๑. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน: กรณีศึกษา

๒. ชื่อผู้เผยแพร่ผลงาน นางกรกมล แตงตาด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
หน่วยงาน งานพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน
โทรศัพท์: ๐๘๑-๖๒๐-๖๙๓๓ E-mail: pookornkamont @gmail.com

๓. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๔. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ:

๔.๑ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด หมายถึง ภาวะที่สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ โดยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์ต่างๆของสมอง ส่งผลต่อเนื่องให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆ ทางสมองจากสมองขาดเลือด และขาดออกซิเจน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว โรคอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย โรคนอนกรน และความเครียด เป็นต้น ๒) ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ อายุมากกว่า ๕๕ ปีขึ้นไป เพศชาย เชื้อชาติผิวดำ ประวัติครอบครัวมีสมาชิกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด แบ่งเป็น ๒ ชนิด ได้แก่ ๑) โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดในสมองตีบ (Thrombotic stroke) ๒) โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดในสมองอุดตัน (Embolic stroke)

อาการและอาการแสดง ได้แก่ มีอาการชาบริเวณแขนและขาอ่อนแรง หรือมีอาการชาครึ่งซีกข้างใดข้างหนึ่งกะทันหัน การพูดผิดปกติ การมองเห็นผิดปกติ ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน และมีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเสียการทรงตัว

การวินิจฉัยโรค มีวัตถุประสงค์ ๒ ส่วน คือ การหาสาเหตุของโรคและการวินิจฉัยโรค ได้แก่ การตรวจเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

การรักษาให้ความสำคัญกับความรวดเร็ว เพราะถ้าใช้เวลานานจะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น โดยจะเน้นไปที่การใช้ยา เพื่อบรรเทาอาการที่เผชิญอยู่และป้องกันอาการอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง ดังนี้ ๑) การรักษาในระยะเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือด ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) โดยให้ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ ยาต้านเกล็ดเลือด เช่น Aspirin, Clopidogrel ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Warfarin, Apixaban, Dabigatran และ Rivaroxaban การผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (Carotid endarterectomy) กรณีหลอดเลือดตีบ และการใส่สายสวนหลอดเลือดเพื่อกำจัดลิ่มเลือด (Thrombectomy) กรณีหลอดเลือดอุดตัน ๒) การรักษาทั่วไป เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดไข้ ยาป้องกันการชัก สารเพิ่มความเข้มข้นของเลือดและยาขับปัสสาวะกรณีสมองบวม เป็นต้น ๓) การรักษาต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การพยาบาลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล เป็นบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ต้องดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านทั้งการประเมิน วางแผนและให้การดูแลตามสภาพปัญหา ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยครอบคลุมด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์เพิ่มเติม เพื่อพิจารณาปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ประเมินและให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ ประเมินการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของญาติและผู้ดูแล ให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ ประเมินภาวะด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ฝึกทักษะญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ให้ความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่บกพร่อง เสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา หรือสาธิตการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลภายในบ้านให้ถูกสุขลักขณะ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และปลอดภัย ปฏิบัติการพยาบาลที่เกินความสามารถของญาติหรือผู้ดูแล ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในส่วนที่มีความพิการหลงเหลืออยู่

๔.๒ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด และเป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด

ปัจจัยที่ส่งผลลบต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่ในระยะ flaccid นาน กล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนและต้นขาที่อ่อนแรงมีอาการเกร็งมาก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ภายในเวลา ๑-๒ สัปดาห์ มีปัญหาการละเลยร่างกายครึ่งซีกอย่างรุนแรง เคยมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีภาวะซึมเศร้า (Post stroke depression) และมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับความรุนแรงของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อน และโรคประจำตัว โดยทั่วไปโปรแกรมการฟื้นฟูจะครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ ๑) การวางแผนการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ๒) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการดูแลและฟื้นฟู ๓) การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยในการยืน เดิน และการประกอบกิจวัตรประจำวัน ๔) การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ๕) การเพิ่มสมรรถภาพทั่วไปของร่างกาย ซึ่งถดถอยจากการไม่เคลื่อนไหวนาน ๖) ให้การปรึกษาปัญหาทางจิตใจและทางสังคมที่เกิดขึ้นตามมา ๗) ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมและประกอบอาชีพได้ ๘) ประเมินการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ปัญหาด้านการรับรู้และการเรียนรู้ ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อความหมาย ภาวะกลืนลำบาก ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ โดยแต่ละปัญหามีแนวทางการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

๑. ภาวะอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia/ Hemiparesis) ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการ เคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตได้ร่วมกับมีการลดลงหรือสูญเสีย tendon reflexes ซึ่งต่อมาจะมีการ

เพิ่มขึ้นของ deep tendon reflex และมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งในร่างกายซีกที่เป็นอัมพาต โดยเฉพาะการเกร็งของกล้ามเนื้อกลุ่ม flexors และ abductors ของแขน และกลุ่ม extensors และ adductors ของขา จึงแบ่งการฟื้นฟูสภาพออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

๑.๑ ระยะอ่อนปวกเปียก (Flaccid) กล้ามเนื้อจะมีความตึงตัวน้อยกว่าปกติ ระยะนี้เน้นการป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันข้อไหล่หลุด และรักษาช่วงพิสัยการเคลื่อนไหวให้อยู่ในภาวะปกติโดยมีแนวทางดังนี้

๑.๑.๑ การรักษาพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Maintain joint range of motion) ทำโดยวิธีการ passive range of motion (PROM) เป็นการขยับให้ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวเต็มที่ในทุกทิศทางการเคลื่อนไหวของแต่ละข้ออย่างน้อย ๓ ครั้ง วันละ ๒ รอบ ได้แก่ ข้อสะบัก ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อนิ้วมือ ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้าและข้อนิ้วเท้า

๑.๑.๒ การจัดท่า (Positioning) เป็นการจัดท่าขณะนอนบนเตียง ซึ่งอาจแนะนำญาติดังนี้ จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัวและหนุนหมอน ใช้หมอนรองใต้แขนข้างที่เป็นอัมพาตบริเวณสะบัก เพื่อป้องกัน scapular retraction จัดให้ข้อศอกเหยียดหรืองอเล็กน้อย และข้อมือกระดกขึ้น จากนั้นใช้หมอนรองหนุนขาข้างที่เป็นอัมพาต เพื่อป้องกันข้อสะโพกแบะออก (Hip abduct and external rotate) จัดให้เข่าเหยียด ส่วนข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ โดยมีแผ่นกระดาน หรือหมอนพยุงไว้ เพื่อป้องกันเท้าตก

๑.๑.๓ การพยุง (Supporting) คือ การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยในการประคอง เพื่อป้องกันการหลุดของข้อไหล่ (Shoulder subluxation) หรือจัดท่าของมือและแขนโดยการใช้อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ (shoulder sling)

๑.๒ ระยะเกร็ง (Spasticity) กล้ามเนื้อของร่างกายซีกที่มีอาการอ่อนแรงจะมีความตึงตัวมากกว่าปกติ และมี stretch reflex เร็วขึ้น ทำให้ขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ บริเวณข้อต่างๆ ของร่างกายจะอยู่ในท่าผิดปกติ การฟื้นฟูในระยะนี้เน้นลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติดหรือ contracture ของกล้ามเนื้อและเอ็น โดยวิธีการขยับข้อต่อต่างๆ การฝึกการทรงตัว การควบคุมท่าทางร่วมกับการใช้เทคนิคทาง neurophysiological ต่างๆ

๑.๓ ระยะฟื้นตัว (Recovery) กล้ามเนื้อทำงานประสานกันได้ดีขึ้น แต่ทักษะการเคลื่อนไหวยังไม่ดีพอ การฟื้นฟูในระยะนี้เน้นการเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวของแขนขา ฝึกการทำงานของมือ การจัดท่าทางการเคลื่อนไหว เพื่อไม่ให้อาการเกร็งกลับมาอีก ร่วมกับฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน

๒. ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง (Spasticity) มักเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อแขนกลุ่ม flexor synergy และกล้ามเนื้อขากลุ่ม extensor synergy การรักษามีหลายวิธีขึ้นกับความรุนแรงของอาการเกร็ง

