

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 3 ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลาการดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และอันดับที่ 3 ของความพิการจากรายงานของ World Health Organization ปี 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับเช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 48, 47, 53, และ 53 ตามลำดับ ปี 2560-2564 ในเขต 6 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 313.11, 331.41, 342.26 และ 336.32 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต 15.51, 14.18, 14.04, 14.22, และ 14.21 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) สถิติข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ปี 2564-2566 จำนวน 785, 766 และ 717 ราย ตามลำดับ พบการเกิด Recurrent Stroke 5, 6 และ 24 รายตามลำดับ จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแล ได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสียหายหรือเกิดน้อยที่สุด

### โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke)

#### ความหมายของโรค (กนกศรี สมินทรปัญญา, 2564)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดหรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ คือ อาการอัมพฤกษ์ พูดไม่ชัดหรือมีปัญหาด้านการกลืน สูญเสียความทรงจำและความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ปัญหาทางด้านอารมณ์ อาการเหม็นช้ำ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

#### พยาธิสภาพ (กนกศรี สมินทรปัญญา, 2564)

ปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัม ถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง (18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที) เซลล์ประสาทจะไม่ทำงานหรือสมองจะมี electrical failure (inhibition of electrical excitability ของเซลล์ประสาท) สามารถฟื้นตัวได้เมื่อเลือดมาเลี้ยงทันเวลา บริเวณสมองขาดเลือดจะหยุดทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตาย เซลล์ประสาทจะตายเมื่อหลอดเลือดอุดตันทันทีที่สมองส่วนนั้นๆ ขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้ เมื่อมีการอุดกั้นของ ลิ่มเลือดถึงร้อยละ 85 และเกิดการอุดกั้นของหลอดเลือดใหญ่ถึงร้อยละ 40 จะทำให้สมองตายจะมีการแสดงมากขึ้นภายในเวลาเป็นชั่วโมงเป็นวัน และขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการอุดกั้น เมื่อหลอดเลือดสมองมีการอุดกั้นอย่างทันทีทันใด เซลล์สมองจะค่อยๆ

ตายลงภายในเวลา 6-8 ชั่วโมง เมื่อเนื้อเยื่อสมองเริ่มมีปริมาณเลือดลดลงร่างกายจะตอบสนองโดยหลอดเลือดขยายตัว เนื้อเยื่อสมองเริ่มดูดซึมออกซิเจนมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปสู่บริเวณที่มีการขาดเลือด และมีออกซิเจนที่เพียงพอต่อการสร้างพลังงานให้กับเนื้อเยื่อสมอง การชดเชยที่เพียงพอมีผลให้ร่างกายแก้ไขปัญหาคขาดเลือดไปเลี้ยงสมองได้ เนื้อเยื่อประสาทจะมีการทำงานคืนกลับสู่ภาวะปกติ หากขาดเลือดรุนแรงเป็นเวลานานเกินความสามารถการชดเชยของร่างกายเป็นผลให้เนื้อเยื่อประสาทหยุดทำงานเนื้อเยื่อสมองเริ่มบวมหลังจากขาดเลือดภายใน 6 ชั่วโมงเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในเนื้อเยื่อประสาทมีการอักเสบ และเนื้อเยื่อตายในที่สุดมีผลทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติอย่างฉับพลัน แล้วยังก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความบกพร่องของร่างกายหลายส่วนขึ้นกับเนื้อเยื่อสมองที่ถูกทำลาย

#### สาเหตุ (กนกศรี สมินทรปัญญา, 2564)

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบมีหลายสาเหตุนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพของโรคนี้ได้ ได้แก่

- 1) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง (large artery atherotic disease) ทำให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน
- 2) หลอดเลือดแดงขนาดเล็กอุดตัน (small vessel or penetrating artery disease) 3) ลิ่มเลือดจากหัวใจอุดตันหลอดเลือด (cardiogenic emboli) หรือลิ่มเลือดจากเลือดแดงใหญ่ 4) โรคของหลอดเลือดจากสาเหตุอื่น (non-atherosclerotic vasculopathes) 5) Hypercoagulable disorder 6) กลุ่มที่ไม่สามารถบอกถึงสาเหตุได้แน่ชัด (infarcts of undetermined cause)

#### อาการและอาการแสดง (ตติยา ทุมเสน, อัจฉรา คล้ายมี, อภิญญา พามล, และอุไร ชลฺุยนาค, 2565)

1. สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (transient Ischemic Attack: TIA) ถือเป็นอาการเตือนระยะแรก (early warnings) เป็นอาการที่ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนไม่เพียงพอชั่วคราว และเมื่อปรับตัวได้อาการจะหายไป อาการมักน้อยกว่า 30 นาทีและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากหายไปแล้วประมาณ 1/3 จะไม่มีอาการทางสมอง อาการแตกต่างกันตามตำแหน่งที่มีรอยโรคเช่น TIA ของหลอดเลือดแดงของส่วน mid cerebrum จะมีอาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและแขน ใบหน้าส่วนล่างและขา หรือพบอาการพูดลำบาก ส่วน TIA ที่ระบบหลอดเลือดแดง vertebrobasilar อาจพบมีอาการ หูอื้อ วิงเวียน ตามัว หนึ่งตาตก ตาบอดครึ่งซีก พูดลำบาก กลืนลำบาก ชาที่หน้า แขนขาอ่อนแรงด้านตรงกันข้ามหรือทั้งสองข้าง ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการปวดศีรษะอยู่เป็นสัปดาห์ก่อนจะเกิดอาการ TIA และทุกรายควรได้รับการรักษาอาการเตือนที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันจะเกิดขึ้นซ้ำๆเนื่องจากการเพิ่มขนาดจะค่อยเป็นค่อยไป ขณะที่จะมีอาการทันทีทันใดโดยไม่มีอาการเตือน

2. อาการก้าวหน้าขึ้น (progressive Stroke) อาการเริ่มรุนแรงขึ้นหลังจากเกิดเนื้อสมองตาย 72 ชั่วโมงทำให้มีสมองบวม จะพบอาการหมดสติ เกิด brain herniation อัมพาตครึ่งซีก ตาบอดครึ่งซีก พูดไม่ได้ใน 36 ชั่วโมงแรก

3. อาการสโตรคสมบูรณ์ (complete stroke) อาการผิดปกติทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 2-3 สัปดาห์

### การวินิจฉัย (ตติยา ทุมเสน, อัจฉรา คล้ายมี, อภิญญา พานผล, และอุไร ชลูนาค, 2565)

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจเลือดต่างๆ
3. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่

### การรักษา (กนกศรี สมิทรปัญญา, 2564)

แนวทางการรักษาสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามอาการ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการหายเป็นปกติได้เองจากภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวโดยรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและดูแลอย่างใกล้ชิด
2. ผู้ป่วยที่อาการยังคงอยู่และมารับการรักษาได้ภายใน 4.5 ชั่วโมง รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดกรณีที่ไม่อยู่ในข้อห้ามควรได้รับการรักษาด้วยการให้ยา ขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทางหลอดเลือด และต้องเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
3. ผู้ป่วยที่อาการยังคงอยู่และมารับการรักษาได้มากกว่า 4.5 ชั่วโมง รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและดูแลอย่างใกล้ชิด
  - 3.1 การดูแลทั่วไปให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ รักษาระดับออกซิเจนในเลือดปริมาณที่เหมาะสม
  - 3.2 การดูแลด้านความดันโลหิตไม่ให้สูงหรือต่ำเกินไป โดยสูงไม่เกิน 220/110 มิลลิเมตรปรอท
  - 3.3 การให้ยาด้านเกร็ดเลือด ได้แก่ แอสไพริน (aspirin) และโคลพิโดเกรล (clopidogrel)
  - 3.4 การทำกายภาพบำบัด
  - 3.5 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นการสำลักอาหารจากการกลืนลำบาก
  - 3.6 การดูแลด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัว

### การพยาบาล

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและมีการระบายอากาศให้เพียงพอ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดอย่างเพียงพอ แพทย์พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด
4. ส่งตรวจภาพรังสีวินิจฉัยสมองใช้การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อหาตำแหน่งของพยาธิสภาพ
5. สังเกตอาการต่อไปอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ

## ความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT)

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจาก การเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น และ การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้นซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ นั้น แตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความเสี่ยง คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็ง เนื่องจากมี ไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดแดง จะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่น ลดลงและการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น โดยมัก เกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันใน ผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัวมากขึ้น ประกอบกับผนัง หลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก (sympathetic and parasympathetic nervous system) ลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัว และคลายตัวลดลงและสูญเสียความสามารถในการหดตัว กลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้นทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทั้งนี้ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารโซเดียมมากเกินไป การได้รับสารไขมันมาก โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่การมีน้ำหนักเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมี โรคเรื้อรังหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจทำงาน เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรงโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว

### การพยาบาล

1. ชักประวัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต การรักษา
2. ประเมินความเข้าใจที่และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย
3. ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตและชี้ให้ผู้ป่วยเห็น

ความสำคัญของการควบคุมระดับความดันโลหิต

4. ตรวจวัดระดับความดันโลหิตตามที่แพทย์สั่ง หรือตามเกณฑ์ปกติกรณีที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
5. แจ้งแพทย์เมื่อพบความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ที่แพทย์สั่ง
6. ฝ้าระวังอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนนี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการผิดปกติทางระบบ

ประสาทการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบ แจ้งแพทย์เมื่อพบอาการดังกล่าวให้การดูแลผู้ป่วย จัดอาหาร และจัดยาให้ตรงตามแพทย์สั่ง

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

###### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี ให้ประวัติว่า 6 ปีก่อน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะบ่อย ไปตรวจที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น แพทย์ตรวจร่างกายและวินิจฉัยว่า เป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะ 3 รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นอย่างต่อเนื่องรับประทานยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 5 วันก่อนชาขาซ้าย ยังเดินได้ปกติ ไม่มีอ่อนแรงแรง ไม่ได้รับการรักษาที่ใด 1 วันก่อนมา อ่อนแรงแขนซ้ายขาซ้ายเดินขาลาก มีอาการชาขาซ้าย ไม่ได้รับการรักษาที่ใด 6 ชั่วโมงก่อนมา อ่อนแรงขาซ้ายมากขึ้น เดินไม่ได้ มีลิ้นแข็ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด น้ำลายไหลมุมปาก แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ต้องมีคนช่วยเหลือบนเตียง ดูแลประเมินผู้ป่วยตาม Neurological Flow Sheet ได้เท่ากับ 15 คะแนน แปลผลเป็น E4 V5 M6 pupil 2 min RTLBE Motor power RT upper/lower V +/V + LT III/III, ดูแลประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน The National Institute of Health Stroke Scale (0-42) (NIHSS) ได้เท่ากับ 5 คะแนน แปลผลเป็น ข้อ 4 facial palsy กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อยสังเกตมุมปากตกและไม่เท่ากันเมื่อยิ้มด้านซ้ายเล็กน้อย ข้อ 5 Best motor Arm ยกแขนขึ้นได้บ้าง แต่ไม่สามารถคงตำแหน่งที่ต้องการไว้ได้จากนั้นแขนตกลงบนเตียง (For in 10 sec) ข้อ 6 Best motor Leg นอนยกขา 30 องศา 5 วินาที 1 คะแนนคือสามารถยกขาข้างซ้ายได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงที่ตำแหน่งที่ต้องการ หรือขาตกลงบนเตียงก่อน 5 วินาที (For in 5 sec) ข้อ 7 การประสานของแขนและขามีปัญหาการประสานหรือขา 1 ข้าง ข้อ 8 การรับรู้ความรู้สึกวัตถุปลายแหลมใบหน้า แขนและขามีการรับรู้ความรู้สึกเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ยังบอกได้ถึงความรู้สึกที่ถูกกระตุ้น ข้อ 10 ความชัดเจนของการออกเสียง อ่านคำ ประโยคสั้นๆ พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง ข้อ 11 พบความผิดปกติของการรับชนิดใดชนิดหนึ่งดังต่อไปนี้คือการมองเห็น การสัมผัส หรือการได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้นทั้ง 2 ข้างพร้อมๆกัน, Care Map การดูแลผู้ป่วย Stroke, ดูแลประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden score) ได้เท่ากับ 17 คะแนน แปลผลว่า ความเป็ยกชั้นคือเปลี่ยนเสื้อผ้า 1 ครั้งต่อวัน ความสามารถในการทำกิจกรรมคือทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น การเคลื่อนไหวคือเปลี่ยนทำเองได้บ่อย ภาวะโภชนาการคือรับประทานอาหารได้ >1/2 ถาด การเสียดสีและเสียดทานคือเวลานั่งสั้นไกลมาก มีปัญหาหรือการบกพร่องในการทรงตัว, ดูแลประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้เท่ากับ 2 คะแนน แปลผลว่า มีปัญหาหรือความบกพร่องในการเดิน/การเคลื่อนไหว, ดูแลประเมินการกลืนตามแบบบันทึกของผู้ป่วย Stroke ผ่านการประเมินสามารถกลืนอาหารทางปากได้, ประเมินการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel Index of Activities of Daily Living (BI) ได้เท่ากับ 55 คะแนน คือการอาบน้ำต้องมีคนช่วยเหลือ การแต่งตัวต้องมีคนช่วยบางส่วน การเข้าห้องน้ำต้องมีคนช่วยบางส่วน การขึ้นลงจากเตียง การลุกนั่งได้ต้องการคนช่วยพยุง 1-2 คน การเคลื่อนไหวสามารถนั่งบนรถเข็น/คลาน/ถัดไปได้ การขึ้นบันไดผู้ป่วยไม่สามารถขึ้นบันไดได้เอง, ประเมินการวัดภาวะทุพพลภาพโดยใช้ Modified Rankin Scale (mRs) ได้ 4 คะแนน แปลผลได้ว่ามีความผิดปกติมากสามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุงไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย, ดูแลบันทึกสัญญาณชีพและดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือด

เลือดดำ 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ,ดูแลประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์คือ ASA 325 mg 1 เม็ดหลังอาหารเช้า, B complex 1 เม็ด อาหารเช้า กลางวัน เย็น หลังอาหาร, Atorvastatin 40 mg 1 เม็ดก่อนนอน, Losec 20 mg 1 เม็ดเช้าก่อนอาหาร ผู้ป่วยมีความดันสูงเกินกว่าแพทย์กำหนดจึงเพิ่มยา Amlodipine 5 mg 1 เม็ดหลังอาหารเช้า แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยอาการทางระบบประสาทคงที่จึงพิจารณาให้ผู้ป่วยจำหน่ายได้ ก่อนจำหน่ายแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดห้ามหยุดยาหรือปรับยาเอง แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีเมื่อกลับบ้าน แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นทันที เช่น แขนขาชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เวียนศีรษะเดินเซ เห็นภาพซ้อน แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2 สัปดาห์ คือ 22 ธันวาคม 2565 ก่อนจำหน่ายส่งข้อมูล Thai COC ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคลองหินปูนเพื่อติดตามเยี่ยมและการรักษาต่อไป รวมวันรับไว้ในดูแลทั้งหมด 4 วัน และแจ้งประสานการดูแลต่อเนื่องได้แก่ ตรวจสอบที่อยู่และเบอร์โทรติดต่อหลังจำหน่ายเพื่อส่งข้อมูลการรักษาให้เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย แจ้งญาติและผู้ป่วยเรื่องจะการติดตามเยี่ยมอาการจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เพื่อติดตามอาการและการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมรับไว้ในความดูแลทั้งหมด 4 วัน

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย

ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและอายุรแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

ที่กำหนด

9. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

#### 4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565 เวลา 09.30 น. ถึงวันที่ 3 ธันวาคม 2565 เวลา 15.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 วัน

### 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดความพิการถาวร

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการถาวร
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมกับการดื่มสุราเป็นประจำ และยังพบปัจจัยเสี่ยงอีกว่าผู้ป่วยไม่ควบคุมการรับประทานอาหารทำให้การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยอาการของโรคคือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถนะในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวบกพร่อง และมีภาวะพึ่งพาคนอื่น อาจจะทำให้ผู้ป่วยเครียด สูญเสียความมั่นใจในตนเองรวมถึงญาติผู้ป่วยที่ต้องรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี การวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค รวมถึงการเน้นย้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่ไม่เอื้อต่อการรักษา การตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งการทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้านเพื่อฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด การดูแลผู้ป่วยรายนี้ต้องดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างครบองค์รวมตามมาตรฐานการพยาบาล พร้อมทั้งดูแลต่อเนื่องโดยศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อติดตามการรักษาและผลการรักษา

