

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลเชียงใหม่ ราม ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1 ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 อาการของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
- 1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

2. การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

- 2.1 ระยะการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 หลักการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ
- 2.3 ปัญหาภาวะแทรกซ้อนในระยะฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน

3. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

- 3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

- 3.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. โรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโรคให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันที ต่อการทำงานของสมองบางส่วนหรือทั้งหมด โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดจากการตีบ ตัน ภายในหลอดเลือด หรือมีภาวะเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดสมองแตก อาจมีอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) หรือโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะของหลอดเลือดที่เกิดการตีบตันหรือมีภาวะหลอดเลือดในสมองแตกทำให้มีการกั่งของเลือดในเนื้อเยื่อรอบๆ ทำให้สมองส่วนนั้นมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงน้อยลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน และอาหาร และเซลล์สมองตาย (NINDS, 2007)

1.1 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามสาเหตุเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก (hemorrhagic stroke) (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒนพงษ์, 2550)

1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเกิดจากการมีการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้มากถึงร้อยละ 85 (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒนพงษ์, 2550) ในระยะแรกร่างกายจะสามารถปรับตัวได้มีการไหลเวียนไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสานกัน เพื่อเปลี่ยนทิศทางไหลไปจากบริเวณที่มีการอุดตันอยู่ เมื่อมีการตีบแคบหรือการอุดตันมีมากขึ้น จึงทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ความรุนแรงขึ้นกับขนาดของหลอดเลือด ร้อยละ 80 ของอุบัติการณ์ เกิดจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ตีบตันจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (กนกพร โอพารัตนชัย และคณะ, 2553) และทำให้นเนื้อสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง แต่ถ้าเป็นการอุดตันที่มาจากลิ่มเลือดที่มาจากหัวใจมักจะเกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็ก อาการผิดปกติที่พบจะขึ้นอยู่กับริเวณเนื้อสมองที่ขาดเลือด ตำแหน่งของหลอดเลือด อาจเกิดอาการเพียงชั่วคราว 2-3 นาที ถึงนานเป็นชั่วโมงแล้วอาการหายไป หรือถ้าสมองขาดเลือดมาเลี้ยงนานก็จะเกิดอาการอย่างถาวร โรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีสมองขาดเลือดก่อให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง แบ่งตามลักษณะสาเหตุของการเกิดโรคได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความผิดปกติในหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ มีสาเหตุมาจากการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งเป็นส่วนของหลอดเลือดส่วนในสมอง (intracranial artery) เช่น หลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral artery) และหลอดเลือดแดงส่วนฐาน (basilar artery) หรือ หลอดเลือดแดงคอโรติดส่วนใน (internal carotid artery) หลอดเลือดแดงกระดูกสันหลัง (vertebral artery) โดยที่มีคราบไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือด (atherosclerotic plaque)

ในหลอดเลือดที่แข็งแตกออกทำให้เกิดลิ่มเลือดที่สามารถอุดตันหลอดเลือดบริเวณนั้น หรือชิ้นส่วนของลิ่มเลือดนั้นอาจหลุดลอยไปอุดตันบริเวณของหลอดเลือดส่วนปลายต่อไป

2) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความผิดปกติในหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (lacunar หรือ small-vessel stroke) มีสาเหตุมาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่อยู่ลึกลงไปเนื้อสมอง โดยสาเหตุของการอุดตันมักเกิดจากหลอดเลือดที่หนาตัวขึ้นเป็นชั้นๆ (lipohyalinosis) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง หรือการที่เลือดแข็งตัวอยู่บนคราบไขมันที่สะสมอยู่ในผนังหลอดเลือด (atherothrombosis) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดเล็กๆ ส่วนบริเวณสมองที่ขาดเลือดจะมีขนาดเล็กเป็นจุดๆ ทำให้มีการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี กลุ่มอาการแสดงที่เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณเล็กๆ เรียก lacunar syndromes อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ แขนขาอ่อนแรงอย่างเฉียบพลันครึ่งซีกหนึ่ง พูดไม่ชัดและมือข้างหนึ่งอ่อนแรง หรือมีอาการเดินเซครึ่งซีกหนึ่ง

3) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหัวใจเต้นผิดปกติ (cardiogenic embolic stroke) ทำให้เกิด cardiogenic emboli เคลื่อนที่ไปอุดตันหลอดเลือดภายในสมอง โดย cardiogenic emboli นี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจ เช่น ภาวะที่หัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดหลังจากที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post-myocardial infarction) โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) ข โรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (infective endocarditis) การใส่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic cardiac valves) เป็นต้น

4) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ (miscellaneous) เกิดขึ้นจากสาเหตุอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติ (hemodynamic stroke) เกิดจากการไหลเวียนเลือดไปยังสมองลดลง ในภาวะที่มีปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจลดลง ร่วมกับมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอยู่แล้ว การอักเสบของหลอดเลือด หรือการฉีกขาดของหลอดเลือด ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายผิดปกติ (hypercoagulable state) พบในผู้ป่วยที่ขาดโปรตีนซี หรือโปรตีนเอส

1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง ร้อยละ 80 เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง เมื่อหลอดเลือดแตกเลือดจะเข้าไปในเนื้อเยื่อของสมอง ถ้าความดันโลหิตไม่สูงมาก เลือดจะซึมเข้าไปในโพรงของสมอง (ventricular system) และเลือดที่ซึมออกจะเกาะจับตัวเป็นก้อนตรงบริเวณที่แตกและอุดตันหลอดเลือด แต่ถ้าความดันโลหิตสูงมากหลอดเลือดที่แตกจะไม่สามารถปิดได้ ก้อนเลือดในสมองจะเบียดและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หากเลือดออกมากขึ้นเรื่อยๆ จะทำให้ก้านสมองถูกกด เกิดภาวะสมองเคลื่อนตัวลงมากจนศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงตายได้ สาเหตุของเลือดออกในสมองอาจมาจากการแตกของหลอดเลือดสมอง

ที่โป่ง (aneurysm) หรือหลอดเลือดขนาดเล็กอื่นๆ ในสมองแตก ส่วนสาเหตุอื่นที่พบ เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือด (vascular malformation) ภาวะที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ภาวะที่มีปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) หรือมะเร็ง ที่กระจายไปยังสมอง เป็นต้น โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในบริเวณเนื้อสมอง (intracerebral หรือ intraparenchymal hemorrhagic stroke) เป็นภาวะที่มีเลือดออกเกิดขึ้นภายในเนื้อสมอง โดยเลือด ที่ออกมาเมื่อหลอดเลือดแตกอาจจะไหลออกสู่ช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางกับชั้นใน (subarachnoid space)

2) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhagic stroke) เป็นภาวะที่มีเลือดไหลออกสู่ชั้น subarachnoid space หากไม่พบ เลือดออกภายในเนื้อสมองร่วมด้วยจัดว่าเป็น primary subarachnoid hemorrhage

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามลักษณะของอาการแสดงทางคลินิก แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. Minor stroke คือ อาการที่เกิดไม่รุนแรง สมองขาดเลือดเพียงชั่วคราว เนื้อสมองยังไม่ตาย สามารถหายเป็นปกติได้เนื่องจากมีหลอดเลือดข้างเคียงมาเลี้ยงแทน (collateral circulation) หรือ สิ่งอุดตันในหลอดเลือด (emboli) หลุดออกไปแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ transient ischemic attack (TIA) จะมีความผิดปกติทางระบบประสาทไม่เกิน 24 ชม.แล้วกลับเป็นปกติ และ Reverse Ischemic Neurological Deficit คือ ผู้ที่มีอาการแสดงของความผิดปกติทางระบบประสาทเกิน 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์ และกลับมาเป็นปกติ

2. Major stroke จะมีอาการรุนแรงกว่าชนิดแรก คือ เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด และ ไม่สามารถกลับคืนมาได้เหมือนเดิม จะมีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือเกิดความพิการถาวร ซึ่งอาการอาจเป็นมากขึ้นหรือคงที่ขึ้นกับจำนวนเซลล์สมองที่ขาดเลือด แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ progressive stroke หมายถึง อาการเป็นมากขึ้นเมื่อไม่ได้รับการรักษา และ complete stroke อาการคงที่ และมีความพิการเป็นแบบถาวร