๓. ปัญหาด้านการรับรู้และการเรียนรู้ ที่พบบ่อยคือ ๑) การสูญเสียการรับรู้โครงสร้างของร่างกาย แนวทางการฟื้นฟูโดยการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ใหม่โดยใช้มือสองข้างทำงานร่วมกัน เช่น การใส่เสื้อผ้า สัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกายพร้อมกับบอกชื่อ หรือนำกิจกรรมต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟู เช่น การต่อรูปภาพคน เป็นต้น ๒) การละเลยร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง แนวทางการฟื้นฟู ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสัมผัสร่างกายซีกที่เป็นอัมพาตโดยใช้ผ้าหรือแปรงนุ่มๆ หรือนำเอากิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวข้ามแนวกลางลำตัวมาใช้

๔. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อความหมาย (Aphasia) อาจพบลักษณะผิดปกติได้หลายลักษณะ เช่น พูดคำที่ไม่มีความหมาย พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือเรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความผิดปกติของการอ่าน การเขียน การฟื้นตัวจากภาวะ aphasia จะเกิดขึ้นเร็วในช่วง ๒-๓ เดือนแรก แนวทางการฟื้นฟู ได้แก่ การฝึกภาษา และการพูดเบื้องต้น

๕. ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการสำลักจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ แนวทางการฟื้นฟู ได้แก่ การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย การปรับสภาพแวดล้อมขณะรับประทานอาหารให้เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อการกลืน การปรับลักษณะอาหารที่เหมาะสมต่อความสามารถในการกลืน เป็นต้น

๖. ความผิดปกติการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งมักมีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้ แนวทางการฟื้นฟู ได้แก่ การส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ

๗. ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ส่งผลกระทบทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม แนวทางการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ได้แก่ ส่งเสริมการดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วยจากคนในครอบครัว ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ สร้างเสริมแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๔.๓ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากเซลล์ในร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองในการดึงเอาน้ำตาลในเลือดไปใช้ หรือมีการหลั่งอินซูลินลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ พันธุกรรม โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูงการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด อายุมากขึ้น ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บ

อาการและอาการแสดง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (Polyuria) กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก (Polydipsia) หิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ (Polyphagia) อ่อนเพลีย (Fatigue) น้ำหนักลดผอมลง (Weight loss)

การวินิจฉัยโรค วิธีที่ ๑ ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ และค่าระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร วิธีที่ ๒ การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัม/เดซิลิตร วิธีที่ ๓ การตรวจความทนต่อกลูโคส (๗๕ กรัม Oral Glucose Tolerance Test; OGTT) ระดับพลาสมากลูโคส ๒ ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร และวิธีที่ ๔ การตรวจวัดระดับ HbA_1C ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๖.๕ %

ภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ ๑) ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน และภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก ๒) ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute Coronary Syndrome) แผลเรื้อรังที่เท้า (Diabetic foot ulcer) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดฝอยมักเกิดกับ

อวัยวะ ๓ ระบบ คือ ตา เรียกว่า เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) ไต ทำให้เกิดไตเสื่อมหรือไตวาย (Diabetic Nephropathy) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathy)

การรักษา แบ่งออกเป็น ๒ วิธี วิธีที่ ๑ เริ่มต้นด้วยการให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ วิธีที่ ๒ การรักษาด้วยยาชนิดรับประทานและชนิดฉีด ได้แก่ ยากลุ่ม sulfonylureas เช่น Tolbutamide, Glibenclamide, Glipizide ยากลุ่ม Biguanides เช่น Metformin, Phenformin ยากลุ่มAlpha- Glucosidase Inhibitor เช่น Acarbose, Voglibose ยากลุ่ม thiazolidinedione เช่น Troglitazone, Rosiglitazone, Avandia และอินซูลิน ซึ่งแบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ดังนี้ อินซูลินออกฤทธิ์เร็ว (Rapid-acting insulin) ได้แก่ regular insulin (Actrapid insulin, Humulin R) ออกฤทธิ์สั้น มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ ๓ – ๖ ชั่วโมง อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate acting) ได้แก่ NPH insulin (Humulin-N, Insulatard insulin), Lente insulin (Monotard insulin) มีระยะเวลาออกฤทธิ์ ๑๐ – ๑๖ ชั่วโมง อินซูลินออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin) ได้แก่ Glargine detemir insulin มีระยะเวลาออกฤทธิ์ ๒๐ – ๒๔ ชั่วโมง และอินซูลินชนิดผสม (Premixed insulin) intermediate-acting insulin และ short-acting หรือ rapid-acting insulinในสัดส่วน ๗๐:๓๐

การพยาบาล ได้แก่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยดูแลการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น ๓ ประเภท คือ อาหารที่สามารถรับประทานได้โดยไม่จำกัดปริมาณ อาหารที่สามารถรับประทานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณ และอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือฉีดอินซูลิน และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง ๘๐ - ๑๔๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ตา ไต เท้า และระบบเลือด ดูแลความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การดูแลเท้า งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนัก รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และมาพบแพทย์ให้ตรงตามนัดทุกครั้ง สนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเองเป็นผู้ที่ตั้งเป้าหมายในการรักษา มีความเข้าใจว่าตนเองมีอุปสรรคและข้อจำกัดอย่างไร รวมทั้งสามารถที่จะทำการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ สามารถที่จะจัดการกับสุขภาพของตนเองได้หรือตัดสินใจมาพบแพทย์เมื่อมีความจำเป็น

๔.๔ ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)

ภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงจากเกณฑ์ที่เหมาะสม อาจเป็นโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ หรือทั้งโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์

ชนิดของไขมันในร่างกาย แบ่งออกเป็น ๒ ชนิด ได้แก่ ๑) โคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol; TC) ซึ่งเป็นผลรวมของโคเลสเตอรอล ๒ ชนิด คือ แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (Low Density Lipoprotein; LDL Cholesterol) เป็นโคเลสเตอรอลชนิดเลว ถ้ามีอยู่ในร่างกายปริมาณมากจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (High Density Lipoprotein;

HDL Cholesterol) เป็นโคเลสเตอรอลชนิดดี ทำหน้าที่จับ Cholesterol จากเซลล์ของร่างกายไปทำลายที่ตับ ๒) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เป็นไขมันชนิดหนึ่งที่ทำหน้าที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ถ้ามีอยู่ในร่างกายปริมาณมากจะเป็นต้นเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน

สาเหตุของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงแบ่งออกเป็น ๓ สาเหตุหลัก ดังนี้ ๑) ความผิดปกติทางพันธุกรรม ๒) เป็นผลต่อเนื่องมาจากโรคอื่น ทำให้การเผาผลาญสารไขมันผิดปกติ ๓) พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง

อาการและอาการแสดง ได้แก่ มีปื้นเหลืองที่ผิวหนัง เอ็นร้อยหวายหนาตัวกว่าปกติ มีเส้นวงสีขาวเกิดขึ้นระหว่างขอบตาดำกับตาขาว ถ้าเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง พิจารณาจากอาการและอาการแสดง และการซักประวัติคนในครอบครัว ร่วมกับการตรวจวัดปริมาณไขมันในเลือด เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินระดับไขมันในเลือดสูงโดยทั่วไป ได้แก่ โคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) สูงกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร แอล ดี แอล โคเลสเตอรอล (LDL Cholesterol) สูงกว่า ๑๖๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร เอช ดี แอล โคเลสเตอรอล (HDL Cholesterol) ต่ำกว่า ๕๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูงกว่า ๑๕๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การรักษา ได้แก่ ๑) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอ รับประทานอาหารที่ถูกต้อง ๒) การให้ยาลดระดับไขมันในเลือด เช่น ยากลุ่ม statin ยากลุ่ม fibric acid derivative และ nicotinic acid analogue

การพยาบาล มุ่งเน้นการให้คำแนะนำ ดังนี้ ๑) การเลือกอาหารบริโภค ได้แก่ อาหารกลุ่มแป้งน้ำตาล เช่น ขนมปังปอนดขาวหรือโฮลวีท เส้นหมี่เลือกที่ทำจากข้าวกล่อง วุ้นเส้น ขนมจีบ ควรงดน้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ การเติมน้ำตาลทรายในอาหารที่กำลังบริโภค ขนมหวาน เบเกอรี่ ทุกชนิด อาหารกลุ่มไขมัน ได้แก่ อาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว เช่น ถั่ว เนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ (ปลา) น้ำมันถั่วเหลือง อาหารกลุมโปรตีน ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อไก่ เต้าหู้ทุกชนิดที่ไม่ผสมไข่ อาหารกลุ่มผักและผลไม้ บริโภคได้ทุกชนิด ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่หวานจัด ๒) การออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องครั้งละ ๑๐–๓๐ นาที วันละอย่างน้อย ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๓–๔ ครั้ง ๓) การจัดการกับความเครียด ๔) การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ๕) งดสูบบุหรี่ ๖) ควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน ๗) รับประทานยาลดไขมันในเลือดตามแผนการรักษา

