

กรณีศึกษา

Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะการวางแผน จำหน่ายและฟื้นฟูสภาพ : กรณีศึกษา

Nursing Care for Elderly Stroke Patients during Discharge Planning and Rehabilitation : Case Study

สุจินันท์ ก่อกิจโรจน์ พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความพิการ หากได้รับการรักษาที่ล่าช้า จะเพิ่มโอกาสเสียชีวิตและความพิการได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คัดเลือกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 22 สิงหาคม - 30 กันยายน 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วย และญาติ ทำการรวบรวม สรุป นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : หญิงไทยคู่ 74 ปี มีอาการ ชาตามปลายมือปลายเท้า แขนและขาข้างขวาไม่มีแรง ลุกเดินไม่ได้ พูดชัด ไม่มีปากเบี้ยว 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลไปรักษาคลินิกอาการไม่ดีขึ้น ทำให้มาโรงพยาบาลเกินเวลา 4.5 ชั่วโมงแพทย์ไม่สามารถให้การรักษาด้วยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 6/20 ผู้ป่วยได้การดูแลแบบประคับประคองตามอาการและการดูแลรักษาแบบทั่วไป ได้แก่ การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิต การหายใจ การให้อาหารที่เพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การวางแผนการดูแลก่อนการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์มาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการฟื้นฟูร่างกายและการสนับสนุนด้านจิตใจ และสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นในสภาพแวดล้อมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาล , โรคหลอดเลือดสมอง , การวางแผนจำหน่าย และฟื้นฟูสภาพ

Abstract

Stroke is a condition with a high risk of death and disability. If treatment is delayed, the chances of death and disability increase. This study aims to examine the nursing process and the application of Roy's Adaptation Model in the nursing care of elderly stroke patients in the discharge planning and rehabilitation phase, as well as to prevent potential complications.

The study specifically selected patients with ischemic or obstructive stroke in the rehabilitation phase who received care at the Somdej Phra Yuparaj Taphanhin Hospital in Phichit Province between August 22 and September 30, 2024. Data were collected from patient medical records, patients, and their relatives. The data were summarized and used to establish nursing diagnoses, plan and implement nursing interventions, and assess nursing outcomes.

Study Results : A 74-year-old Thai female patient presented with symptoms of numbness in her hands and feet, and weakness in her right arm and leg, making it difficult for her to stand or walk. She was able to speak clearly and had no facial drooping. Three days prior to hospital admission, she visited a clinic but her condition did not improve, leading her to come to the hospital after a delay of 4.5 hours. Due to the delay, the physician was unable to administer intravenous thrombolytic therapy (rt-PA). Her ability to perform activities of daily living was rated at 6/20. The patient received supportive care according to her symptoms, including general care such as managing blood pressure, respiratory care, ensuring adequate nutrition, controlling blood sugar levels, and preventing complications. A care plan was also developed for referral to community-based continuous care.

Keyword : Nursing care, stroke, discharge planning, and rehabilitation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของผู้ที่เสียชีวิตในปี 2019⁽¹⁾ และเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพอันดับ 3 ทั่วโลก⁽²⁾ ในปี 2020 คาดการณ์ว่าทุกๆ 3 นาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจำนวน 7.08 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตึบจำนวน 3.48 ล้านคน เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกจำนวน 3.25 ล้านคน และเสียชีวิตด้วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง จำนวน 0.35 ล้านคน⁽³⁾ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และประเทศชาติโดยในระดับบุคคล ทำให้เสียชีวิต และทุพพลภาพได้ ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 86.00 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 89.00 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง การดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายที่สูง โดยทั่วโลกมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามูลค่ามากกว่า 891 พันล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ 1.12 ของผลิตภัณฑ์มวล

รวมโลก⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปีพ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 278.404 รายต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 330.72 รายต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ จังหวัดพิจิตรมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2564-2566 เท่ากับ 1,948, 1,901 และ 2,020 รายตามลำดับ อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพิจิตรปี 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 10.83 (211 ราย), 9.99 (190 ราย) และ 9.31 (188 ราย) รายตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอตะพานหิน ปี 2564-2566 เท่ากับ 235, 231, และ 232 รายตามลำดับส่วน อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอตะพานหินสูงเป็นอันดับต้นของจังหวัดพิจิตร โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 8.60 (16 ราย), 8.00 (16 ราย) และ 8.50 (17 ราย) ตามลำดับ⁽⁶⁾ และจากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ปี 2564-2566 = 200, 203,

