทางเดินหายใจและยังทำให้กลไกป้องกันเชื้อโรคตามธรรมชาติของร่างกายลดลง เชื้อจากภายในปากและลำคอสามารถผ่านเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบมีอัตราตายอยู่ระหว่างร้อยละ 20 – 50 ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกือบ 20 เท่า และอัตราการตายจะสูงกว่าอีกด้วย การเกิดปอดอักเสบส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 6 – 7 วัน และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 5,700 เหรียญสหรัฐ (อะเคื้อ อุณหเลขกะ. 2545 : 90 – 91)

การป้องกันโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าให้เต็มที่โดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น incentive spirometry และให้มีการทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อช่วยระบายเสมหะรวมทั้งใช้มาตรการป้องกันการสำลัก โดยแก้ไขปัญหาการเคี้ยวและการกลืนร่วมด้วย โดยการฝึกการกลืน ต้องเปลี่ยนลักษณะอาหารที่ให้ผู้ป่วยอัมพาตหรือกรณีที่เสี่ยงมาก จะต้องใส่สายยางผ่านจมูกลงกระเพาะอาหารไว้เป็นทางให้อาหารหรือการเจาะใส่สายยางจากหน้าท้องเข้าไปกระเพาะอาหาร (gastrostomy) เพื่อใช้ให้อาหาร อีกทั้งในรายที่ต้องใส่อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจเจาะคอ จึงจำเป็นต้องรู้จักวิธีการใช้และวิธีการดูแลทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างถูกต้อง รู้จัก

การทำลายเชื้อ และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อสู่ผู้อื่นด้วย ในกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจควรดูแลบริเวณที่ใส่ท่อหายใจอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เปลี่ยนผ้าก๊อซที่ใช้รองบริเวณที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเชือกที่ผูกท่อช่วยหายใจเมื่อเปรอะเปื้อนท่อช่วยหายใจชั้นในควรล้างทำความสะอาดและต้มในน้ำเดือดนาน 15 นาที การดูดเสมหะใช้เทคนิคสะอาด สายที่ใช้ดูดเสมหะอาจใช้ได้นาน 8 ชั่วโมง น้ำที่ใช้ควรเป็นน้ำกลั่นปราศจากเชื้อหรือน้ำต้มสุกใหม่และควรเททิ้งทุก 24 ชั่วโมง (อะเคื้อ อุณหเลขกะ. 2545 : 361)

3. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โอกาสการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจะพบมากขึ้นในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง ที่ต้องสวนปัสสาวะเป็นประจำหรือคาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยอัมพาตที่นอนติดเตียงทำให้กระบวนการบีบไล่ปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะลดลง เกิดการปัสสาวะไม่สุด มีปัสสาวะคั่งค้างจนเป็นที่สะสมของแบคทีเรีย และปัจจัยเสี่ยงอันที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่าย เช่น เพศหญิงวัยสูงอายุ การทำความสะอาดภายหลังขับถ่ายไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย การดื่มน้ำน้อย สังเกตได้จากปัสสาวะมีสีเข้มปริมาณลดลง เยื่อบุช่องปากแห้ง เสมหะเหนียวข้น เป็นต้น อาการของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเช่น ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะกะปริบกะปรอย เหมือนปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะแสบขัด ปวดหลัง และอาจมีไข้ หนาวสั่นร่วมด้วย เป็นต้น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลพบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 40 เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต และเสียชีวิตประมาณร้อยละ 80–90 ของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเกี่ยวข้องกับการได้รับการสวนปัสสาวะ และอีกประมาณร้อยละ 5–10 เกิดจากการรักษาด้วยวิธีอื่น จากการศึกษาพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบปัสสาวะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ต่อจำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะนานขึ้น 1 วัน และหลังจากคาสายสวนปัสสาวะ 10 วัน พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเกือบทุกรายที่คาสายสวนนานตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป

นอกจากนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกายังพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินปัสสาวะต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 2 – 8 วัน และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 3,803 เหรียญสหรัฐ ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะและเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินปัสสาวะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อถึง 3 เท่า ซึ่งการตายอาจมีผลมาจากอายุของผู้ป่วย ระยะเวลาที่คาสายสวนปัสสาวะและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

วิธีป้องกันทำได้โดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะหรือรีบเอาสายสวนออกโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ควรถอดออกภายใน 2 - 5 วัน เปลี่ยนเป็นสวนเป็นระยะ ๆ (intermittent catheterization) ทุก 6 - 8 ชั่วโมง โดยญาติจะได้รับการสอนวิธีการ

