

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ทั้งในประเทศและต่างประเทศดังนี้

- 2.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน
- 2.2 การใช้ยาเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน
- 2.3 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ของโรงพยาบาลตากสิน
- 2.4 การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 2.5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน

โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน (Ischemic stroke) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่สมอง (Vascular origin) ทำให้สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง และสมองสูญเสียการทำงานที่ (Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (สถาบันประสาทวิทยา. 2554) คนส่วนใหญ่ เรียกว่า โรคอัมพาต หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองสูญเสียการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยงและความรุนแรงขึ้นอยู่กับการทำลายเนื้อสมอง (นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวชย์ และเมตตา คาพิบูลย์. 2553)

2.1.1 อาการและลักษณะทางคลินิก

อาการและลักษณะทางคลินิกของโรคสมองตีบ อุดตัน ในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือด อาการต่าง ๆ ที่พบ เช่น แขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นต้น การทราบอาการและลักษณะจะเป็นแนวทางในการดูแลรักษาและเลือกการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม

2.1.2 กลไกการเกิดสมองขาดเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550)

1) การอุดตันในหลอดเลือด (Thrombosis) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดที่ทำให้มีการหนาตัวจนทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนนั้น ๆ ไม่เพียงพอหรือขาดเลือดไปความผิดปกติที่ทำให้ผนังของหลอดเลือดหนาตัวนั้นมีได้หลายสาเหตุ เช่น ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis)

ผนังหลอดเลือดฉีกขาด (Dissection) หลอดเลือดอักเสบจากโรคติดเชื้อ (Vasculitis) หรือจากโรคเกี่ยวกับอิมมูน (Autoimmune) เมื่อผนังหลอดเลือดมีความผิดปกติจากสาเหตุดังกล่าวจะทำให้มีการลั่งปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดและไฟบริน (Fibrin) ทำให้หลอดเลือดอุดตัน นอกจากนี้โรคทางโลหิตวิทยาที่ทำให้เลือดมีความหนืดและไหลเวียนได้ช้าจะทำให้เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันได้เช่นกัน

2) ลิ่มเลือดอุดตัน (Embolism) กลไกที่สำคัญ คือ

2.1) ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดง (Artery to artery embolism) เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดทำให้มีลิ่มเลือดทั้งที่ส่วนประกอบเป็นเกล็ดเลือด (White thrombus) หรือเป็นลิ่มเลือด (Red thrombus) เช่น จากหลอดเลือดคาโรทิดที่คอเข้าไปในกะโหลกศีรษะ (Internal carotid artery) หลุดไปอุดตันหลอดเลือดคาโรทิดตรงกลางกะโหลกศีรษะ (Middle carotid artery) หรือเป็นส่วนประกอบอื่น เช่น ผลึกคอเลสเตอรอล (Cholesterol crystal) ซึ่งอาจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดในตำแหน่งที่ไกลออกไป

2.2) ลิ่มเลือดอุดตันจากหัวใจ (Cardiac embolism) เกิดจากลิ่มเลือด (Emboli) จากหัวใจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง

2.3) ลิ่มเลือดอุดตัน ชนิดอื่น ๆ เช่น ลิ่มเลือดจากพาราดอกซ์คอลล (Paradoxical emboli) จากเส้นเลือดดำส่วนลึกอักเสบ (Deep vein thrombosis) ลิ่มเลือดที่เป็นก้อน (Tumor emboli) อาจมาจากมะเร็งปอด ลิ่มไขมัน (Fat embolism) จากการได้รับอุบัติเหตุ

3) การไหลเวียนของเลือดเปลี่ยนแปลงทิศทาง (Hemodynamic changes) อาจเกิดจาก

3.1) มีการอุดตันของหลอดเลือดไม่มาก แต่เลือดถูกนำไปใช้ในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

3.2) มีการอุดตันไม่มาก แต่เกิดความดันโลหิตต่ำทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงในส่วนนั้นไม่เพียงพอ

3.3) เกิดจากการที่มีหลอดเลือดผิดปกติ เช่น หลอดเลือดแดงผิดปกติ (Arteriovenous malformation) ทำให้การไหลเวียนของเลือดเปลี่ยนแปลงทิศทาง

4) หลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospasm) อาจเกิดจาก

4.1) เลือดออกที่ชั้นอะราชนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) โดยเฉพาะจากการแตกของเบอร์รี่ (Berry aneurysm)

4.2) การใช้ยา (Drug-induced) เช่น ยาเออร์โกตามีน (Ergotamine)

5) ไม่ทราบกลไกแน่ชัด

เมื่อมีภาวะสมองขาดเลือดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะเกิดปรากฏการณ์ทางชีวภาพต่าง ๆ ทำให้เนื้อสมองขาดพลังงานและตายไป การตายของเนื้อสมองนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดเลือด ทั้งนี้ความรุนแรงของการขาดเลือดที่สมองในบริเวณต่าง ๆ

อาจมีความแตกต่างกัน ตัวอย่าง เช่น บริเวณใจกลางของสมองส่วนที่ขาดเลือดจะมีเลือดไปเลี้ยงน้อยที่สุด (Ischemic core) ทำให้ทนต่อการขาดเลือดได้ไม่นานและเกิดการสูญเสียอย่างถาวร ในขณะที่บริเวณสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียงโดยเฉพาะบริเวณรอบ ๆ ใจกลาง อาจมีการขาดเลือดไม่รุนแรงเท่าเนื่องจากมีเลือดจากหลอดเลือดบริเวณใกล้เคียงช่วยส่งเลือดมาเลี้ยง (Collateral circulation) สมองส่วนนี้จะสามารถทนต่อการขาดเลือดที่ไม่รุนแรงได้เป็นเวลานานกว่าสมองที่อยู่บริเวณใจกลางบริเวณที่ขาดเลือดไม่รุนแรง (Ischemic penumbra) สมองส่วนใจกลางที่ขาดเลือดนี้จึงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท เช่น มีอาการอ่อนแรง ชา แต่ถ้าผู้ป่วยนั้นได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทัน่วงที่ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงสมองในบริเวณนี้เพิ่มขึ้นและเพียงพอ ก็อาจช่วยให้สมองส่วนนี้ฟื้นขึ้นมาทำงานเป็นปกติได้

2.1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550) เกิดสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้

1) ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ของหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่และขนาดกลางซึ่งถือเป็นสาเหตุสำคัญ

2) โรคของผนังหลอดเลือด ได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบ (Vasculitis) หลอดเลือดผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital abnormal vessel) หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกกดทับโดยกระดูก โรคมะเร็งที่ผนังหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผลจากการฉายรังสีรักษา

3) โรคทางโลหิตวิทยา ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับเซลล์เม็ดเลือด เช่น ภาวะเลือดข้น (Polycythemia) เส้นเลือดอักเสบ (Thrombocytosis) มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) ภาวะโลหิตของซิกเกิลเซลล์ (Sickle cell anemia) และ โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบการแข็งตัวของเลือด (Coagulation system) หรือเป็นปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ง่ายซึ่งเป็นแต่กำเนิด เช่น ความผิดปกติของระบบโปรตีนซี (Protein C) และโปรตีนเอส (Protein S) เป็นต้น

4) โรคที่เกิดจากลิ่มเลือดส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย (Cerebral embolism)

5) โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นจากกรรมพันธุ์ เช่น Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarct and Leukoencephalopathy (CADASIL)

6) โรคหลอดเลือดสมองอื่นที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน เช่น Migrainous infarction และ Benign reversible angiopathy เป็นต้น

2.1.4 ลักษณะการดำเนินโรค (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดในเนื้อสมองส่วนต่าง ๆ ทั้งในสมองชั้นนอก (Supratentorium) และสมองชั้นใน (Infratentorium) มีลักษณะการดำเนินโรคในกลุ่มสมองขาดเลือดที่สำคัญดังนี้ คือ อาการที่เริ่มเป็น (Onset) จะเป็นเร็ว (Acute onset) โดยเฉพาะอาการที่เริ่มเป็นขึ้นมาทันที (Sudden onset) จะสนับสนุนการวินิจฉัยมากขึ้น ยกเว้นในบางกรณีที่ตั้งใจไม่มีอาการหรืออาการที่เริ่ม

เป็นไม่ชัดเจน (Silent infarction) และโรคหลอดเลือดสมองบางอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดดำ (Venous stroke) อาจมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป

การดำเนินโรคขึ้นอยู่กับสาเหตุและภาวะแทรกซ้อน ถ้าเป็นโรคในกลุ่มที่เกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือดที่เป็นผลจากความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง การดำเนินโรคมีได้หลายลักษณะดังนี้

1) ความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลันจากการขาดเลือดโดยอาการหายภายใน 24 ชั่วโมง (Transient Ischemic Attack : TIA) หลังจากเกิดอาการแต่มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยอาการหายภายใน 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 1 ชั่วโมง แล้วหายภายใน 24 ชั่วโมง นั้นมีเพียงประมาณร้อยละ 15 และมีข้อมูลว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น TIA อาจพบรอยโรคของเนื้อสมองจากการตรวจภาพสมอง หรือการทำผ่าชันสูตร (Autopsy) จึงได้มีความพยายามที่จะใช้คำนิยามใหม่โดยให้ระยะเวลาของ TIA น้อยกว่า 1 ชั่วโมง และต้องไม่มีการขาดเลือด (Infarction) แต่ถ้ามีรอยการขาดเลือดจะให้ชื่อว่า Cerebral infarction with transient signs คำนิยามดังกล่าวต้องใช้ภาพสมองประกอบการวินิจฉัย

2) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการมากขึ้นภายในช่วงเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (Worsening stroke หรือ Stroke in evolution หรือ Progressive stroke) อาการที่เป็นมากขึ้นนั้นอาจเป็นอาการเดิมที่เป็นอยู่แต่มีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้นหรือว่ามีความรู้สึกตัวเลวลง รอยโรคส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดเล็ก ๆ (Lacunar infarcts) นอกจากนั้นเป็นหลอดเลือดใหญ่ (Large vessel atherosclerosis) และลิ่มเลือดอุดตัน (Embolism) ตามลำดับ ส่วนกลไกที่ทำให้เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับช่วงเวลา โดยภายในช่วง 24 – 48 ชั่วโมงแรก มักเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่ขาดเลือด หลังจากนั้นอาการที่เลวลงอาจเกิดจากมีเลือดออกภายในเนื้อสมองที่ขาดเลือด (Hemorrhagic infarct) ซึ่งมักเกิดหลังจาก 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) หรือภาวะสมองบวมที่มักเกิดในวันที่ 2 ถึงวันที่ 5 ภาวะดังกล่าวอาจทำให้เกิดการกดเบียดสมองส่วนอื่น เกิดการเคลื่อนของเนื้อสมอง (Herniation syndrome) หรือแรงดันในสมองเพิ่มขึ้น (Increased intracranial pressure) อาการที่เป็นมากขึ้นอาจเป็นผลจากการขาดเลือดมากขึ้น เนื่องจากไม่สามารถกำจัดลิ่มเลือดที่มาเกาะได้ หรือเกิดการก่อตัวของลิ่มเลือดหรือไขมัน (Thrombus) ที่มากขึ้น นอกจากนี้ ความผิดปกติทางอายุกรรมอื่น เช่น ความดันโลหิตลดลง ภาวะขาดออกซิเจน ไข้ ภาวะน้ำตาลต่ำหรือการติดเชื้อก็สามารถทำให้อาการผิดปกติทางระบบประสาทเลวลงได้เช่นกัน

3) โรคหลอดเลือดสมองที่พบความผิดปกติของระบบประสาทที่มีความรุนแรงคงที่ไม่เป็นมากขึ้นหรือน้อยลงภายในช่วง 2 ถึง 3 วัน (Complete stroke)

4) โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นหลายครั้งในหลายตำแหน่งที่ทำให้เกิดความพิการมากขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าเป็นโรคในหลอดเลือดใหญ่ก็จะมีอาการดำเนินโรคเป็นหลาย ๆ ครั้งอย่างชัดเจน (Chronic stroke)

แต่ถ้าเป็นโรคในหลอดเลือดเล็กอาการอาจค่อยเป็นค่อยไป เช่น โรคในกลุ่มพาร์กินสัน จากหลอดเลือด (Vascular parkinsonism) หรือสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular dementia) โรคในกลุ่มที่เกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือดที่เป็นผลจากความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง ถ้าผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตในระยะแรกอาการมักจะดีขึ้นไม่มากนักน้อย ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สมองบวม (Brain edema) เลือดออกภายในเนื้อสมองที่ขาดเลือด (Hemorrhagic infarction) ภาวะมีน้ำในสมองมากเกินไป (Hydrocephalus) หรือจากการกดเบียดเวนต์เคลออาการอาจเป็นมากขึ้นเป็นชั่วโมง หรือเป็นวันภายหลังจากระยะเฉียบพลัน (Acute onset) ส่วนโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น หลอดเลือดอักเสบ ขึ้นกับว่าสามารถควบคุมโรคเหล่านั้นได้หรือไม่ ถ้าควบคุมได้อาการก็จะหยุดลงหรือดีขึ้น ถ้าควบคุมไม่ได้อาการอาจเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ

2.1.5 แนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันโดยทั่วไป (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550)

1) การรักษาทั่วไปในระยะเฉียบพลัน

ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันมักมีอาการทันทีทันใด จำเป็นต้องประเมินอย่างรีบด่วนและรักษาผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากเวลาเป็นสิ่งสำคัญมากโดยเฉพาะในช่วงนาทีหรือชั่วโมงแรก ๆ การเกิดอาการ ระบบที่ต้องพิจารณา ได้แก่