1.2 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการที่หลากหลายอาการที่พบอาจเป็นชั่วคราวหรือเกิดความพิการ ขึ้นกับความรุนแรงของการขาดเลือด ขนาดเส้นเลือด บริเวณของสมองที่ขาดเลือด ได้แก่ ชาบริเวณ แขนขา หรืออ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา เช่น พูดไม่ออก พูดไม่เป็นประโยค พูดลำบาก พูดไม่ชัด มีกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงทำให้น้ำลายไหล

(facial palsy) มีอาการกลืนลำบาก ลำค่าง่าย การมองเห็นผิดปกติ ตามัวเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งซีก การเคลื่อนไหวตาหรือการกรอกตาผิดปกติ มีอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมองลดลง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง หมดสติ ชัก หรืออาจมีอาการ เดินเซ วิงเวียนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการแสดงของความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ การประเมินอาการในผู้ป่วยสูงอายุ อาจไม่ชัดเจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคสมองเสื่อม ตามัว หรือมีอาการอ่อนเพลียจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น

1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการมีพยาธิสภาพหรือรอยโรคที่สมอง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานที่ต่างๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงที่เกิดร่วม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้

1.3.1 ผลกระทบด้านร่างกายเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง สมองส่วนที่ขาดเลือดจะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ซึ่งระยะเวลาของการสูญเสียและการฟื้นคืนขึ้นอยู่กับว่าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานเพียงใด และขึ้นอยู่กับว่าสมองส่วนใดเกิดพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติ (brain's left hemisphere) ผู้ป่วยจะมีแขน ขาซีกขวาอ่อนแรง หรือเกิดอัมพาต มีความผิดปกติของการพูด พูดไม่ได้ (aphasia) หรือพูดไม่ชัด (dysarthria) อ่านและเขียนไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและความจำในระยะสั้น ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดซีกขวาผิดปกติ (brain's right hemisphere) ผู้ป่วยจะมีแขน ขาซีกซ้าย อ่อนแรง หรืออัมพาต มีความพร่องด้านความจำ พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย และความสนใจ มีความพร่องในการกะระยะ ความผิดปกติที่เกิดกับผู้ป่วยมักทำให้มีการสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก สูญเสียอำนาจการควบคุมตัวเองทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ บางรายมีปัญหาการพูด การเคี้ยว และการกลืนลำบาก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระได้

1.3.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม เมื่อเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายแก่ผู้ป่วยดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งแสดงอาการคือ การถอยหนีจากสังคมเช่น แยกตัวเอง แสดงอารมณ์หงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว (Bronstein, 1991)

1.3.3 ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและอยู่ในภาวะพึ่งพาต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแล ครอบครัวจึงต้องมีการ

เปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อจัดการการดูแลผู้ป่วย คนในครอบครัว จะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ (Farzan, 1991) ครอบครัวต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุด ทั้งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย (Reinhard, 1994)

2. การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพ้นภาวะวิกฤติแล้ว อาการต่างๆ เริ่มคงที่จะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ร่างกายกลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม หรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุด แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุที่มากเพียงใดก็ควรได้รับการพิจารณาวางแผนการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม (Williams, 1985) การศึกษาของแกรนเจอร์ และคณะ (Granger et. al., 1989) ได้ติดตามผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้รับโปรแกรมการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (comprehensive rehabilitation program) หลังจากถูกจำหน่าย 6 เดือน พบว่าร้อยละ 70 กลับไปสู่ชุมชน และจากการติดตามผลพบว่าผู้ที่มีค่าระดับคะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือในการวัด คือ Barthel Index มีระดับคะแนนสูงขึ้น หมายถึง สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่เมื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนพ้นระยะวิกฤติแล้ว มักจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและนัดมาฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกแต่มักพบอุปสรรคในการต้องพึ่งพาญาติในการพามาโรงพยาบาล และต้องฝึกรื้อฟื้นกันเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้การฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่ไม่ต่อเนื่อง และไม่เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่วางไว้