สวนปัสสาวะอย่างถูกต้องและสะอาดแทน โดยหลีกเลี่ยงไม่ให้มีปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมากกว่า 50 มล. และลดความถี่ของการสวนลง เมื่อปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังจากเบ่งถ่ายน้อยกว่า 100 มล. พยายามจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งและยืนบ่อย ๆ รวมทั้งให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และหลีกเลี่ยงการถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงาย ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยมีไข้ ปัสสาวะที่ออกมามีสีขุ่น บ่งถึงการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะต้องไปพบแพทย์ ในรายที่จำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ ควรรู้จักวิธีการดูแลให้ระบบระบายปัสสาวะเป็นระบบเปิดอยู่ตลอดเวลา ควรเทปัสสาวะออกจากถุงเป็นระยะไม่ปล่อยให้ปัสสาวะอยู่เต็มถุง ถุงเก็บปัสสาวะควรอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เปลี่ยนสายสวนเมื่อมีการอุดตัน ครบกำหนด หรือสกปรกเท่านั้น

4. การอักเสบหรืออุดตันของหลอดเลือด ผู้ป่วยอัมพาตมีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่ดีเนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง การนอนกับเตียงนาน ๆ มีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และเลือดบางส่วนเกิดการก่อตัวเป็นลิ่มเลือด ถ้าลิ่มเลือดเกิดขึ้นในหลอดเลือดดำก็จะพบลักษณะของหลอดเลือดดำอุดตันเกิดอาการบวม ถ้ามีการติดเชื้อเฉพาะที่ก็จะมีอาการปวดและร้อนได้ ส่วนมากจะพบในตำแหน่งของอวัยวะส่วนปลาย เช่น ขา แขน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดดำที่ขาข้างที่เป็นอัมพาตเพิ่มเป็น 10 เท่าของขาข้างที่ดี และผู้ป่วยที่ไม่ได้เดิน มีโอกาสเป็นลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดดำเพิ่มเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยที่เดินได้มากกว่า 50 ฟุต พบบ่อยในสัปดาห์แรกหลังจากเป็นอัมพาตตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือหลอดเลือดดำบริเวณน่อง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547 : 87 – 88) แต่ถ้ามีการอุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดง ผิวหนังบริเวณที่อุดตันจะมีสีคล้ำ ซีด เย็น ปวด ถ้าเกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนปลายก็จะคลำชีพจรไม่ได้ อันตรายที่เกิดจากการอุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ปอด ฯลฯ คือทำให้อวัยวะส่วนนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเนื้อตายได้ อาการที่พบคือ อาการอัมพาตจะรุนแรงขึ้น ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ หากมีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ มีอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันหากมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ปอด เป็นต้น ภาวะดังกล่าวจะเกิดง่ายขึ้นในผู้ป่วยอัมพาตที่เป็นเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้น ถ้าพบอาการดังกล่าวข้างต้นให้รีบนำผู้ป่วยมาพบแพทย์

การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันโดยการกระตุ้นให้มีการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด เช่น การพยายามให้มีการเคลื่อนไหวด้วยตนเองในส่วนที่ยังเคลื่อนไหวได้ ควรให้ผู้ป่วยอัมพาตได้รับรู้และเข้าใจในเรื่องนี้ เพื่อกระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยอัมพาตไม่ค่อยอยากจะเคลื่อนไหวด้วยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น ต้องออกแรง

มากขึ้นกว่าปกติเนื่องจากร่างกายส่วนหนึ่งไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้าในระยะที่ยังปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ไม่ได้ ดังนั้นการให้กำลังใจกับผู้ป่วยและเสริมสร้างจิตใจให้เข้มแข็ง เช่น ให้การดูแลด้วยความรักและห่วงใย ให้ความรู้สึกของการมีคุณค่าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลจะต้องตระหนักอยู่เสมอ ต้องระวังคำพูด ไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายให้เห็นเพราะโดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยมักจะเกรงใจลูกหลานและกลัวว่าจะเป็นภาระกับผู้อื่น แต่ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดดำแล้วการรักษาคือให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด รวมทั้งให้บริหารข้อต่อและให้ผู้ป่วยเริ่มเดินเมื่อระดับยาในเลือดถึงขนาดรักษา

