|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน** |
| **1. ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีภาวะติดเตียง**2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ**  วันที่รับไว้ในดูแลวันที่ 8 ธันวาคม 2563 วันที่จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 25 มกราคม 2564รวมระยะเวลาในการดูแล 1 เดือน 17 วัน ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง**3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน****ความหมายของโรค** โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือ Stroke เกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เพราะเกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนต่างๆ ส่งผลให้สมองขาดเลือด อยู่ในภาวะที่ทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ เช่น ตามองไม่เห็น ชาครึ่งซีก หรือเป็นอัมพาตแบบครึ่งซีก พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ เป็นต้น ส่วนใหญ่มักเกิดในกลุ่มวัยกลางคนขึ้นไป (ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลเวชธานี, 2561)**สาเหตุของหลอดเลือดสมองอุดตัน** เกิดจากมีการตีบของเส้นเลือด โดยมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือดด้านในของหลอดเลือดสมองมีลิ่มเลือดแข็งตัวขนาดเล็กเกาะที่ลิ้นหัวใจและผนังหัวใจ หลุดลอยไปตามกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจโต ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว ผนังหัวใจรั่ว เกิดจากมีการฉีกของผนังหลอดเลือดด้านในทำให้เส้นเลือดอุดตันซึ่งสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุสำคัญมาจาก 3 ประการ คือ 1. เกิดจากความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดซึ่งแข็งตัวเร็วเกินไป โดยที่เลือดขาดสารบางอย่าง หรือมีเม็ดเลือดแดงหรือหลอดเลือดในสมองตีบ (Atherosclerosis) เป็นสาเหตุที่เกิดได้ถึง 80% เกิดจากลิ่มเลือดก่อตัวขึ้นจากผนังหลอดเลือดสมองที่มีคราบไขมันเกาะจนแข็ง ทำให้หลอดเลือดสมองตีบแคบลงจนอุดตัน ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ โรคที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด โรคอ้วน เพราะคนอ้วนจะสัมพันธ์กับการนอนกรนหรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ 2. หลอดเลือดในสมองอุดตัน (Embolic) เกิดจากลิ่มเลือดที่ก่อตัวในเส้นเลือดนอกสมอง เช่น ลิ่มเลือดที่หัวใจลอยตามกระแสเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดเล็ก ๆ ในสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคของลิ้นหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจโต สาเหตุอื่น ๆ ที่พบในวัยรุ่น เช่น กีฬาหรืออุบัติเหตุที่มีการบิดหรือสะบัดคอแรง ๆ อาจทำให้หลอดเลือดที่คอฉีกขาดได้ อาทิ บันจี้จัมป์ หรือกีฬาเอ็กซ์ตรีม ซึ่งพบได้มากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น มักมีอาการปวดคอมาก อ่อนแรงครึ่งซีก หรือช่วงน้ำท่วมมีอาสาสมัครช่วยแบกกระสอบที่คอแล้วอ่อนแรงไปซีกหนึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้อาการของหลอดเลือดสมองยังมีหลอดเลือดดำอุดตันด้วย เช่น กลุ่มที่รับประทานยาคุมกำเนิดหลังคลอด ซึ่งจะมาด้วยอาการชักคล้ายหลอดเลือดแดงอุดตัน 3. เลือดออกในสมอง (Hemorrhagic) เป็นสาเหตุที่เกิดได้ 20% เกิดจากเลือดออกภายในสมอง ซึ่งเลือดที่ไหลออกมาทำให้เกิดแรงกดเบียดต่อเนื้อสมอง และทำลายเนื้อสมอง ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงมากเกินไป (ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลเวชธานี, 2561)**อาการเบื้องต้นที่พบบ่อย** 1. ตาพร่ามัวมองเห็นภาพซ้อน 2. มีอาการชา อ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรงร่วมด้วย 3. หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว พูดลำบาก หรือฟังไม่เข้าใจ 4. เวียนศีรษะ การทรงตัวไม่ดี เดินเซกลืนลำบากปวดศีรษะ (บางครั้งจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรง) |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| ซึ่งอาการอาจจะแสดงออกมาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีอาการหลายอย่างพร้อมกัน โดยถ้าผู้ป่วยกลับคืนมาปกติใน 24 ชั่วโมง เรียกว่า TIA (Transient Ischemic Attack) หรือ Mini stroke ถ้าพบอาการเหล่านี้ควรรีบพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาและวินิจฉัยโดยด่วน**ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง** (อุดม สุทธิพนไพศาล, 2563) 1. โรคความดันโลหิตสูง ผู้มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/90 mmHg เป็นระยะเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วกว่าปกติ ส่งผลทำให้สมองทำงานผิดปกติ เกิดหลอดเลือดตีบตันหรือแตก 2. โรคเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกอุดตันและเกิดอาการต่างๆ ที่กล่าวมาได้ 3. โรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้มีลิ่มเลือดหลุดไปอุดเส้นเลือดสมอง 4. การสูบบุหรี่ มีความเสี่ยงก่อให้เกิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตันที่สมองและหัวใจ 5. ไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเร็วกว่าปกติ 6. การดื่มแอลกอฮอล์มาก  7. ขาดการออกกำลังกาย 8. ฮอร์โมนบางอย่าง โดยเฉพาะฮอร์โมนเพศหญิง ทำให้หลอดเลือดดำในสมองอักเสบ 9. โรคอ้วน**การป้องกันที่ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัด** 1. งดสูบบุหรี่ 2. ควบคุมอาหาร อย่าให้น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน 3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 4. ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5. ถ้าเป็นเบาหวาน ควรรักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด 6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรดูแลความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหากมีอาการผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดลำบาก เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุด และควรตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจ เพื่อตรวจหาความเสี่ยง เพราะอาจเกิดลิ่มเลือดในหัวใจหลุดเข้าไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง**การวินิจฉัย** การจะทราบว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ เป็นที่จุดใด ความรุนแรงเพียงใดนั้น ควรทำการตรวจโดยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ให้ผลละเอียดและมีความแม่นยำสูง เพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งมีหลายวิธี อาทิ การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT Scan) การตรวจด้วยคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI และ MRA) การตรวจการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดในสมอง (Transcranial Doppler : TCD) และการตรวจหลอดเลือดคอ เป็นต้น ซึ่งผลที่แม่นยำและละเอียดพอจะสามารถช่วยทำให้แพทย์วางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพการตรวจดูการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดสมองช่วยให้สามารถเฝ้าระวังและติดตามความผิดปกติของหลอดเลือดสมองได้อย่างทันท่วงที ได้แก่ |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  1. การตรวจ Transcranial Doppler Ultrasound: TCD เป็นการตรวจการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดแดงในสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านกะโหลกศีรษะไปยังหลอดเลือดแดงในสมองเพื่อตรวจจับสิ่งอุดตัน อาทิ ลิ่มเลือด ไขมัน ฯลฯ โดยเมื่อสัญญาณ TCD ตกกระทบกับสิ่งอุดตันหลอดเลือดจะเกิดเสียงในช่วงคลื่นความถี่จำเพาะพร้อมแสดงผลมาที่หน้าจอ ประมวลผลออกมาเป็นกราฟ หากจำนวนตัวเลขมากแสดงว่าจำนวนสิ่งอุดตันหลอดเลือดที่กำลังไหลเวียนในหลอดเลือดสมองมีจำนวนมาก มีโอกาสที่จะไปอุดตันทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจน เกิดความพิการหรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่ถ้าจำนวนตัวเลขน้อยแสดงว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 2. การตรวจ Carotid Duplex Ultrasound เป็นการตรวจหลอดเลือดแดงที่คอทั้ง 2 ข้าง เพื่อดูหลอดเลือดใหญ่ Carotid (หลอดเลือดแดงด้านหน้า) และหลอดเลือด Vertebral (หลอดเลือดแดงด้านหลัง) โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อตรวจดูการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ดูคราบหินปูนหรือคราบไขมัน (Plaque) ที่เกาะภายในหลอดเลือด โดยสามารถวัดความหนาของผนังหลอดเลือด วัดความเร็วของการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือด โดยแสดงผลออกมาเป็นกราฟ หากพบว่ามีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดคอ มีคราบหินปูนเกาะจนหลอดเลือดคอตีบแคบอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอรุนแรงถึงขั้นเป็นอัมพาตได้เพราะโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบกับร่างกายและการใช้ชีวิต **การรักษา**การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตันคือ การทำให้เซลล์ของสมองยังอยู่รอดให้ได้นานที่สุด ถ้าเราสามารถทำให้เลือดไหลเวียนได้ทันเวลาและในระดับที่เพียงพอ ก็สามารถทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นฟื้นตัวได้เร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ **MAGIC NUMBER 4.5**  มาตรฐานเวลาหรือ Magic Number คือ ตัวเลขสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดและลดความเสี่ยงเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต (ชาญพงค์ ตังคณะกุล, ม.ป.ป.) 1. ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังจากพบอาการ ถ้าผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายในช่วงเวลานี้นับตั้งแต่สังเกตเห็นอาการเบื้องต้น แพทย์จะทำ MRI เอกซเรย์สนามแม่เหล็ก ตรวจดูความเสียหายของเนื้อสมองและหลอดเลือดที่อุดตันว่ามีขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่แพทย์จะให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในคนไข้รายที่มีภาวะสมองขาดเลือดและไม่พบภาวะเลือดออกในสมองจะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ทัน 2. สำหรับรายที่มาช้าเกิน 4.5 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และวินิจฉัยว่าเซลล์สมองยังไม่ตายจากการอุดตันของลิ่มเลือดขนาดใหญ่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจไม่ทำให้อาการดีขึ้น ต้องอาศัยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง แพทย์รังสีร่วมรักษาจะเข้ามาช่วยดูแลเพื่อพิจารณาว่าคนไข้เหมาะสมที่จะรักษาด้วยการลากลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือดสมองหรือไม่**วิธีการรักษา** การรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการเป็นซ้ำและภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งแพทย์จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับความรุนแรงและอาการ ได้แก่ 1. การถ่างขยายหลอดเลือด โดยแพทย์จะสอดเครื่องมือเข้าทางหลอดเลือดใหญ่บริเวณขาแล้วถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนที่ทำหน้าที่เหมือนการขูดตระกรันในท่อน้ำ หรือใส่อุปกรณ์ถ่างขยายที่ทำจากขดลวด (Stent) เหมือนตะแกรงที่ช่วยป้องกันไม่ให้หลอดเลือดตีบซ้ำในตำแหน่งที่หลอดเลือดตีบ ช่วยลดเวลาในการพักฟื้น |
| **ส่วนนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  2. การผ่าตัด การผ่าตัดแบบแผลเล็ก Minimal Invasive โดยใส่สายสวนที่ขาหนีบเพื่อเปิดหลอดเลือดสมองที่อุดตัน ช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองที่ยังไม่ตายได้ทัน โดยมี Biplane DSA (Biplane Digital Subtraction Angiography) เครื่องเอกซเรย์ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดชนิดสองระนาบที่สามารถถ่ายภาพหลอดเลือดทั้งด้านหน้าและด้านข้างในเวลาเดียวกัน ช่วยให้แพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กได้ตรงตามตำแหน่งที่ต้องการในเวลาอันรวดเร็ว หากลิ่มเลือดมีขนาดเล็กสามารถฉีดยาละลายลิ่มเลือดเพื่อละลายลิ่มเลือดอุดตันได้โดยตรงหรือหากลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่ แพทย์สามารถใช้เครื่องมือเกี่ยวดึงลิ่มเลือดออกจากจุดที่อุดตัน ทำให้เลือดเลี้ยงสมองได้ทันเวลา นอกจากช่วยลดสารทึบรังสีที่ผู้ป่วยต้องได้รับยังช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 3. การใช้ยา ได้แก่ 3.1 ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) ลดความหนืดของเลือดและป้องกันการเกิดลิ่มเลือด 3.2 ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) ป้องกันการจับตัวของเกล็ดเลือดที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด 3.3 ยาปิดกั้นตัวรับแคลเซียม (Calcium Channel Blockers) อาจป้องกันการทำลายระบบประสาทที่เกิดหลังจากเลือดออกใต้กะโหลกศีรษะ (Subarachnoid Hemorrhage) 3.4 ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) ใช้ในกรณีฉุกเฉินเพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมองอย่างเฉียบพลันในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ควรได้รับการรักษาควบคู่ไปกับโรคหลอดเลือดสมองด้วยยาที่เหมาะสม (อุดม สุทธิพนไพศาล, 2563)**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, ๒๕๕๘) การพยาบาลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่อยู่ใน ICU หรือระยะเฉียบพลัน (Early Rehabilitation) จะช่วยให้การฟื้นตัวทางด้านสมองและกำลังกล้ามเนื้อเร็วขึ้น และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ 1. กิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมและเตรียมความพร้อมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 1.1 ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการให้อาหาร แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 1.2 สอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (caregiver) เกี่ยวกับ 1.2.1 การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดทั้งการเลือกชนิดอาหารที่ เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย 1.2.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน แนะนำและฝึกวิธีการกลืนอย่างถูกวิธีสอนและแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่นโจ๊ก ข้าวต้ม เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรง 90 องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง จะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม 1.2.3 การสอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือ เช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  1.2.4 สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เช่นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active - passive exercise อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย ดูแลให้ประคับประคองแขน-ขาข้างที่ อ่อนแรงทุกครั้งที่ผู้ป่วยทำกิจกรรม ไม่ควรดึงแขน-ขาข้างที่อ่อนแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่างๆและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการหยิบอุปกรณ์และของใช้ 2. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ 2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง 2.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัด การกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง 2.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น มีความผิดปกติของสายตามากขึ้นง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้นพูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น 2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด 2.5 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้เวลาในการซักถามและทำความเข้าใจ 3. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร 3.1 ประเมินความสามารถการสื่อสารของผู้ป่วย เช่น พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ - ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนใช่ไหม  - ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวใช่ไหม เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้ให้พยักหน้าแทน - ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ - ผู้ประเมินหรือสนทนาควรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรือ อยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้ 4. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ-ปสสาวะ 4.1 ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปสสาวะ ดังนี้ 4.1.1 ดูแลใหดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร  4.1.2 ประเมินความสมดุล โดยบันทึกจำนวนน้ำเขา-น้ำออก 4.1.3 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุในรายที่คาสายสวนปสสาวะอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง 5. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อใหผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซอนและอุบัติเหตุ ผู้ป่วยเสี่ยงตอภาวะแทรกซอน เชน การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปสสาวะ ขอติดยึด แผลกดทับ อุบัติเหตุจากการพลัดตกลื่นลม ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตามมาตรฐานทางการพยาบาล 6. กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยใหผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 6.1 ประเมินความรู้ ความเขาใจเกี่ยวกับโรค พรอมเอกสารความรูของโรคหลอดเลือดสมองและการปองกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องต่างๆ เชน โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอลฯลฯ |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)** |
| **4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน** **4.1 สรุปสาระ** **ชื่อกรณีศึกษา** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีภาวะติดเตียง **ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรส  ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ เกษตรกรรม วั**นที่รับไว้ดูแล/จำหน่ายออกจากการดูแล** รับไว้ดูแล วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2563 และจำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 25 มกราคม พ.ศ.2564 รวมระยะเวลาดูแล 1 เดือน 17 วัน รวมติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 8 ธันวาคม 2563  ครั้งที่ 2 วันที่ 16 ธันวาคม 2563  ครั้งที่ 3 วันที่ 28 ธันวาคม 2563  ครั้งที่ 4 วันที่ 25 มกราคม 2564 **แหล่งที่มาของข้อมูล** ได้จากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย สมุดประจำตัวผู้ป่วย และระบบ Thai COC  **อาการสำคัญที่รับไว้ขณะดูแล** แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง มุมปากซ้ายตก พูดไม่ชัด 8 วัน ก่อนมา  **ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน** 8 วันก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน 2 ครั้ง แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง มีตาพร่ามัวและอ่อนเพลียร่วมด้วย ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลวัฒนานคร แรกรับที่โรงพยาบาลวัฒนานคร ผู้ป่วยมีอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/104 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตรวจ CT brain พบว่า Cerebral infraction with Ischemic stroke แพทย์วินิจฉัย Cerebral infraction ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา อาการดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้กลับมารักษาตัวต่อที่บ้าน รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 5 วัน วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2563 รับผู้ป่วยไว้ในการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเดื่อ โดยได้รับการส่งต่อจากทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผ่านระบบThai COC แรกรับผู้ป่วยก่อนกลับบ้านผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 1 ปากเบี้ยวมุม ปากซ้าย ตกพูดไม่ชัด ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ใส่สายให้อาหารทางสายยางและใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก **ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน:** 1.Hydra-lazine25 mg.รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น 2.Amlodipine 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า เย็น 3.Folic acid 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า 4.Aspirin 81 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า  5.Simvas 10 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหาร ก่อนนอน**ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**  ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เริ่มเป็น ตั้งแต่ปี 2560 รักษาที่โรงพยาบาลวัฒนานครอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปีต่อมาแพทย์ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเดื่อเมื่อเดือน มีนาคม 2563 ไม่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุร้ายแรงใดๆมาก่อน ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร **ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (INHOMESSS)** (ปรับใหม่ ชุมชนให้ **ประเมินโดยใช้**  **INHOMESS** ) ลักษณะทั่วไป : ผู้ชายไทย ผิวดำแดง รู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง หายใจไม่เหนื่อย พูดไม่ชัด ทำตามคำสั่งได้รูปร่างค่อนข้างผอม น้ำหนัก ๕1 กิโลกรัม ส่วนสูง ๑66 เซนติเมตร BMI ๑8.51 ผิวหนัง : สีผิวดำแดง ไม่ซีด ไม่มีผื่น ศีรษะ : ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้างรูปร่างสัณฐานปกติไม่พบก้อนเนื้อและรอยโรค ตา : สมมาตรกัน เยื่อบุตาปกติลืมตาได้เอง 2 ข้าง รูม่านตามีขนาดประมาณ 2 mm เลนส์ตาไม่ขุ่น การเคลื่อนไหวของลูกตาในทุกทิศทางปกติ  หู : ใบหูปกติ ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก ไม่มีรอยโรค การได้ยินปกติทั้ง 2 ข้าง  จมูก : สมมาตร ภายนอกปกติ, เยื่อบุจมูกบวมเล็กน้อยมีสีชมพู,จมูกใส่สายยางให้อาหาร ปากและลำคอ : ปากเบี้ยวด้านซ้าย เยื่อบุช่องปากเป็นปกติมีสีชมพู, ไม่มีรอยเขียวม่วง, ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลาง, เพดานอ่อนและเพดานแข็งไม่มีรอยโรค, ต่อมทอนซิลไม่มีอาการบวม ต่อมน้ำเหลือง : คลำไม่พบก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต  ทรวงอกและปอด : รูปร่างปกติ ฟังเสียงหัวใจ ไม่มีเสียงผิดปกติ(murmur) หายใจไม่หอบเหนื่อย ท้อง : คลำท้องนิ่ม ไม่มีก้อน ตรวจโดยการเคาะมีเสียงกังวานคลำไม่พบตับและม้ามโต ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติประมาณ 4 – 6 ครั้ง/นาที มีกดเจ็บบริเวณสะดือเล็กน้อย  ทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีสีเหลืองมีตะกอนปน มีปัสสาวะในถุงปริมาณ 600 ซีซี. กล้ามเนื้อและข้อ : แขนและขาข้างขวาขยับได้motor power ระดับ 4 แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 1 ไม่มีภาวะข้อติด บริเวณข้อต่าง ๆ ไม่มีอาการบวม ไม่มีผิดรูป**ข้อมูลการรับดูแลต่อเนื่องจาก Thai COC****ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**  CBC: วันที่ 1 ธันวาคม 2563 พบค่าปกติ  WBC = 6,000 cells (ค่าปกติ 4,600-10,200) แปลผล พบว่า มีค่าปกติ Neutrophil 60% (ค่าปกติ 40 - 74.5%) แปลผล พบว่า มีค่าปกติ Electrolyte: Sodium 138 mmol/l (ค่าปกติ 135 - 150 mol/l) แปลผล พบว่า มีค่าปกติ Potassium 3.3mmol/l (ค่าปกติ 3.5 - 5 mmol/l) แปลผล พบว่า มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์จากอาการคลื่นไส้อาเจียนแพทย์แก้ไขโดยการให้ KCL Elexer Feed ทาง NG 30 ml. และเจาะเลือดซ้ำผลปกติ ส่วนผลตรวจอื่นๆอยู่ในค่าปกติ |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  **ผลการตรวจพิเศษ** CT brain = Cerebral infraction with Ischemic stroke **การวินิจฉัยของแพทย์** โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral infraction with Ischemic stroke) **สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากการดูแล** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเดื่อได้รับประสานงานจากทีมดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วผ่านระบบ Thai COC อาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ปากข้างซ้ายเบี้ยว มุมปากซ้ายตก พูดไม่ชัด แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power ระดับ 1 แขนและขาข้างขวาขยับได้ motor power ระดับ 4 ผู้ป่วยนอนติดเตียงพลิกตะแคงตัวไม่ได้ ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ แต่พอทำตามคำสั่งได้ ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีภาวะข้อติดแข็ง ใส่สายให้อาหารทางสายยางเบอร์ 16 และใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะในถุงมีสีเหลืองเข้ม มีตะกอนปน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/84 มม.ปรอท หายใจไม่หอบเหนื่อย วัด SpO2= 96% Room air ประเมิน Activities of Daily Living = 2 คะแนน Braden scale = 9 คะแนน จากข้อมูลระบบ Thai COC โดยระบุปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ การติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยขณะ ใส่สายสวนปัสสาวะ และสายให้อาหารทางสายยาง การส่งเสริมโภชนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จากข้อมูลที่ได้รับจึงได้จัดตารางออกเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในวันที่ 8 ธันวาคม 2563 เพื่อติดตามประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 8 ธันวาคม 2563**  ผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี พักอาศัยอยู่ในบ้านปูนชั้นเดียว ผู้ป่วยนอนติดเตียง อยู่บริเวณชั้นล่างของบ้าน อากาศถ่ายเทสะดวก ประเมินอาการผู้ป่วย พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตาไม่ค่อยสดชื่น สีหน้าวิตกกังวล ลืมตาได้เองมุมปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรง motor powerแขน-ขาซีกซ้ายระดับ 1 แขน-ขาซีกขวา ระดับ 4 กล้ามเนื้อแขน-ขาซ้ายไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าซ้ายตก ไม่มีแขนและข้อเข่าซ้ายติด การรับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ข้างซ้ายลดลง ผู้ป่วยลุกนั่งเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยพยุงถึงจะนั่งได้ เดินเองไม่ได้ ญาติบอกว่า“ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แขน-ขาข้างซ้ายยังไม่มีแรง”ประเมิน Activities of Daily Living = 2 คะแนน ไม่มีแผลกดทับ ประเมิน Braden Scale = 9 คะแนน ต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยางเบอร์ 16 และใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม มีตะกอน จากการซักถามญาติ ไม่ได้ให้น้ำเสริมระหว่างมื้อ ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ มีภรรยาคอยดูแล และช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยยังมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยบ่นและถามบ่อยๆว่า “ ตนเองจะหายเป็นปกติหรือไม่และจะต้องรักษาไปนานเท่าไหร่ ” ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษาและมีนัดติดตามการรักษาอีกครั้งที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในวันที่ 25 ธันวาคม 2564  สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต 130/70 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที  สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลการเจ็บป่วยเรื้อรัง พร่องความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่ออยู่บ้าน |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง**ข้อวินิจฉัยการทางพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย****ข้อมูลสนับสนุน**  1. ญาติบอกว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ญาติต้องคอยช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆให้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด 2. จากการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง grade 1 3. ประเมิน Activities of Daily Living 2 คะแนน, Braden Scale 9 คะแนน  4. ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวไม่ได้ ลุกนั่งเองไม่ได้ **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2. เพื่อให้ญาติมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีรอยแดงที่ผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกต่างๆ ผิวหนังมีความชุ่มชื้น 2. Braden Scale > 16 คะแนน**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพและญาติในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่เหมาะสม 2. แนะนำให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนนุ่ม แนะนำญาติช่วยดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งเมื่อเปียกชื้นและแนะนำญาติช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก2ชั่วโมง 3. สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย ไม่ใช้วิธีการลากดึงเพราะจะทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสี ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายเกิดแผลได้ง่าย ดูแลให้นอนในท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา และระวังการนอนทับข้างซ้ายที่เป็นพยาธิสภาพของโรค 4. แนะนำญาติดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุกครั้ง ถ้าอากาศร้อนควรเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนบ่อยๆ เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรียบนผิวหนัง 5. ใช้หมอนหรือผ้านิ่มๆวางรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น บริเวณหัวไหล่ ข้อศอก ข้อเท้าบริเวณตาตุ่ม และบริเวณส้นเท้าเพื่อป้องกันการกดทับของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก 6. แนะนำให้ญาติใช้ครีมทาผิวทาผิวหนังผู้ป่วยบริเวณที่แห้ง เพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง 7. ติดตามประเมินผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนที่รับน้ำหนักที่ถูกกดทับเป็นประจำเพื่อตรวจสอบสีผิว ความตึงตัวของผิวหนัง ดูว่ามีอาการบวมแดง หรือแดงบริเวณใดบ้างโดยเฉพาะบริเวณที่กดทับนานๆ**การประเมินผล** ติดตามประเมินผิวหนังผู้ป่วยยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับที่ผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกต่างๆ,ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีรอยแดง คอยติดตามBraden Scale ในการเยี่ยมครั้งต่อไป |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ****ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติให้ข้อมูลว่า ไม่ได้ให้น้ำเสริมระหว่างมื้อกับผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มมีตะกอนปน**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ค่าอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส 2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน 3. ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้คำแนะนำญาติในการดูแลให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก  2. แนะนำให้ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับหรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ โดยยึดตรึงไว้ด้วยพลาสเตอร์ที่บริเวณต้นขาด้านในและถุงรองรับปัสสาวะควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงกว่าพื้นเสมอ เพื่อให้มีการไหลของปัสสาวะสะดวก 3. สอนญาติเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 3.1 ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 3.2 ดูแลให้อยู่ในระบบปิด (closed drainage system) ตลอดเวลา  3.3 การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ท่อทางออกจะต้องไม่สัมผัสกับภาชนะรองรับ และภายหลังเทให้ปิดท่อทางออกทุกครั้ง 3.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำสบู่ โดยเฉพาะบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะและสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า เย็น และทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ 3.5 ถุงรองรับปัสสาวะแขวนไว้กับขอบเตียงให้ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะประมาณ 30 เซนติเมตร ไม่วางไว้กับพื้น กรณีที่จำเป็นต้องยกสูง ให้ใช้ตัวหนีบหนีบสายหรือหักพับสายก่อนยกถุง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ  3.6 หากถุงรองรับปัสสาวะหรือสายสวนปัสสาวะรั่ว ให้แจ้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเดื่อเพื่อเตรียมอุปกรณ์ไปเปลี่ยนสายสวนและเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะให้ใหม่ที่บ้าน 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1-2 ลิตร โดยแนะนำให้ญาติให้น้ำระหว่างมื้อทางสายยางให้อาหารปริมาณ 50 มิลลิลิตร และก่อนมื้ออาหารครึ่งชั่วโมง เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 5. แนะนำญาติให้ติดตามประเมินสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีสีเข้มขึ้น หรือคล้ายสีน้ำล้างเนื้อ มีกลิ่นฉุน มีตะกอนมาก มีไข้สูง หรือมีปัสสาวะรั่วซึมรอบๆ รูเปิดของท่อปัสสาวะ ถ้าพบอาการแสดงเหล่านี้ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเดื่อหรือรีบไปพบแพทย์ทันที**การประเมินผล** ติดตามประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ปัสสาวะในถุงมีสีเหลือง มีตะกอนปน ติดตามประเมินภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติบอกว่า “ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แขน-ขาข้างซ้ายยังไม่มีแรง” 2. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การรับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ข้างซ้ายลดลง 3. ประเมิน Activities of Daily Living 2 คะแนน ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนเองได้ ต้องมีคนช่วยเหลือในการอาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ใส่สายยางให้อาหารไว้**วัตถุประสงค์**  1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้**เกณฑ์การประเมินผล** 1. คะแนน Activities of Daily Living (ADL) เพิ่มขึ้นจากเดิม 2. ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ และไม่มีภาวะข้อติด ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม 3. ญาติสามารถช่วยทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยได้**กิจกรรมการพยาบาล**  1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและประเมิน Motor power เพื่อวางแผนในการให้ฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม  2. สอนญาติผู้ป่วยในการออกกำลังกายแบบ passive exerciseโดย 2.1 ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรง ขึ้น-ลงและงอแขนเข้า-ออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง เช้า-เย็น 2.2 ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรง ขึ้น-ลงและงอแขนเข้า-ออก และให้เกร็งกล้ามเนื้อ  2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรง บีบปั้นดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งที่ใส่น้ำ เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือ 2.4 ช่วยพยุงผู้ป่วย เมื่อทำกิจกรรมต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ  2.5 แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง 3. จัดอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆของผู้ป่วย โดยเน้นถึงความสะอาด และสะดวกต่อการหยิบใช้ 4. ดูแลและจัดท่าของร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง เหมาะสมและสอนให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง**การประเมินผล** ติดตามการประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนและขาทั้ง 2 ข้าง ประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามประเมินการทำ passive exercise ของญาติในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง****ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบ่นและถามบ่อยๆว่าตนเองจะหายเป็นปกติหรือไม่และจะต้องรักษาไปนานเท่าไหร่ 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล**วัตถุประสงค์**  1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย  2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลลดลง**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาธิสภาพของโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี 2. ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลสีหน้าสดชื่นขึ้น**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นมิตร 2. ประเมินระดับความวิตกกังวล ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและญาติ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค ความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง 4. อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม กระสับกระส่ายสับสนมากขึ้น 5. เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติซักถามขอสงสัยและใหระบายความรูสึกต่างๆ และอธิบายในข้อข้องใจเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัว 6. ให้ความสนใจต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อจะได้มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจ  7. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดเช่นฟังเพลง ทำสมาธิ กำหนดลมหายใจ 8. สนับสนุนให้กำลังใจ เสริมพลัง เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ  9. แจ้งช่องทางการติดต่อ ให้เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 หากเกิดอาการผิดปกติสามารถไปโรงพยาบาลได้เลย**การประเมินผล**1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สีหน้าวิตกกังวลลดลง หลังได้รับทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดูแลและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคมากขึ้น2. ติดตามประเมินระดับความวิตกกังวล ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและญาติ ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 16 ธันวาคม 2563**  สภาพร่างกายทั่วไปปกติ ใบหน้ายิ้มแย้ม สีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ญาติบอกว่าผู้ป่วยยังเคลื่อนไหวร่างกายลำบากอยู่ ญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ตรวจร่างกายพบ ผู้ป่วยรูปร่างค่อนข้างผอม ริมฝีปากแห้ง น้ำหนัก ๕1 กิโลกรัม ส่วนสูง ๑66 เซนติเมตร BMI ๑8.51 แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 1 แขนและขาข้างขวาระดับ 4 ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงบางส่วน เช่นหวีผม แปรงฟัน โดยญาติต้องคอยช่วยเหลือและช่วยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปไหนเองได้ ต้องมีคนช่วยเหลือในการอาบน้ำ และใส่เสื้อผ้าให้ ประเมิน Activities of Daily Living (ADL)= 4 คะแนน กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าตกไม่มีข้อติดติด ไม่มีแผลกดทับ ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| ประเมิน Braden Scale = 16 คะแนน และได้ติดตามประเมินการทำ Passive exercise พบว่า ญาติสามารถทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ใส่สายยางให้อาหารไว้เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถกลืนอาหารเองได้ ผู้ป่วยได้รับอาหาร มื้อละ 300 ml.จำนวน 4 เวลา แต่ญาติสังเกตดูว่าผู้ป่วยผอมลง จากการซักถามญาติ ไม่ได้ให้อาหารอื่นเสริมระหว่างมื้อ ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะไหลดี มีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีไข้ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงวิธีการดูแลตนเองที่บ้านและตอบข้อซักถามได้และเห็นความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1องศาเซลเซียส หายใจ 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/86 มม.ปรอท(ครั้งที่ 1) , ชีพจร 80 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 136/76 มม.ปรอท (ครั้งที่ 2) สรุปการประเมินสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 16 ธันวาคม 2563 พบว่าผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ แต่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่เนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรงทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและยังใส่สายให้อาหารทางสายยางอยู่ จากการประเมินพบปัญหาใหม่คือ ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยาง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหานี้ต่อไป**สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2** ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยาง**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย** **การประเมินผล** ปัญหานี้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ผิวหนังมีความชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆประเมิน Braden Scale= 16 คะแนน **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ** **การประเมินผล** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขปัญหาหลังจากการเยี่ยมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีอาการไข้ ปัสสาวะไหลดี มีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย**  **การประเมินผล** เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยยังมีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 1 แขนและขาข้างขวาระดับ 4 ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง Activities of Daily Living =4 คะแนน กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายไม่ลีบ ไม่มีปลายเท้าซ้ายตก ไม่มีข้อติด จากการติดตามประเมิน ญาติสามารถทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง**ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง** **การประเมินผล** ปัญหานี้สิ้นสุดลง ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาธิสภาพของโรค ญาติช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยาง****ข้อมูลสนับสนุน**  1. ญาติบอกว่า “ดูผู้ป่วยผอมลง” และ “ไม่ได้ให้อาหารอื่นและน้ำเสริมระหว่างมื้อ” 2. ผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยางไว้ เนื่องจากยังไม่สามารถกลืนอาหารได้เอง  3. ตรวจร่างกายพบ ผู้ป่วยรูปร่างค่อนข้างผอม, ริมฝีปากแห้ง, BMI = ๑8.5**วัตถุประสงค์**  เพื่อให้ผู้ป่วยได้อาหารที่เพียงพอต่อร่างกายไม่เกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสามารถรับอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อ 2. น้ำหนักไม่ลดไปจากเดิมคือ BMI อยู่ในช่วง 18.5- 22.9**กิจกรรมการพยาบาล**  1. สอนญาติดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลว(BD)ปริมาณ 300 ml.ตามด้วยน้ำ50 ml.จำนวน 4 มื้อต่อวัน ทางสายยางให้อาหารอย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง(skin turgor) ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 3. สอนการทำอาหารเหลว โดยการเพิ่มโปรตีนประเภท ไข่ มื้อละ 1 ฟอง เนื้อไก่ มื้อละ 2 ขีด ผัก ฟักทอง ผักใบเขียวในมื้ออาหารเพื่อเพิ่มคุณค่าทางอาหารมากขึ้นหรือให้อาหารเสริมอื่นบำรุงระหว่างมื้อ เช่น นมหรือน้ำผลไม้ 4. ประเมินผลและติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อทั้งปริมาณ และชนิดของอาหารที่ได้ให้เหมาะสมกับโรค**การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสามารถรับอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อ ไม่มีcontent เหลือ 2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักเท่าเดิมBMI อยู่ในช่วง 18.5- 22.9 ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี ริมฝีปากไม่แห้ง - ปัญหานี้ยังต้องติดตามในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ในวันที่ 28 ธันวาคม 2565**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันท**ี่ **28 ธันวาคม 2563** สภาพร่างกายทั่วไปปกติ ใบหน้ายิ้มแย้ม อาการโดยรวมดีขึ้น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยบอกว่าอยากช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากขึ้น จากการประเมิน ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการพูด ญาติบอกว่า“ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง”ตรวจร่างกายพบ E4V5M6 มีมุมปากซ้ายตก พูดได้ไม่ค่อยชัด แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 2 แขน-ขาข้างขวาระดับ 5 ประเมิน Activities of Daily Living = 6 คะแนน ผิวหนังไม่มีแผลกดทับ เริ่มพลิกตะแคงตัวได้ แต่ยังไม่สามารถที่จะลุกนั่งเองได้ ประเมิน Braden Scale = 18 คะแนน สามารถทำ active exercise ได้บางส่วน ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่มีข้อติดแข็ง ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์ตามนัด เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2563 แพทย์พิจารณาให้ถอดสายให้อาหาร ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารอ่อนได้ และถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง แต่ญาติยังมีความวิตกกังวล กลัวผู้ป่วยสำลักอาหารเพราะเพิ่งเริ่มรับประทานอาหารทางปากและประเมิน |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| กิจกรรมในการรับประทานอาหาร (Barthel index) อยู่ในช่วง 70-76 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต129/79 มม.ปรอท สรุปการประเมินสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 28 ธันวาคม 2563 พบว่าปัญหาที่แก้ไขหมดแล้วคือ ปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ และปัญหามีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ต้องได้รับอาหารทางสายยางผู้ป่วย เพราะแพทย์พิจารณาให้ถอดสายให้อาหารตั้งแต่วันที่ 25 ธันวาคม 2563 ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารอ่อนได้ และแพทย์อนุญาตให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง และจากการประเมินพบปัญหาใหม่คือ ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่น และผู้ป่วยและญาติยังกังวลกลัวการสำลักอาหารอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหานี้ต่อไป**สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3** ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและการกลืนบกพร่องข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่องเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและการกลืนบกพร่อง****ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติบอกว่า “กลัวผู้ป่วยสำลักเพราะเพิ่งเริ่มรับประทานอาหารทางปาก” 2. จากการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) ผู้ป่วยมีมุมปากซ้ายตก ปากเบี้ยว จากการประเมินกิจกรรมในการรับประทานอาหาร (Barthel index) อยู่ในช่วง 70-76 ซึ่งต้องการความช่วยเหลือระดับปานกลาง  3. ผล CT scan พบว่ามีรอยโรคเนื้อสมองขาดเลือด (infarction) ที่สมองข้างขวาส่วน cerebral cortex ซึ่งสมองส่วนนี้ มีความเกี่ยวข้องกับประสาทสั่งการซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหวส่งผลให้การเคี้ยวกลืนบกพร่อง**วัตถุประสงค์**  เพื่อป้องกันการสำลักอาหารและน้ำ**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารกล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้นได้  2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ไม่มีการสำลักอาหารและน้ำ**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย สอนญาติเกี่ยวกับวิธีการป้อนอาหารทางปากและระวังอาการสำลัก เพื่อให้มีการกลืนอย่างปลอดภัย โดยใช้เทคนิคการฝึกกลืน (Swalloing techniques) บริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ใน การกลืน คือ กล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้น โดย - ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลั้นหายใจไว้ ก้มหน้ากลืนน้ำลาย - ให้ผู้ป่วยหายใจออกช้าๆ ให้ทำทุก 1 นาที จนครบ 10 นาที ใช้เวลาในการบริหาร 5 นาที  2. แนะนำญาติให้จัดท่านอนลักษณะศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา ขณะป้อนอาหารทางปากให้กับผู้ป่วย 3. แนะนำผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อยๆ ไม่รับประทานอาหารคำใหญ่เกินไปและเลือกใช้ช้อนที่มีขนาดเล็ก หลุมไม่ลึก 4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารช้า ๆ อย่างตั้งใจและให้เวลาสำหรับมื้ออาหารอย่างเพียงพอ |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  5. แนะนำญาติให้เลือกชนิดอาหารที่ให้ผู้ป่วยรับประทาน เป็นอาหารที่อ่อน นุ่ม เคี้ยวง่ายและมีรสจืด 6. แนะนำผู้ป่วยให้นอนศีรษะสูง 30 องศา หลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที 7. แนะนำญาติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย ลดความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก โดยแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเช้า เย็นและบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าหลังรับประทานอาหาร**การประเมินผล**  1. ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารกล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้นได้  2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนทางปากได้ ไม่เกิดอาการสำลักอาหารและน้ำ-ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินการฝึกบริหารกล้ามเนื้อปาก กล้ามเนื้อลิ้น และประเมินความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารในการเยี่ยมครั้งต่อไป**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่องเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง****ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติบอกว่า“ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง” 2. ตรวจร่างกายพบ มุมปากซ้ายตก พูดได้ไม่ค่อยชัด  3. ผล CT scan พบว่ามีรอยโรคเนื้อสมองขาดเลือด (infarction) ที่สมองข้างขวา**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสมในการบอกความต้องการของตนเอง**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น **กิจกรรมการพยาบาล**1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกพูดบ่อยๆโดยเลือกเรื่องที่จะพูดคุยที่อยู่ในความสนใจของผู้ป่วย2. แนะนำญาติขณะพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัด หันหน้าเข้าหาผู้ป่วย สบตาขณะพูดกับผู้ป่วย พูดช้าๆ ชัดๆน้ำเสียงนุ่มนวล ใช้คำพูดหรือคำถามสั้นๆ ไม่เร่งรัดคำตอบ3. แสดงความตั้งใจฟังผู้ป่วยพูด ทวนข้อความที่ผู้ป่วยพูด 4. สอนเทคนิคการพูดเป็นประโยคสั้นๆได้ใจความ5. แนะนำให้ญาติใช้ความพยายามและความอดทน ส่งเสริมและให้กำลังใจในการสื่อสารกับผู้ป่วย**การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น มีเพียงบางคำที่ผู้ป่วยยังพูดได้ไม่ค่อยชัด -ปัญหานี้ยังต้องติดตามประเมินการพูดคุยวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยในการเยี่ยมครั้งต่อไป**เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 25 มกราคม 2564** สภาพร่างกายทั่วไปปกติ อาการโดยรวมดีขึ้นมากกว่าปกติ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้น บอกว่าช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นแล้ว สามารถตักอาหารรับประทานเองได้ทางปากได้ ไม่มีสำลัก และได้ติดตามประเมินการฝึกบริหารกล้ามเนื้อปาก กล้ามเนื้อลิ้น ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารกล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้นได้ ตรวจร่างกาย E4V5M6แขน-ขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 2 แขน-ขาขวาระดับ 5 ประเมิน ADL= 7 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ขยับตัวเองได้มากขึ้น ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีรอยแดง ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีข้อยึดติด ประเมิน Braden Scale 18 =คะแนน ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายโดยใช้มือขวาช่วยทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองได้และมีญาติคอยช่วยเหลือและทำกายภาพให้วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส หายใจ 18 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/76 มม.ปรอท  |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
|  จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 28 มกราคม 2564 ปัญหาที่แก้ไขหมดแล้วคือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและการกลืนบกพร่อง และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่อง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง**สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4** ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ต้องได้รับอาหารทางสายยางข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและการกลืนบกพร่องข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่องเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง**สรุปกรณีศึกษา** ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕8 ปี ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลวัฒนานครเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรง มีอาเจียน ตาพร่ามัว แขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรง ผลการตรวจ CT Scan พบ Cerebral infraction with Ischemic stroke แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน(Cerebral infraction with Ischemic stroke) ได้เริ่มรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2563 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วันที่ 6 ธันวาคม 2563 รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 5 วัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเดื่อรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2564 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ปากข้างซ้ายเบี้ยว มุมปากซ้ายตก พูดไม่ชัด แขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงระดับ 1 แขนและขาข้างขวาขยับได้ motor power ระดับ 4 ผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ มีภรรยาเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ประเมิน Activities of Daily Living(ADL)= 2 คะแนน ผิวหนังไม่มีรอยแดง ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีภาวะข้อติดแข็ง ประเมิน Braden scale= 9 คะแนน ใส่สายให้อาหารทางสายยางเบอร์ 16 ผู้ป่วยได้รับอาหาร มื้อละ 300 ml.จำนวน 4 เวลา รับอาหารได้ทุกมื้อ และใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะในถุงมีสีเหลืองเข้ม มีตะกอนปน จาการประเมินผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงได้วางแผนและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 4 ครั้ง เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 8 ธันวาคม 2563 ครั้งที่ 2 วันที่ 16 ธันวาคม 2563 ครั้งที่ 3 วันที่ 28 ธันวาคม 2563 ครั้งที่ 2 วันที่ 25 มกราคม 2564 หลังให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือน 1๗ วัน พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง พูดเป็นประโยคได้ยาวมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น หลังถอดสายให้อาหารทางสายยาง สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ไม่มีสำลักและหลังถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง การขับถ่ายอุจจาระปกติ ในด้านการบริหารร่างกายผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ใช้มือขวาช่วยทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองได้และมีญาติคอยช่วยเหลือและทำกายภาพให้วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีข้อยึดติด ประเมินActivities of Daily Living(ADL) = ๙ คะแนนฺ Braden scale = 18 คะแนนเมื่อสอบถามผู้ป่วยและญาติ ถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจและคลายวิตกกังวลลง และได้ |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| ให้คำแนะนำในการควบคุมสภาวะของโรคโดยให้รับประทานยาให้สม่ำเสมอ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น หากมีอาการผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์ การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง คือ มีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อแขน-ขาซีกซ้ายอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ควรดูแลเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน สรุปรวมการเยี่ยมทั้งหมด 4 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 1 เดือน 17 วัน และวางแผนติดตามเยี่ยมต่อไปทุก 3 เดือน**4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ** 1. ค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ต้องการศึกษา 2. ค้นคว้าศึกษาข้อมูลและรวบรวมข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3. เสนอผู้อำนวยการเพื่อจัดทำการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีภาวะติดเตียง 4. ออกประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดทำแผนการพยาบาลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน 5. ออกติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมให้การพยาบาลและคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาในแต่ละครั้งที่พบ 6. สรุปผลการเยี่ยมบ้าน 7. นำผลการสรุปมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป**4.3 เป้าหมายของงาน** -บอกวัตถุประสงค์ในการจัดทำ**5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ**) **5.1 ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ**  ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีภาวะติดเตียงจำนวน 1 ราย รับไว้ดูแลตั้งแต่ วันที่ 8 ธันวาคม 2563 ถึง วันที่ 25 มกราคม 2564 รวมระยะเวลาดูแล 1 เดือน 1๗ วัน รวมติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน ๔ ครั้ง **5.2 ผลสำเร็จของงาน เชิงคุณภาพ** ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีภาวะติดเตียง อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้**6. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ** เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีภาวะติดเตียง**7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ** 1. มีปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจาก ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและหลาน โดยผู้ป่วยถือเป็นเสาหลักของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ รายได้ของครอบครัวจึงลดลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในเรื่องต่างๆภายในครอบครัว เช่น ค่าใช่จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น 2. ญาติผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง**9. ข้อเสนอแนะ** 1. จัดให้มีองค์กรเข้ามาดูแลช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล  2. จัดระบบติดตามประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วย ฝึกฝนเพิ่มพูนทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความชำนาญ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมพร้อมทั้งสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น**ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** |
| **10. การเผยแพร่ผลงาน** **-ไม่ได้เผยแพร่****11.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน** (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน 100% ผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียว **1.** นางสุขใจ ใจดีมาก สัดส่วนผลงาน 100 % ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ลงชื่อ)..............................................  (นางสุขใจ ใจดีมาก) (ผู้ขอประเมิน)  ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  (วันที่)......../.............../..........  |

**เอกสารอ้างอิง**

[ชาญพงค์ ตังคณะกุล](https://bhqdoctors.bdms.co.th/bdms/pages/th/doctorProfile.php?id=122). (ม.ป.ป.). *เส้นเลือดในสมองตีบแตก.* สืบค้นวันที่ 21 กันยายน 2563, จาก

 <https://www.bangkokinternationalhospital.com/th/health-articles/disease-treatment/a-leader->

 %20%20in-stroke-treatment-and-care

ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลเวชธานี. (2861). *โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน***.** สืบค้นวันที่ 21 กันยายน

 2563, จาก https://www.vejthani.com/th

สถาบันประสาทวิทยา. (๒๕๕๘). *แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป.* กรุงเทพฯ :

 ธนาเพรส.

อุดม สุทธิพนไพศาล. (2563). *โรคหลอดเลือดสมอง.* สืบค้นวันที่ 21 กันยายน 2563, จาก https://

 www.medparkhospital.com/content/stroke