2.1 ระยะการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การฟื้นฟูสภาพระยะแรก และการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Astrom, Asplund & Astrom, 1992)

2.1.1 การฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) เป็นระยะที่ระบบประสาทของร่างกายจะมีการซ่อมแซมและฟื้นตัว ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังเกิดโรคใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ (Han & Haley, 1999) วัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูระยะนี้คือ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนานเช่น การเกิดปอดอักเสบ เกิดแผลกดทับ โดยช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย และช่วยเหลือตัวเองเท่าที่จะสามารถทำได้ ดูแลด้านอารมณ์ การให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (กฤษณา พิรเวช และคณะ, 2548)

2.1.2 การฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) เป็นการฟื้นตัวของระบบประสาท การฟื้นฟูในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องอาศัยการฝึกทักษะต่างๆ ฝึกการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การฟื้นตัวของระบบประสาทจะอยู่ในช่วงเวลา 1-3 เดือนหลังเกิดโรค เมื่อเกินระยะเวลาดังกล่าว การฟื้นตัวของระบบประสาท (neurological recovery) จะเกิดขึ้นน้อยมากเพียงร้อยละ 5 และต่อเนื่องไปไม่เกิน 1 ปี (Teasell & Foley, 2008) แต่ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (function recovery) ขึ้นอยู่กับการตีและความแรง (intensity) ของการฝึกทักษะด้านที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย

2.2 หลักการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ

การดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการดูแลที่มีเป้าหมาย คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การลดความบกพร่องทางระบบประสาท และการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง เคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง หรือเดินได้ตามความเหมาะสมกับความพิการที่หลงเหลืออยู่ เพื่อให้สามารถกลับเข้าไปในสังคมได้ (กฤษณา พิรเวช และคณะ, 2548)

การตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้ โดยมีสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ

2.2.1 ทีมผู้ดูแลต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้วโดยพิจารณาจากการตรวจร่างกาย การประเมินทางระบบประสาทอย่างละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงผลการตรวจทางรังสี และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เป็นต้น (Shas, 2006)

2.2.2 การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะสภาพร่างกายแตกต่างจากวัยอื่นๆ การตั้งเป้าหมายควรมีการทบทวนปรับตามความเหมาะสมในแต่ละระยะ โดยพิจารณาจากระดับความสามารถของผู้สูงอายุ (Levack et. al., 2006)

2.2.3 การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายเกิดขึ้นภายใน 1-3 เดือนหลังจากนั้นชะลอลง มีจำนวนน้อยรายที่จะมีการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องหลังจาก 6 เดือน

2.2.4 การฟื้นฟูสภาพจะไม่ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้ อยู่ในระยะหมดสตินาน กล้ามเนื้ออ่อนแรงนานกว่าปกติเช่นนานกว่า 2 เดือน กล้ามเนื้อแขนหรือขามีอาการเกร็งมาก ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีอาการละเลยร่างกายครึ่งซีกรุนแรง มีความบกพร่องด้านสติปัญญาหรือความจำอย่างรุนแรง มีความบกพร่องทางสายตาหรือการได้ยิน มีภาวะซึมเศร้า และมีโรคร่วมอื่นๆ ด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีลักษณะดังกล่าวรวมอยู่ด้วยเสมอ จึงเป็นข้อจำกัดในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (กฤษณา พิรเวช, 2548)

กระบวนการสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 4 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการและความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพ (assessment) การตั้งเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้ (goal setting) การปฏิบัติการกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (intervention) และการประเมินซ้ำ (reassessment) (Langhorne, Bernhardt, Kwakkel, 2011) และยังมีข้อแนะนำในการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ควรได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วที่สุด เมื่อพ้นภาวะวิกฤติและอาการทางระบบประสาทคงที่แล้ว เช่น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาใน 48 ชั่วโมง (สถาบันประสาทวิทยา, 2550; Bernhardt, Dewey, Thrift, 2008)

2. การดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ การดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพต้องทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ด้านระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักรถบำบัด เป็นต้น ซึ่งต้องมีความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและทำงานร่วมมือกันเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกันและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางเป้าหมายไว้

