

ส่วนที่2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงาน หรือผลสำเร็จของงาน

- 1.เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน : กรณีศึกษา
- 2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 7 มกราคม 2563 ถึง วันที่ 30มิถุนายน 2563
- 3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ทางวิชาการ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาท มี 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke)พบประมาณร้อยละ 75-80 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง(Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20-25 อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมอง หลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักจะมีคามพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะพิการ ภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว บางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่นิยมเรียกกันว่า Stroke มีชื่อเรียกอื่นคือ Cerebrovascular Disease (CVD) หรือ Cerebrovascular accident(CVA) โดยทั่วไปมักไม่แนะนำให้เรียกชื่อหลังจากเนื่องจากอาจทำให้เข้าใจผิดคิดว่าเป็นโรคเกี่ยวอุบัติเหตุ ชื่อที่นิยมเรียกกันในภาษาไทย คือ โรคอัมพาต ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงไม่มาก หรือมีอาการเพียงชั่วคราว นิยมเรียก อัมพฤกษ์

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ Stroke ว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมด ทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชม. หรือทำให้เสียชีวิต

1.กายวิภาคของหลอดเลือดสมอง

หลอดเลือดสมองมีหน้าที่ในการนำเลือดจากหัวใจมาเลี้ยงสมอง โดยสมองต้องใช้เลือดปริมาณ 15% ของเลือดทั้งหมดในร่างกาย เพื่อใช้ในการหล่อเลี้ยงสมอง ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มเส้นเลือด คือ Carotid artery และ Vertebral artery ซึ่งจะแตกแขนงย่อยออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของสมอง ดังนี้

1.Internal carotid artery (ICA) : เป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ ทอดยาวมาจากคอ ขึ้นสู่โพรงสมอง สาเหตุการขาดเลือด มักเกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แต่จะไม่มีอาการแสดงใดๆ หากการไหลเวียนเลือดดี แต่ถ้ามีการอุดตันแบบสมบูรณ์ (complete occlusion) จะทำให้เนื้อสมอง ตายเป็นวงกว้าง เพราะจะมีผลต่อเส้นเลือด MCA และ ACA ด้วย และ อาการแสดงจะเปลี่ยนไป ขึ้นกับเส้นเลือดที่มีการอุดตัน

2.Middle cerebral artery (MCA) : จะไปเลี้ยงที่ด้านนอก ของซีกสมองใหญ่ (cerebral) สมองใหญ่ส่วนหน้า (Frontal lobe) รวมทั้ง สมองใหญ่ส่วนข้าง (Parietal lobe) เป็นเส้นเลือด ที่เกิดการแตก ตีบ หรือตันบ่อยที่สุด อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหา ผู้ป่วยจะสูญเสียการรับความรู้สึก กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงมากกว่าขา มีปัญหาด้านการสื่อสาร (Aphasia) ด้านการการพูด(Apraxia) การมองเห็นภาพครึ่งซีก(Homononymous hemianopia)

3.Anterior cerebral artery (ACA) : จะไปเลี้ยงที่บริเวณด้านบนของสมองใหญ่ส่วนหน้า (frontal lobe) และ สมองใหญ่ส่วนขมับ (Temporal lobe) อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหา ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงมากกว่าแขน สูญเสียการรับความรู้สึก (cortical sensory loss) ปัญหาด้านการสื่อสาร (Aphasia) ด้านการการพูด(Apraxia) ด้านความทรงจำ , ด้านพฤติกรรม มีปัญหาด้านการกลั้นปัสสาวะ

4.Posterior cerebral artery (PCA) : จะไปเลี้ยงที่บริเวณสมองใหญ่ส่วนท้ายทอย (occipital lobe), บางส่วนของ สมองใหญ่ส่วนขมับ(Temporal lobe), ทาลามัส (Thalamus) และส่วนบนของ ก้านสมอง (Brain stem) อาการแสดง คือ ด้านตรงข้ามด้านที่มีปัญหาผู้ป่วยจะสูญเสียการรับความรู้สึก มีภาวะรับความรู้สึกไวเกินหรือปวด(thalamic sensory syndrome) คือผู้ป่วยจะรู้สึกปวดหรือแสบร้อนที่ผิวหนังและส่วนลึกของร่างกาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น การมองเห็นภาพครึ่งซีก (Homononymous hemianopia) ภาวะเสียการระลึกู้ทางตา (visual agnosia) อาการตาบอดจากความผิดปกติของสมอง (cortical blindness)

5.Vertebrobasilar artery: จะไปเลี้ยงที่บริเวณก้านสมอง(Brain stem) และสมองน้อย (Cerebellum) อาการแสดงที่มีปัญหาบริเวณเส้นประสาทสมอง(Cranial nerves) ได้แก่ การเห็นภาพซ้อน(diplopia), การกลืนลำบาก(dysphagia), การพูดไม่ชัด(dysarthria) ความบกพร่องในการได้ยิน (deafness) และอาการเวียนศีรษะ(vertigo) อาการเดินเซ(ataxia) การเสียสมดุลการทรงตัว (Equilibrium disturbances) ปวดศีรษะ(Headaches)

2. หน้าที่ของสมองส่วนต่างๆ

สมองแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ สมองส่วนหน้าประกอบด้วย cerebrum, basal ganglia และ thalamus สมองส่วนcerebrum ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึกจากร่างกายด้านตรงข้ามการมองเห็น และการได้ยิน basal ganglia ทำหน้าที่ประสานการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ สมองส่วน thalamus ทำหน้าที่ควบคุมฮอร์โมนต่าง ๆ ระบบประสาทอัตโนมัติ สมองส่วนกลางประกอบด้วย superior colliculus และ inferior colliculus ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยิน สมองส่วนหลังประกอบด้วย pons, medulla oblongata และ cerebellum ทำหน้าที่นำความรู้สึกจากไขสันหลังไปสู่สมองควบคุมการหายใจการเต้นของหัวใจ ประสานการทำงานของกล้ามเนื้อทำให้การทรงตัวดีขึ้น

พยาธิสรีรวิทยา

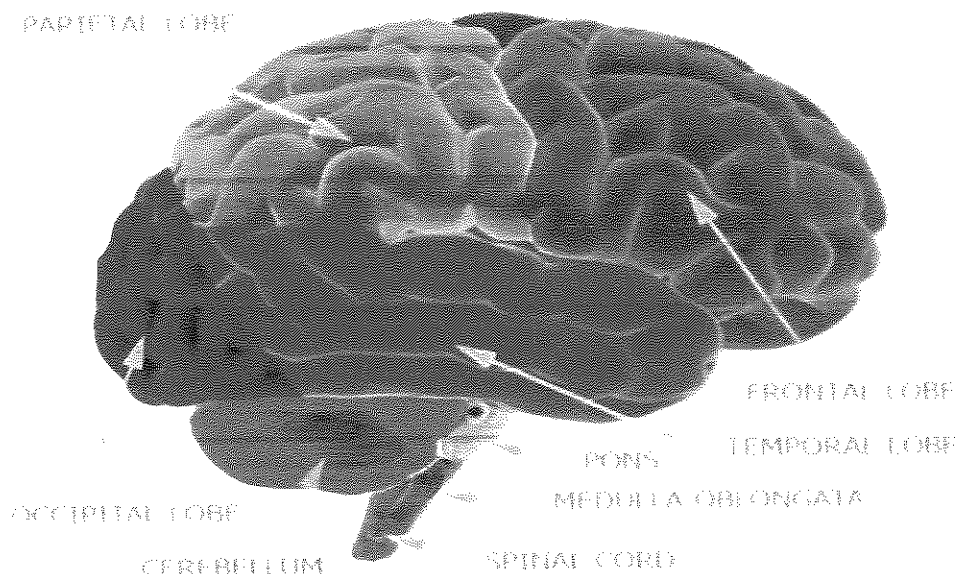
1.โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke)พบร้อยละ85 โดยเป็นโรคที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน(thrombosis) หลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ40 เกิดจากการอุดตัน หลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 20 และเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดออกจากหลอดเลือดอื่น (Embolism) ร้อยละ 20การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็กสัมพันธ์กับ ภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว(atherosclerosis)และการมีความดันเลือดสูงเป็นเวลานาน

เมื่อมีการอุดตันแล้ว จะทำให้เยื่อสมองตายเป็นบริเวณเล็กๆที่เรียกว่าLacunar infarction โดยทั่วไปลิ่มเลือดที่เกิดจะค่อยๆ ก่อตัวตามผนังหลอดเลือดที่มีatherosclerosis plaque ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงออกขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มักไม่ค่อยมีอาการปวดศีรษะหรืออาเจียน ทั้งนี้อาการแสดงออกทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตัน ระยะเวลาของการขาดเลือด อัตราการขาดเลือด และการได้รับเลือดชดเชยจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง

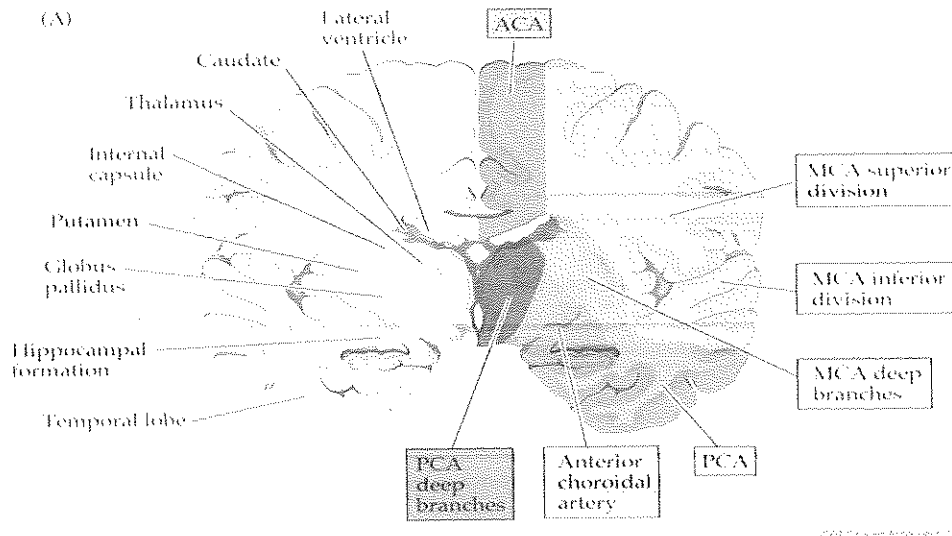
2.โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke)

2.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) พบร้อยละ10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันเลือดสูงที่ควบคุมไม่ได้ ถ้ามีความดันเลือดสูงขึ้นจากเดิมอย่างกะทันหัน เช่น ตกใจ หรือโกรธ Microaneurism จะแตก มีก้อนเลือดเข้าไปแทนที่เยื่อสมอง ทำให้เยื่อสมองบริเวณนั้นอักเสบและตาย ตำแหน่งที่มีเลือดออกได้บ่อยได้แก่basal ganglia, thalamus,กึ่งสมองของ Cerebral hemisphere, Cerebellum และ pons

2.2 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid (Subarachnoid hemorrhage) พบร้อยละ 5 มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือด ตรงตำแหน่งที่มี Aneurism ภาพที่1 สมองคนเราแบ่งออกเป็นบริเวณ ดังรูป



ภาพที่2 แสดงสมองตัดขวางแสดงเนื้อสมองที่เลี้ยงด้วยเส้นเลือดต่างๆ



1.กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Carotid

1.1 กลุ่มอาการ Anterior Cerebral Artery(ACA) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ทำให้แขนขาข้างตรงข้ามกับรอยโรคอ่อนแรง มักพบว่า ขาอ่อนแรงแมกกว่าแขน เท้าและปลายขาอ่อนแรงแมกกว่าต้นขา มีอาการอ่อนแรงแบบบริเวณหัวไหล่มากกว่าปลายแขนและมือ มักพบว่ามีอาการชาบริเวณดังกล่าวร่วมด้วย

1.2 กลุ่มอาการ Middle cerebral artery(MCA) ซึ่งให้เลือดเลี้ยง Cerebral Cortex มักเกิดจากลิ้มเลือดที่หลุดออกจากหลอดเลือดอื่นนอกสมอง หากไม่มีการไหลเวียนของเลือดจาก anterior และ posterior cerebral artery มาช่วยชดเชยเลี้ยงบริเวณผิวนอกของสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติอย่างมากได้แก่ กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก และแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก

ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของการมองเห็นแบบ homonymous hemianopsia ทั้งนี้อาการชา อาการอ่อนแรง และความผิดปกติของการมองเห็น จะเกิดด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดตัน

2.กลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด artery

2.1 กลุ่มอาการ Vertebrobasilar arteryการอุดตันทำให้เนื้อสมองบริเวณด้านข้างของ Medulla ตายเป็นรูปลิ้ม ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ จากใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรค และจากร่างกายซีกตรงข้าม มีอาการและอาการแสดงสำคัญได้แก่ myosis, หนังตาตกและสูญเสียการหลั่งเหงื่อบริเวณใบหน้า นอกจากนี้ยังมีอาการ กลืนลำบาก พูดไม่ชัด (dysarthria) เสียงเปลี่ยน (dysphonia)ตากระตุก (nystagmus) เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

2.2 กลุ่มอาการ Posterior cerebral artery (PCA)เมื่อมีอาการอุดตันจะมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกครึ่งซีก ซึ่งอาจเป็นการรับรู้ความรู้สึกได้น้อยลง(Hypoesthesia)หรือรับรู้ความรู้สึกมากผิดปกติ (Hyperesthesia)หรือมีความรู้สึกแปลกไปจากปกติ(dysesthesia)

แบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค

1. Transient Ischemic Attack (TIA) คือหลอดเลือดสมองที่มีอาการและอาการแสดงเกิดภายใน 24 ชั่วโมง
2. Reversible Ischemic Neurological deficit (RIND) พบไม่บ่อยนัก อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงแต่หายภายใน 2 สัปดาห์
3. Stroke in evolution ใช้ในช่วงอาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้น มักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่กำลังขยายตัว อุดกั้นการไหลเวียนเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ
4. Complete Stroke ใช้เมื่ออาการและอาการแสดงเกิดขึ้นเต็มที่แล้ว

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด Atherosclerosis เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน และนอกจากนี้ก็มีปัจจัยอื่นๆ ร่วม

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแรกในแผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง/เวรเปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 3 นาที
2. ชักประวัติถึงอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองจะมีความผิดปกติ ทางระบบประสาทเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่อุดตัน โดยมีอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่าง ต่อไปนี้
 - 2.1. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง
 - 2.2. การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที
 - 2.3. การพูดผิดปกติเช่น พูดลำบาก พูดตะกุกตะกัก หรือพูดไม่ได้ หรือไม่เข้าใจคำพูด
 - 2.4. มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงทันที โดยไม่มีสาเหตุชัดเจน
 - 2.5. เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว ล้มง่าย
 สรุพออาการเพื่อจำได้ง่าย คือ “อ่อนแรงแขนขา มึนชา ตามัว หน้าที่มืด ปวดหัว ลึนรัว เดินเซ”
3. การประเมินในภาวะฉุกเฉิน พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในรายที่สงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวแล้ว ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมดังนี้
 - 3.1. การซักประวัติระยะเวลาที่เริ่มเป็น ถามเวลาที่เริ่มเป็นให้ได้เวลาที่ชัดเจน เช่น เป็นมาแล้ว 3 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาของแพทย์ ในกรณีที่เวลาเริ่มเป็นไม่ชัดเจนเช่น ญาติให้ประวัติว่าพบผู้ป่วยเข้านอนประมาณ 21 นาฬิกา และผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 5 นาฬิกาพบว่า มีอาการพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงไปซีกหนึ่ง กรณีนี้ ให้ถือว่าระยะเวลาที่

เริ่มเป็น คือเวลาเข้านอน 21 นาฬิกา หรือเวลาครั้งสุดท้ายที่พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการปกติ ยกเว้นว่าในตอนกลางคืนผู้ป่วยยังไม่ได้นอนหรือขณะตื่นนอนยังไม่มีอาการผิดปกติ

3.2. การตรวจร่างกาย พยาบาลที่คัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน สามารถประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยการตรวจร่างกายง่ายๆ เช่น ตรวจดูการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า (facial drop) โดยให้ผู้ป่วยยืมฟัน แล้วสังเกตดูกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างว่าเท่ากันหรือไม่ ถ้ามุมปากด้านใดตก แสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านนั้นอ่อนแรง ตรวจการอ่อนแรงของแขน (pronator drift) โดยให้ผู้ป่วยหลับตาและยกแขนทั้งสองข้างตั้งฉากกับลำตัวค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ถ้าผู้ป่วยมีแขนอ่อนแรงจะทำไม่ได้หรือแขนข้างที่อ่อนแรงจะตกทันที หรืออาจตรวจความแข็งแรงของแขนโดยการให้ผู้ป่วยใช้ฝ่ามือสองข้างดันกับมือผู้ตรวจเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีแรงต้านหรือไม่ ถ้าไม่มีแรงต้านเลยแสดงว่าแขนอ่อนแรง ส่วนการตรวจกำลังของขาทำได้โดยการให้ผู้ป่วยนอนหงายและยกขาทั้งสองข้างขึ้นและค้างไว้ หรือให้ลองถีบจักรยานในอากาศ ถ้าขาผู้ป่วยอ่อนแรงจะทำไม่ได้

4. การตรวจร่างกายอื่นๆ เช่น สัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาท (เช่น GCS, SSS,NIHSS), O₂ sat ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษ

- Lab

- ตรวจพิเศษ : CT (ส่งตรวจภายใน 10 นาทีและตามผลภายใน 15 นาที)

5. รายงานแพทย์ ในกรณีต่อไปนี้

5.1 สัญญาณชีพผิดปกติ (ต้องรายงานภายใน 4 นาที)

ระดับความดันโลหิต

- SBP > 185 - 220 mmHg

- DBP > 120 - 140 mmHg

ภาวะพร่องออกซิเจน

- O₂ Sat < 90% หรือผู้ป่วยมีภาวะ cyanosis

ระดับความรู้สึกตัว

- GCS < 10 คะแนน

5.2 มีความผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใด (ดูอาการและการตรวจร่างกายในข้อ 2 และข้อ 3) และมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง (ตามแผนภูมิที่ 1) ให้รายงานแพทย์ด่วน เพื่อเข้าแผนการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (stroke fast track)

5.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น DTX < 50 mg% หรือ > 400 mg%

5.4 อาการอื่นๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ชัก เกร็ง กระตุก เหนื่อยหอบ เป็นต้น

แนวทางการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

กรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องส่งไปสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และสามารถดำเนินการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด(ตีบและอุดตัน) ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ พยาบาลควรศึกษาเกี่ยวกับสถานบริการที่เกี่ยวข้อง และวางแผนกิจกรรมทางการพยาบาลที่ปลอดภัยและเหมาะสม

สถานบริการต้องสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. มีประสาทแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/อายุรแพทย์ ที่ได้รับประกาศนียบัตรฝึกอบรมการให้สารละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากสถาบันที่ได้รับการยอมรับในระดับชาติ

2. มีประสาทศัลยแพทย์

3. มี CT Scan

4. มีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจเลือด coagulogram, electrolyte, CBC, FBS, BUN, Cr

5. สามารถหาส่วนประกอบของเลือดได้ เช่น fresh frozen plasma, platelet concentrate, cryoprecipitate และ packed red cell

6. มี ICU หรือ Stroke unit (SU) ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ส่วน

6.1 Acute stroke unit.

6.2 Rehabilitation stroke unit.

6.3 Combined stroke unit.

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคสมอง จากสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงแพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ แต่เนื่องจากยานี้มีอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมาก ดังนั้นเพื่อลดอาการแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาแพทย์จะพิจารณาจากหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์ต้องครบทุกข้อจึงสามารถให้ยาละลายลิ้มเลือดได้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 3 ชั่วโมง

2. อายุมากกว่า 18 ปี

3. มีอาการทางระบบประสาทที่สามารถวัดได้โดยใช้ NIHSS จะประเมินโดยแพทย์เป็นส่วนใหญ่

4. ผล CT scan ของสมองเบื้องต้นไม่พบเลือดออก

5. ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจประโยชน์หรือโทษที่จะเกิดจากการรักษา และยินยอมให้การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ้มเลือด

ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งห้ามให้ยาละลายลิ้มเลือดเด็ดขาด

1. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ไม่ทราบเวลาที่เริ่มเป็นอย่างชัดเจน หรือมีอาการภายหลังตื่นนอน

2. มีอาการเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage)

3. มีอาการทางระบบประสาทที่ตีขึ้นอย่างรวดเร็ว (NIHSS < 4)

4. มีอาการทางระบบประสาทอย่างรุนแรง (NIHSS >18)

5. มีอาการชัก

6. ความดันโลหิตสูง (SBP \geq 185 mmHg, DBP \geq 110 mmHg)
 7. มีประวัติเลือดออกในสมอง
 8. มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน
 9. ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด (heparin หรือ warfarin) ภายใน 48 ชั่วโมงหรือตรวจพบความผิดปกติของเกล็ดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ มีค่า Partial-thromboplastin time ผิดปกติ มีค่าProthrombin time มากกว่า 15 วินาที มีค่า International normalized ratio (INR) มากกว่า 1.5
 10. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm
 11. มี Hct น้อยกว่า 25%
 12. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน
 13. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน
 14. มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/dl (2.7 mmol/L) หรือสูงกว่า 400 mg/dl (22.2 mmol/L) คำนวณได้จาก Glucose (blood) 1 mg mg/dl = 0.05551 mmol/L
 15. มีประวัติ Myocardial infarction ภายใน 3 เดือน
 16. มีการเจาะหลอดเลือดแดงในตำแหน่งที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้ภายใน 7 วัน
 17. พบเลือดออกหรือมีการบาดเจ็บ/กระดูกหักจากการตรวจร่างกาย
 18. ผลCTbrain พบเนื้อสมองตายมากกว่า 1 กลีบ (hypodensity $>$ 1/3 cerebral hemisphere) หรือพบการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่เช่นพบสมองบวม mass effect, sulcal effacement
- หมายเหตุ NIHSS $>$ 18 แพทย์จะเป็นผู้ประเมินเป็นส่วนใหญ่

กิจกรรมการพยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด

1. ก่อนให้ยา

- 1.1 ให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบคำอธิบาย เกี่ยวกับข้อดี และข้อเสียของการให้ยาก่อนเซ็นใบยินยอม
- 1.2 เจาะเลือด ได้แก่ CBC, Blood sugar, coagulogram, PT, INR, Clot blood พร้อมเปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้นโดยเส้นหนึ่งให้ 0.9% NSS อีกเส้นหนึ่ง lock เตรียมไว้สำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด
- 1.3 ตรวจ EKG 12 lead

2. การเตรียมและการให้ยา

- 2.1 คำนวณปริมาณยาที่ให้จากน้ำหนักตัว ขนาดที่ให้ คือ 0.6-0.9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ปริมาณสูงสุดที่ให้ต้องไม่เกิน 90 มิลลิกรัม
- 2.2 ผสมยาใน sterile water (ยาไม่ละลายในส่วนผสมที่มีเด็กโตรส) โดยให้สารละลายที่ผสมแล้วมีความเข้มข้น 1 มิลลิกรัม/ซีซี
- 2.3 ดูดสารละลายที่ผสมแล้วมาร้อยละ 10 ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 นาที และส่วนที่เหลือร้อยละ 90 หยดทางหลอดเลือดดำนานไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

- 2.4 ยาที่ผสมแล้วถ้าเหลือจากการคำนวณต้องเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส และถ้าไม่ใช้ภายใน 24 ชั่วโมงต้องทิ้ง
- 2.5 ขณะหยดยาละลายลิ้มเลือดไม่ให้ยาชนิดอื่นเข้าทางสายให้สารน้ำเดียวกัน
3. การเฝ้าระวังและป้องกันเลือดออก หลังให้ยา
- 3.1 ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติหรือ stroke unit
- 3.2 งดกิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้
- ให้ heparin/warfarin/antiplatelet
 - ใส่ NG tube
 - แทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line)
 - เจาะ Arterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง
- 3.3 หลีกเสี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาที
- 3.4 ให้อาหารลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา
- 3.5 เฝ้าระวังและสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยา เช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือ หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกตสีของปัสสาวะ สีของอุจจาระหรืออาเจียนที่ออกมา
4. กรณีที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมองถ้ามีอาการที่สงสัยว่า น่าจะมีเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ปฏิบัติดังนี้
- 4.1 หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์
- 4.2 เตรียม lab: CBC, plt, INR, PTT, PT, fibrinogen, D-dimer พร้อมเตรียมให้ FFP (fresh frozen plasma) ตามแผนการรักษา
- 4.3 เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency
5. การควบคุมความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตทุก 15 นาทีและถ้ามีความผิดปกติปฏิบัติตามแผนการรักษาดังนี้
- 5.1 ก่อนให้ยาละลายลิ้มเลือด ถ้า SBP > 185 mmHg หรือ DBP > 105 mmHg แพทย์อาจให้ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ ทางหลอดเลือดดำ 1-2 ครั้ง หรือให้ Nitro paste 1-2 นิ้วแปะหน้าอก หรือให้ยา enalapril 1.25 mg ทางหลอดเลือดดำ
- 5.2 หลังให้ยาละลายลิ้มเลือด
- ถ้า DBP > 140 mmHg แพทย์อาจให้ Sodium nitroprusside (0.5 Microgram /kg/min)
 - ถ้า SBP > 230 mmHg หรือ DBP อยู่ระหว่าง 121-140 mmHg แพทย์อาจให้ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ 10-20 mg ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียวหรือหยดทางหลอดเลือดดำในปริมาณ 2 -8 mg/นาที
 - ถ้า SBP อยู่ระหว่าง 180-230 mmHg หรือ DBP อยู่ระหว่าง 105-120 mmHg แพทย์อาจให้ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำและอาจให้ซ้ำตามแผนการรักษา
 - ถ้า SBP มากกว่า 180 mmHg หรือ DBP อยู่ระหว่าง 105-140 mmHg แพทย์อาจให้Nicardipine 5 mg/ชั่วโมง หยดทางหลอดเลือดดำ

* ข้อควรระวัง

การให้ยาลดความดันโลหิต จะไม่ให้ยาอย่างรวดเร็ว เช่น Nefidipine (adalat) ที่อมใต้ลิ้น เพราะจะทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการสมองขาดเลือดจากความดันโลหิตต่ำได้

6. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

6.1 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ไม่ให้น้ำตาลสูงเกิน 150 mg% เพราะจะไปทำลายสมองทำให้บริเวณสมองมีเนื้อตายเพิ่มขึ้น

6.2 หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีเด็กโตรสเป็นส่วนผสม

7. การพยาบาลทั่วไป

7.1 ให้พักบนเตียง

7.2 งดน้ำและอาหารยกเว้นยา

7.3 วัดสัญญาณชีพ

- ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง
- ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง
- ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง
- และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว

7.4 ให้ออกซิเจน 2-4 L/min

7.5 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ monitor EKG

7.6 ประเมินอาการทางระบบประสาท

แนวทางการประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท (neurological assessment)

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว

1.1 โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุด = 15 คะแนน

การลืมตา (eye opening)

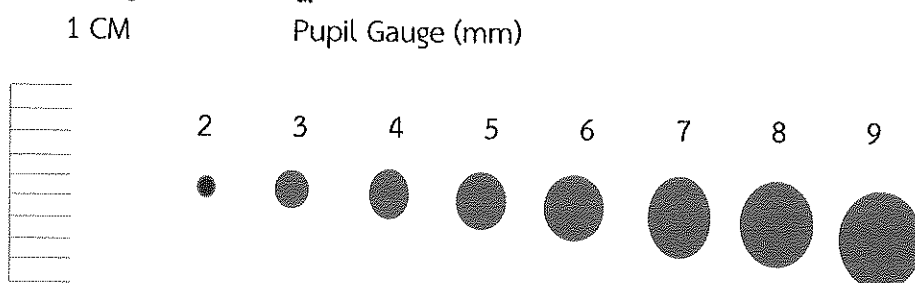
- | | | |
|---------------------------|---|-------|
| • ลืมตาได้เอง | 4 | คะแนน |
| • ลืมตาเมื่อเรียก | 3 | คะแนน |
| • ลืมตาเมื่อรู้สึกเจ็บปวด | 2 | คะแนน |
| • ไม่ลืมตาเลย | 1 | คะแนน |

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (verbal)

- | | | |
|------------------------|---|-------|
| • พูดคุยได้ไม่สับสน | 5 | คะแนน |
| • พูดคุยได้แต่สับสน | 4 | คะแนน |
| • พูดเป็นคำๆ | 3 | คะแนน |
| • ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด | 2 | คะแนน |

• ไม่ออกเสียงเลย	1	คะแนน
การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (movement)		
• ทำตามคำสั่งได้	6	คะแนน
• ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5	คะแนน
• ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ	4	คะแนน
• แขนงอผิดปกติ	3	คะแนน
• แขนเหยียดผิดปกติ	2	คะแนน
• ไม่เคลื่อนไหวเลย	1	คะแนน

1.2 ขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง



มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกตัวย่อ B =brisk) มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า (บันทึกตัวย่อ S =sluggish) ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย (บันทึกตัวย่อ N =no reaction) ตาปิด (บันทึกตัวย่อ C =close) 1 CM Pupil Gauge (mm) 2 3 4 5 6 7 8 9

กำลังของแขน ขา (motor power)

แขน

กำลังปกติ	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย
ยกแขนต้านแรงไม่ได้	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย
ขยับได้ตามแนวราบ	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย
กระตักนิ้วได้	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย
ไม่มีการเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย

ขา

กำลังปกติ	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย
ยกขาต้านแรงไม่ได้	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย
ขยับได้ตามแนวราบ	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย
กระตักนิ้วได้	<input type="checkbox"/> ขวา	<input type="checkbox"/> ซ้าย

ไม่มีการเคลื่อนไหว ขวา ซ้าย

สัญญาณชีพ

- อุณหภูมิร่างกาย (บันทึกด้วยย่อ T = temperature)
- ชีพจร (บันทึกด้วยย่อ P = pulse)
- อัตราการหายใจ (บันทึกด้วยย่อ R = respiratory)
- ความดันโลหิต (บันทึกด้วยย่อ BP = blood pressure) ถ้า SBP > 185 - 220 mmHg DBP > 120 - 140 mmHg วัด 2 ครั้ง ติดต่อกันใน 5 นาที และรายงานแพทย์ทันที (S = systolic blood pressure D = diastolic blood pressure)

2. สังเกตและบันทึกอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure : IICP) เช่นปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที

3. สังเกต และบันทึกอาการแสดงที่บ่งชี้ของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนใหญ่มีอาการทางระบบประสาท เป็นแบบเฉพาะที่ เช่น กลืนลำบาก พูดลำบาก เวียนศีรษะ เดินเซ ซา อ่อนแรงครึ่งซีก มองเห็นภาพซ้อน ตามองไม่เห็น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นแบบเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามบางรายอาจมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปใน 2-3 วัน หรือ ดีขึ้นแล้วเลวลงก็ได้ นอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะเพิกเฉย (neglect) ในผู้ป่วยด้วยเพื่อการป้องกันอันตรายและฟื้นฟูที่เหมาะสมต่อไป

4. ชักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยสนับสนุนการเกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์

5. ประเมินกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel index : ADL (อาจจะประเมินภายหลังเมื่อรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลแล้ว)

การประเมิน NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE)

เป็นการประเมินเชิงปริมาณของ Neurological deficit ศึกษาถึงประสิทธิผลของยาที่นำมาใช้ในการรักษา ประเมิน Level of improvement การประเมินอาศัยจากที่ผู้ป่วยทำได้ ไม่เกี่ยวกับประวัติ ได้แก่

1A. ระดับความรู้สึกตัว (LEVEL OF CONSCIOUSNESS, LOC) โดยมีคะแนน 0-3

0= รู้สึกตัวดี

1= ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้

2= ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ

3= ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะreflex

1B. สามารถบอกเดือน และอายุได้ (LOC QUESTIONS) โดยมีคะแนน 0-2

0= ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ

1= ตอบถูกเพียง 1 ข้อ

2= ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ

1C. หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่อ่อนแรง (LOC COMMANDS) โดยมีคะแนน 0-2

- 0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง
- 1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว
- 2 = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง

2. การเคลื่อนไหวของตา (BEST GAZE) โดยมีคะแนน 0-2

- 0 = มองตามได้เป็นปกติ
- 1 = ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้แต่ไม่สุด
- 2 = เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใด จนสุด โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย oculocephalic maneuver

3. การมองเห็น (VISUAL FIELDS) การตรวจการมองเห็นนี้ ผู้ตรวจจะทำการตรวจตาทีละข้าง โดยอาจใช้มือปิดตาอีกข้างหนึ่งก่อน มีการให้คะแนน 0-3

- 0 = ลานสายตাপกติ
- 1 = ลานสายตาคอดปกติกบางส่วน (Partial Hemianopia)
- 2 = ลานสายตาคอดปกติกครึ่งซีก (Complete Hemianopia)
- 3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)

4. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (FACIAL PALSY) โดยมีคะแนน 0-3

0 = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ

- 1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตก หรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม
- 2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังพอเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง
- 3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้างได้เลย

5. กำลังของกล้ามเนื้อแขน (MOTOR ARM) โดยมีคะแนน 0-4

0 = ยกแขนสูง 90 องศาท่ามุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 10 วินาที

1 = ยกแขนสูง 90 องศาท่ามุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่า นอนหงายและสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้เพียงครึ่งเดียวไม่ถึง 10 วินาที โดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกแขนขึ้นได้บ้างแต่ไม่ถึงหรือไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ ต้องการได้ จากนั้นแขนตกลงบนเตียง

3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้ ชยับได้ในแนวราบหรือกระดิก

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน

6. กำลังของกล้ามเนื้อขา (MOTOR LEG) โดยมีคะแนน 0-4

0 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกท่ามุม 30 องศา กับพื้น ในท่านอนหงาย และคงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 5 วินาที

1 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกท่ามุม 30 องศา กับพื้นใน ท่านอนหงายได้ครึ่งเดียว โดยไม่ถึง 5 วินาที ก็ต้องลดขาลงมา แต่ขาไม่ตกลง บนเตียง

2 = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตก ลงบนเตียงก่อน
5 วินาที

3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ขยับได้ในแนวราบหรือแค่กระดิก

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา

7. การประสานงานของแขนขา (LIMB ATAXIA) โดยมีคะแนน 0-2

0 = การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้าง เป็นปกติ

1 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง

2 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง

UN = แขนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อติดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้

8. การรับรู้ความรู้สึก (SENSORY) โดยมีคะแนน 0-2

0 = การรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ

1 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับรู้ความรู้สึกจากวัสดุแหลมคมลดลงบ้าง แต่ผู้ป่วยยังสามารถบอก ได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูกกระตุ้น

2 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกว่าคุณสัมผัสที่บริเวณใบหน้า

แขนและขา

9. ความสามารถด้านภาษา (BEST LANGUAGE) โดยมีคะแนน 0-3

0 = การสื่อภาษาเป็นปกติ

1 = การสื่อภาษาสูญเสียไปในระดับน้อยถึงปานกลาง ตรวจพบการสื่อ ภาษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษา ในการสื่อสาร แต่ยังพอที่จะเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่

2 = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ตรวจ เข้าใจได้ และผู้ทดสอบ ไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร

3 = ไม่พูด หรือมี Global Aphasia (ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพยายามสื่อภาษา และไม่สามารถแสดงท่าทาง พูด และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ)

10. การออกเสียง (DYSARTHRIA) โดยมีคะแนน 0-2

0 = พูดได้ชัดเจนเป็นปกติ

1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง (ผู้ป่วยพูดไม่ชัด เป็นบางคำโดยผู้ตรวจพอเข้าใจได้)

2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือผู้ป่วยไม่พูด ผู้ตรวจไม่ สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ (โดยที่ไม่มีความผิดปกติ ของความสามารถทางภาษา)

11. การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (EXTINCTION AND INATTENTION) โดยมีคะแนน 0-2

0 = ไม่พบความผิดปกติ

1 = มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของการรับรู้ใน ด้าน การมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้น 2 ข้างพร้อมๆกัน

2 = มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ มากกว่า 1 อย่าง หรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตัวเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว

ความรุนแรงของโรคแบ่งตามระดับคะแนน

- 0 = no stroke
- 1-4 = minor stroke
- 5-15 = moderate stroke
- 16-20 = severe stroke
- 21-42 = life threatening

แนวทางการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท
2. ชักประวัติการเจ็บป่วย
 - 2.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ปัจจุบัน โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และลักษณะเริ่มแรกของอาการที่แน่นอน ความสัมพันธ์ของอาการกับเหตุการณ์ต่างๆ การดีขึ้นหรือเลวลงของภาวะการเจ็บป่วย
 - 2.2 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว
3. ประเมินความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้รับผิดชอบ ที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้
4. ตรวจวัด ลงบันทึกข้อมูล สัญญาณชีพ และอาการแสดงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมนัยพงศ์, 2556)

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ดำเนินการส่งตรวจ ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ตามนโยบาย หรือแนวปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน
2. ถ้าหน่วยงานใดยังไม่มีนโยบาย หรือแนวปฏิบัติ ให้รอแผนการรักษาจากแพทย์ และประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น
 - 2.1 ห้อง X – ray, ห้องตรวจคลื่นหัวใจ ห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ
 - 2.2 ในกรณีสงสัยว่ามีสาเหตุมาจากเส้นเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจ ประสานงานไปยังหน่วยงานนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งผู้ป่วยตรวจ Echocardiogram
 - 2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี และไม่มีหลักฐานว่ามีลิ่มเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจแพทย์อาจจะสั่งการรักษา และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม เช่น ESR, ANA profile, Coagulogram, Protein C, Protein S, Antithrombin III.

2. ช่วยเหลือกิจกรรมเท่าที่จำเป็นที่ผู้ป่วยไม่สามารถสามารถทำได้
3. ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง
4. ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง
6. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทำความสะอาดช่องปาก ดูแลการขับถ่าย และการแต่งตัว
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในรายที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ สามารถให้อาหารทางสายยางได้อย่างถูกวิธี ในรายที่รับประทานอาหารเองได้ ให้ระมัดระวังที่สำคัญ
8. ในรายที่ผู้ป่วยเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถทำแผลและดูดเสมหะได้อย่างถูกวิธี
9. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลผิวหนังและป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ
10. ช่วยเหลือในการพักผ่อนนอนหลับ เช่น จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสบายให้แก่ผู้ป่วย
11. ช่วยเหลือในการหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆจากสิ่งแวดล้อม เช่น การเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันการพลัดตก ลื่นล้ม
12. ถ้าผู้ป่วยคาสาสายสวนปัสสาวะไว้ ควรดูแลสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดภัย โดยทำความสะอาด ด้วยน้ำต้มสุกและน้ำสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ปนเปื้อนออกจากระ และตริงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ตั้งรับ
13. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบๆตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัว ไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียงผู้ป่วย บอกวัน เดือน ปี เวลา สถานที่ และ บุคคลให้ผู้ป่วยได้รับทราบบ่อยๆ
14. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง
15. ช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัด ห้ามขาดยาหรือปรับยาเอง และมาพบแพทย์ตามนัด

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 อาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

- 2.1.1 แขนขา อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกซังใดซังหนึ่งทันทีทันใด
- 2.1.2 พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ นึกคำพูดไม่ออกหรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด
- 2.1.3 ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นซังใดซังหนึ่งทันทีทันใด
- 2.1.4 ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน
- 2.1.5 เวียนศีรษะบ้านหมุนเดินเซ เสียการทรงตัว กรณีพบผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้รีบพบแพทย์โดยด่วน ถึงแม้อาการอาจจะดีขึ้นได้เอง แต่การไปพบแพทย์ก็มีความจำเป็นเพื่อจะได้รับการรักษาทัน่วงทีและจะได้ฟื้นฟูสภาพร่างกายรวดเร็วยิ่งขึ้น

2.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบมากในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

2.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้และที่ควบคุมไม่ได้

การตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุต่างๆ เช่น blood sugar, BUN, Cr, electrolytes, CBC, platelet count, Hct, coagulogram, PT, PTT, INR, lipid profile, VDRL

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram)

3. การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นความถี่สูง

- การตรวจหลอดเลือดที่คอ (carotid duplex scan)
- การตรวจหลอดเลือดในสมอง (MRA, MRV)
- การตรวจการทำงานของหัวใจ (echocardiogram)
- Transcranial doppler ultrasound (TCD)
- Venous doppler ultrasound

4. การตรวจทางรังสี เช่น

- การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray)
- การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT.brain)
- การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
- การฉีดสารทึบแสงเพื่อดูหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง (cerebral angiography)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็ว เท่าใด ความพิการและอัตราการตายมีโอกาสน้อยลงมากเท่านั้น หลักการรักษาประกอบด้วย

1. การรักษาทางยา สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดแพทย์จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกร็ดเลือดและยาด้านการแข็งตัวของเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอเพื่อปรับขนาดของยาตาม แผนการรักษา

2. การรักษาโดยการผ่าตัด ในบางรายโดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออกในสมอง

3. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4. การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

1. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมอย่าให้อ้วน
2. งดสูบบุหรี่
3. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4. ตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถ้า พบปัจจัยเสี่ยงต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
5. ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว ต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาหรือปรับยาเอง โดยเด็ดขาด
6. ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่มีปัญหา Atrial fibrillation หรือ carotid artery disease ควรพบแพทย์รักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
7. ในกรณีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอยู่แล้ว แพทย์จะรักษาโดยให้รับประทานยาเพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง
8. รับประทาน Vitamin E จากการวิจัยของ American Academy of Neurology in Toronto Canada พบว่า Vitamin E สามารถลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 53
9. รักษาความสะอาดของช่องปากไม่ให้เหงือกอักเสบ เพราะจะเพิ่มการเกิดของ atherosclerosis ซึ่งจะเพิ่ม fatty plaques ในหลอดเลือด carotid ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
10. รับประทานอาหารที่มีโอเมก้า 3 เพราะ Fish oil สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด thrombosis stroke ได้

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ชักถามปัญหาและข้อสงสัย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

กิจกรรมทางการพยาบาล

1) การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่

1.1 รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยหรือรับการติดต่อจากพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD/ER)

1.1.1 สอบถามอาการ อาการแสดง เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย

1.1.2 สอบถามแผนการรักษาพยาบาลหรือการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ วัสดุ

ครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการรักษาพยาบาล

1.2 เตรียมเตียงและสภาพแวดล้อมสำหรับรับผู้ป่วย

1.3 เตรียมอุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ ทางกรแพทย์ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

2) การรับผู้ป่วยใหม่

2.1 พยาบาลแนะนำตนเอง ต้อนรับทักทายผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

2.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย เกี่ยวกับ

2.2.1 สัญญาณชีพและความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น แขน ขา

อ่อนแรง พูดไม่ชัด ตาพร่ามัวลง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง

2.2.2 ชักประวัติทั่วไปและประวัติทางระบบประสาทเพิ่มเติม เช่น

• เวลาที่เริ่มเป็นก่อนมาโรงพยาบาล ในกรณีที่ไม่แน่ใจให้เริ่มนับเวลาที่เริ่มเป็นตั้งแต่