และ 172 รายตามลำดับ มีข้อมูลร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.50 ชั่วโมงและได้รับการดูแลในระบบ Stroke fast track น้อยกว่าร้อยละ 50.00 ในปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับร้อยละ 16.00 (32 ราย) 25.12 (51 ราย) และ 23.83 (41 ราย) ตามลำดับ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อมจะเอื้ออำนวย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีและใกล้เคียงปกติมากที่สุด การฟื้นตัวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่มีการฟื้นตัวของระบบประสาทตามธรรมชาติ (Natural spontaneous neurological recovery) หลังจากที่ได้รับ การรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การฟื้นตัวตามธรรมชาติ มักจะเกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังเป็นโรค 2) ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น การฟื้นตัวนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถ ปรับตัว (Adaptation) หรือได้รับการฝึกฝนให้ใช้ส่วนอื่นมาชดเชย ทดแทน (Compensation) ซึ่งการฟื้นฟู สภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ 1) การฟื้นฟูสภาพในระยะเฉียบพลัน (Rehabilitation in acute phase) 2) การฟื้นฟูสภาพ ในระยะฟื้นตัว (Rehabilitation in recovery phase) 3) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย (Follow up after discharge) 1) พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพภายใน ระยะเวลาหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้เร็วที่สุด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว (Promote stroke recovery) ลดภาวะทุพพลภาพ ลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและครอบครัวและเป็นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ศึกษาสนใจในการศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ⁽⁷⁾ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

ตะพานหิน ให้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ได้รับการประเมิน ดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติของโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพิจิตร อำเภอตะพานหิน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ที่ผ่านมาในรอบ 3 ปี เพื่อสำรวจภาวะแทรกซ้อนและภาวะที่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ความพิการ หรืออาจเป็น อันตรายถึงแก่ชีวิต เพื่อใช้วางแผนในการเลือกกรณีศึกษา
2. คัดเลือกกรณีศึกษาที่สนใจและตรงตามโรคที่สนใจจะศึกษา คือผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะ ฟื้นฟูสภาพ ที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จำนวน 1 ราย
3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัย ต่างๆ
4. เก็บรวบรวมข้อมูล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัวและการรักษา ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด แบบแผนในการดำเนินชีวิต การประเมินสภาพอาการผู้ป่วยแรกรับ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษต่างๆ จากเวชระเบียน และข้อมูลผู้รับบริการจากระบบ Hos-XP ของโรงพยาบาล และจากผู้ป่วยและญาติ ทำการสรุปรวบรวม นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ ทฤษฎีทางด้านการพยาบาล การปรับตัวของรอยด์ (Roy's Adaptation Model) มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ระยะการวางแผนจำหน่าย และฟื้นฟูสภาพ มีขั้นตอนและกระบวนการที่สามารถปรับใช้ได้ตามทฤษฎีของรอยด์ที่เน้นการปรับตัวของบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงการตอบสนองต่อความท้าทายทางร่างกายและจิตใจจากโรคต่างๆ⁽⁸⁾ ดังนี้

5.1 การประเมินสถานะปัจจุบันของผู้ป่วย ในขั้นตอนแรกของการวางแผนจำหน่าย พยาบาลจะประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ 4 ระบบการปรับตัวที่รอยด์กำหนด ได้แก่

ระบบทางสรีรวิทยา (Physiological) : การประเมินการทำงานของร่างกาย เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว, การหายใจ, การทานอาหาร, การขับถ่าย และการดูแลสุขภาพทางร่างกาย

ระบบจิตสังคม (Self-Concept) : การประเมินสุขภาพจิตและภาพลักษณ์ตนเองของผู้ป่วย เช่น อารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับรู้ตนเองหลังจากมีการเสียสมรรถภาพจากโรค

ระบบการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Role Function): การประเมินบทบาทในครอบครัวและสังคม เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง การปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน และบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ระบบการรับรู้ข้อมูล (Interdependence): การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือทีมการแพทย์ เช่น ความสามารถในการสื่อสารและรับการสนับสนุนจากผู้อื่น

5.2 การกำหนดเป้าหมายและแผนการฟื้นฟู การใช้ทฤษฎีของรอยด์ช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัว โดยตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เช่น การฝึกการเคลื่อนไหว การเดิน หรือการทากิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา การรับมือกับอารมณ์เศร้าหรือเครียดจากการเป็นโรค การสนับสนุนทางสังคม เช่น การพัฒนาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 การพัฒนาแผนการปรับตัว พยาบาลสามารถพัฒนาแผนการฟื้นฟูสภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้

เหมาะสมกับสถานการณ์และความสามารถของตน โดยใช้หลักการการปรับตัวจากทฤษฎีรอยด์ ซึ่งรวมถึงการใช้เทคนิคการฝึกการรับมือกับความเครียด (Coping Mechanism) เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาตัว เช่น การฝึกทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหว การให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยรับมือกับการสูญเสียฟังก์ชันบางอย่างจากโรค

5.4 การประเมินผลและปรับปรุงแผนการดูแล ในระยะฟื้นฟูหลังการจำหน่าย พยาบาลต้องประเมินผลการตอบสนองต่อแผนการฟื้นฟู และปรับปรุงแผนการดูแลตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งต้องประเมินทั้งในด้านการปรับตัวทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว

6. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานกรณีศึกษา จัดทำรูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข เผยแพร่ผลงาน

ผลการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำรา หนังสือ และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดที่เลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมอง ส่วนนั้นควบคุมอยู่⁽⁷⁾ สมองมีระบบหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและหลัง มีโครงสร้างและกลไกที่สามารถป้องกันตนเองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหลายอย่าง ได้แก่ การเชื่อมประสานกันของแขนงหลอดเลือดแดง และกลไกการปรับตัวเพื่อที่จะเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมองและเพิ่มการสกัดเอากลูโคสและออกซิเจนจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ในภาวะปกติสมองมีเลือดมาเลี้ยงประมาณ 50-55 มล./100 กรัมของสมอง/นาที ถ้าปริมาณเลือด

มาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งลดต่ำกว่า 18 มล./100 กรัมของสมอง/นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระแต่ยังไม่ตาย จะทำหน้าที่ได้เป็นปกติ ถ้ามีเลือดมาเลี้ยงในปริมาณเท่าเดิม ถ้าสมองได้รับเลือดน้อยกว่า 15 มล./100 กรัมของสมอง/นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวร และถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยง โดยสิ้นเชิงเกิน 3 - 8 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลายไม่สามารถฟื้นได้

2. อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองอาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงได้ โดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกดอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ อ่อนแรง หรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด โดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน ชนิดที่ไม่เคย เป็นมาก่อน และเวียนศีรษะบ้านหมุน หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหรือญาติ สามารถประเมินได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นการรับรู้ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง (perception of symptoms) ซึ่งจากอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีแนวโน้มจะทำให้ระยะเวลา มาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง การรักษาเมื่อเกิดมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคแล้ว ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน หรือภาวะวิกฤติเพราะสิ่งสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง คือ เวลาการบริหารจัดการให้ใช้เวลาน้อยที่สุด คือ หัวใจของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของโรค การดูแลที่ดีสามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อนได้ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเป็นภาระแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยการรักษาที่ถือเป็นมาตรฐานและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษา⁽⁹⁾

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะฟื้นฟู

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย

ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจะสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพจึงมีประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เองให้มากที่สุดตามศักยภาพ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วย และญาติรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย⁽⁸⁾ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การฟื้นฟูระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) และการฟื้นฟูระยะหลังหรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery) ดังนี้

1. การฟื้นฟูระยะแรก หรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) การฟื้นฟูในระยะนี้สามารถ เริ่มฟื้นฟูสภาพได้ทันทีที่ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น ร่วมกับภาวะทางอาการที่คงที่ ภายในช่วง 24 - 48 ชั่วโมงและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เกิน 180/110 mmHg. ซึ่งการดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery) การฟื้นฟูในระยะหลังนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง ในด้านต่างๆ คือ การทรงตัว การเคลื่อนไหวและการเคลื่อนย้ายตัวเอง การกระตุ้นการควบคุมระบบสั่งการ และทักษะการสื่อสาร โดยการฟื้นฟูผู้ป่วย ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยการฟื้นฟู สมรรถภาพ ในระยะนี้ผู้ดูแลสามารถทำการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยตัวเองที่บ้านได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับ ความพิการของผู้ป่วย และระดับความสามารถผู้ดูแลด้วยเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อีกด้วย⁽⁷⁾

4. การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ (Roy's Adaptation Model) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4.1 การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ (Roy's Adaptation Model) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (CVA: Cerebrovascular Accident) เป็นแนวทางที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ เน้นการมองผู้ป่วยในแง่ของความสามารถในการปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่รอดและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพภายใต้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยทฤษฎีนี้เน้นการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ทางกายภาพ (Physiological model): ความสามารถของร่างกายในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง 2) ทางจิตใจ (Self-concept mode): ความรู้สึกและการรับรู้ตัวเองของผู้ป่วยหลังจากการเจ็บป่วย 3) ทางสังคม (Role function mode): การปรับตัวในบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ เช่น บทบาทในครอบครัวและในสังคม และ 4) ทางจิตวิญญาณ (Interdependence model): ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นในแง่ของการสนับสนุนและการพึ่งพาอาศัย

4.2 การนำทฤษฎีการปรับตัวมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จะมุ่งเน้นการประเมินและสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ทางกายภาพ (Physiological Model) การประเมินสมรรถภาพร่างกาย หลังจากรักษาผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินความสามารถทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว การทานอาหาร และการดูแลตนเอง หากมีข้อจำกัดทางร่างกายจะต้องมีการปรับแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เช่น การฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การใช้เครื่องมือช่วยในการเดิน เป็นต้น การป้องกันการ

เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ หรือการพัฒนาภาวะลิ่มเลือด โดยการดูแลด้านสุขอนามัยและการประเมินความเสี่ยงจากภาวะเหล่านี้

2) ทางจิตใจ (Self-concept Model) การประเมินอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีภาวะอารมณ์แปรปรวน หรือมีภาวะซึมเศร้าตามมา การสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา หรือการมีการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น และการส่งเสริมความรู้สึกของความเป็นตัวเอง การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าและความสำคัญของตัวเองหลังจากการเจ็บป่วย

3) ทางสังคม (Role Function Model) การฟื้นฟูบทบาทในครอบครัวและสังคม การปรับตัวในบทบาททางสังคมเป็นเรื่องสำคัญ เช่น บทบาทในการดูแลครอบครัว หรือการกลับไปทำงาน (ถ้าเป็นไปได้) การสนับสนุนจากครอบครัวและการฝึกทักษะทางสังคม หลังจากฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในบทบาทนี้ได้ และการประเมินเครือข่ายการสนับสนุน ควรมีการประเมินว่าเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยมีความพร้อมในการให้การสนับสนุนหรือไม่ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือชุมชน

4) ทางจิตวิญญาณ (Interdependence Model) การเสริมสร้างความสัมพันธ์: การปรับตัวในการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นเรื่องสำคัญ โดยการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คล้ายกัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูและปรับตัวในด้านนี้ได้

4.3 ประโยชน์ของการใช้ทฤษฎีนี้ในการวางแผนจำหน่าย การดูแลที่เป็นองค์รวม ทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในทุกมิติ ทั้งทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ในสภาพแวดล้อมใหม่หลังจากการเจ็บป่วย ช่วยลดความเครียดและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูและปรับตัวได้ดีขึ้นและการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย



ทฤษฎีนี้ช่วยให้การเตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยไปสู่การดูแลที่บ้านหรือในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการประเมินและสนับสนุนทุกด้านที่จำเป็น⁽⁸⁾

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่กับสามี อายุ 78 ปี มีบุตรสาวบ้านติดกันมาดูแลเป็นช่วง ภูมิลำเนา จังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สิทธิเบิก ได้กรมบัญชีกลาง น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร มาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน วันที่ 22 สิงหาคม 2567 แพทย์รับไว้รักษาตัวหอผู้ป่วยในและจำหน่าย วันที่ 26 สิงหาคม 2567 รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน

อาการสำคัญ : แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

- ประมาณ 1 เดือนก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ถ่ายดำ 4 ครั้ง ไม่มีมูกปน หน้ามืด ใจสั่น มาตรวจที่แผนกฉุกเฉินรพ.ระยอง แพทย์ส่งสัยเลือดออกในกระเพาะอาหาร ให้ใส่สายยาง Lavage ได้ coffee grown จางๆ เจาะ Hct = 24% เข้าพักรักษาตัวเป็นเวลา 5 วัน (16/7/67-20/7/67) ให้เลือดจำนวน 1 unit ก่อนจำหน่าย Hct = 25% แพทย์ให้หยุดยา ASA จนถึงวันนัด วันที่ 2/8/67 หลังจากผู้ป่วยมาตรวจตามนัดแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานยา ASA ตามเดิม แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาเลย

- 3 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยบ่นขาตามปลายมือปลายเท้าตลอดทั้งวัน ลูกสาวไม่ให้ความสนใจ ไม่ได้พาไปรักษาที่ใด

- 2 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยตื่นนอนตอนตี 4 หงุดหงิดเพื่อจะใส่บาตร และกลับเข้าไบนอน ตื่นอีกครั้งเวลา 08.30 น. เรียกลูกสาวบอกว่าแขนและขาข้างขวาไม่มีแรง ลูกเดินไม่ได้ พูดชัด ไม่มีปากเบี้ยว ลูกสาวจึงพาผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิกประมาณ 09.00 น. ได้ยาฉีด 1 เข็มไม่ทราบว่ายี่ห้ออะไร และให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน

ผู้ป่วยยังคงมีอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ยกแขนและขาไม่ได้

- 1 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง หยิบจับอะไรไม่ได้ ไม่มีอาการปากเบี้ยว ไม่มีอาการลิ้นแข็ง ไปรักษาที่คลินิกแพทย์ให้ยากลับมา รับประทาน ไม่ทราบว่ายาอะไร หลังรับประทานอาการไม่ทุเลา ยังมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ญาติจึงพามา รพ. ที่แผนกฉุกเฉิน เวลา 10.22 น.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

มีประวัติมารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือดสูง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ต่อเนื่อง

ประวัติการผ่าตัด และการแพทย์ :

ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพทย์ใดๆ

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วนเตี้ย น้ำหนักเกินเกณฑ์ (BMI = 25-30) โดยมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 28/m² สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat=99%, ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ : รูปร่างศีรษะปกติ ใบหน้าตาทั้งสองข้างสมมาตร ไม่มีปากเบี้ยว , ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม ลักษณะการหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation หรือเสียง wheezing , หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur อัตราชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท , ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มี ascites ท้องไม่อืดไม่มี tenderness หรือ rebound tenderness ต่อม้าน้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต , กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ Motor power แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง grade 3 แขนและขาข้างซ้าย grade 5, ADL = 6 คะแนน ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 พูดคุยรู้เรื่องไม่มีลิ้นแข็ง ไม่มีปากเบี้ยว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดเล็กน้อย (Hb = 11.8%, Hct = 36.6%) การทำงานของไตปกติ (BUN = 15mg/dL, Cr = 0.66 mg/dL, eGFR=87.3 ml/min/1.73m²) อิเล็กโตรไลต์, ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (K = 3.36 mmol/L, Na = 139 mmol/L, Cl = 104 mmol/L (Cholesterol = 151mg/dL, Triglyceride = 131mg/dL, HDL = 42 mg/dL, LDL = 96 mg/dL DTX = 81 mg/dl) และผล Coagulation อยู่ในเกณฑ์ปกติ (PT = 10.5 sec INR = .93 sec PTT = 22.8sec)

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ปกติ (NSR rate 78 ครั้ง/นาที no ST change)

ผลตรวจเอกซเรย์ : CXR

ปกติ, CT brain : Cerebral parenchyma : Patchy ill defined hypodense lesion along periventricular white matter and bilateral corona radiata, possibly small vessel disease or non specific white matter change. Small ill-defined hypodense lesions at Left corona radiate. **IMPRESSION :** Small ill-defined hypodense lesions at left corona radiata, probably acute lacunar infarctions.

อาการเปลี่ยนแปลงและการรักษาที่ได้รับวันแรก :

วันที่ 22 สิงหาคม 2567 : on 0.9% NSS 1000 ml IVD rate 80ml/hr. NPO ส่ง CT Brain non contrast Record V/S Record I/O DTX stat = 109mg% then pre meal BID keep 90-200 mg% หลังจากผล CT Brain รับประทานอาหารได้ Medication : Aspirin 81mg 1 tab  pc เข้า, Atrovastatin 40mg 1 tab  hs, Omeprazole 20 mg 1 tab  ac เข้าประสานกายภาพ ทำกายภาพที่เตียงผู้ป่วย วันที่ 23 สิงหาคม 2567 : DTX ก่อนอาหารเข้าเท่ากับ 87mg% รับประทานน้ำหวาน 1 แก้ว ประเมิน DTX เข้าเท่ากับ 138mg% on 0.9% NSS 1000ml IVD rate 80ml/hr. รับประทานยาตามแผนการรักษาเดิม ประสานส่งกายภาพบำบัด วันที่ 24 สิงหาคม 2567 : on 0.9% NSS 1000ml IVD rate 80ml/hr. รับประทานยาตามแผนการรักษาเดิมประสาน

ส่งกายภาพบำบัด วันที่ 25 สิงหาคม 2567 : off IV รับ ประทานยาตามแผนการรักษาเดิม ส่งกายภาพบำบัด วางแผนจำหน่าย วันที่ 26 สิงหาคม 2567 : ส่งกายภาพ บำบัดสอน Home program แก่บุตรสาว คณะแนวความคิด สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) 7 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) ผู้ป่วยลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงได้โดยญาติ พยุงลุกนั่ง แขนข้างขวาเกรด 3 ขาข้างขวาเกรด 2 แขนขา ข้างซ้ายเกรด 5 **Home Medication :** Aspirin 81mg 1 tab  pc เข้า, Atrovastatin 40mg 1 tab  hs, Omeprazole 20mg 1 tab  ac เข้า, Milk of Magnesia 30 m  l xhs prn เวลาท้องผูก ญาติขอไป รับการฟื้นฟูสภาพต่อที่หอผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลพิจิตร เนื่องจากมีบุตรสาวทำงานที่โรงพยาบาลพิจิตร พยาบาล ผู้ศึกษาประสานศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตร แพทย์ Geriatric รับ admit และส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ 3-refer และ Green Channel จึงจำหน่ายผู้ป่วย โดยการส่งต่อไปที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน

การติดตามหลังจำหน่าย : วันที่ 28 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ดี อ่อนแรงแขนขาขวา มีแขนขาขวาอ่อนแรง ยังไม่สามารถ ยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 10/20 วันที่ 11 กันยายน 2567 ยังไม่สามารถยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 12/20 วันที่ 30 กันยายน 2567 ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้ tri-pod ใช้แรงช่วยเยอะต้องมีญาติช่วยประคองลุกและ เดิน เข้าไม่สุดแต่ยังเหยียดเข้าไม่สุด ปวดเข่าข้างขวา ADL = 14/20 คะแนน

การวางแผนการพยาบาล

1) ระยะแรกรับ ระยะที่นอนโรงพยาบาล และ ระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :

เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่ เพียงพอเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 3 แขนขาข้างซ้าย grade 5



2. ผล CT Brain: Acute Lacunar infarction

วัตถุประสงค์ :

เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล :

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

กิจกรรมการพยาบาล :

ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตรวจสอบสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยซึมลง หหมดสติ สับสน

การประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยรู้สึกตัว Motor power แขนขาข้างขวา grade 3 แขนขาข้างขวา grade 5 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 :

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดรับประทาน Aspirin (81 mg) 1 เม็ดรับประทานหลังอาหารเช้า

วัตถุประสงค์ :

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยไม่มีจุดจ้ำเลือด หรือมีเลือดออก ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา

2. สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เช่น จ้ำเลือดตามผิวหนัง ตามตัว หรือเยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุภายในจมูก ปากและเหงือก เพื่อประเมินภาวะเลือดออกของผู้ป่วย

3. แนะนำญาติให้ทำกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ให้สังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น

อ่อนเพลีย ท้องอืด ปวดท้อง อาเจียนมีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปน เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

การประเมินผล :

ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกที่ใด ผู้ป่วยและญาติทราบตอบคำถามได้ถึงอันตราย และอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :

การช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยลุกและเดินเองไม่ได้ Motor power Rt grade 3 คะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แรกรับ = 6/20 คะแนน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยตัวเองได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล :

ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล :

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนที่ยังแข็งแรงอยู่
2. แนะนำให้ญาติช่วยออกกำลังกายแขนขาที่อ่อนแรงเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อเหี่ยวและหดรั้ง
3. คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุกนั่ง เดิน
4. สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู
5. สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ แนะนำ สาธิต และฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด โดยเริ่มจากท่าที่ง่ายและมีความจำเป็นอย่างน้อยตามลำดับ

ก) ให้ผู้ป่วยประสานมือ 2 ข้างเข้าด้วยกันเหยียดข้อศอกตรง แขนแนบหู และให้ผู้ป่วยมองตามมือทั้ง 2 ข้างขณะทำ แล้วยกแขนลงให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวัน

ข) แนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้กับผู้ป่วย เช่น งอแขนเข้า-เหยียดแขนออก ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันในแต่ละข้าง

ค) แนะนำสอนให้ผู้ป่วยหัดเกร็งกล้ามเนื้อขา 2 ข้าง ดังนี้ เหยียดขา 2 ข้างออกไปให้สุด ใช้มือรองใต้เข่า ผู้ป่วยข้างที่กำลังฝึก จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยพยายาม กดเข่าข้างนั้นลงให้ตืดพื้นเตียงให้มากที่สุด ให้ฝึกบ่อยๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันต่อข้าง

6. สอนให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

7. ประเมินความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่บ้าน ก่อนกลับบ้าน การประเมินผล สอนญาติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ญาติสามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวัน ในความร่วมมือดี และปฏิบัติได้

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยดูสดชื่น แจ่มใส มีการทรงตัวที่ดีขึ้น ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ และไม่มีข้อติดแข็ง

2. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) โรงพยาบาล พิจิตร โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบคลุมเป็นผู้ดูแลรักษาฟื้นฟูร่วมกับสหวิชาชีพ

3. ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับกิจกรรมบำบัดเข้า-เย็น ทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน ทำให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดีขึ้น ตามลำดับ ก่อนส่งต่อ = 7/20 คะแนน, 28 สิงหาคม 267 = 10/20 และ 30 กันยายน 2567 = 14/20 คะแนน รายละเอียด ดังนี้

3.1 PT : Active resisted exs. Lt. side UEs and LEs 20 time/set, Active assisted exs. Rt. side UEs and LEs 20 time/set, balance training in sitting and standing with walking training with tri-pod cane

3.2 OT training : ROM exercise : Hand skate board pt. เคลื่อนไหวช่วง proximal ในแนวราบ ได้ 2/3 ROM ทำ Shoulder adduction/abduction, retraction/protraction และทำ elbow flex/extend, Hand function training (: Stacking cone - Bilateral hand

ต่อเนื่อง 5 ครั้ง จำนวน 2 set, และหยิบจับบอลในท่า crossing midline ต้องช่วย support elbow and wrist)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :

มีโอกาสมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและยังขาด ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน :

1. เป็นผู้สูงอายุ อายุ 78 ปี
2. มีประวัติความดันโลหิตสูงและไขมันสูง
3. มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ (ค่า BMI = 28/m²)

วัตถุประสงค์ :

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยปรับตัวได้ถูกต้องและสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบได้
2. สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้เมื่อกลับบ้าน
4. ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาแนะนำควรรับประทานยาตามแผนตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและห้ามหยุดยาเองหรือเพิ่มขนาดยาเอง
2. อธิบายให้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการกิจกรรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการความเครียดการรับยาต่อเนื่อง การทำกิจวัตรที่เหมาะสม
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เช่น ซึมลง ปวดศีรษะมากขึ้น ไข้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงลง มีความผิดปกติของสายตากระสับกระส่ายพูดลำบากหรือพูดไม่เข้าใจควบคุมการทรงตัวไม่ได้ เป็นต้น
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัดการรับประทานยา



และการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีส่วนในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

5. สาธิตและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นอย่างยิ่งก่อนจำหน่ายกลับบ้านและเปิดโอกาสให้ญาติซักถาม และทำความเข้าใจที่ถูกต้อง

6. เน้นให้ญาติเห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามคำแนะนำและการมาตรวจตามนัดรวมถึงการลดและหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาหารหวานอาหารประเภทไขมันและ อาหารเค็ม เป็นต้น

การประเมินผล :

พยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติมีความรู้มากขึ้นสนใจและรับฟังคำแนะนำและพยายามฝึกปฏิบัติทักษะที่จะดูแลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และตอบคำถามได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ และอนาคตเกี่ยวกับชีวิต เนื่องจากบทบาทเปลี่ยนแปลงต้องพึ่งพาผู้อื่น และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน :

เดินด้วยเองไม่ได้ Motor power Rt grade 3 Lt grade 5 ผู้ป่วยและครอบครัวกังวลว่าถ้ากลับไปอยู่ที่บ้านจะต้องอยู่ตามลำพังกับสามีและส่วนบุตรสาวต้องไปทำงานในช่วงกลางวัน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาและบอกวิธีการดูแลฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายสภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนวทางการรักษาให้ญาติรับรู้เพื่อวางแผนร่วมกันในการฟื้นฟูสภาพดูแลประคับประคองด้านจิตใจ

และอารมณ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. จัดเวลาให้ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้ทำการรักษาได้พูดคุยถึงแนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพและสิ่งที่ต้องการทราบหรือสงสัย ให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ญาติได้เข้าใจถึงสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงความสำคัญของการกลับมาตรวจตามนัด

3. อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดยให้ข้อมูลซ้ำๆ เป็นระยะๆ จนเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้

4. แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลโดยยึดหลักการส่งเสริมความคิดเชิงบวก ให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง

5. ช่วยวางแผนหาผู้ดูแล/แหล่งประโยชน์ทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างปลอดภัยและเพียงพอต่อความจำเป็นของผู้ป่วย

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เนื่องจากได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การฝึกกายภาพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้รับคำแนะนำในการดูแลปฏิบัติตัวและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา/ฟื้นฟูสภาพต่อ

2. ผู้ป่วยได้รับการประสานส่งต่อผ่าน 3-Refer และระบบช่องทางด่วน (Green Channel) ไปที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) เพื่อรับฟื้นฟูสมรรถภาพกำหนดแผนไว้ 3 เดือน

อภิปรายผล

กรณีศึกษานี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน และอยู่ในวัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ

65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่า ของคนที่อายุน้อยและเพศชายจะเกิดโรคมามากกว่าเพศหญิง ด้านพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ⁽¹⁰⁾ กรณีศึกษามีอาการทางระบบประสาทเริ่มแรกภายใน 3-72 ชั่วโมง มีอาการและอาการแสดงมีความผิดปกติทางระบบประสาทไม่ชัดเจน (เริ่มจาอาการชามือ) ประกอบกับญาติมิได้ใส่ใจมากนักและมีคิดว่าจะเป็นโรคร้ายแรงอะไร จึงพาไปรักษาที่คลินิกทำให้มาโรงพยาบาลเกินเวลา 4.5 ชั่วโมงทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (Acute stroke management) แพทย์จึงการดูแลแบบประคับประคองตามอาการและการดูแลรักษาแบบทั่วไป (General management) ได้แก่ การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิต การหายใจ การให้อาหารที่เพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาล และเกลือแร่ต่างๆ ในเลือดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กรณีศึกษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือการสูญเสียสมรรถภาพรุนแรงในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำการกิจกรรม ด้านการสื่อความหมาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับรู้ความเจ็บปวด ด้านสภาวะจิตใจ และจำเป็นต้องมีการปรับสภาพครอบครัว และสังคมที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและต่างไปจากวิถีชีวิตเดิมเป็นอย่างมาก ต่อมาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีหอผู้ป่วยสูงอายुरองรับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองทั้งจังหวัดพิจิตร ผู้ศึกษาติดต่อส่งผ่านระบบ 3-refer เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามโปรแกรมการดูแลระยะฟื้นฟูสภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการทำ กายภาพบำบัดร่วมกับกิจกรรมบำบัดเข้า-เย็นทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ Barthel Index (BI) ดีขึ้นจาก 6 เป็น 14 คะแนน หากกรณีศึกษาต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คะแนน BI จะไม่ดีขึ้นเท่านี้เนื่องจากต้องอยู่กับผู้สูงอายุที่บ้านตามลำพัง และไม่สะดวกในการที่ต้องมาทำกายภาพที่โรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราชตะพานหินทุกวัน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินแรกเริ่ม การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่ที่บ้าน โดยประยุกต์แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) มีอาการคงที่ (Medically stable) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน⁽¹¹⁾ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องมีการส่งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยไปยังพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้รับสนับสนุน การช่วยเหลือในด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้นและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวอีกด้วย