3. การประเมินผู้ป่วยควรมีการประเมินอย่างละเอียด ประเมินสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพการประเมินที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้ (RNAO, 2005) เช่น

3.1 การประเมินทางระบบประสาท (neurological assessment) ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ การสั่งการของระบบประสาท การสื่อสาร การควบคุมการเคลื่อนไหว เป็นต้น

3.2 การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การเกิดพลัดตก หกล้ม การเกิดปอดอักเสบ การเกิดเส้นเลือดดำส่วนลึกอุดตัน เป็นต้น

3.3 การประเมินความเจ็บปวด

3.4 การประเมินภาวะกลืนลำบาก

3.5 การประเมินภาวะโภชนาการ

3.6 การประเมินสติปัญญาและการรับรู้

3.7 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.8 การประเมินความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

3.9 การประเมินภาวะซึมเศร้า

และการประเมินภาวะต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ประเมินต้องเลือกใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีความตรงและน่าเชื่อถือสูง

4. การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่อง เป็นกระบวนการในการจัดการดูแลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และต้องมีการประเมินซ้ำเพื่อปรับแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพให้มีความเหมาะสมต่อเนื่องจนถึงการดูแลหลังจำหน่าย

5. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและญาติควรได้รับข้อมูลการดำเนินของโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพเป็นระยะๆ เข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อจะได้ร่วมมือในการรักษา และเตรียมผู้ดูแลและสถานที่ให้พร้อมในการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่บ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.3 ปัญหาภาวะแทรกซ้อนในระยะฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน

หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา รายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 75 จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง (Roth, Lovell, Harvey, Heinemann, Semik, & Diaz, 2001) ร้อยละ 30.5 เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 10 เกิดภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 1 เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อีก เช่น การเกิดแผลกดทับ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ข้อยึดติด แผลกดทับ ข้อไหล่หลุด อาการปวดไหล่และมือ การกลืนลำบาก การเกิดแผลกดทับ และการเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน เป็นต้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

2.3.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปเพศชาย และเคยมีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ใช้ยาากลุ่มลดอาการซึมเศร้ากลุ่มปิดกั้นเบต้า จะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่าคนอื่นๆ (Dromerick & Edwards, 2003) พยาบาลผู้ดูแลควรควบคุมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับสารน้ำตามความต้องการของร่างกาย ประเมินภาวะปัสสาวะทั้ง แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการ ฝึกการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา หรือพิจารณาใส่สายสวนเพื่อระบายปัสสาวะ

2.3.2 ภาวะท้องผูก หมายถึง ความยากลำบากในการขับถ่ายอุจจาระและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (The Joanna Briggs Institute, 1999) เป็นภาวะที่สามารถพบในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปร้อยละ 20 แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 55.2 จะเกิดภาวะท้องผูกภายใน 4 สัปดาห์ นับตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Su et al., 2009) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลอย่างเหมาะสม เช่น การประเมินภาวะท้องผูกการตรวจร่างกาย การให้ความรู้ในการป้องกันและรักษาภาวะท้องผูก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมขับถ่ายที่เหมาะสม และการอำนวยความสะดวกในการขับถ่าย เป็นต้น

2.3.3 การติดเชื้อในปอด เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะกลืนลำบาก จะมีโอกาสเกิดการสำลักและเกิดการติดเชื้อในปอดได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับการประเมินการกลืนก่อนที่จะเริ่มให้อาหาร และดูแลจัดทำให้อาหารที่เหมาะสมขณะรับประทานอาหาร และเมื่อพบว่าผู้ป่วย

มีปัญหาจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ฟกช้ำดำเขียว การคัดเลือกอาหารที่เหมาะสมในการฟกช้ำ และหากจำเป็นอาจพิจารณาการให้อาหารทางสายยางต่อไป

2.3.4 การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน พบได้สูงถึงร้อยละ 45 หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (De, Pey, Wong, Chang, & Chen, 2006) จึงควรพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Sherman et al., 2007) และเมื่อเกิดภาวะนี้พยาบาลผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบนเตียง หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวขาข้างที่บวม ยกขาสูง วัดรอบขาทุกวัน พันขาด้วยผ้ายืด (elastic bandage) จากปลายเท้าสู่โคนขาพันนาน 2 ชั่วโมง และคลายครั้งละ 30 นาที

