

บทความพิเศษ

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ

วชิรา โพธิ์ใส¹ และ ชนกพร จิตปัญญา²

¹หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ชั้น 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

หลักฐานเชิงประจักษ์นับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากภาวะการเจ็บป่วยและเสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ถึงอย่างไรก็ตามการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น ขาดองค์ความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีไม่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของหน่วยงาน และพยาบาลไม่เห็นความสำคัญของการพยาบาลแบบประคับประคอง เป็นต้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ อันประกอบด้วย 9 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย 2) ด้านการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการดูแล 3) ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา 4) ด้านการดูแลทางด้านร่างกาย 5) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ 6) ด้านการดูแลจิตสังคมและจิตวิญญาณ 7) ด้านความต่อเนื่องในการดูแล 8) ด้านการดูแลระยะสุดท้าย และ 9) ด้านการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการ ซึ่งพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครบถ้วน และเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะของการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ตลอดจนให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: ● การดูแลแบบประคับประคอง ● ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ● การปฏิบัติโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์

เวชสารแพทย์ทหารบก 2564;74(2):151-62.

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 18 สิงหาคม 2563 แก้ไขบทความ 25 กุมภาพันธ์ 2564 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 2 พฤษภาคม 2564

ผู้พิมพ์: นายวชิรา โพธิ์ใส หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ชั้น 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ถนนสรรพสิทธิ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี อุบลราชธานี 34000 E-mail: vachira.nurse1991@gmail.com

Literature review

Palliative Care for Stroke Patient:

Moving from Evidence-Based to Practice

Vachira Posai¹ and Chanokporn Jitpanya²

¹Women's Medical Ward 5th Floor Sunpasitthiprasong Hospital; ²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Abstract:

Evidence is essential aspects among nurses to be able to deliver palliative care in stroke patients. A practical evidence-based would assist nurses in pinpointing care strategies to relief distress as well as enhancing quality of life among stroke patients. Although nurses have been utilized existing evidence-based in practice, the limitations of these evidence are found such as lacking body of knowledge or specific practical guidelines, lacking of conformity between the evidence and organizational culture, and depreciating in palliative care among nurses. This article presents a set of guidelines and roles for nurses caring for palliative care stroke patients. Developed using empirical evidence, these guidelines and roles pertain to the following 9 categories of nursing guidelines to provide palliative care for stroke patients including (1) ethics and patient right, (2) care planning and goal setting, (3) information and counselling, (4) physical care, (5) psychological and emotional care, (6) psychosocial and spiritual care, (7) continuity of care, (8) end of life care, and (9) human resources development and service system. To be able to provide holistic care for this population, it is essential that nurses should utilize these empirical evidences in practice to improve quality of nursing care in accordance with international standard.

Keywords: ● Palliative care ● Stroke patient ● Evidence-based to practice

RTA Med J 2021;74(2):151-62.

Received 18 August 2020 Corrected 25 February 2021 Accepted 2 May 2021

Corresponding Author: Mr.Vachira Posai, Sunpasitthiprasong Hospital E-mail: vachira.nurse1991@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะการดำเนินโรคที่เฉียบพลัน สามารถเสียชีวิตได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย⁽¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีปัญหาความผิดปกติและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่มีความเฉพาะเจาะจงและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ⁽²⁾ เช่น อาการปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบ Central post-stroke pain, Hemiplegic shoulder pain, Painful spasticity และปวดศีรษะชนิด Tension-type headache มีปัญหาด้านการรู้คิด อาการชัก อาการเหนื่อยล้า มีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ มีปัญหาด้านการกลืนและการรับประทานอาหาร การกลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ รวมถึงภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน และอาการแพ้หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน⁽³⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งมีระดับคุณภาพชีวิตแย่งลงและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ถูกพัฒนาและนำมาศึกษาหลายรูปแบบรวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่าแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังไม่มีแนวการปฏิบัติและแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้เขียนจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนงานวิจัย เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน ทันสมัย และสามารถนำมาใช้งานได้จริง เพื่อให้เกิด

ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาทางคลินิก

PICO Question: แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยรูปแบบและกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้าง ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดผลลัพธ์

ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความชัดเจนได้มาตรฐาน และสามารถนำมาใช้งานได้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่ามีมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิด PICO เพื่อสืบค้นทางานวิจัยภาษาอังกฤษ ได้แก่