ระบบทางเดินหายใจ

ในผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดตรงตำแหน่งที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือด Middle cerebral เป็นบริเวณกว้าง การขาดเลือดในบริเวณก้านสมองหรือการมีเลือดออกในสมองขนาดใหญ่อาจทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ และทำให้รีเฟล็กซ์ป้องกันการสำลักลดลง จึงควรใส่ท่อหายใจในช่วงแรก นอกจากนี้อาจมีภาวะขาดออกซิเจนหรือระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ต่ำกว่าร้อยละ 95 ซึ่งจะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดเสียหายรุนแรงมากขึ้น จึงควรให้ออกซิเจนอย่างพอเพียงทางจมูกหรือท่อช่วยหายใจ และตรวจระดับออกซิเจนในเลือดโดยใช้เครื่องวัดออกซิเจน (Pulse oxymetry) หรือตรวจหาออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Arterial blood gas)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตในระยะแรกสูงกว่าปกติจากปัจจัยหลายอย่างรวมทั้งเป็นกลไกของร่างกายที่จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น ถ้าความดันโลหิตไม่สูงจนเกินไป ไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิต โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเกิดโรค แต่ถ้าความดันโลหิตสูงขึ้นมากกว่า 220/120 มิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท) จำเป็นต้องได้รับยาลดความดันโลหิต กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาลดความดันโลหิตซึ่งเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น ควรลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 มม.ปรอท ก่อนให้ยาและภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังให้การรักษา (AHA/ASA. 2013)

ยาลดความดันโลหิตควรมีฤทธิ์สั้นเพื่อให้ความดันโลหิตลดลงช้า ๆ เช่น โซเดียม-ไนโตรพรัสไซด์ (Sodium nitroprusside) ไนโตรไกรเซอร์รีน (Nitroglycerine) ทางหลอดเลือดดำ หรือยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor) ชนิดที่ออกฤทธิ์สั้น ไม่ควรใช้ยากลุ่มแคลเซียมแอนตาโกนิส (Calcium antagonist) โดยเฉพาะเนฟิดิพิน (Nifedipine) อมใต้ลิ้น เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตลดลงเร็วเกินไป จนสมองขาดเลือดมากขึ้นได้ (AHA/ASA. 2013)

ตารางที่ 1 การให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน

	ความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน	การรักษา
ผู้ป่วยทั่วไป	ความดันโลหิต Systolic \leq 220 หรือ Diastolic \leq 120 มม.ปรอท ความดันโลหิต Systolic $>$ 220 หรือ Diastolic $>$ 125 – 140 มม.ปรอท ความดันโลหิต Diastolic $>$ 140 มม.ปรอท	ให้อ่อนพักในที่สงบ สังเกตอาการ Captopril ทางปาก Hydralazine ทางหลอดเลือดดำ Nicardipine หยดทางหลอดเลือดดำ Nitroglycerine หยดทางหลอดเลือดดำ Nitroprusside หยดทางหลอดเลือดดำ Nitroprusside หยดทางหลอดเลือดดำ
ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาลดความดันโลหิต	ความดันโลหิต Systolic $>$ 185 หรือ Diastolic $>$ 110 มม.ปรอท ความดันโลหิต Diastolic $>$ 140 มม.ปรอท	Nicardipine หยดทางหลอดเลือดดำ Nitroglycerine หยดทางหลอดเลือดดำ Nitroprusside หยดทางหลอดเลือดดำ Nitroprusside หยดทางหลอดเลือดดำ

สารน้ำและเกลือแร่

ควรดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีสารน้ำและเกลือแร่ในระดับปกติ คือ ไม่มากหรือน้อยเกินไป (Normovolemia) โดยทั่วไปไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคส เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจมีผลให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง ยกเว้นกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รับประทานอาหารได้น้อยหรืออยู่ระหว่างงดน้ำและอาหาร ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นควรจำกัดสารน้ำเพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้นได้

ระดับน้ำตาลในเลือด

โดยทั่วไปแนะนำให้ลดระดับน้ำตาลกรณที่มีค่าสูงกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยฉีดอินซูลินที่ออกฤทธิ์สั้น แต่ถ้าน้ำตาลต่ำอาจทำให้สมองขาดพลังงานและทำลายเซลล์สมองได้จึงควรให้การรักษา

อุณหภูมิของร่างกาย

หากมีไข้สูงในระยะแรกของการเกิดภาวะสมองขาดเลือดอาจทำให้พิการและอัตราการตายสูงขึ้น เนื่องจากสมองต้องใช้พลังงานมากและมีการหลั่งของสารสื่อประสาทและอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น จึงควรหาสาเหตุและลดไข้ลงอย่างรวดเร็ว เช่น ให้น้ำลดไข้เซตามิโนเฟน เช็ดตัวบ่อย ๆ หรือใช้ผ้าห่ม อุณหภูมิต่ำ

การกลืน

ความผิดปกติในสมองอาจทำให้เกิดปัญหาการกลืนโดยเฉพาะของเหลวและน้ำ ซึ่งอาจจะทำให้สำลักและติดเชื้อในปอด พบได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยในช่วงแรกหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือด จึงควรประเมินการกลืนแต่แรก ในผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาจดื่มน้ำทางปากจนกว่าจะผ่านช่วงวิกฤติ

2) การรักษาเฉพาะในระยะเฉียบพลัน

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาลำดับแรก คือ ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจะต้องให้ในระยะเวลากำกัฏ หลังจากเกิดอาการ ยาชนิดอื่นที่ใช้ ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) และยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)

กรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการจะให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) ขนาด 0.6 - 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ตามน้ำหนักผู้ป่วยแต่ไม่เกิน 90 มิลลิกรัม โดยแบ่งให้ร้อยละ 10 ทางหลอดเลือดดำใน 1 นาที ส่วนที่เหลือหยดทางหลอดเลือดดำต่ออีก 60 นาที

ยาด้านเกล็ดเลือดอาจเป็นแอสไพรินซึ่งมีใช้กันมานานหรือยาชนิดอื่นมีหลักฐานชัดเจนว่ามีประโยชน์ในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลันสำหรับภาวะสมองขาดเลือดภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ (AHA/ASA. 2013) และแอสไพรินช่วยป้องกันการเกิดสมองขาดเลือดซ้ำด้วย

ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดโดยเฉพาะเฮพาริน (Heparin) ใช้รักษามานานต่อมาได้พัฒนาเป็นกลุ่มเฮพารินที่มีน้ำหนักโมเลกุลน้อย (Low-molecular weight heparin) และเฮพารินอยด์ (Heparinoid) จุดประสงค์เพื่อรักษาและป้องกันไม่ให้อุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ป้องกันการเกิดสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดหัวใจรวมทั้งช่วยป้องกันและรักษาการอุดตันของหลอดเลือดดำบริเวณขา (Deep venous thrombosis) ซึ่งเป็น

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียง แต่ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ คือ เกิดเลือดออกในตำแหน่งต่าง ๆ โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง

3) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจุบันมีหลักฐานว่าควรรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) เนื่องจากช่วยลดอัตราการตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีกว่าการรับไว้ในหออายุรกรรมทั่วไป ซึ่งต้องประเมินความรุนแรง ตำแหน่งและขนาด รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสมองขาดเลือด โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

3.1) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (Life-threatening stroke)

สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดในสัปดาห์แรก คือ สมองบวม (Brain edema) เพราะมักมีสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างในตำแหน่งที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดซีรีรัมส่วนกลาง (Middle cerebral) คาโรติด้านใน (Internal carotid) หรือการขาดเลือดของสมองส่วนซีรีเบลลัม (Cerebellum) โดยทั่วไปการเกิดสมองบวมจะรุนแรงที่สุดในวันที่ 2 - 5 หลังเริ่มมีภาวะสมองขาดเลือด แต่ที่มีภาวะนี้ในส่วนซีรีเบลลัม บางรายที่มีสมองบวมมากอย่างรวดเร็วและเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ มักมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดบริเวณที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือด ซีรีรัมส่วนกลางในระยะแรก อาจมาด้วยอาการอ่อนแรง ขยับแขนขาซีกตรงข้ามไม่ได้ ร่วมกับอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งว่ามีรอยโรคบริเวณผิวสมอง (Cortex) และสมองส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติของการใช้ภาษา (Aphasia) ถ้าเป็นที่สมองซีกซ้าย หรือไม่สนใจร่างกายซีกตรงกันข้ามกับรอยโรค (Neglect) การมองเห็นผิดปกติซีกใดซีกหนึ่งของลานสายตา (Hemianopia) เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีภาวะสมองบวมและมีการเลื่อนของสมองไปกดสมองอีกข้างหนึ่งหรือก้านสมอง อาจตรวจพบการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของร่างกายด้านตรงข้ามกับที่มีอาการมาแต่เดิม ได้แก่ มีความตึงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีรีเฟล็กซ์ (Deep tendon reflex) หรือพบบาบินสกี (Babinski's sign) ถ้าผู้ป่วยเป็นมากขึ้นและมีการเลื่อนที่ของสมองไปกดบนเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 และก้านสมองอาจตรวจพบรูม่านตาขยายซึ่งมักเป็นข้างเดียวกับรอยโรคและซึ่มลง สำหรับผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดที่ซีรีเบลลัมและเกิดภาวะสมองบวมอาจเกิดการคั่งของน้ำในสมอง (Hydrocephalus) และมีการกดก้านสมองทำให้ปวดศีรษะรุนแรงบริเวณท้ายทอยร่วมกับอาเจียนมาก เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ร่วมกับอาการที่แสดงถึงความผิดปกติของก้านสมอง ได้แก่ ซึ่มลงแขนขาเกร็ง หยุดหายใจ และเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสมองบวม และมีการเลื่อนที่ของสมองหรือมีเลือดออกซ้ำในบริเวณที่สมองขาดเลือด ได้แก่

(1) การรักษาทั่วไปมีวัตถุประสงค์หลักอยู่ 3 ประการ คือ 1) เพื่อลดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ 2) เพื่อควบคุมประคองให้สมองมีเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ ไม่เกิดการขาดเลือดมากขึ้น 3) เพื่อป้องกันการทำลายของสมองเพิ่มขึ้นจากการเลื่อนของสมองไปกดทับยังบริเวณอื่น

การรักษาทั่วไป คือ งดอาหารและน้ำทางปาก จำกัดสารน้ำ นอนศีรษะสูง ประมาณ 30 องศา ระวังไม่ให้คอพับเพื่อป้องกันการคั่งของเลือดดำในสมอง งดให้สารน้ำไฮโปออสโมลา (Hypo-osmolar fluid) เนื่องจากอาจทำให้สมองบวมมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักร่วมด้วยควรให้ยากันชัก ถ้ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจทำให้ภาวะสมองบวมมากขึ้น เช่น มีไข้ ควรรักษาตามอาการ

(2) การใส่ท่อช่วยหายใจและการป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำในกรณีที่ผู้ป่วยอาการเลวลง และเพิ่มอัตราการหายใจเพื่อลดระดับของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Hyperventilation) เพื่อลดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ

(3) การให้สารออสโมติก (Osmotic agent) ได้แก่ แมนนิทอล (Mannitol) ขนาด 0.25 – 0.5 กรัม/กิโลกรัม หยดทางหลอดเลือดดำภายใน 20 นาที จะช่วยลดภาวะสมองบวมได้อย่างรวดเร็วและอยู่ได้ประมาณ 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้ซ้ำได้ทุก 6 – 8 ชั่วโมง

(4) การรักษาโดยการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน คือ สมองขาดเลือดที่ซีรีเบลลัม และมีการบวมกดก้านสมอง นอกจากนี้ หากขาดเลือดเป็นวงกว้างในบริเวณที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดซีรีรัมส่วนกลาง อาจพิจารณาผ่าตัดเพื่อลดการกดของสมองและอาจต้องตัดสมองส่วนที่เสียทิ้งไปเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย เช่น ทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะออกแล้วไม่ปิดเข้าไป (Craniectomy) และตัดส่วน เทมเพอรัล (Temporal lobe) หรือทำเฉพาะผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะออกแล้วปิดเหมือนเดิม (Craniotomy) และเปิดเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Dura) เพื่อให้สมองบวมมีพื้นที่เพิ่มขึ้นและไม่รบกวนสมองส่วนดีที่ยังเหลืออยู่

(5) การรักษาภาวะเลือดออกในบริเวณที่สมองขาดเลือด (Hemorrhagic infarction) ถ้าก้อนเลือดขนาดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอาจต้องแก้ไขปัจจัยที่ทำให้เลือดออกง่าย เช่น ให้เกล็ดเลือดหรือพลาสมาและพิจารณาผ่าตัด หากไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ควรรักษาแบบประคับประคองและงดเว้นยาซึ่งอาจมีผลทำให้มีเลือดออกมากขึ้น

3.2) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการรุนแรงต้องดูแลใกล้ชิด

(1) ผู้ที่มาด้วยลักษณะที่บ่งชี้ว่าสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ ภายใน 1-2 วันแรก จะต้องเฝ้าดูอาการใกล้ชิด ลักษณะที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีภาวะนี้ ได้แก่

ก. สมองขาดเลือดในบริเวณที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดซีรีรัมส่วนกลางจะมีอาการรุนแรงมากทั้งแขนและขา (Hemiplegia) และขาครึ่งซีกหรือมีอ่อนแรงของแขนและมือมากร่วมกับอาการอื่น ๆ ได้แก่ ตาทั้งสองข้างมองไปยังด้านที่มีรอยโรค (Forced eye deviation) มีความผิดปกติของการใช้ภาษาชนิดรุนแรง (Global aphasia) ถ้ามีรอยโรคที่สมองซีกซ้าย ไม่สนใจร่างกายด้านตรงข้าม

กัปรอยโรค (Hemi inattention/neglect) หรือสับสนและการมองเห็นผิดปกติ (Homo-myomous hemianopia)

ในกรณีที่ได้ประเมินภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National Institute of Health Stroke Scale : NIHSS) ร่วมด้วย ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนของ NIHSS มากกว่า 15 แสดงว่าน่าจะมีสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง

ข. สมองขาดเลือดในบริเวณซีรีเบลลัม ผู้ป่วยมักเดินเซหรือใช้แขนไม่ถนัดปวดศีรษะมากบริเวณท้ายทอยร่วมกับเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตรวจร่างกายมักพบสิ่งบ่งชี้ถึงความผิดปกติของซีรีเบลลัม เช่น อาการเซหรือมือแกว่งไม่เท่ากันทั้งสองข้าง (Dysmetria ataxia) และลูกตากระตุก (Nystagmus)

ค. ผู้ที่มีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือการตรวจด้วยคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็กพบบริเวณสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ในตำแหน่งของหลอดเลือดซีรีรัมส่วนกลาง หรือซีรีเบลลัม แต่ยังไม่มีการเลื่อนที่ของสมอง

ถ้าผู้ป่วยมารักษาหลังจากช่วงเวลา 4.5 ชั่วโมง จากที่เกิดอาการและไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ จะต้องดูอาการอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกันโดยประเมินสัญญาณชีพรวมทั้งอาการทางระบบประสาทเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ยาวนานอยู่ระหว่าง 3-9 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ หรือไม่ทราบระยะเวลาการเกิดอาการแน่ชัด อาจพิจารณาตรวจสอบเพิ่มเติมเพื่อประเมินบริเวณของสมองที่ยังสามารถช่วยฟื้นกลับมาได้ (Ischemic penumbra) การใช้เครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ด้วยเทคนิค Diffusion Weighted Imaging (DWI) ร่วมกับเทคนิค Perfusion Weighted Imaging (PWI) และการตรวจด้วยเทคนิค Perfusion CT scan จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์อาจยืดระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

สำหรับวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจพิจารณาให้ Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำหรือให้โดยตรงผ่านสายสวนเข้าไปยังหลอดเลือดแดงแล้วแต่กรณี นอกจากนี้ ควรระมัดระวังและรักษาภาวะที่อาจกระตุ้นให้สมองบวมโดยไม่ให้สารน้ำปริมาณมากเกินไป ระวังไม่ให้คอบีบ ไม่ให้ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ค้าง งดน้ำและอาหารทางปากในช่วงแรก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองบวมเกิดขึ้นควรพิจารณาเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำและให้การรักษา ปรีक्षाประสาทศัลยแพทย์ล่วงหน้าในกรณีที่คาดว่าจะเกิดภาวะสมองบวมเพื่อผ่าตัดทันที่ การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเป็นบริเวณกว้าง (Wide craniotomy) ตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการของภาวะสมองบวมสามารถช่วยลดอัตราตายและความพิการได้เป็นอย่างดีไม่ว่าจะมีรอยโรคของสมองซีกซ้ายหรือขวา

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดใหญ่เหล่านี้ไม่ควรให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดในระยะแรก อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น สมองบวมหรือเลือดออกในสมองภายใน 4-5 วัน วันแรกอาจพิจารณาให้ยาเหล่านี้ได้โดยเฉพาะสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุจากลิ่มเลือดซึ่งหลุดมาจากหัวใจและจำเป็นต้องรักษาด้วยยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดในระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ ควรพิจารณาให้ยานี้หลังพ้นช่วงแรกไปแล้วและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนให้ยาเพื่อตรวจหาการมีเลือดออกในสมองขาดเลือดที่อาจไม่แสดงอาการทางคลินิก

(2) ผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดที่เกิดจากรอยโรคของหลอดเลือดบาซิลลา (Basilar) ผู้ป่วยมักมีอาการซึ่งแสดงถึงการสูญเสียการทำงานของก้านสมองส่วนกลาง (Midbrain) และพอน (Pons) เช่น เห็นภาพซ้อน การกลอกตาผิดปกติ เวียนศีรษะ เดินเซ ชา ร่างกายอ่อนแรงทั้ง 2 ซีก ร่วมกับความรู้สึกตัวลดลง บางรายยังมีความรู้สึกตัวดีแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนใดได้เลย ยกเว้นหลับตาและลืมตากับกลอกตาในบางทิศทางเท่านั้น ภาวะนี้พบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณพอนส่วนล่าง ในกรณีที่อาการรุนแรงการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดแดง จะได้ผลดีถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการนานเกิน 3 - 4.5 ชั่วโมง บางรายงานแม้จะมีอาการมานานถึง 24 ชั่วโมง ก็อาจให้การรักษาได้ แต่ต้องไม่มีภาวะสมองขาดเลือดที่ซีรีเบลลัมเป็นบริเวณกว้างร่วมด้วย เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในสมองส่วนซีรีเบลลัม ในกรณีอาการไม่รุนแรงหรือไม่สามารถรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ ควรดูแลอย่างใกล้ชิดและพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด

3.3) ผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดที่มีอาการรุนแรงปานกลาง

คือ มีสมองขาดเลือดที่เกิดจากรอยโรคของหลอดเลือดใหญ่แต่ไม่เข้าเกณฑ์การขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างที่อาจเกิดสมองบวมซึ่งเป็นอันตรายและไม่เข้ากับกลุ่มของโรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (Lacunar infarction) โดยแบ่งผู้ป่วยตามตำแหน่งของหลอดเลือดสมองส่วนหน้า (Anterior circulation) ซึ่งได้รับเลือดมาจากหลอดเลือดแคโรทิด (Carotid) และโรคของหลอดเลือดสมองส่วนหลัง (Posterior circulation) ซึ่งได้รับเลือดมาจากหลอดเลือด

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดปานกลางนี้ ควรสังเกตอาการร่วมกับรักษาแบบประคับประคองให้สารน้ำอย่างพอเพียง ดูแลระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม รักษาภาวะไข้และป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ควรประเมินการกลืนตั้งแต่ต้นเพื่อป้องกันการสำลักและให้แอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมงแรก

3.4) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดขนาดเล็กและอาการไม่รุนแรง

หมายถึง ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงในส่วนลึกของสมอง (Perforating vessel) มักเกิดในผู้ที่มีประวัติ ความดันโลหิตสูงหรือเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยมักมีอาการไม่รุนแรงและไม่มีลักษณะที่บ่งถึงภาวะสมองขาดเลือดส่วนผิวสมอง เช่น

ความผิดปกติในการใช้ภาษา (Aphasia) แต่จะไม่เกิดภาวะสมองบวมหรือเลือดออกที่เป็นอันตราย และมีพยากรณ์โรคในด้านการฟื้นตัวที่ดี มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันต่ำมาก

กลุ่มอาการของสมองขาดเลือดขนาดเล็ก (Lacunar stroke) ที่พบได้บ่อย ได้แก่ มีอาการอ่อนแรงของแขนขาและใบหน้าซีกเดียวกัน โดยไม่มีอาการชาหรืออาการอื่น ๆ อาการอ่อนแรงจะรุนแรงพอ ๆ กัน ทั้งที่ใบหน้าแขนและขา (Pure motor hemiparesis) มีอาการชาที่หน้าและแขนขาครึ่งซีกด้านเดียวกัน โดยไม่มีอาการอ่อนแรงหรืออาการอื่น ๆ (Pure sensory stroke) มีอาการพูดไม่ชัดร่วมกับมือข้างหนึ่งทำงานไม่ถนัด (Dysarthria clumsy-hand syndrome) และมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกแต่ไม่รุนแรงร่วมกับการมีอาการเดินเซมือแกว่ง (Cerebellar sign) ของแขนขาข้างเดียวกัน (Ataxic hemiparesis)

แนวทางการรักษาที่สำคัญ คือ ต้องแยกภาวะหลอดเลือดใหญ่ตีบตัน (Large vessel disease) ออกไป เนื่องจากการรักษาต่างกันถ้าผู้ป่วยมีอาการบ่งถึงสมองขาดเลือดส่วนผิวสมอง มีปวดศีรษะร่วมด้วย หรือพบรอยโรคจากการตรวจทางรังสีวิทยาขนาดใหญ่กว่า 1.5 เซนติเมตร แสดงว่าไม่ใช่การขาดเลือดชนิดหลอดเลือดเส้นเล็ก ควรให้การรักษาเช่นเดียวกับสมองขาดเลือดขนาดปานกลาง การรักษาในระยะเฉียบพลันที่สำคัญ คือ การรักษาแบบประคับประคอง โดยให้สารน้ำอย่างเพียงพอร่วมกับให้แอสไพริน อย่างไรก็ตาม ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและให้การรักษาอย่างเหมาะสม เพราะอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือเลวลงได้ในช่วงแรก ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการเลวลง ควรประเมินทั้งภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่อาจเกิดร่วมด้วยและการเลวลงที่เกิดจากโรคทางระบบประสาท ถ้าไม่พบสาเหตุทั่วไปที่ทำให้มีอาการเลวลงอย่างชัดเจน ควรประเมินสาเหตุและเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ ถ้าพบสมองบวมหรือเลือดออกจำเป็นต้องรักษาสาเหตุที่ควรประเมินมีดังนี้

(1) ภาวะทางอายุรกรรมที่ทำให้การขาดเลือดของสมองรุนแรงขึ้น หรือทำให้อาการทั่วไปเลวลง ได้แก่ การมีไข้ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป การไม่สมดุลของเกลือแร่ การมีออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะเหล่านี้ควรแก้ไขอย่างรวดเร็ว

(2) ภาวะทางอายุรกรรมที่ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง (Cerebral perfusion) ลดลง เช่น ความดันโลหิตต่ำลง การขาดน้ำ การเสียเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดใหญ่ไปเลี้ยงสมอง อาจให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำปริมาณมากขึ้นถ้าไม่มีข้อห้าม ให้นอนราบให้ออกซิเจนทางจมูกในกรณีที่อาการรุนแรง อาจให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ถ้ามีการเสียเลือดและค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ 30 ควรให้เลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านหัวใจ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจวายควรรับรักษา

(3) ภาวะที่ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นในบริเวณที่มีรอยโรคอยู่เดิม (Progressive thrombosis) หรือมีลิ่มเลือดหลุดไปหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal embolization) มักพบในผู้ที่มีการตีบของหลอดเลือดใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมองจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) และโรคของหลอดเลือดขนาดเล็ก พบได้บ้างในผู้ที่มีหลอดเลือดอุดตันจากโรคหัวใจ การวินิจฉัยให้แน่นอนทำได้ยาก แต่อาจพบได้จากการตรวจพิเศษการอัลตราซาวด์ (Transcranial ultrasound) อาจพบลิ่มเลือดขนาดเล็กหลุดออกไป (Microembolism) ควรรักษาโดยให้สารน้ำให้พอเพียง รักษาความดันโลหิตไม่ให้ต่ำเกินไป นอนราบ ให้ออกซิเจนทางจมูกและอาจให้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือดหรือกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือดและยาลดไขมันกลุ่มสแตติน ในบางกรณีอาจต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหรือขยายหลอดเลือด

4) การรักษาระยะยาว

แนวทางการรักษาระยะยาว มีหลักใหญ่ ๆ 2 ประการ คือ

4.1) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ด้วยกายภาพบำบัด

4.2) การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ การควบคุมและรักษา

ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การรักษาโดยให้ยาและการผ่าตัดในบางราย

การรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ มีแนวทางดังนี้

- กรณีเกิดจากลิ่มเลือดหัวใจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นไม่ตรงจังหวะ (Atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ หรือภายหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจบางชนิด ควรให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

- กรณีสมองขาดเลือดจากสาเหตุอื่น ๆ โดยเฉพาะหลอดเลือดแข็ง และโรคของหลอดเลือดขนาดเล็ก ยาที่ควรใช้ ได้แก่ ยาด้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน (Aspirin) (50-325 มิลลิกรัม/วัน) หรือทiclopidine (Ticlopidine) (500 มิลลิกรัม/วัน) หรือโคลิโดเกรล (Clopidogrel) (75 มิลลิกรัม/วัน) หรือไดไพริดาโมล (Dipyridamole) ชนิด Extended release (400 มิลลิกรัม/วัน) หรือแอสไพริน (50 มิลลิกรัม) ร่วมกับไดไพริดาโมล ชนิด Extended release (400 มิลลิกรัม/วัน) หรือซิลอสตาซอล (Cilostazol) (200 มิลลิกรัม/วัน) ส่วนยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติ้ง (Angiotensin converting enzyme inhibitor) สามารถลดภาวะสมองขาดเลือดทั้งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตปกติ ยาบางชนิดถ้าใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะก็ลดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำได้ นอกจากนี้ ยาในกลุ่มต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blocker) บางชนิดพบว่าได้ผลเช่นเดียวกัน ยาลดไขมันในเลือดกลุ่มสแตติน พบว่าลดภาวะสมองขาดเลือดทั้งในผู้ที่ยังไม่เคยมีภาวะนี้และใช้ป้องกันการเกิดซ้ำ และควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง เบาหวาน รวมทั้งการงดสูบบุหรี่

2.1.6 การดูแลรักษาโดยสหสาขาวิชาชีพ (ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. 2550 ; นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550)

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดจำเป็นต้องมีบุคลากรหลายฝ่ายทำงานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บทบาทของสหสาขาวิชาชีพ

สหสาขาวิชาชีพ	บทบาทการดูแลรักษา
1. แพทย์	วินิจฉัยโรค วางแผนและให้การรักษา ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ให้ความรู้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาวิจัย และประเมินผล
2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและบุคลากรฝ่ายสนับสนุนด้านการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย	ให้การพยาบาลตามหลักวิชา ประเมินอาการทั่วไป เป็นระยะ ประเมินการกลืนในระยะแรก ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้และคำแนะนำให้กำลังใจ ผู้ป่วยและญาติ วางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลและติดตามตัวชีวิต
3. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและบุคลากรทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู (นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักอรรถบำบัด)	ประเมินความพิการเพื่อป้องกันการไม่สามารถชดเชยข้อบกพร่องส่วนใดส่วนหนึ่งได้และฟื้นฟูให้อาการดีขึ้น สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพที่เหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่มเมื่อผู้ป่วยพร้อมและฟื้นฟูระยะยาว
4. อายุรแพทย์ทั่วไป และอายุรแพทย์ด้านหัวใจ	ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางอายุกรรมโดยเฉพาะโรคหัวใจ ประเมินและหาสาเหตุของการมีสมองขาดเลือด ที่อาจเกิดโรคหัวใจบางชนิด
5. จิตแพทย์	ดูแลปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยตั้งแต่แรกเริ่ม ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เพื่อให้มีกำลังใจในการรักษา ฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
6. ประสาทศัลยแพทย์	ประเมินและผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ ในผู้ป่วยสมองบวมอย่างรุนแรงที่อาจต้องผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อไม่ให้สมองที่บวมไปกดเบียดสมองส่วนอื่น ในกรณีผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดใหญ่ เช่น การตีบของหลอดเลือดบริเวณคอ (Internal carotid) ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สหสาขาวิชาชีพ	บทบาทการดูแลรักษา
7. เภสัชกร	ให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
8. นักจิตวิทยา	ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา พฤติกรรมและอารมณ์ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งวิจัยและประเมินผล
9. โภชนาการ	จัดอาหารให้ครบหมวดหมู่ตามปริมาณที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดโรคของหลอดเลือดซ้ำ แนะนำอาหารที่ควรและไม่ควรรับประทานให้ผู้ป่วยและญาติขณะอยู่โรงพยาบาลและ เมื่อกลับบ้าน
10. นักสังคมสงเคราะห์	ประเมินภาพรวมโดยเฉพาะเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ ผู้ดูแลและญาติเมื่อจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อการจัดสถานะแวดล้อมที่เหมาะสมขณะกลับไปอยู่บ้าน
11. ผู้จัดการโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke director)	เป็นหัวหน้าทีม ดูแล ควบคุมมาตรฐาน กำหนดนโยบาย
12. อาสาสมัครชุมชน	เยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและทำงานร่วมกับทีมพยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยบ้าน ส่งเสริมผู้ป่วยและญาติให้ช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากเข้าใจปัญหาและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง

2.1.7 การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วย

ในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลควรวางแผนเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยทั้งผู้ป่วยและญาติต้องมีส่วนร่วม การเตรียมการประกอบด้วย

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสาเหตุของโรคและแนวทางการรักษา โดยบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ตามความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในขณะนั้น

2) การให้ความรู้ด้านการดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาความรู้สึกรู้ตัว การกลืน และการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งวิธีสังเกตอาการที่อาจเป็นอันตรายและต้องรับการแก้ไข โดยต้องทราบว่าญาติคนใดจะรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ตามปกติและแนะนำให้ญาติร่วมดูแลตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล

3) การให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด วางแผน กำหนดเป้าหมาย และสอนผู้ป่วยและญาติเพื่อนำไปปฏิบัติ อาจนัดผู้ป่วยให้มาทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหรือส่งต่อไปสถานพยาบาลที่ฟื้นฟูผู้ป่วยโดยเฉพาะ

4) การให้ความรู้และเตรียมการด้านจิตใจ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มักมีอาการปัจจุบันทันด่วนและอาจทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการ ดังนั้น ต้องป้องกันปัญหาด้านจิตใจและการปรับตัวให้กับผู้ป่วยและญาติ ปัญหาจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้าและนอนไม่หลับ จึงต้องสังเกตอาการผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทั้งนี้แพทย์และพยาบาลรวมทั้งญาติต้องร่วมกันสังเกตอาการ จิตแพทย์ต้องช่วยประเมินความรุนแรงของปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไข ผู้ป่วย มีปัญหาการสื่อสารหรือมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำให้การประเมินปัญหาด้านจิตใจทำได้ลำบาก ขึ้นซึ่งต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านนี้โดยเฉพาะ

5) การเตรียมความพร้อมด้านโภชนาการ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใส่สายให้อาหาร เนื่องจากกลืนเองไม่ได้ จึงควรเตรียมผู้ดูแล ตั้งแต่วิธีประกอบอาหาร การให้อาหาร การรักษาความสะอาดสายให้อาหาร และการเลือกอาหารที่เหมาะสมรวมทั้งวิธีประกอบอาหารที่ถูกต้องซึ่งมีส่วนช่วยอย่างมากในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

6) การเตรียมการด้านสังคม ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ เวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยเฉพาะกิจกรรมบำบัดที่จะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมหรือปรับตัวในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ที่มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาพรวมทั้งความเป็นอยู่ เศรษฐฐานะ สภาพแวดล้อม การประสานงานกับผู้ที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาว และการปรับตัวของผู้ป่วย เข้าสู่สังคม

จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลต้องอาศัยการประสานร่วมมือของบุคลากรหลายฝ่ายที่มีหน้าที่เชื่อมโยงกันรวมทั้งต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสำคัญ หลังการจำหน่าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลต่อในสถานะผู้ป่วยนอกตามสภาพปัญหาและความต้องการที่พบ เช่น การทำกายภาพบำบัด การปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาที่เหมาะสม เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลซึ่งอาจจะเป็นญาติผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ซึ่งจะต้องได้รับคำแนะนำและฝึกการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

2.2 การใช้ยาเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน

แนวทางปฏิบัติในการใช้ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ (อารมณี เกษภูฏานเมธา. 2550 ; ทศนีย์ ดันดิฤทธิ์ศักดิ์. 2555)

1) ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (Antithrombotic therapy) ที่สำคัญคือ ยาในกลุ่มยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets) ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin) ไดไพริดาโมล (Dipyridamole) ทิโคลพิดีน (Ticlopidine) โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) มีแนวทางการใช้ดังนี้

1.1) กรณีผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากหัวใจ (Non-cardioembolic stroke) ให้เลือกใช้ยาโดยพิจารณาภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ผลไม่พึงประสงค์จากยาและราคา เช่น เลือกใช้แอสไพรินราคาถูกกว่า กรณีที่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes) เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Unstable angina/non-ST MI) อาจใช้โคลพิโดเกรลร่วมกับแอสไพริน เป็นต้น รายละเอียดของยาแต่ละชนิดมีดังนี้

(1) Aspirin AHA/ASA ยอมรับว่าเป็นการรักษาแรกเริ่ม (Initial therapy) ในการป้องกัน (Secondary prevention) การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) ขนาดที่แนะนำ คือ 50-325 มิลลิกรัม ออกฤทธิ์ต่อต้านการเกาะรวมตัวกันของเกล็ดเลือด ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด หากใช้ขนาดที่สูงกว่านี้อาจเกิดผลข้างเคียงเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้เพิ่มประสิทธิภาพ ดังนั้น ในผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วหายภายใน 24 ชั่วโมง (Stroke/TIA) ขณะได้รับแอสไพรินอยู่แล้วจะไม่แนะนำให้เพิ่มขนาดยาเนื่องจากไม่พบว่ามีประสิทธิภาพดีขึ้นในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ อาการข้างเคียงที่อาจเกิด เช่น แสบท้อง อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระสีดำ เป็นต้น

แอสไพริน เป็นยาต้านเกล็ดเลือดชนิดรับประทาน (Oral antiplatelet) เพียงตัวเดียวที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ส่วนใหญ่ให้ภายใน 24 – 48 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการ คือ หากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ควรรออย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนให้ แอสไพริน ขนาดที่แนะนำ คือ 60 – 325 มิลลิกรัมต่อวัน (อารมณ เจษฎาญาณเมธา. 2550)

(2) Dipyridamole + Aspirin combination (Extended-release formulation) ประกอบด้วย 200 มิลลิกรัม Dipyridamole และ 25 มิลลิกรัม Aspirin ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับแอสไพริน ยานี้ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ โดยให้วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น ผลไม่พึงประสงค์เกิดจากการใช้ คือ ปวดศีรษะ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทนต่อการใช้ยาไม่ได้ อาการข้างเคียงที่พบ คือ แสบท้อง อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระสีดำ

(3) Ticlopidine ออกฤทธิ์เหมือนแอสไพริน มักใช้เป็นยาอันดับหลัง ๆ เนื่องจากผลไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือ ผื่น (Rash) และท้องเสีย (Diarrhea) ขนาดที่ให้ คือ 250 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง อาการข้างเคียงที่พบ คือ แสบท้อง อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระสีดำ

(4) Clopidogrel เป็นยากลุ่มเดียวกับ Ticlopidine (เป็น Thienopyridines) มีฤทธิ์เหมือนแอสไพรินทำให้เกิดเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรพิวต่ำ (Neutropenia) แต่พบน้อยกว่า Ticlopidine มาก ยานี้ใช้ในกรณีที่แพ้แอสไพรินและราคาแพงกว่ามาก ขนาดที่ให้ คือ 75 มิลลิกรัม วันละครั้ง อาการข้างเคียงที่พบเช่นเดียวกับทิโคลพิดีน

1.2) กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากหัวใจ (Cardioembolic stroke) ซึ่งเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 20 ของสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน จะเลือกใช้ยาโดยพิจารณาตามลักษณะอาการของโรค ดังนี้

(1) ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation : AF) ไม่ว่าจะ เป็นแบบนาน ๆ จึงพบอาการ (Paroxysmal) หรือเป็นแบบพบอาการเป็นระยะ (Persistent AF) ยาที่ใช้ คือ วอร์ฟาริน (Warfarin) ออกฤทธิ์ขัดขวางการแข็งตัวของเลือด ขนาดที่ให้ปรับยาโดยมีเป้าหมาย คือ ค่าอัตราส่วนของโปรทอมบินของผู้ป่วยกับคนปกติ (International Normalized Ratio : INR) 2.5 (2.0-3.0) อาการข้างเคียงมี คือ เลือดไหลแล้วหยุดยาก แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถใช้วอร์ฟารินได้ให้ใช้แอสไพริน 325 มิลลิกรัมต่อวันแทน โดยทั่วไปจะให้วอร์ฟารินช่วง 2 สัปดาห์ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน แต่ถ้าผู้ป่วยมีความดันเลือดสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีพื้นที่ของสมองตายกว้างอาจพิจารณาเลื่อนการให้ยา วอร์ฟารินออกไปก่อน

(2) ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (AcuteMI) ที่ตรวจคลื่นหัวใจ (Echocardiography) พบลิ่มเลือดที่หัวใจห้องเวเนตริคูลาข้างซ้าย (Left ventricular thrombus) ซึ่งก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากหัวใจได้ จะให้ยาโดยเป้าหมาย คือ ค่า INR 2.5 (2.0-3.0) 3 เดือนถึง 1 ปี และใช้ร่วมกับแอสไพริน ในขนาดไม่เกิน 160 มิลลิกรัมต่อวัน

(3) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรูมาติก (Rheumatic mitral valve disease) ไม่ว่าจะ มี AF ร่วมด้วยหรือไม่ให้วอร์ฟาริน โดยเป้าหมาย คือ ค่า INR 2.5 (2.0-3.0) เพียงชนิดเดียว แต่ถ้าผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันซ้ำ อาจให้แอสไพริน 80 มิลลิกรัมร่วมด้วย เพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ

(4) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic valve disease) โดยผู้ป่วยไม่มี AF ให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) เช่น แอสไพริน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยมี AF ให้ใช้วอร์ฟารินตามข้อ (1)

(5) ผู้ป่วยที่ผ่านการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม (Mechanical heart valve) ให้วอร์ฟาริน โดยเป้าหมาย คือ ค่า INR 3.0 (2.5-3.5) และถ้าเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ ขณะได้รับวอร์ฟารินให้พิจารณาเพิ่มแอสไพริน 75-100 มิลลิกรัมต่อวันร่วมด้วย โดยเป้าหมาย INR เท่าเดิม

2) ยาลดความดันโลหิตมีวัตถุประสงค์เพื่อ ควบคุมความดันเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมาย (Blood pressure control) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือโรค หลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตันซ้ำ กรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วหายภายใน 24 ชั่วโมง และโรคของหลอดเลือดอื่น ๆ คือ ควรให้เมื่อผู้ป่วยผ่านช่วงอาการเฉียบพลันไปแล้ว ตามแนวทางปฏิบัติล่าสุดของ (AHA/ASA. 2013) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน และผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคความดันเลือดสูง และได้รับยาลดความดันเลือดก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ

อดตัน สามารถเริ่มยาได้ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แนวทางปฏิบัติของ (AHA/ASA. 2006) ในการดูแลผู้ป่วยประวัติโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อดตัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ให้พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายเพราะขึ้นกับปัจจัยหลายประการ

การให้ยา Perindopril ร่วมกับ Indapamide สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อดตันซ้ำ ได้ JNC7 แนะนำใช้ ACEIs ร่วมกับ Thiazide ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อดตัน ส่วน AHA/ASA ให้ใช้ Thiazide diuretics หรือ ACEIs ร่วมกับ Thiazide diuretics ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากลักษณะจำเพาะของผู้ป่วยด้วย เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง

3) ยารักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ AHA/ASA แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มสแตติน (Statins) ตามแนวทางปฏิบัติของ NCEP ATP III ในผู้ป่วยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อดตัน ที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดแข็ง หากระดับ LDL-C ไม่สูง อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม Statins เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อดตันซ้ำ หรืออาการทางหลอดเลือด (Vascular events) อื่น ๆ

4) ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใช้ในผู้ป่วยเป็นเบาหวาน เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) และอาจมีผลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) ด้วย โดยมีเป้าหมาย $A1C \leq 7$

2.3 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อดตัน ของโรงพยาบาลตากสิน

2.3.1 ระบบการพยาบาล

ระบบ (System) หมายถึง กลุ่มขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อจุดประสงค์อันเดียวกัน ประกอบด้วย การนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) (ประชุม รอดประเสริฐ. 2543)

ระบบการพยาบาล (Nursing care delivery systems) หมายถึง การทำงานโดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดระบบระเบียบ กำหนดวิธีการดูแล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกขององค์กร โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการกำหนดโครงสร้างและหน้าที่ที่เฉพาะเจาะจงตามความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานและพิจารณาตามแผนการดูแลของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน การพยาบาลจะดำเนินการเป็นทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการรับรองและบุคคลอื่น แต่ละทีมจะให้การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นสร้างความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ละทีมจะต้องมีหัวหน้าทีมเป็นผู้รับผิดชอบ การดูแลผู้ป่วยจะต้องดำเนินการตั้งแต่แรกรับเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลวิชาชีพ วางแผนการพยาบาล บันทึกในเอกสาร เพื่อให้การบริการมีความต่อเนื่อง (Yaseen Hayajneh. 2012)

2.3.2 องค์ประกอบของระบบการพยาบาล

มหาวิทยาลัยอาร์คันซอ เพื่อวิทยาศาสตร์การแพทย์ (University of Arkansas for Medical Sciences : UAMS) ระบุว่าระบบการพยาบาลประกอบด้วย 4 ส่วน

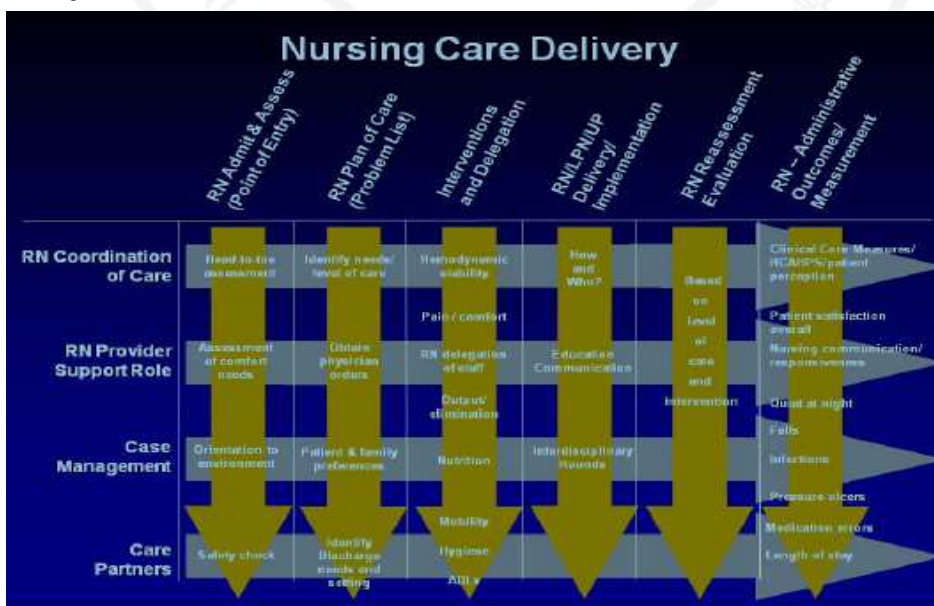
1) การเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/Family partnerships) คือ การดูแลเป็นรายบุคคลอย่างแท้จริง และมุ่งมั่นที่จะร่วมกันเป็นหุ้นส่วน ซึ่งจะต้องวางโครงสร้าง/กระบวนการที่ทำให้เกิดการสื่อสารแบบเปิดกว้างและต่อเนื่องระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล

2) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และการจัดการทรัพยากร (Accountability & Allocation of resources) คือ การระบุขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

3) การประสานร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพ (Collaborative healthcare team) คือ การกำหนดโครงสร้างและกระบวนการที่ทำให้มีการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีการร่วมกันแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

4) การมีภาวะผู้นำ ณ จุดให้บริการ (Leadership at the point of care) คือ การกำหนดโครงสร้างงานที่สนับสนุนภาวะผู้นำของพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้พยาบาลใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ณ จุดที่ให้การดูแลซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถแสดงภาวะผู้นำได้อย่างชัดเจนจากการสื่อสาร การให้การช่วยเหลือ การจัดอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

แผนภูมิที่ 1 ระบบการพยาบาล (Nursing care delivery system)



ที่มา: Koloroutis. 2004

ความสำคัญของระบบการพยาบาล (Koloroutis. 2004)

เป็นระบบของการจัดการดูแลองค์กรและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญไปที่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการกำหนดบทบาทของพยาบาล และโครงสร้างที่จะช่วยให้พยาบาลทำงานอย่างผู้เชี่ยวชาญ สนับสนุนการทำงานเป็นทีม และใช้ทรัพยากรในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลในระบบการพยาบาลจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพเป็นพื้นฐานทั้งสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลด้วยกันเองและเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้สอดคล้องกับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยม ซึ่งหลักการสำคัญ 7 ประการ คือ

1) การดูแลและการรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยรู้สึก สบายแรมถึงดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อส่งเสริมการรักษา

2) การมีภาวะผู้นำของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย และภาวะผู้นำในองค์กร

3) การทำงานเป็นทีม ที่แสดงความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

4) การปฏิบัติการพยาบาลอย่างผู้เชี่ยวชาญ ตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ โดยพัฒนาตนเองและวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

5) การดูแลผู้ป่วยด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1. การตัดสินใจและการสร้างสัมพันธภาพของพยาบาลกับผู้ป่วย 2. การมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและ/หรือการจัดสรรการทำงาน 3. การสื่อสารระหว่างสมาชิกที่ทำการดูแลสุขภาพ และ 4. การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมของหน่วยงาน

6) การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุด

7) การวัดและประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย การนำข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกมาเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทีมสามารถทำงานได้สำเร็จด้วยดี

2.3.3 ระบบมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่าไม่มีเนื้อหาระบบการพยาบาลโดยตรง แต่มีระบบมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องดังนี้

1) มาตรฐานการจัดระบบงาน (สภาการพยาบาล. 2551)

การจัดระบบงานที่ดีจะต้องมีการกำหนดนโยบาย วิธีปฏิบัติ (Nursing procedures) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภายใต้กฎหมาย และขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1.1) มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ

1.2) มอบหมายงานให้แก่บุคลากรที่มีความรู้และทักษะต่ำกว่าระดับวิชาชีพการพยาบาล

1.3) กำหนดนโยบายและสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

1.4) มีกลไกส่งเสริมให้พยาบาลประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน ดำรงไว้ซึ่งจริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

1.5) มีการจัดระบบสารสนเทศและใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลในการบริหารจัดการ การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลนับเป็นเป้าหมายหลักที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (2540) ระบุว่า มี 5 มาตรฐาน ดังนี้

1.1) การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล

ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม ทั้งระดับบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน ตามศิลปะการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพโดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม มีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.2) การรักษาสีทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิที่เกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ

1.3) การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลบนฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่ทันสมัย โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวน การประเมิน กระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบ มีการนำความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

1.4) การจัดการการดูแลต่อเนื่องที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.5) การบันทึก รายงานบันทึกและรายงานการพยาบาลให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล อย่างครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและใช้ประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลได้

การจัดการระบบการดูแลที่ดีจะต้องต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเพื่อการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน สร้างความสมดุลเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพ ซึ่งสามารถจัดระบบการดูแลได้ 5 รูปแบบ ดังนี้ (ปรากฏทิพย์ อุจะรัตน์. 2541)

1.1) ระบบการดูแลเป็นรายบุคคล (Case method or Total patient care) หลักการดูแล คือ พยาบาล 1 คน ให้การดูแลทุกอย่างสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ตลอดระยะเวลาการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 8 ชั่วโมง แต่ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก

1.2) ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ (Functional nursing) การมอบหมายงานจะเน้นหน้าที่และกิจกรรมเป็นสำคัญโดยบุคลากรแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน้าที่ 1-2 อย่าง เช่น พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำ และรับผู้ป่วยใหม่ทุกราย ระบบนี้ใช้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ดี แต่พยาบาลจะขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย

1.3) ระบบการพยาบาลเป็นทีม (Team nursing) โดยนำพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนจำกัดมาทำงานร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องและให้การพยาบาลหลายระดับ ระบบนี้จะมีประสิทธิภาพถ้าบุคลากรทำงาน มุ่งวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ ให้การพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วย มีความเชื่อมั่นไว้วางใจกัน ยอมรับในความสามารถของกันและกัน ซึ่งทุกคนในทีมต้องรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

1.4) ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (Primary nursing) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน จะทำหน้าที่เป็นตัวจักรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องเพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง แต่ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก

1.5) ระบบการจัดการด้านผู้ป่วย (Case management) เป็นระบบที่มุ่งเน้นการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดคุ้มค่า ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ฟลอเรน นิงดิงเกิล (Florence Nightingale) เมื่อ ปี ค.ศ. 1863 ว่าคุณภาพการดูแลจะขึ้นอยู่กับให้การดูแลในขอบเขตของเวลาที่เหมาะสม ใช้จ่ายอย่างประหยัดและไม่ใช้ทรัพยากรมากเกินไป มีลักษณะการดูแลที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงิน เทคโนโลยีและคนอย่างเหมาะสม มีแผนปฏิบัติการร่วม (Care map) และแผนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อดตัน ต่อเนื่องถึงบ้าน (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550 ; สถาบันประสาทวิทยา. 2554)

สำหรับกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงบ้าน ต้องอาศัยบุคลากรหลายฝ่ายในการเตรียมความพร้อมเพื่อผู้ป่วยจะสามารถกลับไปรักษาตัวที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ประกอบด้วย

2.1) การเตรียมบุคลากรที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วย ต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตน การประเมินความพิการ ความผิดปกติอื่น ๆ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและสามารถให้คำแนะนำการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น รวมทั้งตรวจชีพจรและวัดความดันโลหิตผู้ป่วย

2.2) การเตรียมแบบประเมินที่จะใช้ในการเยี่ยมบ้าน แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สามารถใช้เปรียบเทียบผลการรักษาและการเยี่ยมบ้านทั้งในผู้ป่วยรายเดียวกันตั้งแต่เริ่มจนจบ สามารถสรุปข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการเยี่ยมบ้าน และใช้อ้างอิงในการวิจัย สำหรับแบบประเมินที่มีความจำเป็น ได้แก่ แบบบันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนออก

จากโรงพยาบาล ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมินความพิการ และความผิดปกติของระบบประสาท แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนแบบประเมินการดูแลรักษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินสภาพจิตใจ

2.3) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนออกจากโรงพยาบาล ภายใน 1 – 2 วัน ประสานงานโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อถามความสมัครใจในการเยี่ยมบ้าน และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ขอรายละเอียดแผนที่ วิธีการเดินทางไปยังบ้านของผู้ป่วยและ ญาติวันที่เยี่ยมบ้าน ต้องประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการและ ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการติดตามผลเมื่อไปเยี่ยมที่บ้าน

2.4) การเยี่ยมบ้าน ก่อนเยี่ยมจะต้องนัดหมาย วางแผนปฏิบัติในการเยี่ยมและ ประชุมสรุปข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เครื่องวัด ความดันโลหิตและแบบประเมินผู้ป่วย การเยี่ยมแต่ละครั้งจะต้องประเมิน โดยใช้แบบฟอร์มต่าง ๆ เพื่อช่วยในการสรุปผลการประเมินและใช้ในการวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป

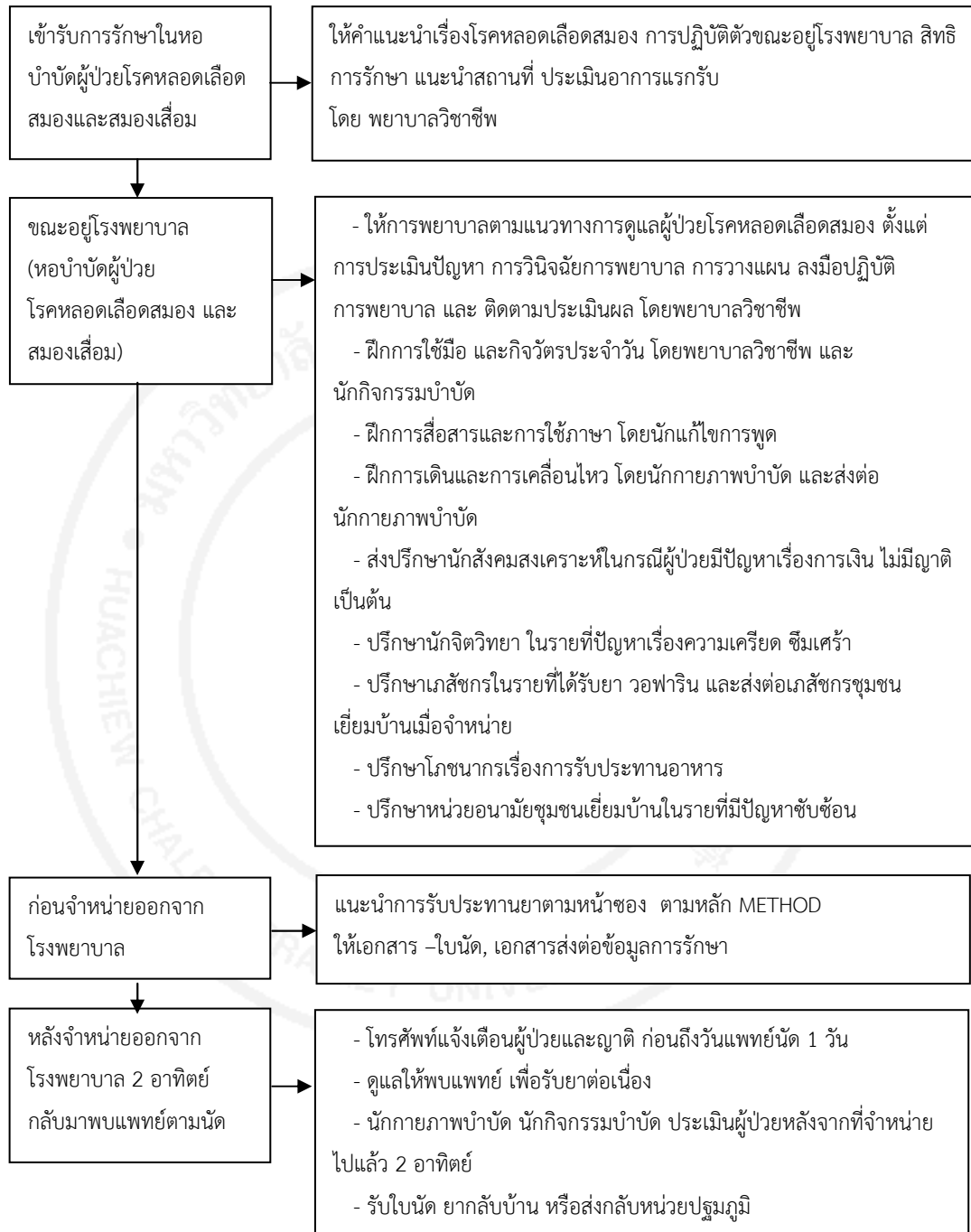
2.5) การสรุปข้อมูลหลังการเยี่ยมบ้าน ควรประชุมสรุปผลการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง หลังจากเยี่ยมบ้าน และวางแผนทางการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป สุดท้ายควรประเมินว่าสามารถหยุด การเยี่ยมบ้านได้หรือไม่

2.6) การประเมินผลหลังจากเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ประโยชน์ และอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งวางแผนทางการแก้ปัญหาหรือพัฒนาต่อไป

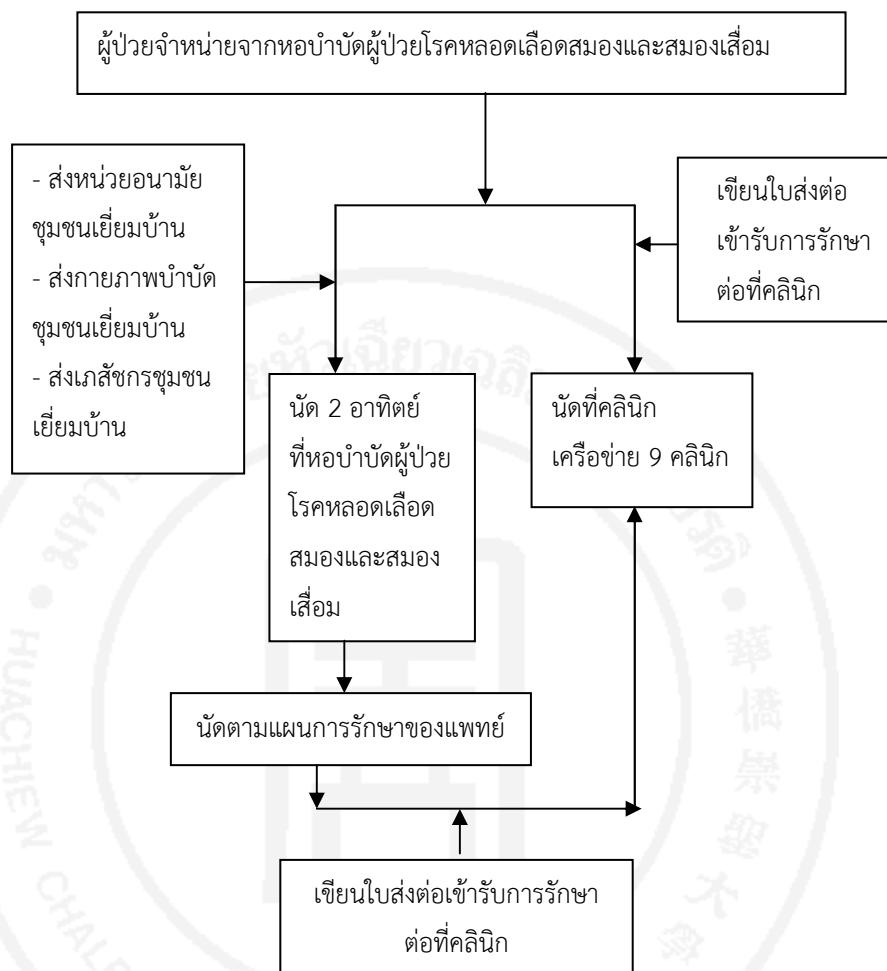
3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หอบำบัดผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม โรงพยาบาลตากสิน

หอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม โรงพยาบาลตากสิน สำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานครได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน เพื่อ การดูแลแบบองค์รวมและครบวงจร ดังแผนภูมิที่ 2 และ 3

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสมองเสื่อม โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร



แผนภูมิที่ 3 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย หอบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร



2.4 การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.4.1 การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการที่จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องนั้น ทีมผู้ให้บริการจะต้องสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยที่ให้ผลดี 5 ประการ (น้ำทิพย์ ศรีเมือง, 2556) คือ

- 1) จัดระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารักษาเมื่อมีข้อบ่งชี้และมารับยาต่อ มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม
- 2) สร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

3) สื่อสารข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วยให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องภายในองค์กร และกับองค์กรภายนอก

4) ทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

5) ติดตามผลเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและนำผลมาใช้ปรับปรุงวางแผนบริการในอนาคตต่อไป

วิธีการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553) มีดังนี้

1) การนับเม็ดยา (Pill counts) โดยจ่ายยาให้จำนวนพอดีกับวันที่แพทย์นัด
2) การบันทึกเวลาทานยา (Pill taking record) ให้บันทึกลงสมุดบันทึกทุกครั้งที่ได้รับประทานยา

3) การบันทึกทางเภสัชกรรม (Pharmacy refill records) ให้บันทึกจำนวนยาโดยเภสัชกรรมในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยแต่ละครั้ง

4) การติดตามการรับประทานยาโดยใช้อุปกรณ์ หรือ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic drug monitoring)

5) การให้มาตรวจตามแพทย์นัด (Follow up appointment)

6) การประเมินโดยแพทย์ผู้รักษาหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย (Provider estimation)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสิ่งที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องหรือไม่ต่อเนื่อง มีดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

งานวิจัยต่าง ๆ ระบุว่าเพศมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานยา โดย คาลิล และอิซุเบียร์ (Khalil & Elzubier. 1996) ศึกษาพบว่าเพศชายรับประทานยาตามแผนการรักษาดีกว่าเพศหญิง เลียน และคณะ (Laine et al. 2000) พบว่าเพศหญิงรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องน้อยกว่าเพศชาย แต่ โฮล์สแตต และคณะ (Holstad et al. 2006) ศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วน คักดีนรินท์ หลิมเจริญ (2549) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยา แต่แตกต่างจาก เบลนคิรอน (Blenkiron. 1996) ที่พบว่าความสามารถในการทำความเข้าใจและ ทบทวนการใช้ยาลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ป่วยสถานภาพสมรสคู่จะรับประทานยาได้ต่อเนื่อง เพราะมีคนคอยช่วยเหลือส่งเสริมในด้านการรับประทานยา (สุภาพร แนวบุตร. 2548) อาชีพที่ต้องเดินทางบ่อย ๆ ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (รจนาโฉน สิงหเรศร์. 2550) ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องมากกว่า เนื่องจากการรับรู้ การเรียนรู้และการแสวงหาความรู้มีข้อจำกัด

(รจนาไฉน สิงหเรศร์. 2550) รายได้ไม่ดีสัมพันธ์กับการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ และคณะ. 2548) โฮล์สแตด และคณะ (Holstad et al. 2006) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีกิจวัตรประจำวันไม่แน่นอนจะรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องน้อยลง

2) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล

งานวิจัยระบุว่าผู้ที่มีความเชื่อ ทศนคติทางสุขภาพและการรับรู้ในความสามารถของตนเองมากกว่าจะรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา (รจนาไฉน สิงหเรศร์. 2550) ผู้ป่วยที่รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการรับประทานยาดีกว่ารับประทานยาต่อเนื่องมากกว่า (Naewbood. 2005 ; ปิยนุช เสาวภาคย์. 2549 ; รจนาไฉน สิงหเรศร์. 2550 ; สุมาลี วัจนากร และคณะ. 2551 ; วาสนา รวยสูงเนิน และคณะ. 2556 ; กัญญา จันทร์ใจ และคณะ. 2556) สุภัจฉรี สุขะ (2556) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวินัยในการรับประทานยา ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งได้รับอิทธิพลจากการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การศึกษาของทองดี ยนจอหอ (2548) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาไม่ครบตามชนิด จำนวนและเวลา การรับรู้ความรุนแรงของการรับประทานยาไม่ตรงตามจำนวนและไม่ตรงตามเวลา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการรับประทานยา สุมาลี วัจนากร, ชูติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ การศึกษาของ สิริลักษณ์ นนาวิชิต (2552) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกัญญา จันทร์ใจ และคณะ (2556) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการรับรู้อุปสรรคสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ปัจจัยด้านยาและการรักษา

โอสโตรอป และคณะ (Ostrop et al. 2000) ศึกษาพบว่าจำนวนเม็ดยาที่น้อยลงจะทำให้ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้น การ์เซีย และคณะ (Garcia. 2003) พบว่าความถี่ของการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีต่อวันทีน้อยลงจะทำให้การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า และเดฟิโน และคณะ (Defino et al. 2004) พบว่า ชนิดของยาที่รับประทานง่ายส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

อูล์ดอลล์ และคณะ (Uldall et al. 2004) ศึกษาพบว่า การเอื้ออำนวยอำนวยความสะดวกในการนัดหมาย การส่งต่อ การลดระยะเวลาการรอตรวจ ทำให้การรับประทานยาต่อเนื่องดีขึ้น กาวี และคณะ (Gavie et al. 2009) ระบุว่า การมีสถานที่ที่สะดวก มีความยืดหยุ่น อบอุ่น ปลอดภัย และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ สัมพันธ์ทางบวกต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง ไลอัน และคณะ (Lyon et al. 2011) พบว่าบรรยากาศที่เป็นมิตรในครอบครัวและสังคมให้การสนับสนุน มีส่วนช่วยให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

5) การให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคและประสิทธิภาพของยา

สุภัจฉรี สุขะ (2556) ศึกษาวิจัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ลิ้นหัวใจเทียมที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ฟริก และคณะ (Frick et al. 2006) กล่าวว่า พยาบาลควรเริ่มให้คำปรึกษาและแนะนำตั้งแต่ก่อนเริ่มยา เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรับประทานยา และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ลดปัญหาการขาดยา และหากมีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการรับประทานยา อาจมีสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล (Chioue et al. 2006 ; Ford et al. 2009 ; Simonoi et al. 2006) ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีบทบาทหน้าที่ที่ต่างกันแต่เสริมหนุนกัน เช่น เภสัชกร อธิบายผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น การรักษาและดูแลตนเอง การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา การรับประทานยาให้ตรงเวลาและไม่ขาดยา นักโภชนาการ ประเมินดัชนีมวลกาย ให้ความรู้อาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย แนะนำวิธีรับประทานอาหารเพื่อควบคุมผลข้างเคียง ปฏิกิริยาระหว่างอาหารและยาที่อาจเกิดขึ้นได้ นักสังคมสงเคราะห์ ประเมินจิตสังคมของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Frick et al. 2006 ; Simoni et al. 2006) จากการศึกษาของ ทองดี ยนจอหอ (2548) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ขณะที่ ศิริยา สงแจ้ง (2552) พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาและการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ความพึงพอใจ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการขาดการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาการบริหารจัดการเรื่องการรับประทานยาที่บ้าน เพื่อเสริมทักษะและเพิ่มความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจการบริการ การให้การรักษา และรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้านได้หลังจากได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา เวลาของการรับประทานยา (Mager and Ross. 2013) กัญญา จันทรใจ และคณะ (2556) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี คือ ความรู้เรื่องโรคเอส แอล อี กับการใช้ยา