2.3.5 อาการชัก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.4 มีโอกาสเกิดอาการชักภายใน 1 สัปดาห์ และร้อยละ 3.4 มีโอกาสเกิดอาการชักหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไปแล้ว 1 สัปดาห์ (Lamay et al., 2003) จึงมีข้อเสนอแนะว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับยากันชัก แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนถึงประสิทธิผลของการให้ยากันชักเพื่อป้องกันภาวะนี้ (Kwan & Wood, 2010) นอกเสียจากว่าผู้ป่วยเคยมีอาการชักเกิดขึ้นมาก่อน

2.3.6 อาการปวด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลาง (central post stroke pain) มีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 6.7 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Bowsher, 2001) การดูแลจึงต้องมีการประเมินความเจ็บปวดเป็นระยะ และให้ยาตามความเหมาะสม

3. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนางานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในปัจจุบันได้มีพัฒนาแนวปฏิบัติต่างๆ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาของทีมงาน และลดการปฏิบัติที่ไม่เกิดประโยชน์ลง รวมถึงการปฏิบัติที่ไม่มีประสิทธิภาพและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย โดยจะยึดหลักการ คือ เกิดอันตรายน้อยที่สุดภายใต้ต้นทุนที่เหมาะสม การพัฒนาแนวปฏิบัติจะนำงานวิจัยต่างๆ ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ซึ่งไม่เพียงมุ่งเน้นด้านการตัดสินใจทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แนวปฏิบัติยังมองถึงคุณค่าหรือประโยชน์ที่ผู้ป่วยและบุคลากรผู้ดูแลจะได้รับภายใต้ทรัพยากรที่เหมาะสม ในอดีตการสร้างแนวปฏิบัติมาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และอาจเกิดข้อบกพร่องในการหาข้อสรุป ซึ่งในปัจจุบันแนวปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับจะพัฒนาโดยนำแนวปฏิบัติซึ่งมีงานวิจัยที่ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการทดสอบ หรือผ่านการพิสูจน์มาแล้วว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด

3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ตามความหมายของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) หมายถึง ข้อความหรือข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบจากการนำความรู้จากการวิจัย และจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ถูกสร้างขึ้นจะเกิดประโยชน์เมื่อมีผู้ยอมรับ และนำไปใช้อย่างจริงจัง (NHMRC, 1999) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมในภาวะใดภาวะหนึ่ง (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) แนวปฏิบัติที่ดีต้องสามารถเพิ่มคุณภาพในการปฏิบัติ และทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ชัดเจนเมื่อนำไปปฏิบัติ ซึ่งแนวปฏิบัติที่ดีต้องบอกถึงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติและขั้นตอนการนำลงสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดคุณภาพ (Turner, Misso, Harris, & Green, 2008)

3.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนของการพัฒนาจึงมีความสำคัญ และควรมีการนำหลักฐานที่ดีที่สุดมาเป็นพื้นฐานของการพัฒนา กระบวนการในการพัฒนาแนวปฏิบัติควรเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2541) สถาบันต่างๆ ได้นำเสนอขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกแตกต่างกันไปหลายรูปแบบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพราะสามารถเข้าใจง่าย มีความชัดเจน มีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีการสังเคราะห์ แบ่งระดับความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบและประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือ และได้รับการยอมรับประกอบขั้นตอนการพัฒนา 12 ขั้นตอน ดังนี้

3.2.1 กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก (determining the need for and scope of guidelines) การเลือกปัญหาโดยพิจารณาจากข้อมูลที่มีอยู่และสามารถแก้ไขได้ด้วยการใช้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการดูแล ค่าใช้จ่ายที่สูง การปฏิบัติที่มีความหลากหลาย และเคยมีการศึกษาหรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวข้องกันประเด็นเหล่านั้น

3.2.2 กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ (convene a multidisciplinary panel to oversee the development of the guidelines) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติควรประกอบด้วยสหสาขา

วิชาชีพ และมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความหลากหลายและสามารถใช้แนวปฏิบัติได้ครอบคลุม

3.2.3 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ (define the purpose of and target audience for the guidelines) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และกำหนดว่าจะนำแนวปฏิบัติไปใช้กลุ่มเป้าหมายใด

3.2.4 กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (identify health outcomes) ผลลัพธ์ที่กำหนด ควรสามารถประเมินผลหรือวัดได้จริง และเกิดจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น อัตราตาย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เป็นต้น

3.2.5 ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (review the scientific evidence) คือ การทบทวนสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน ความเหมาะสม ความเห็นที่ตรงกันของผู้ที่ใช้แนวปฏิบัติ และประสิทธิผลของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เลือกมาโดยการประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงใช้เกณฑ์การประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2004) โดยจัดแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1) ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบโดยงานวิจัย มีการออกแบบที่มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และใช้การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทั้งหมด (RCT) มีการทดลองอย่างน้อย 1 การวิจัยที่เป็นการทดลองขนาดใหญ่

2) ระดับ 2 หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนความรู้จากงานวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่มีกลุ่มควบคุม และไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

3) ระดับ 3 แบ่งย่อยออกเป็น 3 ระดับคือ

ระดับ 3a คือ งานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า เพื่อศึกษาผลของตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งและมีกลุ่มควบคุม (cohort studies with control group)

ระดับ 3b คือ งานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการควบคุมแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (case control studies)

ระดับ 3c คือ งานวิจัยที่เป็นการสังเกต (observational studies) ที่ไม่มีการควบคุม

4) ระดับ 4 หลักฐานอ้างอิงมาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางคลินิก หรือเป็นผลจากการศึกษาเชิงพรรณนาหรือเป็นรายงานความคิดเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญ

การประเมินระดับของข้อเสนอแนะ ใช้เกณฑ์การประเมินคุณค่าระดับของข้อเสนอแนะ (grades of recommendations) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2004) ซึ่งอธิบายไว้ดังนี้

เกรด A หมายถึง หลักฐานมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้ในระดับที่มีประโยชน์ต่อ

การปฏิบัติ มีความง่ายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที มีความเหมาะสมของเนื้อหาเป็นที่ยอมรับ
ด้านจริยธรรม

เกรด B หมายถึง หลักฐานมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติมและต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมเล็กน้อย การยอมรับทางด้าน
จริยธรรมไม่ชัดเจน

เกรด C หมายถึง หลักฐานมีประสิทธิภาพแต่ต้องพิจารณาในการนำไปปฏิบัติจริง แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมปานกลาง ยังมี
ข้อโต้แย้งทางด้านจริยธรรมปานกลาง ควรพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปใช้

เกรด D หมายถึง หลักฐานมีประสิทธิภาพในระดับที่มีข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติจริง แต่ต้องมีการฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติมและต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมค่อนข้างมาก
มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ประสิทธิภาพจากการวิจัยยังมีข้อจำกัด

เกรด E หมายถึง หลักฐานไม่มีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ ไม่สามารถเป็นไปได้อ
ในทางปฏิบัติ ไม่เป็นที่ยอมรับด้านจริยธรรม การนำไปใช้ไม่มีประสิทธิผล

3.2.6 การขกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate the guidelines) การขกร่างแนวปฏิบัติ
ทางคลินิก โดยพิจารณาให้ครอบคลุมมิติของคุณภาพของแนวปฏิบัติ คือ ระบุขอบเขตและ
วัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขั้นตอนการจัดทำ การนำเสนอชัดเจน เข้าใจง่าย
วิธีการนำไปใช้และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือขององค์กร
ใดๆ สารสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 หมวด คือ

1) การประเมินอาการ (assessment of patients) ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการ
ประเมินอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากสภาวะของผู้ป่วย อายุ ความต้องการด้านสุขภาพ
การประเมินผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง การประเมินที่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิด
การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นตามมา

2) การดูแลผู้ป่วย (care of patients) ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ
เท่าเทียมกัน โดยมีผู้วางแผนและประสานการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มี
ลักษณะเฉพาะ เช่น มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีแนวทางการดูแลผู้ที่มี
ความเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรม เป็นต้น