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน 1-2 ขวดต่อวัน
2. ผู้ป่วยดื่มสุราร่วมกับการรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงแก่ชีวิต
3. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมานาน

### 9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพยาบาลที่ผ่านการเรียนเฉพาะทางสาขาหลอดเลือดสมอง สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะวิกฤต รวมถึงระยะฟื้นฟู
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ เรื่องการดูแลตนเองและควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล การพูดคุยให้ กำลังใจ เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้
4. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเองทำให้เกิดภาวะเครียดรวมถึงผลกระทบของครอบครัวที่ได้รับ ดังนั้นจึงต้องประเมินภาวะจิตใจ ของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการรักษา การดูแลที่เหมาะสมแก่บุคคลและครอบครัวด้วย

### 10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

### 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวสุชารัตน์ กองสุวรรณ ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....สุชารัตน์ กองสุวรรณ.....

(นางสาวสุชารัตน์ กองสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....27 / .....พ.ย...... / .....2566.....

ผู้ขอประเมิน



ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุชาร์ตน์ กองสุวรรณ	สุชาร์ตน์ กองสุวรรณ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางอรรทัย บุตรพรหม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4

(วันที่) 27 / พ.ย. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

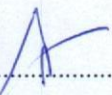
(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ต่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 28 / พ.ย. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 22 / ธ.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายธราพงษ์ กีบไก่อ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 1 ธ.ค. 2567

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับชำนาญการ)

.....

1.เรื่อง การพัฒนาการแนวทางการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก

#### 2.หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke , cerebrovascular disease) หมายถึงกลุ่มอาการที่มีลักษณะ ความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุหลักเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบแคบ/อุดตันหรือแตก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ใน 10 อันดับแรกทั่วโลก อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการหรือไร้สมรรถภาพ ในการดำเนินชีวิต ในวัยผู้ใหญ่มากที่สุดจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความบกพร่องของความสามารถด้านร่างกาย มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน (กนกศรี, 2564) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากกว่าร้อยละ 30 คือภาวะการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้แก่ การสำลักอาหาร การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก การขาดสารอาหาร เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า รวมทั้งทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ บริเวณเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ทำหน้าที่ในการรับรู้ และสั่งการกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนและบริเวณก้านสมอง (Brainstem) ซึ่งมีศูนย์ควบคุมการกลืน (Swallowing center) ที่ทำหน้าที่รับคำสั่งจากสมองส่วนหน้า และสื่อกระแสประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 เพื่อสั่งงานให้กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน มีการหดตัวคลายตัวและเกิดการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กันเพื่อให้อาหารผ่านจากช่องปาก ไปสู่คอหอยและหลอดอาหารได้อย่างปลอดภัย (ดวงใจและคณะ, 2562)

หอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษา จำนวน 785 ราย, 766 ราย และ 717 ราย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเท่ากับ 3,993 วัน, 4,598 วัน และ 3,776 วัน (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหารเป็น 14, 22 และ 20 ราย หรือคิดเป็น 3.50, 4.78 และ 5.31 ต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นคือ การไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบาก ถือเป็นเป้าหมายสูงสุด ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรต้องตระหนัก ค้นคว้าหาแนวทางปฏิบัติ ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบาก โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดตลอด 24 ชั่วโมง โดยในปัจจุบันหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบาก คือการใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก การให้ความรู้ ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูกที่บ้าน ทำกิจกรรมบำบัดกระตุ้นกลืน แต่อุบัติการณ์การกลับมาเป็นซ้ำยังคงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบปัญหาคือความพร้อมของ

ผู้ป่วย ในการใส่สายยางให้อาหาร ความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร ผู้ป่วย คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระของญาติในการเตรียมอาหาร ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัด อยาที่ต้องมีสายยางห้อยจุกและไม่ได้รับ อาหารทางปากเหมือนคนปกติทั่วไป ญาติผู้ดูแลก็รู้สึกกังวล กลัวจะให้อาหารทางสายยางไม่ได้ กลัวผู้ป่วยจะได้รับ อันตรายจากการให้อาหารทางสายยาง และเหมือนเป็นความยุ่งยากสำหรับตนเองที่ต้องคอยจัดการเรื่องอาหารที่จะให้ ทางสายยางโดยเฉพาะเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งก่อนจำหน่ายพยาบาลเจ้าของไข้ จะเป็นผู้ให้ความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยใส่สายยาง ให้อาหารต่างๆที่บ้าน โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะให้ข้อมูล และความรู้รายบุคคลที่แตกต่างกัน ขาดความเชื่อมโยงเนื้อหา ผู้ดูแลไม่สามารถจดจำคำแนะนำการสอนได้ทั้งหมด ทำให้ขาดความรู้ความสามารถในการ ดูแลการให้อาหารทางสายยาง ที่ใส่ผ่านรูจุกที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลจนอาจ เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องกลับเข้ามารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลใหม่ โดยสาเหตุส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนัก ลด ร่างกายทรุดโทรม รูปร่างผอมลง และมีปอดอักเสบ จากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยใส่สายยาง ให้ อาหารทางรูจุก

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทาง การให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจุก โดยการจัดทำสื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจุก เพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายยาง ให้อาหารได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ลดความเครียดในการใส่สายยางให้อาหาร โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถ รับชมสื่อวีดิทัศน์ การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจุก เพื่อช่วยผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืน ลำบาก ให้มีความปลอดภัย ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกลืน ลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและถูก จำกัดจากอาการอ่อนแรงครึ่งซีก หรือลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองที่ตีบเส้นสำคัญ ในการควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดการการเสียหายที่ของร่างกายส่วนสำคัญ หลายอย่างรวมถึงกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับการกลืน ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหารและการกลืนซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการอ่อนแรงของ กล้ามเนื้อปากและใบหน้า ริมฝีปากปิดไม่สนิท ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความยากในการบดเคี้ยวอาหารให้มีขนาดเล็กเพื่อ เตรียมอาหารให้สามารถขับเคลื่อนไปสู่หลอดอาหาร รวมถึงความยากในการนำอาหารจากปากไปสู่กระเพาะอาหาร ได้อย่างปลอดภัย ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากได้ง่าย (ดวงใจและคณะ, 2562) ดังนั้นการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากคือการดูแลจัดการกับภาวะกลืนลำบากที่ดีซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติตัวและดูแลผู้ป่วย เนื่องจากกระบวนการเตรียม ความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านส่วนใหญ่ เน้นเรื่องของการรักษาและการใช้ยา นอกจากนี้ลักษณะงาน ระยะเวลาใน การดูแล การให้คำแนะนำ การสอนและการฝึกปฏิบัติใช้เวลา ค่อนข้างน้อยและเร่งรีบ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆได้ไม่ครอบคลุมดังนั้นความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้อาหารทางสายยางทาง

รุกรวมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้และเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากอย่างเป็นองค์รวม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป (โฌมพิไลและคณะ, 2564)

หอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 จากการค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางรุกรวม และผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรม ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารผ่านทางรุกรวม โดยใช้สื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรุกรวมแบบที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มเป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคลโดยโอเร็ม ได้อธิบายว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพแลความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้หากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ศุภร , 2565) ซึ่งแนวคิดนี้นำมาประยุกต์ใช้จากทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theorapy of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งระบบพยาบาลจะแบ่งออกเป็น 3 ระบบ

1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาล ที่กระทำแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมด ขดเซยภาวะไร้สมรรถภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตราย

2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วย ในการตอบสนองต่อความต้องการของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และ

3) ระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน และคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเองซึ่งระบบกระบวนการทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดโดยแบ่งเป็น 5 วิธีได้แก่

1) การกระทำให้หรือกระทำแทน (active for or doing)

2) การชี้แนะ (guiding)

3) การสนับสนุน (supporting)

4) การสอน (teaching)

5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) (พารุณีและทีปทัศน์, 2561) นั่นคือส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลผ่านกระบวนการที่ช่วยเหลือ กระตุ้นและสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของ ตนให้ดีขึ้น จึงทำการใช้สื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรุกรวมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฝึกปฏิบัติขณะนอนพักรักษาตัว ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 และสามารถนำกลับไปศึกษาย้อนหลังได้ด้วยตัวเองที่บ้านได้ เพื่อให้เกิดผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ดังนั้นผู้เสนอผลงาน จึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก โดยจัดทำสื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูกซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะกลืนลำบาก ในโรคหลอดเลือดสมอง การใส่ยางให้อาหารทางรูจมูก และการดูแลการให้อาหารทางสายยาง โดยให้ผู้ป่วยทุกรายที่ประเมินการกลืนแล้วพบว่า ไม่สามารถกลืนอาหารทางปาก รับชมสื่อวีดิทัศน์ขั้นตอนการใส่เพื่อลดความกลัว ในขั้นตอนการใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก ขณะพักรักษาตัววันที่ 1 ก่อนใส่สายยางให้อาหาร ในวันที่ 2 ของการรักษาจะได้รับชมภาวะแทรกซ้อน จากการสำลักอาหาร และอันตรายจากการตั้งสายยางให้อาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนวันที่ 3 จะรับชมการนวดกระตุ้นกลืน เพื่อส่งเสริมให้ฝึกกลืนอย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยสามารถฝึกบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืนได้ด้วยตัวเอง และวันสุดท้ายก่อนจำหน่าย จะรับชมการดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก ขณะอยู่บ้าน ประสบการณ์ผู้ป่วยที่เคยใส่ สายยางให้อาหารผ่านทางรูจมูกที่สามารถถอดสายยางและกลับมารับประทานอาหารทางปากได้ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติร่วมกันฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาและดูแลตนเองได้มากที่สุด โดยสื่อวีดิทัศน์นี้ผู้ดูแลรับชมผ่านทางโทรศัพท์ของตัวเองได้ โดยการแสกนคิวอาร์โค้ด ผ่านทางโทรศัพท์ร่วมกับการฟังคำบรรยายจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกัน

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอุบัติการณ์การสำลักอาหารจากภาวะกลืนลำบากในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 นำแนวทางการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากที่ได้รับการใส่สายยางให้อาหารทุกคน
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก

#### ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

#### กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากทุกคนที่จำเป็นจะต้องใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูกโดย
  - 3.1 เพิ่มเพื่อนทางไลน์ และส่งสื่อวีดิทัศน์ทางไลน์
  - 3.2 วันที่ 1 รับชมสื่อวีดิทัศน์ขั้นตอนการใส่เพื่อลดความกลัวในขั้นตอนการใส่สายยางให้อาหารทาง

3.3 วันที่ 2 รับชมภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร และอันตรายจากการดิ่งสายยางให้อาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.4 วันที่ 3 รับชมการนวดกระตุ้นกลืนเพื่อส่งเสริมให้ฝึกกลืนอย่างเหมาะสม และให้ผู้ป่วยสามารถฝึกบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน

3.5 วันที่ 4 รับชมการดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูกขณะอยู่บ้าน ประสบการณ์ผู้ป่วยที่เคยใส่สายยางให้อาหารผ่านทางรูจมูกที่สามารถถอดสายยางและกลับมารับประทานอาหารทางปากได้

4. ประชุมชี้แจงพยาบาลให้รับรู้ เข้าใจ และทดลองใช้ในหน่วยงาน

5. นำไปใช้ในหน่วยงาน

6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

7. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอธิบายความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูกให้พยาบาลเจ้าของไข้ ฟังตามความเข้าใจเพื่อให้พยาบาลอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือไม่เข้าใจ

#### 4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้านได้

2. พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 มีความพึงพอใจจากการ ใช้แนวทางการพัฒนาการ ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก

#### 5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์การเกิดสำลักอาหารจากการกลืนลำบากในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเป็น 0 ครั้ง

2. พยาบาลทุกคนใช้แนวทางการพัฒนาการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูกในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองร้อยละ 100

3. มีแนวทางการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางรูจมูก จำนวน 1 แนวทาง

(ลงชื่อ) ...สุชาวรัตน์ กองสุวรรณ...

(นางสาวสุชาวรัตน์ กองสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 27 / พ.ศ. / 2566

ผู้ขอประเมิน