โรงพยาบาล

วารสาร ชัยนาทนเรนทร

JAINAD NARENDRA HOSPITAL JOURNAL



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่บ้าน กรณีศึกษา

เบญจมาศ สุวรรณวัฒนากุล*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) คือ ภาวะที่หลอดเลือดแดงซึ่งทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบแคบหรืออุดตัน ส่งผลให้สมองขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลันภาวะนี้เป็นชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด โดยพบได้ประมาณร้อยละ 80 ถึง 87 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุหลักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่หนาและตีบแคบลงเนื่องจากมีตะกรันไขมันและหินปูน (Plaque) มาสะสมหรือพอกตัวที่ผนังหลอดเลือด หรือเกิดจากมีลิ่มเลือดและสิ่งแปลกปลอมจากอวัยวะส่วนอื่น เช่น ลิ่มเลือดจากหัวใจหลุดลอยตามกระแสเลือดมาขัดขวางทางเดินเลือดและอุดตันที่หลอดเลือดสมอง เมื่อหลอดเลือดอุดตันและเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ จะทำให้เซลล์สมองและเนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดออกซิเจนและสารอาหาร จนนำไปสู่การตายของเซลล์สมองอย่างรวดเร็ว โดยเนื้อสมองจะเริ่มตายจากส่วนตรงกลางก่อนแล้วจึงค่อย ๆ ขยายขนาดบริเวณที่ตายออกไปสู่สมองส่วนอื่น ๆ การที่เซลล์สมองถูกทำลายจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างกะทันหัน เช่น รู้สึกชาหรืออ่อนแรงที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ใบหน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีปัญหาในการสื่อสาร มองเห็นภาพซ้อนหรือตาพร่ามัว และสูญเสียการทรงตัว ทั้งนี้หากการไหลเวียนของเลือดไม่ถูกฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็ว สมองอาจถูกทำลายอย่างถาวร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตตลอดชีวิต หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

ผลของการศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร รับส่งต่อกลับบ้านเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลให้การติดตามดูแลสภาพปัญหาบนพื้นฐานตามบริบทของผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชน

บทนำ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบต่ออวัยวะหลายระบบ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลสามารถประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อเป็นการวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการเจ็บป่วยต่าง ๆ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะปอดอักเสบนั้น ส่งผลให้เกิดความพิการและอันตรายถึงชีวิต เพื่อเป็นการป้องกันภาวะอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น จึงต้องมีการดูแลในด้านความรู้สึกตัว ระบบประสาทและกล้ามเนื้อการหายใจ สามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งจะลดการเกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งพยาบาลนับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาล ให้ความรู้

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อแรกรับผู้ป่วยต้องมีการศึกษาข้อมูล

ประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียดรอบคอบและรวดเร็ว เพื่อวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพที่เผชิญอยู่จึงสามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะหลายด้านเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตนั้น ๆ และกลับสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานกับแพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เช่น การแปรงฟัน การใส่เสื้อผ้า หวีผม การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การลุกนั่ง การขับถ่าย

2) ควรมีสิ่งเร้ากระตุ้นสมองและการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ปฏิทิน การพูดคุยกับลูกหลาน ญาติ หรือ ผู้ที่คุ้นเคยอย่างสม่ำเสมอ

3) จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคประจำตัว ของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง

4) ปัญหาเรื่องการกลืนลำบาก การสำลัก ในผู้ป่วยโรคนี้ ควรให้อาหารอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม

5) ปัญหาการบวมของแขน ขา มือและเท้า ซึ่งพบบ่อยในข้างที่เป็นอัมพาต แก้ไขเบื้องต้นได้ด้วยการใช้วัสดุอ่อนนุ่ม เช่น ผ้าห่ม หมอนข้าง หนุนรองข้างที่บวมให้สูง

6) ปัญหาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในกรณีผู้ป่วยเคลื่อนไหวด้วยตัวเองไม่ได้ โดยการพลิกตัวตะแคงตัวบ่อย ๆ ระวังบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดง บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ เช่น สะโพก ก้นกบ ส้นเท้า ไม่ให้เกิดการกดทับ

7) ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย ส่วนใหญ่วงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนไปจากคนปกติ ญาติควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบในเวลากลางคืน และควรจัดกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ พูดคุย สันทนาการต่าง ๆ

8) ปัญหาการขับถ่าย มักพบเรื่องท้องผูก สามารถแก้ไขได้ด้วยการรับประทานอาหารที่มีกากใย ควรดื่มน้ำ วันละ 6 - 8 แก้วกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย กรณีผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะไว้ควรดูแลสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดเชื้อ และควรดูไม่ให้สายสวนถูกดึงรั้ง ถุงปัสสาวะควรอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เปลี่ยนสายสวน ทุก 14 วัน จะช่วยให้ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

9) ปัญหาการสื่อสาร ผู้ป่วยอาจมีปัญหา เช่น พูดไม่ชัด ฟังคำพูดไม่ค่อยเข้าใจ พูดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจ และอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้หรือหงุดหงิด ญาติอาจใช้วิธีการสื่อสารอื่น ๆ ทดแทน เช่น การเขียน การอ่าน หรือการสื่อสารด้วยการชี้รูป สัญลักษณ์ ซึ่งสื่อความต้องการหรือความหมายแทนคำพูดได้

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

2) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีมาตรฐานการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยรวดเร็วและได้มาตรฐาน

4) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเผยแพร่วิชาความรู้ และกรณีศึกษาให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจได้นำความรู้ไปใช้ ดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

5) เพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่บ้านโดยใช้การทำงานเชิงรุกของพยาบาลชุมชนเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยและครอบครัว ลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

1) เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการหอผู้ป่วยในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2569

2) ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3) ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหา โดยการวางแผนร่วมกันกับแผนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การลงไปเยี่ยมติดตามปัญหา ความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยที่บ้านโดยประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ประเมินการพยาบาลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม

4) สรุปผลการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างสันทัด ผิวสองสี อายุ 58 ปี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม สูง 175 เซนติเมตร สถานภาพ สมรสคู่ นับถือศาสนา พุทธ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป ไม่มีบุตร สิทธิการรักษา บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ไม่พูด เป็นมา 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง นอนพักแล้วอาการทุเลา

6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแขนขาข้างขวา อ่อนแรง ไม่พูด ไม่ทำตามสั่ง

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมากขึ้น ไม่พูด ไม่ทำตามสั่ง ญาติเรียกรถ EMS มาโรงพยาบาล

อาการแรกรับ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาเอง Glasgow coma scale E4 V3 M6 การประเมินระดับการตอบสนองของรูม่านตาเท่ากับ 3 มิลลิเมตร DTX 145mg% มี Left facial palsy BP 167/101 mmHg PR 67 /min RR 24/min T.36.7 C มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรง Motor power แขนซ้าย gr. V แขนขวา gr. II ขาซ้าย gr. V ขาขวา gr. II ไม่พูด ลิ้นแข็ง มี Left Facial palsy สัญญาณ แรกรับ BP 165/98 mmHg. PR 62/min RR 20/min T 36.7 องศาเซลเซียส

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจร่างกายและรับการรักษามาก่อน

ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood chemistry: DTX 138 mg% BUN 17.3 mg/dl Creatinine 1.11 mg/dl Triglyceride 86 mg/dl Cholesterol 180 mg/dl HDL 39 mg/dl LDL 124 mg/dl NA 139mmol/l K 4.03 mmol/L Chloride 100 mmol/L Hct 35.7 % Platelet 591x10^3 ul Neutrophil (PMNs) 58.7 Magnesium 2.2 mg/dL Phosphate (Inorganic) 4.3 mg/dL Total Calcium 9.0 mg/dL EKG 12 leads: Normal Sinus rhythm

