

สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

Situations, Problems, and Barriers of Post-Stroke Care in the Transitional Period from Hospital to Home

ศรารินทร์ พิทยะพงษ์*
Sararin Pitthayapong*

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการเขียนเชิงวิเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การทำงานวิจัยในชุมชน โดยสรุปประเด็นหลักที่ได้จากเนื้อหา และแนวทางการแก้ไข เพื่อสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังคงมีจุดอ่อนในด้านการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ถูกต้องและต่อเนื่องของผู้ดูแล เนื่องจากการได้รับความรู้ การฝึกทักษะวิธีการปฏิบัติดูแลด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่ได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้าหรืออาจไม่ได้รับเลย ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน และควรปฏิบัติงานอย่างบูรณาการด้วยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งควรให้ความสำคัญในด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องทันทีที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การดูแลหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ระยะเปลี่ยนผ่าน

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
e-mail: sararin555@hotmail.com

* Instructor, Fundamental of Nursing and Nursing Administration Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. e-mail: sararin555@hotmail.com

Abstract

This article presents analytical writing from literature reviews and experiences in community research to reflect the current situations, problems, and barriers of post-stroke care. The article summarizes the main points of the contents and suggests solutions for post-stroke care. There are still weaknesses in post-stroke care and rehabilitation among family caregivers owing to inadequate knowledge, a lack of caregiver skills, and insufficient social support. In particular, post-stroke patients and their family caregivers need help and supports from the health care team during the transitional period from hospital to home. However, failure to provide support and delays in receiving appropriate support from the health care team have been reported. Therefore, the development of guidelines for post-stroke care is very important to establish clear guidelines and it should be integrated with a multidisciplinary team. The guidelines for post-stroke care should focus on an early recovery, competence building in family caregivers' roles, and community health volunteers. Finally, stroke patients will receive proper and continuous care as soon as they are being discharged to home.

Keywords: post-stroke care, situations, problems, barriers, transitional period

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cardiovascular disease, stroke) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และมีแนวโน้มสถิติการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ.2550-2558 รายงานว่ามีอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน จำนวน 255.85 คน ในปี 2550 ซึ่งเพิ่มเป็น 425.24 คน ในปี 2558¹ โดยเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัยและทุกกลุ่มอายุ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าวัยอื่น²

หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือมีความพิการในระดับที่แตกต่างกันเนื่องจากสูญเสียการทำหน้าที่

ของระบบประสาทและสมอง³ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแล หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรก (early recovery) จะส่งผลต่อการและการฟื้นฟูผู้ป่วยได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁴ อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปมักพบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (transitional period) ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาระการดูแลผู้ป่วยที่หนักอย่างกะทันหัน ขาดความพร้อมในการดูแล เหนื่อยล้าจากภาระการดูแล และเกิดความเครียด ซึ่งผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง⁵ ดังนั้นการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค

การดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จึงมีความสำคัญซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองพัฒนามาก เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉียบพลันผู้ป่วยจะถูกนำส่งโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งทีมแพทย์จะประเมินอาการและส่งตรวจพิเศษ เช่น computerized tomography brain (CT brain) เพื่อวินิจฉัยโรคและให้การรักษารวดเร็ว หากระยะเวลาการเกิดอาการของโรคจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง⁶ ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าระบบ stroke fast track ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคให้ได้มากที่สุด⁷ หลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะถูกรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ซึ่งปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยมีการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมีหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะเรียกว่า stroke unit ซึ่งมีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพให้การรักษา ดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย⁶ อย่างไรก็ตามการจัดให้มี stroke unit ของแต่ละโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทต่างๆ เช่น นโยบาย จำนวนแพทย์และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ และงบประมาณ เป็นต้น ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถจัดตั้ง stroke unit ได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมแทน⁸

ขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล จะได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge planning) โดยเร็วที่สุด ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด โภชนาการ และเภสัชกร เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ทั้งนี้ประเด็นสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย⁹⁻¹¹

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกัน แผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน ที่จำเป็นสำหรับการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

2. การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารทางสายยาง ใส่สายสวนคาปัสสวาระ หรือ มีท่อหลอดคอ (tracheostomy tube) เป็นต้น โดยพยาบาลจะสอนผู้ดูแลในวิธีการปฏิบัติต่างๆ รวมทั้งแนะนำให้สังเกตอาการที่อาจเป็นอันตรายหรืออาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน

3. การให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ร่วมกันวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากนั้นจะนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหรือนัดให้มาทำกายภาพที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งสอนให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม

4. การเตรียมและฟื้นฟูด้านจิตใจ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และผู้ป่วยอาจกลายเป็นผู้พิการ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาในการปรับตัวและปัญหาด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล เครียด หรือซึมเศร้า ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ¹² พร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวและเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนการกลับบ้าน

5. การให้ความรู้ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ดังนั้นผู้ดูแลควรได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการเตรียมและทำอาหารปั่นผสมวิธีการให้อาหารทางสายยาง วิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์การให้อาหาร รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

6. การให้ความรู้เรื่องวิธีจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น การดูแลเมื่อผู้ป่วยสำลักอาหาร พลัดตกหกล้ม การสังเกตอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการจัดการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง เป็นต้น

ประเด็นข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมายกรุงเทพมหานครที่ใช้หลักของ D-METHOD ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านซึ่งประกอบด้วย¹³ Diagnosis (D) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับโรคและสาเหตุ Medication (M) คือ การให้ความรู้เรื่องยา แนะนำการรับประทานยาตามแผน

การรักษา และภาวะแทรกซ้อนของยา Environments and Economics (E) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อาจต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และการแนะนำเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย Treatment (T) เป็นการอธิบายแผนการรักษาซึ่งผู้ป่วยและญาติต้องปฏิบัติตาม Health (H) เป็นการศึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การออกกำลังกาย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ Outpatient referral (O) เป็นการนัดหมายการมาตรวจตามนัด แจ้งวัน เวลา และสถานที่ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชน และ Dietary (D) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

นอกจากนี้ สถาบันประสาทวิทยาซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ จึงได้จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป¹⁴ โดยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีการส่งต่อข้อมูลและประสานงานกับศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายบริการเพื่อติดตามการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งสถาบันประสาทวิทยาได้เสนอแนวทางการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 4 ครั้ง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตาราง 1 แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴

ครั้งที่	ระยะเวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
1	ภายใน 1-2 สัปดาห์	1. ประเมินสภาพร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ BI (Barthel Index Activities of Daily Living) และ/หรือ mRS (modified Rankin Scale) การกลืน อาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภาวะแทรกซ้อน ทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม 2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวนความรู้และทักษะ สนับสนุนการดูแลในด้านต่างๆ การสังเกตอาการผิดปกติ การพบแพทย์ตามนัด และแนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน 3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ 4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยม 5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป	- หาก BI $\leq$ 75 และ/หรือ mRS $\geq$ 3 คะแนน ให้เยี่ยมบ้านครั้งต่อไป - หาก BI $>$ 75 และ/หรือ mRS $<$ 3 คะแนน ให้ยุติการเยี่ยม (หากพบกรณีนี้ในการเยี่ยมครั้งที่ 1 ให้เยี่ยมต่อในครั้งที่ 2 แล้วจึงยุติการเยี่ยม) พร้อมทั้งส่งต่อไปยังเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถให้คำปรึกษาสุขภาพได้
2	1-2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมครั้งที่ 1	ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเหมือนครั้งที่ 1 และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามประเด็นปัญหาที่พบ	
3	3-4 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมครั้งที่ 2	ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเหมือนครั้งที่ 1 และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามประเด็นปัญหาที่พบ	
4	3-4 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมครั้งที่ 3	ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเหมือนครั้งที่ 1 และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามประเด็นปัญหาที่พบ	ยุติการเยี่ยม และส่งต่อไปยังเครือข่ายสุขภาพในชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ได้

อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษายืนยันหรือติดตามว่าแนวทางการปฏิบัตินี้ถูกนำไปใช้ในโรงพยาบาลต่างๆ หรือไม่อย่างไร ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนเป็นคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจปรับลักษณะกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความมั่นใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ถูกต้อง¹⁵ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากข้อจำกัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพสูงขึ้น และระบบการควบคุมคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันทีที่อาการดีขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยมีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 1-2 สัปดาห์เท่านั้น⁸ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินการตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยระยะเวลาที่จำกัดจึงส่งผลกระทบต่อความพร้อมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการฝึกทักษะไม่เพียงพอและครบถ้วนตามความต้องการ¹⁶

2. ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ได้รับคำแนะนำและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนการจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก¹⁷ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านจึงได้รับการดูแลจากผู้อื่นหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้อง

3. การส่งต่อเอกสารจากโรงพยาบาลที่จำหน่ายผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชนล่าช้า ซึ่งเอกสารมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่ต้องดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง และแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้ทีมสุขภาพในชุมชนให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยล่าช้าตามไปด้วย^{10,18} นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้รับการส่งต่อเอกสารข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์¹⁷

4. ข้อจำกัดของศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน¹⁸⁻²⁰ เช่น 1) การขาดแคลนบุคลากร และภาระงานที่มากซึ่งครอบคลุมงานหลายด้าน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทำให้การติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนเน้นการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก 2) การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์กายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและเพียงพอ 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย 4) ปัญหาการคมนาคม

ระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วย เช่น ระยะทางห่างไกล หรือ ขาดพาหนะในการเดินทาง ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากลำบาก

5. ศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่มีความชัดเจนในการกำหนดแนวทางและนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างบูรณาการ และความร่วมมือของคนในชุมชนยังคงมีน้อย¹⁷

บทสรุป

จากสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดผลกระทบในทุกระดับ ไม่เพียงแต่ผลของโรคต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศอีกด้วย โดยสรุปผลกระทบหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ระดับบุคคล เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า ไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อตรงต่ออาการของโรค การฟื้นฟูสภาพได้ช้า หรืออาจไม่สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ^{21, 22} เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และอาจเกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล เครียด หรือซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลกระทบต่อเนื่องมาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย²³

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาด้านจิตสังคมเนื่องจากสูญเสียความมั่นใจ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า

และไม่มั่นคง ทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดการแยกตัวและขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ การสื่อสาร การควบคุม และการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม อาจทำให้การเข้าสังคมมีปัญหา ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง²⁴

2. ระดับครอบครัว การดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระที่หนักของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการดูแลเกือบ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการดูแลที่ซับซ้อนต่างจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพอื่น²¹ จากภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลที่สูงนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้ร่างกายเจ็บป่วยได้ และหากปฏิบัติกรดูแลไม่ถูกต้องอาจทำให้มีขนาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย¹⁵

โดยทั่วไปสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งต้องเป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ส่วนสมาชิกคนอื่นจะเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ทดแทนความรับผิดชอบของผู้ดูแลหลัก ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่²¹ เช่น ภรรยาต้องเปลี่ยนชีวิตจากแม่บ้านหรือเปลี่ยนจากผู้หารายได้รองมาเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว บุตรหลานอาจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว หรืออาจต้องเปลี่ยนงาน ย้ายบ้าน เพื่อมาดูแลพ่อแม่ที่ป่วย อีกทั้งคนในครอบครัวยังต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว เกิดความวิตกกังวล และเครียด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และทำให้สัมพันธภาพของคนในครอบครัวลดลง²⁵

นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำกายภาพบำบัด ค่ารักษา อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล และค่าใช้จ่ายเพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้²⁰

3. ระดับสังคม เนื่องจากการรักษา ดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในระดับประเทศ โดยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน การรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก 1,010.22 บาทต่อครั้ง และยังมีค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาทต่อคนต่อปี และความสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 162,664.97 บาทต่อคนต่อปี²⁶

หากสังคมใดมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากที่ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนสู่ปกติ ต้องกลายเป็นอัมพาตหรือพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และกลายเป็นพลเมืองที่ด้อยคุณภาพของประเทศ สังคมนั้นก็ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป เป็นการเพิ่มภาระทางการเงินในด้านงบประมาณที่เกี่ยวกับการรักษา ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการฟื้นฟู สุดท้ายการพัฒนาประเทศก็จะเป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษา และการขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงาน

การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแนวทางการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้^{10,14,27}

1. การประเมินและวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งผู้ดูแลหลักควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค วิธีการดูแลผู้ป่วยต่อเมื่อที่บ้าน และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารและยา การเคลื่อนไหว การจัดทำ การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. การส่งต่อข้อมูลและประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งระบบการส่งต่อเอกสารควรมีความรวดเร็วและข้อมูลครบถ้วนในรายละเอียดของผู้ป่วย

3. การติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยวางแผนและดำเนินการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวควรได้รับการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับวิธีดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย

เช่น ศูนย์สุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือ สถานที่ทำกายภาพบำบัด เพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

4. การเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้เข้าใจและยอมรับภาวะเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวล เห็นคุณค่าในบทบาทของตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง

5. การสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การตั้งกลุ่มสนับสนุนหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้ และบริหารจัดการกับปัญหาต่างๆ

6. การสนับสนุนทางสังคมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ช่วยเดินหรือรถเข็นในชุมชน การให้บริการรถนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ ตามนัดหรือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

ดังนั้นการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสรุปสาระสำคัญแสดงในตารางที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการติดตามอาการ ผู้ดูแล ช่วยเหลือทันที และมีความต่อเนื่องหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟู

สภาพได้ภายในช่วงสำคัญของระยะการฟื้นฟู ซึ่งมีผลการศึกษาว่าในช่วง 3-6 เดือนแรก หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพกลับสู่ปกติได้^{4,16}

2. ผู้ดูแล (family caregiver) เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการศึกษาวิจัยควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น อบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะ ให้คำปรึกษา และใช้พฤติกรรมต้นแบบ (behavioral modeling) เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง

3. แนวทางปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองควรมีความเชื่อมโยงระหว่างแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาล กับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ระบบการส่งต่อเอกสารควรมีความรวดเร็ว โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการส่งต่อและประสานข้อมูลต่างๆ เพื่อให้สถานบริการสุขภาพในชุมชนสามารถติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทันทีและมีความต่อเนื่อง

4. ทีมสุขภาพควรเข้าไปกระตุ้นและติดตามประเมินทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือตามความต้องการอย่างเหมาะสม และทำให้เกิดความยั่งยืนในแนวทางการปฏิบัติการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

ตาราง 2 สรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหา และ อุปสรรคการดูแลผู้ป่วย หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	การบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหา
ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วย ไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความมั่นใจ และปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการให้ความ รู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย - ติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินการ เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดย ทบทวนข้อมูลและทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับวิธีการดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่ง ประโยชน์ในชุมชน
ระบบการส่งต่อเอกสารและการติดตามเยี่ยมบ้าน ล่าช้า	- สร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย สุขภาพในชุมชน และปรับปรุงระบบการส่งต่อ เอกสารให้มีความรวดเร็ว ข้อมูลถูกต้องและครบ ถ้วน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพ
การขาดแคลนบุคลากร และภาระงานที่มากของ ศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การ ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก	- ส่งเสริมศักยภาพและบทบาท อสม.ให้สามารถ ปฏิบัติงานเชิงรุกได้ - เสริมพลังอำนาจผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยในการดูแล สุขภาพตนเองและผู้ป่วย
อสม. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	- อบรมเชิงปฏิบัติการให้กับ อสม.ในชุมชน โดยเน้น ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลและฟื้นฟู ผู้ป่วย และวิธีการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล รวมทั้ง ทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเป็นระยะๆ
แนวทางและนโยบายการดูแลผู้ป่วยของศูนย์ บริการสุขภาพในชุมชนขาดความชัดเจน	- โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือ กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในระดับนโยบายให้ ชัดเจน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันเป็นทีมของ สหสาขาวิชาชีพ และสนับสนุนการนำแนวทางที่ กำหนดขึ้นนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในชุมชน

5. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญช่วยเชื่อมประสานระหว่างบุคคล ครอบครัว กับหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่งควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเพิ่มความตระหนักและพัฒนาความสามารถของ อสม. ในการประเมินอาการ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำด้านต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

6. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างบูรณาการ โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โภชนากร และแพทย์แผนไทย รวมทั้งสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในระดับ

นโยบายให้ชัดเจน เพื่อให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ซึ่งทีมสุขภาพจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสถานบริการสุขภาพในชุมชนควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานและสนับสนุนการนำแนวทางที่กำหนดขึ้นนำไปใช้กับผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และ อสม. โดยการทบทวนความรู้และให้ทุกคนหมุนเวียนเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะๆ

สรุป

จากสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนให้เห็นช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ความปลอดภัย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรคมิพี องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2009.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
4. Good DC, Bettermann K, Reichwein RK. Stroke rehabilitation. Continuum (Minneapolis) 2011;17(3):545–67.
5. Ross SY, Roberts S, Taggart H, Patronas C. Stroke transitions of care. Medsurg Nurs 2017;26(2):119-23.
6. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines for ischemic stroke [Internet]. 2007 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://www.pni.go.th>.
7. Ratanakorn D, Keandoungchun J, Sittichanbuncha Y, Laothamatas J, Tegeler CH. Stroke fast track reduces time delay to neuroimaging and increases use of thrombolysis in an academic medical center in Thailand. J Neuroimaging 2012;22(1):53-7.
8. Suwanwela NC. Management of acute ischemic stroke. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
9. Suwanwela NC, Eusattasak N, Phanthumchinda K, Piravej K, Locharoenkul C. Combination of acute stroke unit and short-term stroke ward with early supported discharge decreases mortality and complications after acute ischemic stroke. J Med Assoc Thai 2007;90(6):1089-96.
10. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2559.
11. Sakunhongsophon S, Ananthachock S, Hosakun K. Selected factors, activities of daily living and complications in stroke survivors at home. J Nurs Educ 2011;4(2):36-52.
12. Kasornsunt P. Case study: stroke. Nurs J MPH. 2013;22(2):80-95. (in Thai)
13. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

14. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
15. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Leelacharas S. Effects of a transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. *Rama Nurs J* 2016;22(1):65-80. (in Thai)
16. Chaiyawata P, Kulkantrakornb K. Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: a randomized controlled trial. *Clin Neurol Neurosurg* 2012;114(7):866-70.
17. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, Leelacharas S, Waters CM. A community based program for family caregivers for post stroke survivors in Thailand. *Asian Nurs Res* 2017;11(2):150-7.
18. Ruttawongsa A, Kongtalin O. Development of the community-based continuing care management guideline for stroke survivors of Kosumpisai hospital and it's network [research]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012.
19. Petchrourng N, Priyatrak P, Thongkeang V. The study of continuing care for patients with cerebrovascular disease in primary care unit. *J Royal Thai Army Nurs* 2013;14(1): 25-34. (in Thai)
20. Piyabundigul L. Exploring patient's problems to improve quality of life after stroke in community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012;30(4):6-14. (in Thai)
21. Danzl MM. Developing the Rehabilitation Education for Caregivers and Patients (RECAP) model: application to physical therapy in stroke rehabilitation [dissertation]. College of Health Sciences. Kentucky: University of Kentucky; 2013.
22. Umarova RM, Nitschke K, Kaller CP, Kloppel S, Beume L, Mader I, et al. Predictors and signatures of recovery from neglect in acute stroke. *Ann Neurol* 2016;79(4): 673-86.
23. Hadidi N, Treat-Jacobson DJ, Lindquist R. Poststroke depression and functional outcome: a critical review of literature. *Heart Lung* 2009;38(2):151-62.
24. Kneebone II, Lincoln NB. Psychological problems after stroke and their management: state of knowledge. *Neurosci Med* 2012;3:83-9.

25. Bakas T, Clark PC, Kelly-Hayes M, King RB, Lutz BJ, Miller EL. Evidence for stroke family caregiver and dyad interventions: a statement for healthcare professionals from The American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke* 2014;45(9):2836-52.
26. Prasat Neurological Institute. The development of tertiary medical services and the higher for persons with stroke. Bangkok: Department of Medical Services Ministry of Public Health; 2009. (in Thai)
27. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2016; 47(6):e98-e169.