3) การให้ความรู้ (education) หมายถึง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะสำหรับการเข้าร่วมในกระบวนการดูแล การวางแผน
การให้ความรู้เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับความรู้ที่จำเป็น การให้ความรู้ควรมุ่งเน้นความรู้
และทักษะเฉพาะที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการ
ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4) การดูแลต่อเนื่อง (continuum of care) หมายถึง การเข้ารับบริการของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายหรือการโอนย้ายผู้ป่วย ต้องมีความต่อเนื่องในการดูแล โดยมีนโยบายหรือเกณฑ์เป็นตัวกำหนดความเหมาะสมในการดูแล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล

5) การพัฒนาคุณภาพ (improving organization performance) หมายถึง การพัฒนาคุณภาพในการดูแล การทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิก หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลให้เป็นปัจจุบัน และนำมาปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้เหมาะสมอยู่เสมอ

3.2.7 การวางแผนกลยุทธ์เพื่อเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (formulate a dissemination and implementation strategy) เพื่อส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยพิจารณาจากลักษณะของหน่วยงาน เลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมใช้แนวปฏิบัติ คือ

1) แผนเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ให้เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลแก่ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2) แผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง อาจพิจารณาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดียิ่งขึ้น และส่งเสริมอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3) จัดทำเอกสารให้ความรู้เพื่อสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น เอกสารให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

3.2.8 การวางแผนกลยุทธ์การประเมินผลและปรับปรุง (formulate an evaluation and revision strategy) เมื่อเกิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้แล้ว ควรจัดทำแผนกลยุทธ์ในการติดตามประเมินการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และวางแผนให้มีการทบทวนเพื่อเป็นการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัยหรือสอดคล้องกับลักษณะปัญหาของกลุ่มเป้าหมายทุก 3 ปี

3.2.9 การจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับร่างโดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (the guidelines themselves) การจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีการใช้รูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงานหรือทีมผู้ดูแลที่มีลักษณะแตกต่างกัน การใช้แผนภูมิหรือตัวย่อ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าใจง่ายและสะดวกเมื่อนำไปใช้งาน

3.2.10 การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (reporting on the guidelines-development process) จัดทำรายงานของแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับร่าง (the guidelines themselves) การจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ครอบคลุมตามองค์ประกอบของการประเมินคุณภาพของ

แนวปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ คือ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ โดยระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง ระบากลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติ 2) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น ระบากลุ่มที่จะใช้แนวปฏิบัติและแนวปฏิบัติผ่านการทดลองใช้ 3) ขั้นตอนการพัฒนา มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ และระบุเกณฑ์ในการคัดเลือก วิธีการกำหนดข้อเสนอแนะ แหล่งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและระดับของข้อเสนอแนะได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการนำมาใช้ และบอกขั้นตอนการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ สรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติเป็นหมวดหมู่ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย คำอธิบายการนำแนวปฏิบัติไปใช้และแบบฟอร์มต่างๆที่ใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติ 5) การประยุกต์ใช้ ระบุสิ่งที่อาจเป็นอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ ระบุค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ และแนวปฏิบัติได้รับการทบทวนให้ทันสมัย 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

3.2.11 การประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ (assessing the guideline document) แนวปฏิบัติทางคลินิกควรได้รับการประเมินเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่นและความชัดเจนของแนวปฏิบัติ จากนั้นนำข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแนวปฏิบัติก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

3.2.12 การปรึกษาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ไม่ได้ร่วมอยู่ในทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (consultation) เพื่อเป็นการร่วมพิจารณาตัดสินใจข้อเสนอแนะการปฏิบัติของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้อยู่ในทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับบริการ ผู้บริหารขององค์กร

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นการทำงานร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การประเมินผล และการวัดผลลัพธ์ มุ่งเน้นไปที่ผู้รับบริการเป็นหลัก การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเมื่อพ้นระยะวิกฤติแล้วมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่เหลือ การดูแลและการฟื้นฟูสภาพตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นบนหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลและการฟื้นฟูให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก

2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) การวางแผนกลยุทธ์เพื่อเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) จัดทำแผนการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved