



# เจาะลึกปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

## Exploring Patient's Problems to Improve Quality of Life after Stroke in Community

ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล PhD\*

### บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์เป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้นของโลกและประเทศไทย องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรที่อายุ 15-59 ปี<sup>1</sup> ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 15 ล้านคน และ 5.8 ล้านคนต้องเสียชีวิตด้วยโรคนี้ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือทุก ๆ 6 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>2</sup> ในประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2549 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิต 176,342 คน หรือ 3 คนในทุก ๆ 2 ชั่วโมง และเชื่อว่าอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2558 และอัตราป่วยของโรคนี้เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2553 จาก 115.3 ต่อประชากรแสนคนเป็น 307.9 ต่อประชากรแสนคน<sup>3</sup> ซึ่งผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากต้องกลายเป็นผู้พิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การไปรับการรักษา และการเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของคนในครอบครัว ที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการแสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยเองไม่สามารถหารายได้เหมือนเดิม ภรรยาหรือลูกหลานต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย เหตุปัจจัยทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การนำเสนอบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนสถานการณ์ของประเด็นปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ผ่านการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 28 คน และผู้ดูแล 26 คน เพื่อกระตุ้นให้พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้ เข้าใจ และหาวิธีการในการจัดการปัญหา รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม

### โรคหลอดเลือดสมองเป็นแล้ว เกิดอะไรขึ้น

ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่ได้รับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่มีโอกาสเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 20<sup>4</sup> หากรอดชีวิตจะได้รับผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอยู่อย่างไม่มีคุณภาพและอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น โดยพบว่า ร้อยละ 13 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตทั้งหมดมีภาวะทุพพลภาพ อยู่ในระดับรุนแรง และร้อยละ 16 อยู่ในระดับปานกลาง<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 30-50 มีภาวะซึมเศร้า ที่มักแสดงอาการ

หงุดหงิด เหนื่อย อ่อนเพลีย และขาดความมั่นใจ<sup>4</sup> ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะพึ่งพิงผู้อื่น หรือความลำบากในการสื่อสาร<sup>6</sup> ร้อยละ 20 มีภาวะอารมณ์แปรปรวน ความผิดปกติด้านการรับรู้ การพูด ความจำ และสมาธิ ร้อยละ 10 อาจพบอาการชักภายหลังการเกิดโรคได้<sup>4</sup> ซึ่งภาวะต่างๆ เหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อเชิงสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>6</sup> ดังกรณีตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งดังนี้

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



นาย ก อายุ 66 ปี อาชีพรับราชการ หลังป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมองแตกผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขน-ขาซ้ายขยับไม่ได้ ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เสียเหง้าหน้าเบี้ยวเมื่อยิ้ม ญาติได้แสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นๆ เช่น การฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า การประคบ การดื่มน้ำอุ่น ซึ่งอาการดีขึ้นเล็กน้อย ปัจจุบันต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ ทำกิจกรรมบนเตียงทั้งหมด โดยญาติเป็นผู้ช่วยเหลือหรือเตรียมอุปกรณ์ให้ เช่น การแปรงฟัน รับประทานอาหาร ช่วงกลางวันผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ทำให้คิดมาก เครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เคยคิดอยากฆ่าตัวตาย (pt104)

จากกรณีตัวอย่างข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเกือบทั้งหมด คุณภาพชีวิตลดลง จากความพิการหลงเหลืออยู่มาก เกิดความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้แต่การทากิจวัตรประจำวัน สูญเสียภาพลักษณ์ (หน้าเบี้ยว) มีความลำบากในการสื่อสารกับผู้อื่น บทบาททางสังคมเปลี่ยนจากผู้หารายได้หลักของครอบครัว สู่อุปการะผู้พึ่งพิงครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคมขาดหายไป ซึ่งผลจากความผิดปกติทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านภาวะจิตใจ หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว คิดถึงตนเองเป็นใหญ่ เห็นใจผู้อื่นน้อยลง เครียด เศร้าใจ ท้อใจกับชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เพราะทำให้คนในครอบครัวต้องลำบาก บางครั้งถึงกับอยากฆ่าตัวตาย

โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงส่งผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ต่อครอบครัว โดยเฉพาะคนในครอบครัวที่ต้องเผชิญกับวิกฤตที่เกิดขึ้นแบกรับภาระที่เพิ่มขึ้นแบบจำยอม หรือต้องเปลี่ยนบทบาททางสังคม เช่น ภรรยาต้องเปลี่ยนชีวิตจากการเป็นแม่บ้านสู่การประกอบอาชีพ เพื่อช่วยหารายได้ให้ครอบครัว คนในครอบครัวต้องรองรับอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียด และลูกบางคนต้องย้ายบ้าน เปลี่ยนงาน เปลี่ยนสังคม เพื่อมาดูแลพ่อหรือแม่ของตนเองที่ป่วย ดังกรณีตัวอย่างของผู้ดูแลรายหนึ่งดังนี้

นางบ ต้องดูแลพ่อมานาน 5 ปี ทั้งการทากิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และการรักษาทางเลือกอื่นๆ

เช่น การนวดแบบเหยียบไฟ และการนวดคลายเส้น นอกจากภาระการดูแลพ่อแล้ว นางบ ยังต้องดูแลลูกของตนเองอีก 2 คน ทำให้ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น และยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกและอารมณ์ของพ่อที่เปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นคนเงียบขรึม พูดน้อย กลายเป็นคนพูดมากขึ้น หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ทำให้มีเรื่องทะเลาะกันบ่อยครั้ง (cg 110)

อย่างไรก็ตามหากมองในมุมบวก ผู้ดูแลบางคนเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวถือเป็นโอกาสที่ตนเองได้ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าการครอบครัวอบอุ่นมากขึ้น มีเวลาให้กันมากขึ้นในการพูดคุยและดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งก่อนที่พ่อหรือแม่ของตนเองจะป่วยไม่เคยมีช่วงเวลาแบบนี้ เพราะต้องทำงานตั้งแต่เช้าจรดค่ำ

“ตอนนี้ได้คลุกคลีกันอยู่ด้วยกัน เข้ามาก็มีโอกาสทำกับข้าวให้แม่กิน...ถ้าอยากกินอะไรก็ไปหามาทำให้พ่อกิน” (cg120)

“ภูมิใจหลาย...ทำให้แม่เนอะ ทำบุญ” (cg121)

### ทำไมถึงเป็นโรคนี้...รู้ตัวเมื่อสาย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉียบพลันซึ่งพบว่าร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยเกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จากสาเหตุ 3 ประการ<sup>4,7</sup> คือ 1) หลอดเลือดสมองตีบ (cerebral thrombosis) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งที่เป็นโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไต การติดเชื้อ และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การอ้วนลงพุง และการจัดการกับภาวะเครียด 2) หลอดเลือดสมองอุดตัน (cerebral embolism) เกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ หรือตะกอนเลือดจากผนังหลอดเลือดแดงหลุดเข้าหลอดเลือดสมอง มักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ (atrial fibrillation) และ 3) เลือดไปเลี้ยงสมองน้อย (cerebral hypoperfusion) เป็นสาเหตุที่พบน้อยกว่าร้อยละ 1 มักพบในกรณีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (sudden



cardiac arrest) ภาวะหลังฟื้นคืนชีพ (CPR) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) หรือการรับประทานยาลดความโลหิตเกินขนาด

ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากขึ้น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า คนส่วนใหญ่มีความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคอยู่ในระดับต่ำ<sup>8,9,10</sup> โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว<sup>11,12</sup> จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีเพียงร้อยละ 3-71 ของกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่บอกได้ว่าตนเองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 43 สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ปัจจัย<sup>13,14</sup> ในประเทศไทยพบเพียงร้อยละ 62.2 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถตอบปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ปัจจัย<sup>15</sup>