ที่เห็นผู้ป่วยมีความผิดปกติครั้งสุดท้าย เช่น เวลา 21 นาฬิกา ก่อนเข้านอนยังมีอาการปกติแต่ตื่นมาตอน เช้าพบ ว่าแขนขาอ่อนแรง กรณีนี้ให้นับระยะเวลาที่เริ่มเป็นตั้งแต่ 21 นาฬิกา

- ความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ตาพร่ามัวลง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง
- ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น
- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอาการร่วมอื่นๆ
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการรักษาที่เคยได้รับ
- ประวัติครอบครัว
- ประวัติการแพ้ยา

2.3 รายงานรับผิดชอบทันที เกี่ยวกับ ชื่อสกุล อายุ การวินิจฉัยโรค อาการแรกรับและสัญญาณชีพ

2.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง และเปลี่ยนเสื้อผ้า พร้อมติดป้ายชื่อ และที่เตียง

3) กิจกรรมพยาบาล

- 3.1 ตรวจสอบการลงนามยินยอมให้ทำการรักษาของผู้ป่วยหรือญาติ
- 3.2 ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และตามแผนการรักษาของแพทย์
- 3.3 ส่ง Specimen และใบส่งตรวจต่างๆ ตามแผนกที่กำหนดไว้
- 3.4 เขียน Kardex ใบแจ้งการให้ยา ตามแผนการรักษา
- 3.5 เบิกอาหารให้ถูกต้อง ตามแผนการรักษา
- 3.6 จัดทำรายงานผู้ป่วยรับใหม่และลงบันทึกทางการพยาบาล ให้ถูกต้องสมบูรณ์ดังนี้
 - 3.6.1 ลงชื่อผู้ป่วยที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ การวินิจฉัยโรค วันที่ เวลารับใหม่พร้อมทั้งระบุแพทย์เจ้าของไข้ในสมุดทะเบียนผู้ป่วย
 - 3.6.2 อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต แรกรับ
 - 3.6.3 นำส่งหอผู้ป่วยโดยวิธีใด เช่น เดินมา นั่งรถเข็น เปลนอน
 - 3.6.4 อาการ และอาการแสดงแรกรับ
 - 3.6.5 เวลาที่แพทย์มาเยี่ยมผู้ป่วย
 - 3.6.6 การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่ให้การพยาบาล
 - 3.6.7 ยาที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่ให้ยา/ลงชื่อกำกับ

4) การปฐมนิเทศผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับ

- 4.1 แนะนำทีมงานรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น
- 4.2 กฎระเบียบของโรงพยาบาล
- 4.3 สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย
- 4.4 วิธีการใช้อุปกรณ์ภายในหอผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือเมื่อเกิดปัญหา
- 4.5 กำหนดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน
- 4.6 สถานที่ในการติดต่อเกี่ยวกับข้อมูลในการรักษาพยาบาล
- 4.7 แผนการรักษาของแพทย์

4.8 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิบัตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้ที่จำเป็น

5) การติดต่อประสานงานกับญาติ

5.1 ซักประวัติและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ และการรักษาของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล

5.2 จัดให้ญาติได้พบแพทย์เพื่ออธิบายผลการตรวจวินิจฉัย การดำเนินของโรค แนวทางหรือแผนการรักษา และการเตรียมความพร้อม เพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5.3 ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

5.4 แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การจัดทำนอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.4.1 ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการให้อาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

5.4.2 สอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (care giver) เกี่ยวกับ

- การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดทั้งชนิดอาหารที่ควรได้รับหรือหลีกเลี่ยง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย
- จัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ขณะรับประทานอาหารไม่เมื่อยล้า ลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหารเพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วย ในการรับประทานอาหารลดลง
- จัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตา ที่ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้
- ควรให้อาหารอ่อนนุ่มแลมน้ำไม่มาก เป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาว ควรตัดให้สั้น เพื่อให้กลืนได้สะดวก
- แนะนำวิธีกลืนให้กระทำเป็นจังหวะ ขณะรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งรัดผู้ป่วย
- หลังรับประทานอาหารให้ดื่มน้ำตามทุกครั้ง ใช้หลอดดูดหรือใช้ช้อนป้อน และให้ดื่มครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง

5.4.3 กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน

- สอนและแนะนำให้ผู้ดูแล ช่วยผู้ป่วยในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูง ขณะรับประทานอาหาร
- ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเหลวได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำโดยใช้ หลอดดูดแทน
- ในกรณีที่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (NG tube feeding) จะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

5.4.4 สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือเช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า ถอดรองเท้า ฯลฯ

5.4.5 สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นโดย

- สอนและแนะนำผู้ป่วย/ญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Active resistive exercise กับแขนขาข้างที่ดี

- สอนและฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแขน-ขาอ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อที่มีความตึงตัวที่ต่อน้อยวันละ 3 ครั้ง

- ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย
- ดูแลให้ประคับประคองแขน-ขาข้างที่อ่อนแรงทุกครั้ง que ผู้ป่วยทำกิจกรรม
- ไม่ควรดึงแขนขาข้างที่อ่อนแรง เวลาเคลื่อนย้าย หรือจับผู้ป่วยลุกนั่ง
- แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการนั่งห้อยเท้าหรืองอเข่าเป็นเวลานานๆ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่างๆ
- จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์ของใช้

6) กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

6.1 ประเมินความสามารถในการเข้าใจเรื่องที่สนทนา การตอบสนองต่อการสนทนาและการปฏิบัติ ตามข้อชี้แนะว่าถูกต้องเหมาะสมแค่ไหนเพียงใด

6.2 ให้ความคุ้นเคย ให้ความสนใจและให้เวลา เพื่อผู้ป่วยและญาติรู้สึกมั่นใจและไว้ใจ

6.3 สอนให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติ เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึก การหายใจเข้า-ออก ลึกและช้า

6.4 สอนและแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

6.5 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และ ความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่

6.6 สอนและแนะนำให้ดูแลด้านจิตใจ อารมณ์อย่างต่อเนื่อง

6.7 กระตุ้นให้ครอบครัวให้ความรัก ความเข้าใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก

7) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติด ยึด แผลกดทับ อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตาม มาตรฐานทางการพยาบาล

8) กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

8.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

8.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การ จัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

8.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น

- ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
- แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น
- มีความผิดปกติของสายตามากขึ้น
- ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น
- พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

8.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

8.5 สอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการทำความสะอาดร่างกาย ฯลฯ

8.6 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมรับฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้ความเข้าใจ ชักถาม และทำความเข้าใจ

9) กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

9.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมเอกสารความรู้ของโรคหลอดเลือดสมอง และ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ

9.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆและกระบวนการส่งต่อ ที่ให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในชุมชนตามภูมิปัญญาของผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ถ้ามี)

10) กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้

10.1 ประเมินลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย ในด้านความเข้าใจ ภาษา การพูด การอ่านและเขียน

10.1.1 ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนใช่ไหม ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวใช่ไหม? เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน

10.1.2 ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ

10.1.3 ผู้ประเมินหรือสหสาขา ควรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรืออยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้

10.1.4 ประเมินการเขียนตามคำพูดโดยให้ผู้ป่วยลองเขียนบนกระดาษ

10.1.5 ประเมินความเข้าใจจากภาพ โดยให้ผู้ป่วยสื่อความหมายจากภาพที่มองเห็น

10.2 ส่งปรึกษานักอรรถบำบัดเพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสาร และวางแผน การฟื้นฟูสภาพ

10.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ พูดลำบาก พูดไม่ชัด (Broca's aphasia หรือ dysarthria) ให้ปฏิบัติดังนี้

10.3.1 ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรก หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

10.3.2 บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ

11.1.3 ประเมินความสมดุล โดยบันทึกจำนวนน้ำเข้า-น้ำออก

11.1.4 หลีกเลี่ยงการคาสายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือใช้วิธี intermittent catheterization ถ้าผู้ป่วยฝึกปัสสาวะเองได้ผล

11.1.5 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คาสายสวนปัสสาวะอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง

11.2 ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระดังนี้

11.2.1 กระตุ้นให้ขับถ่ายอุจจาระ โดยให้หมอนอนหลังอาหารเช้า 30 นาทีทุกวัน หรือแล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำได้ ให้พาเข้าห้องน้ำ

11.2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000 - 3,000 ซีซี และอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการขับถ่าย

11.2.3 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

11.2.4 ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน ให้ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษา

การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ทิพย์สุตา ชำนาญศรีเพชร ,2555)

ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ในเรื่อง

- สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท (neurological deficit)
- กิจวัตรประจำวัน
- สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ (mood and mental status)
- อาหาร และยา
- การสื่อสาร (communication)
- การรับรู้ (perception)
- การขับถ่าย
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว (ambulation)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ในเรื่อง

- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค
- ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม
- ความเชื่อ ค่านิยม
- ให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์

3. วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลให้ครอบคลุม โดยใช้ Model M-E-T-H-O-D

4. ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักสังคมสงเคราะห์ นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ฝ่ายเวชกรรมสังคม ศูนย์การดูแลต่อเนืองที่บ้าน และศูนย์สุขภาพชุมชน

5. ส่งต่อและประสานงานเครือข่าย เพื่อการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยให้ญาติลงนามยินยอมให้มีการดูแลสุขภาพที่บ้าน

6. การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 1 (1-2 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดง ทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประเมิน จิตสังคม ประเมินสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวน สนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่องการเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกกลิ้งล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการ ผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน

5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 2 (1-2 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดง ทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวน สนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกกลิ้งล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการ ผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน

5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 3 (3-4 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดง ทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวน สนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกกลิ้งล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการ ผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน

5. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 4 (3-4 wks)

1. การประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณชีพ อาการแสดง ทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ฯลฯ

2. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวน สนับสนุนการดูแลตนเอง ในเรื่อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกกลิ้งล้ม การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสังเกตอาการ ผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

3. ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

4. บันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในสมุดสุขภาพประจำวัน

5. ยุติการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน และส่งต่อไปยังเครือข่ายหรือสถานบริการใกล้บ้าน

บ้าน

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (palliative care)

Palliative care หมายถึง การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถรักษาให้หาย รวมถึงญาติผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ความเข้าใจในโรคและอาการอันเป็นปัจจุบันของผู้ป่วย การร่วมกันคิดตัดสินใจในแนวทางการรักษา และการเตรียมตัวของญาติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สำหรับผู้ป่วย

1. ผู้อยู่ในระยะที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ การดูแลผู้ป่วยจึงเป็น แบบประคับประคองโดยไม่เร่งรัดหรือไม่ตั้งใจยึดถือชีวิตของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยยังมีภาระค้างอยู่และต้องการให้ช่วยเหลือ

3. การให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังคงรักษาตัวอยู่ จึงมีความจำเป็นที่ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก

สำหรับญาติ

1. อธิบายให้เข้าใจถึงภาวะโรคของผู้ป่วย และเตรียมการไว้รองรับเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต
2. จัดพิธีกรรมทางศาสนา
3. การเตรียมบ้าน
4. ภารกิจที่ผู้ป่วยยังคงค้างอยู่ ซึ่งญาติสามารถทำแทนได้
5. การดูแลสามี/ภรรยา/บุตรหลาน ญาติพี่น้องของผู้ป่วย
6. การแสดงความเศร้าโศกเสียใจ และเตรียมการรองรับเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต
7. ควรระวังในเรื่องที่อาจจะมีผู้ให้ข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยา การผ่าตัด หรืออื่นๆ ที่มีราคาแพง และ ไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์หรือทางการแพทย์รับรอง
8. การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา
 - วางแผนการให้คำปรึกษา การร่วมกันดูแลผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ และทีม สหวิชาชีพ ตั้งแต่เริ่มแรกจนจบกระบวนการให้บริการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
 - ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติตามแนวทางการรักษา และแนวทางการพยาบาล โดยร่วมเป็นผู้หนึ่ง ในทีมผู้ดูแล

กิจกรรมการพยาบาล :

1. วางแผนและให้บริการทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ได้รับคำขอปรึกษา
2. ประเมินภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ
3. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายจนวาระสุดท้ายโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์
4. ยุติการให้บริการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ย้ายสถานพยาบาล หรือปฏิเสธการบริการ

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ และทำให้เกิดความพิการสูง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองครอบครัวและเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจโลกโดย เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดมักจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสูญเสียความสามารถ ทั้งทางด้านร่างกาย ซึ่งความพิการ ที่พบได้บ่อยคือ อัมพาตครึ่งซีก การเคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ชัด การกลืนอาหารลำบาก มีความบกพร่องทางความรู้สึกรูปร่าง สภาวะจิตใจและอารมณ์ ไม่ปกติสูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เมื่อเจ็บป่วยนานๆอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของ ข้อต่อต่างๆ กล้ามเนื้อเหลวลีบ ติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กระดูกโปรงบาง เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาต้องสูงมากขึ้นเนื่องจากความพิการส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลก็ควรศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดของโรค พยาธิสภาพ หลักการรักษาพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเองก็也将มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังได้

WHO ประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคน พิการถาวร 5 ล้าน คนเสียชีวิต และ 2/3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ปี 2563รวมถึงประเทศไทย สำหรับสถานการณ์ของโรคนี้ในประเทศพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ1,880รายต่อแสนราย หรือร้อยละ2 โดยประมาณ ในประชากรอายุ45-80ปี จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกอง ยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่ง สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะ พบโรคนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญใน การเกิดโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (ข้อมูลจาก : กองโรคไม่ติดต่อ / สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุม โรควันที่ 25 ตุลาคม 2562)

รายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา(พ.ศ.2549-2559) พบว่าอัตราการตายด้วยโรค หลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ.2549 คือ 23.2 ต่อมาแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งปี พ.ศ.2559 เป็น 31.5 นอกจากนี้ ข้อมูลจากสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้รายงาน10ลำดับแรกของการตายในประชากรไทย ปีพ.ศ.2557 พบว่า การตายในประชากรเพศ ชายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบอยู่ในลำดับ 3 และในประชากรเพศหญิงพบอยู่ในลำดับ1 ส่วนในปี พ.ศ.2559 พบว่าการตายด้วยโรคหลอดเลือดขึ้นมาเป็นลำดับที่1 ทั้งในประชากรเพศชายและเพศหญิง โรคทางหลอดเลือดไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดระบบอื่นๆ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง แม้ว่าอัตราการตายจะมี แนวโน้มลดลงและชะลอลงตัวอยู่ในบางปีแต่ก็กลับมามีอัตราที่สูงขึ้น

ในขณะที่อัตราการตายชะลอลงตัวลงนั้น อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นว่าการรอดชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น การตายจึงลดลง แต่การเกิดโรคและการป่วยไม่ได้ลดลง ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตนั้น จะยังคงมี ความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไป และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการ ตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งความพิการดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อ ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) ในประเทศไทยปี 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญ ของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ2ในผู้ชายรองจากอุบัติเหตุจราจร และอันดับ2ในผู้หญิงรองจาก โรคเบาหวาน

นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง(direct cost) พบว่าต้นทุน ทางตรงสำหรับบริการในกรณีผู้ป่วยใน 1,689.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับผู้ป่วยบริการผู้ป่วยนอก 1,310.22 บาทต่อครั้ง รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคด้วยโรคหลอดเลือดสมอง164,664.97 บาทต่อปีจะเห็นว่า การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความสูญเสียมากมาย ผู้ป่วยโรคหลอด

เลือดสมอง เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าบุคคลทั่วไปมาก ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติเป็นอย่างมาก (ข้อมูลจาก : กองโรคไม่ติดต่อ / สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค วันที่ 25 ตุลาคม 2562)

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ให้บริการ 60เตียง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆปี ในปี2561 มีจำนวน 66 ราย ในปี2562 จำนวน 84 ราย และในปี 2563 จำนวน 102ราย ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันนั้น หลังความเจ็บป่วยผู้ป่วยจะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลงมากอีกด้วย

ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่(PCU รพ.) รับผิดชอบประชากรในเขตเทศบาลตำบลศรีเมืองใหม่ 5ชุมชน และประชากรเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาคำอีกจำนวน 12 ชุมชน รวม รวม 17ชุมชนมีประชากร จำนวน 8,303 คน คน(ที่มา โปรแกรมHI รพ.ศรีเมืองใหม่ ธันวาคม 2562) จากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน ปี2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังทั้งหมด 1,080 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันและแตก ทุกกลุ่มอายุ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 เป็นชาย จำนวน 23 คน เป็นหญิง จำนวน 13 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบากจากภาวะสุขภาพ เปลี่ยนไปจากที่เคยทำได้แต่กลับทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น

ผู้ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือโดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ ที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาและบริบทชุมชน และอำนวยความสะดวกประสานงานกับแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปัญหาสุขภาพอย่างแท้จริง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ: วิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล และวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน
- 2.เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ ฝึกช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด
- 3.เพื่อศึกษาการนำแนวคิดทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการของผู้ป่วย
- 4.เพื่อศึกษาการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

5. เพื่อศึกษาและวางแผนทางการพยาบาลของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ อย่างเหมาะสม
2. สามารถเพิ่ม competency และทักษะของพยาบาลชุมชน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีแนวทาง(CPG) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
4. มีระบบการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ ที่เพียงพอเหมาะสมพร้อมใช้งาน
5. ได้แนวทางในการศึกษาแก่บุคคลที่สนใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประยุกต์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. แนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
2. ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสัน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

1.แนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับ การพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่

1. บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
2. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง
3. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being)
4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน

5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล

6. การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อื่นในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญแก่การ ยกย่อง ส่งเสริม

7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

8. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

1 ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอก กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001 : 47-49) ดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (Orem, 2001 : 258-265) 1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) 2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) 3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) (Orem, 2001 : 258-260) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) (Orem, 2001 : 264-265) โอเร็ม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) (Orem, 2001 : 264-265) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้นจะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

2. ทฤษฎีการพยาบาลของวัตสัน

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Theory of Human Caring) การดูแลหรือ Caring เป็นกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์บนพื้นฐานด้านมนุษยธรรม ระหว่าง บุคคล คือ ผู้ดูแล (Caregiver) และผู้ได้รับ การดูแล (Care recipient) ในวิชาชีพพยาบาล การดูแลเกิดจากคุณธรรมและจริยธรรมทาง การพยาบาล ที่ถูกพัฒนาขึ้นจาก ความรู้ ทักษะ

ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring theory) เป็นทั้งปรัชญา และทฤษฎีทางการพยาบาล ที่มีจุดเน้นที่การดูแล (Caring) ซึ่งพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ.1979 ภายใต้อิทธิพลทางด้านมานุษยวิทยา รวมทั้งความรู้สึกผูกพันต่อบทบาทการดูแลเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่วัตสันประจักษ์ด้วยตัวเอง ประกอบกับประสบการณ์ของวัตสันขณะเผชิญความเจ็บป่วย เผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Human Caring Theory) สร้างโดย ดร.จิน วัตสัน (Jean Watson) วัตสันเกิดเมื่อปี ค.ศ. 1940 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับปริญญาตรีทางการพยาบาล และปริญญาโททางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และปริญญาเอกทางจิตวิทยาทางการศึกษา จากมหาวิทยาลัยโคโลราโด (Colorado) วัตสันมีประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างกว้างขวางทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นอาจารย์พยาบาล นักวิจัย และเป็นผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ ตลอดจนเป็นผู้ตั้งศูนย์การดูแลทางการพยาบาล (Human Science Caring center) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโคโลราโด งานเขียนของวัตสันได้รับการพิมพ์ครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1979 ในเรื่อง “ ปรัชญาและศาสตร์ของการดูแล ” (Philosophy and Science of Caring) และในปี ค.ศ. 1988 ทฤษฎีของวัตสันชื่อ “ ศาสตร์เกี่ยวกับมนุษย์และการดูแล ” (Human Science and Human Caring) ได้รับการตีพิมพ์เป็นตำราและใช้กันอย่างกว้าง จากประสบการณ์ทั้งการทำงาน และงานเขียน มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล

มโนทัศน์หลักทั้ง 4 ในทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน คือ บุคคล (วัตสันเรียกว่ามนุษย์) สุขภาพสิ่งแวดล้อม และการพยาบาล ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดดังต่อไปนี้

มนุษย์ (Human Being) เป็นองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นแก่นตัวตน (Self) ของบุคคล เป็นแหล่งที่เกิดความตระหนักในตนเอง ความรู้สึกสำนึกขั้นสูง และเป็นพลังภายใน ซึ่งมนุษย์มีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มนุษย์เป็นผู้มีคุณค่าในตนเองและสมควรได้รับการดูแล ได้รับการนับถือ ได้รับความเข้าใจและช่วยเหลือ

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีคุณภาพและมีความกลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ หรือมีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างตัวตนตามที่รับรู้ และตัวตนตามที่ประสบจริง นอกจากนั้นสุขภาพยังเป็นภาวะที่สุขทั้งร่างกาย จิต และสังคม สามารถทำหน้าที่ได้สูงสุดสามารถปรับตัวในการทำกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ

สิ่งแวดล้อม/สังคม (Environment/Society) เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และพัฒนาการของบุคคลที่อยู่ในการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคล (Transpersonal Caring) ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยาการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเพิ่มคุณภาพในตนเอง เกิดความรู้จักตนเอง เคารพนับถือตนเอง ดูแลเยียวยาตนเอง เกิดความประจักษ์รู้ในความหมายของสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สาระของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ อธิบายถึงการเชื่อมโยงของมนุษย์กับมนุษย์ที่แต่ละฝ่ายต่างสัมผัสถึงจิตใจของกันและ

