กรณีศึกษา Case Study

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา

Utilization of Orem's Self Care Theory for Patients with Non–Operative Hemorrhagic Stroke : Case Study

สุธารัตน์ แสงอินทร์ พย.บ.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การแตกของหลอดเลือดในสมองเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางการรักษามีทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับมารักษาเป็นซ้ำในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา : ชายไทยโสดอายุ 52 ปี มาด้วยอาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ประวัติโรคร่วม ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ขาดการติดตามการรักษา มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราประจำ การวินิจฉัยโรค Lt basal ganglion hemorrhage แพทย์ให้การรักษาแบบไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ผ่านระบบ Telemedicine ในการติดตามเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและเลิกสูบบุหรี่และสุราได้ ส่งผลให้มีน้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องและมีสุขภาพดีขึ้น โดยมีน้องสาวเป็นผู้ดูแลให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลดลงจาก 30.49 เหลือ 27.7 มีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้นโดยก่อนจำหน่ายเท่ากับ 9 เพิ่มเป็น 18 คะแนน ในการมาตรวจตามนัดครั้งที่ 3 โดยใช้เวลาทั้งหมด 4 เดือน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลมิได้มีบทบาทแค่ส่งเสริมการดูแลตนเองในระดับบุคคลเท่านั้น จำเป็นต้องส่งเสริมการดูแลตนเองในระดับครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและลดภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่น

คำสำคัญ : ทฤษฎีโอเร็ม,การดูแลตนเอง, โรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

The rupture of blood vessels in the brain occurs due to multiple risk factors, particularly high blood pressure, smoking, and alcohol consumption. Treatment approaches include both surgical and non-surgical options, depending on the pathology and specific indications for each patient. The objective of this study was to examine the nursing process for patients with hemorrhagic stroke who do not undergo surgery, promoting self-care for patients and their

families to ensure proper and appropriate care, reduce complications, and lower the rate of readmission to the hospital.

Study Results : A 52-year-old single Thai male presented with slurred speech, a stiff tongue, and weakness in the right arm. His medical history included hypertension and hyperlipidemia, with inconsistent medication adherence and self-discontinuation of treatment. He also had a history of regular smoking and alcohol use. The diagnosis was left basal ganglion hemorrhage, and the physician provided non-surgical treatment. The patient was planned for discharge and referred to a nearby primary care unit through a telemedicine system for follow-up to promote self-care, behavior modification, and adherence to scheduled check-ups. The study found that the patient demonstrated improved behavior changes regarding diet, exercise, and cessation of smoking and alcohol use. This led to a continuous weight loss and improved health, with his sister acting as a caregiver to provide encouragement and reminders to follow the nurse's recommendations. As a result, his body mass index (BMI) decreased from 30.49 to 27.7, and his ability to perform daily activities improved from a score of 9 at discharge to 18 at the third follow-up appointment, over a total period of 4 months. This study indicates that nurses play a crucial role not only in promoting individual self-care but also in fostering self-care at the family and community levels to ensure sustainable self-care practices, improving patients' quality of life, reducing rates of readmission to the hospital, and decreasing dependence on others.

Keyword : Orem's theory, self-care, Non-Operative Hemorrhagic Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagicstroke) เป็นภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในสมองทำให้มีเลือดในสมอง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความรุนแรงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง จากข้อมูล World Stroke Organization ปี2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกรายใหม่ 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก 3 ล้านกว่าคนต่อปี[1] สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกในปี พ.ศ.2563-2565 พบ 87.63, 92.06 และ 88.38 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 26.65 27.43 และ 27.58[2] ตามลำดับ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีทั้งรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด เน้นการรักษาด้วยการให้สารน้ำยาและเกลือแร่ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับปริมาณและตำแหน่งเลือดที่ออกในสมองซึ่งการดูแลระยะหลังผ่าตัดเน้นที่การป้องกันภาระแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำความดันในกะโหลกศีรษะสูง ชักเกร็ง โรคหลอดเลือดสมองแตกพบได้ประมาณร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็น ร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก[3] อาการนำของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง คือ อาการปวดศีรษะแบบทันทีทันใดในกลุ่มที่มีเลือดออก ในสมองน้อยและเลือดออกบริเวณกลีบสมอง นอกจากนี้ ยังมีอาการชัก อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและ/หรือร่างกายครึ่งซีก ความรู้สึกตัวลดลง อาการชักและอาการเฉพาะของตำแหน่งต่างๆ ที่เลือดออก เช่น อาการมือสั่น สูญเสียการทรงตัว และการประสานงานกันของระบบต่างๆ ใน

ร่างกาย ปัจจัยที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วยปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชายและพันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาละลายลิ่ม เลือดและตำแหน่งของรอยโรค[4] จังหวัดพิจิตรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2564-2566 เท่ากับ 1,948, 1,901 และ 2,020 ราย ตามลำดับ อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพิจิตร ปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 10.83 (211 ราย), 9.99 (190 ราย) และ 9.31 (188 ราย) รายตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอบางมูลนาก ปี 2564-566 เท่ากับ 235, 231, และ 232 ราย ตามลำดับ ส่วนอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอบางมูลนากสูงเป็นอันดับสองรองจากอำเภอตะพานหิน โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 5.11 (12 ราย), 6.06 (14 ราย) และ 6.03 (14 ราย) ตามลำดับ[5] ผู้เขียนตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว มีความสนใจที่จะศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและให้การดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกรับ ระยะการวางแผนจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลหลักช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ช่วยให้ญาติใช้เวลาในการดำเนินชีวิตตามปกติได้ ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด

2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยนำทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

3. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดอัตราการกลับมารักษาเป็นซ้ำในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้มารับบริการที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางมูลนากและได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด

2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด

3. เก็บรวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต การประเมินสภาพแรกรับ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและจากระบบ HOS XP ของโรงพยาบาล

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน เริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ผ่านระบบ Tele-medicine เพื่อติดตามอาการและกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ในด้านการลดปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ในโรงพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาล ติดตามและประเมินผลการพยาบาล ผู้ศึกษาเข้าไปดูแลผู้ป่วยในช่วงการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) ระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้โทรศัพท์ติดตาม และประเมินในวันที่มาตรวจตามนัดที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางมูลนาก

6. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานกรณีศึกษา จัดทำรูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข เผยแพร่ผลงาน

ผลการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำราหนังสือและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

เกิดจากการแตกหรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง (intracerbral haemorrhage) พบได้ประมาณ ร้อยละ 10-15 และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 25-52 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ 2 วันแรก[6] ซึ่งภาวะเลือดออกในสมองแบ่งออกเป็น 2 ประเภท[7] คือภาวะเลือดออกในสมองปฐมภูมิ (primary intra cerebral haemorrhage) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความดันในหลอดเลือดแดงสูง (arterial hypertension) ในขณะที่ภาวะเลือดออกในสมองทุติยภูมิ (secondary intracerebral haemorrhage) เป็นภาวะเลือดออกในสมองที่มีจากสาเหตุอื่นๆ เช่น เนื้องอกในสมอง (brain tumor) ความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้น โรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุเนื่องจากหลอดเลือดแดงเปราะ ผนังหลอดเลือดอ่อนแอและโป่งพอง ซึ่งเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองแตก การสูญเสียความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด เมื่อการไหลเวียนเลือดไปกระทบจึงแตกออก ก้อนเลือดไปกดเนื้อเยื่อสมอง และไปกระตุ้นเส้นประสาทชิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองบวม เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสมองตายในที่สุด[8] ประการที่สอง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจะมีผนังหลอดเลือดที่หนาตัวและแข็ง ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไปหลอดเลือดจึงแตกได้ง่าย[9] การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิต (blood pressure) และป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นสำคัญ

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมองแตกประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาต ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย และ พันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาละลายลิ่มเลือด และปัจจัยด้านตำแหน่งของรอยโรค มีรายงานการศึกษาพบว่า หากความดันโลหิตมีค่าระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็น 4.9 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ หากความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นเป็น 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.6 เท่า และหากความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic pressure) มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (diastolic pressure) มากกว่า 109 มิลลิเมตรปรอท โอกาสของการเกิดหลอดเลือดสมองแตกจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเป็น 28.8 เท่า สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงเป็น 1.3 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน และผู้ป่วยใช้ยาละลายลิ่มเลือดและมีความดันโลหิตสูงก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้วยในส่วนของพฤติกรรมส่วนบุคคล ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดในสมองแตกเป็น 2.1-2.7 เท่า ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีความเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 เท่า การดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองแตกเป็น 4 เท่า[10]

3. อาการของโรคหลอดเลือดสมองแตก

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติดขัด เสียงไม่ชัดหรือไม่เข้าใจคำพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อนอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ในบางกรณีอาจเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack หรือ TIA)

4. การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดแดง มีขั้นตอน ดังนี้

4.1 การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษาอาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท

4.2 การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) การใช้คลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging / MRI) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเม็ดเลือด (CBC), ระดับน้ำตาลในเลือด, เกลือแร่ในเลือด (Serum Electrolytes), การทำงานของ ไต

5. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

จากการศึกษาพบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือมีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง มีทั้งการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านผู้ป่วยพยาธิสภาพและข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม บทความนี้เน้นเฉพาะ การรักษาโดยไม่ผ่าตัด โดยมีเป้าหมายสำคัญที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์จากแนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก มีแนวทางการดูแลรักษาทางยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ผ่าตัด[2] ดังนี้

5.1 การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง แพทย์จะสั่งให้ควบคุมค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวให้น้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) ให้น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท

5.2 การเฝ้าระวังภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดถือว่ามีความสำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือมีโรคที่ทำให้เลือดไม่แข็งตัว แต่ควรระมัดระวังภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยแพทย์จะพิจารณาให้วิตามินเค 5 ถึง 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยเพิ่มกระบวนการแข็งตัวของเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำจำเป็นต้องได้รับเกล็ดเลือดทดแทนด้วยเช่นกัน

5.3 การดูแลรักษาด้วยยากันชัก ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองมีโอกาสชักร้อยละ 8-10 โดยเฉพาะเลือดออกในกลีบสมอง ดังนั้นแพทย์จะให้ยากันชักในรายที่มีเลือดออกในกลีบสมองหรือมีเลือดออกในชั้นเปลือกสมอง (cortical intra cerebral hemorrhage) และผู้ป่วยที่เคยมีประวัติชักทุกราย ซึ่งการให้ยากันชักป้องกัน (prophylaxis) มีข้อมูลสนับสนุนเฉพาะในช่วง 7 วันแรก แต่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนการใช้ยากันชักเพื่อป้องกันอาการชักในระยะยาว

5.4 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นโรคเบาหวานปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดระดับน้ำตาล แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าการลดระดับน้ำตาลเร็วเกินไปอาจทำให้สมองขาดเลือดได้ จึงยอมรับว่าถ้าระดับน้ำตาลไม่เกิน 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในผู้ป่วยเลือดออกในสมองยังไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษา[11]

6. มโนทัศน์ทฤษฎีของโอเร็ม

เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลและใช้เป็นกรอบแนวคิดในวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Mc Ewen & Wills, 2014) เชี่ยวชาญ ซึ่งมโนทัศน์ทฤษฎีของโอเร็มได้อธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors)[7] นอกจากนี้ยังกล่าวถึงระบบการพยาบาล (Nursing System) นอกจากนี้โอเร็มยังกล่าวถึงระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ว่าเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง

ของบุคคล ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล 3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบนี้มีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ดังนี้ 1. การกระทำให้หรือกระทำแทน 2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ 3. การสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว 4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ 5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)[12]

7. วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รักษาโดยไม่ผ่าตัด

การวิเคราะห์ปัญหากรณีศึกษาใช้แนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด ประกอบด้วย หลักการตามอักษรคำย่อ “PAST-MANTT”[13] ที่ใช้ในการดูแลแต่ละระยะดังนี้ P = Problem analysis คือ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการเฝ้าระวังที่เหมาะสมโดยในวันแรกและระยะวิกฤต (วันที่ 2-3) เน้นการเฝ้าระวังปัญหาสำคัญที่อาจเกิดกับผู้ป่วย, A = Assessment คือ การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยในวันแรกและระยะวิกฤต พยาบาลซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological signs) ทุกๆ 2 ชั่วโมง ส่วนในระยะกลาง และระยะพักฟื้น จะมีการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงทุก 1-2 ชั่วโมง หรือพิจารณาตามปัญหาที่พบในผู้ป่วย นอกจากนี้ตลอดระยะการดูแล พยาบาลประเมินสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ และประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, S = Specimen & Test คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) เพื่อช่วยในการวินิจฉัย, T = Treatment คือ หัตถการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ M = Medication คือการให้ยาซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ การให้ยาในวันแรกแพทย์จะให้ยาตามอาการ และปัญหาที่พบในระยะพักฟื้น ถ้าไม่มีปัญหาการคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์จะปรับยาให้เป็นยารับประทานแทนยาชนิดฉีด, A = Activity คือ กิจกรรมการเคลื่อนไหว ในวันแรกและระยะวิกฤตพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเพื่อช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวตามลำดับอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะกลางและระยะพักฟื้น, N = Nutrition คือ การดูแลด้านโภชนาการ, T = Teaching & Education คือ การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติแก่ญาติและผู้ดูแลและเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย แนะนำการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน, T = Transfers คือ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยโดยแพทย์ และพยาบาลพิจารณาความเหมาะสม ร่วมกัน

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 52 ปี อาชีพทำนา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา น้ำหนัก 78 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร มีจัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 30.49 อาศัยอยู่คนเดียวเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น มีบ้านพี่สาวอยู่ใกล้บ้าน นับถือศาสนาพุทธ ดื่มสุราทุกวันสูบบุหรี่มาตั้งแต่อายุประมาณ 17 ปี มีรายได้หลักมาจากการทำนาตนเอง ไม่มีภาระหนี้สิน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 17 พฤศจิกายน 2566 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

23 พฤศจิกายน 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 6 วัน

อาการสำคัญ: ลิ้นแข็ง พูดคุยไม่ชัด แขนขาขวาอ่อนแรง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ประมาณ 18.00-19.00 น. จากนั้นรับประทานอาหารแล้วเข้านอน เช้าวันที่ 17 พฤศจิกายน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (07:30 น.) ญาติพบผู้ป่วยอยู่บนที่นอน มีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่มีอาเจียน ญาตินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

มีประวัติมารักษาโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงที่โรงพยาบาลบางมูลนาก ในปี 2563 หลังจากนั้นมิได้ไปรักษาต่อที่ใด

ประวัติการใช้สารเสพติด :

ดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นจะรับประทานอาหารแล้วเข้านอนและสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน มากกว่า 10 ปี

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่ฉีดสารทึบรังสี (CT brain non-contrast) :

Cerebral parenchyma: The study reveals age-appropriated brain volume with normal grey-white differentiation. No large territorial infarction. A 2.5x1.3x3.1-cm acute left basal ganglis hemorrhage. Cerebellum and posterior fossa: Normal given a limited evaluation of the brainstem due to beum-hardening artifacts. Extra-axial spaces: No extra-axial hemorrhage or collection. I Ventricles: Appropriate for uge. No hydrocephalus. Midline shift: Mild shifting to the right, 0.4 cm. Brain herniation: Nonc. Vascular system: Unremarkable. Calvarium and scalp: Unremarkable Skull base, sella, temporomandibular joints (TMJs), visualized orbits, paranasal sinuses and mastoid air cells: Activate Windows

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

ไม่พบภาวะซีด (Hb = 15.2%, Hct = 42%) การทำงานของไตปกติ (BUN = 12mg/dL, Cr = 0.79 mg/dL, eGFR = 103 ml/min/1.73m2) อิเล็กโตรไลต์ในเลือดพบโซเดียมและคลอไรด์ต่ำ (Na = 139 mmol/L, Cl = 96 mmol/L) ส่วนตัวอื่นอยู่เกณฑ์ปกติ (K = 3.8 mmol/L, CO2 = 27.1mmol/L) พบระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Cholesterol = 165mg/dL, Triglyceride = 340mg/dL,HDL = 25 mg/dL,DTX = 177 mg/dl, HbA1C = 7.5%)

ผลเอกซเรย์ปอด ปกติ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติ (NSR rate 75 no ST change)

แพทย์ให้การวินิจฉัยครั้งแรก Lt basal ganglion hemorrhage

อาการและสัญญาณชีพแรกรับ :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลิ้นแข็ง พูดคุยไม่ชัดเจน แขนขาขวา gr.4 แขนขาซ้าย gr.5 อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 168/122 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที O_2sat = 99% ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthe Activities of Daily Living : ADL) 8 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน)

การรักษาที่ได้รับวันแรก :

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566: 0.9% NSS 1000 ml + B co 2 amp อัตรา 80 ml/hr. Nicardipine 20 mg + NSS 80 ml (1:5) อัตรา 5-30 ml/hr Keep BP < 140/90 mmHg, - NPO-Record V/S-Retained foley's catheter-DTX stat 187 mg% then q 6 hr., keep 80 - 200 mg% Medication : Omeprazole 40 mg v OD-Aspiration precaution, Atenolol (50) ½ tab ⊙ x 1 pc เช้า, วันที่ 18 พฤศจิกายน 2566 ส่งทำกายภาพ (เช้า-เย็น) 21 พฤศจิกายน 2566 : off IV, On Heplock, off foley's catheterNicardipine 20mg+NSS80ml (1:5) V rate 5-30 ml/hr. titrate Keep BP < 140/90 mmHg Review Treatment - Amlodipine (10) 1 tab ⊙ x 1 pc เช้า, Enalapril (20) 1 tab ⊙ x 2 pc เช้า-เย็น, Hydralazine (50) 1 tab ⊙ x 2 pc เช้า-เย็น , HCTZ (25) 1 tab ⊙ x 1 pc เช้า, Atenolol (50) 1 tab ⊙ x 1 pc เช้า 22 พฤศจิกายน 2566 : Bromhexine 1x3 oral pc,

off Hydralazineเดิม Hydralazine(50)1tab ⊙x2pc เช้า-เย็น **แพทย์อนุญาตจำหน่ายกลับบ้าน** ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 6 วัน

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย :

Lt basal ganglion hemorrhageunderline Hypertension with Dyslipidemia with Type 2 diabetes

Home Medication : Bromhexine 8 mg. 1 tab ⊙ x 3 pc เช้า-กลางวัน-เย็น Amlodipine 10 mg. 1 tab ⊙ x 1 pc เช้า, Atenolol 50 mg) 1 tab ⊙ x 1 pc เช้า, Enalapril 20 mg. 1 tab ⊙ x 2 pc เช้า-เย็น, Ciprofloxacin 250 mg. 1 tab ⊙ x 2 pc เช้า-เย็น, Hydralazine 50 mg1 tab ⊙ x 2 pc เช้า-เย็น. HCTZ 25 mg1 tab ⊙ x 1 pcเช้า,

ก่อนจำหน่าย ADL = 9/20 คะแนน Motor power แขนขาขวา grade 3, แขนขาซ้ายเกรด 5 นัดทำกายภาพ 1 ครั้ง/วัน, วัดความดัน 7 วันที่บ้าน นัด Follow Up ที่แผนกบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางมูลนาก

การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย :

ผู้ศึกษาติดตามทาง Tele-medicine ผ่าน Smart Phone ของหลานสาว โดยนัดล่วงหน้า 1 วันก่อนถึงวันนัดและประสานส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน (รพ.สต.บ้านน้อย อำเภอโพทะเล) เพื่อช่วยวัดความดันทุกวัน 7 วัน มีผลการติดตาม ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 27 ธันวาคม 2566 : แพทย์นัดติดตามอาการ + วัดความดันที่บ้าน 7 วัน แขนขาข้างขวาอ่อนแรง รับประทานอาหารเองจะสำลัก ผู้ป่วยมาทำกายภาพตามนัด Physical examination: Temp: 36.5oC P:62/min. RR: 20/min. BP: 122/79 mmHg BW: 78Kg. สูง: 165 Cm. BMI: 28.72, PT Note: Muscle power Rt side UEs Gr.3, LEs Gr.3 Muscle power Lt side UEs Gr.5, LEs Gr.5 Standing balance: fair Ambulate training with walker, minimal assistance สอนออกกำลังด้วย Home program. นัดทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง 5 วัน/สัปดาห์ การรักษาที่ได้รับยาเดิม (HM)+ Amlodipine 10 mg 1 tab oral x 1 pc เช้า, Simethicone 1 tab oral x 3 pc, Atorvastatin 40 mg 1 tab oral x hs

ครั้งที่ 2 วันที่ 29 ธันวาคม 2566 : ผู้ป่วยมีใบหน้าสดชื่นขึ้น ไอเสมหะเหนียว มีปัญหาท้องผูก 2-3 วัน ถ่ายครั้ง สัญญาณชีพปกติ FBS 125 mg% PT Note: Muscle power Rt. side UEs Gr.4, LEs Gr 4 Muscle power Lt. side UEs Gr.5,LEs Gr. 5 Standing balance : good, Gait training: independent ผู้ป่วยเดินได้ดี ไม่มีเครื่องช่วยเดิน สอนญาติช่วยทำกายภาพที่บ้าน ต่อที่บ้านสอนออกกังกายด้วยการแกว่งแขนทุกเช้าและเดินประมาณ 15-20 นาที

ครั้งที่ 3 วันที่ 20 มีนาคม 2567: สัญญาณชีพปกติ น้ำหนักลดเหลือ 75 kg ค่าBMI = 27.7 อาการทั่วไปปกติ รับประทานอาหารได้เองไม่สำลัก ไม่มีอาการแขน ขาอ่อนแรง Motor at least gr 4 +all E4V5M6

ผู้ศึกษาใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษา : ดังนี้

ตรวจคัดกรองโดยการซักประวัติต้องซักประวัติอย่างรวดเร็วตาม F.A.S.T เพื่อรวบรวมข้อมูล ดังนี้ F = Face ใบหน้ามีอาการหน้าชา ปากเบี้ยว มุมปากตก กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก, A = Arm แขน ขาอ่อนแรง เดินเซ ทรงตัวลำบาก, S = Speech การพูดมีลักษณะพูดไม่ออก ลิ้นแข็ง หรือ พูดไม่ชัดอย่างทันที ทันใด, T = Time รู้เวลาที่เริ่มมีอาการ คือ รู้ว่าเริ่มมีอาการเป็นเวลาเท่าไหร่นับจากที่มีอาการผิดปกติ หรือนับจากเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปกติเป็นครั้งสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track อย่างรวดเร็วที่สุด ตามมาตรฐาน ประสานเจ้าหน้าที่รังสีวิทยาเพื่อต้องมีความพร้อมในการเตรียมห้อง CT scan ยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีระยะเวลา onset to hospital ใกล้เวลา 270 นาที ยิ่งต้องรีบให้การบริการให้เร็วมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ทัน golden period

ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจรักษาขณะอยู่แผนกผู้ป่วยนอก : ดังนี้

1. การอธิบายโรคที่ผู้ป่วยเป็นให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะต้องมีการ

ตัดสินใจของผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยสายตรงกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว พูดไม่ได้ ดังนั้นการติดต่อกับญาติผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ถ้าสามารถติดต่อได้เร็ว และมีการอธิบายล่วงหน้าได้ก็จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีและรวดเร็ว ไม่เสียเวลา