P: Patient Population; ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งประเภทหลอดเลือดสมองอุดตันและชนิดหลอดเลือดสมองแตก เพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง

I: Intervention; แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกประเภท ครอบคลุมระยะของการเจ็บป่วย

C: Comparison; เปรียบเทียบกับการพยาบาลตามมาตรฐาน (A standard of care)

O: Outcome; การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

ตารางที่ 1 ปัญหาทางคลินิกของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

P	I	C	O
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระยะของการดูแลแบบประคับประคอง	แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	เปรียบเทียบกับพยาบาลตามมาตรฐาน	รูปแบบและกิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

2. กำหนดฐานข้อมูลและช่วงปีที่ใช้ในการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เป็นเอกสารที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2020 จาก คือ CINAHL, Medline, Science direct, Cochrane, PubMed, ProQuest, EBSCO Host, SAVE, OVID

3. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น: Palliative Care, Palliative Care for Stroke, Palliative and End-of-Life Care in Stroke, Palliative Care for Stroke Guideline, Palliative Care for Stroke Nursing Guideline ซึ่งสืบค้นได้ทั้งหมด 63 เรื่อง

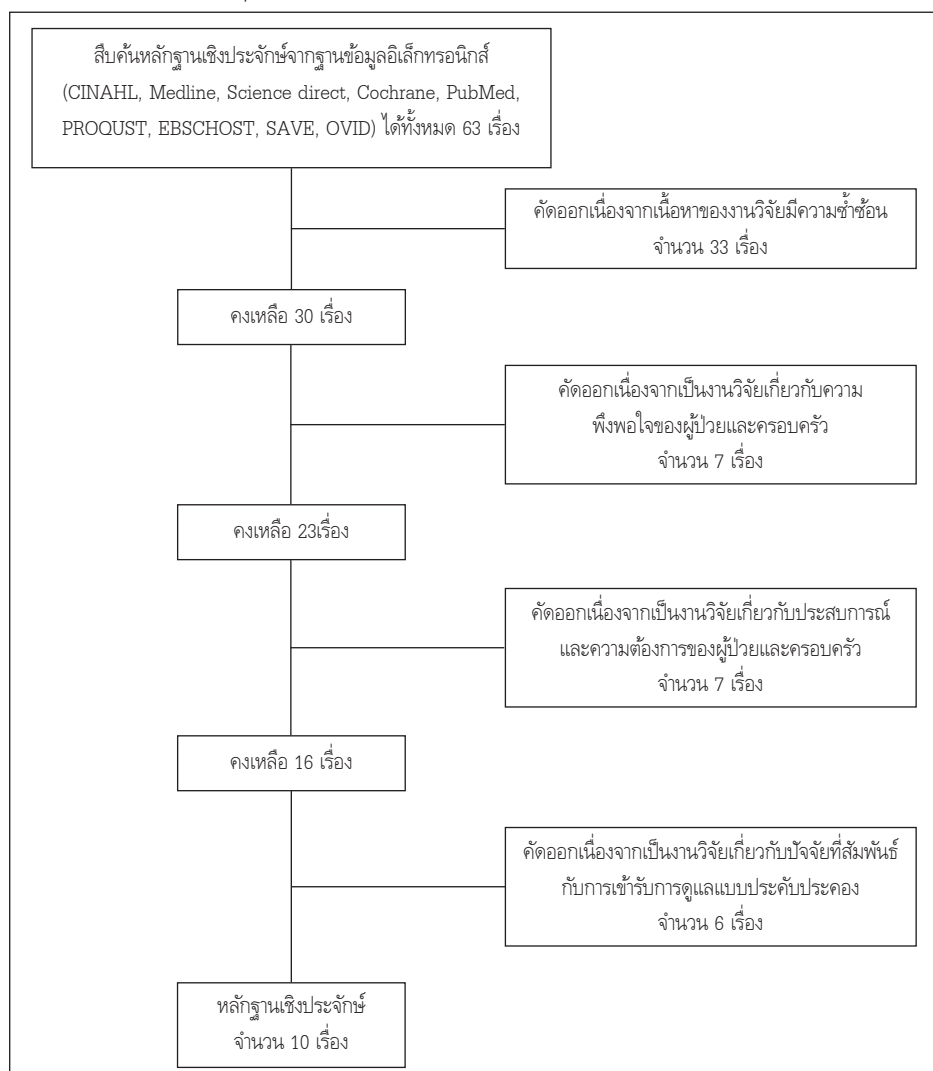
4. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารเข้า คือ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย แนวปฏิบัติหรือการสังเคราะห์วรรณกรรมทุกรูปแบบของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกเอกสารออก คือ งานวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี หรือการศึกษาที่ไม่มีการให้รายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. หลังจากนั้นวิเคราะห์แต่ละงานวิจัยทั้งหมด 63 งานวิจัย โดยทำการอ่านบทคัดย่อ และคัดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องออก 33 เรื่อง จากนั้นอ่านบทคัดย่อรวมทั้งเนื้อเรื่องและคัดงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องออก 20 เรื่อง คงเหลืองานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง ดังในรูปที่ 1

ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็นงานวิจัยที่เป็นบททบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 เรื่อง งานวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยการทดลองทางคลินิก จำนวน 1 เรื่อง ดังตารางที่ 2



รูปที่ 1 ผลการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

ตารางที่ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่	ผู้แต่ง	ปี	ชื่องานวิจัย
1.	Steigleder T., Kollmar R., and Ostgathe C	2019	Palliative Care for Stroke Patients and Their Families: Barriers for Implementation ⁷
2.	JM Boulanger et al.	2018	Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6 th Edition, Update 2018 ⁸
3.	S. Molitor et al.	2018	Palliative Care and Stroke: An Integrative Review of the Literature ⁹
4.	M. Kendall et al.	2018	Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicenter, mixed-method, longitudinal study ¹⁰
5.	Claire J. Creutzfeldt, Robert G. Holloway, and J. Randall Curtis	2015	Palliative Care: A Core Competency for Stroke Neurologists ¹¹
6.	Robert G. Holloway et al.	2014	Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association ⁴
7.	Bee Wee, Astrid Adamsb and Gail Eva	2012	Palliative and end-of-life care for people with stroke ¹²
8.	Claire J. Creutzfeldt, Robert G. Holloway and Melanie Walker	2012	Symptomatic and Palliative Care for Stroke Survivors ¹³
9.	T Stevens et al.	2007	Palliative care in stroke: a critical review of the literature ¹⁴
10.	C. Jack et al.	2004	Towards a good death: the impact of the care of the dying pathway in an acute stroke unit ¹⁵

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเพื่อการประยุกต์ใช้

เกณฑ์การให้ระดับของน้ำหนักคำแนะนำ (Class of recommendation) และความน่าเชื่อถือของคำแนะนำที่เรียกว่า คุณภาพของหลักฐาน (Level of evidence) ตามแนวทางของ American Heart Association/American Stroke Association^{4,5} มีรายละเอียดดังนี้

ระดับของน้ำหนักคำแนะนำ (Class of recommendation)

Class I: ควรทำเนื่องจากสิ่งนั้นมีประโยชน์อย่างยิ่งและมีความคุ้มค่า ไม่ทำถือว่าผิด

Class IIa: มีเหตุผลที่จะทำ น่าจะมีประโยชน์และน่าจะมีค่า มีประโยชน์มากกว่าโทษ

Class IIb: อาจทำ แต่ประโยชน์และความคุ้มค่ายังไม่ชัดเจน หลักฐานที่เพียงพอ มีประโยชน์มากกว่าหรือเท่ากับโทษ

Class III: ห้ามทำ ไม่มีประโยชน์ ไม่มีความคุ้มค่า และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

คุณภาพของหลักฐาน (Level of evidence)

Level of evidence A: หลักฐานมีคุณภาพสูงจากการศึกษาที่มีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomize-controlled trials: RCT) มากกว่า 1 งานวิจัย

Level of evidence B: หลักฐานมีคุณภาพปานกลางจาก RCT 1 งานวิจัย หรือจากการศึกษาชนิดไม่สุ่มตัวอย่าง (nonrandomized study)

Level of evidence C: มีข้อจำกัดของข้อมูลใช้การลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญตามประสบการณ์ทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก

นำหลักฐานทั้งหมดที่ได้มารวบรวมเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วนำมาพิจารณาความเหมาะสมในการนำมาใช้ปฏิบัติพยาบาล ได้นื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 9 หมวด คือ

1. ด้านจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย
2. ด้านการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการดูแล

3. ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา
4. ด้านการดูแลทางด้านร่างกาย
5. ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์
6. ด้านการดูแลจิตสังคมและจิตวิญญาณ
7. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล
8. ด้านการดูแลระยะสุดท้าย
9. ด้านการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการ

แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความ

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งประเภทหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันและชนิด

หลอดเลือดสมองแตก เพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง

แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ข้อความที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกระบวนการของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา⁽⁶⁾ ซึ่งประกอบด้วยทั้งหมด 9 ด้าน 76 รายการ ดังตารางที่ 3

สรุป

การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลแบบประคับประคองในปัจจุบันมีความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการ

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Recommendation	Level of Evidence
1. ด้านจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย	
1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวทุกรายที่ได้รับผลกระทบจากโรค อันส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง หรือมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ควรเข้าถึงและได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม (Holloway et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
1.2 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยเน้นผู้ป่วยที่มีอาการระดับรุนแรง มีความพิการสูง หรือเป็นอันตรายต่อชีวิต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว (Boulanger et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence C
2. ด้านการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการดูแล	
2.1 ร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนหรือกำหนดทิศทางของการดูแลว่าจะให้การดูแลที่มุ่งความสุขสบายของผู้ป่วยในช่วงชีวิตที่เหลือหรือการเหนี่ยวรั้งความตายเป็นเวลานานออกไป (Boulanger et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence C
2.2 มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการรักษาและการกำหนดรูปแบบของการดูแล (Boulanger et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence C
2.3 มีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมไปถึงถึงการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับรูปแบบของการตาย (Boulanger et al., 2018; Steigleder T, Kollmar R, Ostgathe C, 2019)	Class I : Level of Evidence C
2.4 มีกระบวนการวางแผนและกำหนดรูปแบบของการดูแลที่มีชัดเจนและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างตรงจุด (Holloway et al., 2014)	Class IIa : Level of Evidence C
2.5 การศึกษาประวัติ ทบทวนข้อมูลและประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยแต่ละราย มีประโยชน์อย่างมากใน สำหรับการนำมาวางแผนและการกำหนดแนวทางในการดูแล (Holloway et al., 2014)	Class IIa : Level of Evidence C
2.6 การกำหนดแบบแผนการดูแล ควรเกิดจากการพัฒนาอย่างเข้มงวดและมีการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก และใช้ความระมัดระวังในกิจกรรมที่มีความละเอียดอ่อน (Holloway et al., 2014)	Class IIb : Level of Evidence B

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

Recommendation	Level of Evidence
2.7 ความรู้ ทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสำคัญในกระบวนการกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีโรคหลอดเลือดสมอง (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
2.8 ทบทวนการอภิปรายเป้าหมายของการดูแลเป็นระยะเพื่อยืนยันความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ถูกต้อง (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
2.9 แนวทางและโครงสร้างการกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง ต้องมีการปรับปรุงคุณภาพของการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน (Holloway, et al., 2014)	Class IIa : Level of Evidence C
3. ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา	
3.1 ให้ข้อมูลหรือแจ้งให้ญาติทราบเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (Jack, et al., 2004)	Class I : Level of Evidence C
3.2 ให้คำปรึกษากับญาติและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Jack et al., 2004)	Class I : Level of Evidence C
3.3 ให้คำปรึกษาหรือพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการในช่วงปัจจุบัน การพยากรณ์โรค และผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Boulanger et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence C
3.4 ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษากับผู้ป่วย ญาติ และเกี่ยวกับความต้องการและกิจกรรมการยื้อชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ การแทงหรือเจาะเส้นเลือดดำใหญ่ การให้น้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Boulanger, et al., 2018; Steigleder T, Kollmar R, Ostgathe C, 2019)	Class I : Level of Evidence C
3.5 ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษากับผู้ป่วย ญาติ และเกี่ยวกับการให้ยา แนะนำการหยุดให้ยาที่มากเกินไป ความจำเป็น แต่ควรเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด บรรเทาความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยเท่านั้น (Boulanger, et al., 2018)	Class I : Level of Evidence C
3.6 สิ่งสำคัญก่อนการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นสุขภาพและความเป็นไปได้ของกระบวนการฟื้นหายแก่ผู้ป่วยและญาติ (เช่น ความสามารถในการเดิน การสื่อสาร ความอดทนต่อความพิการ) (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence C
3.7 การเปิดเผยความไม่แน่นอนในการพยากรณ์โรคต่อผู้ป่วยและครอบครัว ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบและเข้าใจถึงเหตุผล (Holloway, et al., 2014)	Class IIa : Level of Evidence C
3.8 ใส่ใจและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือความรู้สึกเหงาในกรณีที่ต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Holloway, et al., 2014)	Class IIb : Level of Evidence C
4. ด้านการดูแลทางด้านร่างกาย	
4.1 บริหารยาบรรเทาอาการปวดหรืออาการหายใจหอบเหนื่อยผ่านทางชั้นใต้ผิวหนังตามแผนการรักษา (Jack, et al., 2004)	Class IIb : Level of Evidence C
4.2 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากระบบโรคในสมอง ดูแลให้ได้รับยา Amitriptyline, Lamotrigine, Gabapentin, SNRIs (venlafaxine) ตามแผนการรักษา แต่อาจต้องระมัดระวังการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม Opioids, pregabalin and carbamazepine เพราะอาจไม่ได้ผลในการรักษาอาการปวดศีรษะจากระบบโรคในสมอง (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIa : Level of Evidence C
4.3 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่ ให้ใส่เครื่องพยุงแขนเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อไหล่ นวดกล้ามเนื้อเบาๆ ประคบด้วยความร้อนหรือความเย็น ดูแลให้ยาในกลุ่ม NSAIDs ก่อนการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม การกระตุ้นด้วยเครื่องนวดไฟฟ้า การฉีดยาสเตียรอยด์และการฉีด Botox เข้าชั้นกล้ามเนื้อ (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIa : Level of Evidence B