๕. สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับกรณีศึกษา

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease; stroke) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย พบว่ามีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ เท่ากับ ๒๕๕.๘๕ ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น ๓๕๒.๓๐ ต่อประชากรแสนในปี ๒๕๕๘ และมีอัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากรทั่วประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึง ๒๕๖๑ เท่ากับ ๔๘.๑๓, ๔๗.๘๑, และ ๔๗.๑๕ ตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๒ ในประชากรไทย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๓ ในเพศชาย และอันดับ ๒ ในเพศหญิง

และเป็นสาเหตุอันดับต้นของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year) โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๐-๘๕ เกิดจากหลอดเลือดตีบ หรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดเกิดการตายของเนื้อสมอง โดยอาการทางคลินิกจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งสมองอาจขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack ;TIA) หรือขาดเลือดถาวร (Stroke) โดยพยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ ปัญหาที่พบในระยะวิกฤตจะทำให้มีอาการหมดสติ การทำงานของระบบหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ และมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตที่ถูกต้อง อาจทำให้เสียชีวิตได้ แต่เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต อาการพร่องทางระบบประสาทหรือความพิการที่เกิดขึ้นจะเริ่มคงที่ โดยความพิการที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดไม่ชัด หรือไม่สามารถพูดเป็นคำและเป็นประโยคได้ นอกจากนี้อาจพบอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก ร่วมกับการเคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียการทรงตัว มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การกลืน การขับถ่าย รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยร้อยละ ๔๕ จะพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ อาทิ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะท้องผูก การเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติที่สุด จากข้อจำกัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพสูงขึ้น และระบบการควบคุมคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันทีที่อาการดีขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยมีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ยประมาณ ๑-๒ สัปดาห์เท่านั้น จึงส่งผลกระทบต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการฝึกทักษะไม่เพียงพอ ไม่ครบถ้วนตามปัญหาความต้องการ ทำให้ขาดความมั่นใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงส่งผู้ป่วยต่อให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อติดตามการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องต่อไป

งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนและงานพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เป็นงานหนึ่งในบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ไม่มีการแยกบทบาทหน้าที่ยังปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ กิจกรรมหนึ่งที่มีการดำเนินงาน คือ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการประสานจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โดยเป็นผู้ป่วยที่จำแนกความรุนแรงอยู่ระดับ ๓ และต้องประสานสหสาขาวิชาชีพ ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งการทำงานยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน ตลอดจนให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๖๓ ถึงปีพ.ศ. ๒๕๖๕

พบว่ามีจำนวน ๖๘๓, ๖๒๔, และ ๕๗๓ ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดร้อยละ ๗๐.๘๑ (๔๘๓ ราย), ๖๘.๑๑ (๔๒๕ ราย), และ ๖๔.๗๕ (๓๗๑ ราย) ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดกลุ่มนี้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบการดูแลในชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าร้อยละ ๑๔.๔๙ (๗๐ราย) , ๒๐.๙๔ (๘๙ ราย) และ ๒๑.๐๒ (๗๘ ราย) ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด จำนวน ๕ , ๗ และ ๕ ราย ตามลำดับ และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ภายใน ๒๘ วัน จำนวน ๖, ๑๐, และ ๑๔ ราย ตามลำดับ จากข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ได้วิเคราะห์หาสาเหตุจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การทำงานในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่หมุนเวียนสับเปลี่ยนกัน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำ และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่ได้รับการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย กรณีมีผู้ดูแลหลักแต่ได้รับความรู้และการฝึกทักษะไม่เพียงพอก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดของสถานบริการสุขภาพด้านการขาดแคลนบุคลากร และภาระงานที่มากซึ่งครอบคลุมงานหลายด้าน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทำให้การติดตามช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแลล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนปัญหา อุปสรรคดังกล่าว จึงสะท้อนถึงจุดอ่อนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ขอประเมินในฐานะเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตระหนักถึงความสำคัญ จึงสนใจศึกษาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อันนำไปสู่การวางแผนการให้บริการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ถูกต้อง ตามมาตรฐาน ครอบคลุมองค์รวม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ต่างๆ ลดความพิการ ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้านต่อไป

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ ๗๒ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ได้รับการแจ้งจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๒ (Stroke unit) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผ่านทางโปรแกรม Thai COC โดยมีประวัติการเจ็บป่วยเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ผู้ป่วยมีอาการแขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ทำ CT scan brain พบมี cerebral infarction ไม่เข้าเกณฑ์การให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากมาโรงพยาบาลหลังมีอาการเกิน ๔.๕ ชั่วโมง ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และไขมันในเลือดสูง แพทย์ให้การรักษาด้วยยา ASA, Glipizide, Metformin, Gemfibrozil รักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ๖ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขา กล้ามเนื้อมีกำลังเพิ่มขึ้นจากเกรด ๒ เป็นเกรด ๔ ประเมินความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ ๒๐ คะแนน (ไม่มีภาวะการพึ่งพา) ภายหลังจากจำหน่ายญาติพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดแพทย์ทุกครั้ง และได้รับการตรวจตาปีละ ๑ ครั้ง ไม่พบภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ต่อมาวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด และล้ม แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น พูดไม่ชัด มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ทำ CT scan brain พบมี Lacuna infarction at right lentiform nucleus, posterior limb of the internal and right thalamus แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Old CVA, DM, DLP, Recurrent ischemic stroke ปัญหาที่พบระยะแรกรับคือ แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด ๒ ข้อยึดติดที่ไหล่ ข้อศอกและข้อมือข้างซ้าย ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ประเมินการกลืนไม่ผ่าน ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือดสูง มีภาวะโลหิตจาง แมกนีเซียมต่ำ ได้รับการรักษาด้วยยา Aspirin, Atorvastatin, Folic acid, Omeprazole, MgCl๒, Humulin R Sliding scale, Glipizide, Metformin ใส่ NG. tube ให้อาหารปั่นผสม (BD) สูตร ๑:๑ ภายหลังได้รับการรักษาอยู่ ๔ วัน อาการขาข้างซ้ายที่อ่อนแรงดีขึ้น มีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเป็นเกรด ๓ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ ๕/๒๐ คะแนน (มีภาวะพึ่งพารุนแรง) ประเมินความพิการ (mRS) ได้ ๔/๖ คะแนน (มีความพิการรุนแรงปานกลาง) ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านและส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ต่อมาอีก ๒ สัปดาห์ ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา พบว่าสัญญาณชีพปกติ รู้สึกตัว ซึม พูดไม่ชัด แขนขา ข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด ๒ มีข้อยึดติดที่หัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือข้างซ้าย ญาติต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง รวมทั้งช่วยพยุงให้ผู้ป่วยมานั่งถ่ายอุจจาระบนเก้าอี้สำหรับนั่งขับถ่าย ผู้ป่วยดึง NG. tube ออกหลังจากกลับจากโรงพยาบาลมาได้ ๒ วัน ญาติพยายามป้อนอาหารเหลวให้ กลืนได้ มีสำลักบางครั้ง ปัสสาวะเองได้ ผ่าน Condom ต่อลง urine bag ประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ ๕/๒๐ คะแนน (มีภาวะพึ่งพารุนแรง) ประเมินระดับความพิการ (mRS) ๔/๖ คะแนน (มีความพิการรุนแรงปานกลาง) ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST- ๕ ได้ ๕/๑๕ คะแนน (ความเครียดปานกลาง) คัดกรองโรคซึมเศร้า ๒Q พบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้า ๙Q ได้ ๑๘/๒๗ คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง) และประเมินการฆ่าตัวตาย ๘Q ได้ ๑/๕๒ คะแนน (มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตายระดับน้อย) ผลการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ๑๙๘ mg/dl (Postprandial glucose) สูงกว่าเกณฑ์ ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ๑๐ มวนต่อวัน สหสาขาวิชาชีพจึงร่วมกันดูแล เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีระยะห่างการเยี่ยมบ้านประมาณ ๑ เดือน ด้วยการยืดและดัดข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ เพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ออกกำลังกายแขน ขา ข้างซ้ายโดยทำ active exercise และผู้ดูแลทำ passive exercise การจัดท่านอน เพื่อป้องกันข้อยึดติด ฝึกการกลืนอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันการสำลัก การออกเสียงเพื่อฝึกการพูดให้ชัดขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายท่านั่ง ท่ายืน การลงจากเตียงมานั่งรถเข็น หรือเก้าอี้สำหรับขับถ่าย การใช้รถเข็นนั่ง การใส่และถอดเสื้อ การตักอาหารรับประทานเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้เอง รวมทั้งให้คำแนะนำในการจัดการความเครียด การเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การจัดสิ่งแวดล้อมและสภาพบ้านให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลักตกหกล้ม หลังจากการเยี่ยมบ้านผ่านไปได้

๕ เดือน ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจดีขึ้น ยิ้มแย้ม แจ่มใส ไม่มีการยึดติดของข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือข้างซ้าย ขาข้างซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเป็นเกรด ๔ สามารถนั่ง ยืน รับประทานอาหารเอง ลงจากเตียงไปนั่งเก้าอี้สำหรับขับถ่ายอุจจาระ ใช้รถเข็นนั่งเองได้ เลิกสูบบุหรี่ ประเมินโรคซึมเศร้า ๒Q พบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ประเมิน ๙Q ได้ ๔/๒๗ คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) ประเมิน ๘Q ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผล DTX (Postprandial glucose) เท่ากับ ๑๔๒ มิลลิกรัม/เดซิลิตร อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ประเมิน ADL คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น ๙/๒๐ คะแนน (ภาวะพึ่งพาปานกลาง) สหสาขาวิชาชีพจึงปรับระยะห่างการเยี่ยมบ้านเป็นทุกๆ ๓ เดือน

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยบอกว่า แขน ขา ข้างซ้ายยกไม่ขึ้น ไม่มีแรง เดินไม่ได้

๒. แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด ๒

๓. ญาติต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง

๔. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL ได้ ๕/๒๐ คะแนน (มีภาวะพึ่งพารุนแรง)

๕. CT scan brain พบมี Lacuna infarction at right lentiform nucleus, posterior limb of the internal and right thalamus

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือ Barthel Activities of Daily Living; ADL) และกำลังของกล้ามเนื้อแขนขาทุกครั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติในการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

๒. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดสอน แนะนำผู้ป่วยให้ออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active exercise) โดยใช้มือ แขน ขาข้างปกติ ช่วยให้แขน ขา ข้างที่อ่อนแรงมีการเคลื่อนไหว ได้แก่ การยกแขนขึ้น ลง การกางแขนและหุบแขน การหมุนข้อหัวไหล่ขึ้นและลง การเคลื่อนไหวข้อศอก การหมุนข้อมือ การกระดกข้อมือ การงอและเหยียดสะโพก การกางขาและหุบขาเข้า การยกก้นขึ้นและลง การกระดกข้อเท้าขึ้น ลง และการงอ เหยียดนิ้วเท้า

๓. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดสอน แนะนำญาติในการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (Passive exercise) แขน ขาข้างที่อ่อนแรง

๔. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดสอนผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวเอง เริ่มจากการลุกขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย การฝึกนั่งขอบเตียง การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปยังรถเข็นและการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปเตียงตามลำดับ รวมทั้งสอนญาติให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะการเคลื่อนย้ายได้

๕. ให้คำแนะนำญาติทำ Passive exercise และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Active exercise แขน ขาข้างที่อ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ

๖. สอนผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งตัว เป็นต้น

๗. ให้คำแนะนำญาติในการปรับสภาพแวดล้อมบริเวณที่พักภายในบ้านให้ปลอดภัย จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ เพื่อส่งเสริมและอำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

๘. จัดสิ่งของและเครื่องใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่าย โดยวางด้านที่อ่อนแรง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง

๙. จัดหารถเข็นนั่ง (Wheel chair) ให้ผู้ป่วย โดยประสานศูนย์ยืม คืนอุปกรณ์การแพทย์

๑๐. ให้กำลังใจผู้ป่วย และประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันทุกครั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ พบว่าขาซ้ายผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเป็นเกรด ๓ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADLเพิ่มขึ้นเป็น ๙/๒๐ คะแนน (ภาวะพึ่งพาปานกลาง) ผู้ป่วยนั่งได้ตรงและนานขึ้น ยืนได้ รับประทานอาหารเองได้ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๕ พบผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเองมานั่งรถเข็นเอง และสามารถใช้รถเข็นได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ แขนข้างซ้ายมีข้อยึดติดเนื่องจากขาดการออกกำลังกาย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยบอกว่า หลังจากเป็นอัมพาตครั้งแรกมีอาการปวดไหล่ข้างซ้าย จึงไม่ได้บริหารแขนข้างซ้ายตามคำแนะนำของพยาบาลและนักกายภาพบำบัด

๒. จากการประเมินสภาพร่างกายพบว่าข้อไหล่ ข้อศอก และข้อมือข้างซ้าย มีพิสัยการเคลื่อนไหวในทิศทาง flexion, abduction และ rotation ลดลง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ข้อศอก และข้อมือข้างซ้าย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ พร้อมสาธิตการจัดท่านอนให้ถูกต้อง เพื่อช่วยป้องกันการเกิดข้อยึดติดเพิ่มขึ้น ได้แก่

๑.๑ ท่านอนหงาย กางไหล่ออกเป็นมุมฉาก มีหมอนรองใต้ไหล่ ข้อสะโพก และข้อเข่าเหยียดออก ใช้หมอนยาวหนุนข้างต้นขาป้องกันไม่ให้ต้นขาบิดออก ใช้หมอนข้างรองปลายเท้าทั้งสองข้างไม่ให้ข้อเท้าตก การจัดท่าของแขนและมือ อาจสลับไปมาได้หลายท่า ทั้งงอและเหยียดข้อศอก

๑.๒ ท่านอนตะแคงทับข้างที่ปกติ ใช้หมอนรองที่แขนและขาข้างที่อ่อนแรง จัดให้ขาข้างปกติเหยียดตรง แขนข้างปกติกางออกจากลำตัว มือคว่ำบนหมอน ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดออก

๑.๓ ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง นอนตะแคงเต็มตัว ลำตัวตรง มีหมอนรองที่หลัง แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นออกมาข้างหน้า ข้อศอกตรง หงายมือ ขาข้างอ่อนแรงเหยียด ข้อสะโพกตรง เข่างอเล็กน้อย ใช้หมอนรองที่แขนและขาข้างที่ปกติ งอสะโพก งอเข่ามาด้านหน้ารองด้วยหมอน

๒. ให้การช่วยเหลือนักกายภาพบำบัดในการบำบัดรักษาข้อไหล่ ข้อศอก และข้อมือข้างซ้ายยึดติด โดยการดัดยืด (stretching) เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆ

๓. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดสอน แนะนำท่าบริหารแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การบริหารนิ้วมือ โดยงอและเหยียดนิ้ว หุบและกางนิ้ว การบริหารข้อมือ โดยกระดกข้อมือขึ้น ลง การบริหารข้อศอก โดยงอและเหยียดข้อศอก การบริหารข้อไหล่ โดยกางและหุบแขน ยกแขนขึ้นและลง ทำท่าละ ๑๐ - ๑๕ ครั้ง ๒ รอบต่อวัน

๔. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ทุกตรั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ และครั้งที่ ๓ พบว่าพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือเพิ่มขึ้นตามลำดับ และในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ ประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือไหล่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ป่วยสามารถยกแขนไปด้านหน้าได้ ๑๗๐ องศา ดันแขนไปด้านหลังได้ ๕๐ องศา กางแขนไปด้านข้างได้ ๑๘๐ องศา หุบแขนได้ ๔๐ องศา หมุนไหล่เข้าด้านใน และออกด้านนอกได้ ๙๐ องศา งอข้อศอกได้ ๑๕๐ องศา เหยียดข้อศอกได้ ๙๐ องศา งอข้อมือได้ ๖๐ องศา เหยียดข้อมือได้ ๒๐ องศา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากประสิทธิภาพการนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ลดลงและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

๒. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ๑๙๘ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Postprandial glucose)

๓. ญาติบอกว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีรสหวานบ่อย เช่น ขนมเค้ก และดื่มกาแฟ ๓ in ๑ ทุกวันตอนเช้า

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

๒. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัด เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่

๑.๑ ควรรับประทานอาหารที่มีดัชนีน้ำตาล (Glycemic index) ต่ำเนื่องจากจะทำให้มีการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่ร่างกายได้น้อยและช้า ตัวอย่างอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ เช่น นม วุ้นเส้น แอปเปิ้ล ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น ในขณะเดียวกันควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูง เช่น โดนัท ขนมปังขาว บะหมี่ มันฝรั่งทอด น้ำตาล น้ำผึ้ง ทุเรียน ลำไย แตงโม มะม่วงสุก เป็นต้น