5. การเกิดข้อฝืดตึงหรือติดแข็ง เป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ของร่างกายเป็นเวลานาน โดยเฉพาะจะเกิดกับข้อด้านเดียวกับส่วนของร่างกายที่เป็นอัมพาต ทดสอบได้โดยพยายามหมุนข้อหรือยืดแขนหรือขาด้านที่เป็นอัมพาตจะพบว่ามีลักษณะฝืดตึง สีหน้าของผู้ป่วยจะแสดงอาการเจ็บปวดเมื่อหมุนหรือเคลื่อนไหวข้อนั้น ๆ หากไม่ได้รับการบริหารข้อ อาการฝืดตึงของข้อจะเป็นมากขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขได้ ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุด การบริหารข้อต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ไม่ควรทำในช่วงหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ เพราะบางท่าอาจไม่เหมาะสม เช่น ท่านอนราบงอเข่าแล้วยืดอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกจุกแน่นได้ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการปวด บวม แดง ร้อนของข้อต่าง ๆ

6. อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยคือ อาการท้องผูก เนื่องจากการอัดแน่นของอุจจาระ จากสาเหตุการเคลื่อนไหวที่ลดลงทำให้ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ การป้องกันคือ การกระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพิ่มอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ทำได้บ่อย ๆ การสวนอุจจาระหรือใช้อย่างระบายมักจะใช้ภายหลังที่ไม่ถ่ายอุจจาระมานานกว่า 3 วัน ผู้ป่วยมีอาการอืดอัด แน่นท้อง ซึ่งอาจคลำก้อนอุจจาระได้ทางหน้าท้อง ควรพิจารณาให้ยาระบายช่วยอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารอย่างอื่น เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาจจะมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แต่สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสมอง ลักษณะมักจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง ซึมลง หรือมีอาการชักร่วมด้วย ซึ่งควรนำมาพบแพทย์โดยเร็ว

7. ภาวะซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นภายหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยเกิดในช่วงระหว่าง 6 เดือน ถึง 2 ปี ซึ่งภาวะซึมเศร้าในช่วง 6 เดือนแรกมักเกิดจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย การไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การสูญเสียภาพลักษณ์ หน้าที่การงาน ทำให้รู้สึกด้อยคุณค่า ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้าโศกเสียใจง่ายหรือนอนนิ่งเฉยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บางคนอาจแสดงออกด้วยอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในช่วง

6 เดือน ถึง 1 ปี มักจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้าสังคมลดลง ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพของสมองส่วนอื่น ๆ เช่น ความจำ สมาธิ ความสามารถในการแก้ปัญหา การตอบสนองในรูปของการกระทำ ลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพล่าช้าได้ผลน้อย และยังทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (ปัทมา โลหเจริญวนิช. 2545 : 65) สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะปรับตัวยังไม่ได้คือ การยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอด้วยความรักและเอาใจใส่ ไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายหรือบ่นให้ผู้ป่วยได้ยิน ซึ่งต้องใช้ความอดทนสูง ควรใช้คำพูดที่ให้กำลังใจให้คุณค่ากับผู้ป่วย เช่น ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่ต้องดูแลให้ถือว่าเป็นหน้าที่ ที่ต้องคอยช่วยเหลืออยู่แล้ว นับว่าเป็นโอกาสที่ได้ทำความดีทดแทนพระคุณ การที่ผู้ป่วยมีอารมณ์แจ่มใส กินได้นอนหลับ ก็เป็นความสุขของผู้ดูแลเช่นกัน ดังนั้นการให้การดูแลอย่างนุ่มนวล สม่ำเสมอ จะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองในด้านฟื้นฟูสภาพ แต่ในทางตรงกันข้ามคำพูดที่แสดงถึงความเบื่อหน่าย ไม่ไพเราะ ขี้บ่น กิริยาท่าทางที่แสดงความไม่ให้เกียรติแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบุคคลใกล้ชิดจะไปบั่นทอนความหวัง กำลังใจ เกิดภาวะไร้พลัง นำไปสู่อาการซึมเศร้าและอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการทำร้ายตัวเองได้ในที่สุด ดังนั้นการดูแลทางด้านจิตใจจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลทางกาย เพราะความเจ็บป่วยทางจิตใจสามารถนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยทางกายได้เช่นกัน

สรุปภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากสภาพร่างกายความพิการของผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ และการดูแลจากครอบครัวไม่ถูกวิธี ขาดการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้นก็คือ การดูแลจากครอบครัวอย่างเอาใจใส่ ถูกวิธี สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