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่ม “รู้แต่ไม่ทำ” กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น และมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการกับภาวะเครียด ซึ่งมีความรู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างใดเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นอยู่ แต่ไม่สามารถทำได้ ทั้งนี้บางคนอาจมีความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจ ธรรมชาติของอาชีพที่ทำอยู่ หรือมีความเครียดจากวิกฤตในครอบครัว แต่บางคนไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น หรือยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น จึงไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

“เมื่อก่อนขายผลไม้ที่ตลาดได้รุ่ง ตั้งแต่ 5 โมงเย็น ถึงประมาณ 6 ทุ่ม...เข้านอนตี 2 ตื่น 4 โมงเช้า กินยาความดันตลอด แต่ไม่เคยออกกำลังกาย มันไม่มีเวลา...” (pt 116 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 10 ปี)

“ได้รับคำแนะนำให้ลดอาหารเค็ม...กินเจมาตลอด” “เครียดเรื่องครอบครัว...เจ็บก้น ธรรมชาติบอกลำบาก

ให้เลี้ยงค่าให้เราทนนะก็ทน” (pt 102 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5 ปี)

“ขาดยาบ้าง ตอนเป็นเบาหวานก็สบายดี บางครั้งก็ซื้อยาสมุนไพรกินเอง” (pt 112 เป็นโรคเบาหวานมา 23 ปี)

2) กลุ่ม “ไม่รู้จึงไม่ทำ” กลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงและมีความรู้ที่ต้องควบคุมโรคที่เป็นอยู่อย่างไรแต่รู้ไม่หมด โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของโรค บางคนรับรู้ว่าการรับประทานยาเพียงอย่างเดียวก็สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้จึงขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่รู้ว่าตนเองป่วย หรือมีปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องตรวจสุขภาพประจำปี จึงยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่นเดิม เช่น ดื่มเหล้าขาว ดื่มเบียร์ทุกวัน สูบบุหรี่จัด รับประทานอาหารมันๆ ประเภทหมูสามชั้น ข้าวขาหมู ของหวาน และผลไม้ที่มีรสหวานเป็นประจำ

“ไม่รู้ว่าคุณเบาหวานและความดันได้หรือเปล่า เป็นมา 11 ปี ไม่ได้คุมอาหาร ชอบของมัน ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่รู้จะออกยังไง และก็ต้องเร่งเย็บผ้าด้วย...” (pt 206)

“ไม่เคยไปหาหมอ ไปแค่ร่างกาย...เราก็คิดว่าเราไม่ได้เป็นอะไร ไปทำไม แต่ที่จริงโรคบางโรคมันหลบเรายู่เยอะแยะ” (pt 105)

“ก่อนป่วย ไม่มีโรคอะไร มีแต่เครียด...เครียดมากเรื่องงาน ดื่มเหล้า เบียร์ทุกวัน” (pt 103)

## โรคนี้เป็นแล้วต้องทำอะไร...ไม่รู้

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ผลดีนั้นจะต้องเริ่มให้การรักษารวดเร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 270 นาที ร่วมกับการจัดระบบบริการแบบครบวงจร (Stroke Fast Track) ที่ประกอบด้วย การคัดกรองในรายที่สงสัยว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Cincinnati stroke screening scale หรือ Act FAST (F=face หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว A=arm แขนอ่อนแรง S=speech พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้หรือพูดไม่ออก T=time รักษาให้เร็วที่สุด) เพื่อคัดแยก (triage) ผู้ป่วย



เป็นประเภทฉุกเฉินและได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track<sup>16</sup> อย่างไรก็ตามพบว่ามีเพียงร้อยละ 54.3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้นที่สามารถบอกอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 อาการ และร้อยละ 19.7 ที่รู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองต้องรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและชั่วโมงของการมาถึงโรงพยาบาลหลังมีอาการมีความสำคัญมาก<sup>15</sup>

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในชุมชน พบว่า บางรายโรคที่มีอาการเตือนก่อน เช่น มึนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยผิดปกติ เป็นลม ลักษณะการเดินผิดปกติ ซึ่งแต่ละคนมีอาการเตือน และความรุนแรงที่แตกต่างกัน เช่น บางรายมีอาการแค่มึนศีรษะ แต่ไม่ปวดศีรษะ ในขณะที่บางรายปวดศีรษะมาก บางรายมีเพียงอาการเหนื่อยมากกว่าปกติ นั่งไม่ได้นาน มีน้ำลายไหลตลอดเวลา “เวลาเพื่อนั่ง น้ำลายเขาจะไหลลง ไหลลงตลอดเวลา เวลานั้นก็นั่งไม่ค่อยได้นาน มีแต่จะนอน” แต่โชคร้ายที่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีใครรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แต่กลับคิดว่าอาการที่เกิดขึ้น จากอากาศร้อน ทำงานหนัก หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ

อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยหลายคนที่ไม่มีอาการเตือน แต่จะมีอาการของโรคเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หลังตื่นนอน หรือหลังจากมีอาการหน้ามืด หมืดสติ ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการหลัก ๆ คือ แขน-ขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง โดยรู้สึกว่าตัวหนัก ลูกไม่ขึ้น รู้สึกเหมือนแขน-ขาหายไป ร่วมกับอาการอื่นๆ ซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละคน เช่น ปวดศีรษะ ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ออก จำลูกหลานไม่ได้ เป็นต้น

“แขนหายไปไหน แล้วขาหายไปไหน ผมเอามือจับดูมันอยู่ แต่ยกไม่ได้” (pt105)

“มีแต่ก๊ีบไปเลย ซ็อคไปเลยไม่พูด ถ้าอยากพูดอะไร เพื่อก็ดูแต่ตัวอ้วน ๆ มีแต่อ้วน” (cg115)

“จำไม่ได้...อยู่ ๆ ไม่รู้เรื่องเลย แล้วตื่นมาแขนข้างนี้ก็ไม่ขยับไปเลย” (pt 107)

หลังจากผู้ป่วยมีอาการ อาการแสดงดังกล่าว ไม่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลคนใดทราบว่า อาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการรักษา

อย่างเร่งด่วน จึงพบว่าบางรายรอดูอาการ เพราะคิดว่าไม่เป็นอะไรจนมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทำให้มีความผิดปกติหลงเหลืออยู่มาก นอกจากนี้การเข้าถึงการรักษาเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า เกิดผลเสียอย่างมากกับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวตามมาดังกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

นายธอาชีพทานาเริ่มมีอาการปวดบ่าตามาก หลังจากตัดก้านมะพร้าวได้หนึ่งคันรถ จึงรีบกลับบ้าน ภรรยาเอายาแก้ปวดให้รับประทาน อาการปวดหัวไม่ดีขึ้น และตาเริ่มพร่ามัว จึงไปตรวจที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับยาแก้ปวดกลับมารับประทานที่บ้าน หลังจากนั้นเริ่มมีอาการเดินเซ ตัวเอียงเหมือนคนเมาเหล้า แขน-ขาขวาไม่มีแรง ภรรยาจึงเหมารถเพื่อนบ้านไปที่คลินิกใกล้บ้าน แพทย์จึงส่งต่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ปัจจุบันช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่แขน-ขาขวายังอ่อนแรงเล็กน้อย ไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม (pt207)

### ปัจจัย เชื้อไขการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีอะไรบ้าง

1. แรงหนุนเสริมจากครอบครัว การที่มีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ย่อมส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างในหลาย ๆ ด้าน ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัว ย่อมส่งผลทางบวกต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย<sup>17</sup> และเป็นน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงเดิมมากที่สุด แต่ในทางกลับกัน หากผู้ดูแลแสดงความเบื่อหน่าย ไม่เอาใจใส่ดูแลแบบตามมีตามเกิด หรือแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระของคนในครอบครัว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความท้อแท้และหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

2. พลังแรงใจในตัวผู้ป่วย การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นต้องอาศัยระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี นอกจากต้องอาศัยการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและคนรอบข้างแล้ว ตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยที่



สำคัญที่สุดที่ต้องยอมรับกับความเจ็บป่วยที่ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การพูด บทบาทหน้าที่ทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และผู้ป่วยต้องมีจิตใจที่เข้มแข็ง อดทน มุ่งมั่นในการปฏิบัติตัว ทั้งด้านการทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายด้วยตนเอง การจำกัดประเภทและรสชาติของอาหาร การรับประทานยาและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยเร็วและใกล้เคียงเดิมมากที่สุด ไม่เป็นภาระของครอบครัว

3. การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย และแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>18</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวเข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่จะต้องพยายามฟื้นฟูร่างกายและช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรือแม้แต่การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 2) การเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ แบบเป็นทางการ หมายถึง ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอาจประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพ และนักโภชนาการ ออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลตามแผนการดูแล หรือแนวทางการดูแลของโรงพยาบาล แบบไม่เป็นการ หมาย ถึง การเยี่ยมที่ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้าของพยาบาลชุมชนหรือ อสม. แต่เป็นการเยี่ยมเพื่อสอบถามความเป็นอยู่ทั่วไป ซึ่งการเยี่ยมบ้านไม่ว่าจะเป็นแบบใด นอกจากจะเป็นช่องทางหนึ่งในการให้คำแนะนำ ติดตามอาการของผู้ป่วยและวิธีการดูแลของครอบครัวแล้ว ยังเป็นการเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วยและคนในครอบครัวในการต่อสู้กับวิกฤตที่เกิดขึ้น

### คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับอะไร

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในลักษณะ “ตามมีตามเกิด” ยังคงมีให้พบเห็นในชุมชน ซึ่งการดูแลแบบนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายจิตใจ

และสังคม เช่น ปัญหาแผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบฝ่อ ความเครียด ความท้อแท้ และคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งผลที่เกิดขึ้นล้วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงทั้งสิ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ 1) ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวโดยเฉพาะช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากต้องทำงาน หรือบางครอบครัว อาจมีผู้ดูแลอยู่ด้วย แต่เหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง 2) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษา ไม่มีค่าใช้จ่ายในการไปทำกายภาพที่โรงพยาบาล ไม่มีรถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจ ถึงผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องทั้งในด้านการฟื้นฟูร่างกาย การฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน และการรักษา ทำให้วิธีการบางอย่างถูกละเลย และบางอย่างทำไปด้วยความไม่รู้ทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี 4) ทศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยของครอบครัว ที่คิดว่าเป็นภาระจ่ายยอที่ต้องแบกรับ

2. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ<sup>19</sup> ได้แก่ 1) จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน นักกายภาพบำบัด โภชนาการ ไม่เพียงพอและครอบคลุมทั่วถึง เป็นผลให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนเน้นการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก 2) โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณในการซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัด 3) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยขาดความเชื่อมต่อและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง 4) ข้อจำกัดด้านการคมนาคมระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วย เช่น ระยะทางห่างไกล ขาดพาหนะในการเดินทาง ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในการฟื้นฟูร่างกายเป็นไปด้วยความยากลำบาก

3. ปัจจัยด้านชุมชน องค์กรและหน่วยงานในพื้นที่<sup>19</sup> ได้แก่ 1) ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และชุมชน



ยังไม่ชัดเจนในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างบูรณาการ และเป็นเครือข่าย 2) อสม. ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลและ ฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย 3) ชุมชนยังไม่ใช้ศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เช่น การประยุกต์ภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่นมาประยุกต์เป็นอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัด

### การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรทำอย่างไร

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มตามศักยภาพของตนเองแล้ว ยังต้องช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเอง และอยู่อย่างมีสิทธิและศักดิ์ศรีในสังคม ซึ่งจะสามารถทำให้เกิดเป็นรูปธรรมได้ ต้องเริ่มด้วยการเอกซเรย์ชุมชน ค้นหาผู้ป่วยให้พบ ทำความเข้าใจกับบริบทที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว ผลักดันให้เกิดการฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน การทำงานแบบบูรณาการเป็นเครือข่ายและเป็นระบบที่ผ่านมามีการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในหลายพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ สามารถจำแนกตามประเด็นได้ดังนี้

1. การบริหารจัดการแบบบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานเป็นเครือข่าย การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องมีรูปแบบการทำงานเชื่อมประสานกันเป็นภาคี เครือข่าย ระหว่างชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง โดยมีการทำงานร่วมกันตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ ออกแบบแผนงาน/โครงการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สร้างระบบการดูแลที่ครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการดูแลรักษาที่ตรงปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวและได้รับสวัสดิการด้านต่าง ๆ ที่ควรได้รับ เช่น เงินช่วยเหลือค่าครองชีพ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ดังตัวอย่างการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่<sup>20</sup> ที่มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่

เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้พิการในชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มอาสาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ด้อยโอกาส ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก อบต. กลุ่มจิตอาสาที่มาจากประชาชนรวมตัวกันทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ประสานงานในเรื่องราวต่าง ๆ ของชุมชน 2) วัดในตำบลที่ให้สถานที่สำหรับการทำกิจกรรมร่วมกันของผู้พิการ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้พิการออกมาพบปะกับสังคมภายนอก 3) หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการ “หยาดฝน” ที่สนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกาย สมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยสนับสนุนเชิงวิชาการ โดยการจัดอบรมเรื่องการดูแลผู้พิการที่บ้าน

2. การหนุนเสริมศักยภาพ อสม. และกลุ่มจิตอาสาด้านการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย อสม. และกลุ่มจิตอาสาที่มีอยู่ในชุมชน เป็นคนสำคัญของชุมชนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรองจากคนในครอบครัว คนกลุ่มนี้จึงควรได้รับการหนุนเสริมศักยภาพในด้านความรู้ แนวทางปฏิบัติในการดูแลฟื้นฟูร่างกายจิตใจ และสังคมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน หรือมีอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เข้าถึงสิทธิและรับบริการที่ตรงตามความต้องการ และครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในหลายพื้นที่มีการอบรมอาสาสมัครเชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มนี้มีหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล สนับสนุนให้กำลังใจให้ผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้ประสานและเชื่อมถ่ายข้อมูลระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อนำสู่การวางแผน ช่วยเหลือ เฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยในระดับต่าง ๆ<sup>20,21,22</sup>

3. การให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมและเป็นหุ้นส่วน<sup>18,23-24</sup> การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเป็นการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี มีความสุขกับข้อจำกัดต่างๆของร่างกาย โดยพยาบาลและทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นตามมุมมองของผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่สภาวะรอบ ๆ ตัวของผู้ป่วย ซึ่งหมายรวมถึงการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สิทธิ สวัสดิการ และด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ



ต่อสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวควรอยู่ในฐานะ “หุ้นส่วน” ของการดูแล เพื่อสนองตอบความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและได้รับการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

**4. การขยายบริการ เพิ่มการเข้าถึง** การขยายการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงสู่ระดับตำบลนั้นมีความเหมาะสมที่สุด เมื่อเทียบกับการที่ผู้ป่วยต้องไปโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลทุกวันจะทำให้เกิดปัญหา อุปสรรคหลายอย่างตามมา เช่น ความลำบากในเรื่องของยานพาหนะ ครอบครัวต้องเสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวนมาก และอาจต้องเสียรายได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัวต่อไป ในหลายพื้นที่ได้ขยายบริการลงสู่ระดับตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม เช่น โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด<sup>21</sup> ได้จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบครบวงจรระดับตำบล โดยมีอาสาสมัครหรือจิตอาสาเป็นผู้ให้บริการในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ออกให้บริการที่ศูนย์ฯ รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในกรณีที่ผู้ป่วยมีความลำบากมากในการเดินทาง นอกจากนี้โรงพยาบาลยังจัดระบบรับส่งผู้ป่วยระหว่างบ้านและศูนย์บริการ เพื่อลดปัญหาเรื่องยานพาหนะ และลดภาระของครอบครัว

**5. การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว และองค์กรที่เกี่ยวข้อง<sup>22</sup>** เป็นการจัดทำข้อมูลของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การฟื้นฟูและการดูแลผู้ป่วย สถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อมูลขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการรวบรวมและจัดทำอย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนทำงานในพื้นที่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำมาออกแบบระบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่ครบวงจร ตรงตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และครอบคลุมทั้งพื้นที่

## บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตของคนทั่วโลก หากไม่ทำให้ต้องเสียชีวิต ก็ทำให้ชีวิตต้องพบกับภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งไม่เพียงกระทบต่อร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่เป็นเหมือนลูกโซ่ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และด้านอื่นๆ ของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การฟื้นฟูผู้ป่วยให้พร้อมจะออกจากบ้านสู่สังคมจำเป็นต้องอาศัยแรงหนุนเสริมจากครอบครัว พลังใจของตัวผู้ป่วยเอง และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบเห็นในปัจจุบันยังเป็นลักษณะตามมีตามเกิด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายด้าน ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ เชื่อมโยงการดูแลแบบเป็นเครือข่าย ระหว่างชุมชน อปท. และหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง 2) การหนุนเสริมศักยภาพด้านการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้กับ อสม. และกลุ่มจิตอาสา 3) การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และเป็นหุ้นส่วน 4) การขยายบริการ เพิ่มการเข้าถึง และ 5) การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. อิตารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเทพย์. ประเด็นสารณรงควันอัมพาทโลก ปี 2554 [Internet]. 2554 [อ้างเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2555]. จาก: [http://strokeday\\_54\\_update27sep54.pdf](http://strokeday_54_update27sep54.pdf).
2. World Stroke Organization. Facts and figures about stroke [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 17]; Available from: <http://www.world-stroke.org/for-patients/facts-and-figures-about-stroke>.
3. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2554. กรุงเทพฯ:



- สำนักงานโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก  
ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2554.
4. เกษมลิน ภาวะกุล. Stroke Fast Track ในการรักษา  
โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. ใน: เทพสรรค์ สี  
อ่วมรุ่งเรือง, เสกสรรค์ ชัยสุขสันต์ และปาริชาติ  
พงษ์ไทย, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการ Internal  
Medicine Day เรื่อง โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม; วันที่  
8 มิถุนายน 2553; กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาล  
ขอนแก่น. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2553.
  5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสรุป  
ข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำข้อมูลโรคไม่  
ติดต่อระดับประเทศ. ในการประชุม UN General As-  
sembly High-Level Meeting on the Prevention and  
Control of Non-Communicable Diseases. กรุงเทพฯ:  
บริษัท โอ วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2555.
  6. Lynch EB, Butt Z, Heinemann A, Victorson D,  
Nowinski CJ, Perez, L, et al. A qualitative study of  
quality of life after stroke: the importance of social  
relationship. J Rehabil Med 2008; 40: 518-523.
  7. สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. ตำราโรคทั่วไป เล่ม  
2. กรุงเทพฯ: โอเอสดีค พับลิชชิ่ง จำกัด การพิมพ์;  
2551.
  8. Greenlund KJ, Neff LJ, Zheng ZJ, Keenan NL,  
Giles WH, Ayala CA, et al. Low public recogni-  
tion of major stroke symptoms. Am J Prev Med  
2003; 25: 315-319.
  9. Ferris A, Robertsan RM, Fabunmi R, Mosca L.  
American Heart Association and American Stroke  
Association national survey of stroke awareness  
among women. Circulation 2005; 111: 1321-26.
  10. Yoon SS, Heller RF, Levi C, Wiggers J, Fitzgerald  
PE. Knowledge of stroke risk factors, warning  
symptom, and treatment among Australian urban  
population. Stroke 2001; 32: 1926-30.
  11. Kotthari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J,  
Brott T, Khoury J et al. Patient's awareness of  
stroke signs, symptoms, and risk factors. Stroke  
1997; 28: 1871-75.
  12. Hux K, Rogers T, Mongar K. Common perceptions  
about stroke. J Comm Health 2000; 25: 47-65.
  13. Dearborn JL, McCullough LD. Perception of risk  
and knowledge of risk factors in women at high  
risk for stroke. Stroke 2009; 40: 1181-1186.
  14. Al Shafae MA, Ganguly SS, Al Asmi AR. Per-  
ception of stroke and knowledge of potential risk  
factors among Omani patients at increased risk for  
stroke. BMC Neurol 2006; 6: 38.
  15. Singhard S, Saengsuwan J. Factors associated with  
knowledge of stroke warning signs risk factors  
and treatment among elderly patients with stroke.  
North-Eastern Thai Journal of Neuroscience  
2011; 6: 194-207.
  16. สมศักดิ์ เทียมเก่า, กาญจนศรี สิงห์ภู, กรรริการ  
คงบุญเกียรติ, พชรินทร์ อ้วนไทร. คู่มือการจัดระบบ  
บริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. ขอนแก่น:  
คลังน่านวิทยา; 2555.
  17. Barskova T, Wilz G. Interdependence of stroke  
survivors' recovery and their relatives' attitude and  
health: a contribution to investigation the causal  
effects. Disabil Rehabil 2007; 29: 1481-1491.
  18. รุ่งทิวา ชื่นชอบ. Role of nursing care in stroke care  
team. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2553; 3: 77-86.
  19. ธีระ ศิริสมุด, กานดา ชัยภิญโญ. กุญแจไขการจัด  
บริการต่อเนื่องในชุมชนอย่างยั่งยืน: บทเรียนการ  
ปฏิบัติการงานฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้พิการ. เอกสาร  
ประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2  
จากความรู้สู่ระบบใหม่จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จัก;  
18-20 มกราคม 2555; กรุงเทพฯ: อิมแพ็ค  
เมืองทองธานี; 2555.
  20. อุบล ะไวทย์ณะวิชัย. กรณีศึกษา 1: บทเรียน อบต.  
ดอนแก้วและเครือข่าย. ใน: สุพัตรา ศรีวิเศษชากร,  
บรรณาธิการ. เวทีสัมมนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพ  
ชุมชน” ครั้งที่ 5 เรื่อง ระบบการดูแลผู้พิการในชุมชน;  
วันที่ 31 มกราคม 2555; สถาบันพัฒนาสุขภาพ  
อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สำนักงาน





- วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และสถาบัน  
พัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
21. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. บทเรียนโรงพยาบาลเสลภูมิ  
จังหวัดร้อยเอ็ด. ใน: สุพัตรา ศรีวณิชชากร,  
บรรณาธิการ. เวทีสัมมนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพ  
ชุมชน” ครั้งที่ 5 เรื่อง ระบบการดูแลผู้พิการในชุมชน;  
วันที่ 31 มกราคม 2555; สถาบันพัฒนาสุขภาพ  
อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สำนักงาน  
วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และสถาบัน  
พัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
  22. อัญมณี บุณยานนท์, วีระชัย วีระนันทะชาติ, สม  
ลักษณ์ ลิ้ม, สโลทร ม่วงเกลี้ยง. การศึกษาวิจัยการ  
พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน  
ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมศักยภาพ  
และสิทธิ สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต  
คนพิการแห่งชาติ และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
  23. สภาการพยาบาล. การรักษาโรคเบื้องต้นและการให้  
ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบอาชีพการพยาบาล  
ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ  
ผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์  
(ประเทศไทย) จำกัด; 2554.
  24. Sukkhumanpitak J, Nantsupawat W, Hornboonherm  
P. Development of a Care Model for Male Stroke  
Patients in Secondary Hospital Using A Participa-  
tory Action Research. Journal of Nurses' Associa-  
tion of Thailand, North-Eastern Division 2012;  
30(1): 32-38.