CT NC: Normal aging brain Focal segmental lesion within the gyrus of the left high parietal lobe able to be focal segmental brain infarction No evidence of intracranial hemorrhages No evidence of dense arterial sign

การวินิจฉัย

Left distal Middle Cerebral Artery (MCA) occlusion

การรักษาที่ได้รับ

ให้ยาลดไขมันในเลือด Atorvastatin 40 tablet Oral OD. ให้ Folic acid 5 1 tablet Oral pc. B Co 1 tablet Oral pc. Senokot 1 tablet Oral ก่อนนอน กลืนอาหารลำบากดูแลให้อาหารทางสายยาง On NG tube Feed Blenderized Diet 300X4 fds. ให้สารน้ำและอาหาร 0.9 % NSS 1000 cc V drip rate 80 ml/hr. Consult ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูและการกลืนอาหาร รักษาได้ 3 วัน แขนขาข้างขวาอาการอ่อนแรงดีขึ้นเล็กน้อย แพทย์ Plan ให้ symptomatic Supportive treatment พยาบาลสอนญาติผู้ป่วยในการป้อนอาหารและการเตรียมอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารเองได้ ไม่ต้องใส่สายยางให้อาหารกลับไปบ้าน ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกายลุกนั่งและขยับตัวเองได้มากขึ้น เดินยังไม่ได้แต่สามารถทรงตัวได้บ้าง

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

วันที่ 26 มกราคม 2569 เยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย 7 วัน ผู้ป่วยอยู่กับภรรยา 2 คน ไม่มีบุตร บ้านพี่สาวอยู่ใกล้ ช่วงผู้ป่วยไม่สบายพี่สาวซึ่งบ้านอยู่ใกล้มาช่วยดูแล เนื่องจากภรรยาต้องทำงานลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้สองชั้น ใต้ถุนสูง 1.50 เมตรพื้นเทปูน มีห้องน้ำ ห้องครัว ส่วนที่โล่งเป็นเตียงนอน 1 เตียงสำหรับผู้ป่วยกลางคืน กลางวันก็เป็นห้องนั่งเล่นดูโทรทัศน์ โถส้วมเป็นแบบนั่งชักโครก ห้องน้ำค่อนข้างมืด รายได้มาจากภรรยา มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้ไม่มากทำให้ต้องพึ่งพาพี่สาว พี่สาวก็ขาดรายได้เพราะต้องมาช่วยดูแลทำให้ประสบปัญหาด้านการเงิน

อาการทั่วไป

ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ดูอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อแขนขาข้างขวายังอ่อนแรง ทรงตัวได้แต่ยังไม่กล้าเดินเอง กลัวหกล้ม กินอาหารเองได้ BP138/76 mmHg. PR 80/min. RR 20/min T. 36 องศาเซลเซียส คะแนน ADL เท่ากับ 11

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

ขาดพฤติกรรมการจัดการและควบคุมโรคที่ถูกต้องในระดับบุคคลและครอบครัว เนื่องจากขาดความรู้และการเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

ประวัติในอดีตปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจร่างกายและไม่เคยรับการรักษามาก่อน

แต่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเกิดขึ้นสัญญาณชีพในระยะเฉียบพลันมีความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง (แรกรับ BP 165/98 mmHg ล่าสุด BP 167/101 mmHg) ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือด DTX 145 mg%

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและผู้ดูแล (Caregiver) มีความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง และตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและติดตามอาการต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ (Secondary Prevention)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลสามารถอธิบายสาเหตุ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (เช่น Fast Track) และวิธีการควบคุมความดันโลหิตได้ถูกต้อง

2. ผู้ดูแลสามารถวัดความดันโลหิตและบันทึกค่าได้อย่างถูกต้อง โดยตั้งเป้าหมายควบคุม BP < 140/90 mmHg (หรือตามที่แพทย์กำหนดหลังพ้นระยะเฉียบพลัน)

3. มีการนัดหมายและวางแผนพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินบริบทเชิงรุก (Home Assessment): เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ให้ลงพื้นที่ประเมินโครงสร้างครอบครัว เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในบ้าน รวมถึงค้นหาผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ที่มีความพร้อมในการเรียนรู้

2. การให้สุขศึกษาเฉพาะเจาะจง (Targeted Education): ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและอัมพฤกษ์ โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายในชุมชน อธิบายว่าพฤติกรรมการไม่เคยตรวจร่างกายในอดีตส่งผลต่อพยาธิสภาพในปัจจุบันอย่างไร เน้นย้ำเรื่องยาควบคุมความดันโลหิตที่จะต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ห้ามปรับยาหรือหยุดยาเองเด็ดขาด แม้จะไม่มีอาการ

3. สอนทักษะการเฝ้าระวังและการวัดสัญญาณชีพในชุมชน: ฝึกทักษะให้ผู้ดูแลใช้อุปกรณ์วัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่บ้าน สอนการอ่านค่าและจดบันทึกสมุดสุขภาพประจำบ้าน หากพบ BP > 160/100 mmHg หรือ < 90/60 mmHg หรือชีพจรผิดปกติ ให้รีบปรึกษาพยาบาลชุมชน/รพ.สต. ทันที

4. สร้างระบบช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) ในชุมชน: อบรมครอบครัวและอสม. ประจำหมู่บ้าน ให้จำอาการสัญลักษณ์ "B.E. F.A.S.T" (Balance, Eyes, Face palsy, Arm weakness, Speech difficulty, Time) ซึ่งเชื่อมโยงกับอาการของผู้ป่วย (แขนขาขวาอ่อนแรง gr. II, ลิ้นแข็ง ไม่พูด, หน้าเบี้ยวซ้าย) หากเกิดอาการซ้ำให้โทร 1669 ทันที

5. การประสานเครือข่ายสุขภาพชุมชน: ประสานงานกับ อสม. ในเขตรับผิดชอบ ให้แวะเวียนมาเยี่ยมบ้านและช่วยกำกับการรับประทานยา (Directly Observed Therapy: DOT สำหรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง/ยาลดไขมันในเลือดสูง) ในระยะ 1-2 เดือนแรกหลังกลับมาอยู่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคและอาการที่เป็นสามารถดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะข้อติด (Joint Contracture) และกล้ามเนื้อลีบ (Muscle Atrophy) ซีกขวา เนื่องจากความบกพร่องในการเคลื่อนไหวจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

Objective Data: แขนขาขวาอ่อนแรงอย่างรุนแรง (Motor power แขนขวา gr. II, ขาขวา gr. II) ขยับได้ตามแนวราบแต่ยกต้านแรงโน้มถ่วงไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ต้องนอนติดเตียง/ติดบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อฟื้นฟูสภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คงสภาพพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of Motion) และป้องกันความพิการถาวรในชุมชน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะข้อไหล่หลุด (Shoulder subluxation) หรือข้อเท้าตก (Foot drop) ด้านขวา
2. กล้ามเนื้อแขนขาซีกขวามีโทน (Tone) ที่ดี ไม่ลีบแบนลงเมื่อเทียบกับซีกซ้าย
3. กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ซีกขวาคงเดิมหรือมีการพัฒนาที่ดีขึ้น (เป้าหมายระยะยาวพัฒนาเป็น gr. III)

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนกายภาพบำบัดร่วมกับสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Home Rehab): ประสานงานนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลชุมชน (FCT: Family Care Team) ร่วมลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและออกแบบโปรแกรมกายภาพบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพบ้านของผู้ป่วย

2. ฝึกทักษะการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ดูแล (Caregiver Empowerment): สาธิตและจับมือทำ (Coaching) ให้ผู้ดูแลทำ Passive ROM สำหรับแขนและขาขวาอย่างถูกวิธี วันละ 2-3 ครั้ง ป้องกันข้อติด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Active ROM ในด้านซ้าย (gr. V) เพื่อสร้างแรงชดเชย

3. การจัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เสริมในชุมชน (Environmental & Assistive Technology):

3.1 แนะนำการใช้ผ้าสามเหลี่ยมคล้องแขนขวา (Arm sling) เวลาพยุงตัวนั่ง เพื่อป้องกันข้อไหล่ขวาหลุดเนื่องจากกล้ามเนื้อไม่มีแรงดึงรั้ง

3.2 สอนการใช้หมอนหนุนดันฝ่าเท้าขวาให้ตั้งฉาก 90 องศากับที่นอนป้องกันภาวะเท้าตก (Foot drop)

3.3 ประสานศูนย์กายอุปกรณ์ในชุมชน/กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (Local Fund) เพื่อขอยืมเตียงปรับระดับได้ หรือที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ

4. ส่งเสริมการปรับปรุงสภาพบ้าน (Home Modification): ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ประเมินเพื่อปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ทำราวจับบริเวณรอบเตียง คอกกั้น หรือเตรียมทางลาดสำหรับการใช้รถเข็น (Wheelchair) ในอนาคต

ประเมินผล

ประเมินการทำ Passive ROM ของผู้ป่วยและญาติเรื่องความถูกต้อง โดยมีนักกายภาพบำบัดและพยาบาลชุมชนร่วมประเมินด้วย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะข้อไหล่หลุด (Shoulder subluxation) หรือข้อเท้าตก (Foot drop) ผู้ป่วยและญาติสามารถทำ Passive ROM ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) และภาวะทุพโภชนาการที่บ้านเนื่องจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, 10 เสียหน้าที่ถาวรหรือบางส่วน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยไม่พูด ลิ้นแข็ง มีอาการหน้าเบี้ยวครึ่งซีกซ้าย (Left facial palsy) ปากเบี้ยว มุมปากตก

วัตถุประสงค์

ป้องกันอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการสำลักในชุมชน และผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์ประเมินผล

1. ไม่มีไข้ อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ (16-20 ครั้ง/นาที) เสียงปอดใส (Clear breath sounds) ไม่มีอาการไอหรือสอึกขณะ/หลังทานอาหาร

2. น้ำหนักตัวคงที่หรืออยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ไม่เกิดภาวะขาดน้ำ (ผิวหนังยืดหยุ่นดี ปัสสาวะสีเหลืองใส)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการกลืนและการสะอึกที่บ้าน ติดตามประเมินซ้ำหลังจำหน่ายกลับบ้าน หากแพทย์อนุญาตให้ทบทวนการฝึกกลืน ให้สอนผู้ดูแลจัดท่าผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา (หรือหนุนศีรษะสูงที่สุดเท่าที่ทำได้) และก้มคอเล็กน้อยขณะกลืน (Chin-tuck maneuver) เพื่อปิดทางเดินหายใจป้องกันการสำลัก

2. จัดการลักษณะอาหารที่เหมาะสม (Diet Modification): หากผู้ป่วยเคี้ยวกลืนทางปากได้บ้าง ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นของเหลวใส (เช่น น้ำเปล่า ซุปใส) เพราะสำลักง่าย แนะนำให้ปรับเป็นอาหารอ่อน บดละเอียด หรือใช้สารหนืด (Thickener) ช่วย และให้ป้อนทีละช้อนเล็ก ๆ ช้า ๆ โดยป้อนเข้าทางมุมปากด้านขวา (ด้านที่มีความรู้สึกและควบคุมได้ดีกว่าด้านซ้ายที่มี Facial palsy)

3. การพยาบาลกรณีใส่สายให้อาหาร (ถ้ามี - Home NG Tube Care): หากผู้ป่วยต้องใส่สาย NG tube กลับบ้าน ให้สอนผู้ดูแลตรวจสอบตำแหน่งสายด้วยการใช้ไซริงค์ดูด ดูสิ่งคัดหลั่งในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทุกครั้ง สอนการจัดท่าศีรษะสูงขณะให้อาหารและคงท่าไว้หลังให้อาหารเสร็จอย่างน้อย 1 ชั่วโมง

4. การดูแลสุขอนามัยช่องปากในชุมชน (Home Oral Health): สอนผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟัน (หรือเหงือก) ทุกวันเช้า-เย็น และหลังอาหาร เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย ป้องกันการติดเชื้อในปอดหากน้ำลายไหลลงสู่หลอดลมโดยไม่ตั้งใจ

5. เฝ้าระวังและคัดกรองอาการติดเชื้อเชิงรุก: มอบหมายให้อสม. ติดตามสแกนอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย หากมีไข้ ไอ มีเสมหะครืดคราด หรือหายใจหอบเหนื่อย ให้รีบแจ้งพยาบาลชุมชนเพื่อประสานส่งต่อพบแพทย์ทันที

การประเมินผล

ไม่มีการสำลักอาการและการกลืนอยู่ในภาวะปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากมีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างขวา

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนขาข้างขวา

วัตถุประสงค์

1. เป้าหมายระยะสั้น: 1–2 สัปดาห์: เคลื่อนไหวได้ปลอดภัย กำลังกล้ามเนื้อไม่ลดลงจากเดิม

2. เป้าหมายระยะยาว: 1 เดือน: กำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำกิจวัตรได้มากขึ้น

เกณฑ์ประเมินผล

กำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นหรือคงที่ ไม่ลดลง ขยับแขนขาได้มากขึ้น ทำท่าออกกำลังกายตามแผนได้ ไม่มีอาการแทรกซ้อน ข้อติด/บวม/เจ็บ

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อทุกวัน/ทุกเยี่ยมและสอนญาติให้ จัดท่าถูกต้อง หมอนรองแขน–ข้างขวา ไม่ให้ห้อย/บิด ฝึกขยับข้อต่อแบบ passive exercise วันละ 2–3 ครั้ง ครั้งละ 15–20 นาที แนะนำท่าออกกำลังกายตามที่นักกายภาพบำบัดสอนให้กับญาติ และช่วยเคลื่อนไหวเมื่อจำเป็น ไม่ทำแทนจนเคยตัว พยาบาลประเมินสาเหตุส่งต่อตรวจหาสาเหตุ (หลอดเลือดสมอง/เส้นประสาท/อื่น ๆ)ถ้าพบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเองมากขึ้นแขนขาข้างขวามีกำลังมากขึ้น

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569 หลังการจำหน่าย 3 สัปดาห์

อาการทั่วไป

รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ทรงตัวได้ดีขึ้น ยืนโดยใช้เกาะราวพยุง หน้าตาสดชื่นขึ้น กล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรงดีขึ้น motor power grade III แขนขาขวาระดับ motor power grade III คะแนน ADL เท่ากับ 16 BP 137/86 mmHg PR 88/Min RR 20/Min T 36.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เผชิญความเครียดและวิตกกังวลของผู้ดูแล (Caregiver Burden) เนื่องจากต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์เฉียบพลันที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารและช่วยเหลือตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยลืมตาเอง รู้สึกตัวดี (E4V5M6) แต่ไม่พูด ลิ้นแข็ง (V3) มีแขนขาขวาอ่อนแรงเกรด II ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (Dependent complete) โรคเกิดขึ้นเฉียบพลันโดยไม่มีการตั้งตัวล่วงหน้า

วัตถุประสงค์

ผู้ดูแลหลักลดความเครียด มีพลังในการดูแล (Resilience) และสามารถเข้าถึงระบบสนับสนุนทางสังคมในชุมชนได้

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ดูแลมีคะแนนความเครียด (เช่น แบบประเมิน Zarit Burden Interview หรือแบบประเมินความเครียดพยาบาลชุมชน) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

2. ผู้ดูแลสามารถจัดเวลาพักผ่อนของตนเองได้และไม่มีอาการหมดไฟ (Burnout)

3. ครอบครัวสามารถใช้ระบบตารางสื่อสารทางเลือกช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้ดูแล (Caregiver Assessment): ใช้แบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q, ST-5) ประเมินผู้ดูแลหลักตั้งแต่สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความเข้าอกเข้าใจ (Empathy)

2. แก้ปัญหาข้อจำกัดการสื่อสารเพื่อลดความเครียดในบ้าน: สร้างและแนะนำการใช้ "คู่มือภาพสื่อสารชุมชน" (Local Communication Board) ที่ทำจากวัสดุหาง่ายในบ้าน มีรูปภาพและข้อความภาษาท้องถิ่นชัดเจน (ได้แก่ รูปห้องน้ำ รูปแก้วน้ำ รูปยาทา) ให้ผู้ป่วยใช้มือซ้าย (gr. V) ชี้ เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการทันที ลดความอึดอัดใจทั้งสองฝ่าย

3. จัดระบบอาสาสมัครช่วยดูแล (Respite Care): ประสานงานประธานอสม. หรือ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (CG: Caregiver อบต.) จัดตารางหมุนเวียนเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาพักผ่อน ไปทำธุระส่วนตัว หรือผ่อนคลายความเครียด

4. เชื่อมโยงทุนทางสังคมและสวัสดิการชุมชน (Social Support Network): ประสานงานนักสังคมสงเคราะห์ หรือ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ผ่านทาง อบต./เทศบาล เพื่อขึ้นทะเบียนคนพิการให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับสิทธิเบี้ยความพิการ และเข้าถึงสิทธิการกู้ยืมเงินเพื่อปรับปรุงที่อยู่อาศัยคนพิการ

5. สร้างกลุ่มสนับสนุน (Support Group): แนะนำผู้ดูแลให้เข้าร่วมกลุ่มไลน์หรือกิจกรรมชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล/ชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการดูแล และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายกังวลและสามารถดูแลผู้ป่วยได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) เนื่องจากมีภาวะกลืนลำบากจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, 10, 12 เสียหน้าที่ และพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยลืมตาเอง รู้สึกตัวดี (E4 M6) แต่มีพยาธิสภาพรุนแรงที่ส่งผลต่อกลไกการกลืน ได้แก่ ไม่พูด ลิ้นแข็ง (V3) และมี Left facial palsy (ใบหน้าและมุมปากซ้ายเบี้ยวตก) อัตราการหายใจค่อนข้างเร็ว (RR 24/min) นอนติดเตียงเนื่องจากแขนขาขวาอ่อนแรงรุนแรง (Motor power gr. II)

วัตถุประสงค์

1. เป้าหมายระยะสั้น: ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลักอาหาร น้ำ ยา หรือน้ำลาย ในระหว่างที่พยาบาลชุมชนและผู้ดูแลทำกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน

2. เป้าหมายระยะยาว: ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) ตลอดระยะเวลาที่รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และผู้ดูแลสามารถจัดการความเสี่ยงเรื่องการกลืนได้อย่างถูกต้อง 100%

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ (T < 37.5 องศาเซลเซียส) อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ 16-20 ครั้ง/นาที

2. ฟังเสียงปอดใสทั้งสองข้าง (Clear breath sounds) ไม่มีเสียงครืดคราด (Rales/Crepitation) หรือเสียงหวีด (Wheezing)

3. ไม่ปรากฏอาการแสดงของการสำลัก ได้แก่ ไออย่างรุนแรงขณะกลืน หน้าเขียวคล้ำ (Cyanosis) ออกซิเจนในเลือดตก หรือมีน้ำลายไหลย้อยสะสมในช่องปาก

4. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ผ่านการประเมินทักษะการจัดท่า การป้อนอาหาร/ยา และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นเมื่อเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ (Choking)

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีการสำลักอาหารและปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2569 หลังการจำหน่าย 1 เดือน

อาการทั่วไป

ผู้ป่วยมารับบริการตรวจ 2 เดือนตามนัดที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เริ่มหัดเดินได้ดี หน้าตาสดชื่นขึ้น กล้ามเนื้อแขนขาที่อ่อนแรงดีขึ้น motor power แขนขวา ระดับ 3 ขาขวา ระดับ 3 แขนขาซ้ายระดับ 5 คะแนน ADL เท่ากับ 18 BP 127/82 mmHg. PR 82/Min RR 20/Min T 36.7 องศาเซลเซียส

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

วันที่16 มีนาคม 2569

อาการทั่วไป

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เดินได้ดีมากขึ้น โดยใช้เครื่องช่วยเดิน 3 ขา รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีสำลัก หน้าตาสดชื่น กล้ามเนื้อแขนขาที่อ่อนแรงดีขึ้น motor power แขนขวา ระดับ 4 แขนซ้าย ระดับ 5 ขาขวา ระดับ 4 ขาซ้าย ระดับ 5 ประเมินภาวะซึมเศร้า คะแนน 2Q เท่ากับ 0 ปกติ วัดสัญญาณชีพ BP 126/72 mmHg. PR 82/Min RR 20/Min T 36.5^{o}c

ประเมินผลผู้ป่วย

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น คะแนน ADL เท่ากับ 18

ประเมินผลผู้ดูแล

ญาติได้รับข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากทีมสุขภาพที่มาเยี่ยมบ้าน และได้รับการประเมินความเครียดจากแบบประเมิน 2Q หรือ ST-5 ในทุก ๆ ครั้งที่ทีมสุขภาพเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำแนะนำ

ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หวาน มัน บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถ้ามีอาการเตือนที่แสดงว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอชั่วคราว ควรรีบมาพบแพทย์

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วย Left distal Middle Cerebral Artery (MCA) occlusion ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจร่างกายและตรวจเช็คโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ทำงาน นอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา ดื่มสุราและสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างมาก ในผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ทำให้มีความพร่องในการดูแลตนเอง และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรและมีปัญหาการเดิน จากแขนขาข้างขวาอ่อนแรงในระยะ 1 เดือนแรก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแล ประสานงาน ประเมินสภาพปัญหาตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้รู้จักดูแลตนเอง ตลอดจนการประคับประคองและการดูแลด้านอารมณ์นั้น พยาบาลต้องประเมินความจำเป็นในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้อย่างรอบคอบ จะต้องวางแผนการช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองเท่าที่สามารถจะทำได้ และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต จากการที่ผู้จัดทำรายงานได้ทำการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษานั้น ได้ทราบประเด็นปัญหาใหญ่ 8 ข้อ ซึ่งบางปัญหายังต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS จากการพยาบาลดังที่กล่าวมานี้ จะเห็นว่าการทำงานของพยาบาลได้นำความรู้จากทฤษฎีของโรคหลอดเลือดสมองและหลักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน รวมไปถึงการวางแผนดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค ทำให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลมิใช่การดูแลเฉพาะความเจ็บป่วย แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยด้วย เพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อธิบายว่าแม้ผู้ป่วยจะไม่หายขาด แต่การพยาบาลควรมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การเป็นความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือการมีระดับไขมันในเลือดสูง อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากปฏิบัติตัวโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วควรได้รับการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความพิการแก่ร่างกายมากขึ้นและป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักรักษาสุขภาพอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านโดยเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านกับโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

เสาวลักษณ์ กองนิล. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 4(1), 90–97.

อังค์ริสา พินิจจันทร์. (2558). การให้บริการสุขภาพที่บ้าน. ไฮ-ควอน มัลติมีเดีย.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2557). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. แอล.ที.เพรส.

นิตยา พันธุเวทย์, ลินดา จำปาแก้ว, และปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2556). ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 23(3), 73–80.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุภางค์ จริภักดิ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 28(4), 807–817.