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

Recommendation	Level of Evidence
4.4 ผู้ป่วยที่มีปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างถูกวิธี และดูแลให้ยาคลายกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น baclofen, tizanidine, dantrolene (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIIb : Level of Evidence B
4.5 ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยอ่อนล้า แนะนำปรับการรับประทานอาหารและดูแลความสะอาดของช่องปากเพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร กระตุ้นให้ออกกำลังกาย ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ หากไม่ได้ผลควรปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยา Modafinil หรือ Methylphenidate (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIIb : Level of Evidence C
4.6 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ แนะนำวิธีการฝึกถ่ายปัสสาวะและการฟื้นฟูกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน แต่หากไม่ได้ผลให้ส่งปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อการดูแลในระยะยาว (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIIb : Level of Evidence C
4.7 ผู้ป่วยที่มีอาการภาวะชักหลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับโรคลมชักจากสาเหตุอื่นๆ และควรให้ยาป้องกันอาการชักกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกให้ยาตามชนิดของอาการ อายุของผู้ป่วย และโรคร่วมอื่นๆ ร่วมด้วย (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class I : Level of Evidence B
4.8 ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์ ควรมีการคัดกรองเป็นระยะ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ หรืออาจพิจารณาให้ยา Sildenafil ในขนาดยาต่ำๆ (Creutzfeldt et al., 2012; Holloway et al. 2014)	Class I : Level of Evidence B
4.9 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ ควรส่งปรึกษาและประเมินภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากแพทย์เฉพาะทาง เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่จะต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยหายใจ (Creutzfeldt et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class I : Level of Evidence B
4.10 ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารหรือการกลืน และปฏิเสธสารน้ำและอาหารทางเส้นเลือด การรับประทานอาหารเองเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุด (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
4.11 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ควรได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกหรือสายให้อาหารทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
4.12 ในระยะเฉียบพลันและหลังเฉียบพลัน (ระยะแรกจนกระทั่ง 2-3 สัปดาห์หลังมีอาการของโรค) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืน แนะนำให้ใช้สายอาหารทางจมูกแทนการรับประทานอาหารทางปากเพื่อป้องกันการกลืนลำบาก แต่ในระยะเรื้อรังหรือการดูแลระยะยาวแนะนำให้ใช้สายให้อาหารทางหน้าท้องมากกว่า เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของสายกับเนื้อบริเวณจมูก รุงจมูก หรือไซนัสอักเสบ และเพื่อรักษาคุณค่าทางโภชนาการ (Holloway, et al., 2014)	Class IIa : Level of Evidence B
4.13 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อระบายความดันในสมองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมมาก สามารถลดอัตราการตายและเพิ่มโอกาสของการอยู่รอดชีวิตได้ (Holloway, et al., 2014)	Class IIa : Level of Evidence B
4.14 ผู้ป่วยที่มีเลือดออกหรือสมองขาดเลือดขนาดใหญ่บริเวณสมองน้อยที่ปกตก้นสมอง หรืออุดตันโพรงสมองควรได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายความดันในกะโหลกศีรษะ (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
5. ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์	
5.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ควรส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัด เพื่อประเมินและวิเคราะห์สาเหตุของภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งให้วางแผนการให้กิจกรรมบำบัด หากไม่ได้ผลอาจพิจารณาให้กลุ่มยารักษาภาวะซึมเศร้า เช่น Citalopram, Nortriptyline, Fluoxetine, Reboxetine (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class I : Level of Evidence B
5.2 ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง ควรให้คำปรึกษาและระบายความรู้สึกกับข้อใจหรือความรู้สึกค้างคาใจ (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIa : Level of Evidence B

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

Recommendation	Level of Evidence
5.3 ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลอย่างรุนแรงร่วมกับภาวะซึมเศร้าให้ส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัด และพิจารณาให้ยารักษาภาวะวิตกกังวล เช่น Lorazepam (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIa : Level of Evidence B
5.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลร่วมกับภาวะเพื่อสับสนเฉียบพลัน ต้องส่งพบจิตแพทย์เพื่อปรับพฤติกรรม หรือเข้าร่วมกิจกรรมพฤติกรรมบำบัด และให้ยาต้านอาการทางจิตประสาท เช่น Haloperidol (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIa : Level of Evidence B
5.5 ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงรุนแรง ควรได้รับการประเมินเพื่อหาสาเหตุ เช่น สารพิษและความผิดปกติของเมตาบอลิซึม การบำบัดพฤติกรรม หรืออาจพิจารณาให้ยารักษาโรคจิตสำหรับการรักษาระยะสั้น แต่ไม่แนะนำให้ใช้ Benzodiazepines (Holloway, et al. 2014)	Class IIa : Level of Evidence B
5.6 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องทางอารมณ์ร่วมกับภาวะซึมเศร้า ควรส่งปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัด และพิจารณากลุ่มยาต้านภาวะซึมเศร้า (Holloway, et al. 2014)	Class IIb : Level of Evidence B
5.7 ผู้ให้บริการควรมีการค้นหาและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งตอบสนองต่อการร้องขอในการให้ความช่วยเหลือในกระบวนการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Holloway, et al., 2014)	Class IIb : Level of Evidence C
6. ด้านการดูแลจิตสังคมและจิตวิญญาณ	
6.1 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม (Jack, et al., 2004)	Class IIa : Level of Evidence C
6.2 ประเมินและตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ด้วยทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Boulanger, et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence C
6.3 ประเมินครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยและญาติ ให้ความช่วยเหลือและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม การปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วย และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class I : Level of Evidence C
6.4 เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าและการเบี่ยงเบนของญาติผู้ดูแล ผู้ให้บริการต้องให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับญาติผู้ดูแลและครอบครัว เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการรักษา การจัดการผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผลลัพธ์และความหวังต่อการรักษาในผู้ป่วยและละราย (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014; Steigleder T, Kollmar R, Ostgathe C, 2019)	Class I : Level of Evidence C
6.5 มีการเตรียมความพร้อมและการฝึกฝนทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นให้กับญาติผู้ดูแลและครอบครัว (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIb : Level of Evidence C
6.6 ประเมินและให้ช่วยเหลือเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและความเศร้าโศกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัว (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class I : Level of Evidence C
6.7 พัฒนากลยุทธ์และรูปแบบการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการและการจัดการความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลและครอบครัวในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะของการดูแลแบบประคับประคอง (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class I : Level of Evidence C
6.8 ประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยใช้คำถามถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งสำคัญในชีวิต ภูมิหลังที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย หรือความต้องการที่ผู้ป่วยเคยพูดไว้ก่อนหน้านี้ (Creutzfeldt, et al., 2012; Holloway, et al. 2014)	Class IIa : Level of Evidence C
6.9 มีความรู้และเคารพในวัฒนธรรมที่หลากหลายและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและญาติในแต่ละราย พร้อมทั้งมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนเมื่อมีความจำเป็น (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