กรอบมโนทัศน์ของการดูแลมนุษย์ของวัตสัน

- การดูแลเป็นอุดมคติเชิงคุณธรรมที่ยึดมั่นในพยาบาล
- การปฏิบัติการดูแลเป็นแกนกลางของพยาบาล
- เป้าหมายของการพยาบาลเป็นการช่วยเหลือให้มนุษย์เพิ่มระดับคุณภาพ และความกลมกลืนระหว่างกาย-จิต-จิตวิญญาณ ในการก่อให้เกิดความรู้ในตนเอง การยกย่องนับถือตนเอง และกระบวนการเยียวยาตนเอง กระบวนการดูแลมนุษย์ เป็นกระบวนการที่พยาบาลและผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือกันในสถานการณ์เฉพาะในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วย/ผู้ให้บริการต่างรับรู้ตรงกันถึงการให้และการได้รับการดูแล กระบวนการดูแลมีลักษณะเป็นพลวัตร

การดูแลที่เข้าถึงชีวิตจิตใจของบุคคลนั้น จะต้องใช้ปัจจัยการดูแล 10 ประการ คือ

1. สร้างระบบค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
2. สร้างความศรัทธาและความหวัง
3. สร้างความไวต่อความรู้สึกของตนเอง และบุคคลอื่น
4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ
5. การส่งเสริมและการยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ
6. การใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในกระบวนการดูแล
7. การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล
8. การประทับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล
10. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

แนวทางการสร้างเสริมศักยภาพและคุณลักษณะของพยาบาล คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น
2. ความรู้เกี่ยวกับความต้องการของบุคคล
3. ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล
4. ความรู้เกี่ยวกับการมีศักยภาพและความสามารถ รวมทั้งข้อจำกัดของตัวพยาบาล
5. ความรู้เกี่ยวกับความหมายที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ชีวิต สุขภาพและการเจ็บป่วย

6. ความรู้ที่จะให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตาและความสุขสบายแก่บุคคล

แนวทางในการพัฒนาตนเองของพยาบาล มีดังนี้

1. ฝึกความตระหนักรู้ (Awareness) และการมีสติ
2. ฝึกสร้างความเมตตาให้เกิดขึ้นในใจ
3. ฝึกพิจารณาการกระทำ ความรู้สึก ความคิด และการพูดของตนเองในแต่ละวัน พยายามปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น
4. เรียนรู้หลักคำสอนทางศาสนา สัจธรรมของชีวิต นำมาปฏิบัติ เป็นต้น

ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลนี้พยาบาลจะต้องเข้าถึงประสบการณ์ของบุคคลอื่น และบุคคลอื่นต้องเข้าถึงประสบการณ์ของพยาบาล แต่ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีเวลาที่พอเพียงและความเต็มใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการด้วย*

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ปัจจุบัน สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น“ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” WHO, 2002สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล:2559)

ในการกำหนดพิจารณาอายุเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปแล้วอาจใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปแล้วยังแข็งแรงและมีความสามารถในการทำงานได้ดี ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพการของการทำงานเพิ่มขึ้น ไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. คนชรา มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. คนชรามาก มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า วัยผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ถ้านับตามสภาพเศรษฐกิจก็จะเป็นผู้ที่เกษียณอายุการทำงานแล้ว สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอยตามธรรมชาติที่มนุษย์มีอายุหลีกเลี่ยงได้ อันส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม

การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านเป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีกระบวนการสูงอายุในแต่ละด้านหรือรูปแบบแตกต่างกัน

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปรากฏการณ์ที่เกิดกับการสูงอายุมีความซับซ้อน มีความแตกต่างในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการด้านสรีระวิทยาและจิตใจในแต่ละคน จึงเป็นการยากที่จะอธิบายกระบวนการสูงอายุด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง มีผู้รวบรวมสรุปทฤษฎีต่างๆเกี่ยวกับสาเหตุของการสูงอายุ สรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่วิวัฒนาการอยู่เรื่อยๆเป็นไปตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด เมื่อมีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุหรือความชราของสังขารโดยมีพันธุกรรมเป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen cross-linkage) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการขีดเกาะกันแน่นไม่ยอมสลายตัวทำให้เส้นใยหดสั้นเข้า เนื้อเยื่อต่างๆลดการย่อยและการขับถ่ายของเสียในร่างกาย สภาพเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.2 ทฤษฎีว่าด้วยความเสื่อมถอย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความเครียดและการได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใดๆก็ตามทำให้เกิดความเสื่อมสลายของร่างกาย ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆตามอายุของบุคคลนั้น

2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเสื่อมทำลายของเซลล์ในร่างกายเป็นผลมาจากมีการสะสมของสารอนุมูลอิสระ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายและรั่วไหลของผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่น

2.4 ทฤษฎีการทำลายตัวเอง (Autoimmune theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยเชื่อว่า ความชราเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี เกิดความเจ็บป่วยง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญทางจิตวิทยา ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีอายุในจิตวิทยาในเรื่องเซวาร์ปัญญา พบว่า ไม่อาจสรุปได้ว่าเซวาร์ปัญญาจะเสื่อมลงตามวัย ส่วนในเรื่องความจำและการเรียนรู้ ได้มีการศึกษาในเรื่องความจำและการเรียนรู้เป็นสิ่งที่จะต้องควบคู่กันไป จากการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้

ได้ดีเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องใช้เวลาานกว่า อันเป็นผลมาจากระบบประสาทและสรีระวิทยาของบุคคล

4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคลสัมพันธ์ภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต ทฤษฎีนี้พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป โดยเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็วก็จะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวตามสภาพของสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้รู้สึกเหงาและว่าเหว

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็น 3 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรภาพ (Biological change) การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้นทุกระบบหน้าที่ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆเพื่อรักษาและควบคุมระดับปกติของสารต่างๆได้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอาการต่างๆอันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่นๆ ได้แก่

1.1 ระบบเซลล์และเนื้อเยื่อ เซลล์แต่ละเซลล์จะมีอายุขัยของมันแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด เมื่อเซลล์เก่าตายจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเพื่อซ่อมแซมหรือทดแทนอวัยวะนั้นๆยกเว้นการทำงานของเซลล์ประสาท เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เซลล์ต่างๆจะเหี่ยวลงตามอายุของมันเอง

1.2 ระบบประสาทสัมผัส ซึ่งได้แก่ ตา หู ประสาทรับรส กลิ่นและผิวหนัง มีการเปลี่ยนแปลง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทางด้านสรีรภาพ พบว่าร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบ ทั้งระบบประสาทและต่อมไร้ท่อต่างๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงและอาจเกิดโรคได้ง่าย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น เกิดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่และสถานภาพทางสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง ทำให้การร่วมกิจกรรมหรือการทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย จึงอาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านสังคม จะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลง และการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต่างก็มีการเสื่อมถอยของร่างกายแตกต่างกันไป ตลอดจนการมีพฤติกรรมที่จะดำรงและรักษาซึ่งภาวะสุขภาพมากน้อยแตกต่างกันด้วย

4. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

คำนิยามการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวไว้หลากหลาย เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2000) กล่าวว่า “การดูแลระยะยาว (Long-term care : LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการ การดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2551) ให้ความหมายการดูแลระยะยาวไว้ว่า เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสีย รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย 7 เป็นทางการ (informal helper) แก่บุคคลที่ป่วยเรื้อรังมีภาวะทุพพลภาพที่ต้องการ การดูแลในกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลาที่ยาวนาน ที่ผ่านได้มีการใช้คำนิยามการดูแลระยะยาวขององค์การอนามัยโลก(WHO) เป็นหลัก พบว่ามีการตีความแตกต่างกันหรือเข้าใจไม่ตรงกันและยังไม่มีคำนิยามการดูแลระยะยาวในบริบทของประเทศไทย ดังนั้น คณะทำงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการจัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จึงได้ให้คำนิยามการดูแลระยะยาวที่ปรับปรุงจากองค์การอนามัยโลก (WHO : 2000) เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้นและเพื่อให้เข้าใจตรงกันมากยิ่งขึ้น ดังนี้

การดูแลระยะยาว เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรม รวมถึงบริการทั้งในสถานบริการหรือในชุมชนในหลายระดับ เช่น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่พักรักษาตัว การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บริการฟื้นฟูสภาพการดูแลที่ต้ออาศัยที่กษะทางการพยาบาล การดูแลระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2551)

ตามประกาศของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ปีงบประมาณ 2559 ว่าด้วยเรื่อง การจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ:2559)

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยผู้สูงอายุทุกรายซึ่งมีจำนวนประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ คาดว่า จะเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1 ล้านคน มีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสร้าง เสริม

สุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งเป็น บริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมอยู่ใน ลักษณะตั้งรับ สามารถให้บริการหลักแก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง บริการมี จำกัด และมักเป็นในรูปการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ศักยภาพของ ครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานจาก ชนบทสู่เมือง การทำงาน นอกบ้านของสตรีโดยคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะ เพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาทใน ปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็น 2.8% ของ GDP ในปี 2565

กรณีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

นโยบายสำคัญคือการหาอย่างไรไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหาอย่างไรให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว มากเกินไป ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบ หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อ บริหารจัดการให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ และจะขยายงบประมาณให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายให้เต็มพื้นที่ภายใน 3 ปี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ของ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้บริการสามารถลดภาระ งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน

หลักสำคัญในการออกแบบระบบ

- 1 เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/ หมู่บ้าน/ ครอบครัว)
- 2 คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต
- 3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการ บริหาร ระบบภายใต้ การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่
- 4 พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (Long Term Care- LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (Care Manager) (พยาบาล หรือนัก กายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ผ่านการ ฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เชิงรุกในพื้นที่ 1 : 10 คน โดยได้รับ ค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การ บริหารขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.)

ชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน หรือในชุมชน ประกอบด้วย

1.) บริการด้านสาธารณสุข เช่น - บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล - บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาลและ อุปกรณ์เครื่องช่วย ทางกายภาพตามที คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่มตาม สปสช. กำหนด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 : เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาเรื่องการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 2 : เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาเรื่องการกินหรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 3 : เคลื่อนไหวไม่ได้และอาจมีปัญหาเรื่องการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 : เคลื่อนไหวไม่ได้และอาจมีปัญหาเรื่องการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

2.) บริการด้านสังคม เช่น - บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการ อุปกรณ์ช่วยเหลือ ทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ และศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- จัดให้มีผู้จัดการดูแลประจำศูนย์ (Care Manager) ที่อาจเป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care giver) ที่ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐานที่กำหนด

- จัดทำข้อมูลและแผนดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เป็นรายคน ขึ้นทะเบียนและจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(In service training) และบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Trained Care giver) ให้บริการเชิงรุกที่ บ้าน รวมทั้งให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่ศูนย์ (Day care)

กลไกการดำเนินการและการบริหารจัดการ มีกลไกการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมของหน่วยงาน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ

1. คณะกรรมการนโยบายและกำกับทิศทางในส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนา จัดทำแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล

2. คณะกรรมการสนับสนุนระดับจังหวัด มีหน้าที่คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ประสานงานด้านงบประมาณ สนับสนุนวิชาการ ควบคุม กำกับประเมินผลและรายงานส่วนกลาง

3. คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ มีหน้าที่บูรณาการการดำเนินงานระดับพื้นที่ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

4. คณะกรรมการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนและดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

กรณีศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึง เดือน มิถุนายน 2563

วิธีการดำเนินการ

ทบทวน ศึกษา ค้นคว้า นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์และวางแผนให้การพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักแนวคิดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนอย่างครอบคลุม เน้นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นพระภิกษุต้องอยู่วัด ขาดผู้ดูแลหลัก จึงได้ประสานวัดเครือข่ายในเทศบาลตำบลศรีเมืองใหม่ ประกอบด้วย พระภิกษุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข care giver เพื่อขอความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย จัดทำเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี แบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกัน โดยใช้รูปแบบ INHOMESS VISIT และให้การพยาบาลตามกระบวนการและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย ประเมินผลการพยาบาลหลังให้การดูแลรักษาพยาบาล โดยการใช้แบบประเมิน INHOMESS

ข้อมูลพื้นฐาน

ผู้ป่วยเป็นพระภิกษุไทย อายุ 82 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา นักรธรรมเอก เปรียญ 9 ประโยค รายได้ 1000 บาทต่อเดือน จำวัดอยู่ที่วัด บ้านศรีเมืองใหม่ หมู่ที่ 2 ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2563 เวลา 12.00 น. ที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการอ่อนแรงแขนขาซีกขวา ปากเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

การตรวจร่างกายทั่วไป

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ,ชีพจร 104 ครั้ง/นาที ,อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 90/60 mmHg, อัตราออกซิเจนในเลือด 98%, RA motor power Lt grade 0, pupil 2.5 mm RTL both eye, DTR 2+ all BBK positive right side, DTX 132 mg%, GFR 39.24 , CKD stage 3 และได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเวลา 13.58 น. ของวันที่ 1 มกราคม 2563

การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke ,Old CVA, DM/HT,CKD

หลังได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นเวลา 4 วัน และได้จำหน่ายกลับบ้าน ต่อเนื่องที่วัด ในวันที่ 5 มกราคม 2563 เวลา 14.00 น. ด้วยอาการรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดไม่ชัด ปากซ้ายเบี้ยว แขนขวา ข้างอ่อนแรง gr.4 ,v/s ชัดเจนดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ,ชีพจร 80 ครั้ง/นาที,อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 190/100mmHg

การวินิจฉัยโรค Cerebral infarction,unspecified

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 7 มกราคม 2563 วันที่จำหน่าย วันที่ 10 มิถุนายน 2563

แหล่งที่มาของข้อมูล จากผู้ป่วยและบุตรชาย ผู้ดูแล (พระลูกวัด ,อสม.และ Care giver ที่รับผิดชอบประจำคุ้ม)) บันทึกประวัติรายงานของผู้ป่วย ,แฟ้มประวัติเก่า

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Ischemic Stroke

โรคร่วม DM type II , Hypertension

อาการสำคัญ

2 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการแขนขวา ขาขวาอ่อนแรง มุมปากซีกซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด เหนื่อยเพลีย case DM+HT เดิม

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการพูดลิ้นคับปาก มุมปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ด้านขวาอ่อนแรง ร้องอ้ออ่า ไม่ทำตามคำสั่ง พระที่วัดพบเห็นจึงนำส่งโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงมาตลอด จนกระทั่งเมื่อปี 2539 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค เบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่ รพ.ศรีเมืองใหม่มานานโดยตลอดระยะเวลา 24 ปี จนถึงปัจจุบัน การกินยารักษาไม่สม่ำเสมอ มีบางครั้งให้พระลูกวัดมารับยาแทนบ้าง โดยมี อสม.ที่ดูแลประจำคุ้ม วัตถุประสงค์ให้ ก่อนญาติมารับยาแทน

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง ผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อปี พ.ศ.2502

ประวัติส่วนตัว

-เป็นบุตรคนที่3 ของครอบครัว (ในจำนวน 3 คน) มีพี่สาว1 คน พี่ชาย1 คน (ทั้ง2 คนเสียชีวิตหมดแล้ว) มีลูกชาย 1คน อายุ 62ปี แต่อาศัยอยู่หมู่บ้านที่ห่างไกลจากวัดที่อยู่ 28 กิโลเมตร ในชนบท

- รับประทานอาหาร ไม่ค่อยตรงเวลา ชอบรับประทานอาหารอีสานรสจัด
- นอนเป็นเวลา ระยะเวลาในการนอน 6-8 ชม. ต่อวัน
- เคี้ยวหมากมานาน 36 ปี หยุดเคี้ยวมา 4 ปี
- ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ก่อนป่วยทำงานบ้านได้ปกติ
- ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ปกติ
- ไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา หรือสารใดๆ

ประวัติด้านจิตใจและสังคม

เป็นคนอารมณ์ดี มีอัธยาศัยดี เป็นที่รัก นับถือของบุตรหลานและเพื่อนบ้าน เริ่มมีอาการหงุดหงิดเป็นบางครั้ง และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเอง โรคและสภาพร่างกายที่เป็นอยู่

คุณลักษณะประชากร

ผู้ป่วยชายไทย(นักบวช) อายุ 82 ปี ผิวดำแดง รูปร่างสมส่วน สถานหม้าย น้ำหนัก 54 กิโลกรัมสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24 สิทธิการรักษา นักบวช

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยเคยแต่งงานเมื่ออายุ 18 ปี เลิกกับภรรยา มีบุตร 1 คน และบวชพระเมื่ออายุ 20 ปี ไม่มีใครเป็นโรคติดต่อหรือเจ็บป่วยร้ายแรง

สภาพเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยเป็นนักบวช อาศัยจำวัดที่วัดบ้านศรีเมืองใหม่ ต.นาคำ อ.ศรีเมืองใหม่ จ.อุบลราชธานี รายได้ เดือนละ 1000บาท

ผลของการศึกษา

ผู้ป่วยพระภิกษุไทย อายุ 82ปี เป็นเจ้าอาวาสที่วัดบ้านศรีเมืองใหม่ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเมื่อปีพ.ศ.2539 รับประทานอาหารที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ตลอด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ต่อมาปลายเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 เริ่มมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ไม่มีอ่อนเพลีย ไม่เหนื่อยหอบ วันที่ 1 มกราคม 2563 เวลา 12.00น. พระลูกวัดผู้ดูแลนำส่งโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงปากเบี้ยว ด้านซ้าย พูดไม่ชัด เหนื่อยเพลีย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ผลการตรวจร่างกายทั่วไปแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง /นาที่ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%, RA motor power right grade 0, RA motor power left grade 5, pupil 2 mm both eyes, DTR 2+ all BBK positive right side แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง(Ischemic stroke) โรคร่วม DM type II ,Hypertension ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX = 132 mg%, GFR =39.24 ,CKS stage 3 เวลา 13.58น.ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี นอนรักษาตัวอยู่ 4วัน D/C for Rehabilitation วันที่ 5 มกราคม 2563 เวลา 14.00น. เพื่อดูแลต่อที่บ้าน

การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke ,Old CVA, DM/HT,CKD

หลังได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นเวลา 4 วัน และได้จำหน่ายกลับบ้านดูแล ต่อเนื่องที่วัด ในวันที่ 5 มกราคม 2563 เวลา 14.00 น. ด้วยอาการรู้สึกตัวดี غامตอบรู้เรื่อง พูดไม่ชัด ปากซ้ายเบี้ยว แขนขวา 2 ข้างอ่อนแรง gr.4 ,v/s ชัดเจนดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ,ชีพจร 80 ครั้ง/นาที,อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 190/100mmHg

หลังจำหน่ายพยาบาลลงเยี่ยมประเมินสภาพให้การดูแลตามสภาพปัญหาบนพื้นฐานบริบท ของผู้ป่วย ได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน(วัด)ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ(ทีมCOC รพ.)รวมทั้งครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบองค์รวม 3ครั้ง โดยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและ ใช้รูปแบบของ INHOMESS เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย ยารักษาที่ได้รับกลับบ้านหลังจำหน่าย ได้แก่ Aspirin 81 mg , Omiplazone 20 mg, Folic acid 5 mg, Vitamin B1-6-12 , Losatan 50 mg, Hydralazine Tab 25 mg, Clonazepam 0.5 mg, Phenytoin 100 mg, Simvastatin 20 mg, และ NPH insulin (novo) 24-0-20 unit sc. ในการติดตาม เยี่ยมครั้งแรก วันที่ 7 มกราคม 2563 พบว่า ผู้ป่วยยังมีความพิการ และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้ แขนขาซีกขวาอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ มีปัญหาเรื่องด้านเศรษฐกิจและสังคม ขาดผู้ดูแลหลัก อาศัยอยู่ที่วัดมีเพียงพระลูกวัด ที่สูงอายุดูแล ญาติอยู่ห่างไกลไม่สามารถมาอยู่ดูแลประจำได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียง ADL = 4 คะแนน ,motor power ซีกขวา grade 4 ,motor power ซีกซ้าย grade 5, left facial palsy ,pain score 0,pps 50% ,อุณหภูมิร่างกาย 36.8องศาเซลเซียส,ชีพจร 88 ครั้ง/นาที,หายใจ 22ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 118/78 mmHg,ค่าออกซิเจนในเลือด 98%,GCS 14(E4,V5,M5) Lung clear ได้วางแผนดูแลและได้ดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นให้แก่ญาติ พระลูกวัดผู้ดูแล และ CG ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล โดยนักกายภาพบำบัด ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือเรื่องอื่นๆ การเยี่ยมครั้งที่สอง ผู้ป่วยยังดกอาหารรับประทานเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลช่วยป้อน เคลื่อนไหวได้น้อย ADL =5 คะแนน ,motor power ซีกขวา grade 4 ,motor power ซีกซ้าย grade 5, left facial palsy ,pain score 0,pps 50% , อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส,ชีพจร 88 ครั้ง/นาที,หายใจ 22 ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 126/ 88 mmHg,ค่าออกซิเจนในเลือด 98%,GCS 14(E4,V5,M5) Lung clear ได้ดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นให้แก่ญาติ พระลูกวัดผู้ดูแล และ CG ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล โดยนักกายภาพบำบัด ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือเรื่องอื่นๆ การเยี่ยมครั้งที่สาม ผู้ป่วยยังเคลื่อนไหวได้น้อย ADL =5 คะแนน ,motor power ซีกขวา grade 4 ,motor power ซีกซ้าย grade 5, left facial palsy ,pain score 0,pps 50% , อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส,ชีพจร 88 ครั้ง/นาที,หายใจ 22 ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 128/ 88 mmHg,ค่าออกซิเจนในเลือด 98%,GCS 14(E4,V5,M5) Lung clear ได้ดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นให้แก่ญาติ

