เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน: กรณีศึกษา

กัณฐิกา สุขเกตุ
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน: กรณีศึกษา

Nursing Care for Intermediate Stroke Patients at Home: Case Study

กัณฐิกา สุขเกตุ พย.บ.
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง
Kantika Sugkate
Phoprathapchang Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา:ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะเฉียบพลันจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทำได้ตั้งแต่หลังเกิดโรคและอาการคงที่ กิจกรรมการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงภาวะปกติ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้วยแนวทางการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

วิธีศึกษา :ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 2 ราย เครื่องมือการศึกษา ได้แก่ ใบเวชระเบียน ส่งกลับผู้ป่วย แฟ้มสุขภาพประจำครอบครัวและบันทึกการพยาบาลนำมาสังเคราะห์บทเรียนเพื่อการพัฒนางานต่อไป

ผลการศึกษา :ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 58 ปี และผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 60 ปี การวินิจฉัยโรค Hemorrhagic Stroke ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ระบายเลือดจากสมอง หลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ส่งกลับเมื่ออาการทางระบบประสาทคงที่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องตามแบบแผนการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่บ้าน เป็นการดูแลปัญหาสุขภาพที่คงอยู่และในบทบาทผู้จัดการการดูแลได้วางแผนเพื่อการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง จากทีมสหวิชาชีพเป็นเวลา 6 เดือน ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด โภชนบำบัด การดูแลทางสังคมจิตใจ และการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการฟื้นสภาพ การบริบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้นและช่วยเหลือตนเองได้ ผลประเมิน Barthel ADL ในผู้ป่วยรายที่ 1 = 8/20 ผู้ป่วยรายที่ 2 = 7/20

สรุปผล : การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับหลักการพยาบาลครอบครัวพยาบาลมีบทบาทในการจัดการดูแลอย่างรอบด้าน โดยช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ :การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

Abstract

Introduction : Patients recovering from a stroke often experience residual disabilities. Rehabilitation can begin as soon as their condition stabilizes. Intermediate rehabilitation care plays a crucial role in enhancing patients' self-care abilities and improving their quality of life to a level close to normal.

Objective: To develop a nursing care process for stroke patients at home using an intermediate rehabilitation care approach.

Methods: This case study examined two patients with hemorrhagic stroke. Data collection tools included hospital discharge summaries, family health records, and nursing documentation. The synthesized information was used to improve nursing care for home-based rehabilitation.

Results: The study included two Thai patients: a 58-year-old female and a 60-year-old male, both diagnosed with hemorrhagic stroke and treatedsurgically through hematoma evacuation. Following surgery, both patients were discharged once their neurological conditions stabilized and were transitioned to home-based intermediate rehabilitation care.

Nursing care at home focused on managing persistent health issues and coordinating multidisciplinary rehabilitation over a six-month period. The rehabilitation plan involved physical therapy, occupational therapy, nutritional therapy, psychosocial support, and environmental modifications to facilitate recovery. As a result, both patients showed improvement in health status and self-care abilities. The Barthel ADL Index scores were 8/20 for Patient 1 and 7/20 for Patient 2.

Conclusion: Intermediate rehabilitation care combined with family-centered nursing principles, enables nurses to provide comprehensive patient management. This approach supports stroke recovery and enhances patients' quality of life.

Keywords: Nursing, Stroke, Intermediate Care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองผิดปกติและเกิดผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาท โดยเป็นโรคที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและเนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายจากการที่ออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมองไม่เพียงพอด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ส่งผลกระทบในหลายด้านของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็นอยู่ และค่าใช้จ่ายจำนวนมาก โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่า อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย ปี 2564-2566 เท่ากับ 691.10, 731.73 และ775.58 ต่อประชากรแสนคน เช่นเดียวกันกับอัตราตายเท่ากับ 48, 47และ53 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 (กรมการแพทย์, 2567) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤต (Post acute stage) มักพบปัญหาสุขภาพจากพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ การรับรู้บกพร่อง ปัญหาการควบคุมอุจจาระปัสสาวะ มีภาวะกลืนลำบาก นำไปสู่การสำลักและภาวะปอดอักเสบ รวมทั้งปัญหาแผลกดทับจากการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค จะมีอัตราการฟื้นสภาพที่เร็วกว่า โดยเป้าหมายมุ่งให้ผู้ป่วยกลับมามีความสามารถในการดูแลตนเองลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต (สถาบันประสาทวิทยา, 2562) จากความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care, IMC) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤตและอาการคงที่ แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กำหนดแนวทางการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม ทั้งด้านการฝึกการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นการกลืน การฝึกพูด การใช้อุปกรณ์เสริมและเครื่องช่วยคนพิการ ระยะการดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือผลการประเมินดัชนี Barthel ADL 20 คะแนน (กรมการแพทย์, 2563)

โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้างเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ดำเนินงานตามมาตรการ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ปี 2564-2566 จำนวน 72, 65 และ80 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ IMC ในชุมชน จำนวน 41, 40 และ63 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.94, 61.54 และ78.75 ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน จำนวน 11, 8 และ15 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.82, 20.0 และ23.81 โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ แผลกดทับรุนแรง การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ ตามลำดับ เมื่อประเมินผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยด้วยดัชนี Barthel ADL (20 คะแนน) เมื่อครบ 6 เดือน พบร้อยละ 39.7, 47.3 และ58.1 ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 65 (โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง, 2567) ซึ่งผลวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านระบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจและข้อมูลการดูแล เนื่องจากกระบวนการดูแลมีความยุ่งยากและบางเรื่องใช้ทักษะที่ต้องมีการฝึกฝนจนทำได้ถูกต้อง ผู้ดูแลบางรายมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และจดจำ บางรายมีภาระประกอบอาชีพทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม และบางรายเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ทำให้การดูแลบางด้านไม่ต่อเนื่อง หรือปฏิบัติไม่เป็นไปตามแบบแผนเดียวกันเป็นต้น ด้วยความตระหนักในสภาพปัญหาดังกล่าวจึงสนใจพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้วยการนำแนวคิดหลักการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน อธิบายว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลด้วยการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ภายใต้ความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (สำนักการพยาบาล, 2557)ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านที่อธิบายว่า การเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเป็นช่วงที่เปราะบางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและมีผลต่อการฟื้นตัว เพราะถ้าความต่อเนื่องของการดูแล หยุดชะงักหรือแยกออกจากกัน อาจนำสู่ความยากลำบากของภาวะสุขภาพและการดูแลระยะต่อมา ดังนั้นการจัดระเบียบการดูแลและการเชื่อมประสานที่ดี ตลอดจนการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างมีแบบแผน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัว และดูแลตนเองให้บรรลุเป้าหมายการรักษาได้ (ปารีนุช พรเจริญ, 2558) นำมาประยุกต์ใช้อย่างมีแบบแผน ในกรณีศึกษานี้ โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ และผู้ป่วยเดิมที่มีปัญหากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กระบวนการพยาบาล นอกจากการให้บริการผสมผสานเป็นองค์รวมตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมตัดสินใจและดำเนินการตามแผนการดูแล ส่งผลให้สามารถปรับตัวและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ผลลัพธ์ของการศึกษาทำให้เกิดการเรียนรู้จากการพัฒนาในสิ่งที่มีอยู่แล้ว ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสามารถขยายผลการนำไปใช้อย่างกว้างขวางส่งผลดีต่อผู้รับบริการต่อไป

การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care)

การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (เรียกย่อว่า IMC) เป็นการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกพ้นภาวะวิกฤตและอาการคงที่ แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เป้าหมายเพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการจัดบริการในโรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งการดำเนินการ

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel index < 15 และมี multiple impairment ตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปให้ได้รับการบริบาลและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel ADL index = 20 ลักษณะการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลแบบ Intermediate ward หรือการบริการในชุมชนเป็นการบริการแบบ Less Intensive IPD rehab program กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉลี่ยอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยไม่รวมชั่วโมงการพยาบาล (กรมการแพทย์, 2565) จากการทบทวนผลงานการบริการที่ดี (Best practice) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยมาตรฐานดังกล่าว มีคะแนนการฟื้นสมรรถภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีคำแนะนำโปรแกรมการดูแลที่บ้าน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งพาตนเองได้ จะช่วยลดความพิการและฟื้นคืนสภาพได้เท่าที่ควรจะเป็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวสามารถนำแนวทางการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care) และแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีมาตรฐาน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าความรู้โรคหลอดเลือดสมองและทฤษฎีทางการพยาบาล จากตำรา ผลงานวิจัยและผลงานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้กระบวนการพยาบาลการประเมินเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องภายใต้การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลจนบรรลุเป้าหมายการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
3. สรุปผลการศึกษา รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาและจัดทำรายงานผลการศึกษา
4. จัดพิมพ์และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา/รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประเภท Hemorrhagic Stroke ผู้ป่วยรายที่ 1 ประวัติการกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน (Readmission with complications) ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ส่งกลับจากโรงพยาบาลพิจิตร เพื่อการดูแลต่อเนื่องตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care,IMC) ผลการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย สรุปดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ

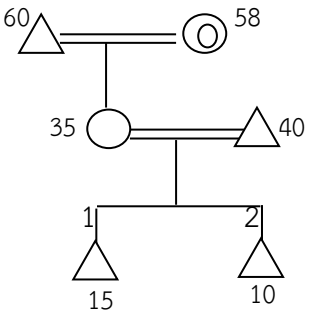
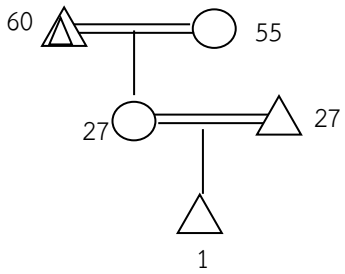
ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทย อายุ 58 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพ เกษตรกรรม	ชายไทย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพ เกษตรกรรม
ระยะเวลาการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	วันที่ 20 ตุลาคม 2566– 26 เมษายน 2567	วันที่ 5 กรกฎาคม 2567-6 มกราคม 2568
การวินิจฉัยการผ่าตัด	Hemorrhagic Stroke Craniotomy with remove blood clot	Hemorrhagic Stroke Craniotomy with remove blood clot
อาการสำคัญ	ร่างกายด้านซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	ร่างกายด้านขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	วันที่ 20 สิงหาคม 2566 เวลา 22.00 น. ญาติพบผู้ป่วยนอนซึม ปัสสาวะอุจจาระราด ปลุกไม่ตื่น นำส่งโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตร ได้รับการตรวจร่างกายและ CT brain พบว่ามีเลือดออก ภายในสมอง (Intracerebral hemorrhage increased degree of brain swelling) ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดสมองหลังผ่าตัดได้รับการดูแลตามแบบแผนผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นเวลา 34 วัน จากนั้นส่งกลับโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง เพื่อดูแลต่อเนื่องระยะหลังผ่าตัด ในวันที่ 2 ตุลาคม 2566 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง วันที่ 6 ตุลาคม 2566 มีอาการชักเกร็ง เรียกไม่รู้สึกตัว นาน 1 นาที หลังอาการชัก ลืมตา ไม่พูด มีการปรึกษาศัลยแพทย์ ระบบประสาท ให้ส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแบบแผนภาวะชักหลังผ่าตัดสมอง 3 วัน อาการดีขึ้น ประเมินอาการทางระบบประสาท GCS 11 คะแนน pupil 3 มม. RTLBE, motor power Rt gr5, Lt gr1 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/76 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่องตามแบบแผนการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC)	วันที่ 20 มิถุนายน 2567 เวลา 05.45 น. ญาติพบผู้ป่วยนอนซึม ปัสสาวะราด ร้องครางรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งแขนขาด้านขวาอ่อนแรง นำส่งโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตร ได้รับการตรวจร่างกายและ CT brain พบว่า มีเลือดออกในสมอง (Left basal ganglia hemorrhage) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแบบแผนผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นเวลา 12 วัน ส่งกลับโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง เพื่อดูแลระยะหลังผ่าตัดสมองและนัดติดตามผลวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 จากการประเมินอาการทางระบบประสาท GCS 13 คะแนน pupil 3 มม. RTLBE, motor power Rt gr 1, Lt gr 5 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 143/77 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่องตามแบบแผนการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC)
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เดือนธันวาคม 2565 ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูง รักษาด้วยยารับประทาน แต่ไม่ต่อเนื่อง มักลืมกินยาและบางครั้งไม่ได้ไปรักษาตามนัด	ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในกลุ่มเสี่ยง
ประวัติการแพ้ยาและใช้สารเสพติด	ไม่แพ้ยาหรือสารใดๆ ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ดื่มกาแฟเป็นประจำวันละ 2-3 แก้ว	ไม่แพ้ยาหรือสารใดๆ ดื่มสุราทุกวัน ครั้งละ 2-3 แก้ว
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บุคคลในครอบครัวสุขภาพดี ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม	ภรรยาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บุคคลอื่นในครอบครัวสุขภาพดี ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ	ข้อมูลจากใบส่งกลับ วันที่ 9 ตุลาคม 2566 CBC : WBC 6,000 cell/mm^3, Hct 38.8%, Neutrophil 55%, Lymphocyte 37% Blood chemistry : Total protein 6.0 gm/dl, Albumin 2.6 gm/dl, BUN 20 mg/dl, Cr 0.5 mg/dl CT brain : No ICH, No hydrocephalus, No midline shift	ข้อมูลจากใบส่งกลับวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 CBC : WBC 6,700 cell/mm^3, Hct 39%, Neutrophil 79%, Lymphocyte 21% Blood chemistry : Total protein 6.1 gm/dl, Albumin 3.0 gm/dl, BUN 20 mg/dl, Cr 0.9 mg/dl CT brain : No ICH, No herniation