2. การพูดคุยกับผู้ป่วย และน้องสาว ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นการแจ้งแนวทางการรักษาก่อนที่จะทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมาเลี้ยงหรือไม่ รวมทั้งการ inform และ/หรือ consent form ก่อนที่จะทราบผลการวินิจฉัย โดยเป็นการแจ้งล่วงหน้าว่าถ้าผลการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแล้วพบว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือด จะต้องให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วย และ/หรือญาติเห็นด้วยหรือไม่ หรือถ้ามีเลือดออกในสมองจำเป็นต้องส่งตัวเพื่อรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วย และ/หรือญาติเห็นด้วยหรือไม่ ดังนั้นทีมต้องมีการกำหนดแนวทางการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนที่ละเอียดว่าต้องทำกิจกรรมใดในช่วงเวลาใด ทำอะไรก่อนหลัง เป็นต้น

3. ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย EKG monitor เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน เตรียมเครื่อง Defibrillation ไว้ในบริเวณใกล้เคียง เตรียมทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน

4. วางแผนประสานการส่งต่อผู้ป่วยจากผู้ให้บริการทีมหนึ่งไปยังอีกทีมหนึ่ง ซึ่งรอยต่อระหว่างการส่งต่อแต่ละกิจกรรมนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เช่น รอยต่อระหว่างพยาบาลเจาะเลือดใส่ tube และเจ้าหน้าที่นำส่งหรือเจ้าหน้าที่นำส่งห้อง lab เมื่อมีการลงทะเบียนแล้วทำ lab ทันทีเลยหรือไม่ หรือเมื่อแพทย์มีการสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้ว พยาบาลสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายในเวลากี่นาทีหลังจากแพทย์มีการเขียนคำสั่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือแม้กระทั่งพนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องตรวจไปห้องเอกซเรย์ หรือจากห้องเอกซเรย์ไปยังหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รอยต่อต่างๆ เหล่านี้ใช้เวลาไปไม่น้อย ดังนั้นถ้ากระบวนการต่างๆ สามารถลดการสูญเสียเวลาในรอยต่อต่างๆ นี้ได้ จะช่วยทำให้ระยะเวลา DTN(Door To Needle) ลดลงไปได้หลายนาที

5. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อส่งตรวจประเมินการเปิดหลอดเลือด การประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมและดูแลส่งเข้าตึกหอผู้ป่วยใน

ระยะที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลระยะแรกรับระยะที่นอนโรงพยาบาล และระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :

เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผล CT Brain: Lt basal ganglion hemorrhage
2. ระดับความดันโลหิตเท่ากับ 168/122 mmHg
3. ผู้ป่วย แขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 4 แขนขาข้างซ้าย grade 5 ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด, SpO2=94%

วัตถุประสงค์ :

เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล :

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวลดลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทโดยติดตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย record vital signs & neuro signs ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง พบอาการเปลี่ยนแปลง GCS ลดต่ำลง pupil unequal motor power drop สัญญาณชีพผิดปกติ BP< 90/60mmHg หรือ > 140/90 mmHg, Pulse < 60 หรือ> 120 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียสให้รายงานแพทย์ทราบทันที

2. ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและทำให้มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นโดย

2.1 ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรงยกศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเพิ่มการ

ไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ลดความดันในกะโหลกศีรษะ

2.2 ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Volume control mode PAC setting ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

2.3 ประเมินการหายใจโดยนับอัตราการหายใจและดูรูปแบบการหายใจจากเครื่องช่วยหายใจและการหายใจของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กันกับเครื่องช่วยหายใจ

2.4 ตรวจวัดความดันโลหิตและชีพจร เพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะ ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

2.5 ดูแลการได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS1000 cc. IV. Drip 80 cc/hr. ให้เพียงพอ เพื่อรักษาระบบการไหลเวียนเลือดและสมดุลของสารน้ำและอีเล็กโตรไลต์

3. ดูแลให้ได้รับยารักษาได้แก่ยาควบคุมความดันโลหิตสูง คือ ยา 10 mg ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ยา: Nicardipine 20 mg + NSS 80 ml (1:5) อัตรา 5-30 ml/hr Keep BP < 140/90 mmHg. ตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล :

ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS = 15 (E4M6V5) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80-160/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที Motor power แขนขาข้างขวา grade 4 แขนขาข้างซ้าย grade5 พูดไม่ชัดสื่อสารรู้เรื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วย และครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวลต่อการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้ากังวล บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยร้องไห้เมื่อพยาบาลสอบถามอาการ และขณะแพทย์ตรวจ

2. ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตก กังวล

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญ ปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจภาวะของโรค แผนการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้

2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลลง

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาลและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคแผนการรักษาพยาบาลและเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ข้อสงสัยและให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

5. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทางและจากการซักถามของผู้ป่วยและญาติ

6. ดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่อง ความสุขสบายของร่างกายและกิจกรรมบนเตียงต่างๆ

7. เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยม เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น นอนหลับได้ดี

2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ ได้แก่ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน

3. เดินเองไม่ได้ E4V5M5, Motor power แขนขาขวา grade 4, แขนขาซ้ายเกรด 5 คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) = 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :

1. เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดปัจจัยเสี่ยง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยตัวเองได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ สามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้

2. ผู้ป่วยสามารถบอกและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของตนเองได้ถูกต้อง

3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การลด/เลิกบุหรี่และสุรา การออกกำลังกายที่เหมาะสมแขนขาซ้ายเกรด 5 คะแนน ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) = 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :

1. เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดปัจจัยเสี่ยง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยตัวเองได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ สามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้

2. ผู้ป่วยสามารถบอกและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของตนเองได้ถูกต้อง

3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การลด/เลิกบุหรี่และสุรา การออกกำลังกายที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม เกี่ยวกับทฤษฎีระบบการที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี กรณีศึกษานี้พยาบาลได้ทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยครอบครัว (พี่สาวและหลานสาวผู้ป่วย) และชุมชน (พยาบาลประจำ รพ.สต.บ้านน้อย และ อสม.หมู่ 6 ตำบลท่าน้อย) เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Self–care agency) ของผู้ป่วยโดย

1. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ

2. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้านทั้งผู้ป่วย และญาติเพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานและปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมประเมิน ความเข้าใจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

4. อธิบายยา ความสำคัญของยาและผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

5. อธิบายปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

6. ส่งเสริมให้พี่สาวเป็นผู้จัดเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพให้ผู้ป่วย พร้อมกระตุ้นเตือนให้รับประทานอาหารตามเวลา

7. ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านการทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย โดยแนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้กับผู้ป่วย เช่น งอแขนเข้า-เหยียดแขนออก ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันในแต่ละข้าง แนะนำสอนให้ผู้ป่วยหัดเกร็งกล้ามเนื้อขา 2 ข้าง ดังนี้ เหยียดขา 2 ข้างออกไปให้สุด ใช้มือรองใต้เข่าผู้ป่วยข้างที่กำลังฝึก จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามกดเข่าข้างนั้นลงให้ติดพื้นเตียงให้มากที่สุด ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันต่อข้าง

8. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ ก่อนนัดการตรวจตามนัดแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยดูสดชื่น แจ่มใส มีการทรงตัวที่ดีขึ้น ไม่เกิดการพลัดตก หกล้ม ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ และไม่มีข้อติดแข็ง

สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พูดได้ชัดมากขึ้น คะแนน ADL เพิ่มขึ้นเท่ากับ 9 ก่อนจำหน่าย E4V5M6 Motor power : แขนขาข้างขวา grade 4 แขนขาข้างซ้าย grade 5

2. ผู้ป่วยสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของผู้ป่วยได้ถูกต้อง คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันสูง และการควบคุมเบาหวานไม่ดี

3. เกิดการดูแลตนเอง (Self Care) ในระดับบุคคลและครอบครัวโดย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ เลิกบุหรี่และสุรา ควบคุมอาหาร รสหวาน เดินออกกำลังกายและแกว่งแขนเช้าเย็น ฝึกสมาธิก่อนนอน โดยมีพี่สาวและหลานสาวผู้จัดเตรียมอาหารที่งดเค็ม ไม่ใช้ชูรส มีผักให้ทุกมื้อ

4. การติดตามในเดือนมีนาคม 2567 ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายลดลดลงจาก 30.49 เหลือ 27.7 คะแนน ADL เพิ่มเป็น 18 หลังจำหน่าย 3 เดือน

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยโสด อายุ 52 ปี อาชีพทำนา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา น้ำหนัก 78 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร จัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 30.49 อาศัยอยู่คนเดียวเป็นบ้านชั้นเดียว มีบ้านน้องสาวอยู่ใกล้บ้าน นับถือศาสนาพุทธ ดื่มสุราทุกวัน สูบบุหรี่ (10 มวน/วัน) มาตั้งแต่อายุประมาณ 17 ปี มีรายได้หลักมาจากการทำนาตนเอง ไม่มีภาระหนี้สิน มาโรงพยาบาลด้วย 1 วันก่อนผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ประมาณ 18.00-19.00 น. จากนั้นรับประทานอาหารแล้วเข้านอน เช้าวันที่ 17 พฤศจิกายน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (07:30 น.) ญาติพบผู้ป่วยนอนอยู่บนที่นอน มีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่มีอาเจียน ญาตินำส่งโรงพยาบาล ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไม่ได้พบแพทย์ตามนัดมา 3 ปี เมื่อมาถึงโรงพยาบาลมี ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน (E4V5M6) เส้นผ่าศูนย์กลางของ รูม่านตามีขนาด 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่ฉีดสารทึบรังสี (CT brain non-contrast) พบว่า มีเลือดออกในสมองบริเวณฐานแกนสมองด้านซ้าย (left basal ganglion) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง (DTX = 177 mg/dl, HbA1 = 7.5%) และระดับไขมันในเลือด แพทย์ให้การรักษาแบบไม่ผ่าตัดด้วยการให้ยาประคับประคอง (Supportive Treatment) ใช้เวลาในนอนโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน ได้รับการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อไปหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อติดตามวัดความดันโลหิต 7 วันก่อนมาตรวจตามนัด ผลการติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมาตรวจตามตามนัดทุกครั้ง โดยมีผู้ศึกษากระตุ้นเตือนผ่านระบบ Telemedicine ของงานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางมูลนาก เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเองในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการหยุดพฤติกรรมเสี่ยงคือการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองจากครอบครัว คือพี่สาวและหลานสาวซึ่งบ้านติดกันในการจัดเตรียมอาหาร การช่วยทำกายภาพที่บ้าน ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากชุมชนในเรื่องการติดตามวัดระดับความดันโลหิต โดย อสม.ประจำหมู่บ้าน การมาเยี่ยมพูดคุยให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ตามลำพังโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา

วิจารณ์

กรณีศึกษานี้มีโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก และปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การใช้สารเสพติด เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ สาเหตุของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ มาจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นร่วมกับการดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งแอลกอฮอล์มีผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด และเพิ่มความเปราะบางของหลอดเลือด อาการและอาการแสดง ขึ้นกับตำแหน่งเลือดออกในเนื้อสมอง ปริมาณเลือดออกขยายไปกดทำลายเนื้อสมองบริเวณใกล้เคียง สำหรับ กรณีศึกษานี้พบเลือดออกในสมองตำแหน่งเนื้อสมองซีกซ้าย (Left Basal ganglia) ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนแรงของแขนขา วิธีการรักษาโดยการผ่าตัด หรือไม่

ผ่าตัดพิจารณาจาก ระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว (Glascow Coma Score) น้อยกว่า 13 คะแนน ปริมาณเลือดออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร และระยะการเคลื่อนที่ของแนวแกนกึ่งกลางของสมอง (Midline shift) มากกว่า 0.5 เซนติเมตร ถ้ามีอาการเพียง ข้อใดข้อหนึ่งรับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด แต่ถ้ามีตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัด[6] กรณีศึกษานี้ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glascow Coma Score = 15 คะแนน (E4V5M6) ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบางมูลนากจำนวน 6 วัน กรณีศึกษานี้ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self Care) ในการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จนอาการดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ให้คำสัญญาว่าเมื่อกลับบ้านจะเลิกบุหรี่และสุรา เนื่องจากกลัวมีความพิการเพราะต้องอยู่คนเดียว กลัวเป็นภาระน้องสาว ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ พยาบาลผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้จะเห็นว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization (WSO)(2022). Global Stroke Fact Sheet 2022 [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO Global Stroke Fact Sheet.pdf
2. American Stroke Association.(2023) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved Sep 20, 2024, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medic al_Professionals/Protocols
3. World Health Organization. (2020). World stroke campaign [Internet]. [cited Sep 20, 2024] Available from: http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign
4. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2563).แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน 43 แฟ้ม [Internet] 2566. [Cited 2024 Sep 27] Available from https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php?fbclid=IwAR05JPiZeUi8tz9I-6-h1cPi6TT8lryT2EDZi96vGAePcybiZLUfQ0E1c60
6. Areechokchai D, Vijitsoonthornkul K, Pongpan S, Maeakhian S.(2017) Population attributable fraction of stroke risk factors in Thailand: utilization of non-communicable disease surveillance systems. OSIR.;10 (1):1-6.
7. Macellari F, Paciaroni M, Agnelli G, Caso V. (2014). Neuroimaging in intracerebral hemorrhage. Stroke. ;45:903-8.
8. Guild SJ, Saxena UA, McBryde FD, Malpas SC, Ramchandra R.(2018) Intracranial pressure influences the level of sympathetic tone. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.315(5):R1049-53.
9. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B.(2017). Hypertension in elderly: silence killer should be aware. Journal of Phrapokklao Nursing College.7;28(1): 100-11. (in Thai)

10. Muoz RN, Mendez BM, Hernandez BV, Jimenez GR, Jesus EH, et al. (2016). Type 2 diabetes and hemorrhagic stroke: a population-based study in Spain from 2003 to 2012. J Stroke Cerebro vasc Dis. 25(6): 1431-43.
11. Stroke Association.(2017). Disclaimer and privacy policy to stroke rehab [Internet]. 2017 [cited Sep,20,2024]. Available from: http://www. Stroke-rehab. com/disclaimer-and-privacy-policy.html
12. McEwen,M.,&Wills,E.M.(2014).Theoretical basis for nursing (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
13. World Health Organization. (2015).World stroke campaign [Internet]. [cited 2017 Jan 21] Available from: http://www. world-stroke.org/advocacy/world-stroke campaign
14. Wongsri, P., & Chintapanyakun, T. (2018). Utilization of Orem' theory with caring and advice for patients with heart failure. Journal of Optoelectronical Nanostructures, 10(1), 209-219. (in Thai)