Recommendation	Level of Evidence
7. ด้านความต่อเนื่องในการดูแล	
7.1 หยุดการให้ยาหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่ไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (Jack, et al., 2004)	Class IIa : Level of Evidence B
7.2 จัดเว้นการทำหัตถการ การตรวจพิเศษ และลดกิจกรรมการพยาบาลที่มากเกินไปจนจำเป็น เพื่อเป็นการรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด (Jack, et al., 2004; Boulanger, et al., 2018)	Class IIb : Level of Evidence C
7.3 ในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและความลำบากในการตัดสินใจ ควรมีการส่งปรึกษาทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาร่วมดูแล (Boulanger, et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence C
7.4 ให้ความสำคัญกับความไม่แน่นอน ความเสี่ยง และข้อจำกัดของการดูแลในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence C
7.5 มีการประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่มีความครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี (Holloway, et al., 2014)	Class IIa : Level of Evidence C
7.6 ขอคำแนะนำหรือวิธีการดูแลอื่น ๆ เพิ่มเติม จากเพื่อนร่วมงานหรือทีมสห-สาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในกรณีที่เกิดความไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแลที่ไม่คุ้นชิน (Holloway, et al., 2014; Steigleder T, Kollmar R, Ostgathe C, 2019)	Class IIa : Level of Evidence B
7.7 หากมีความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายของผู้ป่วยและของตัวแทนครอบครัว ผู้ให้บริการอาจพิจารณาใช้แนวทางการตกลงร่วมกันของทุกฝ่ายเพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวตกลงกันได้กับข้อแตกต่างที่เกิดขึ้น (Holloway, et al., 2014)	Class IIb : Level of Evidence C
7.8 ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรได้รับการรักษาและได้รับยาบรรเทาอาการที่เหมาะสม เว้นแต่จะระบุไว้เป็นอย่างอื่น (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence C
8. ด้านการดูแลระยะสุดท้าย	
8.1 ดูแลญาติและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายและการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Boulanger, et al., 2018)	Class I : Level of Evidence C
8.2 มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ระหว่างทีมผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว (Boulanger, et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence B
8.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการบริจาคอวัยวะ ทีมผู้ให้บริการและครอบครัวต้องการตกลงกันอย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีเอกสารแสดงความยินยอม (Boulanger, et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence B
8.4 มีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต งานฉาปนกิจ และการดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Boulanger, et al., 2018)	Class IIa : Level of Evidence B
8.5 การตัดสินใจในการขวนการรักษาระหว่างขั้นตอนการช่วยชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้น้ำสารอาหาร ยากระตุ้นหัวใจ และการปั๊มหัวใจ ควรขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการดูแลที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
8.6 การตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ประโยชน์และความเสี่ยงของการปั๊มหัวใจ ซึ่งญาติผู้ดูแลและครอบครัวต้องทำความเข้าใจกับการพยากรณ์โรครวมถึงโอกาสในการฟื้นหายว่ามีมากน้อยเพียงใด (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
8.7 ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง การปฏิเสธการยื้อชีวิตและการดูแลที่เน้นความสบายของผู้ป่วยเป็นแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมที่ทีมผู้ให้บริการต้องวางแผนร่วมกับญาติผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Holloway, et al., 2014; Steigleder T, Kollmar R, Ostgathe C, 2019)	Class I : Level of Evidence C
8.8 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพิจารณาแล้วว่าเสียชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน เป้าหมายหลักของการดูแลเป็นการดูแลแบบประคับประคอง หากไม่มีข้อจำกัดใด ๆ ควรพิจารณาส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้าน หรืออนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตบ้าน (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