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว (INHOMESSS)

INHOMESSS	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
I : Immobility (ความสามารถในการดูแลตนเอง)	การประเมินความสามารถผู้ป่วยในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวด้วย ADL=0 โดยพบว่า ผู้ป่วยภาวะติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งหมดทั้งด้านการเคลื่อนไหวการเดิน การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการจัดยากิน	การประเมินความสามารถผู้ป่วยในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวด้วย ADL=4 โดยพบว่า ผู้ป่วยภาวะติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งหมดทั้งด้านการเคลื่อนไหวการเดิน การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการจัดยากิน
N : Nutrition (ภาวะโภชนาการ)	รูปร่างผอม ผิวแห้ง skin turgor 1^+BMI=20.95 การประเมินด้วย Nutrition alert form ระดับขาดสารอาหารรุนแรง (20 คะแนน) ทดสอบการกลืน พบว่ามีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำ ได้รับอาหารทางสายยาง BD (1:1) 300 ml+น้ำ 50 ml 4 ครั้ง/วัน	รูปร่างท้วม BMI 22.79 ป่วยครั้งนี้น้ำหนักลดลง 5 กก. ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง Skin turgor 1^+การประเมินด้วย Nutrition alert form ระดับขาดสารอาหารรุนแรง (17 คะแนน) ทดสอบการกลืน พบว่ามีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำ ได้รับอาหารทางสายยาง BD (1:1) 250 ml+น้ำ 50 ml 4 ครั้ง/วัน
H : Home environment (สภาพแวดล้อม)	บ้านไม้ 2 ชั้น อยู่ติดถนนเข้าหมู่บ้าน มีรั้วรอบขอบชิด สาธารณูปโภคพร้อมใช้ ไม่มีสัตว์เลี้ยงสภาพแวดล้อมอากาศถ่ายเทดี ภายในบ้านสภาพไม่เป็นระเบียบมีฝุ่นละออง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในห้องชั้นล่าง มีห้องน้ำอยู่ติดห้องผู้ป่วยด้านนอก ภายในห้องมีโต๊ะสำหรับวางอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย และตู้เก็บของ การจัดเก็บไม่เป็นระเบียบ	บ้านปูนชั้นเดียวใต้ถุนโล่ง ปรับปรุงทำห้องใหม่ให้ผู้ป่วยที่ชั้นล่าง ห้องน้ำด้านนอกติดกับห้องนอน สาธารณูปโภคพร้อมใช้ อากาศถ่ายเทดี ไม่มีสัตว์เลี้ยง ภายในบ้านสภาพค่อนข้างเป็นระเบียบมีฝุ่นละอองประปราย ในห้องผู้ป่วยมีเตียงสำหรับผู้ป่วย และชั้นวางอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น ตู้สำหรับเก็บเสื้อผ้าของผู้ป่วย จัดวางเป็นระเบียบค่อนข้างดี

INHOMESSS	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
O : Other people (สัมพันธภาพในครอบครัว)	ผู้ป่วยสถานภาพสมรส มีบุตรสาว 1 คน ลักษณะครอบครัวขยาย สมาชิกประกอบด้วยผู้ป่วย สามี บุตรสาว บุตรเขย หลาน 2 คน อาชีพครอบครัวทำสวนส้ม รายได้ครอบครัวพออยู่พอกิน การดูแลผู้ป่วยจ้างผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนบ้านดี **ผังครอบครัว**  	ผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว สถานภาพสมรส สมาชิกครอบครัว 5 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย ภรรยา บุตรสาว บุตรเขยและหลานชาย 1 คน อาชีพของครอบครัวทำสวนส้มโอ และขายอาหารตามสั่ง รายได้ปานกลาง ผู้ดูแลหลักคือบุตรสาว และมี อสม. ประจำบ้าน ช่วยดูแลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนบ้านดี **ผังครอบครัว** 
M : Medication (ยา/การรักษา)	ข้อมูลใบส่งกลับจากโรงพยาบาลพิจิตร ระบุยาและแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก่อนกลับไปติดตามผลการรักษา (วันที่ 30 ตุลาคม 2566) ดังนี้ **ยา:**Phenyltoin (100) 3x1⊙hs, Diazepam(2) 1x1 ⊙prn, lorazepam (2) 1x1 ⊙hs. **แผนการดูแลต่อเนื่อง:** การทำแผลกดทับที่ก้นวันละครั้งและการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม การให้อาหารทางสายยางวันละ 4 ครั้ง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย รวมทั้งการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	ข้อมูลใบส่งกลับจากโรงพยาบาลพิจิตร ระบุยาและแผนการดูแลต่อเนื่องก่อนกลับไปติดตามผลการรักษา (วันที่ 17 กรกฎาคม 2567) ดังนี้ **ยา**:Hydralazine 50 mg 1x2 ⊙pc, Enalapril 20 mg 1x2 ⊙pc **แผนการดูแลต่อเนื่อง:** การให้อาหารทางสายยางวันละ 4 ครั้ง การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การฟื้นฟูสมรรถ-ภาพร่างกาย รวมทั้งการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
E : Examination (การตรวจร่างกาย)	การตรวจร่างกาย วันที่ 20ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดโต้ตอบเป็นคำๆ แต่พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายตกมีน้ำลายซึม สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/76 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที การประเมิน GCS	การตรวจร่างกายวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดโต้ตอบได้เป็นคำๆ แต่พูดไม่ชัด มุมปากขวาตก สัญญาณชีพความดันโลหิต 139/86 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ประเมิน GCS $E_4V_3M_6$

INHOMESSS	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	$E_4V_3M_4$, pupil 3 mm. RTLBE, motor power ข้างซ้าย เกรด 0 ข้างขวา เกรด 5 ยังนั่งทรงตัวไม่ได้ผู้ป่วยใส่สายสวนคาปัสสาวะ น้ำปัสสาวะในถุงสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน การตรวจร่างกาย ฟังเสียงหัวใจและเสียงลมปอดปกติ หน้าท้องอ่อนนุ่ม กดไม่เจ็บ ประเมินสภาพผิวหนังไม่ชุ่มชื้น ผิวหนังที่ก้นกบมีแผลกดทับขนาด 1 ซม. แผลตื้น ไม่มีเนื้อตาย มีน้ำเหลืองซึม การประเมิน Braden Scoreระดับความเสี่ยงมาก(12คะแนน) การประเมิน ADL=0 ระดับมีภาวะพึ่งพาอย่างสมบูรณ์ ด้านการสื่อสารผู้ป่วยพูดไม่ชัดบางคำ แต่สื่อความหมายได้ บอกความต้องการและความไม่สุขสบายได้	, pupil 3 mm. RILBE, motor power ข้างขวา เกรด 1 ข้างซ้าย เกรด 5 ยังนั่งทรงตัวไม่ได้ ใส่สายสวนคาปัสสาวะน้ำปัสสาวะในถุงสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน การตรวจร่างกายฟังเสียงหัวใจและเสียงลมปอดปกติ หน้าท้องอ่อนนุ่ม กดไม่เจ็บ ประเมินสภาพผิวหนัง ผิวแห้ง ที่ก้นกบมีรอยแดงช้ำขนาด 1 ซม. ประเมิน Braden score ระดับความเสี่ยงมาก (12 คะแนน) การประเมิน ADL=4 ระดับมีภาวะพึ่งพาอย่างสมบูรณ์ ด้านการสื่อสารผู้ป่วยพูดไม่ชัดแต่สื่อความหมายได้ บอกความต้องการและความไม่สุขสบายได้
S : Safety (ความปลอดภัย)	ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงไม้ในห้องนอนชั้นล่าง ที่นอนฟูกมีผ้ายางรองรับ การป้องกันผู้ป่วยตกเตียงด้วยการจัดให้เตียงด้านซ้ายและหัวเตียงชิดผนังห้อง ขณะดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลจะเข้าถึงเตียงผู้ป่วยด้านขวาและท้ายเตียง ถ้าจะเปลี่ยนผ้าปูที่นอนหรือพลิกตัวผู้ป่วยใช้วิธีเลื่อนขยับเตียงเป็นครั้งคราว และเมื่อปฏิบัติภารกิจเสร็จจะใช้หมอนข้างวางกั้นข้างตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง การประเมินแสงสว่างในห้องพบว่ามีความเพียงพอห้องพักใช้มุ้งลวดปราศจากยุงหรือแมลง ประตูเปิดปิดสะดวก ส่วนห้องน้ำอยู่ติดกับห้องผู้ป่วยลักษณะห้องพื้นปูน น้ำใช้น้ำประปาหมู่บ้าน โดยมีอ่างเก็บน้ำสำรองไว้ใช้ ส้วมแบบนั่งยอง การประเมินความเสี่ยงต่อการลื่นล้มพบว่าความเสี่ยงระดับน้อย	เตียงผู้ป่วยเป็นเตียงไม้ ไม่มีราวกั้นเตียง ที่นอนฟูกมีผ้ายางรองรับ มีการจัดให้เตียงด้านขวาชิดผนังขณะดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าถึงเตียงผู้ป่วยด้านซ้าย การป้องกันผู้ป่วยพลัดตกเตียงด้วยการใช้หมอนข้างวางข้างตัวผู้ป่วย แสงสว่างในห้องผู้ป่วยเพียงพอ พื้นห้องนอนและห้องน้ำไม่ลื่น ในห้องปราศจากยุงหรือแมลงเพราะใช้มุ้งลวด ห้องน้ำอยู่ด้านข้างภายนอกห้องนอน น้ำใช้เป็นน้ำประปาหมู่บ้านมีอ่างน้ำเก็บสำรองส้วมแบบนั่งยอง การประเมินความเสี่ยงต่อการลื่นล้มระดับน้อย
S : Service (บริการที่ได้รับ)	ปกติใช้บริการโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ใช้สิทธิ์ผู้มีรายได้น้อยการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งกลับจากโรงพยาบาลพิจิตร โดยได้รับการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านจากพยาบาลเวชปฏิบัติประจำศูนย์สุขภาพชุมชนและอสม.ประจำบ้านผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ไม้เท้าจากโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง และ	ปกติใช้บริการโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้างใช้สิทธิ์ผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งกลับ จากโรงพยาบาลพิจิตร โดยได้รับการติดตามดูแลจากพยาบาลเวชปฏิบัติฯประจำศูนย์สุขภาพชุมชนและอสม.ประจำบ้าน

INHOMESSS	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	อยู่ระหว่างการขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ Care giver ที่จ้างคนในชุมชนร่วมกับบุตรสาวเป็นบางครั้ง จากการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยพบว่า การดูแลผู้ป่วยยังไม่ถูกต้องในบางกิจกรรม เช่น การพลิกตัว การฟื้นฟูสมรรถภาพ การทำความสะอาดบริเวณขาหนีบและรอบทวารหนัก	ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ บุตรสาว จากการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยพบว่ายังไม่ถูกต้องในบางกิจกรรม เช่น การพลิกตัว การดูแลอวัยวะเพศและเทน้ำปัสสาวะทิ้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพยังทำไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลมีภารกิจในครอบครัวด้วย
S : Spiritual (ความเชื่อ ทัศนคติ)	ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบุญ บาป ทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาเป็นบางครั้ง เป็นสมาชิกชมรมจิตอาสาของหมู่บ้านให้ความร่วมมือกับงานในชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุขดี การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้สาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงจากการไม่ระมัดระวังด้านการควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย และรับประทานยาความดันโลหิตไม่ต่อเนื่องการประเมินสภาพจิตใจจากการประเมินความเครียดด้วย ST-5 ครอบครัวผู้ป่วย พบว่าระดับมาก (8 คะแนน) ส่วนสามีและบุตรสาวมีสีหน้า วิตกกังวล คิ้วขมวดตลอดเวลา ไม่ยิ้มแย้ม บอกว่าเครียดมากทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย และภาระค่าใช้จ่ายในบ้าน ครอบครัวผู้ป่วยยอมรับและเชื่อมั่นในแผนการรักษาและปฏิบัติตามคำ แนะนำของพยาบาล มีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการทุเลา และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น	ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ไปทำบุญที่วัดเป็นประจำ ร่วมกิจกรรมในชุมชนเสมอ การรับรู้สภาพความเจ็บป่วย ครอบครัวมีความเข้าใจและรับรู้ว่าสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยง จากการละเลยด้านอาหาร ออกกำลังกาย การประเมินสภาพจิตใจ พบว่า ครอบครัวมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวลในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อครอบครัว ผลประเมินความเครียดด้วย ST5 พบว่าระดับมาก (8 คะแนน) ครอบครัวและผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในแผนการรักษาและคำแนะนำของพยาบาล โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น

สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 58 ปี การวินิจฉัยโรค Hemorrhagic Stroke ได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัด Craniotomy with remove blood clot หลังผ่าตัดได้รับการรักษาพยาบาลตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นเวลา 34 วัน อาการทางระบบประสาททุเลา ส่งกลับพักฟื้นและดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โดยนัดติดตามผล 2 สัปดาห์ วันที่ 6 ตุลาคม 2566 ขณะรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งตาค้าง นาน 1 นาที เรียกไม่รู้สึกตัว ส่งกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตรเป็นเวลา 3 วัน อาการทุเลาส่งกลับโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง นัดติดตามผล 2 สัปดาห์ วันที่ 24 ตุลาคม 2566 จากการ ประเมิน GCS 11 คะแนน รูม่านตา 3 มม. ตอบสนองต่อแสง

ดีทั้ง 2 ข้าง แขนขาด้านขวาเกรด 5 ข้างซ้ายเกรด 1 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/76 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกและสายสวนคาปัสสาวะ แผนการดูแลต่อเนื่องตามแบบแผนการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC)

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 60 ปี การวินิจฉัยโรค Hemorrhagic Stroke ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Craniotomy with remove blood clot หลังผ่าตัด ได้รับการรักษาตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นเวลา 12 วัน ส่งกลับโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้างดูแลต่อเนื่อง และนัดติดตามผลในวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 จากการประเมิน GCS 11 คะแนน รูม่านตา 3 มม. ตอบสนองต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง แขนขาด้านซ้ายเกรด 5 ด้านขวาเกรด 1 สัญญาณชีพความดันโลหิต 143/90 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกและสายสวนคาปัสสาวะแผนการดูแลต่อเนื่องตามแบบแผนการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC)

จากเป้าหมายการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ที่มีแนวทางปฏิบัติการบริบาลเพื่อฟื้นสภาพ (IMC protocol) โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชนจนครบ 6 เดือน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งรับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ใช้บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลผู้ป่วย (Care manager) จึงวางแผนการบริบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยในเดือนที่ 1 เป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่ยังคงอยู่และเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการบริบาลในเดือนที่ 2-เดือนที่ 6 โดยแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

Activity for Intermediate Care (Stroke)

ทีมสหวิชาชีพ	เดือนที่ 1				เดือนที่ 2				เดือนที่ 3		เดือนที่ 4		เดือนที่ 5		เดือนที่ 6	
	Wk 1	Wk 2	Wk 3	Wk 4	Wk 1	Wk 2	Wk 3	Wk 4	Wk 2	Wk 4	Wk 2	Wk 4	Wk 2	Wk 4	Wk 2	Wk 4
แพทย์				/				/				/				/
พยาบาลเวชปฏิบัติ	/	/	/	/	/	/	/	/		/		/		/		/
นักกายภาพบำบัด					/	/	/	/		/		/		/		/
พยาบาลจิตเวช		/		/		/		/		/		/		/		/
นักโภชนาการ				/				/		/		/		/		/
นักสาธารณสุข					/				/		/		/		/	

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดำเนินการที่บ้านในเดือนที่ 1 หลัง ส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สรุปดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
ผู้ป่วยรายที่ 1	**ผู้ป่วยรายที่ 2**
1. ผู้ดูแลมีความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง S : ผู้ดูแลสอบถามถึงการปฏิบัติตัวฟื้นฟูสภาพร่างกายและเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน O : การพลิกตัว การช่วยเหลือในกิจกรรมบำบัดทำไม่ถูกต้อง A : ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือทุกด้าน P : สอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแล	1.ผู้ดูแลมีความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง S : บุตรสาวผู้ดูแลบอกว่าไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาแบบนี้มาก่อน O : การพลิกตัว การดูแลอวัยวะเพศและการช่วยเหลือในกายภาพบำบัดทำไม่ถูกต้อง A : ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือทุกด้าน P : สอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
ผู้ป่วยรายที่ 1	**ผู้ป่วยรายที่ 2**
2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ S : มีอาการแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง ทรงตัวไม่ได้ และการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง O : การประเมินข้อไหล่และข้อเข่า มีข้อจำกัดในการหมุนและยกแขนขา (limited ROM) A : การดูแลผู้ป่วยระยะแรก (Early recovery) ไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง P : ประสานนักกายภาพสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการทำ passive exercise 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ S : ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน O : การทำความสะอาดอวัยวะเพศและรอบทวารหนักไม่ถูกต้อง A : ผู้ป่วยภาวะติดเตียงและคาสายสวนปัสสาวะตั้งแต่ระยะแรก จึงต้องการการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ P : สอนวิธีการดูแลสายสวนปัสสาวะ/ถุงปัสสาวะ/ผิวหนังรอบๆ อวัยวะเพศ 4. มีแผลกดทับที่ก้นกบ S : แผลกดทับขนาด 1 ซม ที่ก้นกบ แผลตื้นมีน้ำเหลืองซึม ไม่มีเนื้อตาย O : Braden score 12 คะแนน ระดับความเสี่ยงสูง : การดูแลแผล การพลิกตัวของผู้ดูแลไม่ถูกต้อง A : ผู้ป่วยภาวะติดเตียง พร่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องได้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ P : สอนวิธีการดูแลแผลกดทับ/การพลิกตัว/การดูแลผิวหนัง 5. เสี่ยงต่อภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ S : เคี้ยวอาหารไม่ได้ มุมปากซ้ายตก : รูปร่างผอม ผิวแห้ง O : Skin turger 1^{+}, BMI 20.95 : Nutrition alert form 20 คะแนน ระดับขาดสารอาหารรุนแรง : modified water swallowing test มีความเสี่ยงต่อการสำลัก A : ติดตามและประเมินความต้องการพลังงานต่อวัน 1,950 กิโลแคลอรี่	2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ S : มีอาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรง ทรงตัวไม่ได้ และการเคลื่อนไหว ร่างกายบกพร่อง O : การประเมินข้อไหล่และข้อเข่า มีข้อจำกัดในการหมุนและยกแขนขา (limited ROM) A : การดูแลผู้ป่วยระยะแรก (Early recovery) ไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง P : ประสานนักกายภาพสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการทำ passive exercise 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ S : ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน O : การดูแลความสะอาดอวัยวะเพศและเทน้ำปัสสาวะไม่ถูกต้อง A : ผู้ป่วยภาวะติดเตียงและคาสายสวนปัสสาวะตั้งแต่ระยะแรก จึงต้องการการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ P : สอนวิธีการดูแลสายสวนปัสสาวะ/ถุงปัสสาวะ/ผิวหนังรอบๆ อวัยวะเพศ 4. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ S : ผิวหนังที่ก้นกบมีรอยแดงช้ำ ขนาด 1 ซม. O : Braden score 12 คะแนน ระดับความเสี่ยงสูง : ผิวหนังแห้ง ไม่ชุ่มชื้น A : ผู้ป่วยภาวะติดเตียง พร่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องได้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ P : สอนวิธีการดูแลแผลกดทับ/การพลิกตัว/การดูแลผิวหนัง 5. เสี่ยงต่อภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ S : เคี้ยวอาหารไม่ได้ มุมปากขวาตก : น้ำหนักลดลง 5 กก. O : Skin turger 1^{+} : Nutrition alert form 17 คะแนน ระดับขาดสารอาหารรุนแรง : modified water swallowing test มีความเสี่ยงต่อการสำลัก A : ติดตามและประเมินความต้องการพลังงานต่อวัน 1,440 กิโลแคลอรี่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
ผู้ป่วยรายที่ 1	**ผู้ป่วยรายที่ 2**
P : ติดตามและประเมินการให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน : แนะนำอาหารเสริมเพิ่มเติมโดยให้ผงไข่ขาว 50 กรัม/วัน : ติดตามประเมินสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นหรือไม่ร่วมกับความก้าวหน้ากิจกรรมการฟื้นฟูการเคี้ยวกลืน 6. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย S : ผู้ป่วยและครอบครัว หน้านิ่ว ไม่สดชื่น : ผู้ป่วยบ่นว่า ต้องใช้เงินจ้างคนมาดูแล และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้น กลัวเป็นภาระ O : ประเมินความเครียดผู้ป่วยด้วย Stress test ระดับสูง (12 คะแนน) : ประเมินภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย (2Q) ระดับมีความเสี่ยง A : ผู้ป่วยวัยทำงาน การเจ็บป่วยที่มีภาวะเรื้อรังทำให้บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง P : ใช้หลักบริการปรึกษาให้การดูแลทางจิตใจ/เสริมความมั่นใจในกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ : ติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ : ถ้าสภาพจิตใจไม่ดีขึ้นประสานการดูแลกับจิตแพทย์	P : ติดตามและประเมินการให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน : แนะนำอาหารเสริมเพิ่มเติมโดยให้ผงไข่ขาว 50 กรัม/วัน : ติดตามประเมินสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นหรือไม่ร่วมกับความก้าวหน้ากิจกรรมการฟื้นฟูการเคี้ยวกลืน 6. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย S : ผู้ป่วยและครอบครัว หน้านิ่ว ไม่สดชื่น : บุตรสาวผู้ดูแล พูดระบายความรู้สึกว่ามีภาระการดูแลผู้ป่วยหลายเรื่อง แต่ละเรื่องมีความยุ่งยากขณะที่ยังมีภาระในบ้าน O : ประเมินความเครียดในการดูแลผู้ป่วยด้วย Stress test ระดับสูง (12 คะแนน) A : บุตรสาวผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วย แต่มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยมาระยะหนึ่ง ไม่มีผู้ใดช่วยดูแล จึงต้องการความช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจ P : ใช้หลักบริการปรึกษาให้การดูแลทางจิตใจ/เสริมความมั่นใจในกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ : ติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ : ถ้าสภาพจิตใจไม่ดีขึ้นประสานการดูแลกับจิตแพทย์

การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่บ้านปฏิบัติได้ครบถ้วน ครอบคลุมตามแผนและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินความพร้อมต่อการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า มีความพร้อมและตั้งใจพยาบาลในบทบาทผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยตามแบบแผน IMC สรุปผลการปฏิบัติงาน ดังนี้

1) การประเมินของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ความสามารถในการดูแลตนเอง : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวและการเดิน ผลการประเมินด้วย Modified Ranking Scale = 5 คะแนน คือมีความบกพร่องรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index ผู้ป่วยรายที่ 1 = 0 คะแนน ผู้ป่วยรายที่ 2 = 4 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการพึ่งพาทั้งหมด

ภาวะโภชนาการ : ประเมินผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย ด้วย Nutrition alert form ได้ 12 คะแนน (ระดับ Severe malnutrition) การเคี้ยวกลืนบกพร่องจากลิ้นแข็ง และมุมปากตก การประเมินสภาพร่างกายรูปร่างผอม ผิวหนัง ริมฝีปากแห้ง การวิเคราะห์ความต้องการสารอาหารต่อวัน ใช้สูตรคำนวณ) (ส่วนสูง-100)x30)

ดังนั้น ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความต้องการพลังงานต่อวันแทนค่าในสูตร (165-100)x3 = 1,950 กิโลแคลอรี่ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความต้องการพลังงานต่อวันแทนค่าในสูตร (148-100)x30 = 1,440 กิโลแคลอรี่

การเคลื่อนไหวและการกลืน :Ambulation & swallowing การประเมิน muscle power ผู้ป่วยรายที่ 1 แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงแบบอ่อนปวกเปียก ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 แขนขาด้านขวาอ่อนแรง และมีอาการเกร็งกระตุกเป็นบางวัน ทำให้ limited ROM, poor ADL และ impair functional mobility การประเมินภาวะการกลืนของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ด้วยวิธี modified water swallowing test พบว่า มีความเสี่ยงต่อการสำลัก

การประเมินสภาพจิตใจ : ประเมินความเครียดด้วย Stress test (ST5) พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเครียดระดับสูง (12 คะแนน) โดยสภาพปัญหาทางอารมณ์ที่พบ ได้แก่ รู้สึกเครียด เบื่อและคิดหาทางออกไม่ได้ จากผลกระทบของความเจ็บป่วย การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่ามีความเสี่ยง โดยพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึก หดหู่ และท้อแท้ สิ้นหวัง

2) การฟื้นฟูสภาพตามแนวทาง IMC

พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้นำทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 2 ชั่วโมง โดยเป็นการจัดบริการที่บ้านผู้ป่วยลักษณะ Home ward มุ่งเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ และลดภาวะทุพพลภาพจนครบ 6 เดือน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ปฏิบัติในวันที่ 30 ตุลาคม 2566 – 30 เมษายน 2567 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ปฏิบัติในวันที่ 22 กรกฎาคม 2567 – 31 มกราคม 2568 ซึ่งผู้ปฏิบัติแต่ละสาขาดำเนินการ สรุปดังนี้

1) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพเป็นการสอน/ติดตาม/ทบทวนเพื่อดูแลการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อดูแลแผลกดทับและป้องกันการมีแผลกดทับเพิ่ม ป้องกันการพลัดตกเตียง ดูแลสายสวนปัสสาวะและความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ สอนญาติทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2) กิจกรรมกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดประกอบด้วย Balancing training, Strengthening exercise, Ambulation training, ADL training, Hand function training, Swallowing training

3) กิจกรรมการส่งเสริมทางสังคมจิตใจโดยให้คำปรึกษาแนะนำ (Counselling) เพื่อปรับความคิดด้านลบและพฤติกรรมเสี่ยงฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด/ให้ข้อมูลแนวทางการปรับตัวระยะเปลี่ยนผ่าน

4) กิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการโดยประเมินภาวะโภชนาการและวิเคราะห์ความต้องการสารอาหารต่อวันและปริมาณที่ได้พบว่ามีส่วนขาด จึงแนะนำอาหารเสริมเพิ่มเติม รวมทั้งเสริมอัลบูมิน ด้วยการให้ผงไข่ขาว 50 กรัม/วัน สอนญาติเตรียมและให้อาหารเสริมทางสายยาง

5) สอนทักษะการดูแล/จัดการด้านสภาพแวดล้อม (นักสาธารณสุข) โดยดูแลสภาพแวดล้อมและจัดสถานที่ดูแลผู้ป่วยรูปแบบ Home ward สอนผู้ดูแลในทักษะต่างๆ และจัดระบบพี่เลี้ยงให้แก่ครอบครัวประสานส่งต่อข้อมูลทีม รพ.สต.และอสม. ให้ความช่วยเหลือที่จำเป็น

จากการประเมินผลการพยาบาลและการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางดำเนินการตามแผนดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ในเดือนที่ 4 สภาพร่างกายกล้ามเนื้อตึงตัว motor power Lt gr 2 Rt gr5 สามารถนั่งพิงพนักเตียงได้ประเมินการกลืนดีขึ้นแพทย์ให้ถอดสายยางให้อาหารและจิบน้ำ อาหารเหลว ตามลำดับ ผู้ป่วยรับอาหารได้ไม่สำลัก ประเมิน ADL = 4 คะแนน เดือนที่ 5 ญาติพยุงให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็นขณะรับประทานอาหารโดยให้ตักอาหารเอง แพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะและใส่ผ้าอ้อมเพื่อฝึกควบคุมการถ่ายปัสสาวะ เดือนที่ 6 ผู้ป่วยยังต้องการความช่วยเหลือในการลุกจากเตียง การอาบน้ำแต่งตัว แต่เมื่อพยุงให้นั่งสามารถล้างหน้าแปรงฟันหรือตักอาหารได้เอง พยุงให้ยืนเกาะราวได้ประมาณ 3 นาที คะแนน ADL = 8 คะแนน ผู้ป่วยรายที่ 2 ในเดือนที่ 4 การประเมิน ADL 4 คะแนน สภาพร่างกายอิดโรยไม่สดชื่น motor power Lt gr 4, Rt gr 1 ยังคงได้อาหารทางสายยางและคาสายสวนปัสสาวะ ประเมินพบปัญหาการดูแลของครอบครัวที่มีภาระการประกอบอาชีพจึงมิได้ให้การดูแลตามโปรแกรมที่แนะนำเท่าที่ควร การเสริมแรงโดยให้ อสม. ประจำบ้านช่วยเหลือสัปดาห์ละ 3 วัน

เดือนที่ 5 กระตุ้นสอนญาติให้ช่วยผู้ป่วยนั่งบนรถเข็นขณะอาบน้ำและนั่งพิงพนักเตียง พบว่า ทำได้บ้างเป็นบางวัน เดือนที่ 6 ผู้ป่วยยังคงต้องการความช่วยเหลือทุกด้าน ADL = 7 คะแนน ยังได้รับอาหารทางสายยางและใส่สวนคาปัสสาวะ วางแผนขยายระยะเวลาการฟื้นฟูออกไปอีก 2 เดือน โดยมุ่งการช่วยเหลือด้านภาระการดูแลของครอบครัว

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การวินิจฉัยโรค Hemorrhagic Stroke ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Craniotomy with remove blood clot หลังผ่าตัดผู้ป่วยรายที่ 1 กลับไปรักษาซ้ำก่อนนัดติดตามผลด้วยภาวะชักได้รับการรักษาอาการทุเลาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เมื่อประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่งกลับตามระบบเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (IMC) ซึ่งในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นการวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายระยะ 6 เดือนตามแนวทางการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง โดยในเดือนที่ 1 หลังส่งกลับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อดูแลตามแผนการดูแลต่อเนื่องที่แจ้งไว้ในใบส่งกลับและการติดตาม เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการฟื้นสภาพ ตามแผนปฏิบัติการที่ได้วางแผนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ในเดือนที่ 2-เดือนที่ 6 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพตามแผนการดูแล (IMC protocol) อย่างครบถ้วนถูกต้องตามมาตรฐานการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง จากการประเมินเมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการฟื้นสภาพที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเช่นเดียวกัน โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพคล้ายกันผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมโรคไม่ดี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีประวัติการคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สำหรับการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อนำสู่การวางแผนฟื้นฟูตามแนวทางการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง พบว่าความสามารถทำกิจวัตรประจำวันจากคะแนน Barthel ADL ในผู้ป่วยรายที่ 1 = 0 คะแนน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 = 4 คะแนน การที่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความบกพร่องมากกว่าเป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสมอง โดยจากการศึกษาความรู้โรคอธิบายว่า อาการชักเป็นภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัดสมองเนื่องจากมีการหยุดชงักของเนื้อเยื่อสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2562) ซึ่งจากการประเมินปัญหาและความเสี่ยงได้เร็ว (Early detection) จึงช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที และไม่พบว่ามีภาวะชักในเวลาต่อมา สำหรับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวนำบทบาทผู้จัดการการดูแล ประสานทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง (Protocol IMC) ที่กำหนดไว้ระยะเวลา 6 เดือน (กรมการแพทย์, 2565) ในเดือนแรกมุ่งการพยาบาลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่หลงเหลืออยู่และอาจเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟู อีกทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านลักษณะ Home ward การทำงานของพยาบาลมีความเหมาะสมตรงตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะต่อเนื่อง หลังอาการคงที่เป็นการฟื้นฟูสภาพที่มีเป้าหมายสำคัญต่อการช่วยให้ผู้ป่วย มีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองและมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยควรรีบทำได้ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม (ศรัณยา โฆษิตมงคล, 2559) อย่างไรก็ตาม จากการประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีแนวโน้มของการฟื้นสภาพได้เร็วกว่ารายที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อต่อการฟื้นสภาพพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีผู้ดูแลที่ครอบครัวว่าจ้างมาดูแลเป็นการเฉพาะ เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้ ฝึกทักษะจากพยาบาลและทีมสหวิชาชีพจึงนำไปใช้ในการดูแลได้เต็มที่มากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีข้อจำกัดการดูแลของครอบครัวจากภาระการประกอบอาชีพ ทำให้การฟื้นตัวได้ช้า สถานการณ์นี้ตรงกับผลการทบทวนงานวิจัยหลายการศึกษาที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น นอกจากทีมสุขภาพในชุมชนแล้ว ญาติ ผู้ดูแล และเครือข่ายการดูแลในชุมชนมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (สุทธิรัตน์ บุษดี, 2565) ผลงานกรณีศึกษานี้ได้ประสบการณ์ที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง กล่าวคือ นอกจากการนำแนวทางการดำเนินงานฟื้นสภาพระยะกลาง ลงสู่ปฏิบัติแล้วทำให้เรียนรู้ว่า พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้ ด้วยการส่งเสริมการรับรู้และสร้างเจตคติต่อความเจ็บป่วยในทางที่เหมาะสม มีการให้ข้อมูลและชี้แนะที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแล ตลอดจนถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชนมาใช้ในกระบวนการดูแล และส่งเสริมให้ครอบครัวเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย บทเรียนที่ได้จากกรณีศึกษานี้นำไปต่อยอดการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรศึกษาบริบทครอบครัวอย่างถ่องแท้ และฝึกทักษะการดูแลที่เน้นการปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับให้แก่ผู้ดูแลรายบุคคลโดยตรง
2. หน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิสามารถนำแนวทางบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางไปปรับใช้ในชุมชนได้ โดยควรเพิ่มพูนทักษะการฟื้นฟูสภาพให้แก่บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลได้อย่างครอบคลุม
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรมีช่องทางสนับสนุช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านผู้ดูแล อุปกรณ์ ของเครื่องใช้ที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบคัวได้รับโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2563). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุระยะกลาง.*สืบค้นจาก https://agingthai.dms.>Y65-manual.go.th02.pdf.

กรมการแพทย์. (2565). *การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง Intermediate Care.* สืบค้นจาก https://www.Snmri.go.th>01_40IMC-KPI-template_2565.pdf.

กรมการแพทย์. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward).* สืบค้นจาก https://www.dms.go.th>25650805113031AM_homeward.pdf.

กรมการแพทย์. (2567). *รายงานตามตัวชี้วัด ปี 2567.* สืบค้นจาก https://medinfo.dms.go.th.

ปารีนุช พรเจริญ. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.* สืบค้นจาก https://www.buuir.bun.ac.th>53910239.pdf.

โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง. (2567). *ผลการดำเนินงานปี 2567.* เอกสารนำเสนอผลงานพิจิตร:มปท. (เอกสารอัดสำเนา).

ศรัณยา โฆษิตมงคล. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* ใน วันดี โตสุขศรี,บรรณาธิการ. *การพยาบาลอายุรศาสตร์*(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรส.

สำนักการพยาบาล. กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันประสาทวิทยา. (2562). *คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก.* กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.

สุทธิรัตน์ บุษดี. (2565). *การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม.* วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 19(1), 193-206.

Brechtl, JR, Breitbart, W, Galietta, M, Krivo S & Rosenfeld B. (2001). *The use of highly active antiretroviral therapy (HAART) in patients with advanced HIV infection: impact on medical, palliative care, and quality of life outcomes. J PainSymptom Manage.* 2001, (21), 41-51. form https://www.buuir.bun.ac.th>53910239.pdf.