

## การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย

## Caring for stroke patients with ongoing complications at home:

## Case Study 2 Case

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

อุดม วงศ์แสน<sup>1</sup>Udom Wongsan<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน (2 กรณีเปรียบเทียบ) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับราชการครู การศึกษาปริญญา วันที่ 25 ธันวาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งขึ้นมาทันที ที่ลำตัวซีกขวา ไม่มีอาการกระตุก ผู้ป่วยไม่หมดสติ ไม่มีอุจจาระหรือปัสสาวะราด ตาเหลือกมองบน ชักเกร็งนาน 5 นาที ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ ไม่เคยชักมาก่อน หลังหยุดชักมีอาการร่างกายซีกขวาอ่อนแรง อาการไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัย pontine hemorrhagic stroke ( ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ) นอนโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 – 6 มีนาคม 2565 ระยะเวลา 71 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพงานบ้าน การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ที่ สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2565 ปวดศีรษะ อาเจียน 6 ครั้ง ภรรยาพาไปพบแพทย์ในท้องถิ่นตอนเช้า พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ตามตอบได้ช้าลง ขยับแขนขาได้ช้าไม่ได้ ไม่มีปากเบี้ยว พูดชัดเจนดี จึงเรียกรถพยาบาลมารับที่บ้านผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 – 5 เมษายน 2565 ระยะเวลา 42 วัน แพทย์วินิจฉัย Right Thalamic Hemorrhage with Left hemiparesis (Totally dependence)

**คำสำคัญ :** การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน

## ABSTRACT

This study was a 2-case study with the objective of studying the care of stroke patients with ongoing complications at home (2 comparative cases). Thai male patient, 58 years old, marital status, spouse, occupation, teacher service Degree education, December 25, 2021. The patient had a sudden seizure. on the right side of the body no spasms unconscious patient No faeces or urine poured Eyelids gazing up, convulsions lasting 5 minutes, no fever, no nausea and vomiting. no accident history never seized before After the convulsions stopped, there was weakness in the right side of the body. The condition did not improve, so he was sent to Kalasin Hospital. The doctor diagnosed pontine hemorrhagic stroke (data from patient medical records of Kalasin Hospital) hospitalized between 25 December 2021 - 6 March 2022 for 71 days. Case study 2: A Thai male patient, aged 59 years, marital status, spouse, houseworker, primary education grade 4 at universal health insurance card treatment rights, 2022. Headache, vomiting 6 times. Wife wakes up the patient in the bedroom in the morning. It was found that the patient had a headache. Q&A slower Unable to move left limb No crooked mouth, speaking clearly, so an ambulance was called to pick up the patient at the hospital from 23 February 2022 - 5 April 2022 for a period of 42 days. The doctor diagnosed Right Thalamic Hemorrhage with Left hemiparesis (Totally Dependence).

**Keywords:** care, stroke patients, Ongoing complications at home

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสว่าง

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557 – 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5 – 2 เท่าตัว<sup>1-5</sup>

จากรายงานสถิติของฝ่ายแผนงานและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง แดก ตีบอุดตัน เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก มีอัตราป่วยเท่ากับ 261 และ 284 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 4,244 และ 4,885 บาท ต่อราย ผู้ป่วยใน 269 และ 273 ต่อ แสนประชากรแสนคน ค่ารักษาเฉลี่ย 28,684 และ 32,247 บาทต่อราย ในปีงบประมาณ 2559 และ 2560 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและตีบรวมกัน จำนวน 234 และ 267 ตามลำดับ เป็นอันดับที่ 3 ของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2559) ซึ่งจะเห็นว่าอัตราการตายยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิมีวิเทศศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีก้าวหน้า สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีจำนวนมาก

ขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาการคงที่และเข้าสู่ระยะฟื้นฟูแพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มประสิทธิผลกับองค์กรได้ กล่าวคือ ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน มีทักษะ พฤติกรรม และคุณลักษณะพิเศษส่วนบุคคลที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีตามขอบเขตหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหรือมีปัญหาซับซ้อนที่กลับมาอยู่ที่บ้าน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การรักษา แนวทางการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลที่มีสมรรถนะในการทำงานย่อมทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพในระยะยาว ให้มีการพึ่งพาน้อยที่สุดและมีความสุขสูงสุดตามศักยภาพที่สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการประสานงานระหว่างเครือข่ายและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ศึกษาผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 2 รายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่นๆ<sup>6-10</sup>

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนตัวชี้วัด สถิติที่สำคัญและเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสว่าง จำนวน 2 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมีและประวัติโรคประจำตัว
3. ศึกษาผลการตรวจร่างกาย และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร อินเทอร์เน็ต ปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา ตลอดจนนำประสบการณ์จากการปฏิบัติงานมาใช้เป็นข้อมูลในการเขียนผลงาน
5. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้หาแนวทางแก้ไข ปัญหาและนำมาปฏิบัติการพยาบาล
6. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
7. เรียบเรียงผลงานและจัดทำผลงาน
8. เผยแพร่ผลงาน
9. ส่งผลงานวิชาการ

### ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน

### สรุปกรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับราชการครู การศึกษาปริญญาตรี วันที่ 25 ธันวาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งขึ้นมาทันที ที่ลำตัวซีกขวา ไม่มีอาการกระตุก ผู้ป่วยไม่หมดสติ ไม่มีอุจจาระหรือปัสสาวะราด ตาเหลือกมองบน ชักเกร็งนาน 5 นาที ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ ไม่เคยชักมาก่อน หลังหยุดชักมีอาการร่างกายซีกขวาอ่อนแรง อาการไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัย pontine hemorrhagic stroke ( ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ )

นอนโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 – 6 มีนาคม 2565 ระยะเวลา 71 วัน

วันที่ 16 มีนาคม 2565 ลงประเมินติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ on tracheostomy tube with Collar mask O2 10 Liter Per Minute มีเสมหะเหนียวข้นปริมาณมาก ไม่มีอาการหอบเหนื่อย on NG tube สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส รับประทานอาหารทางสายให้อาหารได้ ไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่มีแผลกดทับมีข้อไหล่ขวาติด ผู้ดูแลหลักคือภรรยาและบุตรสาวสลับเปลี่ยนกันดูแล ผู้ป่วยตลอด Barthel Activity Daily Living Index : 0/20 ยาประจำ คือ Amlodipine(10) 1 tab TF OD, Haldol (0.5) 2 tab TF hs ,Acetylcysteine200 mg 1 pack TF bid ,Vit B complex 1 tab TF bid pc ได้ประเมินอาการและสภาพผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติตามสภาพปัญหาที่พบจำนวน 7 ครั้งดังนี้

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 16 มีนาคม 2565  
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 5 เมษายน 2565  
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 20 เมษายน 2565  
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4 16 พฤษภาคม 2565  
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 5 7 กรกฎาคม 2565  
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 6 9 สิงหาคม 2565  
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 7 12 กันยายน 2565

ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ แบบองค์รวม

โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งสิ้น 9 ข้อ ดังนี้ 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการอุดตันทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้นปริมาณมาก 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการปอดติดเชื้อ เนื่องจาก on tracheostomy tube 3. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเคี้ยวกลืนลำบากจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอ่อนแรง ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 4. . เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ก้น ทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์เพราะมีปัสสาวะและ อุจจาระไหลออกตลอดเนื่องจากไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการคั่งของปัสสาวะ 6. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีอัมพาตซีกขวาของร่างกาย 7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย 8. มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองแตกซ้ำ 9. การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่อง ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 9 ข้อ ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุขและแพทย์แผนไทย ให้การดูแลตามสภาพปัญหาและติดตามประเมินผลหลังให้การดูแล 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ on tracheostomy tube off Collar mask O2 10 Liter Per Minute หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะการอุดตันทางเดินหายใจไม่มีเสมหะเหนียวข้นและปริมาณเสมหะลดลง ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น จากเดิม 17.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็น 18.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ ( ค่าดัชนีมวลกายปกติ 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ) ไม่มีภาวะติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ก้นทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดให้ ผู้ป่วยสามารถยกแขนขาข้างซ้ายได้เอง ไม่เกิดอันตราย

จากความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่มีผลกดทับ ญาติคลายความวิตกกังวล และมีกำลังใจในดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองและป้องกันการกลับไปเป็นโรคซ้ำ ผู้ป่วยเริ่มสื่อสารได้ แต่พูดได้เป็นคำๆ ไม่ประติดประต่อ และต้องใช้เวลาคิดนาน ผู้ป่วยสามารถยกแขนขาข้างซ้ายได้เอง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 3 แขนขาข้างขวายังมีอาการอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 1 ไม่มีภาวะสับสนให้ความร่วมมือในการดูแล จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่ามีความกังวลใจในการดูแลและได้รับข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากทีมผู้ดูแล

## สรุปกรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพงานบ้าน การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4

สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2565 ปวดศีรษะ อาเจียน 6 ครั้ง ภรรยามาปลุกผู้ป่วยในห้องนอนตอนเช้า พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะตามตอบได้ข้างลง ขยับแขนขา ด้านซ้ายไม่ได้ ไม่มีปากเบี้ยว พูดชัดเจนดี จึงเรียกรถพยาบาลมารับที่บ้านผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 – 5 เมษายน 2565 ระยะเวลา 42 วัน แพทย์วินิจฉัย Right Thalamic Hemorrhage with Left hemiparesis (Totally dependence) ( ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ )

วันที่ 5 เมษายน 2565 ประเมินสภาพที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พอทำตามสั่งได้บ้าง แขนขาเกร็งทั้ง 2 ข้าง มีกระตุกบางครั้ง เป็นมากเวลาไอ นานประมาณ 3-5 วินาที หายใจได้เอง on tracheostomy tube มีเสมหะเหนียวเป็นบางครั้ง รับอาหารทางสายให้อาหาร มีอาการท้องผูกไม่ถ่ายอุจจาระมาแล้ว 3 วัน ไม่มีผลกดทับ ไม่มีข้อติดแข็ง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 98/66 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 103 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส Barthel Activity Daily Living Index :

0/100 ผู้ดูแลหลักคือภรรยา มีญาติสลับเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยตลอด ยาประจำ คือ Amlodipine (10mg) 1 tab oral pc เข้า ได้ประเมินอาการและสภาพผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติตามสภาพปัญหาที่พบจำนวน 8 ครั้งดังนี้

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 | 5 เมษายน 2565    |
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 | 12 เมษายน 2565   |
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 | 2 พฤษภาคม 2565   |
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4 | 18 พฤษภาคม 2565  |
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 5 | 21 มิถุนายน 2565 |
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 6 | 19 กรกฎาคม 2565  |
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 7 | 20 สิงหาคม 2565  |
| เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 8 | 20 กันยายน 2565  |

ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ แบบองค์รวม โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งสิ้น 9 ข้อ ได้แก่ 1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้นใน tracheostomy tube เป็นบางครั้ง 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการปอดติดเชื้อ เนื่องจาก on tracheostomy tube 3. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเคี้ยวกลืนลำบากจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอ่อนแรง ผู้ป่วยซูบผอม ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการคั่งของปัสสาวะ 5. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีอัมพาตซีกซ้ายของร่างกาย 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย 7. มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองแตกซ้ำ 8. การติดต่อสื่อสารด้านการพูดบกพร่อง 9. ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 9 ข้อ ได้รับการ

พยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจากการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหามาตลอด หลังให้การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะของปอดติดเชื้อ และสามารถถอด tracheostomy tube ได้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่มีภาวะ Cyanosis ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 48 กิโลกรัม เป็น 51 กิโลกรัม จากค่าดัชนีมวลกาย 17.6 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็น 18.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ ( เกณฑ์ปกติ 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ) และถอดสายให้อาหารออกวันที่ 15 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยกลืนอาหารอ่อนได้ด้วยตนเอง ไม่มีอาการสำลัก ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายภาพบำบัดสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ไม่เกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเองผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หายใจเองได้ ADL = 60/100 MRS =2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ระดับกำลังกล้ามเนื้อดีขึ้นสามารถยกแขนและขาข้างขวาเดินได้โดยมีผู้ดูแลพ่วง ผู้ป่วยสามารถ active exercise ข้อเท้าได้ด้วยตนเอง ไม่มีข้อติดและแผลกดทับ ญาติคลายความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยและได้รับข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองและป้องกันการกลับไปเป็นโรคซ้ำ ผู้ป่วยสื่อสารได้ปกติ ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามสุขนิสัยเดิม คือ วันเว้นวัน ทั้งนี้พยาบาลได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ให้การดูแลตามสภาพปัญหาและติดตามประเมินผลหลังให้การดูแล 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น กำลังกล้ามเนื้อแขนและขาข้างขวา ระดับ 5 แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 สามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้วอล์กเกอร์ ทรงตัวได้ดีสามารถเดินไปเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ และเดินออกไป

ข้างนอกบ้านได้ หน้าตาสดใส ยิ้มแย้มตลอดเวลา  
รับรู้ได้ดีขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารโดยการพูดได้ดี  
ผู้ป่วยหายใจได้เองสม่ำเสมอ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการ  
หายใจรับประทานอาหารได้เอง ไม่มีการสำลัก  
อาหาร ADL=60/100, MRS =2 BP 107/65  
mmHg, PR 98/min, RR 20/min, BT 37.1°C

### สรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี  
ภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา ( 2  
กรณีเปรียบเทียบ ) เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย  
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ  
และมาตรฐานการพยาบาล เพื่อตอบสนองความ  
ต้องการและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ป้องกันและลด  
ภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งศักยภาพ  
ของผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลครอบคลุมแบบองค์  
รวมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับปัญหาทาง  
สุขภาพในระยะยาว ทำให้มีการพึ่งพาน้อยลง มี  
ความสุขสูงสุดตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี  
ขึ้น<sup>11-14</sup> โดย

1. การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ  
พยาบาลผู้ป่วย ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย  
ได้ตามเป้าหมาย สามารถส่งต่อข้อมูล ปัญหาของ  
ผู้ป่วยให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เพื่อการดูแล  
ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประเมิน  
วิเคราะห์ปัญหาที่พบ สามารถนำกระบวนการ  
พยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมอย่างเป็นองค์  
รวมและต่อเนื่อง

2. เตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่  
บ้าน เช่นผู้ป่วยบางรายอาจมีอุปกรณ์ติดตัวมาด้วย  
จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสภาพบ้านให้เหมาะสม  
เตรียมสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล  
ผู้ป่วย

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล  
ผู้ป่วย (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญ  
พยาบาลจำเป็นต้องให้ความรู้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย  
และการดูแล จำเป็นต้องใช้กลวิธีในการสื่อสาร

เพื่อการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ตั้งแต่ระยะเริ่มป่วย  
เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และระยะหลังเจ็บป่วย  
เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เรียนรู้การปฏิบัติการ  
ดูแล เช่นการทำกิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร  
ทางสายให้อาหาร การทำอาหารปั่น การดูแล  
เสมหะ การทำกายภาพบำบัด เพื่อป้องกัน  
ภาวะแทรกซ้อนจากข้อยึดติดและแข็งเกร็ง การ  
สังเกตอาการผิดปกติ ทุกกิจกรรมให้สามารถปฏิบัติ  
ได้จริง

4. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ  
วางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้  
การช่วยเหลือสนับสนุน การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้  
กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติให้  
สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ มีการ  
กำหนดแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล  
ผู้ป่วย มีการเยี่ยมบ้านจากทีมผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ  
และต่อเนื่อง ให้คำปรึกษา ตามสภาพปัญหาและ  
ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและญาติ

5. เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติเรื่อง  
ปัญหาสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นภาวะเสี่ยง  
ทั้งด้านร่างกาย เช่น ติดเชื้อที่ปอด ทางเดินปัสสาวะ  
แผลกดทับ การได้รับอาหารไม่เพียงพอ ด้านจิตใจ  
ลดภาวะท้อแท้ เบื่อหน่าย เครียดและสิ่งสำคัญของ  
การดูแลคือช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่  
สูญเสียไป เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด  
เท่าที่จะเป็นไปได้ โดยเฉพาะการทำกิจวัตร  
ประจำวัน

### ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี  
ภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา ( 2  
กรณีเปรียบเทียบ ) ซึ่งมีเป้าหมายการดูแล  
เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี  
ภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ  
ตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อป้องกันและลด  
ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย  
ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความพร้อมในการให้การ

ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และลดการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ตามแนวทางปฏิบัติ Clinical Practice Guideline : CPG คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลระยะยาว จำเป็นต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการดูแลที่บ้านของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และมีคู่มือ แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร หากเกิด

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลได้จากคู่มือ และ Clinical Practice Guideline เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ และควรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องให้ข้อมูลและทักษะที่เพียงพอ บุคลากรต้องใส่ใจให้ความรู้แนะนำ สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้วยทุกกิจกรรม

### เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจริย, บรรณาธิการ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:งานตำราและวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
2. กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม. (2552). พยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน (Pathophysiology and management in carotid artery stenosis). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
3. กัมมันต์ พันธุมจินดา, ยุทธชัย ลิขิตเจริญ. (2552). แนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น. ใน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 1-66.
4. กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน: กิ่งแก้ว ปาจริย, บรรณาธิการ. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.: 59-73.
5. กฤษณา พิรเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ใน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 205-25.
6. นิพนธ์ พงวรินทร์. (2544). Epidemiology of stroke. ใน: นิพนธ์ พงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร; เรือนแก้วการพิมพ์: 1-37.
7. ปานศิริไชยรังสฤษดิ์. (2551). Acute Ischemic Stroke. ใน: จันทราภา ศรีสวัสดิ์, อัมพาสุทธิจำรู
8. ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิชัยประยูรวิวัฒน์, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: อักษรการพิมพ์: 22-34.
9. ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2548). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน: กิ่งแก้วปาจริย, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ; เอ็น.พี.เพรส: 91-110.
10. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น:คลังน่านวิทยา: 214-24.
11. นริสา วงศ์พนารักษ์. (2013). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 31; 4: 16-25.
12. ชาญพงษ์ ตั้งคณะกุล. (2554). Statin in stroke ใน: ดิษยา รัตนกร Current practical guide to stroke management. กรุงเทพฯ; สวีชาญการพิมพ์: 89-101.

13. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. 2550. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (management of acute ischemic stroke). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ; ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.