

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางโหนด อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนความรู้จาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 พยาธิสภาพ/กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.2 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.3 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2.2 ระยะเวลาของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน

2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง มีชื่อเรียกในภาษาอังกฤษว่า สโตรค (Stroke) ในทางการแพทย์เดิมเรียกว่า “Cerebrovascular accident (CVA)” ปัจจุบันเรียกว่า “Cerebrovascular disease (CVD)” ในภาษาไทย เรียกว่า “โรคหลอดเลือดสมอง” องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะความผิดปกติ ของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการ หรืออาการแสดงที่อยู่ยาวนานเกิน 24 ชั่วโมง เกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่ทำให้สมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกในสมอง ซึ่งคำจำกัดความนี้ไม่ได้ครอบคลุมภาวะ Transient ischemic attack (TIA) ซึ่งอาการจะเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2550)

2.1.1 พยาธิสภาพ/กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแตก หรืออุดตันจะมีพยาธิสรีรวิทยาตามมาคล้าย ๆ กัน คือ เกิดภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน และเกิดภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ซึ่งพอจะสรุปพยาธิสภาพได้ ดังนี้ (ณัฐเศรษฐ มนินนากร. 2551)

1) พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke)

เมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยง สมองก็จะขาดกลูโคสและออกซิเจนทำให้ไม่มีพลังที่จะคงสภาพสารในเซลล์ได้ โปแตสเซียมจะรั่วออกนอกเซลล์ แคลเซียมจะไหลเข้าเซลล์ไปกระตุ้นการปลดปล่อยกลูตาเมตออกมา ซึ่งจะไปกระตุ้น Post synaptic neuron ให้ไซโตเต็มไหลเข้า Post synaptic neuron เกิดเซลล์บวม นอกจากนี้ Mitochondria ยังได้รับบาดเจ็บจึงมีการผลิต Free radical และ Enzyme ต่าง ๆ ทำให้เซลล์แตกและตายได้ ขบวนการนี้เรียกว่า Excitotoxicity สมองตรงกลางที่ขาดเลือดมาเลี้ยงเรียกว่า Central necrosis สมองส่วนรอบ ๆ ที่พอมีเลือดมาเลี้ยงบ้างเรียกว่า Penumbra ถ้าได้รับเลือดไปเลี้ยงก็สามารถฟื้นกลับมาได้

ถ้าสมองขาดเลือดนานเพียง 1 นาที ทำให้หมดสติแต่สมองก็อาจคืนเป็นปกติได้ แต่การขาดเลือด นาน 4 นาที อาจเกิดการทำลายเซลล์ประสาทในสมองอย่างถาวร เซลล์สมองจะตายเนื้อสมองส่วนที่ตาย เรียกว่า อินฟาร์ค (Infarct) ขาดเลือดนานถึง 8 นาที จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงสามารถทำนายการสูญเสียการทำงานของร่างกายอันเนื่องมาจากความบกพร่องทางระบบประสาท ความบกพร่องทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดยังขึ้นอยู่กับสมองส่วนใดเกิดพยาธิสภาพ ดังนั้นความเข้าใจถึงตำแหน่งการเกิดโรคจะมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างยิ่ง (Phipps. 1991)

2) พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

ภาวะหลอดเลือดสมองแตกสาเหตุที่สำคัญ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง การแตกของหลอดเลือดแดงที่ผิดปกติ เช่น Aneurysm หรือ Arteriovenous malformation ภาวะหลอดเลือดแตกแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

2.1) Intracerebral hemorrhage มีเลือดออกในสมองทำให้เกิดก้อนเลือดเพิ่มความดันในศีรษะผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ซึม คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง การพยากรณ์โรคในระยะแรกจะไม่มีโอกาสเสียชีวิตจากสมองบวม ถ้าผู้ป่วยรอดตายการฟื้นตัวจะดีเหลือความพิการน้อย แต่การฟื้นตัวจะใช้เวลายาวนานกว่าภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยง

2.2) Subarachnoid hemorrhage มีเลือดออกในชั้น Subarachnoid ทำให้มีอาการจากการเพิ่มขึ้นของแรงดันในกะโหลกศีรษะโดยเฉพาะอาการปวดศีรษะมาก ไม่พบอาการอ่อนแรง

2.1.2 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถวินิจฉัยได้จาก อาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical diagnosis) การวินิจฉัยจากภาพสมอง (Neurovascular imaging) การวินิจฉัยจากการตรวจเส้นเลือดในสมองด้วยวิธี Magnetic resonance angiography (MRA) และ CT angiography ดังนี้ (ณัฐเศรษฐมนินนาการ. 2551 ; ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรารกร. 2553)

1) การวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงทางคลินิก

จะต้องซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับ 1) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว 2) อาการของความผิดปกติทางสมอง และ TIAs ครั้ง ปัจจุบัน และอดีต 3) เวลาที่เริ่มเกิดอาการ 4) สิ่ง que ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ขณะเริ่มเกิดอาการ 5) อาการที่เกิดขึ้น และการเปลี่ยนแปลงของอาการ และ 6) อาการอื่นที่เกิดร่วมด้วย การตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจร่างกายเป็นการหาสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การตรวจชีพจร และวัดความดันโลหิต ทั้ง 2 แขน 2 ขา การตรวจหัวใจเพื่อดูการโตและการเต้นผิดจังหวะ การตรวจหาเสียง bruits บริเวณเส้นเลือด carotid และเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular area) ซึ่งอาการปวดศีรษะ อาเจียน ชักทันที และหมดสติ เป็นอาการที่ใช้ช่วยแยกชนิดของโรคหลอดเลือดสมองแบบต่าง ๆ ได้ ดังนี้

อาการปวดศีรษะ อาจเกิดจากการมีเลือดออกเข้าช่องน้ำไขสันหลัง การมีเลือดออกในเนื้อสมองขนาดใหญ่ การมีเนื้อสมองตายบริเวณกว้างจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดใหญ่ และการมีลิ่มเลือดหลุดออกมาอุดตันเส้นเลือดสมอง

การอาเจียนพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีเลือดออกเข้าไปในช่องน้ำไขสันหลัง มีเลือดออกในสมองใหญ่ ก้านสมอง (Brain stem) และ Cerebellum แต่พบได้น้อยในผู้ป่วยที่มีเนื้อสมองตายบริเวณกว้างจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดใหญ่และการมีลิ่มเลือดหลุดมาอุดตันเส้นเลือดสมอง

การชักทันทีหรือหลังเกิดอาการไม่นานพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองและผู้ป่วยที่มีก้อนหลุดมาอุดตัน (Emboli) เส้นเลือดสมอง

การหมดสติตั้งแต่เริ่มเกิดอาการพบในผู้ป่วยที่มีเลือดออกเข้าไปในช่องไขสันหลังจำนวนมาก และผู้ป่วยที่มีก้อนมาอุดหลอดเลือด Basilar

2) การวินิจฉัยจากภาพสมอง (Neurovascular imagings)

การวินิจฉัยสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

2.1) Computed tomography (CT) scan เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจแยก Ischemic stroke จาก Hemorrhagic stroke

2.2) Magnetic resonance image (MRI) ดีกว่า CT scan ในการตรวจหาตำแหน่งที่เกิด Ischemia และอาจจะดีกว่าในการตรวจหาเลือดที่ออกใหม่ในสมอง โดยเฉพาะที่ก้านสมองและ Cerebellum

2.3) Diffusion weighted and Perfusion-weighted MRI สามารถหาตำแหน่งและขนาด รูปร่างของการตายของเนื้อสมองที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ในไม่กี่นาทีของการขาดเลือดได้

2.4) Magnetic resonance angiography (MRA) ภาพจาก MRA สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยที่มี Emboli ก่อนการใส่ยาละลายลิ่มเลือด

2.5) Single-photon emission computed tomography (SPECT) และ Proton emission tomography (PET) SPECT และ PET scans สามารถใช้ตรวจปริมาณเลือดที่มาถึงสมองและระดับ Metabolism ของสมองได้จึงสามารถใช้ประเมินเนื้อสมองส่วนที่ยังดีอยู่ได้

3) การตรวจวินิจฉัยจากการตรวจเส้นเลือดสมอง

การตรวจเพื่อให้เห็นเส้นเลือดสมองสามารถทำได้ทั้งวิธี Non-invasive และ Invasive วิธีที่เป็น Non-invasivetechnique ได้แก่

3.1) Duplex scans ใช้ตรวจสภาพ Carotid artery บริเวณคอและ Vertebral artery

3.2) Transcranial doppler ultrasonography (TCD) ใช้ตรวจเส้นเลือดสมองส่วนที่อยู่ในสมองโดยวัดความเร็วและทิศทางการไหลของเลือด

3.3) Magnetic resonance angiography (MRA) และ Magnetic resonance angiography (CTA) ใช้ตรวจสภาพเส้นเลือดสมองที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกสมองโดยมีคุณภาพของภาพดีเท่าการฉีดสีเข้าหลอดเลือดโดยตรงแล้วถ่ายภาพรังสี (Cerebral angiography) จึงสามารถใช้แทน Carotid duplex, TCD, และการฉีดสีเข้าหลอดเลือดได้

3.4) Magnetic resonance venography (MRV) เป็นวิธีที่ใช้ตรวจดูเส้นเลือดดำของสมองเพื่อตรวจหา Venous sinus thrombosis (การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำหรือแอ่งเลือดดำของสมอง) Arteriovenous malformation เป็นต้น สามารถใช้แทน Cerebral angiography ได้

3.5) วิธีที่เป็น Invasive technique คือ การใช้เข็มฉีดยาแทงเข้าเส้นเลือดเพื่อฉีดสารทึบรังสี และถ่ายภาพรังสี (Cerebral angiography)

2.1.3 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่น่าสงสัยว่าจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการประเมินความเร่งด่วนและให้การรักษาในภาวะฉุกเฉิน (Stroke fast track) ตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการ เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งทันที พูดไม่ชัดหรือฟังไม่เข้าใจทันที เดินเซ เวียนศีรษะทันที ตา มองเห็นภาพซ้อน หรือมีตมัวข้างใดข้างหนึ่งทันที ปวดศีรษะรุนแรงชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน หรือ Act FAST (Face, Arm, Speech, Time) โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพิการ

น้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรคนี้ นอกจากการรักษาตามสาเหตุแล้วยังต้องรักษาโรคที่เกิดร่วมและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งแบ่งการรักษาได้ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา. 2550)

1) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองขาดเลือด

ถ้าสมองขาดเลือดชั่วคราวเนื้อสมองมีโอกาสที่จะกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดมากที่สุดโดยวิธีรักษาทางยาเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตให้พอเหมาะ โดยให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือในผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท การให้ยากลุ่มต้านการเกาะตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelet) เป็นยาที่ป้องกันการเกาะตัวติดกันของเกล็ดเลือดเป็นไฟบริน หรือโคเลสเตอรอล เช่น Acetylsalicylic acid (Aspirin, ASA) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราว และลดอัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) เป็นยากันเลือดแข็งเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เช่น Warfarin (Coumadin), Heparin, Fraxiparine โดยให้ในรายที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวที่รักษาด้วยยากันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มแล้วไม่ได้ผล ยังคงมีอาการอยู่ รายที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาจากอวัยวะอื่นไปอุดตัน รายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองยังไม่สิ้นสุด อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ มีเลือดออกง่าย อาจเกิดก้อนเลือด (Hematoma) บริเวณที่ฉีดยา หรือให้ยาลดสมองบวมที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ สเตียรอยด์ (Steroid) ซึ่งเชื่อว่าควรใช้ในระยะเวลาที่สมองบวมเมื่อรักษาด้วยยาไม่ได้ผลแพทย์จะพิจารณารักษาโดยการผ่าตัด

2) การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก

เน้นให้ยาเพื่อรักษาแบบประคับประคอง ยาที่นิยมใช้ คือ ยาลดความดันโลหิต เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ สมองบวม ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อสมอง ดังนั้นการรักษามุ่งหวังที่จะแก้ภาวะผิดปกติเหล่านี้ให้กลับสู่ปกติหรือไม่เพิ่มขึ้น สำหรับความดันโลหิตที่สูงมากจะต้องควบคุมความดันเพื่อให้ลดต่ำลงมาอยู่ในเกณฑ์ที่เลือดสามารถเข้าไปเลี้ยงสมองได้อย่างเหมาะสม เพียงพอ ไม่ปล่อยให้ความดันโลหิตสูงมาก หรือลดลงต่ำมากเพราะจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ ถ้ามีปัญหามองบวมต้องใช้ยาขับปัสสาวะ และจำกัดน้ำเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ยังต้องดูแลเกลือแร่ให้อยู่ในระดับปกติ และเมื่อรักษาไม่ได้ผลแพทย์จะพิจารณารักษาโดยการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัด มีจุดมุ่งหมายที่เอาก้อนเลือดออกเพื่อหวังผลให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะลดลงกลับสู่ภาวะปกติ โดยเกิดความเสียหายต่อเนื้อสมองน้อยที่สุด เช่น การผ่าตัดนำหลอดเลือดที่ผิดปกติ Arteriovenous malformation (AVM) ที่อาจแตกออก การผ่าตัดมาตรฐาน ได้แก่ การทำ Craniotomy บางสถาบันผ่าตัดโดยวิธี Stereotactic เพื่อหยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนที่จะดูดเลือดออก

2.1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกายเป็นโรคที่แม้จะสามารถรักษาให้อาการของโรคคงที่แล้ว แต่ก็ยังมีความพิการหลงเหลือหลายอย่าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมองและระยะเวลาที่สมองขาดเลือด รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกิดร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความผิดปกติหรือปัญหาต่าง ๆ กับผู้ป่วย ดังนี้ (จรรยา สันตยากร. 2554)

1) ผลกระทบด้านบุคคล

1.1) ปัญหาต่อระบบประสาทสั่งการ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยปกติจะพบความผิดปกติของระบบสั่งการซึ่งลักษณะทางคลินิกจะบอกให้ทราบถึงตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ส่วนความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรคและพยาธิสภาพในสมองของผู้ป่วยนั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบังคับร่างกายให้ทำงานตามที่ต้องการได้

1.2) ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายซึ่งอาจจะมีปัญหาการอ่อนแรงที่แขนหรือขาทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ยาก อาจเดินไม่ได้ หยิบจับสิ่งของได้ยาก ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย

1.3) ปัญหากล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (Spasticity) ลักษณะสำคัญของกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก คือ กล้ามเนื้อตึงตัวมากผิดปกติโดยเฉพาะถ้ามีการเหยียดยัดกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว ความผิดปกติของกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกทำให้ไม่สามารถยับยั้งข้อต่อได้อย่างคล่องแคล่วเนื่องจากกล้ามเนื้อทั้งกลุ่ม Agonist และ Antagonist หดตัวพร้อม ๆ กัน หรือเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหลายกลุ่มทำงานพร้อม ๆ กันที่เรียกว่า Mass movement หรือ Synergy movement หรือมีการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถควบคุมได้ที่เรียกว่า Synkinesia หรือ Associated

1.4) ภาวะ in-coordination ในภาวะปกติการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายอาศัยการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ ที่ทำงานประสานกันหากมีความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการจะทำให้เกิดความบกพร่องในการประสานการทำงานของกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ ลักษณะที่แสดงออก คือ การเคลื่อนไหวที่ตึงงุ่มง่าม ขาดความคล่องแคล่วแม่นยำและดูไม่สวยงาม

1.5) ปัญหาการทรงตัวพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วน Cerebellum หรือมี Vestibular dysfunction การสูญเสียการทรงตัวจะมีผลต่อการยืนและการเดินทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้ม

1.6) ภาวะ Apraxia คือ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้อย่างคล่องแคล่วและมีประสิทธิภาพทั้ง ๆ ที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทสั่งการ หรือความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ผู้ป่วยจะไม่สามารถสั่งการให้ทำกิจกรรมได้ทั้ง ๆ ที่เข้าใจคำสั่งและกล้ามเนื้อมีกำลังพอ เช่น ผู้ป่วยเกาหน้าตัวเองได้เมื่อรู้สึกคัน แต่ถ้ามีการสั่งให้เกา ผู้ป่วยจะทำได้เนื่องจากไม่สามารถคิดขั้นตอนการกระทำได้

1.7) ปัญหาด้านสื่อสาร (Communication disorder) การติดต่อสื่อสารเป็นการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมองซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ (Reception) การประมวลข้อมูล (Central processing) และการส่งต่อข้อมูล ความผิดปกติของการสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความผิดปกติด้านการพูด หรือเสียง (Speech or articulation disorder) เป็นความบกพร่องที่เกิดจากการเปล่งเสียงผิดปกติ เช่น พูดไม่ชัด ออกเสียงผิด ขาดความคล่องตัวในการพูด และจังหวะการพูดผิดปกติ และความผิดปกติ ด้านการสื่อภาษา (Language disorder) เป็นความบกพร่องในการรับรู้ เข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านการพูด การเขียน การอ่าน และการแปลความหมายจากการได้ยิน

1.8) ปัญหาด้านการกำหนดรู้ (Cognition) การกำหนดรู้เป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ แล้วมีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีการสูญเสียการรับรู้ข้อมูลจากอวัยวะรับความรู้สึกที่สำคัญ คือ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส และการทำงานของสมองต่อจากการรับสัมผัสจึงส่งผลให้เกิดปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ

1.9) ปัญหาด้านการกลืน (Dysphagia) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการกลืน ร้อยละ 30-50 โดยเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น ริมฝีปาก ลิ้น เพดานปาก หลอดคอ กล่องเสียง และหลอดอาหาร ทำให้มีอาการน้ำลายไหลยืด (Drooling) มีอาหารติดตามกระพุ้งแก้ม (Pocketing) และต้องกลืนอาหารหลายครั้งจึงจะหมดปาก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิด Aspiration pneumonia ภาวะปอดอักเสบ รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ

1.10) ปัญหาด้านสติปัญญา (Intellectual function) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาด้านสติปัญญาที่ถดถอย ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อย และในระยะยาวพบว่า เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม บางรายมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ การเรียนรู้ การรับรู้แปลความหมาย ทำให้ขาดสมาธิ จำไม่ได้ และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟู

1.11) ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะส่วนใหญ่ คือ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urgency of urination) ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ส่วนการกลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal incontinence) พบไม่บ่อยจะพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือลำไส้ใหญ่บีบตัวลดลงร่วมกับการได้รับน้ำไม่เพียงพอ ทานอาหารกากใยน้อย ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้อุจจาระอุดตันในลำไส้ใหญ่นานเกินจนเกิดอุจจาระเล็ดราด

1.12) ปัญหาเพศสัมพันธ์ พบว่าประมาณร้อยละ 58 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีกิจกรรมทางเพศเลย และส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ลดลง

1.13) ผลกระทบด้านจิตใจ ลักษณะของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่คาดคิด หรือคาดว่าจะเกิด ทำให้เกิดความเครียดทั้งกับตัวผู้ป่วย

และญาติ ดังนั้นอาจเปรียบโรคหลอดเลือดสมองเหมือนภัยคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยในระยะแรก และยิ่งก่อให้เกิดความบกพร่องหรือความพิการของร่างกายซึ่งทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยโดยแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ออกมา เช่น กลัว ซึมเศร้า ปฏิเสธ หรือโกรธ อารมณ์ซึมเศร้าพบได้ ร้อยละ 11-68 ยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร การนอนผิดปกติ เบื่อชีวิต และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ สูญเสียความพึงพอใจในภาพลักษณ์ที่ตนเองเป็นผู้พิการ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง รู้สึกไร้ค่า ทางด้านสังคมผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมของตนเองได้เหมือนเดิมทั้งบทบาทในครอบครัวและบทบาทในสังคม (Hafsteinsdottir and Grypdonck. 1997)

2) ผลกระทบด้านครอบครัว

เมื่อบุคคลเกิดความพิการของร่างกาย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เกิดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล ต้องสูญเสียกำลังของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งจากการที่ต้องมาดูแลเอาใจใส่ระยะยาวนานมีความซับซ้อนเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล เช่น การดูแลต่อหายใจ ดูดเสมหะ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด การดูแลในกิจกรรมเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และฟื้นฟูสภาพ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย โดยเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระและความเบื่อบุคคลในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่มีภาวะเศรษฐกิจดี จะตระหนักถึงภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เศรษฐกิจไม่มั่นคง (จินตนา สมนึก. 2540) จากการศึกษาถึงภาระการเบื่อบุคคลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่ารายได้หรือภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเบื่อบุคคลในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียด ความรำคาญ ความกลัว ไม่มั่นใจ หงุดหงิด ทำให้แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม รู้สึกเป็นภาระหน้าที่ ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (ปัทมา โลหะเจริญวานิช. 2545)

กฤษฎา คัชรินทร์ (2549) ศึกษาการจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสโตรค : กรณีศึกษา จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสโตรคในสังคมอีสานในประเทศไทย ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 9 ราย ศึกษาเฉพาะกรณีผลการศึกษาพบว่า 1) ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย คือ ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจทั้งความรู้สึกทางลบและความรู้สึกทางบวก ด้านสังคม เพื่อนหายหน้าหายตาแยกตัว 2) ผลกระทบต่อครอบครัวมีประเด็นย่อย คือ บทบาทการเฝ้าดูแล การทำหน้าที่ในครอบครัว ได้แก่ เพิ่มความรับผิดชอบปรับบทบาทในการดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล และการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การขาดรายได้ 3) การจัดการในครอบครัวจึงจัดการตามผลกระทบที่เกิดขึ้น เป้าหมายในอนาคตในครอบครัวต่อการเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิต

3) ผลกระทบด้านสังคม

เมื่อบุคคลต้องมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปจากเดิมเกิดความพิการทางร่างกายทำให้หน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถทำหน้าที่เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือหัวหน้าครอบครัวได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่สามารถไปร่วมหรือมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ และกลายเป็นภาระของสังคม โดยเฉพาะภาระที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย คนละ 100,000 บาท ต่อปี โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการดูแลที่บ้านคิดเป็น 151,428 บาท ต่อปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ. 2551) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยใน คนละ 53,429 บาท ต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา. 2552) และทำให้สังคมและประเทศต้องสูญเสียกำลังทรัพยากรบุคคลที่จะพัฒนาประเทศ เนื่องจากความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาทางกายที่แสดงให้เห็นได้จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยแยกตนเองและห่างเหินจากสังคม เนื่องจากเกิดความอับอายต่อความพิการที่เห็นได้ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสีย Self-esteem รู้สึกหมดหวัง และจากความพิการทางกายทำให้มีปฏิกริยาจากสังคมในแง่ลบ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยหลบเลี่ยงจากสังคมมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ มากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดความพิการและความผิดปกติต่าง ๆ ตามมา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ จึงต้องการความช่วยเหลือและดูแล หากผู้ป่วยไม่ได้รับ การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องมักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้ต้องกลับไปรักษาในโรงพยาบาล จึงสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ (2550) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้นๆมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาวเพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม (Holistic approach) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเข้าใจผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่แวดล้อม นอกจากนี้ผู้ป่วยและสังคมที่แวดล้อมจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู นานเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยประเภทอื่น ซึ่งต้องมีความต่อเนื่องเป็นการส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ และกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ปัจจัยที่ช่วยพยากรณ์ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา
- 2) ตำแหน่งของรอยโรค ชนิด และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) ความบกพร่องทางกาย ได้แก่ การรับรู้ การมองเห็น อาการอ่อนแรง การทรงตัว ความสามารถในการกลืนอาหาร และปัสสาวะ

4) ความสามารถในการกำหนดรู้ (Cognition) การสื่อความหมายและความสามารถในการเรียนรู้

5) โรคหรือภาวะที่พบร่วม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ อาการซึมเศร้า

6) ความสามารถในการปรับตัว และลักษณะการปรับตัว

7) ระยะเวลาตั้งแต่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเวลาที่เริ่มมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ

8) ชนิด และการฝึกในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

9) ลักษณะของครอบครัว ภาระช่วยเหลือของสังคม และครอบครัว

สอดคล้องกับการศึกษาของ Cifu and Stewart (1999) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถที่ดีขึ้น ได้แก่ ระดับความสามารถแรกรับที่ดี การเริ่มให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เร็ว และการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ

2.2.2 ระยะเวลาของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา ซึ่งแบ่งเป็นช่วง ๆ โดยมีเป้าหมายและแนวทางแตกต่างกัน ดังนี้ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 2550)