๑.๒ หลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูงและมีปริมาณน้ำตาลสูง เช่น ขนมหวาน นมข้นหวาน เค้ก น้ำผลไม้ น้ำอัดลม กาแฟสำเร็จรูปสูตรผสมน้ำตาล เครื่องดื่มใส่นม ผลไม้หวานจัด โดยเลือกอาหารทดแทน เช่น ผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด น้ำอัดลมที่ใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล เป็นต้น

๒. แนะนำญาติอ่านฉลากโภชนาการ (Nutritional facts) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จะทำให้สามารถคำนวณพลังงานที่รับประทานในแต่ละวันและช่วยควบคุมปริมาณน้ำตาลที่รับประทานในแต่ละวัน

๓. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตามคำสั่งแพทย์ ได้แก่

๓.๑ Glipizide ๑ เม็ด (๕ มิลลิกรัม) วันละครั้ง ก่อนอาหารเช้า ควรรับประทานในช่วงที่ท้องว่าง ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย ๑๕ นาที สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก รู้สึกหิว มึนงงศีรษะ แขนขาไม่มีแรง ชักหรือหมดสติ) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ตับอักเสบ ผื่นคัน ลมพิษ แพ้แสง

๓.๒ Metformin ๑ เม็ด (๕๐๐ มิลลิกรัม) วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น ควรรับประทานหลังอาหารไม่เกิน ๑๕-๓๐ นาที สังเกตและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น อาการของภาวะเลือดเป็นกรด (หายใจเร็ว คลื่นไส้ มึนงง) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น

๔. สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอธิบายถึงผลดีของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ และผลเสียของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พร้อมยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๕. กำหนดเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับผู้ป่วย โดยเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ๘๐ - ๑๔๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Fasting Blood Sugar) หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Postprandial glucose) หรือค่าน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (HbA_1C) ๖.๕ - ๗% เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย

๖. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ / พฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพของตนเองอย่างน้อย ๓ ข้อ และให้ผู้ป่วยเลือกพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน ความถี่ ชนิด สามารถบอกเป็นรูปธรรมในการนำไปปฏิบัติได้

๗. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการสังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่

๗.๑ ภาวะคีโตอะซิโดซิส (DKA) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ๒๕๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาการผิดปกติ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปัสสาวะปริมาณมากขึ้น คอแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ๒๕๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๗.๒ ภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (ระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า ๖๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร) โดยไม่มีกรดคีโตนคั่งในเลือด (HHNS) อาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะมากและบ่อย กระหายน้ำมีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน หมดสติ

๘. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการสังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่

๘.๑ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย อาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมีสิ่งของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย

๘.๒ โรคหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติ ได้แก่ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน

๘.๓ จอประสาทตาเสื่อม อาการผิดปกติ ได้แก่ สายตามัวลง เห็นเงาดำบังเวลามองภาพ มองเห็นภาพซ้อน

๘.๔ ไตเสื่อมสภาพ อาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะสีส้มหรือสีน้ำล้างเนื้อ อาการบวมบริเวณหนังตา ใบหน้า และขาทั้งสองข้าง

๘.๕ หลอดเลือดส่วนปลายตีบ ได้แก่ อาการปวดขา ชาหรืออ่อนแรงของแขนหรือขา รู้สึกเย็นที่ขาส่วนล่าง เกิดแผลที่เท้า

๘.๖ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ได้แก่ อาการชาที่ปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง บางรายจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนถูกแทง ส่วนใหญ่อาการมักจะเกิดตอนกลางคืน ในระยะต่อมาอาการปวดจะลดลง แต่จะรู้สึกชาและการรับสัมผัสลดลง

๙. นัดเยี่ยมผู้ป่วยครั้งต่อไป พร้อมกับเน้นย้ำถึงเป้าหมายการติดตามพฤติกรรมในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

๑๐. ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันทุกครั้งที่ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

๑๑. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุกครั้งที่ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้การดูแล

ประเมินผลการพยาบาล

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ ดื่มกาแฟ ๓ in ๑ มา ๓ สัปดาห์แล้ว บุตรชายซื้อน้ำเต้าหู้ไม่ใส่น้ำตาลหรือนมกล่องรสจืดมาให้แทนรับประทานขนมหวานบ้างเป็นบางวัน ผล DTX =๑๔๘ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Postprandial glucose) จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๕ ผล DTX= ๑๔๒ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Postprandial glucose) ในระหว่างดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ คีโตอะซิโดซิส ภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยบอกว่า แขน ขา ข้างซ้ายยกไม่ขึ้น ไม่มีแรง เดินไม่ได้

๒. แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด ๒

๓. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL ได้ ๕/๒๐ คะแนน (มีภาวะพึ่งพารุนแรง)

๔. ผู้ป่วยบอกว่าท้องผูก ถ่ายอุจจาระ ๔ วันต่อครั้ง ต้องรับประทานยาระบายทุกวัน

๕. Bowel sound ๓ - ๔ ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำดื่มน้ำประมาณ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อทำให้อุจจาระอ่อนตัวขับถ่ายออกได้ง่าย

๒. แนะนำให้เคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ ได้แก่ พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง และออกกำลังกายด้วยการบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายและลำไส้มีการเคลื่อนไหว

๓. ให้คำแนะนำฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา เพื่อให้ร่างกายปรับสภาพและเคยชินต่อเวลาขับถ่าย

๔. ให้คำแนะนำการป้องท้องผูก โดยเพิ่มการรับประทานอาหารประเภทธัญพืช ผัก และผลไม้ เพื่อเพิ่มปริมาณและความนุ่มของอุจจาระ เนื่องจากเป็นอาหารที่มีกากใยสูง

๕. ให้คำแนะนำในการสังเกต บันทึกลักษณะอุจจาระ และระยะเวลาการขับถ่าย

๖. แนะนำให้ใช้ยาระบายเมื่อจำเป็น ถ้าท้องผูก (ไม่ถ่ายอุจจาระ ๓ วัน) ไม่ควรใช้เป็นประจำ เพราะทำให้เกิดภาวะลำไส้เคยชินต่อยาระบาย ร่างกายไม่สามารถขับถ่ายได้เอง และจะทนต่อยามากขึ้น จนต้องเพิ่มขนาดยามากขึ้นเรื่อยๆ

๗. ให้คำแนะนำแก่ญาติควรจัดสถานที่ขับถ่ายผู้ป่วยให้เป็นส่วนตัวและมิดชิด

๘. ซักถามเรื่องการขับถ่าย และประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการฟัง Bowel sound ทุกครั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วย จนผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ

ประเมินผลการพยาบาล

ภายหลังได้รับการดูแลรักษา ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน ลักษณะอุจจาระเป็นก้อน และนิ่ม ไม่ต้องออกแรงเบ่ง Bowel sound ๖-๘ ครั้ง/นาที ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาระบาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕ การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดช้า

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นทางวาจาได้และมีความเข้าใจตรงกัน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำญาติ ดังนี้

๑.๑ จัดสิ่งแวดล้อมขณะที่มีการสนทนากับผู้ป่วย ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรก หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ หรือรบกวนจากภายนอก ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

๑.๒ ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูดหรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง

๑.๓ ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย

๑.๔ ไม่ควรพูดตะโกนหรือเสียงดัง ควรใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ นุ่มนวล อ่อนโยน เพราะผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียการได้ยิน

๑.๕ การสนทนาแต่ละครั้ง ควรใช้ผู้สนทนาเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนองกับผู้พูดหลายคนหรือคำพูดที่หลากหลาย

๑.๖ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูด โดยให้พูดช้าๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้นๆ ชัดถ้อยชัดคำ

๑.๗ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาและสามารถตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่”

๑.๘ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยบ่อย ๆ เพื่อฝึกการออกเสียง

๒. สอนผู้ป่วยในการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูด ดังนี้

๒.๑ การฝึกบริหารริมฝีปาก

๑) อ้าปาก-ปิดปาก สลับกัน จำนวน ๒๐ ครั้ง

๒) ห่อปาก-ยิงฟัน สลับกัน จำนวน ๒๐ ครั้ง

๓) เปาะปาก จำนวน ๓๐ ครั้ง

๔) เป่าลมให้ยาวที่สุดใน ๑ ช่วงลมหายใจ จำนวน ๑๐ ครั้ง

๕) อมลมแก้มป่องค้างไว้ ๑๐ วินาที และเป่าลมออกช้าๆ จำนวน ๑๐ ครั้ง

๖) อมลมแก้มป่อง สลับซ้าย ขวา จำนวน ๒๐ ครั้ง

๗) พูดคำต่อไปนี้เร็วๆ คำละ ๒๐ ครั้ง ปา-ปา-ปา-ปา-ปา..... มา-มา-มา-มา-มา ..... บา-บา-บา-บา-บา..... พา-พา-พา-พา-พา..... วา-วา-วา-วา-วา.....

๒.๒ การฝึกบริหารลิ้น ดังนี้

๑) ออกเสียงพยัญชนะที่ใช้ปลายลิ้น ได้แก่ ล ต ท ด น และออกเสียงพยัญชนะที่ใช้โคนลิ้น ได้แก่ ก ค ง

๒) แลบลิ้นยาวค้างไว้ ๑๐ วินาที จำนวน ๑๐ ครั้ง

๓) แลบลิ้นเข้า-ออก เร็วๆ ๒๐ ครั้ง

๔) ลิ้นแตะมุมปากซ้าย-ขวา สลับกัน จำนวน ๒๐ ครั้ง

๕) ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้าย-ขวา สลับกัน จำนวน ๒๐ ครั้ง

๖) ลิ้นแตะหลังฟันบน-ฟันล่าง สลับกัน ๒๐ ครั้ง

๗) เดาะลิ้น ๕๐ ครั้ง

๘) แลบลิ้นเลียรอบริมฝีปาก ๒๐ ครั้ง

๙) พูดคำต่อไปนี้เร็วๆ คำละ ๒๐ ครั้ง ตี-ตี-ตี-ตี-ตี..... ดี-ดี-ดี-ดี-ดี..... ที-ที-ที-ที-ที ..... นี-นี-นี-นี-นี..... จี-จี-จี-จี-จี..... ลี-ลี-ลี-ลี-ลี.....

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยฝึกบริหารริมฝีปาก และบริหารลิ้นได้ตามคำแนะนำ จากการลงเยี่ยมครั้งที่ ๓, ๔ และครั้งที่ ๕ ผู้ป่วยพูดคำที่มีวลีสั้นๆ ได้ชัดขึ้น เช่น ใช่ ไม่ใช่ มาก น้อย สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตนเองได้ โดยไม่ต้องใช้ท่าทางประกอบการพูด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอดจากการสำลักอาหารเนื่องจากการกลืนผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินการกลืนไม่ผ่านและใส่ NG. tube ให้อาหารเหลวไว้ แต่เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยดึง NG. tube ออก ญาติจึงป้อนนมให้ ผู้ป่วยรับประทานได้ แต่มีสำลักบางครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการสูดสำลัก

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความสามารถ ในการกลืนโดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย

๒. ให้คำแนะนำญาติ ดังนี้

๒.๑ จัดชนิดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย คือ อาหารที่มีความหนืด เช่น กล้วยบดละเอียด ฟักทองบด และโจ๊กข้น เป็นต้น พร้อมทั้งประเมินการได้รับสารอาหารในแต่ละวันว่าเพียงพอหรือไม่ เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

๒.๒ ขณะรับประทานอาหารจัดให้ผู้ป่วยนั่งท่าตัวตรง ๙๐ องศา ศีรษะตรง ไม่กดดันผู้ป่วย สร้างบรรยากาศการรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่พยายามถามคำถามที่ผู้ป่วยต้องพูดคุยขณะรับประทานอาหาร ไม่เร่งรีบ ตักอาหารคำเล็กๆ และหยุดเมื่ออาหารเต็มปาก รอให้กลืนอาหารในปากให้หมดก่อน หลีกเลี่ยงการใช้หลอดดูดอาหารและน้ำ หลังจากการรับประทานอาหารแล้วให้ผู้ป่วยนั่งต่ออีก ๓๐ นาที เพื่อป้องกันการไหลกลับของน้ำและอาหาร ซึ่งอาจทำให้อาเจียนและสำลักได้

๒.๓ ขณะป้อนอาหารถ้าผู้ป่วยสำลักน้ำและอาหาร ควรหยุดป้อนน้ำและอาหารก่อน พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเศษอาหารที่อยู่ในช่องปากออก

๒.๔ ทำความสะอาดช่องปากและฟันหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสะสมของเศษอาหารและแบคทีเรีย ช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

๓. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการบริหารการกลืน โดยฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้น ด้วยการยิ้มยิงฟัน เม้มริมฝีปาก ห่อปาก เป่าลม เคลื่อนไหวลิ้นแตะมุมปาก และริมฝีปากบน-ล่าง ฝึกการกลืน โดยกลืนน้ำลายของตนเอง แล้วหัดกลืนน้ำแข็งก้อนเล็กๆ

๔. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะปอดอักเสบ ได้แก่ ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอกขณะหายใจหรือไอ หายใจเร็ว หายใจหอบ หายใจลำบาก มีไข้ เหงื่อออก หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการดังกล่าวให้มาพบแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

จากการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๒ และ ๓ ผู้ป่วยฝึกบริหารการกลืนตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ญาติป้อนอาหารและน้ำให้ ผู้ป่วยมีอาการสำลักน้อยลง การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๔ ญาติป้อนอาหารเหลวให้ ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๕ ผู้ป่วยรับประทานโจ๊กเอง ไม่สำลัก ในระหว่างดูแลผู้ป่วยไม่พบอาการที่บ่งชี้ว่ามีภาวะปอดอักเสบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยบอกว่า แขน ขา ข้างซ้ายยกไม่ขึ้น ขายังไม่มีแรง

๒. แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด ๒

๓. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL ได้ ๕/๒๐ คะแนน (มีภาวะพึ่งพารุนแรง)

๔. ประเมิน mRS = ๔ คะแนน (พิการขั้นรุนแรงปานกลาง)

๕. CT scan brain พบมี Lacuna infarction at right lentiform nucleus, posterior limb of the internal and right thalamus

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ข้อยึดติด แผลกดทับ และอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน ปฏิบัติดังนี้

๑.๑ ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

๑.๒ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันทุก ๘ ชั่วโมง ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว (Unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว Homan's sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น และสอบถาม อาการปวดน่อง ชา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ ทุกครั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วย

๑.๓ วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่องขาทั้งสองข้าง ถ้าพบว่าขาบวมข้างเดียว มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ เซนติเมตร ปรึกษาแพทย์ในทีมเยี่ยมบ้าน

๑.๔ ให้คำแนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

๑.๕ ให้คำแนะนำผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารข้อแบบทำด้วยตนเอง (Active range of motion) หรือให้ญาติช่วยบางส่วน (Active assistive ROM) โดยใช้ท่ากระดกข้อเท้าขึ้นลง (Ankle pump) การหมุนข้อเท้า (Ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (ankle slide) อย่างน้อยท่าละ ๑๐-๑๕ ครั้ง ๒ รอบต่อวัน

๒. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ปฏิบัติดังนี้

๒.๑ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale และปฏิบัติตามแนวทางที่ประเมินได้ ทุกครั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วย

๒.๓ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล รวมถึงสังเกตผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกต่างๆ ว่ามีรอยแดง รอยช้ำ หรือแผล ทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว หรือทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย

๒.๔ ให้คำแนะนำญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

๒.๕ ให้คำแนะนำญาติใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น ใช้ผ้ารองยกตัวผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการลากดึง

๓. ป้องกันข้อยึดติด ปฏิบัติดังนี้

๓.๑ แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยให้มีการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ (Passive range of motion) วันละ ๒ ครั้ง ครั้งละ ๑๕-๒๐ นาที เพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

๓.๒ สอนการจัดท่านอนที่เหมาะสมและสุขสบาย โดยวางหมอนไว้ใต้เข่า หลีกเลี่ยงการเอาขามาไขว้กัน

๓.๓ แนะนำญาติทำ Passive Exercise ให้ผู้ป่วย และกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำ Active Exercise อย่างสม่ำเสมอ

๔. ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ปฏิบัติดังนี้

๔.๑ แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือจากท่านั่งเป็นท่ายืนช้าๆ

๔.๒ แนะนำญาติให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ ช่วยเคลื่อนย้ายลงรถเข็น ช่วยพยุงยืนข้างเตียง ตรวจสอบความพร้อมของรถเข็นนั่ง ก่อนการเคลื่อนย้าย ดูแลพื้นให้สะอาด และแห้ง

ตลอดเวลา จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย สะดวกต่อการหยิบมาใช้ จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ ดูแลไม่ให้มีสิ่งของรกรุงรัง สายต่าง ๆ อยู่บนพื้น

