

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้าน :

กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง

Nursing Care of Stroke Patients with comorbid conditions at home :

2 Case Study in Ranong Hospital.

ศิริรัตน์ โชติกสถิตย์

Sirorat Chotikasathit

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: May 12, 2024; Accepted: June 9, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้าน 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรค แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี อาการสำคัญ แขนขาด้วซ้ายอ่อนแรง มือหยิบจับของไม่ได้ ลิ้นชา เดินไม่ได้ เป็นมา 1 วัน ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี อาการสำคัญ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งผ่าหมาก ตัวเริ่มเอียงด้านซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นคัมปาก น้ำลายไหลจากปากด้านซ้าย ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke

การศึกษานี้ พบว่า การดูแลต่อเนื่องในชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล การให้ความรู้แก่ญาติ การประเมินอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาล



Abstract

This research aims to compare nursing stroke patients at home 2 patients study. Case study: Comparison of 2 stroke patients. Case 1: Thai male patient, age 72 years. The main symptom is weakness in the left arm. Hands couldn't hold things, tongue was numb, couldn't walk for 1 day, diagnosed with Acute Ischemic stroke. Case 2: Thai male patient, 83 years old, had significant symptoms 30 minutes before coming to the hospital. While sitting and dissecting areca nuts His body began to tilt to the left, his speech was slurred, his tongue was tight in his mouth, saliva was flowing from the left side of his mouth. Diagnosed with Acute Ischemic stroke

This study found that continuous care in the community for stroke patients is the heart of nursing. Providing knowledge to relatives Evaluation of abnormal symptoms of stroke and rehabilitation care for patients and there is continuous and regular follow-up and home visits. It will help reduce complications that will occur..

Keywords : Stroke, Nursing

บทนำ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพาต (Cerebrovascular disease หรือ CVD, Stroke) โรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และพิการอันดับ 3 ของโลก ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Division of Non-communicable Diseases, 2021) สำหรับในประเทศไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือพิการสูงเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิงอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย acute Stroke ใน ปี 2562-2564 ร้อยละ 10.24 ,10.34 ,10.56 จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 8.30 ,8.46, 9.11 ตามลำดับ (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพาตเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกประกอบด้วยลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมงอาการที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับขนาดหรือตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงหรือบริเวณที่มีเลือดออก โดยภายใน 1 นาที ที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจะทำให้เซลล์ประสาทตายอย่างน้อย 1.9 ล้านเซลล์และใน 1 ชั่วโมง มีเซลล์สมองตาย 120 ล้านเซลล์ สมองจะเสียการทำงานอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดมาเลี้ยงหรือถูกกดจากก้อนเลือดนานกว่า 3-6 ชั่วโมง (American Stroke Association ,2012) เนื่องจากยิ่งรักษาเร็วยิ่งได้ผลดี ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วภายใน 60 นาทีแรกหลังเกิดอาการ จะมีโอกาสหายเป็นปกติถึง 3

เท่า ของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา แต่ถ้าให้ยาที่เวลา 3 ถึง 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีโอกาสเพียง 1.2 หรือ 1.3 เท่าที่จะหายเป็นปกติเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ยา ดังนั้นยิ่งรักษาเร็วจะมีโอกาสหายมาก ผลแทรกซ้อนต่ำความพิการน้อยลง (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2564)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคน เป็นอัมพาตถาวร ในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของฐานข้อมูล HDC พบว่า ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 350, 934 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 15,682 ราย และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่คุกคามความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลก และ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดระนองย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.43, 0.23 และ 0.27 ตามลำดับ และพบว่าเกิดในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.39, 2.45 และ 2.51 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตอย่างมาก ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงมากขึ้น และจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตกรณีที่เป็นอัมพาต เรื้อรังใช้เวลาพักฟื้นนาน ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการดูแลหรือคำแนะนำที่



ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ สำลักอาหารเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบ โรคซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วม จำนวน 2 ราย โดยศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบกับการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบรายกรณีศึกษา

วิธีการศึกษา

ดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติเวชระเบียน แฟ้มสุขภาพครอบครัว วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดง และกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะฟื้นฟูการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน ใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาวิเคราะห์ และกำหนดข้อวินิจฉัย เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	72 ปี	83 ปี
สถานภาพ	หม้าย	คู่
อาชีพ	งานบ้าน	งานบ้าน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	บัตรประกันสุขภาพ
ผู้ดูแลหลัก	บุตรสาว	ภรรยา
วันที่เข้ารับการรักษา	25 ตุลาคม 2566	7 มีนาคม 2567
วันที่จำหน่าย	30 ตุลาคม 2566	10 มีนาคม 2567
วินิจฉัยโรค	Acute Ischemic stroke	Acute Ischemic stroke



ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง มือหยิบจับของไม่ได้ ลิ้นชา เดินไม่ได้ เป็นมา 1 วัน	พูดไม่ชัด น้ำลายไหลออกจากปาก ด้านซ้าย
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	บุตรสาวให้ประวัติ เวลา 20.00น ขณะลุกจาก ที่นอน ผู้ป่วยมีอาการแขนขา ด้านซ้ายอ่อนแรง มือซ้ายหยิบจับของไม่ได้ มุมปากด้านซ้ายเบี้ยว ลิ้นชา เดินไม่ได้ แต่ไม่ได้นำผู้ป่วยมาตรวจที่ โรงพยาบาล เข้านี้เพื่อนบ้านช่วยโทรศัพท์ตาม 1669 นำส่งโรงพยาบาล	30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งผ้า ห่มก ตัวเริ่มเอียงด้านซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นคัมปาก น้ำลายไหลจากปากด้านซ้าย บุตรสาวนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารทะเล หรือสารเคมี ใดๆ มีโรคประจำตัวเป็น COPD มาประมาณ 9 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง รับประทาน ที่โรงพยาบาลระนอง ปฏิเสธการดื่มสุรา มีสูบ ใบจาก 5-6 มวนต่อวัน เป็นเวลา 15ปี ปฏิเสธ การผ่าตัด	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทะเล หรือ สารเคมีใด ๆ มีโรคประจำตัวเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธการ ผ่าตัด
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 2 คน ภรรยา เป็นโรค HT OA knee	บุตรสาวและหลานแข็งแรงดี ไม่มีโรค ประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา/ อาหารและ สารเสพติด	ไม่มี	ไม่มี
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง ด้านขวากำลัง ปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ระดับความ เข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวล กาย 18.73 กก./ม เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 25-30 ตุลาคม 2566 แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke หลัง ให้การรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านเพื่อไปฟื้นฟูสภาพต่อที่ บ้าน	ผู้ป่วยแขนขาด้านขวาอ่อนแรง grade 0 , Right facial palsy , severe dysarthria สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 166/81 มิลลิเมตร ปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจน ในเลือด 98% น้ำหนัก 41.3 ส่วนสูง 149 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.60 กก./ม ² เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 7-10 มีนาคม 2567 แพทย์ วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke เข้า Stroke Fast track

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ได้รับยา 10% rt-PA 3.717 mg iv bolus in 1-2 minute then 90% rt-PA 33.453 mg iv drip in 60 minute

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ในประเด็นแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนืองที่บ้าน รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>1.แบบแผนสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี รูปร่างสมส่วน อาชีพรับจ้างทั่วไปรายได้ไม่แน่นอน มีโรคประจำตัวเป็น COPD มา 9 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง รับประทานที่โรงพยาบาลระนอง สูบใบจาก 5-6 มวนต่อวัน เป็นเวลา 15ปี บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ชอบรับประทานอาหารรสจัดโดยเฉพาะรสเค็ม</p>	<p>1.แบบแผนสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี รูปร่างสมส่วน มีโรคประจำตัวเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาที่โรงพยาบาลระนอง ผู้ดูแลหลัก มีโรคประจำตัวเป็นโรค HT OA knee ด้านการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็ม มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย และอยู่ในวัยผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ การมีโรคร่วม รวมทั้งการมีแบบแผนในการบริโภคอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็ม แต่ข้อแตกต่างของ 2 รายนี้ได้แก่</p> <p>- กรณีศึกษารายที่ 1 สูบใบจาก 5-6 มวนต่อวัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว บางครั้งมีความเครียดกับรายได้ที่ไม่แน่นอน ไม่ค่อยมีเวลาดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร ในครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่ 20.00น แต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในวันถัดไป ทำให้ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาช้า</p> <p>- กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะโรคร่วมเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ผู้ดูแลเป็นภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุเช่นกัน แต่มีบุตรที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียง</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ แขนงด้านซ้ายอ่อนแรง มือหยิบจับของไม่ได้ ลิ้นชา เดินไม่ได้ เป็นมา 1 วัน</p> <p><u>แรรกัรบ</u> แขนงด้านซ้ายอ่อนแรง motor power grade 2 ด้านขวา กำลังปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.73 กก./ม² แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล 11 ชั่วโมง</p>	<p>2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ ขณะนั่งผ่าห่มมาก ตัวเริ่มเอียงด้านซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก น้ำลายไหลจากปากด้านซ้าย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p><u>แรรกัรบ</u> แขนงด้านขวาอ่อนแรง grade 0 , Right facial palsy , severe dysarthria ความดันโลหิต 166/81 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% น้ำหนัก 41.3 ส่วนสูง 149 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.60 กก./ม² เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 7-10 มีนาคม 2567 แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 30 นาที</p>	<p>สลับกันมาดูแล สามารถประเมินอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันที่</p> <p>- กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยแขนงด้านซ้ายอ่อนแรง motor power grade 2 ด้านขวา กำลังปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด CT scan : Acute cerebral infraction at left lentiform nucleus ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 11 ชั่วโมงจึงไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของการให้ยา ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น แขนงด้านซ้ายอ่อนแรง motor power grade 3 จำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเมื่อไปอยู่ที่บ้าน</p> <p>- กรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการแขนงด้านขวาอ่อนแรง grade 0, Right facial palsy , severe dysarthria CT scan : Acute cerebral infraction at left MCA territory ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 30 นาที อยู่ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic agent) แพทย์จึงพิจารณาให้ยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณที่มีพยาธิสภาพได้ ซึ่งช่วยลดการถูกทำลายของเนื้อสมองส่งผลให้สามารถฟื้นกลับเป็นปกติได้ ร่วมกับผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายปกติและผล PT, INR ปกติ จึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา อาการแขนงข้างขวาอ่อนแรงดีขึ้น Motor power grade 3+ แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>3. การรักษาระหว่างอยู่ รพ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASA gr.V oral stat - ASA (81) 1 tab. oral OD - Clopidogrel(75) 1 tab. oral OD - Omeprazole(20) 1 tab. oral ac. <p>การตรวจพิเศษ</p> <ul style="list-style-type: none"> - CT scan - EKG 	<p>3. การรักษาระหว่างอยู่ รพ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10%rt-PA 3.717 mg iv bolus in 1-2 minute then 90% rt-PA 33.453 mg iv drip in 60 minute <p>ยารับประทานที่ รพ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Allopurinol (100mg) 1 tab. oral OD 2. ASA (325) 1 tab. oral OD 3. Atorvastatin (40mg) 1 tab. oral hs. 4. B complex 1 tab. oral bid pc. 5. Colchicine (0.6 mg) 1 tab. oral OD วันเว้นวัน 6. Folic acid 1 tab. oral hs 7. Omeorazole (20mg) 1 tab. oral ac. <p>การตรวจพิเศษ</p> <ul style="list-style-type: none"> - CT scan -EKG 	<p>แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบของแพทย์มีหลัก คือ หากผล CT Scan พบมีหลอดเลือดอุดตัน แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic agent) ได้แก่ rt-PA แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถให้ยาชนิดนี้ได้ เนื่องจากมารับการรักษาล่าช้า การให้ยา rt-PA ต้องให้ภายใน 4-5 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของการให้ยา (จิราพร รบไพรี, 2558) ในผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถให้ยาชนิดนี้ได้เพราะมารับการรักษาในช่วงเวลาที่กำหนด และผลการตรวจ PT,INR ปกติ หลังได้รับยาไม่มีอาการ Abnormal Bleeding และผลลัพธ์การรักษาจึงมีแนวโน้มที่ดี อาการแขนขาอ่อนแรงดีขึ้นกว่ารายที่ 1</p>