2.3 ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จากความก้าวหน้าของการดูแลรักษาและการวินิจฉัยในปัจจุบันส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรอดชีวิตมากขึ้น แต่ผลของโรคทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตยังมีความพิการเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถดูแลตนเองได้ บางรายอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถสื่อสารได้และมีอัมพาตครึ่งซีก หรือมีปัญหาทางระบบประสาทอื่นร่วมด้วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพใดก็ตามจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย ป้องกันภาวะถดถอยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พัชรี นัครา (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง และมีการสูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ อีกทั้งข้อจำกัดของสถานบริการสุขภาพที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเพียงพอ จึงมีการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นภาวะวิกฤติออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 1 – 2 สัปดาห์ (จอม สุวรรณโณ. 2540) จึงทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้นโดยที่ร่างกายยังมีพยาธิภาพหลงเหลือไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่

จากสภาพปัญหาดังกล่าวทั้งหมดทำให้ภาระการดูแลที่เกิดขึ้นตกเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องจัดการเองที่บ้าน (สุดศิริ หิรัญชุณหะ. 2541) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงประกอบด้วยการดูแลเกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำโดยครอบครัวจะทำหน้าที่ในการทำแทนหรือเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การรับประทานยาช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลจากครอบครัวสำหรับตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการหายใจทำให้ต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากต้องให้อาหารทางสายยางที่บ้าน เป็นต้น

การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ กลับบ้านจึงมีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เพราะครอบครัวจะต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่บ้านให้พร้อม อีกทั้งต้องมีการเรียนรู้ฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เช่น การดูดเสมหะ การดูแลความสะอาดของท่อทางเดินหายใจภายใน (inner tube) การทำแผลรอบท่อ การเคาะปอด ซึ่งครอบครัวต้องดูแลมิให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน เพราะจะยิ่งเพิ่มความยุ่งยากและความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และยากต่อการดูแลที่บ้าน (Nolan and Grant. 1993 : 305 – 3011) อีกทั้งการศึกษาการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านพบว่า กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลท่อหายใจ การดูดเสมหะ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล (จินตนา สมนึก. 2540)

การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพที่มีความพิการทางด้านร่างกายและการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคมเป็นการดูแลส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาพก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุด เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังเป็นการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งครอบครัวต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะที่เป็นปัญหา เช่น การเดิน การพูด เป็นต้น และมีการฝึกการทำอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่าง

มีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องดูแลเรื่องการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการดูแลเรื่องการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามการรักษาของแพทย์ การพาไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและการดูแลสังเกตอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลที่บ้าน เช่น การเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และการให้การดูแลแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และการดูแลความปลอดภัยต่าง ๆ เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน นอกจากจะพบปัญหาของผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้านที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือแล้วยังพบปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาวต่อเนื่อง อีกทั้งต้องฝึกทักษะในการดูแลซึ่งเป็นเทคนิคทางการพยาบาลต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพต่าง ๆ นันทพร ศรีนิ่ม (2545) ได้ศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าปัญหาของผู้ดูแล (ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล) มี 8 ลักษณะ คือ 1) มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย 2) การฝืดเคืองทางด้านการเงินและมีหนี้สิน 3) ความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง 4) เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย 5) ภาวะทรุดโทรม 6) ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง 7) ไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล และ 8) มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหรือมีความขัดแย้งในบทบาท สำหรับวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี 4 วิธี คือ 1) การทำใจ 2) การผสมผสานการรักษา 3) การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และ 4) ปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหามี 5 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วยความรู้และทักษะในการดูแล ความหวัง บุคลิกหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมทั้งความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยภาวะสุขภาพร่างกาย ความเสื่อมในการรับรู้/สติปัญญา และการถดถอยด้านอารมณ์ 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมสังคมและความเชื่อ ซึ่งประกอบด้วย คิดว่าการดูแลเป็นการทดแทนบุญคุณ ความช่วยเหลือเอื้ออาทรจากบุคคลในครอบครัวและสังคมรอบข้าง และเชื่อว่าการดูแลเป็นการชดใช้กรรม 4) ปัจจัยเศรษฐกิจ และ 5) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สำหรับความต้องการของผู้ดูแลในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สรุปได้ 4 ลักษณะ คือ 1) ต้องการความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ 2) ความต้องการความช่วยเหลือจากพี่ ๆ น้อง ๆ 3) ต้องการความช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์ของคนพิการและการรักษา และ 4) ต้องการให้ช่วยเหลือด้านอาชีพการงานแก่ผู้ป่วย