ประเมินผลการพยาบาล

ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันที่ขา ข้อต่างๆ ไม่ยึดติด เคลื่อนไหวได้จนสุดพิสัย ผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๘ เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวน

๒. ผู้ป่วยมักจะรับประทานอาหารรสจัด อาหารที่มีรสหวาน เช่น ขนมเค้ก ดื่มกาแฟ ๓ in ๑

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. ป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง

๒. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างเพียงพอ และถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

๒. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

๒.๑ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ๘๐ - ๑๔๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ HbA_1C อยู่ระหว่าง ๖.๕- ๗ % ควบคุมระดับไขมันในเลือด LDL– C น้อยกว่า ๑๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

๒.๒ บริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ โดยลดอาหารที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง อาหารรสเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง ลดอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มการรับประทานธัญพืช ผักสดและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด

๒.๓ การช่วยเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้

๑) แนะนำญาติให้หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ให้ผู้ป่วยเห็น หรือบริเวณที่จะทำให้ผู้ป่วยสูดดมควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกาย

๒) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๕D คือ

(๑) อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ ยืดเวลาออกไปเรื่อยๆ การยืดเวลา ประมาณ ๓-๕ นาที ทำให้ความรู้สึกอยากสูบจะบรรเทาลงหรือหายไป (Delay)

(๒) หายใจเข้าออกลึก ๆ ๓ ครั้ง เพื่อคลายความรู้สึกเครียดและการอยากสูบบุหรี่ (Deep Breath)

(๓) ดื่มน้ำอย่างช้า ๆ จิบน้ำหรืออมน้ำ หรืออาบน้ำ หรือเช็ดตัว หรือล้างหน้าหรือบ้วนปาก หรือแปรงฟัน เพื่อคลายความหงุดหงิด เปรี้ยวปาก อยากสูบบุหรี่ (Drink Water)

(๔) หาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย พูดคุยกับญาติ/เพื่อน (Do Something else)

(๕) คิดถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบ สิ่งดีๆ ที่จะเกิดขึ้น พูดคุยกับคนที่เป็นกำลังใจ หรือผู้รู้ เพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการขาดนิโคติน (Destination)

๒.๔ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากจะส่งผลให้เกิดภาวะตับอ่อนอักเสบ ทำให้การผลิตเอนไซม์ย่อยอาหาร และฮอร์โมนอินซูลินที่ช่วยให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ได้มีประสิทธิภาพลดลง

๒.๕ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือ ใกล้เคียงปกติโดยให้มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ในช่วง ๑๙-๒๓ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๒.๖ ออกกำลังกายวันละประมาณ ๓๐-๔๕ นาที ๕ วันต่อสัปดาห์ ทบทวนท่าออกกำลังกาย รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการออกกำลังกาย เช่น หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในภาวะอากาศที่ร้อนจัด หรือหนาวจัดจนเกินไป ควรดื่มน้ำก่อนระหว่างและหลังการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการขาดน้ำ ถ้ามีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะ เหนื่อย ให้หยุดออกกำลังกายและปรึกษาแพทย์

๒.๗ รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด และยาลดไขมันในเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒.๘ หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด หรือผ่อนคลายความเครียด โดยวิธีนอนหลับพักผ่อน พูดคุยกับญาติ ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย นั่งสมาธิ ฟังเพลง ร้องเพลง ดูโทรทัศน์

๒.๙ สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังจากโรคเบาหวานที่ต้องมาพบแพทย์

๒.๑๐ การดูแลเท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ เช็ดเท้า ซอกระหว่างนิ้วเท้าให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวหรือผ้านุ่มที่สะอาด ห้ามใช้แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดเท้า เพราะจะทำให้เท้าแห้ง ตรวจเท้าและเล็บเท้าอย่างละเอียดทุกวัน ว่ามีแผล รอยแดง บวมหนังด้าน หรือมีเล็บขบหรือไม่ รวมถึงเข้ารับการตรวจสุขภาพเท้าอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒.๑๑ ตรวจสุขภาพตาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อตรวจหาโรคแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ต้อหิน ต้อกระจก ขั้วประสาทตาบวม เส้นเลือดดำของจอตาอุดตัน

๓. ชี้แจงและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

ประเมินผลการพยาบาล

หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติสามารถบอกแผนการดูแลตนเองได้ และตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การช่วยเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนักตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในระหว่างการดูแลผู้ป่วยไม่เกิดการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๙ มีอาการซึมเศร้าเนื่องจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า ร้องไห้ น้ำตาไหลขณะพูดคุย บอกว่าคิดถึงภรรยาที่เสียชีวิตไปเมื่อ ๒ ปีก่อน

๒. ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST- ๕ ได้ ๕/๑๕ คะแนน (ความเครียดปานกลาง)

๓. คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒Q พบมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า

๔. ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๙Q ได้ ๑๘/๒๗ คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง)

๕. ประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วย ๘Q ได้ ๑/๕๒ คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. บรรเทาอาการซึมเศร้า

๒. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ศรัทธา และเชื่อมั่น และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก โดยไม่ต้องสนับสนุนหรือแสดงความเห็นด้วยกับคำพูดหรือแสดงความขัดแย้งกับคำพูด รับฟังด้วยความสงบ ให้กำลังใจ ด้วยการสัมผัส และคำพูด เช่น เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

๓. ร่วมกับนักจิตวิทยาประเมิน ST- ๕, ๒Q, ๙Q, และ ๘Q ทุกครั้งที่ลงเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อการวางแผนดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมตามผลการประเมินและสภาพผู้ป่วย

๔. แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา

๕. แนะนำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยให้จิตใจสงบ และผ่อนคลายตามความสนใจ ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ เช่น การนวดผ่อนคลาย การอ่านหนังสือ การสวดมนต์ การฝึกสมาธิ การดูโทรทัศน์ และการฟังเพลง

๖. ให้คำแนะนำแก่ญาติ ดังนี้

๖.๑ ให้ญาติ พี่น้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การมาอยู่เป็นเพื่อนพูดคุย การชวนผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ

๖.๒ รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เอาใจใส่ โดยไม่ตัดสิน วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางที่ไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นคำพูด น้ำเสียง ท่าทาง พฤติกรรมต่างๆ ควรพูดคุย สอบถามว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร แต่ไม่ควรรบเร้าหากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูด

๖.๓ กระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอน การเคลื่อนไหวร่างกาย

๖.๔ สังเกตและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หากสังเกตว่าอาการผู้ป่วยแย่ลง หรือรับรู้ถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เช่น เขียนจดหมาย มอบสิ่งของให้คนอื่น บอกว่าอยากตาย อยากฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ทำร้ายตัวเอง ควรรีบพามาพบแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือและบำบัดรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

จากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยโต้ตอบดี ไม่ร้องไห้ ประเมิน ST- ๕ ได้ ๔/๑๕ คะแนน (ความเครียดปานกลาง) ประเมิน ๒Q พบมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ประเมิน ๙Q ได้ ๖/๒๗ คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) และจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๕ ประเมิน

ความเครียดด้วยแบบประเมิน ST- ๕ ได้ ๒/๑๕ คะแนน (ความเครียดปานกลาง) ประเมินโรคซึมเศร้า ๒Q พบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ประเมิน ๙Q ได้ ๔/๒๗ คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)

๖. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติดังนี้

๑. ประเมินผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลหอผู้ป่วยจะส่งแบบส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านมายังหน่วยงานผ่านโปรแกรม Thai *coc*

๒. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว ในการดูแลตนเองที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

๒.๑ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยอย่างละเอียด การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา รวมทั้งประวัติส่วนตัวและครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาวางแผนการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยจำแนกประเภทผู้ป่วย เพื่อง่ายต่อการวางแผนการรักษา

๒.๒ ประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว

๒.๓ ประสานงานกับหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

๒.๔ วางแผนให้การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพ

๒.๕ จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตแบบ พกพา เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบพกพา หูฟัง ไฟฉายส่องดูรูม่านตา อุปกรณ์สอนสาธิตและทวนซ้ำในการดูแลผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง การออกกำลังกาย

๓. ให้บริการพยาบาลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ครอบครัวที่บ้านตามเกณฑ์ ดังนี้

๓.๑ วางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยกำหนดเกณฑ์ในการเยี่ยมภายใน ๑ สัปดาห์หลังจำหน่าย และโทรศัพท์นัดหมายเยี่ยมบ้านผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนประมาณ ๑ สัปดาห์

๓.๒ กำหนดเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาล จัดเตรียมยานพาหนะ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการพยาบาล และเอกสารต่างๆ เพื่อบันทึกกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

๓.๓ เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่กำหนดไว้

ระยะระหว่างเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติดังนี้

๑. ประเมินภาวะสุขภาพ

๑.๑ ประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปและเฉพาะโรค เช่น การตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ประเมิน ADL ประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ประเมินความรุนแรงของโรค อาการแสดงที่เป็นผลจากพยาธิสภาพและส่งผลให้เกิดปัญหาทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหาร เป็นต้น รวมถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

๑.๒ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาความต้องการและความคาดหวังด้านสุขภาพ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย มาวางแผนให้

การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ตามสภาพปัญหา ความต้องการและความคาดหวัง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษา

๑.๓ แจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๑.๔ บันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และครอบครัว

๒. วินิจฉัยการพยาบาล

๒.๑ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๒.๒ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลซึ่งมี ๒ ลักษณะ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีโอกาสเกิดหรืออาจจะเกิดขึ้น

๒.๓ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความรุนแรงเร่งด่วนของปัญหา

๒.๔ แจ้งผลการวินิจฉัยการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตกลงทางเลือกและร่วมมือในการดำเนินการต่อไป

๒.๕ แจ้งผลการวินิจฉัยการพยาบาลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

๒.๖ บันทึกการวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

๓. วางแผนการพยาบาล

นำปัญหาทั้งหมดที่ประเมินได้มาวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหา การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว การระบุกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหา กำหนดแนวทางและเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

๔. ปฏิบัติการพยาบาล

๔.๑ ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็น ตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลเรื่องข้อยึดติด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

๔.๒ พัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้ความรู้ คำแนะนำ การสาธิต ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ตามแผนการพยาบาล และแผนของทีมสหสาขาวิชาชีพที่กำหนดไว้

๕. ประเมินผลการพยาบาล

หลังการเยี่ยมทุกครั้งประเมินผลการพยาบาลตามเป้าหมายการดูแลที่กำหนดไว้แต่ละปัญหาของผู้ป่วย โดยวิเคราะห์พร้อมมีการเปรียบเทียบว่าดีขึ้นหรือทรุดลง กรณีได้ตามเป้าหมายแสดงว่าปัญหานั้นถูกแก้ไขสำเร็จแล้ว จะตัดออกไปจากแผนการพยาบาล หากไม่ได้ตามเป้าหมาย จะเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัยการพยาบาลใหม่ หรือปรับแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ แล้วจึงประเมินผลการพยาบาลใหม่อีกครั้ง

ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติดังนี้

๑. นำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมา ประชุมร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น

๒. สรุปผลการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป บันทึกกิจกรรมการให้บริการ รายงานผลการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านอย่างละเอียดในแฟ้มครอบครัว (Family folder) และโปรแกรม Thai COC

๓. บันทึกทะเบียนการดูแลสุขภาพที่บ้าน

๔. วางแผนการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในครั้งต่อไป

๕. ประสานส่งต่อศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อดูแลต่อเนื่อง กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการการดูแลตนเองได้เหมาะสมแล้ว

๗. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น ๑ ระดับจาก ๕/๒๐ คะแนน(ภาวะพึ่งพารุนแรง) เป็น ๙/๒๐ คะแนน(ภาวะพึ่งพาปานกลาง) ขาข้างซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นจากเกรด ๓ เป็นเกรด ๔ ไม่มีข้อยึดติด ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขับถ่ายปกติ ท้องไม่ผูก พูดชัดขึ้น ไม่เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบจากลิ่มเลือดอุดตัน ข้อยึดติดซ้ำ แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ได้แก่ การกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ และเท้า ไม่มีอาการซึมเศร้า

๘. การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงาน ทั้งพยาบาลที่อยู่เดิมและพยาบาลจบใหม่ ด้วยการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อประหยัดเวลาและงบประมาณในการฝึกอบรม และการสอนงาน เป็นต้น

๒. สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อศึกษาและพัฒนาต่อยอดปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

๓. นำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ไปเผยแพร่แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำไปใช้พัฒนาบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

๔. สามารถนำแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดที่กลับเป็นซ้ำในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตาม ควบคุมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

๙. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ สูบบุหรี่ รับประทานขนมหวานและกาแฟเป็นประจำ โดยเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ พยาบาลและทีมเยี่ยมบ้านต้องพยายามสร้างแรงจูงใจ และเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง

๒. ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากสูญเสียภรรยาไปและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ความสนใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายตนเอง และความสามารถในการรู้คิดลดลง พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงต้องดูแลด้านจิตใจ คอยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อความสูญเสียได้ ปรับตัว ยอมรับ และกลับมาสนใจตนเองมากขึ้น

๓. ผู้ป่วยรายนี้มีความพิการหลงเหลือหลายประการ เช่น แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก รวมถึงมีภาวะซึมเศร้า จึงต้องประสานสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางมาร่วมดูแล เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เหมาะสมกับศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว

๔. ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่รุนแรงขึ้น แต่พบว่าบุตรชายติดบุหรี่ และมักสูบบุหรี่เมื่อมาดูแลผู้ป่วย จึงเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากสูบบุหรี่อีกทั้งยังสูดดมควันบุหรี่มือสองเข้าไปในร่างกายอีกด้วย

๕. ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาด้านการสื่อสารซึ่งพูดไม่ชัด ควรได้รับการแก้ไขจากนักอรรถบำบัดที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง และมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการฟื้นฟูด้านการสื่อสาร แต่เนื่องจากยังขาดนักอรรถบำบัด ทำให้พยาบาลต้องทำหน้าที่แทนในการฟื้นฟูด้านการพูดเบื้องต้น

๑๐. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม ควรได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ และเสริมพลังอำนาจอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมเยี่ยมบ้านด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง การทำให้ผู้ป่วยยอมรับและ เข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การทำให้ผู้ป่วยสะท้อนคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีความเหมาะสม

๒. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากมีสาเหตุอื่นร่วมด้วยจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นนอกจากการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรมีการประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เพื่อช่วยวินิจฉัยและจัดการแก้ไขสาเหตุ บรรเทาภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เบื้องต้น

๓. การช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ควรมีการซักถามว่ามีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่ เพื่อขอความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่อหน้าผู้ป่วย หรือบริเวณที่มีผู้ป่วยพักอยู่

๔. ควรจัดให้มีการอบรมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ในการฟื้นฟูด้านการใช้ภาษาและการพูดเบื้องต้นให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บรรณานุกรม

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). *มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน*. สืบค้นเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๖, จาก https://phn.bangkok.go.th/images/CareGiver/CG๒๕๖๕/๕๑.pdf

ไชยา ท่าแดง. (๒๕๖๓). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร.

ณฐกร นิลเนตร. (๒๕๖๒). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก, ๒๐*(๒), ๕๑-๕๗.

ทัชนิดา ทรัพย์กรานนท์. (๒๕๕๙). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ตำบลชมพู อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บุษกร สีหรัตนปทุม. (๒๕๖๓). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันสำหรับวัยทำงานที่สูบบุหรี่ในสถานประกอบการเขตเมือง. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, ๖๔*(๖),๔๑๙-๔๒๘.

ประกายทิพย์ พรหมสูตร. (๒๕๖๓). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย.* งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย.

ปรีดา อารยาวิชานนท์. (๒๕๕๙). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สรรพสิทธิเวชสาร, ๓๗*(๑-๓), ๔๓-๕๘.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (๒๕๖๓). *สมองขาดเลือด* สืบค้นเมื่อ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖, จาก https://haamor.com/

พีระ สมบัติดี, สายสมร พลดงนอก, และสิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์. (๒๕๕๘). *ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*.ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล,และธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย. (๒๕๖๒). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบปฐมภูมิ. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. ๑๘*(๒), ๓๐-๔๐.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (๒๕๕๙). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (๒๕๖๒). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๖). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

สิริมาส วงศ์ใหญ่, อมร ไกรดิษฐ์, และจีระภา นะแส. (๒๕๖๐). โรคเบาหวานกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, ๓๓*(๓), ๑๕๘-๑๖๕.

โสภิดา สุวรรณบุผา,และสุพจน์ คำสะอาด. (๒๕๖๔). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร, ๓๖*(๓), ๓๑๗-๓๒๗.

อัจฉราภรณ์ จำรัส. (๒๕๖๓). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา.* สืบค้นเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๖, จาก https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/๒๕๕๗/nuad๔๐๕๕๗ac_ch๒.pdf