Recommendation	Level of Evidence
9. ด้านการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการ	
9.1 ระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการประสานงานที่ดีและมีสภาพแวดล้อมของการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่ส่งเสริมมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เปิดกว้างและเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence C
9.2 ระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมุ่งเน้นทั้งกระบวนการดูแล การรักษาโรค การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและทำความเข้าใจกับความแตกต่างของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence C
9.3 ส่งเสริมระบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่มีคุณภาพ ด้วยการพัฒนาระบบบริการที่มีแบบแผน ระบบการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมและกระบวนการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการอย่างสม่ำเสมอ (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence C
9.4 สนับสนุนและพัฒนาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทรัพยากรบุคคล เครื่องมือเครื่องใช้ในการดูแล ให้มีความพร้อมใช้ (Holloway, et al., 2014; Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR, 2015)	Class IIa : Level of Evidence B
9.5 สนับสนุนให้ผู้ให้บริการและทีมสหสาขาวิชาชีพมุ่งเน้นการปรับปรุงทักษะการสื่อสารให้มีความละเอียดอ่อน เข้าใจได้ง่าย และเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Holloway, et al., 2014; Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR, 2015)	Class IIa : Level of Evidence C
9.6 มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผลการพยากรณ์โรคที่ดีและมีประสิทธิภาพขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของทีมผู้ดูแล (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence C
9.7 ความรู้และการใช้เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพของการตัดสินใจการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Holloway, et al., 2014)	Class I : Level of Evidence B
9.8 มีการทบทวนและรวมหลักฐานทางวิชาการที่มีประสิทธิภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้งค่านิยมของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนและข้อเสนอแนะการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Holloway, et al., 2014; Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR, 2015)	Class I : Level of Evidence B
9.9 มีการฝึกฝนทักษะการรับรู้ตนเอง เพื่อลดอคติทางอารมณ์ของตนเองและเพื่อลดข้อผิดพลาดในการพยากรณ์โรค (Holloway, et al., 2014)	Class IIb : Level of Evidence B
9.10 มีการสอนหรือจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโปรแกรมการฝึกอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว (Holloway, et al., 2014; Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR, 2015)	Class I : Level of Evidence B
9.11 มีการศึกษาและพัฒนางานวิจัยเพื่อการปรับปรุงคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของการศึกษาเชิงรุก ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Holloway, et al., 2014; Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR, 2015)	Class I : Level of Evidence B

แพทย์ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคาดหวังว่าจะหายจากโรคและมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ถึงอย่างไรก็ตามเมื่อผลลัพธ์ของการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง แพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนนำไปสู่การพยาบาลแบบประคับประคอง พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวที่สุดจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งมีรูปแบบและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญทั้งหมด 9 หมวดหมู่ ประกอบด้วย 1) ด้านจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย 2) ด้านการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการดูแล 3) ด้านการให้ข้อมูลและคำปรึกษา 4) ด้านการดูแลทางด้านร่างกาย 5) ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ 6) ด้านการดูแลจิตสังคมและจิตวิญญาณ 7) ด้านความต่อเนื่องในการดูแล 8) ด้านการดูแลระยะสุดท้าย และ 9) ด้านการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการ เพื่อให้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน เพิ่มคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล สามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในทุกมิติ

เอกสารอ้างอิง

- Posai V, Jitpanya C. A delphi study on palliative care in stroke patient. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*. 2019;14(4):8-26. Thai
- Lutz BJ, Green T. Nursing's role in addressing palliative care needs of stroke patients. *Stroke*. 2016;47(12):e263-5.
- Posai V, Jitpanya C. A component analysis of palliative care for stroke patient. *J Med Health Sci*. 2020;27(2):63-76. Thai
- Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, et al. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(6):1887-916.
- Butsing N. Caring process for acute stroke patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2019;34(3):15-29. Thai
- Braun LT, Grady KL, Kutner JS, Adler E, Berlinger N, Boss R, et al. Palliative care and cardiovascular disease and stroke: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*. 2016;134(11):e198-225.
- Steigleder T, Kollmar R, Ostgathe C. Palliative care for stroke patients and their families: barriers for implementation. *Front Neurol*. 2019;10(1):164.
- Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, Smith EE, Stotts G, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th Edition, Update 2018. *Int J Stroke*. 2018;13(9):949-84.
- Molidor S, Overbaugh KJ, James D, White CL. Palliative care and stroke: an Integrative review of the literature. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018 Aug;20(4):358-67.
- Kendall M, Cowey E, Mead G, Barber M, McAlpine C, Stott DJ, et al. Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *CMAJ*. 2018;190(9):E238-46.
- Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Curtis JR. Palliative care: A core competency for stroke neurologists. *Stroke*. 2015;46(9):2714-9.
- Wee B, Adams A, Eva G. Palliative and end-of-life care for people with stroke. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2010;4(4):229-32.
- Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Walker M. Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *J Gen Intern Med*. 2012;27(7):853-60.
- Stevens T, Payne S, Burton C, Addington-Hall J, Jones A. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliat Med*. 2007;21(4):323-31.
- Jack C, Jones L, Jack BA, Gambles M, Murphy D, Ellershaw JE. Towards a good death: the impact of the care of the dying pathway in an acute stroke unit. *Age Ageing*. 2004;33(6):625-6.