

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

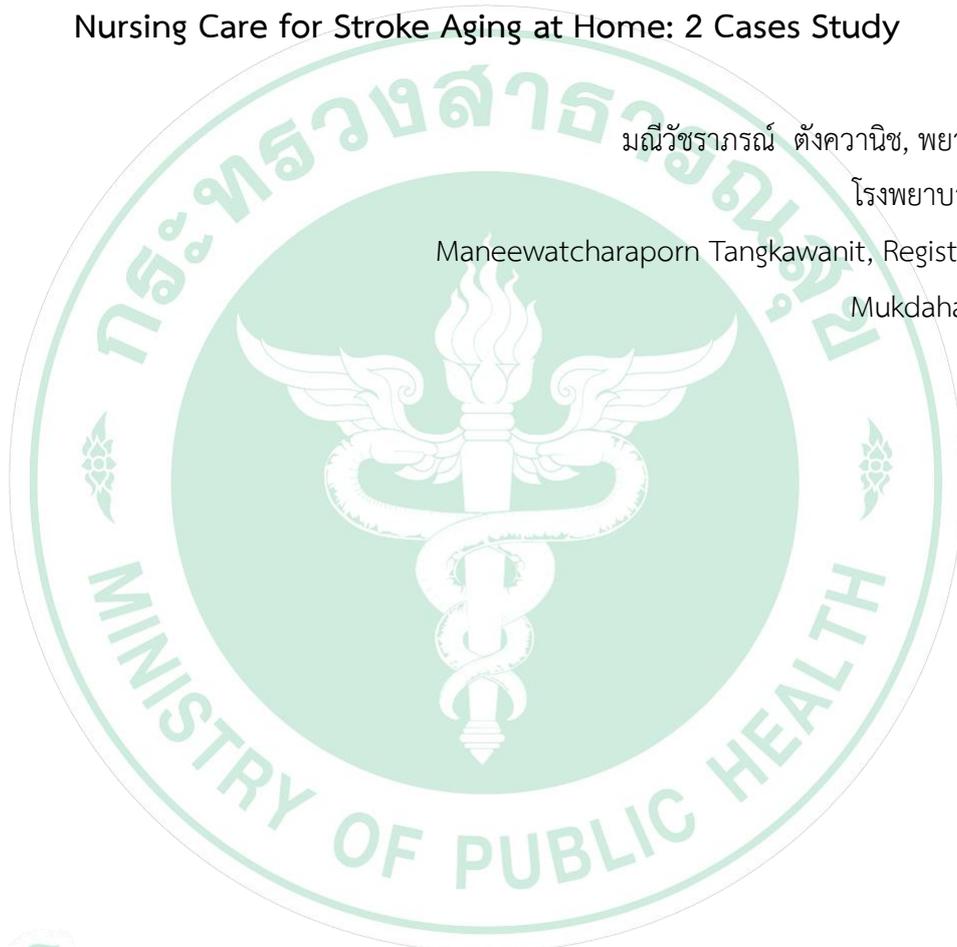
Nursing Care for Stroke Aging at Home: 2 Cases Study

มณีวัชรภรณ์ ตั้งควานิช, พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมุกดาหาร

Maneewatcharaporn Tangkawanit, Registered nurse

Mukdahhan hospital



โรงพยาบาลมุกดาหาร
MUKDAHAN HOSPITAL

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีร่องรอยความเสียหายทางระบบสมองหลงเหลืออยู่ หลังการรักษาอาจมีภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยมีโอกาสพิการ ต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่องระยะเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

วิธีการศึกษา: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก ได้รับการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้าน ศีรษะรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ วางแผนเพื่อเยี่ยมฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

ผลการศึกษา:

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 62 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวานความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นอนติดเตียงใส่สายให้อาหารทางจมูก กล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาเกรด 0 ข้างซ้ายเกรด 5 ประเมิน ADL เท่ากับ 0 คะแนน ใส่สายยางให้อาหาร หลังการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพพบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันบางอย่างเช่น แปรงฟัน หยิบแก้วน้ำ ได้ด้วยตนเอง รับประทานอาหารทางปากได้ นั่งบนรถเข็นโดยญาติช่วยพยุงและยื่นโดยไม่เท้า 3 ขาและกำลังฝึกเดิน ระดับ ADL เท่ากับ 8 คะแนน

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 76 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 5-6 มวน ดื่มสุราทุกวัน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ใส่สายให้อาหารทางจมูก คาสายสวนปัสสาวะ กล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาเกรด 0 ข้างซ้ายเกรด 4 ประเมิน ADL เท่ากับ 0 คะแนน หลังการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพพบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้หยิบแก้วน้ำได้ นั่งบนเตียงโดยญาติช่วยพยุง ไม่พบข้อติด ผู้ป่วยพูดได้เป็นคำ คาสายสวนปัสสาวะ ระดับ ADL เท่ากับ 2 คะแนน

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ครอบครัวร่วมวางแผนปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยไม่มีภาวะเครียด ผู้ดูแลมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและภาวะพิการที่เกิดขึ้น อาการโดยรวมกรณีศึกษาสองรายดีขึ้น

สรุป การติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง การวางแผนฟื้นฟูสภาพของทีมนสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ การเสริมพลังแก่ครอบครัว และการให้ความร่วมมือของญาติในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายดีขึ้นผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันบางอย่างเช่น แปรงฟัน หยิบแก้วน้ำ ได้ด้วยตนเอง รับประทานอาหารทางปากได้

คำสำคัญ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลที่บ้าน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โอกาสเสียชีวิตขึ้นกับลักษณะของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มที่เป็น Transient ischemic attacks (TIA) จะมีโอกาสรอดชีวิตสูง จะมีอาการดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกในสมองจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจมีการสูญเสียการมองเห็น การพูด เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง และอาจมีภาวะสับสน ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ทั่วโลกราว 15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนจะเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคนจะมีความพิการถาวร ส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว โรคหลอดเลือดสมองมักไม่ค่อยพบในผู้ที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งหากพบโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่อายุน้อยมักเกิดสัมพันธ์กับการมีความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองคือการเคยมีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน การมีโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่⁽¹⁾

ปัจจุบันแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยกำลังอยู่ในสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมประสิทธิภาพ การทำงานของร่างกายลดลงหรือเสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.17, 3.06 และ 2.54 ในปี 2564-2566 ตามลำดับ⁽²⁾ โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยถึง 36,214 ราย ในปี 2564⁽³⁾ จากสถิติโรงพยาบาลมุกดาหาร อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เท่ากับ 272.56, 176.34 และ 153.87 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน อัตราตายเท่ากับร้อยละ 4.16, 3.59 และ 4.07 ในปี 2564 ถึง 2566 ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติหลงเหลือต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลฟื้นฟูสภาพในช่วง 3 เดือนแรกมีความสำคัญในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หรือแผลกดทับ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลต่อสภาพอารมณ์ คุณภาพชีวิตอย่างมาก^(4,5,6,7) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในระยะแรกจึงเป็นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและญาติในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การฟื้นฟูในระยะยาว ผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะประสบผลสำเร็จหรือผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูที่ครอบครัวญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญ พยาบาลต้องมีส่วนร่วม และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในโรคที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลจึงเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยวางแผนให้คำแนะนำ ดูแลและกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพ ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครบทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี^(8,9,10) ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

วิธีการศึกษา กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกในสมอง ของโรงพยาบาลมุกดาหาร ที่ได้รับการวินิจฉัย รักษา และได้รับการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้าน โดยศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียน การสัมภาษณ์ข้อมูลจากญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว ประเมินสภาพผู้ป่วย และติดตามวางแผนดูแลที่บ้าน

ระยะเวลาที่ดำเนินการ กรกฎาคม 2566 – มกราคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการรักษาพยาบาล แบบบันทึกการประเมินสภาพตามแนวทาง INHOMESS แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel activities of daily Living index: ADL)

การดำเนินการศึกษา มีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารต่างๆ พร้อมทั้งขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ รวมทั้งแพทย์ผู้ให้การรักษา
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต และสมาชิกผู้ดูแล สภาพเศรษฐกิจและสังคม
3. ประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ การผ่าตัดและแผนการรักษาของแพทย์
5. นำข้อมูลที่รวบรวมวิเคราะห์ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลจัดทำแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะ
7. จัดเตรียมเอกสารเพื่อนำเสนอเผยแพร่ผลงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สำหรับเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ให้มีการทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น
2. สำหรับการนำแนวคิดการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายองค์กรท้องถิ่นในการร่วมสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการพิจารณาความช่วยเหลือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน และปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ
วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ 9 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 18 สิงหาคม 2566

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แขนขาด้วนขวาอ่อนแรง 50 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 50 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะทำอาหาร แขนขาข้างขวาอ่อนแรงทันที พุดจา
สับสน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาเจียน ญาตินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 6 ปีที่แล้วเป็นโรคเบาหวาน 1 ปีที่แล้วเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้มสุราทุกวัน สูบ
บุหรี่ 3-4 มวนต่อวัน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง

การประเมินอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยล้มตาเมื่อเรียก ส่งเสียงอ้ออ ทราบตำแหน่งที่เจ็บ แขนขาด้วนขวาอ่อนแรง
GCS เท่ากับ 10 คะแนน (E3V2M5) motor power แขนขาด้วนขวา grade 0 แขนขาด้วนซ้าย grade 5 รู
ม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง DTX 479 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศา
เซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 215/88
มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 61.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โลหิตวิทยา ฮีโมโกลบิน 11.1 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 35.8 เปอร์เซ็นต์ เกล็ด
เลือด 196,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวในเลือด 6,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือด
ขาวชนิดนิวโทรฟิลล์ 61 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ โซเดียม 127.7 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 3.95
มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 93.4 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 26.4 มิลลิโมลต่อลิตร ผลตรวจการทำงานของไต
ค่ายูเรียไนโตรเจน 17.9 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ครีเอตินิน 1.05 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

การรักษาและตรวจวินิจฉัย ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ Intraparenchymal hemorrhage: left
Basal ganglion ขนาด 4.1x2.1x3.5 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตกด้านซ้าย การรักษา
ประคับประคองตามอาการ ฟันฟุสภาพร่างกายของผู้ป่วยคล้ายกรรมหญิง ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหาร
ทางปากได้ ฝึกรกลืนไม่ผ่าน ให้อาหารทางสายยาง ไม่มีผลกดทับ

ประเมินอาการก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยล้มตาได้เอง พุดได้แต่ยังสับสน ทำตามคำสั่งได้ GCS เท่ากับ 14 คะแนน
(E4V4M6) motor power แขนขาด้วนขวา grade 0 แขนขาด้วนซ้าย grade 5 รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร
ตอบสนองต่อแสง ยังกลืนไม่ผ่าน ให้อาหารทางสายยาง ไม่มีผลกดทับ

แผนการจำหน่าย ผู้ป่วยจัดอยู่ในประเภทที่ 3 ของผู้ป่วย Home ward care เป็นผู้ป่วยติดเตียง คะแนน
Barthel ADL index เท่ากับ 0 จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว ได้แก่ สายให้อาหาร
ทางสายยาง รวมระยะเวลาอนในโรงพยาบาล 9 วัน

ยารับประทานต่อเนื่อง Simvastatin 20mg 1x1 oral hs, Pioglitazone 30mg 1x1 oral ac, Vitamin B
complex 1x3 oral pc, metformin 500mg 2x2 oral pc, glipizide 5 mg 2x2 oral ac, amlodipine 10
mg 1x1 oral pc, losartan 50 mg 1x1 oral pc, lorazepam 0.5 mg oral hs

กรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

วันเข้ารับการรักษา วันที่ 7 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2566 รวม 56 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แขนขาด้วนขวาอ่อนแรง 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี เข้านอนตามเวลาปกติ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่า หลังตื่นนอน ผู้ป่วยยืนแก้มักๆอยู่หน้าห้องน้ำ ไม่พูด กล้ามเนื้อแขนขาด้วนขวาอ่อนแรง ประสาน 1669 ออกรับ อาการแรกเริ่มล้มตาเมื่อเรียก GCS เท่ากับ 10 คะแนน (E3V2M5) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง สมองเสียงอ้ออ ทราบตำแหน่งที่เจ็บ motor power แขนขาด้วนซ้าย grade 4 แขนขาด้วนขวา grade 1

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เคยผ่าตัดนิ่วในไต ปี 2556

โรคประจำตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่ 5-6 มวนต่อวัน ต้มสุราวันละ 1 ขวด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรง

ผลประเมินสุขภาพ ลืมตาได้เอง ไม่ออกเสียง ทราบตำแหน่งที่เจ็บ GCS เท่ากับ 10 คะแนน (E4V1M5) รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง motor power แขนขาด้วนซ้าย grade 4 แขนขาด้วนขวา grade 1 DTX 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 56 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/94 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

การรักษาและตรวจวินิจฉัย ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ Acute arterial thrombosis at left middle cerebral artery แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองแตกตีบ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ร่วมกับยาปฏิชีวนะ รักษาประคับประคองตามอาการฟื้นฟูสภาพร่างกายหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ฝึกการกลืนไม่ผ่าน ให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โลหิตวิทยา ฮีโมโกลบิน 12.7 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 39.2 เปอร์เซ็นต์ เกล็ดเลือด 221,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวในเลือด 4,800 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลล์ 58 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ โซเดียม 138.5 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 3.59 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 109.0 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 22.6 มิลลิโมลต่อลิตร แมกนีเซียม 1.69 มิลลิโมลต่อลิตร ผลตรวจการทำงานของไต ค่ายูเรียไนโตรเจน 21 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ครีเอตินิน 1.37 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ประเมินอาการก่อนจำหน่าย ลืมตาได้เอง ไม่ออกเสียง ทราบตำแหน่งที่เจ็บ GCS เท่ากับ 10 คะแนน (E4V1M5) motor power แขนขาด้วนซ้าย grade 4 แขนขาด้วนขวา grade 1 รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสง ยังกลืนไม่ผ่าน ให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ หายใจปกติ

แผนการจำหน่าย ผู้ป่วยจัดอยู่ในประเภทที่ 3 ของผู้ป่วย Home ward care เป็นผู้ป่วยติดเตียง คะแนน Barthel ADL index เท่ากับ 0 จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว ได้แก่ สายสวนปัสสาวะ และสายให้อาหารทางสายยาง รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 56 วัน

ยารับประทานกลับบ้าน

N-acetylcysteine powder 200 mg 1x3 oral pc, simvastatin 20 mg 1x1 oral hs, Baclofen 10 mg 1x2 oral pc, folic acid 5 mg 1x1 oral pc, Duralyn 200 mg 1x1 oral hs, Vitamin B Complex 1x3 oral pc, Sertraline 50 mg oral hs , Methylphenidate 10 mg 1x1 oral pc, Nortriptyline 10 mg 1x1 oral hs, Warfarin 2 mg 1x1 oral hs, methylsalicylate cream apply

วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาทั้งสองราย มีพยาธิสภาพเกิดโรคที่สมองในบริเวณแตกต่างกันออกไป ในกรณีศึกษารายที่ 1 มีเลือดออกในสมองใหญ่ส่วน Left Basal ganglion สาเหตุสำคัญเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้มีเลือดออกในสมองส่วน basal ganglia ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว จึงทำให้มีอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อด้านขวา และภาวะเลือดออกในสมองส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาจทำให้มีอาการ ชี้น ชักเกร็งกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ แพทย์ให้การรักษาด้วย 1) ยาชัก Phenytoin ซึ่งมีกลไกออกฤทธิ์ช่วยยับยั้งหรือชะลอการทำงานของเม็ดปกติของระบบประสาท 2) รักษาสมดุลของน้ำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยเพิ่มปริมาตรในระบบการไหลเวียนโลหิต 3) ควบคุมความดันโลหิตโดยมีเป้าหมายลดความดัน systolic ให้ต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท โดยให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ในผู้ป่วยรายนี้ ได้รับยา nicardipine เพื่อช่วยลดการขยายตัวของเลือดออกในสมองได้ ป้องกันไม่ให้เลือดออกมากขึ้น

กรณีศึกษารายที่ 2 ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว จากอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับมีพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การดื่มสุราทุกวัน วันละ 1 ขวด ร่วมกับสูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 5-6 มวน เป็นระยะเวลาานมากกว่า 20 ปี เมื่อเกิดการปริแตกหรือตีบตันของหลอดเลือดในสมอง ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเกิดการตีบตันหลอดเลือดที่ตำแหน่ง Left middle cerebral artery ทำให้มีอาการอ่อนแรงแขนขา มีปัญหาด้านการสื่อสาร การพูด การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้เกิดการทำลายของเนื้อปอด เกิดเป็นถุงลมโป่งพอง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติไป หลอดลมที่ตีบแคบทำให้เกิด ventilation น้อยลง กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนล้าลง ทำให้เกิด hypoxemia ได้มากขึ้น ผลการที่มีการอักเสบและตีบแคบของหลอดลม ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่ายจากประสิทธิภาพการหายใจที่ลดลง ขณะนอนโรงพยาบาลจึงเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ด้วย คือการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีโรคหัวใจเต้นเร็ว หัวใจห้องบนทั้งสองห้องไม่บีบตัว ผลักเลือดลงมาตามปกติ ทำให้มีเลือดบางส่วนค้างอยู่ในห้องบน นำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดได้ หากลิ่มเลือดเข้าสู่กระแสเลือดก็จะทำให้เกิดเส้นเลือดในสมองอุดตัน ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดอัมพาตได้

กรณีศึกษาทั้งสองราย เกิดพยาธิสภาพที่สมองในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการสื่อสาร ทำให้มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งแขนและขา การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต้องพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด Barthel index ADL เท่ากับ 0 คะแนน

การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESS

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESS

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
I: Immobility	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย นอนบนเตียงมีปากเบ้ ยวด้านซ้าย แขนขาอ่อนแรง motor power แขนขาข้างขวา grade 0 แขนขาข้างซ้าย grade 5 การหายใจปกติ ADL เท่ากับ 0 คะแนน	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียงแขนขาอ่อนแรง motor power แขนขาขวา grade 1 แขนขาข้างซ้าย grade 5 เคลื่อนไหวร่างกายได้เล็กน้อย เนื่องจากการปรับเตียงต้องมีญาติคอยพยุง การหายใจปกติ ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีใสไหลปกติ ADL เท่ากับ 0 คะแนน
N: Nutrition	ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารได้รับอาหารปั่นทางสายยาง ครั้งละ 300 มล. วันละ 4 ครั้ง	ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารได้รับอาหารทางการแพทย์ ทางสายยาง ครั้งละ 300 มล. วันละ 4 ครั้ง
H: Home environment	บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านปูนชั้นเดียวยกสูงห้องน้ำมีราวจับ โถส้วมเป็นแบบชักโครก ผู้ป่วยนอนเตียงไม้ บุตรสาวและหลานสาวสลับกันมานอนเฝ้าเวลากลางคืน	บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านปูน 2 ชั้นผู้ป่วยนอนชั้นล่าง ห้องน้ำมีราวจับโถส้วมเป็นแบบชักโครก ผู้ป่วยนอนเตียงแบบมีหมอนปรับระดับได้ ส่วนใหญ่ ภรรยา บุตรสาวมาช่วยดูแลเรื่องอาหาร
O: Other people	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี บุตรสาว และหลาน จำนวน 10 คนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดี	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรสาว บุตรชายสมาชิกรวมสมาชิก 4 คน ครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดี
M: Medication	ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา โดยหลานสาวเป็นผู้จัดเตรียม ไม่มีการซื้อยาหรืออาหารเสริมอื่นๆมารับประทาน	ผู้ป่วยได้รับยา Warfarin ถูกต้องตามแผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา บุตรสาวเป็นผู้จัดเตรียมยา ไม่มีการซื้อยาหรืออาหารเสริมอื่นๆมารับประทาน

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินสุขภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESS (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
E: Examination	สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 129/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที DTX 136 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ สมาชิกในครอบครัว สุขภาพแข็งแรง	สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 132/88 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที สมาชิกในครอบครัว สุขภาพแข็งแรง
S: Safety	ผู้ป่วยนอนเตียงไม้ มีราวกันเตียง ปลอดภัยให้การดูแลทำความสะอาดร่างกายบนเตียง สิ่งแวดล้อมสะอาด อากาศถ่ายเทดี	ผู้ป่วยนอนเตียงแบบมือหมุนปรับระดับ มีราวกันเตียงปลอดภัย ให้การดูแลทำความสะอาดร่างกายบนเตียง สิ่งแวดล้อมสะอาด อากาศถ่ายเทดี
S: Spiritual	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามวาระวันสำคัญทางศาสนา ครอบครัวมีความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามวาระวันสำคัญทางศาสนา ครอบครัวมีความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน
S: Services	ผู้ป่วยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลและโรงพยาบาลมุกดาหาร ตามแพทย์นัดมือสม. และ Care giver ประจำชุมชน เข้าไปดูแลเดือนละ 1 ครั้ง ใช้บริการ 1669 เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมติดตามอาการ เดือนละ 1 ครั้ง	ผู้ป่วยใช้สิทธิเบิกราชการ รักษาที่โรงพยาบาลต่างอำเภอ ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ใช้บริการ 1669 เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน มือสม. และ Care giver ประจำชุมชน เข้าไปดูแลเดือนละ 1 ครั้ง ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมติดตามอาการ เดือนละ 1 ครั้ง

สรุปการประเมิน INHOMNESS

ด้านร่างกาย กรณีศึกษาทั้งสองราย มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวแขนขาด้านขวาเคลื่อนไหว การประกอบกิจวัตรประจำวันโดยญาติช่วยดูแลทั้งหมด กรณีศึกษารายที่ 2 มีความแตกต่างด้านความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ การวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีโอรเมม ด้านความพร่องในการดูแลตนเอง การมีข้อจำกัดด้านสุขภาพที่ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองหรือให้การดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบได้อย่างต่อเนื่อง หรือคุณภาพการดูแลนั้นไม่มีประสิทธิภาพหรือปริมาณไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ด้านจิตใจ กรณีศึกษาทั้งสองราย ญาติมีความวิตกกังวลต่อพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อน ความไม่มั่นใจต่อการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและกังวลต่อความพิการที่อาจเกิดขึ้น การวางแผนการพยาบาลญาติครอบครัวผู้ป่วยแบบองค์รวม ในมิติกายใจสังคม และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว

จากปัญหาที่สรุปได้นำมาวางแผนการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการช่วยเหลือตนเองด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียงแขนขาอ่อนแรง motor power แขนขาข้างขวา grade 0 แขนขาข้างซ้าย grade 5 ADL เท่ากับ 0 คะแนน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียงแขนขาอ่อนแรง motor power แขนขาข้างขวา grade 1 แขนขาข้างซ้าย grade 4 ADL เท่ากับ 0 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกายเช่น ภาวะข้อติด ปอดแฟบ แผลกดทับ
2. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกายทางระบบประสาท การเคลื่อนไหวระบบกระดูกกล้ามเนื้อและประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอตีแอล (The barthel activity of daily living index: ADL) ร่วมกับบันทึกภาพบำบัด

2. สอนแนะนำญาติประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยก่อนปฏิบัติกิจกรรมบริหารร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ และประเมินความพร้อมก่อนทุกครั้ง ถ้าพบอาการ มีไข้ ซึม คลื่นไส้ อาเจียน งดการฟื้นฟูไว้ก่อน

3. สอนสาธิตญาติในการบริหารร่างกายแขนขาอย่างถูกต้องและปลอดภัยเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษเช่นการออกกำลังกายการเคลื่อนไหวข้อมีจุดเน้นสำคัญคือ ต้องจับบริเวณข้อที่จะออกกำลังกายให้กระชับและถูกต้อง

4. แนะนำญาติในใช้อุปกรณ์ในการบริหารร่างกายผู้ป่วย เช่น ลูกบอลเล็กสำหรับบีบ หรือจับและปล่อยในการบริหารกล้ามเนื้อและการสังการของสมอง

5. สร้างแรงจูงใจให้ญาติและผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการบริการร่างกายและกระตุ้นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

6. ร่วมจัดตารางการบริหารร่างกายแบบ Passive Exercise มีการบริหารร่างกาย ตามอวัยวะข้อต่อให้ครบ เช่น การบริหารข้อไหล่และแขน ข้อมือและนิ้วมือ บริหารกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างการบริหารกระดูกข้อสะโพก

การประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติสามารถปฏิบัติการบริหารร่างกายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่พบแผลกดทับ ไม่พบข้อติดแข็ง ผู้ป่วยสามารถนั่งบนเตียงโดยมีญาติคอยพยุงและสามารถยืนข้างเตียงและกำลังฝึกเดินโดยใช้ไม้เท้า 3 ขา แขนขวาตั้งและเกร็งเล็กน้อย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบริหารร่างกายสามารถใช้มือขวาประคองมือซ้ายยกขึ้นเหนือศีรษะได้ ADL เท่ากับ 9 คะแนน

กรณีศึกษารายที่ 2 ญาติปฏิบัติการบริหารร่างกายผู้ป่วยบางส่วน เนื่องจากผู้ดูแลหลักเป็นภรรยาที่สูงอายุ การบริหารร่างกายส่วนใหญ่ใช้วิธีการดึงรอกที่ติดบนเพดานเหนือเตียง และบริหารข้อมือข้อศอก ข้อไหล่ขวาติดเล็กน้อยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่พบแผลกดทับ ผลการประเมิน ADL เท่ากับ 2 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2 มีความบกพร่องด้านการช่วยเหลือตนเองด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติให้ดูแลความสะอาดของร่างกายไม่ให้เปียกชื้น สวมใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้ออ่อนนุ่ม
2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปหลังมีการขับถ่าย และซับให้แห้งอยู่เสมอ
3. ดูแลให้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
4. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ
5. จัดตำแหน่งสายให้อาหารทางสายยางไม่ให้ถูกกดทับเช่นบริเวณใบหูหลังศีรษะ หรือลำตัว
6. สอนสาธิตญาติในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงโดยจัดท่านอนให้เกิดความสบายลดแรงกดของร่างกาย การพลิกตะแคงตัวให้นอนหงาย ตะแคงข้างซ้าย ขวา สลับกันการใช้ผ้านุ่มรองบริเวณที่กดทับเช่น ศีรษะด้านหลัง หู กระดูกก้นกบ กระดูกเชิงกราน กระดูกสันเท้า ข้อศอก ตาตุ่ม

6.1 การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเต็มตัวศีรษะโน้มไปข้างหน้า เล็กน้อยลำตัวตรง จัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตจัดให้ไหล่ขยับไปข้างหน้าใช้หมอนรองแขนและมือวางบนหมอน ขาข้างอัมพาตจัดให้สะโพกงอ เข่างอบนหมอน เท้ารองรับบนหมอนเพื่อป้องกันข้อเท้าบิด

6.2 การจัดทำนั้งบนเตียง ผู้ป่วยนั่งศีรษะลำตัวตรง จัดให้มีพนักพิงหลังและศีรษะ อาจปรับหัวเตียงขึ้น แขนข้างที่อ่อนแรงวางไว้บนหมอนหนุนให้สูงจนไหล่แขนข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างที่ปกติ ปลายเท้าทั้งสองข้างยันแผ่นกระดานหรือผ้าม้วนเพื่อป้องกันเท้าตก

7. แนะนำญาติสังเกตสีของผิวหนังบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น มีรอยแดง สีผิวคล้ำ มีน้ำซิมออกจากรอยกดทับ ถ้าผิวหนังมีรอยแดงไม่ให้ใช้น้ำร้อนประคบเพราะจะทำให้ผิวหนังถูกทำลายมากขึ้น

8. แนะนำวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธียกไม่ลากหรือดึง เพราะแรงเสียดทานมากจะทำให้ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย

การประเมินผล กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2 ญาติสามารถจัดท่านอนได้ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๓ มีภาวะท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1 ถ่ายอุจจาระบางช่วงวันเว้นวัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ถ่ายอุจจาระ 3-4 วันต่อครั้ง

วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะท้องผูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการขับถ่ายของผู้ป่วยจากญาติผู้ดูแล
2. ให้คำแนะนำญาติ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย แนะนำวิธีนวดคลึงท้องเริ่มตั้งแต่หน้าท้องด้านขวาที่ได้สะดือและวนมาที่หน้าท้องด้านซ้าย ครั้งละ 10 รอบก่อนเวลาอาหาร ประมาณ 30 นาที
3. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ด้วยการให้ผู้ป่วยยกสะโพกค้างไว้ นับ 1 - 10 จำนวน 5 ครั้ง
4. เพิ่มปริมาณน้ำในมื้ออาหารครั้งละ 50-100 ซีซี
5. อธิบายพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้กระตุ้นผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น การช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยยกสะโพก เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง
6. ประเมินหาแพทย์ให้ยาปรับความอ่อนนุ่มของอุจจาระ

การประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ 1 ถ่ายอุจจาระ 1-2 วันต่อครั้ง ลักษณะอุจจาระนุ่ม ไม่ได้ใช้ยาระบาย

กรณีศึกษารายที่ 2 ถ่ายอุจจาระบางช่วง 1-2 วัน ลักษณะอุจจาระอ่อนนุ่ม ไม่ได้ใช้ยาระบาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีความบกพร่องด้านการรับประทานอาหารทางปาก

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษา รายที่ 1 และกรณีศึกษา รายที่ 2 ใส่สายให้อาหารทางสายยาง

วัตถุประสงค์ เพื่อฝึกกระตุ้นกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการฝึกกระตุ้นเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติให้ทำความสะอาดช่องปาก ผู้ป่วยด้วยแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม วันละ 2 ครั้ง เช้าเย็น
2. สอนแนะนำญาติกระตุ้นผู้ป่วยฝึกการกลืนให้กล้ามเนื้อแข็งแรงวิธีการดังนี้
 - 2.1 การบริหารริมฝีปากและแก้ม อ้าปากกว้างออกเสียง “อา” เม้มริมฝีปากแน่นๆแล้วคลายออก 10 ครั้ง
 - 2.2 การเป่า ดูด เช่น ดูดน้ำด้วยหลอด
 - 2.3 ทำปากจู๋สลับกับฉีกยิ้ม หรือออกเสียง “อุ” สลับเสียง “อึ” กักลมในปากให้แก้มป้องแล้วเป่าลมออก ซ้ำๆ
 - 2.4 การบริหารลิ้น สอนให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะมุมปากทั้งสองข้างสลับกันให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกันให้ผู้ป่วยพูด ลาลาลา คาคาคา ซ้ำหลายหลายรอบใช้น้ำหวานแตะบริเวณริมฝีปากบนและล่างมุมปากแล้วให้ผู้ป่วยพยายามใช้ลิ้นเลียหรือแตะบริเวณริมฝีปากและมุมปากให้ผู้ป่วยยกลิ้นแตะเหงือกและเคลื่อนลิ้นจากด้านหน้าไปด้านหลังสลับกันไปมาให้ผู้ป่วยดันลิ้นออกมาอกปากให้ญาติใช้ไม้กดลิ้นดันลิ้นไปในทิศทางตรงกันข้ามคือด้านหลังหรือทิศทางซ้ายขวา
 - 2.5 การบริหารขากรรไกร ให้ปากอ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง อา แล้วหุบปากให้ฟันกระทบกันปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไปด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที ทำสลับข้างซ้าย-ขวา เคลื่อนไหวขากรรไกรในลักษณะการเคี้ยวข้าว ทำซ้ำ 5-10 รอบ
 - 2.6 ใช้น้ำมะนาวป้ายโคนลิ้นคนไข้ เพื่อกระตุ้นการรับรสและการกลืน
 - 2.7 นวดกล้ามเนื้อรอบริมฝีปาก โดยการใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือวาดเป็นวงกลมจากริมฝีปากบนลงมาริมฝีปากล่าง 10 ครั้ง ทุกวันเช้าเย็นครั้ง
 - 2.8 นวดกล้ามเนื้อลำคอโดยการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ นวดกล้ามเนื้อจากบริเวณลำคอขึ้นมาถึงใต้คาง 10 ครั้ง

การประเมินผล

กรณีศึกษา รายที่ 1 และ กรณีศึกษา รายที่ 2 ได้รับการฝึกกระตุ้นกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการกลืน สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ถอดสายยางให้อาหารทางจมูกได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาชายที่ 2 ใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายและปัสสาวะเองได้
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนแนะนำญาติในการประเมินภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเช่นไข้ ปวดท้อง ปัสสาวะขุ่น
2. แนะนำให้ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการดูแลทำความสะอาดหรือการไปสัมผัสสายสวนปัสสาวะ ถุง
รองรับปัสสาวะ การล้างทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสปัสสาวะของผู้ป่วย
3. การยึดตรงสายสวนปัสสาวะในผู้หญิงให้ยึดตรึงไว้บริเวณหน้าขา โดยการยึดตรึงจะใช้พลาสติกยึดสาย
สวนให้ติดกับผิวหนัง และต้องระวังไม่ให้สายตึงจนเกินไป ดูแลให้สายสวนปัสสาวะและถุงใส่ปัสสาวะอยู่ใน
ระบบปิดตลอดเวลา ต้องไม่ให้มีรอยแตก และการรั่วซึม เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่
ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะตลอดเวลาและถุงห้ามสัมผัสกับพื้น การถ่ายปัสสาวะออกจากถุงห้ามให้ปลายท่อสัมผัส
กับปากขวดหรือภาชนะที่รองรับปัสสาวะเด็ดขาด
4. ดูแลให้ปัสสาวะไหลดี โดยระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะ บิด พังอ การเทน้ำปัสสาวะทิ้งเมื่อมีปริมาณราว
1,000 ซีซี หรือทุก ๆ 3 ชั่วโมงหรือมีปริมาณ 3 ใน 4 ของถุง ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังทำความสะอาด
บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรูเปิดของท่อปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและเมื่อสกปรก
5. แนะนำการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะใหม่ทุก ๆ 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. แนะนำญาติในการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่สายสวนปัสสาวะเช่น ไข้ ปัสสาวะขุ่น
มีตะกอน
7. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังมีการถ่ายอุจจาระ โดยการเช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไป
ด้านหลัง เพื่อป้องกันเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะ

การประเมินผล กรณีศึกษาชายที่ 2 ไม่มีไข้ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีสีขุ่น ไม่มีตะกอน ปัสสาวะวันละ 1,000-
1,500 ซีซี เทปัสสาวะวันละ 2 -3 ครั้ง ได้รับการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษา

บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่การเคลื่อนไหวบกพร่องที่คาสายสายปัสสาวะ มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อใน
ระบบทางเดินปัสสาวะ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง อายุที่เพิ่มมากขึ้น ภูมิคุ้ม
กันลดลง สาเหตุสำคัญอีกประการคือการติดเชื้อแบคทีเรียย้อนกลับขึ้นจากท่อปัสสาวะจากบริเวณทวารหนัก
ย้อนไปที่ท่อปัสสาวะแล้วเข้าไปในท่อปัสสาวะ ซึ่งการดูแลทำความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์เป็นสิ่งสำคัญประการ
หนึ่ง ที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลังการขับถ่ายอุจจาระการล้างเช็ดทำความสะอาด
สะอาดควรขับให้แห้ง การทำความสะอาดทวารหนักไม่ให้เช็ดย้อนกลับไปอวัยวะเพศจะลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีปัญหาปัญหาด้านการพูดและการสื่อสาร

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1 อวัยวะในการพูดอ่อนแรงผู้ป่วยสื่อสารเหลือบตามองตามเสียงเรียก ส่งเสียง อู้อ้อ เบาๆ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยสื่อสารด้วยการส่งเสียงพูดเบาๆไม่ชัด

วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด การกลืนทำงานได้อย่างปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนญาตินิ้วตบเพื่อกระตุ้นริมฝีปากและลิ้น โดยทำท่าละ 30 ครั้ง โดยใช้นิ้วปัดตรงบริเวณริมฝีปากล่างเร็วๆ และเอานิ้วปัดตรงบริเวณริมฝีปากบนเร็วๆ จากนั้นนิ้วตบตรงบริเวณแก้มเป็นวงกลม

2. การนวดเพื่อช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อในการยกคอหอยและโคนลิ้น โดยการใช้นิ้วชี้ และนิ้วกลาง รูดขึ้นตั้งแต่บริเวณด้านหน้าลำคอจนถึงใต้คาง

3. การออกกำลังกล้ามเนื้อลิ้น โดยใช้ไม้กดลิ้นดันออกแรงต้านกับลิ้นในทิศทางด้านบนและด้านข้าง ทั้ง 2 ข้าง ท่าละ 10 ครั้ง

4. การบริหารริมฝีปากและกล้ามเนื้อในการบดเคี้ยวโดยการให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างๆแล้วยิ้ม ยิงฟัน ทำปากห่อ ปากจู๋ เม้มปาก พองแก้มป้อง ดูดแก้ม ทำท่าละ 10 ครั้ง

5. การบริหารลิ้นโดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้นยาว เออลิ้นดันกระพุ้งแก้ม เลียลิ้นรอบริมฝีปาก เออลิ้นแตะริมฝีปาก แล้วลากไปด้านหลังเข้าหาลิ้นไก่ เตะลิ้นแล้วให้ออกเสียง ลากๆ คางๆ ทำท่าละ 10 ครั้ง

การประเมินผลทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติฝึกผู้ป่วยออกเสียงทุกวัน และช่วยบริหารกล้ามเนื้อริมฝีปากและลำคอ ผู้ป่วยส่งเสียงพูดเป็นคำๆ ได้ตอบญาติได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ญาติฝึกให้ผู้ป่วยออกเสียงนานๆครั้ง ผู้ป่วยทำตามคำบอกได้ อ้าปากได้ตามคำสั่ง ยิ้มยิงฟัน แลบลิ้นเลียริมฝีปากได้ ส่งเสียงเบาๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการสำลัก อาเจียน ท้องอืด และการติดเชื้อทางเดินอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีการสำลัก อาเจียน ท้องอืดและติดเชื้อทางเดินอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ว่ามีอาการท้องอืดหรือไม่

2. ประเมินและแนะนำญาติในการให้อาหารทางสายยาง ด้านการเตรียมอุปกรณ์ให้อาหารให้สะอาดการตรวจสอบอาหารเหลวที่จะให้ทุกครั้งว่าไม่บูดเสียการจัดท่าผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูงประมาณ 45 - 90 องศา (กึ่งนั่ง) การสังเกตตำแหน่งสายให้อาหารว่าอยู่ในตำแหน่งเดิมหรือไม่ และก่อนให้อาหารทางสายยางต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเสมอ

3. แนะนำการทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยก่อนให้อาหารทุกครั้งให้เกิดความสบายลดอาการคลื่นไส้

4. สอบถามประเมินทักษะวิธีการให้อาหารทางสายยาง และการสังเกตภาวะของการคั่งค้างของอาหารของผู้ป่วย

5. เปลี่ยนสายยางให้อาหารเมื่อสายสกปรกหรือตามระยะเวลาที่กำหนด

การประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2 ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ได้รับอาหารปริมาณเพียงพอ ไม่มีการสำลัก อาเจียน ท้องอืดหรือติดเชื้องูทางเดินอาหาร ในระยะ 1 เดือนแรก ผู้ป่วยทดสอบการกลืนผ่านเริ่มทานอาการโจ๊ก ข้าวต้ม และอาหารธรรมดาได้ สามารถถอดสายให้อาหารทางสายยางได้ทั้งสองราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา warfarin 2 mg 1x1 oral hs

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมิน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนวิธีการให้ยา แนะนำญาติสังเกตอาการเลือดออกตามร่างกายอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือดหรือเป็นสีดำ มีรอยช้ำตามตัวเป็นจ้ำๆ ไอเป็นเลือด ให้ไปพบแพทย์ทันที

2. แนะนำการดูแลความสะอาดช่องปาก และร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อสังเกตภาวะเลือดออกทางผิวหนังและระบบทางเดินอาหาร

3. แนะนำการเคลื่อนย้ายการบริการร่างกายด้วยความระมัดระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อผิวหนังและหลอดเลือด

4. เฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น จากการพยายามช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหว หรือการบริหารร่างกาย

การประเมินผล กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่พบจุดเลือดออกตามร่างกาย ปัสสาวะสีเหลืองใส

บทวิเคราะห์

วาร์ฟารินเป็นยาในกลุ่มป้องกันการแข็งตัวของเลือด การเกิดลิ่มเลือดที่อาจไปอุดตันหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆที่สำคัญ แพทย์จะสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีประวัติเส้นเลือดสมองอุดตัน การติดตามผลการรักษาจากยาวาร์ฟารินต้องติดตามจากการตรวจเลือดจากค่า INR เป็นค่าที่บอกประสิทธิภาพการรักษาค่าที่ได้จะช่วยให้แพทย์ปรับยาในขนาดที่เหมาะสมแต่ละบุคคล โดยปกติจะทำการตรวจทุก 1-3 เดือนผู้ที่รับประทานยาต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด และหากเกิดอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์ทันที กรณีศึกษามีค่า INR เท่ากับ 1.8

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 9 ญาติวิตกกังวลเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อน

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษารายที่ 1 ใส่สายยางให้อาหาร การเคลื่อนไหวกายบกพร่อง

กรณีศึกษารายที่ 2 ใส่สายให้อาหารทางสายยางและคาสายสวนปัสสาวะ การเคลื่อนไหวกายบกพร่อง

วัตถุประสงค์ ญาติลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน ญาติผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุยกับญาติผู้ดูแล รับฟังปัญหาเปิดโอกาสให้ซักถาม และพูดคุยเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา สื่อสารด้วยท่าทีที่ตั้งใจและเป็นมิตร

2. ประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล ภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้น

4. สอบถามข้อมูลที่ต้องการให้ความช่วยเหลือ วางแผนให้การพยาบาล ให้คำปรึกษา ตอบคำถามของญาติผู้ดูแลเพื่อคลายความกังวล

5. พูดคุยให้กำลังใจเสริมพลัง ให้เกิดกำลังใจ ร่วมตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้น และมีการปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. แจ้งให้ญาติผู้ดูแลทราบว่าโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อ ให้คำปรึกษาและมีทีมเจ้าหน้าที่ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งมีทีม อสม. ที่เป็นเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชน

การประเมินผล

ญาติผู้ดูแล คลายความกังวล และมีความเข้าใจสภาวะและการดำเนินของโรค มีความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

อภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดื่มสุราและสูบบุหรี่ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีโรคประจำตัว ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ตรวจพบว่ามีภาวะถุงลมโป่งพองและหัวใจพริ้ว ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในการดื่มสุราและสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากร่างกายมีภาวะบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสม พยาบาลผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประสาทวิทยา ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การเตรียมญาติผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ความรู้แก่ครอบครัว ชุมชนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดอุบัติการณ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกในสมองไม่ได้ได้รับการผ่าตัด และโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ รักษาตามอาการ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความพิการคือกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อได้รับการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การวางแผนฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นระบบ การเสริมพลังแก่ครอบครัว ความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ส่งผลดีต่อความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วย สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายดีขึ้น ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อ ข้อติด แผลกดทับ หรือการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Stroke, cardiovascular accident [internet]. [cited 2021 Oct 5]. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
2. กระทรวงสาธารณสุข. HDC-report [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
4. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
5. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2559.
6. นลินี พสุคันธภักดิ์, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญญโณภาสกุล, บรรณาธิการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด; 2559.
7. พรชัย จุลเมตต์. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง(พิมพ์ครั้งที่2). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2566.
8. อีรพร สติรอังกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, บรรณาธิการ. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ สี่ตระวันจำกัด; 2562.
9. ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน(Home ward). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
10. สำนักงานพยาบาล. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.