เกวลิน แสงบุญ (2544) ศึกษาอิทธิพลของรางวัลจากการดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดของญาติระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติที่ทำหน้าที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.00%) วัยกลางคน อายุเฉลี่ย 43 ปี สถานภาพสมรสคู่ (66.00%) การศึกษา

ระดับประถมศึกษา (40.72%) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส (37.86%) และบุตร (51.43%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (31.43%) เพียงพอต่อการใช้จ่าย (60.17%) ได้รับรางวัลจากการดูแลในระดับสูง มีความเครียดจากการดูแลโดยตรงในระดับต่ำ และความเครียดจากความวิตกกังวลในระดับสูง รางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง

คนองนิช ไชยวุฒิ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ชายที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลพบว่าญาติผู้ชายที่ดูแลมีอายุเฉลี่ย 44.17 ปี สถานภาพสมรสคู่ (65.5%) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรชาย (49.1%) ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (23.6%) มีรายได้เฉลี่ย 17,074 บาทต่อเดือน เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (42.7%) มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 19.42 เดือน ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.40 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ (85.5%) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย (58.2%) มีปัญหาสุขภาพทั้งก่อนและระหว่างการดูแล (30.9% และ 56.4% ตามลำดับ) เหตุผลในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลเกิดจากความรักความผูกพัน (44.6%) ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพาไปพบแพทย์ อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง ความวิตกกังวลและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ

สุรีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (2541) ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความต้องการของญาติโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านประคับประคองจิตใจ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการคือ ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน พบว่าความรู้ความสามารถของผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้น การให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ดีขึ้น ดังผลงานวิจัยเชิงทดลองที่ผ่านมาพบว่าภายหลังจากที่พยาบาลได้ให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองแล้ว ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540)ได้ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจัดให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ดูแลตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

นอกจากนี้การวางแผนการจำหน่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จารึก ธานีรัตน์ (2545) ได้ศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้วิจัยจัดการวางแผนจำหน่ายเป็นระบบจากทีมสหวิทยาการให้แก่ผู้ดูแลตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนด พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่มีการสอนตามกิจวัตร และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย นอกจากนี้การรวบรวมบันทึกข้อมูลอีกทั้งมีการสื่อสารข้อมูล ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวไปรับบริการกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบได้ทั้งปัญหาของผู้ป่วยและปัญหาของครอบครัว ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการดูแลที่บ้าน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยแต่ละรายจะมีสภาพร่างกายพิการที่หลงเหลือจากรอยโรคแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และตำแหน่งของพยาธิสภาพของโรค แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ความรู้สึกนึกคิด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะครอบครัว รวมถึงระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ยังมีข้อกำจัดในการรักษา จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น บางรายต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ครอบครัวในการจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านในระยะยาว ผู้ป่วยมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อย ๆ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อยลง ซึ่งปัญหาดังกล่าวมักเกิดจากครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลยังขาดความรู้ในการดูแล ขาดผู้ดูแลหลักปล่อยทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวบางช่วงเวลา ขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลระยะยาว รวมถึงระบบบริการสุขภาพยังขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นคุณภาพของการดูแลที่บ้าน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน จะต้องคำนึงสภาพปัญหารวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก เพื่อจัดบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล และเสริมพลังความสามารถของครอบครัวให้สามารถตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา สามารถพึ่งพาตนเองได้และจัดการการดูแลที่บ้านได้อย่างยั่งยืน

2.4 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้พัฒนามาจากการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็ก แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในบริบทของการดูแลเด็กจึงหมายถึงการตระหนักว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางชีวิตเด็ก สนับสนุนให้เด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแลและรวมครอบครัวเข้าไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วย (Gill. 1993; Ahmann. 1994; Depompei; Whitford and Beam. 1994) ในปัจจุบันแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้มีการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง (สมทรง จุไรทัศนีย์. 2548; Johson. 2003) มีการให้ความหมายแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้ดังนี้

สมิท โคลีมาน และ บราคชาร์ (Smith, Colema and Bradshaw. 2001) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคลากรทีมสุขภาพสนับสนุนเด็กและครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนโดยมีการเสริมพลังอำนาจและต่อรองในการดูแล

อัทมาน และ จอห์นสัน (Ahmann and Johnson. 2000) ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่ได้รับประโยชน์ร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวโดยเริ่มต้นตั้งแต่การวางแผน การให้การดูแล และการประเมินผล