พระลูกวัดผู้ดูแล และ CG ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล โดยนักรกายภาพบำบัด ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลืออื่นๆตามความเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีที่สุดเมื่ออยู่ที่บ้าน และพบปัญหาดังนี้ ด้านผู้ป่วย 1.ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและเดินด้วยตัวเองไม่ได้ โดยการใช้แบบประเมิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Activities of Daily Living :ADL) 2.ปัญหาด้านการกลืน 3.มีความวิตกกังวล 4.ปัญหา ด้านสังคม ด้านผู้ดูแล พบว่ายังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความต้องการการดูแลด้านการแพทย์และด้านสังคม ทั้งนี้พยาบาลผู้ดูแลคนไข้ได้ประเมินสภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ประจำครอบครัว นักรกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักวิชาการ สาธารณสุขแพทย์แผนไทย รวมทั้งประสานญาติผู้ป่วย และผู้นำชุมชน นายกเทศมนตรีตำบลศรีเมืองใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุข. Care giver ก่อนให้การดูแลตามสภาพปัญหาและติดตามประเมินผล หลังให้การดูแล พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้เองไม่สำลักอาหารและน้ำ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนขาดีขึ้นสามารถยกขาและแขนได้ไม่มีผลกดทับ สามารถทำ active exercise ได้เล็กน้อย จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า มีความพึงพอใจมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับ ข้อมูลด้านความรู้ การดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพที่ลงเยี่ยม และได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมและชุมชนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เปรียบเทียบพยาธิสรีรภาพระหว่างทฤษฎีกับผู้ป่วย

พยาธิสรีรภาพทางทฤษฎี	พยาธิสรีรภาพของผู้ป่วย
<p>โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)</p> <p>คือภาวะที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้สมองขาดเลือดและออกซิเจน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่จะทำให้เซลล์สมองค่อย ๆ ตายลง โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ</p> <p>1.โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่าร้อยละ 85 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อยแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย</p>	<p>การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke ,Old CVA, DM/HT,CKD</p> <p>แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว</p> <p>ด้านซ้าย พูดไม่ชัด เหนื่อยหายใจหอบ</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ,</p> <p>ชีพจร 104 ครั้ง/นาที ,อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 90/60 mmHg, อัตราออกซิเจนในเลือด 98%,</p> <p>RA motor power Lt grade 0,</p> <p>pupil 2 mm RTL both eye, DTR 2+ all BBK positive right side, DTX 132 mg%, GFR 39.24 , CKD stage 3</p>

พยาธิสรีรภาพทางทฤษฎี	พยาธิสรีรภาพของผู้ป่วย
<p>1.โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้</p> <p>2.โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ</p> <p>2) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมองแบ่งได้อีก2ชนิดย่อยๆ ได้แก่</p> <p>1.โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง(Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด</p> <p>2.โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด</p> <p>ทั้งนี้ก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นผู้ป่วยอาจพบอาการที่เรียกว่า ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) ซึ่งเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงชั่วคราวระยะหนึ่ง จากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน แต่จะเกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ก่อนที่ลิ่มเลือดจะสลายตัวไป และกลับเข้าสู่ภาวะปกติ โดยอาการนี้ถือเป็นสัญญาณเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>อาการของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>อาการที่เกิดขึ้นจะอยู่กับความเสียหายของสมอง โดยอาการของโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ชนิดจะค่อนข้างคล้ายกัน แต่ชนิดเลือดออกในสมองจะมีอาการปวดศีรษะและอาเจียนร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีหลายอาการร่วมกัน เช่น ร่างกายอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของ เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบ คือ ภาวะคอเลสเตอรอลสูง</p>	

พยาธิสรีรภาพทางทฤษฎี	พยาธิสรีรภาพของผู้ป่วย
- แผลกดทับ ผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตัวเอง ดังนั้นจะต้องมีผู้ช่วยคอยพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ	

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็น กระบวนการพยาบาล ที่ใช้ทั้งกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และศิลปะที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรมจิตวิญญาณของบุคคล และเป็นวิธีที่ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์ที่ซับซ้อนเนื่องจากเป็นกระบวนการที่ต้องมีการคิดอย่างเป็นเหตุผล รวบรวมข้อมูลต่างๆเข้าด้วยกัน และทำการตัดสินใจเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และสามารถจัดการได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพให้พ้นจากโรคและความเจ็บป่วย จากความบกพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยรายนี้ได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน แขน ขาซีกขวาอ่อนแรง ,Left facial palsy

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ และประเมินอาการทางระบบประสาท เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือด เช่น ชีวมลง สับสน กระสับกระส่าย

2. อธิบายการดำเนินของโรค และชี้แจงให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล Care giver และ อสม. เห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคและการดูแล

3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น เพื่อช่วยผ่อนคลายให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ส่งผลให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองดีขึ้น

ประเมินผล อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ,ชีพจร 88 ครั้ง/นาที,ความดันโลหิต 118/78 mmHg, Lung Clear, ไม่มีอาการชีวมลง ไม่สับสน หายใจไม่หอบเหนื่อย ,ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีการประเมินอาการได้ด้วยตนเอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน ไม่มีญาติ ไม่มีผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลเป็นพระภิกษุในวัด และอสม. Care Giver

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและมีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและให้ความร่วมมือสามารถบอกการดำเนินของโรคได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลเพื่อให้มีความไว้วางใจ
2. เชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาประชุมร่วมปรึกษาในการช่วยดูแลผู้ป่วย
3. ประเมินระดับความเข้าใจ พร้อมให้ความรู้ ข้อมูลเรื่องโรค การเจ็บป่วย การรักษา การเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายที่เกิดขึ้นหลังเกิดอาการ และความพิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟู แนะนำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ เน้นถึงความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และความสำคัญในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ
4. สอน สาธิต ให้มีทักษะ ความเข้าใจและฝึกปฏิบัติ วิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วย
5. เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยในปัญหาต่างๆ

ประเมินผล ผู้ดูแลคลายความกังวล มีความมั่นใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และที่มสุขภาพได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว (Left Facial Palsy)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และป้องกันการสำลักอาหารและน้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินปฏิกิริยาตอบสนองและความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย
2. สอน สาธิต วิธีการป้อนอาหารผู้ป่วยแก่ญาติ ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการกลืนอย่างปลอดภัย โดยการจัดท่าในการรับประทานอาหาร ให้อยู่ในท่านั่ง ศีรษะตั้งตรง เพื่อช่วยในการกลืนง่ายขึ้น รับประทานทีละน้อย หรือตามความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย สังเกตอาการไอ การสำลักระหว่างการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ
3. จัดบรรยากาศให้ผ่อนคลาย ไม่เร่งรีบในการให้รับประทานอาหาร
4. ดูแลความสะอาดช่องปาก และฟัน เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียและกระตุ้นการอยากอาหาร

ประเมินผล ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลมีความเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ และไม่พบอาการสำคัญ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 การเคลื่อนไหวบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาซีกขวาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยลุกเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย PPS 50 %

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living =ADL) เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม

2. สอน สาธิต การออกกำลังกายที่เหมาะสมทั้งแบบ passive exercise และ active exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด

3. เผื่อระวังการพลัดตกหกล้ม การพลัดตกเตียง โดยจัดทำราวกันขอบเตียงเพื่อป้องกัน และสามารถยึดดึงเวลาเคลื่อนไหวได้

ประเมินผล ADL = 5 คะแนน , ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามสภาพของผู้ป่วย, ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงเองได้

Motor power

Rt	IV	V	Lt
	IV	V	

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่1 ถึง ข้อที่ 4 ได้รับการแก้ไขทั้งหมด และยังคงเฝ้าติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่วัด โดยประเมินผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเครื่องมือINHOMESSS พบว่า

สรุปการเยี่ยมบ้านครั้งที่1-3 ประเมินโดย INHOMESSS

คำ	ครั้งที่1	ครั้งที่2และ3
I = Immobility	เคลื่อนไหวไม่ได้ ADL 4 คะแนน Motor power ขวา grade 4 ซ้าย grade 5 ,Lf. Facial palsy	เคลื่อนไหวได้น้อย เดินไม่ได้ ADL 5 คะแนน m motor power ขวา grade 4 ซ้าย grade 5 ,Lt facial palsy

คำ	ครั้งที่1	ครั้งที่2และ3
N = Nutrition	ผู้ป่วยได้รับ soft-low salt Diet 1,600 kcal/day ผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จึงเพิ่มไขขาว2ฟองต่อวัน	ผู้ป่วยได้รับ soft-low salt Diet 1,600 kcal/day ผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จึงเพิ่มไขขาว 2ฟอง ต่อวัน พบว่า ผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น ริมฝีปากไม่แห้ง
H=Home Environment	กุฏิเป็นอาคารห้องยาว ตัดแปลงเป็นที่อยู่อาศัย และวางเตียงผู้ป่วย วางสิ่งของไม่ เป็นระเบียบ แต่อากาศถ่ายเท ดี	มีการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาด เหมาะสม โปร่งสบายมากขึ้น การ จัดวางสิ่งของ อุปกรณ์เป็น ระเบียบมากขึ้น มีการกำจัดขยะ ได้ถูกต้อง
O=Other People	พระภิกษุในวัดเป็นผู้ดูแลหลัก มี CM ติดตามเยี่ยมอย่าง ต่อเนื่องและประสานงานกับ ทีมCOC โรงพยาบาลศรีเมือง ใหม่ มีอสม.และCGช่วยเหลือ ดูแล	พระภิกษุในวัดเป็นผู้ดูแลหลัก มี CM ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง และประสานงานกับทีมCOC โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีอสม. และCGช่วยเหลือดูแล
M=Medications	พระผู้ดูแลจัดทำนวัตกรรม กำกับกับการกินยาโดยใช้ยาม เขียนเวลากำกับติดที่ยาม ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตาม แผนการรักษา	ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตาม แผนการรักษาพระผู้ดูแลจัด สามารถใช้นวัตกรรมกำกับให้ ผู้ป่วยรับประทานยาได้มากขึ้น
E=Examination	อุณหภูมิร่างกาย 36.8องศา เซ็นเซียส ชีพจร 88ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 118/78 mmHg O2 sat 98% GCS 14 (E4 V5 M5) PPS 50% Lung Clear Lt facial palsyการ ขับถ่ายปกติ	อุณหภูมิร่างกาย 36.8องศาเซ็น เซียส ชีพจร 88ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความ ดันโลหิต 126/88 mmHg O2 sat 98% GCS 14 (E4 V5 M5) PPS 50% Lung Clear Lt facial palsyการขับถ่ายปกติ ไม่มีแผล กดทับ
S=Spiritual Health	พระผู้ดูแลมีความกังวลใน เรื่องการดูแลผู้ป่วย ได้รับฟัง ให้กำลังใจ ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล	พระผู้ดูแลมีความกังวลในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย ได้รับฟัง ให้ กำลังใจ ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ผู้ป่วย และญาติคลายความกังวลลงได้

คำ	ครั้งที่1	ครั้งที่2และ3
S = Service	CM PCU โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ร่วมกับอสม. ร่วมออกเยี่ยมและรับทราบปัญหาพร้อมให้ช่องทางการติดต่อวางแผนติดตามต่อเนื่อง	CM PCU โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ร่วมกับอสม. ร่วมออกเยี่ยมและรับทราบปัญหาพร้อมให้ช่องทางการติดต่อ แพทย์ ทีมCOC โรงพยาบาล CM CG อสม.
lj;,gpujp,c)t.shdkiloy[lo6oS = Safety	ผู้ป่วยนอนแคร่มีความคงทนแน่นหนา มีราวกัน ปลอดภัยจากการพลัดตก	ผู้ป่วยนอนเตียง fowler มีเหล็กกันเตียง ปลอดภัยจากการพลัดตก

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยพระภิกษุไทย อายุ 82ปี เป็นเจ้าอาวาสที่วัดบ้านศรีเมืองใหม่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเมื่อปีพ.ศ.2539 รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ตลอด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ต่อมาปลายเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 เริ่มมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด ไม่มีอ่อนเพลีย ไม่เหนื่อยหอบ 1วันญาตินำส่งโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงปากเบี้ยวด้านซ้าย พูดไม่ชัด เหนื่อยเพลียเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ผลการตรวจร่างกายทั่วไปแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง /นาที่ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%, RA motor power right grade 0, RA motor power left grade 5, pupil 2 mm both eyes, แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง (Ishemic strock) โรคร่วม DM type II ,Hypertension ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX = 132 mg%, GFR = 39.24 ,CKS stage 3 ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี 4วัน D/C for Rehabilitation ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังจำหน่ายพยาบาลลงเยี่ยมประเมินสภาพให้การดูแลตามสภาพปัญหาบนพื้นฐานบริบทของผู้ป่วย ได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน(วัด)ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ(ทีมCOC รพ.)รวมทั้งครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบองค์รวม 3ครั้ง โดยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและ ใช้รูปแบบของ INHOMESS เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย ยาที่ได้รับกลับบ้านหลังจำหน่าย ได้แก่ Aspirin 81 mg , Omeprazole 20 mg, Folic acid 5 mg, Vitamin B1-6-12 , Losatan 50 mg, Hydralazine Tab 25 mg, Clonazepam 0.5 mg, Phenytoin 100 mg, Simvastatin 20 mg, และ NPH insulin (novo) 24-0-20 unit sc. ในการติดตามเยี่ยมครั้งแรก วันที่ 7 มกราคม 2563 พบว่า ผู้ป่วยยังมีความพิการ และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ มีปัญหาเรื่องด้านเศรษฐกิจและสังคม ขาดผู้ดูแลหลัก อาศัยอยู่ที่วัดมีเพียงพระลูกวัดที่สูงอายุดูแล ญาติอยู่ห่างไกลไม่สามารถมาอยู่ดูแลประจำ

ได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียง ADL = 4 คะแนน ,motor power ซีกขวา grade 4 ,motor power ซีกซ้าย grade 5, lt facial palsy ,pain score 0,pps 50% , อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส,ชีพจร 88 ครั้ง/นาที,หายใจ 22 ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 118/78 mmHg,ค่าออกซิเจนในเลือด 98%,GCS 14(E4,V5,M5) Lung clear ได้วางแผนดูแลและได้ดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นให้แก่ญาติ พระลูกวัดผู้ดูแล และ CG ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล โดยนักกายภาพบำบัด ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือเรื่องอื่นๆ การเยี่ยมครั้งที่สอง ผู้ป่วยยังดื่อกอาหารรับประทานเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลช่วยป้อน เคลื่อนไหวได้น้อย ADL =5 คะแนน ,motor power ซีกขวา grade 4 ,motor power ซีกซ้าย grade 5, lt facial palsy ,pain score 0,pps 50%, อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส,ชีพจร 88 ครั้ง/นาที,หายใจ 22 ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 126/ 88 mmHg,ค่าออกซิเจนในเลือด 98%,GCS 14(E4,V5,M5) Lung clear ได้ดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นให้แก่ญาติ พระลูกวัดผู้ดูแล และ CG ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล โดยนักกายภาพบำบัด ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือเรื่องอื่นๆ การเยี่ยมครั้งที่สาม ผู้ป่วยยังเคลื่อนไหวได้น้อย ADL =5 คะแนน ,motor power ซีกขวา grade 4 ,motor power ซีกซ้าย grade 5, Right facial palsy ,pain score 0,pps 50%, อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส,ชีพจร 88 ครั้ง/นาที,หายใจ 22 ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต 128/ 88 mmHg,ค่าออกซิเจนในเลือด 98%,GCS 14(E4,V5,M5) Lung clear ได้ดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นให้แก่ญาติ พระลูกวัดผู้ดูแล และ CG ที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล โดยนักกายภาพบำบัด ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลืออื่นๆตามความเหมาะสมเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีที่สุดเมื่ออยู่ที่บ้าน และพบปัญหาดังนี้ ด้านผู้ป่วย 1.ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและเดินด้วยตัวเองไม่ได้ โดยการใช้แบบประเมิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย(Barthel Activities of Daily Living :ADL) 2.ปัญหาด้านการกลืน 3.มีความวิตกกังวล 4.ปัญหาด้านสังคม ด้านผู้ดูแล พบว่ายังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความต้องการการดูแลด้านการแพทย์และด้านสังคม ทั้งนี้พยาบาลผู้ดูแลคนไข้ได้ประเมินสภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ประจำครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุขแพทย์แผนไทย รวมทั้งประสานญาติผู้ป่วย และผู้นำชุมชน นายกเทศมนตรีตำบลศรีเมืองใหม่ อสม. Care giver ก่อนให้การดูแลตามสภาพปัญหาและติดตามประเมินผลหลังให้การดูแล พบว่าผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้เองไม่สำลักอาหารและน้ำ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนขาดีขึ้นสามารถยกขาและแขนได้ไม่มีแผลกดทับ สามารถทำ active exercise ได้เล็กน้อย จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่า มีความพึงพอใจมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับข้อมูลด้านความรู้ การดูแลผู้ป่วยจาก

ทีมสหวิชาชีพที่ลงเยี่ยม และได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมและชุมชนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

หลังให้การดูแล รวม 6 เดือน ซึ่งพยาบาลเจ้าของผู้ป่วยได้ประเมินสภาพปัญหา ตามความต้องการด้านสุขภาพโดยการประยุกต์แนวคิดในการดูแล และหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุขและแพทย์แผนไทย รวมทั้งประสานญาติผู้ป่วย และชุมชน เช่น อสม. สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) นักบริบาลผู้สูงอายุ (Care giver) ก่อนให้การดูแลตามสภาพปัญหาและติดตามประเมินผล พบว่า

1.ผู้ป่วยสามารถกินอาหารอ่อนได้ด้วยตนเองดีขึ้น

2)ระดับกำลังกล้ามเนื้อดีขึ้นสามารถยกแขนและขาจับราวกันเตียงพลิกตะแคงตัวได้เล็กน้อย แต่ต้องมีผู้ดูแลช่วยพยุง

3.ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีกล้ามเนื้อลีบเล็ก ไม่มีข้อติดแข็ง ไม่มีจุดจำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกที่ใด ระดับคะแนน ADL ยังอยู่ที่ระดับ 5 คะแนน สัญญาณชีพปกติ

จากการพูดคุยกับผู้ป่วย รู้สึกตัวถามตอบรู้เรื่อง มีใบหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยยังต้องมีผู้ดูแลตลอด ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มาก และยอมรับภาพลักษณ์ บทบาทที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารต่อผู้อื่นได้ไม่ดี และจากการสัมภาษณ์ญาติ ผู้ดูแลและนักบริบาลผู้สูงอายุ พบว่า มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และได้รับข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากทีมสุขภาพ ทำให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ญาติผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยดี ต่อไป

5.ผลสำเร็จของงาน

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.09 และในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.72 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังพบเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสหวิชาชีพ ญาติ ผู้ดูแล care giver อสม. และเครือข่ายสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางอายุรศาสตร์เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ กระบวนการรักษาที่สำคัญคือการแก้ไขปัญหาคความพิการที่เกิดขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆได้สูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ ตลอดจนการป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ผู้ศึกษาได้ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วัดในชุมชน แบบองค์รวม ในการลงเยี่ยม ประเมินสภาพครอบครัว ผู้ดูแล ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ แนวทาง เวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESS และได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล แนวทางการดูแล รักษา การสร้างความตระหนักให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมให้ประชาชนเฝ้าระวังและสังเกต อาการผิดปกติให้มีความรู้และช่องทางในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดทำให้ลด ความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆลงได้

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดความพิการตามมาและมักจะ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย การให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ ฝึกช่วยตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ญาติ ผู้ดูแล มีบทบาท สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาต่างๆของผู้ป่วย และต้องเป็นคนคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้และ ต้อง อาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ นักบริบาลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ แม้จะไม่สามารถรักษา ให้หายขาดได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีปัญหาซับซ้อน และสามารถแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ ทางการพยาบาลและสังคมให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้
2. สามารถเพิ่มคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และการบริการที่บ้าน ได้ดียิ่งขึ้น
3. เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้สนใจศึกษาต่อไป

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นผู้สูงอายุ และเป็นนักบวช อาศัยอยู่ที่วัด ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท และมักจะพบความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ต้องใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นที่ยาวนานขึ้น ขาดผู้ดูแลหลัก ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองทำให้ญาติและผู้ดูแลรู้สึกว่ามี ความยากลำบาก ขาดอิสระมีความเครียดต่อการ รับผิดชอบ เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือฟื้นฟูศักยภาพของ ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ การฝึก ปฏิบัติลงมือทำทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ในที่สุด การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดี ที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคคือการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆให้เหลือน้อยที่สุด การดูแลไม่หักกลับมา เป็นซ้ำรวมถึงฟื้นฟูภาวะอัมพฤกษ์อัมพาตถือเป็นสิ่งสำคัญ การดูแลผู้ป่วยรายนี้ต้องอาศัยความร่วมมือ

ระหว่างสถานพยาบาลและครอบครัว ชุมชน การดูแลที่ดีจะลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการเสียชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือได้น้อยปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งยังคงมีจุดอ่อน ในด้านการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ถูกต้องและต่อเนื่องของผู้ดูแล เนื่องจากการได้รับความรู้การฝึก ทักษะวิธีการปฏิบัติการดูแลด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจาก ทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก แต่เมื่อได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้าหรืออาจไม่ได้รับเลย ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงจำ เป็นอย่างยิ่งที่ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน และ ควรปฏิบัติงานอย่างบูรณาการด้วยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งควรให้ความสำคัญในด้านการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จึงมีความสำคัญอย่างมาก

9. ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดความพิการตามมาและมักจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย การให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และ ฝึกช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ญาติ ผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน โดยจะต้องมีความรู้ เข้าใจปัญหาต่างๆของผู้ป่วย และต้องเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จึงควรมีโครงการที่เพิ่มศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้มีประสิทธิภาพและมีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพและชัดเจนเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

วิธีการเพื่อปรับปรุงงาน

1. ความยุ่งยาก ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในผู้ป่วยสูงอายุและมักจะทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ฉะนั้นผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ต่อต้าน พยาบาลหรือผู้ดูแลต้องสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความไว้วางใจ ร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือฟื้นฟูศักยภาพของผู้ป่วย

2. ต้องชักจูงญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแล ในเบื้องต้นญาติอาจปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อให้ความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงความจำเป็น และความสำคัญ ให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย และให้ลองปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ในที่สุด

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ได้มีการนำเสนอผลงานวิชาการ ในโครงการประชุมวิชาการและการนำเสนอเพื่อความก้าวหน้าวิชาชีพพยาบาลเครือข่ายวิชาชีพพยาบาล(CNOR) เขตสุขภาพที่10 ณ ห้องประชุม2ชั้น6 อาคาร 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2563 เวลา 08.00 น.-17.00น.