งานวิจัยพบว่า การติดตามประเมินการรับประทานยาเป็นระยะจากพยาบาลประจำหอ บำบัดผู้ป่วยและคลินิกเมื่อผู้ป่วยเข้ามารักษาหรือมาตรวจตามนัด (Milam et al. 2005) การให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนการรับประทานยา (Levy et al. 2004) เช่น กล่อง ใส่ยาสำหรับจัดยาเป็นมื้อในแต่ละวัน (Safren et al. 2001) การส่งต่อสู่นักบริการปฐมภูมิและ ชุมชน โดยติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Williams et al. 2006) การมีส่วนร่วมของ ครอบครัว หรือผู้ดูแล (Ford et al. 2009 ; Pearson et al. 2007 ; Remien et al. 2005) ช่วย สร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ (Simoni et al. 2006)

จากงานวิจัยพบว่า ควรนำปัจจัยที่พบว่ามีผลช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาปรับใช้ทั้งลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของยา การรักษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับยาและการรับรู้ ต่าง ๆ ทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะ เป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ บ้านจนกว่าจะควบคุมการรับประทานยาให้สม่ำเสมอได้ด้วยตนเอง

2.4.2 การสร้างการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือโครงการพัฒนาใด ๆ โดยมีลักษณะของการเข้าร่วม คือ กระตือรือร้นด้วยความสมัครใจ ไม่ใช่เข้า ร่วมเพราะเพียงการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือโครงการเท่านั้น (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2553)

ความหมายของการมีส่วนร่วมเป็นความหมายที่กว้าง เกี่ยวข้องกับบุคคลทุกระดับและทุกส่วน ขององค์กร ดังที่องค์การสหประชาชาติกำหนดความหมายไว้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนใน สังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเล็กหรือสังคมขนาดใหญ่ ได้มีส่วนร่วมช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้น ๆ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้งนโยบาย การตัดสินใจ ในประเด็นสำคัญต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาและการประเมิน ความต้องการของสังคมนั้น ๆ (จินตวีร์ เกษมสุข. 2554)

การมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการที่คน ครอบครัว หรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมคิด การตัดสินใจ วางแผนดำเนินการพัฒนาครอบครัว ชุมชนของตนเองโดยมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมิน ตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบถึงผลประโยชน์และโทษที่เกิดขึ้น

รูปแบบการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่ทั่วไป สามารถสรุปได้เป็น 4 รูปแบบ คือ การรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การร่วมในการตัดสินใจ และแบ่งเป็นขั้นตอนหลัก ๆ 4 ขั้นตอน คือ (จินตวีร์ เกษมสุข. 2554) 1) มีส่วนร่วมในการคิด ศึกษาและค้นคว้าหาปัญหาและ สาเหตุของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน 2) มีส่วนร่วมในการวางแผนหรือโครงการ โครงการ หรือกิจกรรมเพื่อลดและแก้ไขปัญหา 3) มีส่วนร่วมตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหาร

ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และ 4) มีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการทำงาน

งานวิจัยต่าง ๆ ระบุถึงประโยชน์ของการใช้แนวคิดนี้ในการพัฒนาสุขภาพ ตัวอย่างเช่น สมใจ วินิจกุล และคณะ (2551) พบว่าการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาสุขภาพอนามัย และเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกิจกรรมที่ใช้ เช่น นิทรรศการสุขภาพ การบริหารข้อเข่า วิธีนวดคลายเครียด อาหารสุขภาพ จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ การออกกำลังกาย ทั่วถึง และการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นต้น ฟริก และคณะ (Frick et al. 2006) และซิโมนี และคณะ (Simoni et al. 2006) ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งการให้ความรู้ (Milam et al. 2005) การประเมินผลทำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยดูจากการรายงานตนเอง การตอบแบบสอบถาม การใช้โทรศัพท์ติดต่อในกรณีที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ การเยี่ยมบ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้าน (Williams et al. 2006) ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครชุมชน การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยรายบุคคลช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้

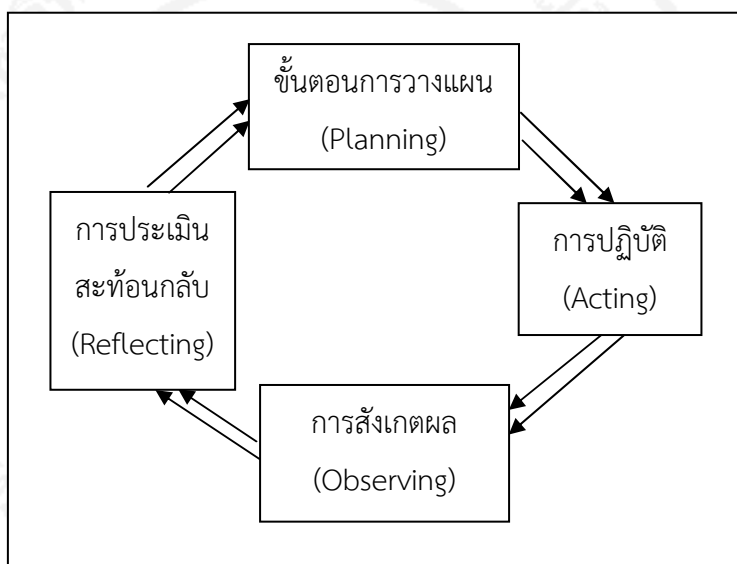
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นรูปแบบของการวิจัยใหม่ที่รวมแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) กับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory research) ผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยเกิดขึ้นจากความคิดที่ว่า การวิจัยเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ทรัพยากรของสังคมในการศึกษา และเป็นการกระทำที่มุ่งหมายให้ประโยชน์หรือรับใช้สังคม ด้วยเหตุนี้การวิจัยจึงควรคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุด และการวิจัยที่จะให้ผลประโยชน์สูงสุดนั้น ย่อมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research for development) หรือการวิจัยพัฒนา (Research and development) โดยที่การพัฒนาจะเป็นหุ้นส่วนกันและเดินทางร่วมกัน ดังนั้น ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการ พัฒนาทุกขั้นตอนอย่างมีเสรีและเป็นประชาธิปไตย

เคอลิงเกอร์ (Kerlinger. 1988) กล่าวว่า การวิจัยเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสวงหาความรู้ ความจริงที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ตรวจสอบได้ เกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในสังคมด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ส่วนคำว่า เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาที่ควบคู่ไปกับการวิจัย และคำว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็น การแสวงหาความรู้ ความจริงที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ตรวจสอบได้ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่มีกลุ่มบุคคลเข้ามาร่วมกัน เรียนรู้เพื่อรู้จักตัวเอง ชุมชนสิ่งแวดล้อม ให้เห็นปัญหาของตัวเอง และเห็นทางแก้หรือทางออกของปัญหา โดยการลงมือปฏิบัติจริง ได้ผลจริง แก้ปัญหาได้จริง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล คำว่า ปฏิบัติการ (Action) หมายถึง กิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องการจะ

ดำเนินการ ส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติการมักเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง ส่วนคำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่ร่วมกิจกรรมวิจัยในการวิเคราะห์ สภาพปัญหา หรือสถานการณ์ แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนสิ้นสุดการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การนำแนวคิด 2 ประการนี้ มาผสมผสานกัน ระเบียบวิธี สร้างและจัดการความรู้ในลักษณะของการสอบถาม (Inquiry) ประกอบด้วยเส้นเวียนกันหอย (Spiral) ของกิจกรรมตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกตผล (Observing) และการประเมินสะท้อนกลับ (Reflecting) โดยจะมีการกระทำซ้ำกิจกรรมในเส้นเวียนกันหอย จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ดังแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม



มิติของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การมีส่วนร่วมสามารถพิจารณาได้หลายมิติ มิติแรก คือ ร่วมศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งเป็น การที่ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา จัดลำดับ ความสำคัญของประเด็นปัญหา กิจกรรมหรือโครงการ กระตุ้นให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เรียนรู้และใช้ ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดทำและประกอบการพิจารณาวางแผน งานวิจัย มิติที่สอง ร่วมวางแผนพัฒนาหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้น และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหา สาเหตุของปัญหา นำมาอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของ โครงการกำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้ เพื่อการวิจัย มิติที่สาม ร่วมดำเนินการ เป็นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินการพัฒนา ปฏิบัติการตามแผนการวิจัยที่วางไว้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยกันสร้างประโยชน์

ให้กับผู้ป่วยและหน่วยงาน โดยร่วมดำเนินงาน ประสานขอความช่วยเหลือจากภายนอกในกรณีที่เป็น และมิติที่สี่ ร่วมรับผลประโยชน์ โดยต้องมีส่วนร่วมในการแจกจ่ายผลประโยชน์จากกิจกรรมการวิจัยในพื้นที่ที่เท่าเทียม เสมอภาคกัน และมิติที่ห้า เป็นการร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานวิจัยและผลของการพัฒนาจากการดำเนินการไปแล้วว่าสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ทันที และนำข้อผิดพลาดไปเป็นบทเรียนในการดำเนินการต่อไป

ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) ขั้นการศึกษาบริบท ผู้วิจัยจะกำหนดพื้นที่ที่จะดำเนินการและประชาสัมพันธ์ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบเพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

2) ขั้นกำหนดปัญหา ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยสรุปคำถามหรือปัญหา รวมทั้งอธิบายเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เห็นภาพและเกิดความเข้าใจตรงกัน ส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพทำความเข้าใจประเด็นปัญหา มองถึงผลของการวิจัยและครอบคลุมส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ร่วมกิจกรรมเพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น/ความต้องการ ผู้วิจัยจะต้องสร้างความสัมพันธ์อันดีกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงสร้างความตระหนักในบทบาทและความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

3) ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ชัดเจน รวมทั้งระบุด้วยว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยแต่ละฝ่ายจะมีส่วนร่วมอะไร อย่างไร เมื่อใดบ้าง พร้อมทั้งจัดทำแผนการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัย ทีมสหสาขาวิชาชีพจะเข้าร่วมปฏิบัติการวิจัย โดยติดตามผลการดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอนและคอยตรวจสอบผลของการดำเนินงานว่ามีสิ่งใดที่ผิดพลาดหรือไม่ เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมายหรือมีสิ่งใดที่เกิดแทรกซ้อนขึ้นมาหรือไม่

4) ขั้นการติดตามตรวจสอบและปรับปรุง รวมทั้งการแก้ไขระหว่างการปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นนี้ ผู้วิจัยร่วมพิจารณาหาทางปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ โดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ทีมสหสาขาวิชาชีพจะเข้ามามีส่วนร่วมด้วยการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานวิจัยและประเมินว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ร่วมรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานตามที่ร่วมกันกำหนด รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ที่แสดงถึงความพึงพอใจและความสำเร็จของการดำเนินการวิจัย

5) ขั้นการสรุปผลการวิจัย เป็นขั้นที่ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยและเรียบเรียงเป็นรายงานการวิจัยออกเผยแพร่ ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมรับทราบและตรวจสอบประเมินผลการวิจัยว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง ให้ข้อมูลย้อนกลับผลของการวิจัยว่าได้ผลตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ และแสดงความคิดเห็นอื่นประกอบข้อมูลด้วยว่าเพราะเหตุใด

2.4.3 การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทุกวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อให้สามารถให้บริการแก่สังคมด้วยความมีคุณภาพและเกิดประโยชน์ตามขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้วิชาชีพนั้น ๆ มีความเติบโตอย่างมั่นคง สามารถปรับตัวได้ดีต่อความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการบริการสุขภาพ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2550) ดังนั้น การพัฒนาวิชาชีพเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ที่อยู่ในวิชาชีพทุกคนที่จะต้องมีการใส่ใจคิดและมุมมองหรือทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาวิชาชีพ โดยเริ่มตั้งแต่การพัฒนาตนเองของพยาบาลแต่ละคนและทุกคนร่วมมือร่วมแรงกันในการพัฒนาวิชาชีพด้วยความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ แสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและทำงานอย่างจริงจังด้วยความทุ่มเท เสียสละและใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2545) เสนอไว้ว่า มุมมองในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลสามารถมองได้หลายทิศทางดังนี้

มุมมองที่ 1 มุมมองระดับกว้าง (Macro view) คือ การมองที่รูปแบบงานการบริการพยาบาลที่จะต้องตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จัดได้หลายรูปแบบ ดังนี้ การบริการพยาบาลแนวส่งเสริมสุขภาพ การบริการการพยาบาลแนวป้องกันความเจ็บป่วยรุนแรง การบริการการพยาบาลในแนวทางป้องกันความเสี่ยง การบริการการพยาบาลในระยะพักฟื้น

มุมมองที่ 2 มุมมองระดับเล็ก (Micro view) คือ การมองได้หลายทิศทาง ดังนี้ การบริการการพยาบาลที่มุ่งผลิตผล การพยาบาลองค์กรรวม และการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ครอบครัวเป็นฐาน

มุมมองที่ 3 มุมมองแนวการจัดการ (Management view) คือ การมองที่ตัวระบบของการบริการพยาบาลเชิงการจัดการที่จะนำไปสู่คุณภาพการพยาบาล เช่น การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล รูปแบบการพยาบาล และเอกสารการพยาบาล

มุมมองที่ 4 มุมมองเชิงระบบ (System view) หมายถึง โครงสร้างการบริหารโดยรวมจะต้องเอื้ออำนวยให้การดำเนินงานที่มุ่งสู่คุณภาพเป็นไปได้อย่างคล่องตัว จริงจังและเด่นชัด จึงเกี่ยวข้องกับระบบและโครงสร้างการบริหาร เช่น การจัดหน่วยงานที่ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีหน่วยงานต่าง ๆ ในฝ่ายการพยาบาล เช่น งานพัฒนาระบบการพยาบาล งานวิจัยพยาบาล งานพัฒนาบุคลากรพยาบาล หน่วยความเป็นเลิศทางการพยาบาล งานประกันคุณภาพการพยาบาล

การพัฒนาระบบการบริการทางการพยาบาล ต้องใช้แนวทางปฏิบัติของมุมมองทั้ง 4 ไปพร้อมกันและต้องเริ่มปฏิบัติในทันทีด้วยขนาดเล็กก่อน แล้วจึงค่อยขยายเพิ่มขึ้นไปเป็นลำดับ โดยให้เวลาเพื่อการพัฒนาอย่างเพียงพอตามขนาดขององค์การพยาบาล

ขั้นการพัฒนากระบวนการพยาบาลประกอบด้วยบันได 2 ขั้น (พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. 2545)
ดังนี้

ขั้นที่ 1 คือ การเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้หลักคิดที่ว่า “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

ขั้นที่ 2 คือ การพัฒนาส่วนต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การหมุนวงล้อ การพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act) หรือ (Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

ในการจัดการหรือพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในองค์กร จำเป็นต้องมีการประเมินสภาพและความพร้อมในด้านต่าง ๆ มีการวางแผนอย่างรัดกุม มีการทำงานเป็นทีม มีการประสานงาน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสร้างเครือข่าย การดำเนินการปฏิบัติการและจัดการคุณภาพจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการปรับปรุงคุณภาพและการปรับปรุงผลผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ คำนึงถึงขอบเขตการจัดการคุณภาพโดยรวมและทักษะการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี. 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีการพัฒนาทางระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประชนยาต่อเนื่อง แต่มีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลอื่น ๆ เช่น โบเดอร์นไฮเมอร์ และกรัมบาค (2007) พบว่าการพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย 3 ประการ คือ ทีมสุขภาพควรจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น มีผู้รับผิดชอบโดยตรง มีการวางแผนระยะยาวอย่างเป็นระบบ เป้าหมายของหน่วยงานต้องวัดได้ มีการบรรจุในแผนพัฒนา มีการใช้กลยุทธ์ที่พิสูจน์ว่าสามารถนำไปใช้ในเชิงรุกเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การตรวจเลือดเพื่อหาภาวะแทรกซ้อน การนัดให้มารับยาอย่างต่อเนื่อง ควรจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ควรจัดการเมื่อมีปัญหาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Bodernheimer and Grumbach. 2007)

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2553) ศึกษาพบว่าในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องเชื่อมโยงทรัพยากรและทุนที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีบทบาทสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีและสร้างนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น รวมทั้งทำให้เกิดแนวปฏิบัติในระดับชุมชนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อเป้าหมายที่ต้องการ คือ ชุมชนมีความพร้อมและมีศักยภาพในการร่วมมือสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งส่วนที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การป้องกันความเสี่ยงและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค สอดคล้องกับ ไพรวัลย์ พรหมที (2548) ที่พบว่าหลังจากพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ได้แผนการจำหน่าย

ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้เรื่องยา การฟื้นฟูสภาพ การให้อาหารและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยพึงพอใจในระดับสูงมาก ทีมสหสาขาวิชาชีพภูมิใจและพึงพอใจมาก

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวาน แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่ารูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย การให้ความรู้และการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.33) พึงพอใจต่อคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ได้รับระดับมากและจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมากร้อยละ 60 และระดับดีร้อยละ 40 (อัมพรพรรณ ธีรานุตร. 2551)

จากการศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานและพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย พบว่ามีการให้กลุ่มผู้ป่วยระดมสมองและเลือกใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ในการให้ความรู้ คำแนะนำ การสอนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่รับการรักษาจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังประเมินผลพบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางปฏิบัติการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ (อภิรักษ์ ยายีน. 2552)

บรรจง จาดบุญนาถ (2552) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยารักษาโรคของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติระดับมาก พึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 1 พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกวันอย่างต่อเนื่องเกือบทุกราย

จำเนียร คุรุสุวรรณ, วณิดา หาญคุณกุล และศศิธร ศิริกุล (2553) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในระยะฟื้นฟูจนจำหน่ายและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้แนวคิดเชิงระบบในการพัฒนาองค์กรพยาบาลที่ปฏิบัติตามระดับขั้นพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่ายเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 20.8)

อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล (2555) ศึกษาผลการดำเนินโครงการพัฒนาบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในและเครือข่ายภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Wagner et al. 2001) ที่เน้นการมี

ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนพบว่าเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลถึงบ้านและเกิดเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กฤติดา อุ๋นวงศ์ และคณะ (2555) ศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทาง STROKE HOME PROGRAM พบว่า ทำให้หน่วยงานได้เรียนรู้และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน Care map, CPG, WI และแบบประเมินโครงการฝึกทักษะผู้ดูแล มีนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบการมอบหมายผู้ป่วย (Case assignment) ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม เพื่อประเมินปัญหาความต้องการมากขึ้น เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการ มีการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยและได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและการทำงานร่วมกับทีมเครือข่ายการดูแลที่บ้านซึ่งส่งผลให้คะแนนความรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 95.5) และความพึงพอใจของผู้รับบริการในการใช้กระบวนการดูแล ร้อยละ 95

การที่จะพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประชนยาอย่างต่อเนื่องจึงต้องคำนึงถึง 3 ส่วนหลัก ๆ ไปพร้อม ๆ กัน คือ “ระบบการพยาบาล” “การมีส่วนร่วม” และ “การส่งเสริมการรับประชนยา” ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องดำเนินการ ดังนี้

1) การวางแผนพยาบาลจะต้องวางแผนสร้างการเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการวางโครงสร้างหอผู้ป่วยและจัดกิจกรรมที่ทำให้พยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพสื่อสารแบบเปิด กล่าวถึงปัญหาและความต้องการที่จะทำให้ผู้ป่วยรับประชนยาได้อย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ส่งเสริมหรือยังไม่สามารถส่งเสริมการรับประชนยาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ สาเหตุและแนวทางที่ช่วยให้แต่ละฝ่ายส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประชนยาได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การกำหนดโครงสร้างและกระบวนการที่จะทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันแก้ไขปัญหาการกำหนดแนวทางสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพแสดงภาวะผู้นำในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด การจัดระบบงานที่จะนำไปสู่การสร้างมาตรฐานระบบงาน ทั้งนโยบายวิธีปฏิบัติและแนวทางให้การพยาบาลที่ส่งเสริมการรับประชนยา การจัดระบบงานที่ครอบคลุมการดูแลเป็นรายบุคคล การทำงานเป็นหน้าที่ การพยาบาลเป็นทีม การดูแลแบบเจ้าของไข้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2) การปฏิบัติ เป็นการนำผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยโดยกำหนดเป้าหมายเดียวกัน คือ การส่งเสริมการรับประชนยาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับขณะอยู่โรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และระหว่างการเยี่ยมบ้าน ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ประเมินปัญหา การวินิจฉัย การวางแผน การลงมือปฏิบัติและการติดตามผลเพื่อให้คำแนะนำ การดูแลรักษา การรับประชนยา สิทธิการรักษา มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา มีการฝึกใช้มือและกิจวัตรประจำวัน ฝึกภาษา

และการสื่อสาร ฝึกการเคลื่อนไหวและการเดิน ฝึกการจัดยา การมาตามนัด การสอนครอบครัวให้เข้าใจความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง

3) การสังเกตผล เป็นการร่วมกันระหว่างผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามประเมินการรับประทานยาตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะอยู่โรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมจนกระทั่งกลับมาตรวจตามแพทย์นัด

4) การประเมินสะท้อนกลับ เป็นผลจากการสังเกตของผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพแล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันถึงวิธีปฏิบัติที่ดี วิธีปฏิบัติที่ยังไม่ประสบความสำเร็จเพื่อค้นหาคำตอบที่จะช่วยให้ทุกฝ่ายปรับปรุงการทำงานของตนเองให้สมบูรณ์หรือเหมาะสมกับผู้ป่วย และบริบทของหน่วยงาน รวมถึงติดตามการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพที่สอดคล้องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนการทำงานของตนเอง รวมทั้งการประสานงานที่มีจุดหมายเดียวกัน นอกจากนั้นยังควรติดตามความต่อเนื่อง หรือการคงอยู่ หรือการพัฒนาระบบงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2.5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านซึ่ง ฮัมฟรีย์ และนุซโซ (Humphrey & Nuzzo. 1991) ระบุว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลโดยตรง (Providing direct care) ได้แก่ การประเมิน (Assessment) การปฏิบัติทักษะต่าง ๆ (Providing a procedure) การเป็นผู้สอน (Teaching) การช่วยให้ผู้ป่วยคืนสภาพและการประสานงานบริการ (Coordinating service) ซึ่งจะต้องประสานงานกับทีมสุขภาพทั้งวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้รับบริการโดยประเมินความต้องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดความต้องการจริง ๆ และวางแผนปฏิบัติให้บรรลุถึงความต้องการนั้น ๆ พยาบาลเป็นจุดสำคัญในการประสานทีมสุขภาพให้เข้าใจอาการของผู้ป่วย แผนการดูแลการส่งต่อไปสู่แหล่งบริการอื่น ๆ (Referral to other resources) การประชุมปรึกษา (Case conference) โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน วางแผนการดูแลตามความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ การบริหารงบประมาณ (Determine financial coverage) การกำหนดระยะเวลาในการดูแล (Determine duration of care) เช่น ความถี่ของการเยี่ยม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ (Advocacy of the patient) เพื่อให้ได้รับสิทธิ์ต่าง ๆ เช่น การจ่ายเงินทดแทน เงินทุนและการสงเคราะห์ ส่วน สภาการพยาบาล (2551) ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนไว้ 9 ประการ เมื่อ

นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชน ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา (พยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยา) ประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาและการได้รับผลข้างเคียงจากยา ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ติดตามผลการรักษา การเพิ่มศักยภาพในเรื่องการรับประทานยา สังเกตภาวะแทรกซ้อนของโรคจากวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้อง ช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและจัดการทีมสุขภาพในการดูแลให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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

ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ใช้บริการที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน ที่ซับซ้อน ให้ครอบครัวทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมไปถึงจิตวิญญาณ เข้าใจความเป็นบุคคล และความเป็นครอบครัวของผู้ใช้บริการ วินิจฉัยปัญหาในการใช้ยาโดยใช้หลักฐานทางคลินิก โดยเฉพาะความรู้ทางเภสัชวิทยา เพื่อการส่งเสริม รักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน มีการรับและส่งต่อผู้ใช้บริการให้ได้รับการดูแลเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งเสริมผู้ใช้บริการที่เป็นโรคเดียวกัน ครอบครัว และกลุ่มต่าง ๆ ให้ช่วยเหลือกัน ในการสร้างพฤติกรรมมารับประทานยาที่พึงประสงค์

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

ใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับผู้ใช้บริการและสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ในการศึกษาประวัติสุขภาพและประวัติการใช้ยาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นและค้นหาศักยภาพของชุมชนเพื่อนำมาวางแผน และออกแบบการบริการ ติดตามการมาตรวจและรับยาตามนัด ติดต่อประสานงานกับหน่วยการพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อผู้ใช้บริการ ครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกิดข้อขัดข้องหรือขอความช่วยเหลือ

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)

ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและยาโดยฝึกทักษะการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับการเป็นโรค หลอดเลือดสมอง ชนิดตีบ อุดตัน เน้นให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องให้แก่ กลุ่มผู้ใช้บริการและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (Consultation)

เป็นที่ปรึกษาด้วยการให้ข้อมูลต่างๆแก่พยาบาลและทีมสุขภาพในหน่วยตรวจโรคและสถาน บริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถเลือกและนำข้อมูลที่เหมาะสมไปจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน และส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องของผู้ใช้บริการ เรื่อง การรับประทานยาและผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเกณฑ์พิจารณาเมื่อมีปัญหาควรรับ บริการแพทย์

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)

ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ใช้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน โดยมีการสร้างแผนงานหรือโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมศักยภาพการใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ โดยมีเป้าหมายให้สามารถควบคุมโรคได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจ เชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน และบริหารจัดการสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน โดยเน้นการพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการปฏิบัติที่พยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice)

ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพ การใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน อย่างต่อเนื่อง ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติ และใช้แนวปฏิบัติในการส่งเสริม พฤติกรรมการรับประทานยา เผยแพร่แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาล นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับ กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการใช้จ่ายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างครอบคลุมโดยพัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน อย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ผล เปรียบเทียบผลลัพธ์พฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมิณผล นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน เพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดจะเห็นได้ว่าการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องด้วยระบบการพยาบาลนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นแกนหลักในการวางระบบให้เกิดการวางแผน การกำหนดกิจกรรม การปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด การสะท้อนคิดหรือการประเมินสิ่งที่ได้ปฏิบัติเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นตามขอบเขตในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความตระหนักหรือรับรู้ความสำคัญและจำเป็นของการใช้ยาทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคซ้ำ รับรู้ความรุนแรงของโรคหากไม่รับประทานยาต่อเนื่อง รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและรับรู้อุปสรรคขัดขวางการใช้ยาที่จะช่วยให้อาการ อาการแสดงและผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นค่อย ๆ ลดลงเป็นลำดับตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะที่โรครุนแรงปานกลาง และระยะที่อาการไม่รุนแรง ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านและกลับมารักษาตามแพทย์นัด ทั้งนี้ระบบการพยาบาลจะต้องครอบคลุมการให้การดูแลการเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงภาวะผู้นำ การประสานการทำงาน การจัดสรรทรัพยากร ประเมินผลลัพธ์และการจัดการข้อมูลสารสนเทศซึ่งสามารถนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภูมิที่ 5

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

แผนภูมิที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการรับประทานยาอย่างมีส่วนร่วมเพื่อ การรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน