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นการตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยและครอบครัวในการให้บริการสุขภาพทุกกลุ่ม โดยบุคลากรสุขภาพจะต้องนำผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล ร่วมกับการใช้กลยุทธ์ในการจัดการดูแลสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกัน

ปัจจุบันสถาบันเพื่อการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ปรับมโนทัศน์หลักของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็น 4 มโนทัศน์ (Institute for Family-centered Care. 2008 อ้างถึงใน รัชนี นามจันทรา. 2548) ได้แก่

1. Dignity and Respect หมายถึง บุคลากรสุขภาพต้องฟังและเคารพความคิดเห็น (perspectives) ของผู้ป่วยและครอบครัวและสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก (choices) ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวจะถูกรวมอยู่ในการวางแผนและการให้การดูแล

2. Information Sharing หมายถึง บุคลากรสุขภาพมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสมบูรณ์และปราศจากอคติ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และทันเวลาเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลที่มีประสิทธิภาพและใช้ในการตัดสินใจ

3. Participation หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจในระดับที่พวกเขาเลือก

4. Collaboration หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่าง ๆ ขององค์กรในการกำหนดนโยบาย การพัฒนาโครงการ การดำเนินการและการประเมินผลโครงการ ตลอดจนร่วมกันในการออกแบบการให้บริการสุขภาพ การจัดการศึกษาของบุคลากรวิชาชีพ และการให้การดูแล

จากความหมายข้างต้นการที่จะนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้

1. บุคลากรสุขภาพต้องให้เกียรติยอมรับครอบครัวว่ามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกและตัดสินใจที่จะรับบริการการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงครอบครัวควรได้รับทางเลือกการดูแลรักษาบำบัดฟื้นฟูสภาพที่บ้านตามแนวคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น

2. บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตรงไปตรงมาไม่คลุมเครือ ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์ทางแพทย์ ให้เวลาที่เพียงพอเพื่อให้ครอบครัวสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงการซักถามข้อสงสัยในการดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและร่วมตัดสินใจในการดุแลรักษาฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการตัดสินใจการดูแลที่บ้านด้วยตนเอง ตั้งแต่กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือพื้นฐานทั่วไป กิจกรรมการดูแลที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน และกิจกรรมการดูแลรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

4. บุคลากรสุขภาพให้ความไว้วางใจครอบครัวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีปัญหาซับซ้อนและร่วมมือกับครอบครัวประเมินสภาวะการเจ็บป่วยร่วมกันวางแผนการดูแล และประเมินผลการดูแลร่วมกัน มีการนำครอบครัวให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในองค์กรเพื่อออกแบบ จัดกิจกรรมบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับครอบครัวส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาการดูแลที่บ้านพึ่งพาตนเองได้ จัดการการดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างยั่งยืน

การนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางสู่การปฏิบัติ

การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่โรงพยาบาลเด็กแห่งรัฐฟิลาเดลเฟีย ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวและเจ้าหน้าที่ สร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว จัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่เด็กและครอบครัว พัฒนาระบบดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งเจ้าหน้าที่และครอบครัว สื่อสารเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว ค้นหาความเข้มแข็งของครอบครัว ตอบสนองความต้องการและเตรียมแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยเหลือ(McKlindon and Bransteiner. 1999)

การพัฒนารูปแบบของการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวที่โรงพยาบาลเด็กแห่งรัฐฟิลาเดลเฟีย ทำโดยการเริ่มสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการที่ได้รับของครอบครัวเด็กจำนวน 600 คน ซึ่งพบว่าไม่พึงพอใจเรื่องการสื่อสาร พยาบาลจึงได้พัฒนารูปแบบของการติดต่อสื่อสารกับครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและครอบครัวของเด็กที่หน่วยวิกฤตเด็ก โดยออกแบบให้พยาบาลพบผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด อยู่กับครอบครัวเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือจนเด็กไปผ่าตัดและพยาบาลยังคงรออยู่ด้วยกันในห้องรอผ่าตัด โดยมีพยาบาลคอยรายงานข้อมูลให้ครอบครัวได้ทราบเป็นเวลาทุก 45 – 60 นาที หลังผ่าตัดพยาบาลให้ญาติอยู่กับเด็กประมาณ 30 – 45 นาที ให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและตอบข้อซักถาม การประเมินผลพบว่าครอบครัวมีความพึงพอใจ และพยาบาลมีความสุขที่ได้กระทำบทบาทนี้ และเรียนรู้ว่าเป็นประสบการณ์ที่ท้าทาย (Madigam, Donaghue and Carpenter. 1999)

การพัฒนารูปแบบการอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลเด็ก (care conference) ที่โรงพยาลบาลเด็กแห่งมหาวิทยาลัยนิวแมคซิโก ทีมการอภิปรายประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร ประเด็นการอภิปรายเกี่ยวข้องกับการรักษาและดูแลเด็ก การวางแผนก่อนกลับบ้าน หลังจากจบการอภิปรายสรุปประเด็นสำคัญเก็บไว้ในแฟ้มประวัติเด็ก และให้ครอบครัว 1 ฉบับ ผลลัพธ์คือทำให้เกิดการสื่อสารและเสริมความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและพยาบาล (McClain and Bury. 1998)

รัชนี นามจันทรา และคณะ (2548) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของครอบครัว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของบุคคล บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ปัญหาของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล มีภาวะตึงเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยและประสบปัญหาหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม สิ่งที่ครอบครัวคาดหวังจาก

บุคลากรสุขภาพ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล การสอน คำแนะนำ คำปรึกษา และการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โสพรรณ โพทะยะ และคณะ (2544) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย 1) ปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลใน 5 ระยะ คือ ต้องการที่พึ่งพร้อมมีส่วนร่วม ร่วมดูแล สร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้าน และยืนได้ด้วยตนเอง 2) การส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแล พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล สร้างความมั่นใจ และอำนวยความสะดวกในระยะปรับผ่าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแล คือ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความเอื้ออาทรของทีมพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้และช่วยเหลือประสบการณ์การดูแล ความหวัง การสะท้อนคิดพิจารณา กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ และการฟื้นสภาพของผู้ป่วย และ 4) ผลลัพธ์การดูแล ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยมีระดับการฟื้นสภาพดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้แสดงความชัดเจนของบทบาทพยาบาล ในการส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และการช่วยเหลือสนับสนุนญาติให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้ดูแลสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ รวมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ของการส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพดีขึ้น

Yaowarat Ya-Orm (2001) ศึกษาผลของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดการตั้งเป้าหมายร่วมกันของทฤษฎีคิงในการศึกษา ผลการศึกษาได้แนะนำพยาบาลในการช่วยผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งที่สนับสนุนและช่วยเพิ่มความสามารถของครอบครัวได้ตรงจุด ถึงแม้สถานการณ์จะซับซ้อน พวงทอง เพชรโทน (2546) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในการดูแลเพื่อเพิ่มความสามารถ การพึ่งตนเอง และการยอมรับตนเองในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถเพิ่มความสามารถการพึ่งตนเองและการยอมรับตนเองของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

Tassanee Attharos (2003) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำหรับเด็กโรคมะเร็ง ณ หน่วยเด็กโรคมะเร็งแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย แนวคิดหลัก กระบวนการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ปัจจัยที่

เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์การดูแล แนวคิดหลักคือ การสร้างสัมพันธภาพที่เอื้ออาทรและเห็นอกเห็นใจของพยาบาลกับเด็กและครอบครัว การร่วมมือระหว่างพยาบาลและครอบครัวในการดูแลเด็ก การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และการเสริมสร้างความเข้มแข็ง กระบวนการดูแลประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มเข้าสู่กระบวนการดูแล ระยะดูแลร่วมกัน และระยะครอบครัวเป็นผู้กำกับดูแล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อน กิจกรรมบางอย่างต้องใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีสภาพความพิการทางด้านร่างกายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลฟื้นฟูสภาพตลอดเวลาเป็นระยะยาวอย่างต่อเนื่อง บางรายตลอดชีวิต ซึ่งผู้ดูแลที่เหมาะสมก็คือครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่อง สายสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและยังสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านบุคลากรทีมสุขภาพจึงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะบุคคล แต่ควรมุ่งเน้นทั้งบุคคลและครอบครัว ให้ความสำคัญและตระหนักถึงศักยภาพของครอบครัวในฐานะเป็นศูนย์กลางการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย มองครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษาพยาบาล

ดังนั้นการดูแลที่บ้านที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมีหลากหลายปัญหาของสมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัวจำเป็นต้องมีครอบครัวกำกับการดูแลเองทุกอย่าง โดยการสนับสนุนการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานบริการที่บ้าน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพและสามารถจัดการดูแลได้เองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลที่บ้านและชะลอการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย

ปัจจุบันรูปแบบนี้ได้มีการใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทุกวัยและในทุกระดับของการบริการสุขภาพ ผลการวิจัยได้สนับสนุนเพิ่มมากขึ้นว่า การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่าย โดยทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการบริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว เกิดความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว สามารถลดความเครียดของครอบครัวได้ ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัวพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพมากขึ้น ครอบครัวมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของสมาชิกมากขึ้น พึ่งพาบุคลากรสุขภาพน้อยลง การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและเร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น พยาบาลเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความมีอิสระทางวิชาชีพ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม.

2546; Conway, Johson, Edgman-Levitan et al. 2006; Graves and Shelton. 2007; Johnson, Abraham, Conway et al. 2008; Tassanee Attharos. 2003; Williams and Asquith. 2002)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาการใช้การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยมีการใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กและมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ยังไม่พบการศึกษาหรือการใช้แนวคิดนี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีปัญหาการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อนเป็นเวลายาวนาน

2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สภาการพยาบาลของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551 ได้ให้ความหมายและกำหนดสมรรถนะและบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สภาการพยาบาล. 2551) ดังนี้

ข้อ 1 การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หมายถึงการกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่น ๆ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรม และกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน

ข้อ 2 ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (care management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน(educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่กระทำการพยาบาลโดยตรง บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ หรือของประเทศ รวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (direct care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการดูแลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะเป็นผู้กำกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพและสร้างระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยการตรวจวินิจฉัย คัดกรอง แยกโรคหลอดเลือดสมองตามหลักพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน และนำแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมประสานงานส่งต่อการดูแลให้กับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ในรายที่พบปัญหาภาวะวิกฤตได้ อย่างเหมาะสม รวดเร็วและปลอดภัย จัดระบบการส่งเสริมให้ความรู้ และพัฒนาศักยภาพของ บุคคลในชุมชน ให้สามารถดูแลและควบคุมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้นำในการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างคุ้มค่า สามารถจัดโครงการ จัดกิจกรรมต่าง ๆ ในนามของชุมชน โดยอาศัยข้อมูลจากแหล่งข้อมูลในชุมชนและงานวิจัยต่าง ๆ มาปรับปรุงคุณภาพของการบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ตระหนักถึงการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำคัญมากกว่าการรักษา รวมถึงเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วสามารถดูแล รักษา และฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถจัดการแก้ไขปัญหาการดูแลที่บ้านได้ด้วยตนเอง

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่เน้นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ในการจัดการดูแลที่บ้านอย่างมีคุณภาพ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้นำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาจัดการระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องมีสมรรถนะในการตรวจวินิจฉัยแยกโรคที่เป็นปัญหาภาวะสุขภาพและปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน เช่น การประเมินระบบการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ การได้สารอาหารไม่เพียงพอ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ความรู้แก่บุคคล และครอบครัวในชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในทุกกิจกรรมการดูแลที่บ้าน เริ่มต้นตั้งแต่การประเมินสุขภาพ วางแผน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเสริมพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จนสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย และพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยคำนึงถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน เทคโนโลยี

ทางการแพทย์ และภูมิปัญญาท้องถิ่น มาปรับใช้ให้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการวางแผนจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชุมชนได้อย่างสร้างสรรค์ มีความเป็นผู้นำสามารถที่จะนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางหรือแนวคิดทฤษฎีการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยต่าง ๆ มาพัฒนาสร้างนวัตกรรมหรือจัดแนวทางการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ โดยจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้าน การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนได้อย่างทั่วถึง เหมาะสม คุ้มค่า คุ้มทุน และมีประสิทธิภาพสูงสุด มีการจัดระบบการดูแลประสานงานและส่งต่อฐานข้อมูลสุขภาพ การดูแลรักษาของผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อเกิดภาวะสุขภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงไปยังหน่วยบริการสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

สรุป พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำเป็นต้องเข้าใจขอบเขตและสมรรถนะขั้นสูงในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ซับซ้อน และดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบ มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านทฤษฎี ศาสตร์ทางการพยาบาล และผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างเสริมพลังอำนาจของครอบครัวในทุกกิจกรรมการดูแลที่บ้าน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเวชปฏิบัติจำเป็นต้องเข้าใจองค์ประกอบหลักของแนวคิดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความสามารถและมีศักยภาพอย่างเพียงพอในการตัดสินใจ จัดการดูแล ที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้และลดการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