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลัน

ระยะนี้ควรเริ่มทันทีที่ทราบการวินิจฉัยและพ้นจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แนะนำให้มีการประเมินด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน 24 – 48 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงอาการทางคลินิก สาเหตุ และตำแหน่ง และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะถดถอยของสมรรถภาพจากการนอนนาน ๆ ได้แก่

1.1) ความถดถอยของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ประกอบด้วยปัญหาสำคัญดังนี้

(1) กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลงจากการไม่ได้ใช้งาน (Muscle weakness and atrophy due to disuse) พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงประมาณ ร้อยละ 10 – 15 ของความแข็งแรงเดิมต่อสัปดาห์หรือ ร้อยละ 1 – 3 ต่อวัน ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการถดถอยขึ้นอยู่กับตำแหน่ง หน้าที่ และลักษณะของเส้นใยกล้ามเนื้อ พบว่าเส้นใยกล้ามเนื้อเริ่มลีบเล็กลงหลังจากอยู่นิ่ง ๆ เพียง 1 วัน (Spector. 1985)

การป้องกันทำได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกายให้เร็วที่สุดเมื่อพ้นภาวะวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลงจากการไม่ได้ใช้งาน

(2) ข้อตื้อยึดติด (Joint contracture) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีอัมพาตของร่างกายครึ่งซีก ไม่สามารถยับยั้งข้อต่อของร่างกายซีกนั้นได้เต็มที่ทำให้เกิดข้อยึดติด โดยเกิดขึ้นหลังจากข้อต่อไม่มีการขยับเขยื้อนเพียง 1 สัปดาห์เท่านั้น พบว่าข้อตื้อที่ยึดติดมากที่สุด คือ ข้อไหล่ ข้อศอก ปลายแขน ข้อมือและนิ้วมือ ข้อเท้า ข้อเข่า และข้อสะโพก

การป้องกันภาวะข้อตื้อที่ดีที่สุด คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง และเดินให้เร็วที่สุด ถ้าทำไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่รู้สติหรือมีข้อห้ามทางอายุรกรรม จำเป็นต้องนอนอยู่บนเตียง การป้องกันทำได้โดยเลือกเตียง และที่นอนให้เหมาะสม จัดท่านอนให้ถูกต้อง และช่วยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรง และภาวะข้อตื้อแข็ง

(3) กระดูกพรุน (Osteoporosis) ในภาวะปกติร่างกายจะมีการสร้าง (Bone formation) และทำลายกระดูก (Bone resorption) อยู่ตลอดเวลาโดยที่อัตราการสร้าง และการทำลายขึ้นอยู่กับน้ำหนักที่ตกลงบนกระดูกและแรงดึงของกล้ามเนื้อที่กระทำต่อกระดูกนั้น ๆ อัตราการสูญเสียเนื้อกระดูกแตกต่างกันไปในแต่ละส่วนของร่างกาย และระยะเวลาที่ไม่ได้ใช้ส่วนของร่างกายนั้น พบว่าการนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาทำให้มีการสูญเสียส่วนประกอบของกระดูกสันหลังประมาณ ร้อยละ 1 ต่อสัปดาห์ หลังจากนอนติดต่อกันนาน 30 – 36 สัปดาห์ จะมีการสูญเสียมวลของเนื้อกระดูก calcaneus ร้อยละ 25 – 45 (Donaldson, et al. 1990)

การป้องกันการเกิดภาวะกระดูกพรุนทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก (Weight bearing exercise) โดยให้ลุกขึ้นยืนและเดินเร็วที่สุด และให้มีกายบริหารอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีแรงดึงจากกล้ามเนื้อกระทำต่อกระดูก

1.2) ความถดถอยของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ปัญหาสำคัญ ดังนี้

(1) การถดถอยของสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac deconditioning) ผู้ที่นอนติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักจะเพิ่มขึ้น โดยพบว่าภายใน 3-4 สัปดาห์แรกที่ไม่ได้ลุกขึ้น แต่ละวันอัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้น ½ ครั้งต่อนาที เนื่องจากเสียสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ และพบว่า Stroke volume ลดลงในขณะที่ Cardiac output ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

อย่างชัดเจน โดยพบว่าหลังจากนอนพัก 3 สัปดาห์ เมื่อให้ออกกำลังกายความแรงเท่ากับก่อนนอนพัก อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม 30 – 40 ครั้งต่อนาที (Saltin, et al. 1968)

การป้องกันการเกิดถดถอยของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำได้โดยหลีกเลี่ยงการนอนติดต่อกันนาน ๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งและเดินให้เร็วที่สุด หากเกิดภาวะนี้ขึ้นแล้วต้องค่อย ๆ ออกกำลังกายกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายมีเวลาปรับตัว

(2) ความดันเลือดลดลงเมื่อลุกนั่งหรือยืนขึ้น (Orthostatic hypotension) เมื่อผู้ป่วยที่นอนติดกันหลายวันลุกขึ้นอย่างรวดเร็ว จะพบว่ามีอาการตอบสนองของระบบประสาท Sympathetic vasopressive ลดลงทำให้การหดตัวของหลอดเลือดไม่เพียงพอร่วมกับมี Beta-adrenergic activity เพิ่มขึ้นเป็นเหตุให้เลือดกลับสู่หัวใจน้อยลง ประกอบกับการที่หัวใจเต้นเร็วขึ้นทำให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่างน้อยลง Stroke volume ลดลงจนอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ผู้ป่วยจึงมีอาการวิงเวียน มึนศีรษะ บ้านหมุน เป็นลมหน้ามืด ซึ่พจรเร็วขึ้น (มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที) และความดัน Systolic ลดลง (มากกว่า 20 มม.ปรอท) เรียกว่าภาวะ Orthostatic hypotension ซึ่งจะพบหลังจากผู้ป่วยนอนติดต่อกัน 4 – 7 วัน การฟื้นตัวของภาวะนี้ ใช้เวลาประมาณ 3 – 10 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับอายุและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

การป้องกันการเกิดภาวะ Orthostatic hypotension ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมาก จึงควรป้องกันโดยให้ผู้ป่วยขยับตัว และลุกนั่งโดยเร็วที่สุด

(3) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Deep vein thrombosis, DVT) ขาข้างที่เกิดอัมพาตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำเพิ่มเป็น 10 เท่า ของขาข้างที่ดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เดินไม่ได้มีโอกาสพบลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำเพิ่มเป็น 5 เท่า ของผู้ป่วยที่เดินได้มากกว่า 50 ฟุต โดยพบบ่อยในสัปดาห์แรกหลังจากเป็นอัมพาต ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด คือ หลอดเลือดดำบริเวณน่อง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ คือ การที่ลิ่มเลือดจากตำแหน่งที่อุดตันหลุดไปอุดตันหลอดเลือดในปอด ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ซึ่งเกิดขึ้นเร็วอย่างทันทีทันใด และถือเป็นภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (Miyamoto and Miller. 1980)

การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ทำได้โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายขาเองถ้าทำได้ และให้ลุกเดินโดยเร็วที่สุด

1.3) ความถดถอยของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่ต้องนอนนาน ๆ ส่วนใหญ่มักขาดสารอาหารโดยเฉพาะอาหารโปรตีน เนื่องจากความอยากอาหารลดลง การรับรสเปลี่ยนไป และมีอัตราการดูดซึมสารอาหารลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีกรดไหลย้อนและมีอาการแสบบริเวณกลางอก ท้องผูก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การมี Adrenergic

Activity เพิ่มขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงและกล้ามเนื้อหูรูดเกร็งตัวมากขึ้น ผู้ป่วยมักดื่มน้ำน้อยลง และการนอนถ่ายทำให้ถ่ายอุจจาระลำบากจนผู้ป่วยไม่อยากถ่าย

การป้องกันและการรักษาความถดถอยของระบบทางเดินอาหารทำได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุด หากผู้ป่วยไม่สามารถนั่งได้ควรใช้หัวเตียงขึ้นหรือใช้หมอนรองข้อขึ้นกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ถนัดขึ้น นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโปรตีนสูง และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

1.4) ความถดถอยของระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะได้บ่อยเนื่องจากการสวนปัสสาวะในช่วงแรกจากภาวะรู้สติที่ยังไม่ดีพอ หรือมีปัญหาทางอายุรกรรม แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะถดถอยของระบบขับถ่ายปัสสาวะจากการนอนนาน ๆ ซึ่งทำให้มีการผลิตปัสสาวะเพิ่มขึ้นร่วมกับการถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงายทำได้ยากทำให้เกิดปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังการเบ่งถ่าย (Post-void residual volume) เพิ่มขึ้นก็อาจมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้

การป้องกันและการรักษาความถดถอยของระบบทางเดินปัสสาวะทำได้โดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะ หรือริบเอาสายออกโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ พยายามจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งและยืนบ่อย ๆ รวมทั้งให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และหลีกเลี่ยงการถ่ายปัสสาวะในท่านอนหงาย

1.5) ความถดถอยของระบบทางเดินหายใจ ในท่านอนหงายกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อซี่โครงจะทำงานได้นอนกว่าปกติ ทำให้หายใจได้ไม่เต็มที่ ถ้าอยู่ในท่านอนหงายติดต่อกันเป็นเวลานาน สารคัดหลั่งในทางเดินหายใจตอนล่างจะคั่งค้างมากขึ้นทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจมีการอุดกั้นของสารคัดหลั่งจนเกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) ตามมาได้

การป้องกันและการรักษาความถดถอยของระบบทางเดินหายใจประกอบด้วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าให้เต็มที่โดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น Incentive spirometry และให้มีการทำกายภาพบำบัดทรวงอก เพื่อช่วยระบายเสมหะ รวมทั้งใช้มาตรการป้องกันการสำลัก โดยแก้ไขปัญหาการเคี้ยวและการกลืนร่วมด้วย

1.6) ความถดถอยของระบบผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนติดต่อกันเป็นเวลานาน คือ แผลกดทับ ซึ่งเป็นแผลที่เกิดจากแรงกดสูง ๆ เป็นเวลานานทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณนั้นได้ไม่สะดวกจนมีเนื้อตายเกิดขึ้น พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะรู้สติไม่ดี หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของการเกิดแผล เช่น บวม มีไข้ กลั้นอุจจาระ และปัสสาวะไม่ได้ หรือมีโรคของหลอดเลือดส่วนปลายร่วมด้วย เป็นต้น ตำแหน่งที่พบบ่อยในท่านอนหงาย คือ บริเวณกระเบนเหน็บ และสันเท้า ตำแหน่งที่พบแผลได้บ่อยในท่านอนตะแคง คือ บริเวณข้างตะโพก

การป้องกันและการรักษาความถดถอยของระบบผิวหนังทำได้โดยหลีกเลี่ยงการกดทับ บริเวณปุ่มกระดูก และพลิกตัวเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อย ๆ ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพลิกตัว และเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยแต่ละคนไม่ตายตัวขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย โดยทั่วไปแนะนำให้พลิกตัวทุก ๆ 2 ชั่วโมง ในขณะที่ตื่นแล้วค่อยเพิ่มระยะเวลาให้ห่างออกไปถ้าไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้น ควรจัดหมอนหลาย ๆ ใบ รองรับตัวผู้ป่วย เพื่อไม่ให้บริเวณปุ่มกระดูกกดทับ หรือเลือกที่นอนพิเศษที่ช่วยลดแรงกดทับ ซึ่งช่วยยืดเวลาของการพลิกตัวออกไปได้ และให้ผู้ป่วยลุกขึ้นโดยเร็วที่สุดเมื่อสภาพร่างกายพร้อม

ระยะนี้ แนะนำให้เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ขยับตัวเมื่อมีอาการคงที่แล้ว 24-48 ชั่วโมง ส่วนผู้มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มสมอง Subarachnoid แนะนำให้ชะลอการขยับตัวไป 10-14 วัน เพื่อให้อาการคงที่ก่อนเนื่องจากในระยะแรกมีเลือดออกซ้ำได้บ่อย ต่อจากนั้นจึงเริ่มประเมินปัจจัย ด้านสังคม และสภาพแวดล้อมเพื่อประกอบการวางแผนรักษา และจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพา

ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล โดยต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการสื่อความหมาย ความพร้อมในการเรียนรู้ และฝึกหัด รวมถึงแรงจูงใจเพื่อที่จะได้ทราบถึงศักยภาพของบุคคล และจัดโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ ทำได้หลายรูปแบบขึ้นกับสภาพของบุคคลนั้นและครอบครัว เช่น ฝึกที่บ้าน หรือมาพบบุคลากรทาง การแพทย์เพื่อขอคำแนะนำเป็นระยะ ๆ หรือมาฝึกที่สถานบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในสถานบริการ อาจเป็นโรงพยาบาล หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพก็ได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์หลายด้านควร ได้รับการดูแลและฝึกในโรงพยาบาล

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องตลอดชีวิต

การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือการหยุดฝึกโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถานบริการ มิใช่เป็นเพียงการสิ้นสุดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่หมายถึง การเริ่มต้นดำเนินชีวิตใหม่ของคุณที่เป็น โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านั้นจะกลับคืนสู่สังคมภายนอกโดยอาจยังคงบทบาทเดิม หรือลด บทบาทลงบางอย่าง ผู้ป่วยเหล่านั้นต้องปรับตัวอีกครั้งและอาจค้นพบปัญหาใหม่ ๆ จากการศึกษาของ วรลักษณ์ ทองใบประสาธ และคณะ (2550) ในเรื่องประสบการณ์ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การสูญเสียภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ใน ครอบครัวลดลง และมีความต้องการพึ่งพาระหว่างกัน โดยผู้ป่วยมีวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่ ประกอบด้วย การปรับตัวพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย การดำรงชีวิตอย่างประหยัด เพื่อลดภาระให้ครอบครัว และการพยายามช่วยเหลือตนเองเพื่อลดการพึ่งพาครอบครัว ผลการปรับตัวต่อ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 2 ลักษณะ คือ การยอมรับสภาพการเจ็บป่วย โดย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงบทบาทผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ

มีพฤติกรรมพึ่งพาเหมาะสม และการไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย โดยมีการสูญเสียภาพลักษณ์ มีความรู้สึกอาย ไม่กล้าที่จะพบปะผู้คน และวิตกกังวล ทั้งมีปัจจัยส่งเสริมในการปรับตัว คือ การดูแลเอาใจใส่ครอบครัวและความหวังของตนเอง ในขณะที่มีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปรับตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งในการกลับคืนสู่สังคมภายนอก ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวและอาจจะพบปัญหาต่าง ๆ อีกมากมาย ดังนั้นผู้ให้การดูแลรักษาควรนัดบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาตรวจประเมินและให้คำแนะนำเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยที่สุดในระยะปีแรก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจตามนัดและได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนั้นคงระดับความสามารถที่ได้จากการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นอีก (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 2550)

จะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งจำเป็น และควรวางแผนตั้งแต่เริ่มแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล ควรให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อกลับเข้ามามีชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. 2552) ทั้งนี้มีรายงานว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพยังมีประโยชน์ แม้จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาหลายปีแล้วก็ตาม (Wade, et al. 1992)

2.2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

1) การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพโดยใช้แนวคิด D-METHOD เนื่องจากเป็นวิธีที่มีการสื่อสารให้สมาชิกในทีมวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบข้อมูล เป้าหมาย และแผนที่กำหนดไว้ รวมทั้งได้ทราบถึงการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว เพื่อติดตามดูแลตลอดจนง่ายต่อการติดตามประเมินผลทั้งในด้านผู้ป่วยและประเมินความเหมาะสมของแผนการจำหน่ายโดยมีการประเมินเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงแผน และวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลา ก่อนจำหน่าย ตลอดจนประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนการจำหน่ายเพื่อนำสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อไป ประกอบด้วย (สถาบันประสาทวิทยา. 2550)

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การวินิจฉัยโรค ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล

M : Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาดวิธีใช้ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วยมียาอะไรบ้างที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อที่บ้าน จำนวนเท่าไร เพียงพอกับวันนัดหรือไม่ วิธีใช้ยา (รับประทาน/ฉีดอย่างไร) มีข้อควรระวังอย่างไร

E : Environment/ Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ และการประกอบอาชีพ ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน

T : Treatment ประเมินทักษะที่ต้องทำได้ตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล การสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ ทักษะการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

H : Health ภาวะสุขภาพ การดูแลที่จำเป็น การส่งเสริม ฟิ้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

O : Outpatient referral การมาตรวจตามนัด การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากหน่วยงานใกล้เคียง การขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน

D : Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ก่อนการจำหน่าย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยการประเมินความบกพร่องของหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายและส่วนดีที่ยังเหลืออยู่อย่างเป็นระบบ และทีมสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ต้องร่วมกันวางแผนโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ และต้องปรึกษานักโภชนาการ นักจิตวิทยา หรือผู้ฝึกฝนอาชีพตามความต้องการของผู้ป่วย จุดสำคัญของการดูแลมุ่งที่จะช่วยผู้ป่วยให้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่สูญเสียไปขึ้นใหม่ เพื่อให้พึ่งตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ว่าจุดสำคัญในการดูแลในระยะนี้จะเน้นที่การฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ยังคงเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อนจะเริ่มฝึกให้ผู้ป่วยเดิน กล้ามเนื้อต่าง ๆ จะต้องฟื้นตัวแข็งแรง การบริหารกล้ามเนื้อ Quadriceps และกล้ามเนื้อ Gluteus มีความสำคัญที่จะช่วยให้โปรแกรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยได้ผลเร็วขึ้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็น และเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีอาการพูดคุ้ยลำบาก และความสนใจตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งเป็นสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการดำเนินการก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

(1) แจ้งผู้ดูแลล่วงหน้าว่าแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เตรียมพร้อมในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพตั้งแต่แรก ๆ ก่อนกลับบ้าน

(2) แนะนำให้ผู้ดูแลเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยที่ยังมีอาการลำบากอยู่ควรให้ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งเอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เช่น ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่างของบ้าน ให้ผู้ดูแลคอยระวังไม่ให้

ผู้ป่วยอยู่ในที่สูง หรือเสี่ยงต่อการตกจากที่สูง เนื่องจากอาการ มึนงง ยังไม่หายเป็นปกติ และจัดของ เครื่องใช้ของผู้ป่วยให้อยู่ในที่สะดวกต่อการหยิบใช้ของผู้ป่วย

(3) แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องยาต่าง ๆ ที่จะให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานที่บ้านอย่างละเอียด

(4) แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบว่าแพทย์จะนัดมาตรวจเมื่อใด ที่ไหน และมาพบใคร ผู้ป่วยควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ยกเว้น ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ได้ทันที

(5) แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติที่อาจพบได้หลังจากกลับบ้านไปแล้ว เช่น ปวดศีรษะ ตามัว การทรงตัวผิดปกติ ชาบริเวณใบหน้า หรือแขนขาข้างใดข้างหนึ่งเพื่อที่จะรีบมา พบแพทย์ทันทีเมื่อสังเกตพบอาการ

(6) แนะนำผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อนตามเวลาที่เคยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และ รักษาสุขภาพอนามัยของร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อที่ร่างกายจะได้มีความต้านทานต่อโรค แต่ถ้า จะต้องออกกำลังกายก็ควรเลือกวิธีที่ไม่ต้องใช้กำลังมากนัก และเลือกสถานที่ที่ปลอดภัย เช่น การเดิน ในที่โล่งไม่ควรมีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้สะดุดและหกล้ม

(7) แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ และเลือกอาหารที่ผู้ป่วยจะรับประทานได้ถูกต้อง และเหมาะสม และที่สำคัญควรรับประทานให้ครบ 5 หมู่ ควรระวังไม่ให้อาหารติดเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ และตระหนักถึงความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ ถูกต้อง และเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

การวางแผนจำหน่าย ที่มีประสิทธิภาพช่วยลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of Stay) ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission) ประหยัด ค่าใช้จ่าย (Cost effectiveness) ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล สร้างคุณภาพชีวิต และอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า ส่งผลให้คุณภาพของ การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ดังการศึกษาของ จาริก ธารีรัตน์ (2545) พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายมีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย และ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การส่งต่อ (Referral) เป็นกระบวนการส่งผู้ป่วยไปยังสถานที่ต่าง ๆ คือ สถานบริการ ใกล้บ้าน สถานสงเคราะห์ และอื่น ๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้รับการดูแล ต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะถูกเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมี การสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาล สถานบริการที่รับ ส่งต่อ บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาล สามารถติดตามการดำรงชีวิต การรักษาตัวของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ จากการเห็น สภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วยทำให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมได้ดีกว่าการแนะนำ

ก่อนกลับจากโรงพยาบาล สามารถวางแผนการรักษาพยาบาล การแสวงหาเครือข่ายความช่วยเหลือจากชุมชน การเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่ถูกทอดทิ้งและตระหนักถึงความสำคัญของตนเองทำให้เกิดกำลังใจที่จะฟื้นฟูร่างกายกลับเข้าสู่สังคมและหาทางประกอบอาชีพที่เหมาะสมได้ดีขึ้น

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่จำเป็นและควรวางแผนเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ผู้ป่วยยังนอนอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในการวางแผนขณะอยู่ในโรงพยาบาลที่มึนงงภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และพยาบาล ต้องร่วมกันวางแผนในการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการกลับคืนสังคมได้อย่างมีความสุข หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปอยู่บ้าน ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาความผิดปกติ ความบกพร่องต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเผชิญ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมให้ได้มากที่สุด

ลักษณะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านภายหลังจากที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านจะเป็นการติดตาม และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเยี่ยมเพื่อดูแลสุขภาพจากทีมสุขภาพ และให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละราย หลักการสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จะเน้นการสอนและให้คำแนะนำต่าง ๆ การสาธิต หรือปฏิบัติให้ดูในเรื่องการบริหารร่างกายด้วยตนเองอย่างถูกต้อง การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกาย การกระตุ้นให้มีการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปัญหาที่พบได้ ในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจมีการสนับสนุนให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วที่สุด

ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อน โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุย ซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติประสบอยู่ สังเกตอาการ ปฏิบัติอื่น ๆ เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การทรงตัว การนั่ง การยืน การเดิน นอกจากนี้ควรศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากประวัติการตรวจรักษา มาด้วยเพื่อนำมาประกอบการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ในการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรประเมิน ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา. 2550)

1.1) การประเมินทางคลินิก เช่น

(1) ภาวะความบกพร่องของระบบประสาท เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการกลืนลำบาก ความสามารถในการเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวัน การควบคุมการขับถ่าย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น การติดเชื้อ ข้อติดแข็ง แผลกดทับ เป็นต้น และความสม่ำเสมอที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(2) การประเมินทางสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัว การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม การประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนิยมใช้ คือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The barthel index of activities of daily living) เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น

1.2) โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ได้แก่

(1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน เช่น การออกกำลังกายและการจัดทำที่เหมาะสม

(2) การดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

(3) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

(4) การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน

(5) แนะนำสถานบริการใกล้เคียง

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีแนวปฏิบัติ ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร. 2544 ; สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547)

1. การออกกำลังกายโดยมีคนช่วย (Passive exercise) เป็นการเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นช่วยทำให้ทั้งหมด ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อ และขยับแขนขาเองได้เลย จึงจำเป็นต้องมีผู้อื่นช่วยขยับแขนขาให้เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่าง ๆ และป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อสามารถทำได้ ในทันทีที่พบผู้ป่วยไม่ว่าจะรับรู้หรือไม่รับรู้ก็ตาม โดยแบ่งการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

1.1) การบริหารส่วนแขน

- การยกแขนขึ้นและลง มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือ ยกแขนขึ้นไปทางศีรษะของผู้ป่วยถึงระดับไหล่หรือสุดช่วงการเคลื่อนไหว จากนั้นเอาแขนกลับสู่ท่าเดิม

- การกางแขนออกและหุบแขนเข้า มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือ กางแขนในแนวราบขึ้นไปทางศีรษะของผู้ป่วยจนถึงไหล่หรือเท่าที่จะกางได้ จากนั้นกลับสู่ท่าเดิม

- การกางและหุบข้อไหล่ในแนวราบ มือผู้รักษาจับที่ข้อศอก และข้อมือ จับแขนกางออกจากลำตัวจากนั้นยกแขนขึ้นข้ามลำตัวไปด้านตรงข้ามแล้วกลับสู่ท่าเดิม

- การหมุนข้อไหล่เข้าและออก มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือ กางแขนที่ 90 องศา และงอข้อศอก 90 องศา หมุนแขนขึ้นไปทางศีรษะสลับกับหมุนแขนลงมาด้านปลายเท้า

- การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก มือผู้รักษาจับที่ข้อศอกและข้อมือจากนั้น
พับแขนงอเข้าและเหยียดออกตรงสลับกัน

- การหยางและคว่ำแขนท่อนล่าง งอศอกผู้ป่วยที่มุม 90 องศา มือผู้รักษาจับที่
ข้อศอก และข้อมือของผู้ป่วย หมุนข้อมือ

- การกระดกข้อมือขึ้นและลง มือผู้รักษาจับที่ข้อมือและนิ้วมือของผู้ป่วยจากนั้น
พับข้อมือ ขึ้น – ลงสลับกัน และเอียงไปด้าน ซ้าย – ขวา

- การกำนิ้วมือเข้า และเหยียดนิ้วมือออก งอพับ และเหยียดนิ้วทุกข้อในลักษณะ
กำ – แบนมือสลับกัน

1.2) การบริหารส่วนขา

- การงอขาเข้า และเหยียดขาออกของข้อสะโพก และข้อเข่า มือผู้รักษาจับที่
ใต้เข่า และส้นเท้าของผู้ป่วย งอเข่า และตะโพกพร้อมกันเข้าหาลำตัว จากนั้นเหยียดขากลับสู่ท่าเดิม

- การกางขาออก และหุบขาเข้าของข้อสะโพก มือผู้รักษาจับที่ใต้เข่า และข้อเท้า
จากนั้นกางขาออกด้านข้างลำตัว และหุบเข้ามาชิดขาอีกด้านหนึ่งโดยทำสลับกัน

- การงอข้อตะโพก และยืดกล้ามเนื้อหลังต้นขา มือผู้รักษาจับด้านหน้าของเข่า
และใต้ข้อเท้าของผู้ป่วย จากนั้นยกขาขึ้นตรง ๆ ประมาณ 70 องศา ยกค้างไว้ 1 – 10 แล้ววางลงกลับ
ที่เดิม และทำซ้ำใหม่

- การหมุนข้อสะโพกเข้า และหมุนข้อสะโพกออก มือผู้รักษาจับที่เข่าและส้นเท้า
หรือสอดแขนไว้ใต้ขาที่น่องของผู้ป่วย หมุนขาเข้า – ออกสลับกัน โดยหมุนขาสวนปลาย

- การยืดกล้ามเนื้อน่อง มือผู้รักษาจับที่ส้นเท้า และท้องแขนแนบกับฝ่าเท้า
ของผู้ป่วยส่วนอีกมือหนึ่งจับที่ข้อเท้า จากนั้นออกแรงมือที่จับบริเวณส้นเท้าให้ข้อเท้ากระดกขึ้นยืด
ค้างไว้ นับ 1 – 10 แล้วทำซ้ำใหม่

- การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง มือผู้รักษาจับเท้าและข้อเท้าของผู้ป่วย จับข้อ
เท้ากระดกขึ้น-ลง สลับกัน

- การงอและเหยียดนิ้วเท้า มือผู้รักษาจับที่เท้าและนิ้วเท้า งอพับนิ้วเท้าขึ้น-ลง
สลับกัน

2. การออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active exercise) โดยส่วนใหญ่เป็นท่าที่ทำให้ผู้ป่วยใช้
แขนและขาข้างที่ปกติช่วยในการออกกำลังกายข้างที่เป็นอัมพาต ในระยะแรกควรให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ทำ
ทีละน้อยในท่าที่ถูกต้องและมีการพักเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเหนื่อยเกินไป และให้ผู้ป่วยพยายาม
ทำด้วยตัวเองมากที่สุดอย่างน้อยวันละ 3 รอบ ๆ ละประมาณ 20 ครั้ง ในลักษณะการเคลื่อนไหว ดังนี้

2.1) การเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การยกแขน โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ประสานมือข้างที่ติดกับข้างที่อ่อนแรงโดยให้นิ้วหัวแม่มือของข้างที่อ่อนแรงอยู่บนข้างที่ติดกันแขนขึ้น และลง ทำประมาณ 5 - 10 ครั้ง วันละ 1 - 2 รอบ

2.2) การเคลื่อนไหวขาและลำตัว ได้แก่ การยกสะโพกโดยให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่า ทั้งสองข้างขึ้นให้หัวเข่าแนบชิดกัน เท้าวางราบบนพื้น แขนเหยียดตรง มือคว่ำราบกับพื้นข้างลำตัว (ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตั้ง ขาได้ให้ผู้ดูแลช่วยจับให้อยู่นิ่ง) แล้วยกสะโพกขึ้นในระดับสูงพอสมควร และไม่ให้ส้นเท้าลอยพ้นพื้น การหมุนลำตัวโดยนอนชันเข่าแล้วบิดลำตัวท่อนล่างให้เข้ามาชิดพื้นด้านหนึ่ง โดยลำตัวท่อนบนอยู่กับที่แล้วบิดกลับไปอีกด้าน

2.3) การฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง เป็นการฝึกผู้ป่วยให้ช่วยตัวเองในการเปลี่ยน ท่านอน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและยังเป็นการออกกำลังกายโดยใช้การเคลื่อนไหวของแขนขา และลำตัวอีกด้วย และเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการลุกจากนอนมานั่ง ฝึกการทรงตัวขณะนั่ง และ ฝึกการเคลื่อนไหวย้าย การเคลื่อนไหวบนเตียงทำได้ ดังนี้

- การเคลื่อนตัวในท่านอนหงายโดยการเคลื่อนย้ายไปยังหัวเตียง ข้างเตียง ในผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับแขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหน้าอก หรือประสานมือแล้วเหยียดแขนยกขึ้นแล้วเลื่อนสะโพกไปทางที่ต้องการ ใช้ขาข้างปกติชันเข่าของขา ข้างที่อ่อนแรงยกเคลื่อนไปตั้งขาข้างปกติขึ้นพร้อมกับใช้ข้อศอกข้างปกติออกแรงกดกับเบาะที่นอนยก สะโพกเลื่อนไป เลื่อนศีรษะ และไหล่อตามแล้วจัดลำตัวให้ตรง ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้ผู้ดูแลสามารถ ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่ทางด้านอ่อนแรงของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยชันเข่าขึ้นผู้ดูแลใช้มือซ้ายรองที่ สะบักข้างที่อ่อนแรง มือขวาจับที่สะโพกแล้วช่วยยกตัวผู้ป่วยให้เคลื่อนไป

- การพลิกตะแคงตัวสามารถพลิกตะแคงตัวได้ทั้ง 2 แบบ คือ การพลิกตะแคงตัว ไปทางด้านอ่อนแรง ผู้ช่วยเหลือช่วยจับแขนข้างอ่อนแรงกางออกเพื่อป้องกันการเจ็บไหล่จากการนอน ทับให้ผู้ป่วยพยายามพลิกตะแคงตัวโดยยกแขนข้างปกติข้ามลำตัวมาอีกด้านหนึ่งและการพลิกตะแคง ตัวไปด้านปกติผู้ช่วยเหลือช่วยชันเข่าด้านอ่อนแรงขึ้น ผู้ป่วยใช้มือข้างปกติจับเข่าข้างอ่อนแรงเหวี่ยง ไปด้านปกติ ผู้ช่วยเหลือช่วยพลิกตะแคงโดยให้แรงที่ไหล่และตะโพก จากนั้นให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ท่าเดิม และฝึกทำใหม่หลาย ๆ ครั้ง

- การฝึกลุกนั่งห้อยขาข้างจากท่านอนตะแคง สามารถลุกขึ้นได้ทั้ง 2 แบบ คือ การลุกนั่งข้างเดียวทางด้านปกติ พลิกตะแคงตัวมาทางด้านปกติ ใช้ขาข้างปกติชันเข่าข้างอ่อนแรง ห้อยลงข้างเดียวพยายามยกศีรษะและลำตัวขึ้น ใช้แขนทั้งสองข้างยันตัวขึ้นนั่งและการลุกนั่งข้างเดียว ทางด้านอ่อนแรงด้วยตนเอง ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวมาทางด้านอ่อนแรง งอเข่าทั้ง 2 ข้าง ใช้ขาข้างปกติ ชันเข่าข้างอ่อนแรงห้อยลงข้างเดียว ใช้มือข้างปกติยันพื้นเตียงขึ้นนั่ง ผู้ช่วยเหลือช่วยให้แรงกดที่ ตะโพกและไหล่ข้างปกติลงเพื่อให้ผู้ป่วยลุกได้ง่ายขึ้น

2.4) การนั้งลงน้ำหนักแขนโดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเดียว ใช้มือข้างปกติจับมือข้างอัมพาตให้เหยียดออกวางราบกับพื้น แล้วเปลี่ยนมาควบคุมที่ข้อศอกค่อย ๆ เอียงตัวมาลงน้ำหนักให้แขนข้างอัมพาตยันกับพื้นโดยพยายามให้ข้อไหล่ ข้อศอก และข้อมืออยู่ในแนวเดียวกัน

3. การจัดทำนอนที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดทำนอนที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นท่านอนหงาย นอนตะแคงทับข้างที่ดี นอนคว่ำ จะช่วยป้องกันความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เช่น การหดสั้นของกล้ามเนื้อ ข้อติด อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ป้องกันแผลกดทับ ป้องกันปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือด และระบบน้ำเหลือง เช่น อาการบวมของแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต ช่วยส่งตัวกระตุ้นไปยังสมองและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะดูแลร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต การนอนอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลาหลายชั่วโมงไม่เป็นผลดีกับผู้ป่วยอัมพาต ควรเปลี่ยนท่าทางทุก 2-3 ชั่วโมง จากนอนหงายเป็นนอนตะแคง และควรนอนตะแคงสลับกันทั้ง 2 ข้าง

3.1) ท่านอนหงาย หมอนไม่ควรให้สูงมาก ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว ข้อมือตรงคว่ำมือหรือหงายมือก็ได้ นิ้วมือเหยียดออก ขาเหยียดตรง มีผ้าขนหนูรองใต้เข่า ให้เข่างอเล็กน้อย ปลายเท้าควรใช้ผ้าขนหนูเล็ก ๆ หรือถุงมือใส่น้ำรองด้านข้างของข้อเท้าเพื่อให้เท้าตั้งตรงกันแผลกดทับที่ตาตุ่ม

3.2) ท่านอนตะแคงทับข้างดี ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย แขนของผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรง ควรมีหมอนรองใต้แขนตั้งแต่ต้นแขนจนถึงปลายแขนโดยแขนของผู้ป่วยยื่นไปข้างหน้า ข้อศอกเหยียด มือคว่ำบนหมอน ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดออก สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า จัดให้ข้อสะโพกและเข่าองประมาณ 30 องศา ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

3.3) ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อยสะโพก และเข่าข้างดี มีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกตรง หงายมือ ขาข้างที่อ่อนแรงเหยียดขา เข่างอเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

4. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง การเคลื่อนย้ายที่ถูกต้องต้องเคลื่อนย้ายไปข้างที่ดีเสมอ และต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของบุคคลอื่นที่มีความเข้าใจ วิธีการเคลื่อนย้ายเสมอจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนไปยังรถเข็นหรือเก้าอี้

4.1) จัดรถเข็น หรือเก้าอี้เท้าแขนวางทแยงมุมกับเตียง หันหน้าเข้าชิดทางแขน-ขาข้างที่ดีล้อรถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

4.2) โน้มตัวมาข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียงดันตัวให้ลุกขึ้นยืนให้น้ำหนักอยู่บนขาข้างที่ดี

4.3) เอื่อมแขนข้างที่ดี เอามือจับพนักเก้าอี้หรือขอบรถเข็นด้านนอกค่อย ๆ หมุนตัวหันด้านหลังให้เก้าอี้แล้วค่อยหย่อนตัวลงนั่งในเก้าอี้หรือรถเข็น ส่วนการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นหรือเก้าอี้มายัง เตียงนอนมีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน

5. การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อวิจิตร. 2544)

5.1) การละเลยและเพิกเฉยกับร่างกายข้างที่เป็นอัมพาต ในการฟื้นฟูและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลต้องจัดวางสิ่งของเครื่องใช้เข้าหาผู้ป่วยด้านที่เป็นอัมพาตเสมอ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต และมองสิ่งต่าง ๆ โดยรอบได้มากขึ้น

5.2) ความบกพร่องด้านการมองเห็น อาจพบร่วมกับการละเลยและเพิกเฉยร่างกายด้านอัมพาต ผู้ป่วยมักจะมองเห็นเฉพาะซีกขวาของภาพเท่านั้น การฟื้นฟูทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหมุนศีรษะมาทางด้านที่เป็นอัมพาต เพื่อให้ผู้ป่วยกวาดสายตาไปโดยรอบและมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน

5.3) การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ผู้ป่วยอาจสูญเสียการสัมผัสต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสอย่างเบา หรือแรงกด ความเจ็บปวด การสั่นสะเทือน การรับรู้ถึงอุณหภูมิร้อนเย็น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้ง่าย เช่น การวางกระเป๋าน้ำร้อน การบาดเจ็บจากของมีคม การไม่รับรู้ตำแหน่งขาข้างที่อัมพาตวางอยู่ตำแหน่งไหน อาจทำให้เกิดอันตรายจากการกดทับหรือทำให้เกิดข้อหลุด หรือการหดเกร็งของแขนขามากขึ้น สามารถช่วยเหลือโดยการสัมผัส และบีบนวดแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต และคอยจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง หากมีการห้อยแขนขาต้องหาที่พยุง เช่น ผ้าสามเหลี่ยมที่คล้องแขนไว้ และวางเท้าราบกับพื้น

5.4) ปัญหาเกี่ยวกับการพูด มักเกิดกับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกขวาซึ่งผู้ที่เป็นอัมพาตซีกซ้ายจะไม่ค่อยมีปัญหา ยกเว้นการพูดไม่ชัดเนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการพูด ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะค่อย ๆ ดีขึ้นและหายไปได้ ปัญหาที่เกิดกับการพูดมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก ผู้ป่วยเข้าใจในภาษาพูด แต่พูดไม่ได้และต้องการโต้ตอบ แต่ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดหรือพูดออกมาได้ อีกลักษณะหนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถพูดได้แต่พูดแล้วฟังไม่รู้เรื่อง เพราะผู้ป่วยเองไม่สามารถฟังภาษาพูดที่คนอื่นพูดได้รู้เรื่อง แม้จะไม่มีปัญหาของการได้ยิน การช่วยเหลือผู้ป่วยในลักษณะแรก จะต้องพูดกับผู้ป่วยช้า ๆ ใช้ภาษาง่าย ๆ และพูดชัดถ้อยชัดคำถามทีละคำถาม ให้ถามผู้ป่วยว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ส่วนผู้ป่วยที่พูดได้แต่ไม่รู้เรื่องการอธิบายหรือสื่อสารจำเป็นต้องใช้รูปภาพ หรือท่าทางประกอบการอธิบาย สนับสนุนให้ผู้ป่วยสื่อสารโดยวิธีง่าย ๆ เช่น การพยักหน้า หรือการสั่นศีรษะ และช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาการสื่อสารโดยขณะพูดต้องยื่นเผชิญหน้ากับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นการเคลื่อนไหวของริมฝีปากรวมทั้งท่าทางประกอบการพูด อันจะนำไปสู่การสื่อสารที่ดียิ่งขึ้น

5.5) ความบกพร่องด้านสติปัญญาและความจำ เช่น มีปัญหาในเรื่องของความคิดที่สับสน สูญเสียความทรงจำ โดยเฉพาะความทรงจำที่ผ่านมาไม่นาน บางรายสมาธิหรือความสนใจสั้น เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ยาก บางรายมีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองไม่สนใจสิ่งแวดล้อม จำสิ่งของ ๆ ตัวเองไม่ได้ เดินหลงทางบ่อย ๆ ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ การฟื้นฟูต้องฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ในรายที่มีปัญหาเรื่องความคิดที่สับสน หรือความจำ ต้องคอยบอกวัน เวลา และสถานที่เป็นระยะ ๆ และกำหนดกิจวัตรประจำวันที่ทำให้เป็นประจำและสม่ำเสมอ

5.6) ปัญหาด้านการเคี้ยวและการกลืน มักมีเศษอาหารติดอยู่บริเวณกระพุ้งแก้มข้างที่อ่อนแรง ดังนั้น ก่อนและหลังรับประทานอาหาร ต้องให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปาก และนำเศษอาหารออกจากกระพุ้งแก้มให้หมด ส่วนปัญหาการกลืนต้องระวังการสำลัก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบตามมาได้ การให้อาหารต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง และเลือกอาหารที่ไม่เหลวหรือแข็งเกินไป อุณหภูมิพอเหมาะ

5.7) ข้อไหล่เคลื่อนและข้อติดแข็ง การสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้น้ำหนักแขนถูกดึงลงตามความโน้มถ่วง ถ้าปล่อยให้แขนห้อยตกลงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดและบวมที่หัวไหล่ได้ ดังนั้นต้องพยุงแขนของผู้ป่วยไว้ ส่วนข้อติดแข็งเกิดจากการไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้พังผืดใกล้ข้อต่อหดตัวหรือน้ำไขข้อลดลง หรือมีหินปูนมาเกาะ สามารถป้องกันได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและเคลื่อนไหวข้อ หรือกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

บรรณธวรรณ หิรัญเคราะห์ (2549) ได้ศึกษา ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และถูกจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ และระดับความพิการ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน กลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบประเมินคะแนนดัชนีคุณภาพชีวิต 3) โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และ 4) แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า 1. คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน 2. คะแนนดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ดีกว่าคะแนนดัชนี

คุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เพ็ญศรี สิริวรารมย์ (2550) ศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ส่งต่อกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดีขึ้น (ADL) และสามารถจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น (IADL) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง และกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลายวิธีร่วมกัน คือ การบริหารข้อต่อ การเดิน การเดิน การปั่นจักรยาน และเดินเหยียบกะลามะพร้าว เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยหลายวิธีร่วมกัน คือ การบริหารข้อต่อ ผักกาดเย็น/การเดิน ทำกายภาพบำบัด บิบนวด/นวดแผนไทย ประคบสมุนไพร ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายอย่างต่อเนื่องโดยฝึกช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลเคยได้รับการฝึกการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และได้ฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ส่วนปัญหา และอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่ามีสาเหตุมาจากผู้ป่วยมีอาการเกร็ง ปวดไหล่ หรือเจ็บเมื่อทำกายภาพบำบัด ไม่มีกำลังใจท้อแท้ และผู้ดูแลมีภาระงานมาก และอายุมาก ทำให้ไม่สามารถช่วยฟื้นฟูเต็มที่

วรุณภา ศรีโสภภาพ (2550) ศึกษากายภาพบำบัดโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการเคลื่อนไหว ความเร็วในการเดิน สภาวะทางกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง และระดับความเครียดของผู้ป่วย ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ตัวแปรหลักของการศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความเร็วในการเดิน สภาวะทางกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย และระดับความเครียดของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการรักษาเป็นเวลา 4 วัน ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจ และสังคมดีขึ้น และพบว่าผู้ป่วยมีความเร็วในการเดินเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย และผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจกับการได้รับบริการทางกายภาพบำบัดนี้รวมทั้งพอใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะเห็นได้ว่าผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยคงระดับความสามารถที่ได้จากการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีระดับความสามารถที่เพิ่มขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล การดูแลช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้เต็มศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น

2.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1) แนวคิดการมีส่วนร่วม

World health organization (1999) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการของตนเองและของชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นหนักเรื่องพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของตนเอง

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมว่า เป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การบริหารจัดการ การติดตามผล รวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการดังกล่าวต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน

นิตย ทัศนียม (2546) การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ ที่จะเข้าร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเอง มีความรับผิดชอบมากขึ้น ที่จะสำรวจตรวจสอบ ความจำเป็นเรื่องสุขภาพอนามัย การระดมทรัพยากรท้องถิ่นและเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาใหม่ ๆ

Cohen and Uphoff (1980 อ้างถึงใน ศิริพร เกษธนัง. 2550) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับเรื่องผลประโยชน์ หลักการประเมินผลในกิจกรรม การพัฒนาของประชาชน โดยมี 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะทำอะไร และทำด้วยวิธีการอย่างไร มีส่วนในการดำเนินโครงการ ตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรสนับสนุนโครงการและร่วมมือขององค์กรหรือกลุ่มกิจกรรมเป็นการเฉพาะ มีส่วนในการแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดจากโครงการพัฒนาและมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ ซึ่งแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1.1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) การตัดสินใจเป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนด และประเมินทางเลือก ตัดสินใจเลือกเปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

(1) การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น (Initial decision) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการจากคนในท้องถิ่น และวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการสำคัญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรมโดยผ่านกระบวนการตัดสินใจในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญของท้องถิ่นเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้น และเสนอกลยุทธ์เพื่อการแก้ไขปัญหา ซึ่งคนในท้องถิ่นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการ ทั้งในเรื่องการเงินการจัดสรรบุคลากร ตลอดจนการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่จะนำเข้ามา

(2) การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (Ongoing decisions) คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น แต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามา ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการ วิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

(3) การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในโครงการเมื่อเข้ามา หรือมีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่ท้องถิ่น มีการรวมตัวกันขององค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการเข้ามาสู่ท้องถิ่น กรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบด้วย การจัดประชุมเพื่อจัดทำนโยบาย การคัดเลือกผู้นำที่จะมามีอิทธิพลต่อองค์กร

1.2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Participation in implementation) คนในท้องถิ่นสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติ แบ่งได้ 3 ด้าน ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมในการเสียสละหรือให้ทรัพยากร (Resource contribution) สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสารทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรหลักที่สำคัญซึ่งอยู่ในท้องถิ่น นำมาใช้เพื่อพัฒนาโครงการส่งเสริม โดยใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี การบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ แสดงให้เห็นทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมสิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้ คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอะไรโดยวิธีสมัครใจ การได้รับค่าตอบแทนหรือบังคับ การสนับสนุนเรื่องทรัพยากร บ่อยครั้งที่พบว่าไม่มีความเท่าเทียมกัน และการหาผลประโยชน์ส่วนตัว

(2) การมีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงาน (Project administration and co-ordination) คนในท้องถิ่นสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน โดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิกทีมที่ปรึกษา หรือเป็นผู้บริหารโครงการเป็นสมาชิกอาสา ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกิจกรรมของโครงการมีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหารงาน หรือประสาน ซึ่งจะเพิ่มความไวใจให้กับคนในท้องถิ่นแล้วยังช่วยให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนอีกด้วย ทั้งนี้ทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับการแนะนำซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่นตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

(3) การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (Enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องการผลประโยชน์เสมอไปแต่พิจารณาจากข้อเท็จจริงว่าผลเสียที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังจากการนำโครงการมาใช้ และผลกระทบต่อคนในท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ

1.3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Participation in benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีทีมในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้าม บางครั้งการมีส่วนร่วมชนิดนี้มีความสำคัญต่อการยอมรับ

เอาโครงการสำคัญเข้ามา ทั้งที่การตัดสินใจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

(1) ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล สรุปได้ว่าการเพิ่มสินค้าในการบริโภค มีรายได้ซึ่งเป็นผลกำไรที่เหลือจากการขายผลิตภัณฑ์ และมีทรัพย์สินที่ถือครองเป็นกรรมสิทธิ์เพิ่มขึ้น ผลประโยชน์ด้านนี้เป็นสิ่งสำคัญที่อาจทำให้การสนับสนุนข้อมูลล้มเหลวได้ จึงควรวิเคราะห์ให้เห็นได้ว่าใครผู้มีส่วนร่วมรวมทั้งกระบวนการที่เกิดขึ้น

(2) ผลประโยชน์ด้านสังคม (Social benefits) เป็นความต้องการพื้นฐานด้านสาธารณะ มักอยู่ในรูปของการบริการ หรือความพึงพอใจที่ได้รับจากสาธารณูปโภคที่ดีขึ้นกว่าเดิม มีการเพิ่มการพัฒนาชนบทเข้ามาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจน จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องกำหนดการเข้ามามีส่วนร่วมผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณการแบ่งปันผลประโยชน์ และคุณภาพบริการ ความพึงพอใจ

(3) ผลประโยชน์ด้านบุคคล (Personal benefits) มักเป็นสิ่งที่ต้องการอย่างมากบ่อยครั้งที่ไม่ได้มาโดยลำพัง แต่มักมาจากการเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกให้เข้ามาตามความต้องการของสังคม และอำนาจทางการเมืองโดยผ่านทาง การให้ความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์ด้านบุคคล มี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีพลังอำนาจทางการเมือง (Political power) และมีความรู้สึกว่ามีประสิทธิภาพ (Sense of efficacy) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่อาจเกิดขึ้นตามภายหลังด้วยเพราะถ้ามีอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางนโยบายหลังที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับโครงการเมื่อทราบแล้วจะได้หาแนวทางแก้ไขที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

1.4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) มีการรายงานเกี่ยวกับความสำเร็จในการประเมินผลไว้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เข้าใจยากว่าจะมีส่วนประเมินผลอย่างไรจึงจะดีที่สุด ซึ่งจะทำการวิเคราะห์ หรือวัดผลได้ก็ต่อเมื่อได้ทำกิจกรรม 3 อย่างมาแล้ว การมีส่วนร่วมในการประเมินผลมี 2 รูปแบบ คือ การมีส่วนร่วมทางตรง (Direct participation) และการมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect participation) การประเมินควรรู้ว่าใครบ้างมีส่วนร่วม และก่อให้เกิดความต่อเนื่องอย่างไร อะไรเป็นข้อเสนอแนะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอันจะก่อให้เกิดความสำเร็จได้ อาจเป็นการให้การให้คำปรึกษาด้านข้อมูลข่าวสารเมื่อมีกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น จะเกิดการเรียนรู้ นโยบาย การเตรียมการประเมินผลทางอ้อมที่สำคัญของโครงการ หรือเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ทำงาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยตรงนั้นมีน้อย เป็นการมุ่งไปยังสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของสาธารณชน ซึ่งหวังว่าจะได้รับสิ่งที่พึงปรารถนาหลายอย่างเกิดขึ้นจากความต้องการของโครงการ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ จะเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนได้ระบุปัญหา และความจำเป็นพื้นฐานของตนเอง เสนอแนะและเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจพยายามใช้ทรัพยากรในชุมชนทั้งในแง่กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบกับการสนับสนุนจากฝ่ายรัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง การวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และการตัดสินใจแก้ปัญหาาร่วมกัน นอกจากนี้ชุมชนยังต้องร่วมกันจัดการกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมนั้น ๆ ของชุมชน

2) ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา หรือในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จะเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนได้ระบุปัญหา และความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน เสนอแนะและเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจ พยายามใช้ทรัพยากรในชุมชนทั้งในแง่กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบกับการสนับสนุนจากฝ่ายรัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมนั้น บุคคลที่มีส่วนร่วม ทั้งประชาชน รัฐ หรือเอกชนจำเป็นจะต้องอาศัยทักษะ พื้นฐานสำคัญ 3 ประการ คือ ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร และทักษะในการทำงานเป็นทีม เพราะทักษะดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ก่อให้เกิดพลังอย่างยิ่ง นำไปสู่การเรียนรู้มีส่วนร่วมอันเป็นแนวคิดการศึกษาเพื่อประชาชน หรือชุมชน ดังจากการศึกษาของ อลิศรา ชูชาติ และคณะ (2538) มีรายงานการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของแกนนำ หรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ในโครงการเกี่ยวกับสุขภาพต่าง ๆ จะช่วยเพิ่มขีดขึ้นความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อให้เกิดการพึ่งตนเอง และการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้โครงการสุขภาพในระดับชุมชนได้ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานควรจะเป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะในสองกลุ่มหลังควรจะมีส่วนร่วมเป็นผู้กระทำ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งตนเองของแต่ละชุมชน

อย่างไรก็ตาม ได้มีการแสวงหาทางออกสำหรับปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการเสริมสร้างศักยภาพของผู้นำหรือ อสม. ในหมู่บ้าน ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ (2540) ที่ประสบผลสำเร็จ ในการสร้างแกนนำหมู่บ้าน และมีการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยทีมงานวิจัยประสานงานกับ

ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ และก็มีหลายโครงการวิจัยที่อ้างว่าประสบความสำเร็จในการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม

มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์. (2543) ได้ตั้งข้อสังเกต ในทางการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ทำแล้วประสบความสำเร็จว่ามักจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. จะต้องมีการเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีประสบการณ์ตรงในการร่วมกิจกรรมโครงการควรจะเป็นโครงการเล็ก ๆ หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่ต้องการแก้ไข ควรจะเริ่มจากปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพการณ์ที่เป็นจริงภายใต้บริบทที่ผู้ร่วมวิจัยประสบอยู่ เพื่อช่วยให้เขาสามารถวิเคราะห์ปัญหาและบริบทของปัญหาได้ชัดเจน และสามารถนำผลของโครงการไปใช้อย่างเต็มที่

2. ควรเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันที่เผชิญอยู่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นจิตสำนึก (Critical awareness) เพราะจิตสำนึกจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้คนมองเห็นปัญหา และตัดสินใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหา

3. การเสวนา (Dialog process) จะเอื้อให้เกิดบรรยากาศของการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจำเป็นทั้งในขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินผล และยังจำเป็นสำหรับการสร้างจิตสำนึก การพูดคุยจะต้องเป็นบรรยากาศที่เสมอภาคทั้ง 2 ฝ่าย มีความเคารพในความคิดเห็นของกันและกันด้วยความจริงใจ

4. มักจะเป็นการกระตุ้นจากคนภายนอกที่มองสถานการณ์นั้น ๆ ในสายตาของคนภายนอกแต่กิจกรรม และเนื้อหาของกรวิเคราะห์จะต้องมาจากผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจว่าความต้องการของเขา คืออะไร ไม่ใช่การตัดสินใจของคนนอก

ตัวอย่างการวิจัยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

บุญชริก คำชาย (2553) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน ตัวแทนองค์กรในท้องถิ่น จำนวน 6 คน และทีมผู้ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง 5 คน การศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า 1) ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วย 5 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันในบางกิจกรรม การออกกำลังกายบริหารข้อต่อต่าง ๆ ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยในการออกกำลังกาย และบริหารข้อต่อต่าง ๆ ที่เหมาะสม ผู้ป่วย 1 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังมีซีกซ้ายอ่อนแรง 2) ด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมี

ภาระหน้าที่มากขึ้น มีภาระหน้าที่หลายอย่างจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง

3) ด้านชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนองค์กรในชุมชนไม่ทราบสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ได้รับการประสานการดูแล/ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ด้านระบบบริการไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง เมื่อมีการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้วางแผนร่วมกับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และพัฒนาบริการสุขภาพและนำไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีการช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรชุมชนเกิดความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมดำเนินงานและให้การสนับสนุนงบประมาณด้านกายอุปกรณ์แก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแนวทางในการเยี่ยมบ้านที่ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่อง

2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.3.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เคมมิส และแมกทากาด (Kemmis and Mc Taggart. 1990) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นการวิจัยที่ผู้วิจัย คือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น การวิจัยนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากงานวิจัยอื่นในเชิงเทคนิคแต่แตกต่างในด้านวิธีการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ การวิจัยที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานนั้นเป็นวงจรแบบขดลวดโดยเริ่มต้น ที่การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนผลเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น

ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2546) ได้ให้ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง เป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ

นางพรรณ พิริยานุพงศ์ (2546) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติกรอย่างเป็นระบบระเบียบ (Improve practice and systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว

Streubert and Carpenter (1999) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างไปจากการแก้ปัญหาประจำวัน เพราะมีการใช้ วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ และ

กระบวนการแก้ปัญหาที่ใช้หลักทฤษฎี เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันในการที่จะทำให้คนเห็นปัญหา และวางเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกัน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้รับบริการ เน้นให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย

กล่าวโดยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัยจนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ กระบวนการรวมทั้งผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) และดำเนินการเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาลงมาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาที่ต้องการให้มีการแก้ไข นักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนด้วยกัน สำรวจสภาพการณ์ของปัญหาว่าปัญหาที่ต้องแก้ไขคืออะไร ปัญหา นั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง วิธีแก้ไขต้องปฏิบัติอย่างไร การแก้ไขต้องมีการแก้ไขในเรื่องใดบ้าง วิเคราะห์สภาพการปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการหาโครงสร้างของปัญหาอย่างมีระบบ ทบทวนแง่มุมปัญหา ถกปัญหาอย่างกว้างขวางกับผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจน

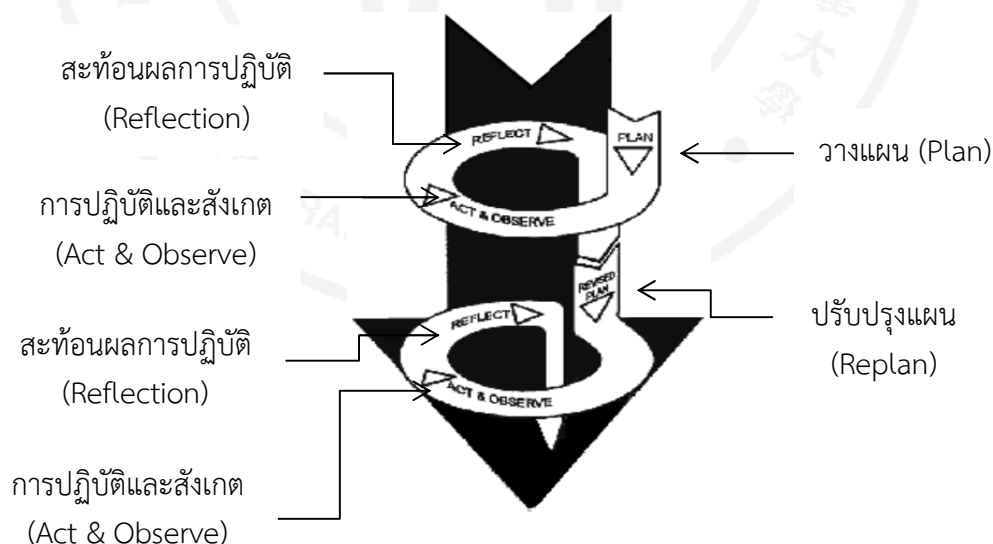
2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการกำหนดแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ เมื่อลงมือปฏิบัติต้องใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ประกอบไปด้วยการรับฟังจากผู้เกี่ยวข้องซึ่งจากการปฏิบัติจะเป็นข้อมูลย้อนกลับว่า แผนที่วางไว้อย่างดีนั้นปฏิบัติได้ดีมากน้อยเพียงใด มีอุปสรรคอย่างไรบ้างในการปฏิบัติ ดังนั้นแผนงานที่กำหนดไว้อาจจะยืดหยุ่นได้โดยผู้วิจัยต้องใช้วิจารณญาณ และการตัดสินใจที่เหมาะสม และมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ขณะที่การวิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้ ต้องมีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดที่คาดหวัง และไม่คาดหวัง โดยสิ่งที่สังเกตก็ คือ กระบวนการปฏิบัติการ (The action process) และผลของการปฏิบัติการ

(The effects of action) การสังเกตนี้ จะรวมถึงการรวบรวมผลการปฏิบัติที่เห็นด้วยตา การได้ฟัง การได้ใช้เครื่องมือ เซาว์ แบบทดสอบ เป็นต้น ซึ่งขณะที่การปฏิบัติการวิจัยกำลังดำเนินการไปควบคู่กับการสังเกต ผลการปฏิบัติควรใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะสมมาช่วยในการรวบรวมข้อมูลด้วย

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการ ปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรือ อุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ โดย ผ่านการถก - อภิปรายปัญหา ซึ่งจะได้นำแนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และเป็นพื้นฐานข้อมูลที่น่าไปสู่การปรับปรุง และวางแผนการปฏิบัติต่อไป โดยวงจร 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นขั้นบันไดเวียน (Spiral) การทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาในสิ่งที่ศึกษานั้น ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนผลเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น ส่วนเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือการวิเคราะห์ข้อมูลก็ไม่ได้แตกต่างไปจากงานวิจัยอื่น แต่วิธีการต่างออกไป คือการเข้าใจความหมายและตีความในสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างทำวิจัยวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 วงจรกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแทกการ์ท



ที่มา: เคมมิส และแมคแทกการ์ท (Kemmis and Mc Taggart. 1990)

2.3.2 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัยที่สามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัยจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภท

ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ ชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาล Holter and Schwartz-Barcott (1993) แบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง ดังนี้ (ดังตารางที่ 1)

1. ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical collaborative approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้ว ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional action research) ที่หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรที่ทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

2. การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้ หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual action research : Action learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเองเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย

3. ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อน ถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement approach) มีเป้าหมายคือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพ

ปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล หรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุ และผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติ จะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and predictive knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical action research ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีวิถุนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรี เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด

ลักษณะ/Type	Type 1	Type 2	Type 3
Collaborative	A technical	A mutual	An enhancement
Perspective	Positivism	Interpretivism	Critical science
Process	Scientific-technical	Practical deliberative	Critical emancipatory
ที่มาของปัญหาวิจัย	นักวิจัยเป็นผู้เริ่ม	นักวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัย	นักวิจัยกระตุ้นผู้ร่วมวิจัยคิด
Methodology	Deductive approach	Inductive approach	Deductive & Inductive
Time	เร็วแต่ไม่ยั่งยืน	เร็วแต่เกิดเฉพาะกลุ่ม	ค่อยเป็นค่อยไปแต่ยั่งยืน
Goal	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง
knowledge	ความรู้เชิงทำนาย ตรวจสอบและปรับปรุง ทฤษฎี	ความรู้เชิงพรรณนา (Descriptive knowledge)	ความรู้เชิงพรรณนา (Descriptive knowledge)

หลักการออกแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานโดยการวางแผนกระบวนการค้นหาความรู้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งการตรวจสอบจริยธรรม และความตรงของการดำเนินงานอย่างละเอียด และชัดเจนบนพื้นฐานของการยึดถือปัญหา และบริบทของปัญหาเป็นศูนย์กลาง มีหลักสำคัญ คือ การดำเนินกิจกรรมการวิจัยในขั้นตอนเตรียมการเริ่มต้นของการศึกษา (Initiation a study) ช่วยให้นักวิจัยมี “ภาพเริ่มต้น” ของการวิจัยที่ทำให้มั่นใจว่าจะได้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ออกมาด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้จะต้องแสดงให้เห็นวิธีการ “ทางเลือก” ใหม่ที่เป็นไปได้สำหรับใช้ปรับปรุง หรือกระทำการใด ๆ ทางสังคม (Social action) ตลอดจนกระตุ้นให้กลุ่มบุคคลผู้ทำวิจัยมีการคิดอย่างไตร่ตรองในการทำให้กระบวนการศึกษาวิจัยที่จะเกิดขึ้นดำเนินไปอย่างเป็นระบบโดยการออกแบบวิจัยจะต้องครอบคลุมกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ (องอาจ นัยพิพัฒน์. 2551)

1. การออกแบบการวิจัยให้เป็นแบบมีส่วนร่วม

1.1 นักวิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความไว้วางใจกับผู้ร่วมวิจัย

1.2 นักวิจัยต้องออกแบบโดยระบุว่าใครเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย และจะเข้าร่วมวิจัยอย่างไร มีส่วนร่วมในระดับใด และมีส่วนร่วมทางตรงหรือทางอ้อม

1.3 นักวิจัยต้องตั้งเป้าหมายและปรับเปลี่ยนบทบาทความสัมพันธ์ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

2. การออกแบบการวิจัยให้เป็นแบบปฏิบัติการ

- ระบุเกี่ยวกับวิธีการลงมือปฏิบัติการของนักวิจัยในบทบาทผู้อำนวยการความสะดวก
- ระบุบทบาทของนักวิจัยในการกำหนดยุทธวิธี และการสร้างพลังร่วมในการวิจัย
- ระบุประเด็นทางด้านจริยธรรมในการลงมือปฏิบัติการวิจัย

การดำเนินการทั้ง 2 กิจกรรมหลักต้องเป็นไปในลักษณะ “การซุกซุก” ทารายละเอียดรวมทั้งการให้ความเห็นชอบและโต้แย้งด้วยเหตุผลระหว่างนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยตั้งนั้นหลักการออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงมีลักษณะผสมผสานระหว่างการวางแผนดำเนินการเริ่มต้นด้วยการกำหนดล่วงหน้า และการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีการนำแผนนั้นไปลงมือปฏิบัติในภาคสนาม หรืออาจกล่าวได้ง่าย ๆ ว่า การออกแบบการวิจัยดำเนินไปอย่างต่อเนื่องพร้อมกับกระบวนการทำวิจัยในภาคสนามตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวแบบซ้อนเหลื่อมกัน นอกจากนั้นนักวิจัยสามารถออกแบบด้วยวิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ หรือผสมผสานกันก็ได้ เพียงแต่ต้องเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย และบริบทของสนามวิจัย รวมทั้งสามารถดำเนินการจนกระทั่งได้ข้อสรุปผลของการวิจัยที่เป็นความรู้เชิงปฏิบัติการ (Practical knowledge) ดังตัวอย่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

สุวารี เทพดารา และคณะ (2544) ได้ศึกษาแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และแบบประเมิน Barthel index score การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบปัญหาของการดูแลและฟื้นฟูสภาพคือ ปัญหาเรื่องระบบบริการ ปัญหาขาดบุคลากร ปัญหาด้านการประสานงาน และปัญหาด้านญาติและผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย Barthel index score เพิ่มขึ้นเมื่อมีการติดตามผลการรักษาหลังจำหน่าย 3 เดือน จาก 4.8 เป็น 12.2 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างเหมาะสมกับสถานการณ์ แต่ต้องพัฒนาด้านประสานงานและขั้นตอนให้ชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เริ่มแรกจนกระทั่งถูกจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

พัชรี รัศมีแจ่ม จริยาวัตร คมพัยค์ม กนกพร นทีธนสมบัติ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2551) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก โดย

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ สะท้อนปัญหา หาแนวทางแก้ปัญหา ปฏิบัติและประเมินผล เมื่อพบปัญหาและอุปสรรคนำกลับมาปรับแนวทางแก้ปัญหาและปฏิบัติใหม่ ภายหลังจากดำเนินงานพบว่ามารดาที่มีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับดี ร้อยละ 53.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7

วิจิตร วรธนะวุฒิ วนิดา ศุรงค์ฤทธิชัย หทัยชนก บัวเจริญ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2554) ศึกษาการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมมือกันสร้างความเป็นหุ่นส่วนสุขภาพด้วยการประชุมย่อยและประชุมร่วมทั้งทางการและไม่ทางการ 2) ร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่ใหม่ โดยพยาบาลเน้นบทบาทผู้ให้คำปรึกษา ผู้จัดการเฉพาะราย ผู้ประสานงาน วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลร่วมเป็นสมาชิกทีม และ อสม. ทำหน้าที่จิตอาสาประจำครัวเรือน 3) ดำเนินกิจกรรมและประเมินผลความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย 5 ส่วน คือ หุ่นส่วนร่วมวางแผนเฉพาะรายก่อนผู้เป็นเบาหวานกลับบ้าน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงพยาบาล หุ่นส่วนร่วมเยี่ยมบ้าน สร้างเครือข่ายเยี่ยมบ้านและหุ่นส่วนติดตามผล ผลพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสร้างมูลค่าเพิ่มให้บทบาทของตนเองด้วยการให้ผู้เป็นเบาหวานเลือกและตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพมากขึ้น และหุ่นส่วนทุกฝ่ายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนร่วมประสานและดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้จนเกิดนวัตกรรมท้องถิ่น

จากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างยั่งยืน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำได้นั้น สามารถนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ซึ่งคาดหวังว่าจะเกิดผลกระทบด้านสุขภาพเชิงบวก ที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพที่สำคัญได้แก่ การปรับกระบวนการทัศน์ให้ผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพ นำความต้องการของผู้ใช้บริการมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองในขณะที่ไม่ป่วย พึ่งพาสถานบริการสุขภาพให้น้อยที่สุด และร่วมสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดีสำหรับประชาชนที่จำเป็นต้องใช้บริการ การประยุกต์ใช้ความรู้ และกลวิธีต่าง ๆ เพื่อสามารถปรับพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคนได้อย่างแท้จริง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2550)

ระบบสุขภาพจะต้องมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพและสร้างเสริมวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน (Donabedian. 1992) คุ่มค่าประหยัดและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมทั้งสามารถสร้างเครือข่ายปฏิบัติงานร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของชุมชน ในปัจจุบันผู้ป่วยเรื้อรังที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลจำเป็นต้องลดต้นทุน พยาบาลจึงต้องสร้างการผสมผสานเชื่อมโยงบริการสุขภาพแต่ละระดับ และเชื่อมโยงบริการสุขภาพเข้ากับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งต้องดูแลผู้ใช้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีความสัมพันธ์อย่างเห็นอกเห็นใจกันระหว่างบุคลากรผู้ใช้บริการ และครอบครัว พยาบาลต้องมีความสามารถในการจัดการ และใช้ความรู้ทางการแพทย์และความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ มาพัฒนาศักยภาพของวิชาชีพ รวมทั้งนำความรู้ที่ได้ไปเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ตรงตามขอบเขต และสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คือ การกระทำการพยาบาลโดยตรงบริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ หรือของประเทศ รวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงโดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแล บุคคล ครอบครัว และชุมชน

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นโรคที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งควรมีบทบาทในการจัดการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนี้

1. การพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care management)

กิจกรรมที่พยาบาลจะต้องดำเนินการ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 2) การสร้างทีมการดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 3) จัดระบบการดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 4) การสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของตนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) สร้างระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 7) สร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยที่รับผิดชอบเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพการบริการ

2. การดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) บทบาทของพยาบาล ได้แก่ 1) ประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความหมาย และตีความหมายต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ซับซ้อนให้ครอบคลุมทุกมิติ 2) วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ข้อมูลหลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยา ความรู้ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก 3) ให้การบำบัดทางการพยาบาลในกลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม 4) ประเมินเฝ้าระวัง ประสานงาน และจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง 5) จัดการกับสถานการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นหรือภาวะวิกฤติฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ 6) คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์ 7) ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนให้ได้รับความปลอดภัยและ 8) ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

3. การประสานงาน (Collaboration) การประสานงานประกอบด้วย 1) ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผน และให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤติฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาล และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) บทบาทที่พยาบาลจะต้องดำเนินการ ได้แก่ 1) การฝึกทักษะ และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอน ความเศร้าโศก สูญเสีย และความรู้สึกหม่นหมองทางช่วยเหลือ ได้ครอบคลุมทุกวิถีของความเจ็บป่วย 2) ฝึกทักษะ และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลในการดูแลตนเอง โดยใช้ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) สอน ชี้แนะ และเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่าให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเอง

5. การให้คำปรึกษาทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย (Consultation) หน้าที่ของพยาบาล คือ 1) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาล และทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อน โดยประมวลข้อมูล และหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ 2) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาล และ

ทีมงานในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาล และทีมงานในการตัดสินใจประเด็นจริยธรรม ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล

6. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการ 1) ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินผล เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง 2) นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพ และคุ้มค่า 3) พัฒนานวัตกรรม และระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาล และร่วมกับเครือข่าย 4) สร้างแผนงานหรือโครงการต่าง ๆ เพื่อการประกันคุณภาพการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

7. ใช้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) พยาบาลจะต้อง 1) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน 2) บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 3) พกพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย 4) ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลในระดับหน่วยงาน และหรือระดับองค์กร 5) มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐาน และผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในการ 1) ติดตาม รวบรวมผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และที่เกี่ยวข้องกับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 2) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล 3) เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติ หรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลเดียวกัน 4) นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ 5) วิเคราะห์ และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติ ที่เป็นเลิศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

9. การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) พยาบาลมีบทบาทที่จะ 1) กำหนดผลลัพธ์ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) พัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล สำหรับใช้ในหน่วยงาน 3) ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาล สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง 4) วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 5) นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 6) จัดทำฐานข้อมูลด้าน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อใช้ติดตาม และเปรียบเทียบผลการปฏิบัติ 7) เผยแพร่วิธีการปฏิบัติ และ ผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติ และผู้เชี่ยวชาญ

สรุปบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทในการเป็นผู้จัดการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในชุมชนได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้อง สร้างระบบการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านและชุมชน สร้างเครือข่ายการช่วยเหลือโดยเน้นการเชื่อมประสานการทำงานของ องค์กรในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น และ กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกัน และเกิดสวัสดิการขึ้นในสังคม เพื่อความเป็น สังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