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทย 74 ปี คู่ อยู่กับสามีวัยผู้สูงอายุ (78 ปี) มาด้วย 3 วันก่อนมา รพ. มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้าตลอดทั้งวัน ไม่ได้พาไปรักษาที่ใด 2 วันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยตื่นนอนตอนตี 4 หงัวงายเพื่อจะใส่บาตร และกลับเข้าไปนอน ตื่นอีกครั้งเวลา 08.30 น. เรียกลูกสาวบอกว่าแขนและขาข้างขวาไม่มีแรง ลูกเดินไม่ได้ พูดชัดไม่มีปากเบี้ยว ลูกสาวจึงพาผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิก ได้ยาฉีดให้ 1 เข็มไม่ทราบว่าย่าอะไร และให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน ผู้ป่วยยังคงมีอาการแขนขาขวามืออ่อนแรง ขาขวามืออ่อนแรง 1 วันก่อนมารพ. ผู้ป่วยยังมีอาการแขนขาข้างขวามืออ่อนแรง ญาติจึงพามา รพ. ที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เวลา 10.22 น. และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบประคับประคอง ด้วยการให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000ml IVD rate 80ml/hr. NPO ส่ง CT Brain non contrast Record V/S Record I/O DTX stat = 109mg% then



pre meal BID keep 90-200 mg% , Medication: Aspirin 81mg 1 tab $\odot$ pc เข้า , Atrovastatin 40mg 1 tab $\odot$ hs, Omeprazole 20mg 1 tab $\odot$ ac เข้า ทำกายภาพบำบัด หลัง off IV จำหน่ายผู้ป่วยโดยการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในวันที่ 26 สิงหาคม 2567 รวมนอนโรงพยาบาล 4 วัน ผู้ศึกษาประสานศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลพิจิตร แพทย์ Geriatric รับ admit และ ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ 3-refer และช่องทางด่วน (Green Channel) ของโรงพยาบาลพิจิตร ที่หอผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Ward) เพื่อเข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพ

การติดตามหลังจำหน่าย : วันที่ 28 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ดี อ่อนแรงแขนขาขวา มีแขนขาขวาอ่อนแรง ยังไม่สามารถ ยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 10/20 วันที่ 11 กันยายน 2567 ยังไม่สามารถยืนเดินได้ด้วยตัวเอง ADL = 12/20 วันที่ 30 กันยายน 2567 ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้ tri-pod ใช้แรงช่วยเยอะต้องมีญาติช่วยประคองลูกและเดิน เข้าไม่สุด แต่ยังเหยียดเข้าไม่สุด ปวดเข่าข้างขวา ADL= 14/20 คะแนน

เอกสารอ้างอิง

1. Pu, L., Wang, L., Zhang, R., Zhao, T., Jiang, Y and Han, L.(2023). Projected Global Trends in Ischemic Stroke Incidence, Deaths and Disability-Adjusted Life Years From 2020 to 2030. Stroke; 54(5):1330-1339.
2. Feigin v, Brainin M , Norrving B, Martins S, Sacco5 R., Hacke W., et al.(2022). World Stroke Organization (WSO). Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke;17(1):18-19.
3. American Heart Association.(2023). Heart Disease and Stroke Statistics Update FactSheet. [cited 2024. Sep 18]. Available from: <https://professional.heart.org/-/media/PHD-F>.
4. Craig LE, Wu O, Bernhardt J, Langhorne P.(2014). Approaches to Economic Evaluations of Stroke Rehabilitation. Int J Stroke off J Int Stroke SOC; 9:88-100.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย;39(2): 39-46.
6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน 43 แพ้ม [Internet] 2566. [Cited 2024 Oct 1] Available from <https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php?fbclid=IwAR05JPiZeUi8tz9I-6-h1cPi6TT8lryT2EDZi96vGAePcybiZLUfQ0E1c60>
7. มั่นนทยา กองเมืองปักและคณะ.(2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง ศิริราช.
8. Marsh, J. L., & Hanks, R. (2004). Roy's Adaptation Model and its Application to Health Promotion in Older Adults. Journal of Nursing Scholarship, 36(4), 321-326.
9. สถาบันประสาทวิทยา.(2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562).แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562.ทริค จึงค์.
11. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563).คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community).