<p>4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ</p> <p>4.1 ระยะจำหน่าย</p> <p>ต้องการความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง เมื่ออยู่ที่บ้านรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน</p>	<p>4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ</p> <p>4.1 ระยะจำหน่าย</p> <p>ต้องการความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน</p>	<p>จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเช่นเดียวกัน ในระยะจำหน่ายจึงเน้นในเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ซึ่งมีข้อแตกต่างกันดังนี้</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟู และสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ การเข้าถึงบริการฉุกเฉิน</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 เน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟู สร้างความมั่นใจ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>2) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟู</p> <p>4.2 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน</p> <p>1. ภาวะบกพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย หลังD/C 1 สัปดาห์ ประเมิน ADL แนะนำญาติในดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องโภชนาการ การพักผ่อน การขับถ่าย</p> <p>2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง</p> <p>การพยาบาลได้แก่ ประเมิน motor power แนะนำญาติในการทำ Passive exercise</p> <p>3. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ผิวหนัง เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถยกแขนขาเองได้</p> <p>การพยาบาลได้แก่ กระตุ้นผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. การดูแลความสะอาดของผิวหนังและสุขวิทยาส่วนบุคคล ติดตามประเมินการเกิดแผลกดทับ</p> <p>4. เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน</p>	<p>4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>2) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟู</p> <p>4.2 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน</p> <p>1. ภาวะบกพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>การพยาบาล ได้แก่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย หลังD/C 1 สัปดาห์ ประเมิน ADL แนะนำญาติในดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องโภชนาการ การพักผ่อน การขับถ่าย</p> <p>2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง</p> <p>การพยาบาลได้แก่ ประเมิน motor power แนะนำญาติในการทำ Passive exercise</p> <p>3. เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน</p> <p>การพยาบาลได้แก่ ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อการใช้ยาของญาติ ประสานเภสัชกรให้ความรู้การใช้ยา แนะนำญาติจัดยาเป็นชุด จัดแยกซองเป็นหมวดหมู่</p> <p>4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทของตนเอง การพยาบาลได้แก่ สร้างสัมพันธภาพที่ดีและเปิดโอกาสให้</p>	<p>จากการประเมิน ADLกรณีศึกษารายที่ 1 เท่ากับ 3 คะแนน มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2 เท่ากับ 10 คะแนน ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยาซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันจากความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน และบริบทที่แตกต่างกัน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น แขนงขาอ่อนแรง motor power grade 3 จากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ต่างจากกรณีศึกษารายที่ 2 มาถึงโรงพยาบาลได้เร็วเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) การรักษาจึงมีแนวโน้มที่ดี อาการแขนขาอ่อนแรงดีขึ้นกว่ารายที่ 1 ปัญหาที่พบในผู้ป่วยมีทั้งหมด 6 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>การพยาบาลได้แก่ ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อการใช้ยาของญาติ ประสานเภสัชกรให้ความรู้การใช้ยา และแนะนำญาติจัดยาเป็นชุด จัดแยกซองเป็นหมวดหมู่</p> <p>5. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทของตนเอง</p> <p>การพยาบาลได้แก่ สร้างสัมพันธภาพที่ดีและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกและซักถาม ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ให้กำลังใจและเสริมพลัง</p> <p>6. แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูก เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง</p> <p>การพยาบาลได้แก่ แนะนำญาติจัดอาหารที่มีกากใย ฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อช่องท้องเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ ให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2.5 ลิตร/วัน ฝึกการขับถ่าย</p> <p>7. การนอนเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีความวิตกกังวล</p> <p>การพยาบาลได้แก่ ประเมินความวิตกกังวล การนอนหลับ จัดสิ่งแวดล้อม กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมในช่วงกลางวันมากขึ้น</p> <p>8. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม บาดเจ็บจากของมีคมและความร้อนเย็น เนื่องจาก</p>	<p>ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกและซักถาม ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ให้กำลังใจและเสริมพลัง</p> <p>5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม บาดเจ็บจากของมีคมและความร้อนเย็น เนื่องจากความสามารถในการรับความรู้สึกลดลง</p> <p>การพยาบาลได้แก่ จัดวางเตียงให้ชิดฝาผนัง จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ แนะนำการสวมรองเท้าหุ้มส้นในเวลาฝึกเดิน แนะนำผู้ป่วยไม่คลานลงจากเตียงโดยลำพัง</p> <p>6. เสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>การพยาบาลได้แก่ ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง แนะนำ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่หยุดยาเอง การควบคุมอาหารรสเค็ม การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง รวมทั้งอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669</p>	

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<p>ความสามารถในการรับรู้รู้สึก ลดลง</p> <p>การพยาบาลได้แก่ จัดวางเตียงให้ชิด ฝาผนัง จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ แนะนำการสวมรองเท้าหุ้มส้นใน เวลาฝึกเดิน หลีกเลี่ยงการใช้ของมี คม</p> <p>9. เสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือด สมองตีบซ้ำเนื่องจากขาด ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องต่อโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลได้แก่ ติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างต่อเนื่อง แนะนำ หลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองซ้ำ เช่น การควบคุมระดับ ความดัน โลหิต การรับประทานยา ตามแผนการรักษา ไม่หยุดยาเอง การควบคุมอาหารรสเค็ม ไขมันหรือด การสูบบุหรี่ การจัดการ ความเครียด การออกกำลังกาย และ ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง รวมทั้งอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>1669</p>		

ผลการศึกษา

พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มีโรคประจำตัว คือ COPD มาด้วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power grade 2 ด้านขวากำลึงปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 11 ชั่วโมง จึงไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ทางหลอดเลือดดำได้ ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power grade 3 เมื่อได้รับการพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล โภชนาการ การฝึกทักษะในการทำ



กายภาพบำบัด การรับประทานยา เป็นต้น รวมถึงเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน ได้แก่ การเตรียมเตียงที่สะดวกในการทำกายภาพบำบัดและกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจมากขึ้น คลายความวิตกกังวล การพยาบาลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีพยาธิสภาพจากการที่สมองถูกทำลาย ยังมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การพยาบาลจึงต้องเน้นเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การทำ Passive exercise การป้องกันแผลกดทับ ลดความวิตกกังวล แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1-3 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน คะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 3 คะแนน เป็น 11 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้ เดินโดยใช้ walker และมีคนช่วยพยุง 1 คน, สามารถขึ้นลงบันไดโดยการนั่งขยับตัวทีละขั้นได้ รับประทานยาได้ถูกต้อง ไม่ต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มีโรคประจำตัวเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มาด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 0 Right facial palsy ,severe dysarthria ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 30 นาที เข้าระบบ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนการจำหน่ายพยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำการฝึกทักษะการทำกายภาพบำบัด การดูแลความสะอาดร่างกาย ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพยาบาลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่

ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับ การรักษาด้วยยา rt-PA จึงทำให้อาการทุเลา อาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย การพยาบาลจึงต้องเน้นเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร รับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การมาตรวจตามนัด รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน และประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ พบว่าภายใน 6 สัปดาห์ คะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 10 คะแนน เป็น 18 คะแนน ผู้ป่วยเดินได้เอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รับประทานยาได้ถูกต้อง มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล เดินไปเที่ยวในสวนหลังบ้านได้

อภิปรายผล

จากผลการศึกษารณีผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Acute Ischemic Stroke) ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงสามารถนำไปสู่การเสียชีวิต หรือเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถ้าไม่ได้รับการจัดการ การดูแลที่ ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว (พรทิพย์รดา สุขรินทร์บุลภรณ์, 2564) ดังนั้น เป้าหมายสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปดูแลต่อที่บ้าน พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สร้างความรู้



ความเข้าใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ การปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตัวเองให้เร็วที่สุด ลดการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล (re-admission) สนับสนุนครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน รวมทั้งมีการวางแผนการดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค เพื่อให้เกิดการดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรายใหม่ ควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพในระยะ 2-3 เดือนแรก เพื่อสนับสนุนการปรับตัวในการดูแลตนเองก่อนส่งต่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควรมีการวางแผน วิเคราะห์และคืนข้อมูล เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ห่างไกลจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน อปท. ในการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ หลายรูปแบบ เช่น Tik Tok Facebook line เสียงตามสายในชุมชน วิทยุท้องถิ่น บ้ายประชาสัมพันธ์ โดยใช้งบประมาณจากท้องถิ่น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. มีการใช้กระบวนการพยาบาลการจัดการตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การพยาบาล
3. เป็นกรณีตัวอย่าง ที่เป็นสื่อในการเรียนรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

บรรณานุกรม

- ชื่นชม ชื่อลือชา. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ธรรมศาสตร์เวชสาร ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. (2558). "Ambulatory Neurology." กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์รตา สุขรินทร์บุลภรณ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจกรีฑ, 1(2), 113-129.
- โรงพยาบาลศิริราช คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด .(2564). คู่มือการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง. โรงพยาบาลศิริราช.ฉบับปรับปรุง 2564 .
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง . สำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่1 : กรุงเทพฯ.



สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566).**อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย** .วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.; 39(2)
:39-46.

อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. (2563). **รูปแบบการพัฒนาศูนย์พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาล
ทั่วไป ตาม Service Plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน.**

American Stroke Association. (2017). **Stroke risk factor. Retrieved Apr 4 ,2024** from
<http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>

Gordon, Moo. (1994).**Nursing diagnosis: Process and Application.** New York: McGraw- Hill.

Orem, D. E. (2001). **Nursing Concepts of Practice.** The United States of America: Mosby,Inc.