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

เอกสารอ้างอิง

มาตี เหลืองทองเจริญ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วม :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ.

April 2022.

พลอากาศตรี นพ.เฉลิมพร บุญศิริ.แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง

ตีบเฉียบพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย,2563

นางนลินี พสุคันธภัก และคณะ.แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์..พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรสจำกัด,2559

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเอม.ปรับปรุง :2012

เบญจพรพิมล มาศสกุลพรรณ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่1

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่3/2559: บริษัทธนาเพรสจำกัด กทม.,2559

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต/อัมพฤกษ์)

สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่3 .กทม :2556

ปิยนุช ภิญโญ และคณะ.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบท

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,2015

นพ.สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข.

กทม.,2554

แนวทางการพัฒนาระบบบริการ Service Plan กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวง

สาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่ บริษัทสำนักพิมพ์สี่ดาววัน จำกัด ปทุมธานี 2561

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย.คู่มือเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน.สำนักงานการพยาบาล สำนักงาน

ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข .สำนักพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย

กทม. 2557

Gibson Cs.A con Nurcept analysis of empowerment.J Adv Nur 1991.

ส่วนที่2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงาน หรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานเรื่องที่2

- 1.ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ : กรณีศึกษา
- 2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2563 ถึง วันที่ 10 กรกฎาคม 2563
- 3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ทางวิชาการ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury)

ความหมาย การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนที่เกิดจากแรงกระทำทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นผลให้หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อภายในกะโหลกศีรษะ สมองเกิดรอยฟกช้ำ เป็นแผล มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง อาจเกิดความผิดปกติด้านร่างกาย การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลง เป็นได้ทั้งชั่วคราวและถาวร

กายวิภาคของศีรษะ

ศีรษะ มีหนังศีรษะปกคลุมกะโหลกศีรษะไว้ ภายในกะโหลกศีรษะมีเนื้อสมองซึ่งมีเยื่อหุ้มสมองหุ้มอยู่ แบ่งเป็น 3 ชั้น คือ ชั้น dura mater ซึ่งเป็นชั้นนอกสุดที่ติดกับผนังกะโหลกมีโลหิตอยู่ภายใน ชั้นที่2 เรียกว่า arachnoid membrane เป็นเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง และชั้นที่3 เรียกว่า pia mater เป็นชั้นในสุดติดกับเนื้อสมอง กะโหลกศีรษะ เกิดจากกระดูก 2 ส่วน คือกระดูกหุ้มสมอง (Neurocranium) และกระดูกใบหน้า (Splanchnocranium) เป็นที่อยู่ของ สมอง เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง ส่วนต้นของเส้นประสาทสมองและหลอดเลือด กระดูกหน้าประกอบไปด้วยกระดูกที่ล้อมรอบปาก จมูกและส่วนที่เป็นเบ้าตา การเจริญของกระดูกใบหน้าใช้เวลานานมากกว่ากะโหลกศีรษะ

Concussion



ภาพที่1 ภาพแสดงการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ที่มา : <https://www.google.com/search?tbm=isch&q=การบาดเจ็บที่ศีรษะ>

สาเหตุของการบาดเจ็บ

เกิดจากการจราจร ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย กีฬา นันทนาการ ถูกยิง และแรงกระแทกอื่นๆ

พยาธิสภาพ

พยาธิสรีรวิทยาภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นสามารถอธิบายตามลักษณะการบาดเจ็บ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

3.1.การบาดเจ็บปฐมภูมิ (primary head injury)เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันที ทำให้เกิดหนังศีรษะฉีกขาด กะโหลกแตก สมอกระเทือน สมอง้ำซึ่งเกิดจากแรงมากระแทกโดยตรงลักษณะของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว ความแรง น้ำหนัก ทิศทางของแรงที่มากระแทก

3.2.การบาดเจ็บทุติยภูมิ (secondary head injury)เป็นภาวะแทรกซ้อนของการบาดเจ็บที่ต่อเนื่องจากการบาดเจ็บระยะแรก เกิดหลังการบาดเจ็บนับเวลาเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือสัปดาห์

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่อาจพบได้แก่อาการศีรษะบวม แผลถลอก ฟกช้ำ อาจมีกะโหลกศีรษะร้าว หรือแตก ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติ เมื่อรู้สึกตัวมักจะมีเงงจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะ สับสน เอะอะวอวายวาคลิ้นไส้อาเจียนแขนขาเป็นอัมพาต ชักเกร็ง สมองบวม ความรุนแรงแบ่งตามคะแนนของ Glasgow Coma Scale (GCS)ได้3ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย(mild head injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS= 13-15คะแนน หลังการบาดเจ็บ30นาที ระดับปานกลาง(moderate head injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS =9-12 คะแนน แพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และ ระดับรุนแรง (severe head injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่า หรือเท่ากับ8 คะแนน ผู้ป่วยต้องได้รับดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้สมองถูกทำลายเพิ่มขึ้น

การวินิจฉัย

1.การซักประวัติการชักประวัติ การบาดเจ็บอย่างรวดเร็วจากผู้ป่วยญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ สาเหตุการเกิดบาดเจ็บ ลักษณะของการเกิดบาดเจ็บ การหมดสติ ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาการอื่น ๆ เช่น อาการชาของแขนขา ปวดศีรษะ อาเจียน ตาพร่ามัวและการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นรวมด้วย

2.การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางระบบประสาท เช่น การตรวจประสาทสมอง ระบบการเคลื่อนไหว ระบบรับความรู้สึก ประกอบด้วย

2.1การลืมตา (eye opening) เพื่อดูหน้าที่ของศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวว่ามี การลืมตาที่จากพยาธิสภาพของสมองแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

- ลืมตาตัวเอง (spontaneous opening) 4 คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก (eye opening to speech) 3 คะแนน

- ลืมตาเมื่อเจ็บ (eye opening to pain) 2 คะแนน

- ไม่ลืมตาเลย (none) 1 คะแนน

2.2 การสื่อภาษา (best verbal response) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- พูดคุยได้ไม่สับสน (oriented) 5 คะแนน

- พูดคุยได้แต่ สับสน (confuse) 4 คะแนน

- พูดเป็นคำ ๆ พูดเป็นประโยคไม่ได้ (inappropriate words) 3 คะแนน

- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (incomprehension words) 2 คะแนน

- ไม่ออกเสียงเลย (none) 1 คะแนน

2.3 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response) ใช้การเคลื่อนไหวของแขนเป็นเกณฑ์ ในการให้คะแนน แบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ

- ทำตามคำสั่งได้ (obey commands) 6 คะแนน

- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (localize pain) 5 คะแนน

- ชักแขนขาหนี (withdraws to pain) 4 คะแนน

- แขนงอเมื่อเจ็บ (flexion to pain) 3 คะแนน

- แขนเหยียดเกร็ง (extension to pain) 2 คะแนน

- ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (none) 1 คะแนน

2.4 การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาในผู้ป่วยทางระบบประสาท สามารถบอกถึงอาการของผู้ป่วยซึ่งช่วยให้พยาบาลที่เฝ้าระวังติดตามสามารถเตรียมพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ เช่น รูม่านตาขยายมากขึ้นบ่งบอกถึงภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น

3. การตรวจทางรังสี

3.1 การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ (film skull) เพื่อตรวจดูการแตกหรือผิดปกติของกะโหลก

3.2 การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (computerized tomography)

3.3 การตรวจสมองโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging)

4. การประเมินทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะควรได้รับการตรวจเลือดและปัสสาวะ เพื่อหาความผิดปกติที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่เซลล์สมองเพิ่มขึ้น

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรดูแลตาม advanced trauma life support (ATLS) โดยให้ความสำคัญต่อภาวะที่อันตรายถึงแก่ชีวิตก่อนตามลำดับ ได้แก่ airway, breathing, circulation, disability และ exposure and environmental control โดยในระหว่างการดูแลใน primary survey ควรป้องกันการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอโดยใช้ semirigid collar ทุกครั้งในผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินกระดูกสันหลังส่วนคอได้ โดยพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบรุนแรง มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอได้ ประมาณ 10%¹⁶ ในส่วน D-Disability ใน primary survey ให้ตรวจเฉพาะ focused neurological

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Subdural hematoma ขนาดหนากว่า 10 มม.

Epidural hematoma ขนาดหนากว่า 15 มม. หรือมีปริมาตรมากกว่า 30 มล.

ทั้งนี้ทั้งนั้นข้อบ่งชี้เหล่านี้มิได้เป็นข้อบังคับว่าต้องผ่าตัดโดยสิ้นเชิง แพทย์ผู้รักษาจะต้องพิจารณาร่วมกับอาการทางคลินิก สภาพของผู้ป่วย และบริบทของสถาบันเป็นราย ๆ ไป เช่น SDH หนามากกว่า 10 มม. แต่ไม่มี midline shifting และอาการตี ไม่ปวดศีรษะ ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุที่สมองฝ่อ ในบางรายอาจพิจารณาให้การรักษาแบบประคับประคองโดยไม่ต้องผ่าตัดได้ เป็นต้น การผ่าตัดที่ทำบ่อยในการบาดเจ็บที่ศีรษะ

กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เริ่มจากการตรวจเบื้องต้น การซักประวัติผู้ป่วย ญาติ หรือผู้เห็นเหตุการณ์เกี่ยวกับสาเหตุ ลักษณะการบาดเจ็บ การหมดสติ และอาการอื่นๆ การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางระบบประสาท ได้แก่การตรวจประสาทสมอง การเคลื่อนไหว ระบบการรับรู้สติ ประกอบด้วย การลิ้ม ตาการเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา การเคลื่อนไหว และการสื่อภาษา โดยใช้เครื่องมือช่วยในการประเมิน คือ Glasgow coma scale (GCS) และการตรวจทางรังสี การรักษา มี 2 แบบ ได้แก่ การรักษาโดยการผ่าตัดและการรักษาโดยไม่ผ่าตัด การพยาบาลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะวิกฤติ และระยะฟื้นฟู มุ่งเน้นให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมรอบตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งผู้ป่วยด้วย

การวินิจฉัยการพยาบาล (ที่มา รุ่งนภา เขียวขุ่ม.(2560) . การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม)

1. การซึมผ่านของสมองลดลง เนื่องจากการขัดขวางการไหลเวียนเลือด หรือการไหลเวียนของเลือดในสมองไม่เพียงพอ จากการเสียเลือดและสมองบวม
2. ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนสมอง
3. ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากกลืนไม่ได้
4. เสี่ยงต่อการได้รับการบาดเจ็บและการติดเชื้อเนื่องจากการปนเปื้อนของบาดแผล
5. ได้รับความไม่สุขสบายเนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ
6. ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากถูกประเมินอาการบ่อยๆ
7. การเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง เนื่องจากต้องนอนบนเตียง
8. มีความวิตกกังวล เนื่องจากสภาวะทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง และขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1.การซึมผ่านของสมองลดลง เนื่องจากการขัดขวางการไหลเวียนเลือด หรือการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอจากการเสียเลือด และสมองบวม

วัตถุประสงค์

การกำซาบของเลือดในสมองดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

ความดันสมองอยู่ระหว่าง 4 -15 มม.ปรอท แรงกำซาบของสมองสูงกว่า 60 มม.ปรอท

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง นาน 36 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยซึมลงแขนขาอ่อนแรง รูปร่างตาไม่เท่ากัน ปวดศีรษะอาเจียน รีบรายงานแพทย์ทราบ
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง นาน 36 ชั่วโมง ความดันซิสโตลิกที่สูงขึ้นชีพจรช้าลง เป็นการเตือนให้ทราบว่ามีความดันในกะโหลกสูง และศูนย์ควบคุมสัญญาณชีพขาดออกซิเจน หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (การตรวจสอบถี่มากในช่วง 24 ชั่วโมงแรก)
3. ตรวจสอบวิเคราะห์แก๊สในหลอดเลือดแดง ค้นหาค่าที่ผิดปกติทางความสมดุล กรดต่าง ดูว่าอัตราความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ลดลงหรือไม่ ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เซลล์สมองขาดออกซิเจน หลอดเลือดในสมองขยาย ซึ่งจะทำให้สมองบวม
4. ให้ออกซิเจนบริสุทธิ์ (Hyperventilation) ก่อนดูตเสมอทุกครั้ง และดูตเสมอ 10-15 วินาที เพื่อลดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ ป้องกันการขาดออกซิเจน
5. ตรวจสอบความดันในสมองจากเครื่องทุก 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ป้องกันการติดเชื้อตรงรอยต่อ

6. ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดจากสมอง โดยจัดให้ออนคิระสูง 30 องศา และให้คอกอยู่ในท่าตรง

7. ในรายที่ปริมาตรเลือดไหลเวียนในร่างกายลดลง เนื่องจากการเสียเลือดเสียน้ำ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ตรวจสอบฮีมาโตคริต ทุก 6 ชั่วโมง ส่วนในรายที่ไม่มีการบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมด้วย การให้สารน้ำต้องระวังควรให้ประมาณ 1,400 มล./วัน เพื่อป้องกันสมองบวม

8. สอนผู้ป่วยให้รู้จักเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลก เช่น การเกร็ง เบ่ง สั่งน้ำมูก ไอ งอตะโพก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2. ระดับความรู้สึกสติเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนสมองซ้ำ ฉีกขาดมีเลือดออก สมองบวม

วัตถุประสงค์

ระดับความรู้สึกสติดีขึ้น อาการผิดปกติต่างๆ น้อยลง ไม่มีภาวะสมองบวม

เกณฑ์การประเมินผล

อาการทางระบบประสาทดีขึ้น ไม่มีอาการที่แสดงว่าความดันในกะโหลกเพิ่ม

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ดูแลให้หายใจสะดวก ดังที่ได้กล่าวในข้อ 1
2. สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง ใน 36 ชั่วโมงแรก ถ้ามีอาการที่แสดงว่ามีความดันเพิ่มในกะโหลก รีบรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขสาเหตุ เช่น ในผู้ป่วยที่มีกะโหลกศีรษะแตก มีเลือดออกในสมอง จะต้องได้รับการรักษาด่วน เพื่อป้องกันมิให้เซลล์สมองถูกทำลายมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกและสมอง บวม เช่น ในรายที่มีเลือดออกใต้ดูรามาทอเรียเฉียบพลัน ควรได้รับการผ่าตัดขจัดเอาก้อนเลือดออกภายใน 4 ชั่วโมง ที่ตรวจพบอาการผิดปกติจะลดอัตราตายลงได้
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เพื่อลดความดันในกะโหลกตาม แผน คือ การให้ยาสเตอรอยด์ ยาขับปัสสาวะ (แมนนิทอล ลาซิกส์) บาร์บิทูเรต หรือยานอนหลับที่ออกฤทธิ์สั้นๆ เพื่อลดการเผาผลาญ และการให้ออกซิเจนของเซลล์ประสาท ควบคุมอุณหภูมิเมื่อมีไข้เกิน 37.8°C ควรลดไข้ทุกวิธี เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย และลดการไหลเวียนเลือดสู่สมอง ดูแลให้การระบายน้ำหล่อสมอง และไขสันหลัง ไหลออกสะดวก ในรายที่ใส่ท่อระบายไว้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3.ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากกลืนไม่ได้

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ค่าฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณน้ำที่ได้รับ และขับออกมีความสมดุล

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการขาดน้ำได้รับอาหารเพียงพอ จำนวนเม็ดเลือดแดงสูงกว่า 30%

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เข้าหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ในช่วงแรกจะให้สารน้ำหลายวัน ต่อเมื่อลำไส้เคลื่อนไหว จึงเริ่มให้อาหารทางสายยาง (ปกติหลังบาดเจ็บ 24 ชั่วโมง) เมื่อเริ่มมีรีเฟลกซ์การกลืน จึงเริ่มให้อาหารทางปาก

2. ตรวจสอบฮีมาโตคริตเป็นระยะๆ หรือตรวจหาระดับโซเดียมใน กระแสเลือดเพื่อประเมินการขาดสารอาหาร

3. บันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมง

วินิจฉัยข้อที่ 4.เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บและการติดเชื้อเนื่องจากการปนเปื้อนของบาดแผล

วัตถุประสงค์

ไม่ได้รับอุบัติเหตุซ้ำ ไม่มีอาการของการติดเชื้อ อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายไม่ก้มคอ ศีรษะสูง 30 องศา

2. ใส่ไม้กั้นเตียง เพื่อป้องกันการตกเตียงในรายที่มีอาการกระสับ กระส่าย สับสนหรือมีอาการชัก ในรายที่ตื่นมากอนุญาตให้ญาติอยู่ด้วย ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยตื่น เกร็ง เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะได้ และการที่ผู้ป่วยตื่นกระสับกระส่าย เป็นอาการแสดงให้ทราบว่า เริ่มมีความดันในกะโหลกเพิ่มขึ้น

3. ควบคุมการติดเชื้อที่จะเข้าสู่ร่างกาย ทางบาดแผลที่ฉีกขาด กะโหลกแตก กรามหัก มีบาดแผลเปิด การดูแลบาดแผลต้องเข้มงวดเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีกระดูกกรามหัก ควรทำความสะอาดช่องปากทุก 2 ชั่วโมง เมื่อตรวจพบอาการเยื่อ

หุ้มสมองอักเสบ (ไข้ คอแข็ง สับสน) ควรรับรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันเวลาที่ ผู้ป่วยที่มีเลือดหรือน้ำไขสันหลังออกมาทางจมูกหรือหูก็ตาม จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ห้ามใช้เครื่องมือไต่แยงหรือดูด เพียงแต่ใช้เครื่องบดด้วยสำลีปลอดเชื้อซุบ แอลกอฮอล์ ห้ามกลืนน้ำ หรือสั่งน้ำมูก จะทำให้น้ำหรือเลือดออกมากขึ้น ควรนอนพักนี้ประมาณ 3-5 วัน ในขณะเดียวกัน ควรวัดอุณหภูมิทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อ แพทย์อาจให้ยาปฏิชีวนะป้องกัน

4. ผู้ป่วยที่ได้รับสเตอรอยด์ ดูแลให้ได้รับยาลดกรด และสังเกต อาการข้างเคียงในทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน อุจจาระ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการชักดูแลให้ได้รับยาระงับชัก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. ได้รับความไม่สุขสบายเนื่องจากการบาดเจ็บ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายตามสมควร

เกณฑ์การประเมิน

สีหน้าแจ่มใสนอนหลับพักผ่อนได้

ปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดทำให้อุ่นในท่าที่สบายลดความดันในกะโหลก ช่วยเปลี่ยนท่า เมื่อจำเป็น
2. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เริ่มตั้งแต่ความสะอาดของ ผิวหนัง ปาก ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์
3. การดูแลห่มด้วยความนุ่มนวล
4. จัดหมอนนุ่มๆ รองรับร่างกายส่วนที่อัมพาตหรือแข็งเกร็ง
5. ไม่พยายามผูกมัดผู้ป่วย สังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่าย อาจเนื่องจากผู้ป่วย ปวดศีรษะหรือปัสสาวะคั่ง หรือเริ่มจะรู้สึกดี การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามสาเหตุของปัญหา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากถูกประเมินอาการบ่อยๆ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยนอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมง

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินความสุขสบายของผู้ป่วย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งจะพบความดันในกะโหลก และพักผ่อนไม่ได้
2. ไม่ผูกมัดผู้ป่วย เพราะจะทำให้ตื่นมากขึ้น
3. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามกิจกรรมนั้นจะต้องต้องไม่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ
4. ดูแลให้ได้รับยาต่างๆ เช่น ยาแก้ไอ แก้อาเจียน และยาแก้ปวด สังเกตอาการข้างเคียงและผลของยา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากระดับความรู้สึกลดลงและการรักษาที่ต้องนอนบนเตียง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เอง

เกณฑ์การประเมินผล

ช่วยเหลือตัวเองได้ตามสมควร ออกกำลังแขนขาเองได้

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ตรวจสอบความรู้สึกและพฤติกรรมทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อค้นหา ความผิดปกติทางจำกัดในการเคลื่อนไหว
2. ตรวจสอบการรับรู้ความรู้สึก/การเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งสองซีก ว่าเท่ากันหรือไม่ ทุก 1-2 ชั่วโมง
3. ทำ Passive exercise ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อ แข็งเกร็งและลีบ จัดหาไม้กระดานแข็งแรงรองปลายเท้าเพื่อป้องกันการหดรั้ง ข้อเท้าตก
4. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ
5. ตรวจสอบผิวหนังว่ามีอาการแตกทำลาย หรือแดง หรือไม่ขณะ ที่อาบน้ำหรือเปลี่ยนท่านอน นวดบริเวณปุ่มกระดูก ข้อเท้า ข้อศอก ทุกๆ 2-4 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียน
6. จัดหาที่นอนที่สามารถกระจายน้ำหนักได้ทั่วถึง และหมอนนุ่มๆ รองบริเวณข้อเท้า ข้อศอก
7. ผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีก ควรจับลูกนั่งบนเตียงและพาลงรถเข็นวันละ 1 -2 ครั้ง เพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนทางระบบ หายใจจะช่วยให้ฟื้นเร็วขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8. มีความวิตกกังวล เนื่องจากสภาวะทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง และขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค

วัตถุประสงค์

สุขภาพดีขึ้นทนต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เข้าใจการดำเนินโรค

เกณฑ์การประเมินผล

สีหน้ายิ้มแย้มคลายความวิตกกังวล อาการทั่วไปดีขึ้น และบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติของ สมอง เช่น บาดเจ็บ แผลกليبหน้า จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ ศีลธรรมบกพร่อง เช่น แก้วผ้าเดิน ต่ำพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะ เป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น
2. บอกผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พูด ไม่ได้ พยาบาลจะต้องมีความอดทน ความสามารถในการคาดเดาความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยได้
3. ช่วยให้การเคลื่อนไหวมีการเคลื่อนไหวในรายที่เป็นอัมพาต กระตุ้น ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะออก กำลังกายเอง
4. เปิดโอกาสให้ญาติ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพแก่ ผู้ป่วย
5. ให้ความร่วมมือในการรับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกคลาย กังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
6. การให้คำปรึกษา ผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษา ควร ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้สังเกตอาการที่บ้านอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และให้นำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลถ้ามีอาการผิดปกติดังนี้ กระสับกระส่ายหรือซึมลง ปลุกไม่ตื่น อาเจียน ชัก มีเลือดออก ทางหู จมูก แขนขา อ่อนแรง หรือชา ตามัว พูดไม่ชัด ใดๆอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงว่ามีสิ่งเกินที่เกิดขึ้น ในสมอง การช่วยเหลือในช่วงนี้จะรักษาชีวิตไว้ได้

การวางแผนการจำหน่ายและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

การช่วยฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแล ตนเองได้อย่างและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีสภาพใกล้เคียงกับสภาพเดิมมากที่สุด โดยใช้ กระบวนการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการนำศักยภาพที่มีอยู่ดูแลช่วยเหลือในภาวะเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม การพยาบาลต่อเนื่อง

เป็นการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยไม่มีความพิการ แต่ ยังคงมีอาการสับสนอยู่บ้าง แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายตาม สมควร เช่น เดินรอบๆ บริเวณบ้าน เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บรุนแรง เช่น สมองชา อาจมีความ พิจารณ์เหลืออยู่ เช่น อัมพาตของใบหน้า และแขน-ขาซีกหนึ่ง พูดไม่ได้ในกรณีนี้ญาติจะต้องเรียนรู้

วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่การให้อาหาร ซึ่งต้องใช้เวลามาก การป้อนอาหาร ให้ป้อนด้านที่แข็งแรง ระวังการสำลัก หลังอาหารต้องทำความสะอาดปากทุกครั้ง การทำความสะอาดร่างกาย การกระตุ้น ให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง ควรมีผ้ารองแขนข้างที่อ่อนแอ เพราะข้อไหล่อาจจะหลุดได้ง่าย ญาติจะต้อง จัดโปรแกรมกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย เช่น การให้ยา อาหาร การออกกำลังกาย การขับถ่ายอุจจาระ การทำความสะอาด การพักผ่อน และ อาการผิดปกติที่ควรจะพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือการที่ผู้ป่วย ซึมลง มีไข้ ชัก เป็นต้น

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา มีการศึกษาถึงสรรพคุณและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ 0.9%NSS 1,000 CC v load X 2 line , Film: Pelvis ,Hand Lt AP oblique, Foot Rt AP Oblique, Skull series C-Spine. ,On hard collar ,On ETT No. 7.5 dept 20 ,TT 0.5 ml IM ,Cefazolin 1 g IV,

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ กระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับและชื่นชม ทำให้บุคคลเกิดความสามารที่จะดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นการสร้างแรงกระตุ้นหรือเพิ่มแรงจูงใจ ให้เกิดความเชื่อมั่นและมีโอกาสที่จะเลือกตัดสินใจ สามารถควบคุมและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย(สมจิต หนูเจริญกุล,2543) การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลใน ครอบครัว และเมื่อบุคคลในครอบครัว ไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือ ที่เหมาะสม โดยการกระทำแทน หรือการทำให้กับผู้ป่วย การสอน การให้คำแนะนำ การส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ได้รับการตอบสนองเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับดีขึ้น และอยู่ได้อย่างปกติสุข

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) เป็นปัญหาที่สำคัญเกิดขึ้นและเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นอีกสาเหตุหลักที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินมากมายในแต่ละปี อุบัติเหตุทางท้องถนนเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2018 พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก1.25ล้านคน เป็น 1.35ล้านคนในช่วงเวลา 3 ปี เท่ากับ วันละ 3700คน 2558 สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก (อัตรา 36.2 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2559 อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554 - 2563) มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมถึง 206,589 ราย (เฉลี่ยเสียชีวิต 20,659 คน/ปี หรือ 58 คนต่อวัน) มีผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ต้องดูแลรักษา ในโรงพยาบาลถึง 150,000 – 200,000 ราย/ปี โดยร้อยละ 4.6 พบว่ามีความพิการร่างกายอย่างใด อย่างหนึ่ง เท่ากับว่ามีผู้พิการรายใหม่ 7,000 – 13,000 รายต่อ/ปี จากข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุข ปี 2560-2562 พบว่าผู้เสียชีวิตตจากอุบัติเหตุจราจรขนส่ง จำนวน15,716,16,456 และ 19,829ราย(กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2562)ตามลำดับ จากสถิติ

ข้อมูลโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ตั้งแต่ปี 2561-2563 ทั้งสิ้น 158,124,285 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่,2563) จะเห็นได้การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตส่งผลกระทบต่อร่างกายหลังการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะการพยาบาลในช่วงวิกฤติฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม และมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูร่างกาย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วยได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1.ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา เอกสารวิชาการ และอินเทอร์เน็ต เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.เลือกผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษา
- 3.รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเครื่องมือ INHOMESS
- 4.ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
- 5.นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
- 6.ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ครอบคลุมทั้ง4มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ
- 7.สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย นำข้อมูลมาสรุป จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอตามลำดับต่อไป

กรณีศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี แบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ ระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2563-วันที่ 10กรกฎาคม 2563 เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกัน และให้การพยาบาลตามกระบวนการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย ประเมินผลการพยาบาลหลังให้การดูแลรักษาพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินINHOMESS

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้น ประถมปีที่ 6 ที่อยู่ 15 หมู่ที่ 12 ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2463 เวลา 13.34 น. และได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในวันที่ 9 มิถุนายน 2563 เวลา 14.30 น. หลังได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นเวลา 14 วัน และได้การส่งต่อเพื่อกลับมารักษาที่โรงพยาบาลศรีเมือง ใหม่ ในวันที่ 23 มิถุนายน 2563 เวลา 15.00 น. แพทย์วินิจฉัย Cerebral contusion c Lt zygoma FX.

ประวัติการเจ็บป่วย

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยา การเกิดอุบัติเหตุและการผ่าตัด สูบบุหรี่วัน ละประมาณ 5 มวน ดื่มสุราเป็นประจำ

อาการสำคัญ

30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ ชนสุนัข ได้กลิ่นแอลกอฮอล์ สลบ มี แผลที่ศีรษะ ใบหน้า รกักักยถูกฉีดยาส่งโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 56 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ ชนสุนัข ได้กลิ่น แอลกอฮอล์ สลบ มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ แผลฉีกขาดที่ขอบตาขวา ยาว 3 ซม. ลึก 1 ซม. มีแผลฉีก ขาดที่หน้าผาก ยาว 2 ซม. ลึก 1 ซม. มีเลือดออก แขนซ้ายซ้ายมีแผล ผู้ป่วยพูดไม่ได้ ไม่มีอาการปวดที่ต้น คอ ไม่มีแผลที่หน้าอก Pulse เบาเร็ว 104 ครั้ง/นาที BP = 70/40 mmHg มีเลือดออกมากที่ศีรษะ และที่แขนซ้าย ญาติที่เห็นเหตุการณ์ ได้เรียกรกักักยถูกฉีดยาส่งโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ แพทย์ให้ การตรวจรักษาในภาวะฉุกเฉิน และวินิจฉัยเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำ จังหวัด และแพทย์รับไว้รักษาตัวเป็นเวลา 14 วัน โดยได้รับการรักษาภาวะฉุกเฉิน และการได้รับ บาดเจ็บของศีรษะ แพทย์จึงส่งต่อกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ประวัติส่วนตัว

เป็นคนร่าเริง ชอบมีเพื่อนและออกงานกับเพื่อนบ้านในชุมชน รูปร่างผอมบาง ทำอาชีพทำนา อาศัยอยู่กับภรรยา มีการพบปะติดมกกับพี่น้องเป็นประจำ

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัวของผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนชนบท เป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยสมาชิกของครอบครัวคือ ผู้ป่วย ภรรยา บุตรสาว หลาน 2 คน แต่บุตรสาวไปทำงานต่างจังหวัด สัมพันธภาพในครอบครัวมีทะเลาะโต้เถียงกันบ่อยครั้ง เกิดความขัดแย้ง ความเห็นไม่ตรงกัน แต่ไม่ถึงทำร้ายร่างกาย หรือ ดุด่ารุนแรง ถ้ามีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ จะไม่พูดคุยกับใคร มักดื่มสุราเพื่อคลายเครียด หรือเป็นการผ่อนคลายจากงานหนักที่เผชิญทั้งวัน เมื่อเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ ภรรยา และญาติ นำส่งโรงพยาบาล บุตรสาวคนโตส่งเงินค่าใช้จ่ายให้ช่วงมีการรักษาตัวที่โรงพยาบาล

สภาพเศรษฐกิจ

บุตรสาว เป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วย ทำนา และรับจ้างทั่วไปเล็กน้อยพอได้เงินใช้จ่ายรายวันช่วยกับภรรยาปลูกผักและเผาถ่านขายเป็นรายได้ช่องทาง เพื่อใช้จ่าย ไม่มีเงินเก็บ รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว

สภาพสังคมและวัฒนธรรม

บ้านที่อยู่เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว เป็นของตัวเอง มีพื้นที่รอบบริเวณบ้าน มีห้องน้ำ ห้องส้วม อยู่ห่างจากตัวบ้าน เพื่อนบ้านไปหาทำมาหากันและกัน เมื่อมีงานตามประเพณีหรือศาสนา สมาชิกในครอบครัวจะไปช่วยงานตามที่สะดวก หากไม่ติดภารกิจการทำงานใดๆ

ประเมินแรกรับ

30นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัขเสียหลักล้ม สลบไม่รู้สีกตัว EMS ออกรับถึง ER E2V2M3 pupil 3 mm RTLBE V/S BT 36.3 c pulse 104/min , BP 70/40 mmHg DTX 93 mg% แพทย์พิจารณาให้ 0.9%NSS 1,000 CC v load X 2 line , Film: Pelvis ,Hand Lt AP oblique ,Foot Rt AP Oblique, Skull series C-Spine. ,On hard collar ,On ETT No. 7.5 dept 20 ,TT 0.5 ml IM ,Cefazolin 1 g IV, On, Diagnosis Head Injury , Refer รพ. สรรพสิทธิประสงค์ Admit ที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 14 วันแล้ว Refer กลับมารักษาและฉีดยาต่อที่ รพ.ศรีเมืองใหม่ แพทย์วินิจฉัยว่า Cerebral concussion c Lt Zygoma Fx. ฉีดยา Ertapenem 1 gm IV OD 5 วัน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไอมีเสมหะ พูดจาสับสนบางครั้ง นอนไม่หลับ มีแผลกดทับ และข้อติดจากการนอนนาน สหสาขาวิชาชีพ ได้ร่วมประชุมวางแผนให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับครอบครัวญาติผู้ดูแล ผู้บริบาล และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในชุมชน เพื่อให้ญาติเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเองที่บ้าน เครือข่ายร่วมวางแผนดูแลร่วมกัน เมื่อจำหน่าย ผู้ป่วยมีการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ การส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายดูแล ทีมสหวิชาชีพได้มีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน ผลการติดตามพบว่ามีการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น รับประทานอาหารเองได้ ลูกนั่งได้ แผลมีขนาดเล็กลง แดงดี หลังกายภาพข้อที่ติดแข็งเริ่มขยับได้ มีกำลังใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

การประเมินสภาพทางกาย

การตรวจร่างกายตรวจพบ ผู้ป่วยปลุกตื่นดี พูดคุยสับสนบางครั้ง นอนติดเตียง รูปร่างผอม แขน-ขาทั้งสองข้างยึดเหยียดเองไม่ได้ Mortor Power อยู่ใน เกรด 2 มีแผลกดทับที่ก้นกบ และ สะโพกทั้งสองข้างระดับเกรด 4 แผลแดงดี ไม่มีเนื่อตาย เคลื่อนไหว พลิกคะแกลงตัวเองไม่ได้ ใส่ NG Tube สำหรับให้อาหารเหลว 4 ครั้ง/วัน ครั้งละ 300 ml รับได้ On Foley s Catheter ปัสสาวะสีเหลืองขุ่นเป็นตะกอน

สัญญาณชีพแรกรับ T=37 C P=90 / min R= 22 / min BP=90/60 mmHg BW -

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Chemistry

BUN	13	mg/dl
Cr	0.61	mg/dl

Electrolyte

Sodium (Na)	128.8	mmol/L
Potassium (K)	3.60	
Chloride (cl)	92.9	
Co2	30.0	
AG	9.5	
Magnesium	2.2	, ผล CBC, U/A ปกติ

การวางแผนการพยาบาล

บุคลากรทางการพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาการบาดเจ็บทาง ศีรษะ กิจกรรมการพยาบาลจะเกี่ยวข้องกับการช่วยให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ลด ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และลดอัตราการเสียชีวิต สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สูงสุดทั้ง ร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้ทำการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา และความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยได้จากแฟ้มประวัติ การซักประวัติจากญาติ การสังเกต การบันทึกรายงานของ พยาบาลในตึกผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล และสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสมองได้รับการกระทบกระเทือน สมองช้า ฉีกขาด มีเลือดออก สมองบวม
2. เสี่ยงต่อการได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากกลืนไม่ได้
3. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากระดับความรู้สติลดลง และการรักษาที่ต้องนอนบนเตียง
4. มีความวิตกกังวลเนื่องจากสภาวะทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงและขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค

การวินิจฉัยทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสมองได้รับความกระทบกระเทือนสมองช้า ฉีกขาดมีเลือดออก สมองบวม

วัตถุประสงค์

ระดับความรู้สติดีขึ้น อาการผิดปกติต่างๆ น้อยลง ไม่มีภาวะสมองบวม

เกณฑ์การประเมินผล

อาการทางระบบประสาทดีขึ้น ไม่มีอาการที่แสดงว่าความดันในกะโหลกเพิ่ม

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ดูแลให้หายใจสะดวก ดังที่ได้กล่าวในข้อ 1
2. สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาท ทุก 1 -2 ชั่วโมง ใน 36 ชั่วโมงแรก ถ้ามีอาการที่แสดงว่ามีความดันเพิ่มในกะโหลก รีบรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขสาเหตุ เช่น ในผู้ป่วยที่มีกะโหลกศีรษะแตก มีเลือดออกในสมอง จะต้องได้รับการรักษาด่วน เพื่อป้องกันมิให้เซลล์สมองถูกทำลายมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกและสมอง บวม เช่น ในรายที่มีเลือดออกใต้ดิวรามาเตอร์เฉียบพลัน ควรได้รับการผ่าตัดขจัดเอาก้อนเลือดออกภายใน 4 ชั่วโมง ที่ตรวจพบอาการผิดปกติจะลดอัตราตายลงได้
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เพื่อลดความดันในกะโหลกตาม แผน คือ การให้ยาสเตอรอยด์ ยาขับปัสสาวะ (แมนนิทอล ลาซิกล์) บาร์บิทูเรต หรือยานอนหลับที่ออกฤทธิ์สั้นๆ เพื่อลดการเผาผลาญ และการให้ออกซิเจนของเซลล์ประสาท ควบคุมอุณหภูมิเมื่อมีไข้เกิน 37.8°C ควรลดไข้ทุกวิธี เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย และลดการไหลเวียนเลือดสู่สมอง ดูแลให้การระบายน้ำหล่อสมอง และไขสันหลัง ไหลออกสะดวก ในรายที่ใส่ท่อระบายไว้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงต่อการได้รับอาหาร และน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากกลืนไม่ได้

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ค่าฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณน้ำที่ได้รับ และขับออกมีความสมดุล

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการขาดน้ำได้รับอาหารเพียงพอ จำนวนเม็ดเลือดแดงสูงกว่า 30%

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เข้าหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ในช่วงแรกจะให้สารน้ำหลายวัน ต่อเมื่อลำไส้เคลื่อนไหว จึงเริ่มให้อาหารทางสายยาง (ปกติหลังบาดเจ็บ 24 ชั่วโมง) เมื่อเริ่มมีรีเฟลกซ์การกลืน จึงเริ่มให้อาหารทางปาก
2. ตรวจสอบฮีมาโตคริตเป็นระยะๆ หรือตรวจหาระดับโซเดียมใน กระแสเลือดเพื่อประเมินการขาดสารอาหาร
3. บันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง เนื่องจากระดับความรู้สึกลดลงและการรักษาที่ต้องนอนบนเตียง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เอง

เกณฑ์การประเมินผล

ช่วยเหลือตัวเองได้ตามสมควร ออกกำลังแขนขาเองได้

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ตรวจสอบความรู้สึกและพฤติกรรมทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อค้นหา ความผิดปกติทางจำกัดในการเคลื่อนไหว
2. ตรวจสอบการรับรู้ความรู้สึก/การเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งสองซีก ว่าเท่ากันหรือไม่ ทุก 1-2 ชั่วโมง
3. ทำ Passive exercise ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อ แข็งเกร็งและลีบ จัดหาไม้กระดานแข็งแรงรองปลายเท้าเพื่อป้องกันการหดรั้ง ข้อเท้าตก
4. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ
5. ตรวจสอบผิวหนังว่ามีอาการแตกทำลาย หรือแดง หรือไม่ขณะ ที่อาบน้ำหรือเปลี่ยนท่านอน นวดบริเวณปุ่มกระดูก ข้อเท้า ข้อศอก ทุกๆ 2-4 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียน
6. จัดหาที่นอนที่สามารถกระจายน้ำหนักได้ทั่วถึง และหมอนนุ่มๆ รองบริเวณข้อเท้า ข้อศอก

7. ผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีก ควรจับลูกนั่งบนเตียงและพาลงรถเข็นวันละ 1 -2 ครั้ง เพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนทางระบบ หายใจจะช่วยให้ฟื้นเร็วขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. มีความวิตกกังวล เนื่องจากสภาวะทางสุขภาพเปลี่ยนแปลง และขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค

วัตถุประสงค์

สุขภาพดีขึ้นทนต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เข้าใจการดำเนินโรค

เกณฑ์การประเมินผล

สีหน้ายิ้มแย้มคลายความวิตกกังวล อาการทั่วไปดีขึ้น และบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติของ สมอง เช่น บาดเจ็บแฉกกลับหน้า จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ ศีลธรรมบกพร่อง เช่น แก้วผ้าเดิน ต่ำพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะ เป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น
2. บอกผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พูด ไม่ได้ พยาบาลจะต้องมีความอดทน ความสามารถในการคาดเดาความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยได้
3. ช่วยให้กำลังใจเมื่อมีการเคลื่อนไหวในรายที่เป็นอัมพาต กระตุ้น ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะออก กำลังกายเอง
4. เปิดโอกาสให้ญาติ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพแก่ ผู้ป่วย
5. ให้เวลาในการรับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกคลาย กังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
6. การให้คำปรึกษา ผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษา ควร ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้สังเกตอาการต่อที่บ้านอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และให้นำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาลถ้ามีอาการผิดปกติดังนี้ กระสับกระส่ายหรือซึมลง ปลุกไม่ตื่น อาเจียน ชัก มีเลือดออก ทางหู จมูก แขนขา อ่อนแรง หรือขา ตามัว พูดไม่ชัด ใดๆอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงว่ามีสิ่งเกินที่เกิดขึ้น ในสมอง การช่วยเหลือในช่วงนี้จะรักษาชีวิตไว้ได้

การวางแผนการจำหน่าย

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในวันที่ 9 มิถุนายน 2563 ที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ด้วยอาการทาง อุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ ส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นเวลา 14 วัน ละส่งต่อกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ในวันที่ 23 มิถุนายน 2563 ผู้ป่วยนอนติดเตียง รูปร่างผอม มีแผลกดทับบริเวณสะโพกทั้งสองข้างระดับเกรด 3 แผลกดทับบริเวณ ก้นระดับเกรด4 แผลแดงดี ข้อเข่าทั้งสองข้างติด เวลาทำกายภาพยืดเหยียดมีอาการปวด ข้อศอกติด งอทั้งสองข้าง ยึดเหยียดมีอาการเจ็บปวด พูดจาสับสนเป็นบางครั้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติเป็น

ผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพให้ทั้งหมด มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่นไม่เหมาะสม ครอบครัวยังไม่เข้าใจอาการ ดังนั้นผู้ศึกษาและพยาบาลผู้ดูแลพยาบาลเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านและสหสาขาวิชาชีพจึงได้มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย เตรียมครอบครัวให้พร้อมรับปัญหา เตรียมผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต และในการเตรียมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ได้มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับสหวิชาชีพ ภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การพยาบาลต่อเนื่อง

การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยไม่มีความพิการ แต่ยังคงมีอาการสับสนอยู่บ้าง แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายตามสมควร เช่น เดินรอบๆ บริเวณบ้าน เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บรุนแรง เช่น สมองชา อาจมีความพิการเหลืออยู่ เช่น อัมพาตของใบหน้า และแขน-ขาซีกหนึ่ง พุดไม่ได้ในกรณีนี้ญาติจะต้องเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่การให้อาหาร ซึ่งต้องใช้เวลามาก การป้อนอาหาร ให้ป้อนด้านที่แข็งแรง ระวังการสำลัก หลังอาหารต้องทำความสะอาดปากทุกครั้ง การทำความสะอาดร่างกาย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง ควรมีผ้ารองแขนข้างที่อ่อนแอ เพราะข้อไหล่อาจจะหลุดได้ง่าย ญาติจะต้องจัดโปรแกรมกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย เช่น การให้ยา อาหาร การออกกำลังกาย การขับถ่ายอุจจาระ การทำความสะอาด การพักผ่อน และ อาการผิดปกติที่ควรจะพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือการที่ผู้ป่วยซึมลง มีไข้ ชัก เป็นต้น

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน (INHOMESSS)

ขั้นตอนการประเมินสภาพ	ลักษณะ/สภาพที่เห็น
I = Immobility ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองว่าทำได้หรือไม่	ผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันใดๆ ได้ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ได้ 3 คะแนน
N = Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการอาหารความสามารถในการเข้าถึงหรือจัดหาอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ คืออาหารเช้า 08.00 น. ซึ่งอาหารเช้าจะทำอาหารรับประทาน เช่น ข้าวต้ม แกง ผัด ภรรยาเป็นผู้ประกอบอาหาร อาหารเที่ยง 12.00 น.-13.00 น. และอาหารเย็น 17.00 น. ซึ่งส่วนใหญ่รับประทานเป็นข้าวสวย และข้าวกล้อง ข้าวต้ม และอาหารที่รับประทานเป็นส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่ม ผัด แกง ต้ม น้ำเปล่าวันละประมาณ 5-6 แก้ว ตื่นนมถั่วเหลืองระหว่างมื้ออาหาร

ขั้นตอนการประเมินสภาพ	ลักษณะ/สภาพที่เห็น
<p>H = Housing ประเมินสภาพแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้านที่อาจมีผลต่อวิธีการดูแลหรือความเจ็บป่วย</p>	<p>บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยเป็นบ้านตัวเอง มีพื้นที่จำกัด เป็นบ้านชั้นเดียว แบ่งเป็นห้องได้ 2 ห้องในตัวบ้าน แต่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เพียงที่ต่อเติม ออกมาตรงข้างบ้านด้านทิศเหนือ อากาศปลอดโปร่งดี ห้องน้ำรวมอยู่นอกบ้าน, ห้องครัวจะอยู่ในกระท่อมที่ปลูกใกล้บ้านหลังใหญ่ ที่ที่ผู้ป่วยนอนพักผ่อนด้วยหญ้าคา อากาศเย็นสบายดี โดยลักษณะทั่วไปของบ้านมีความแข็งแรง มีถึงขยะตั้งไวใกล้ๆ ที่ผู้ป่วยนอน แยกขยะติดเชื้อ ขยะทั่วไป</p>
<p>O = Other people ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในบ้าน เพื่อนบ้าน และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในชุมชน</p>	<p>ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา หลาน 2 คน ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันเท่าที่ควร และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านดี ก่อนประสบอุบัติเหตุครั้งนี้ผู้ป่วยเป็นคนร่าเริง ชอบมีเพื่อน</p>
<p>M = Medications ประเมินการใช้ยา อายุของยา และการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ</p>	<p>1. Tramal 50mg 1X2 pc สรรพคุณ : เป็นยากลุ่มโอปิออยด์ ใช้บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงระดับรุนแรง ผลข้างเคียง : คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก</p> <p>3. Folic a 5mg 1x1 pc สรรพคุณ : บำบัดและรักษาโรคโลหิตจางอันมีสาเหตุมาจากการขาดโฟเลต กลไกการออกฤทธิ์ : กรดโฟลิกมีความจำเป็นต่อการเผาผลาญพลังงานในระบบต่างๆของร่างกาย สังเคราะห์เม็ดเลือดแดง เช่น เพียวรีนและไพริมิดีน จะทำให้กระบวนการทำงานของเซลล์ประสาทเป็นไปอย่างปกติและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะในร่างกายที่มีผลกระทบกลับมาทำหน้าที่ได้เช่นเดิม แต่ทั้งนี้ร่างกายต้องได้รับสารอาหารอื่นๆที่เพียงพอและเหมาะสมร่วมด้วย</p> <p>ผลข้างเคียง: มีอาการเหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการคัน หรือมีอาการคล้ายเป็นลมพิษ และอาการอื่นที่อาจพบเห็นได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือปวดท้อง</p>

ขั้นตอนการประเมินสภาพ	ลักษณะ/สภาพที่เห็น
E = Examination การตรวจร่างกาย	BW 46 kg , ส่วนสูง 160 cm , BMI 15.62 T 36.0 C , PR 84 bpm , RR 20 bpm , BP 90/60 mmHg สภาพทั่วไปของผู้ป่วยผอม มีแผลกดทับที่ก้นกบ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และอาหารไม่เพียงพอ โดยอาศัยภรรยา ผิวหนังไม่มีตุ่มหนอง ไม่มีก้อน
S: Safety ความปลอดภัย	ด้านความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยไม่ค่อยท่นถาวร เป็นบ้านชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนนอกบ้านบนเตียงไม้ไผ่ มุงหลังคาด้วยหญ้าคา ห้องน้ำนอกตัวบ้าน มีสัตว์เลี้ยง สิ่งแวดล้อมไม่เป็นระเบียบทั้งในตัวบ้านและนอกตัวบ้าน
S = Spiritual health ประเมินจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรมและประเพณี	นับถือศาสนาพุทธ : เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความเสื่อมโทรมของร่างกาย มีเวรกรรมแต่ชาติก่อน เมื่อมีการเจ็บป่วย ซื่อยามารับประทานเอง ถ้าจำเป็นต้องรักษา จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
S = Service ประเมินการบริการที่ได้รับความพึงพอใจ ต่อบริการและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	เข้ารับบริการทางสุขภาพ ของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ โดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิการรักษาตามความคุ้มครองของพรบ.รถจักรยานยนต์ที่เกิดอุบัติเหตุ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยวัย 56 ปี ขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข ญาตินำส่งโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่โดยรถกู้ชีพฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ถึง ER E2V2M3 pupil 3 mm RTLBE V/S BT 36.3 c pulse 104/min BP 70/40 mmHg DTX 93 mg% แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Head Injury ได้รับการรักษา โดย แพทย์พิจารณาให้ 0.9%NSS 1000CC v load X 2 line , Film: Pelvis ,Hand Lt AP oblique ,Foot Rt AP Oblique ,Skull series C-Spine. ,On hard collar ,On ETT No. 7.5 dept 20 ,TT 0.5 ml IM ,Cefazolin 1 g IV, On, Diagnosis Head Injury , Refer รพ.สรรพสิทธิประสงค์ Admit ที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 14วัน แล้ว Refer กลับมารักษาและฉีดยา ต่อที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ แพทย์วินิจฉัยว่า Cerebral concussion c Lt Zygoma Fx. ฉีดยา Ertapenem 1 gm IV OD 5 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้ ไอมีเสมหะ พุดจาสำสน นอนไม่หลับ มีแผลกดทับ และข้อติดจากการนอนนาน สหสาขาวิชาชีพ ได้ร่วมประชุมวางแผนให้การดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับครอบครัวญาติผู้ดูแล ผู้บริหาร และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ผู้นำชุมชน

ในชุมชน เพื่อให้ญาติเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายร่วมวางแผนดูแลร่วมกัน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยมีการพัฒนาระบบการเบิกวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายดูแลที่มหาวิทยาลัยได้มีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน ผลการติดตามพบว่ามีการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น รับประทานอาหารเองได้ ลูกนั่งได้ แผลมีขนาดเล็กลง แดงดี หลังกายภาพข้อที่ติดแข็งเริ่มขยับได้ มีกำลังใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่กรณีศึกษารายนี้สิ่งที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยคือ การขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ที่ดีในการดูแลเรื่องโภชนาการและการทำกายภาพบำบัดให้ เพราะเนื่องจากญาติผู้ป่วยจำเป็นต้องทำงานรับจ้างทั่วไปทุกวันไปเช้า เย็นกลับถ้าหยุดงานเพื่อมาดูแลก็ไม่มีเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายของครอบครัวจึงต้องให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวตอนกลางวัน จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่และเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลกดทับขึ้นที่สะโพกและก้น และในการดูแลทางการแพทย์ผู้ป่วยนั้นได้มีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคมการนำมาประยุกต์ใช้ โดยการเอาแกนนำสุขภาพในชุมชน (อสม.) ร่วมในการดูแลเรื่องการทำแผลและการพลิกตะแคงตัวทุกวัน โภชนาการและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย โดยมีการจัดเวร อสม.คู่หู ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในชุมชนทุกวัน และทีมเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมเสริมพลังญาติผู้ดูแลและแกนนำสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน จากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของภาคีเครือข่ายนั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โภชนาการและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้รับการดูแลอย่างเต็มที่จึงส่งผลให้กับผู้ป่วยที่เป็นแผลกดทับดีขึ้นจากแผลที่ใหญ่จนกลายเป็นแผลเล็กลงจนกระทั่งแผลหาย

5.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ แต่ด้วยข้อจำกัดในด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีเครื่อง CT Scan และอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีความคาดหวังให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เข้าถึงบริการโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมงครึ่ง นับจากเริ่มมีอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลรักษาพยาบาลได้รวดเร็ว ทันเวลา และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน เข้าถึงบริการผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และหากการดูแลช่วยเหลือไม่ทันเวลาอาจส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วยได้ จึงมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการให้ทันเวลาตามระบบส่งต่อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพเดิมได้มากที่สุด

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ได้แนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และเสริมสร้างทักษะในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตอย่างเหมาะสม

2. ได้แนวทาง ระบบการดูแลร่วมกับชุมชน เครือข่ายมีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนตนเองได้ ภายใต้ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และสหสาขาวิชาชีพ

3. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้บริการ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยที่กรณีศึกษารายนี้สิ่งที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยคือ การขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ที่ดีในการดูแลเรื่องโภชนาการและการทำกายภาพบำบัด เพราะเนื่องจากญาติดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องทำงานรับจ้างทั่วไปทุกวันไปเช้า เย็นกลับถ้าหยุดงานเพื่อมาดูแลก็ไม่มีเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายของครอบครัวจึงต้องให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวในตอนกลางวัน จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่และเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นผลกดทับขึ้นที่สะโพกและกัน และในการดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยนั้นได้มีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคมการนำมาประยุกต์ใช้ โดยการเอาแกนนำสุขภาพในชุมชน (อสม.) ร่วมในการดูแลเรื่องการทำแผลและการพลิกตะแคงตัวทุกวัน โภชนาการและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย โดยให้อสม.ที่ดูแลรับผิดชอบตัวเอง ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในชุมชนทุกวัน และทีมเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมเสริมพลังญาติผู้ดูแลและแกนนำสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน จากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของภาคีเครือข่ายนั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โภชนาการและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้รับการดูแลอย่างเต็มที่จึงส่งผลให้กับผู้ป่วยที่เป็นผลกดทับดีขึ้นจากแผลที่ใหญ่จนกลายเป็นแผลเล็กจนกระทั่งแผลหาย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. เวลาเยี่ยมบ้านส่วนมากไม่พบผู้ดูแลหลัก เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ ทำให้การเก็บข้อมูลด้านโภชนาการและการรับยาของกรณีศึกษาได้ไม่ครอบคลุม และทำให้กิจกรรมการพยาบาลไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในบางส่วน

2. ติดตามให้กรณีศึกษาเข้ารับการตรวจสุขภาพ เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อนำมาสู่ข้อวินิจฉัยโรคและการป้องกันที่ทันที่

3. ฝึกการเดินและกระตุ้นให้กรณีศึกษาฝึกเดินยังขาดความสม่ำเสมอ

4. ประเมินอาการปวดข้อเข่า และกระตุ้นให้บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะเร่งด่วนที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสมองได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงมาก และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซ้ำเติม ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองมากยิ่งขึ้น เช่น การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้จะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ยังช่วยลดการสูญเสียหน้าที่ของสมองที่อาจเกิดขึ้น และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้นอย่างไรก็ดีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคย่อมเป็นแนวทางที่ดีที่สุด ซึ่งทำได้โดยการควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และทีมผู้ดูแลต้องได้รับการส่งเสริมการฟื้นฟูทางด้านความรู้ด้านการพยาบาลระบบประสาทเป็นประจำ การติดตามการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องมีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการเผชิญกับสภาวะของโรค การดำเนินของโรคและการรักษาพยาบาลรวมถึงการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ได้อย่างถูกต้อง และอีกสิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีความเชื่อมโยงกับสถานบริการใกล้บ้าน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

-ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ พันธพฤก. (2553). การจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ห้องฉุกเฉิน. วารสาร
อุบัติเหตุ.
- ธนัฐ วานิชะพงศ์ . (2558). พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ.
- มาฆะ กิตติธรรมกุล.(2558). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบ
จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. จันทบุรี : หอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระปกเกล้า
- รุ่งนภา เจียวขุ่ม.(2560) . การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม.
- วารีย์ มุลิกะวัน .(2560) การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่
ศีรษะ. วารสารพยาบาลศาสตร์.
- สุจิตรา ลีมอานวยลาภและคณะ. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. ขอนแก่น :
คลังนานาวิทยา.
- สรวง ปันจัยสิทธิ์และคณะ.(2556).แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ : ธนาเพลส.
- อำพร มะลิวัลย์ .(2559). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้ม
สมองชั้นนอก .วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย .
- อัญชลี ถิ่นเมืองทองและคณะ.(2559). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจาก
อุบัติเหตุทางถนนในโรงพยาบาลปทุมธานีโดยใช้แนวคิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในห้อง
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน.ปทุมธานี.โรงพยาบาลปทุมธานี

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คน ต่อปี ประมาณร้อยละ 55 ของการเสียชีวิต อายุต่ำกว่า 70 ปี องค์การอนามัยโลกเมื่อพิจารณาความรุนแรง ได้กำหนดกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญไว้ 4 กลุ่มโรค คือ 1. กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง , โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. กลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3. กลุ่มโรคมะเร็ง 4. กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งหากผู้ป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องต่อเนื่องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องนอนติดบ้าน ติดเตียงตามด้วยความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดครอบครัวโดยอ้อมเกิดผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวนั้นๆอย่างมาก ทำให้การดำเนินชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อตัวเองและครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้สังคมยังต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญโดยตรงในการส่งเสริมให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปจนถึงที่บ้านและชุมชน การเฝ้าระวัง ติดตาม เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-admission) นอกจากนี้การฝึกฝน การสอน การให้ความรู้ คำปรึกษาให้แก่ญาติผู้ป่วยผู้ดูแลให้ได้มีความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องถูกวิธี ยังเป็นการเพิ่มสมรรถนะความเข้มแข็งในการในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย อีกทั้งยังสามารถปรับตัวและสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก็เป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการที่จะช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการการเพิ่มประสิทธิภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังดังกล่าวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับภาวะโรคอย่างปกติสุข โดยใช้ขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการ

ประเมินผล ทั้งนี้ได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่1 คือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มที่2 คือ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่3 คือ กลุ่มติดเตียง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาศักยภาพความสามารถให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มติดเตียงในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆที่ถูกต้องให้กับญาติหรือผู้ดูแล
3. เพื่อเพิ่มสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาล ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแล
4. เพื่อป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ

เป้าหมาย

1. ญาติหรือผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ
2. ป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดเตียงในชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง มักเกิดในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือน้อยปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรค ซึ่งยังคงมีจุดอ่อน จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(Home Care)ถือเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น การมุ่งเน้นส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย(Care Giver)ในด้านการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ถูกต้องและต่อเนื่องของผู้ดูแล จึงมีความจำเป็นอย่างมาก การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ได้ใช้แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายและการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care)เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจากสถานพยาบาลไปยังบ้านของผู้ป่วย การได้รับความรู้การฝึก ทักษะวิธีการปฏิบัติการดูแลด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจาก ทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก มุ่งเน้นเชิงรุก และเสริมพลังด้วยการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และ ฝึกช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด ญาติ ผู้ดูแล จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ เข้าใจปัญหาต่างๆของผู้ป่วย และต้องเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ และยังเป็นการเสริมสร้างกำลังใจ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลตัวเองไม่ได้นั้น ต้องอาศัยการร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาลและครอบครัว การดูแลที่ดีจะลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการเสียชีวิต แต่จะเพิ่มค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลมีความพร้อมและประสิทธิภาพดีกว่าการดูแลที่บ้าน แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านสะดวกและประหยัดมากกว่า และการให้ความรู้และการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น การใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารจะช่วยลดความแตกต่างระหว่างการดูแลที่บ้านและการรักษาภายในโรงพยาบาลได้

ผู้สูงอายุ ((Older/Elderly person) WHO, 2002สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล:2559)

โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปี หรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดเชื้อ (Non-infectious disease) เป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงบางชนิดถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก็อาจหายขาดได้ แต่ถ้าขาดการควบคุมก็มักจะเกิดโรคแทรกซ้อน และในที่สุดอาจจะเสียชีวิตได้

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจนเกิดสภาวะร่างกายเสื่อมโทรมทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ กล่าวคือผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรืออาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยแม้แต่น้อย ผู้ป่วยจึงไม่อาจเลี้ยงที่จะ ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ๆ ได้

ผู้ดูแล ได้แก่ ญาติ ดูแล, พนักงานดูแล, พี่เลี้ยง บุคคลที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา

บทบาทของญาติและผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1.กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ขับถ่าย ทานอาหาร แต่งตัว และให้ความช่วยเหลือถ้าจำเป็น
- 2.กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ร่างกายข้างที่อ่อนแรง เท่าที่สามารถจะทำได้
- 3.ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
- 4.ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง
- 5.ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย
- 6.ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง
- 7.ช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัด ห้ามขาดยา และมาพบตามแพทย์นัด

8.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก ไม่ได้สามารถให้อาหาร ทางสายยางได้อย่างถูกต้องวิธี ในรายที่รับประทานอาหารเองได้ ให้ระวังการสูด สำลัก

ขั้นตอนดำเนินงานและกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ

1.ทบทวนข้อมูล อสม.สำรวจข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มติดเตียง ในชุมชน เขต รับผิดชอบอำเภอศรีเมืองใหม่

2.ประชุมชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมแก่ทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.จัดเตรียมสื่อการสอน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการสอน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1.ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด

2.พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายช่วยดูแลผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ องค์กรชุมชน อาสาสมัคร ดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ดำเนินการพัฒนาอาสาสมัคร ให้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลร่วมคิดตัดสินใจในการ วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและ อาสาสมัครสาธารณสุข และฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน ให้ความรู้เรื่องโรค โดยใช้ความรู้ตามหลักวิชาการ มีเนื้อหาประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง การประเมิน การ ดูแลรักษาฟื้นฟู การป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

4. ทดสอบความรู้หลังการอบรม แก่ผู้ดูแล และ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรม

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆที่ถูกต้อง ถูกวิธี อย่างมี ประสิทธิภาพ

2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

3.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน

4.เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ร่วมดูแล และสนับสนุนงบประมาณ

5.สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ข้อติด แผลกดทับ การติดเชื้อ และการเสียชีวิต

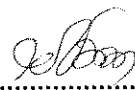
6. มีสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาล ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลที่ดีขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.คุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว ร้อยละ 80
- 2.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับระดับ2ขึ้นไป ที่เกิดขึ้นใหม่ ไม่เกิน ร้อยละ 5
- 3.อัตรา re-admitด้วยโรคเดิม ภายใน 28วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ไม่เกินร้อยละ 2

- 4.อัตราการเสียชีวิต ไม่เกินร้อยละ 5
- 5.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) 

(นางไผ่ ชมทอง)

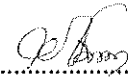
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

วันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2563

เอกสารอ้างอิง

- แนวทางการพัฒนาระบบบริการ Service Plan กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวง สาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่ บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด
ปทุมธานี 2561
- ดร.กาญจนา จันทร์ไทย.คู่มือเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน.สำนักงานการพยาบาล สำนักงาน
ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข .สำนักพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย
กทม. 2557
- ผศ.นพ.พินิจ ลิ้มสุคนธ์ .การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ
<http://www.Samitivejhospitals.com.กทม.2563>
- สินีนารฎ กองสุข และคณะ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่44 ฉบับที่2 (เมษายน-มิถุนายน)2564
- พิสมัย บุญเลิศ และคณะ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่23ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม
2559)
- ภราดร ล้อธรรมมา ปัทมา สุพรรณกุล บทความวิชาการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
อุตรดิตถ์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2563) Mobile Application คัดกรองความ
เสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยง
- หนังสือแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (60-64) รวบรวมโดย
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัทอีโมชั่นอาร์ต
จำกัด กทม 2560

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

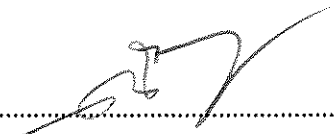
(นางไผ่ ชมทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ... 13 / ธันวาคม / 2565

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายณัฐนนท์ พิระภาณูรักษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

(วันที่) ... 16 / ธันวาคม / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป