

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคชักเกร็งร่วมกับภาวะตีอัมพฤกษ์เรื้อรัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

สาเหตุโรคลมชักเป็นโรคทางสมองที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปี สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของสมองตั้งแต่โดยกำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลังมีผลให้ส่งกระแสไฟฟ้าผิดปกติ แล้วแสดงออกเป็นอาการชักซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากสร้างผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งปัญหาสุขภาพในสถานะของโรคและความเจ็บป่วยยากลำบากต่อการเข้ารับการศึกษา การประกอบอาชีพ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนคุณภาพชีวิต ซึ่งกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อาการแสดงของโรคลมชักมีความหลากหลาย เช่น ชักเกร็ง กระตุก ชักแบบเหม่อลอย เคี้ยวปาก หรือบางครั้ง เคลื่อนไหวแขนขาไปมาในท่าเดิมซ้ำๆ อาการชักเกิดขึ้นและหายเองในระยะเวลาอันสั้น โดยส่วนมากประมาณไม่เกิน 2 นาที บางครั้งสังเกตได้ยากทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่รู้ตัว หรือบางครั้งมีอาการชักแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่แปลก ทำให้ถูกมองว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมองเป็นเรื่องไสยศาสตร์ ผีเข้า เป็นเหตุให้ไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ซึ่งในความเป็นจริงแล้วโรคนี้สามารถรักษาหายได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยปราศจากอาการชัก ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยยากันชัก ปัจจุบันก็ยังสามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง ซึ่งจะมีขั้นตอนการประเมินผ่าตัดในผู้ป่วยแต่ละรายไป (นายแพทย์สมศักดิ์ อรรถศิลป์ อธิบดีกรมการแพทย์) สถิติข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีผู้ป่วยโรคชัก ปี 2564-2566 จำนวน 115, 88 และ 75 ราย ตามลำดับ พบการเกิด Readmit ภายใน 28 วัน 1, 0 และ 1 รายตามลำดับจึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลที่ดูแล ได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสี่ยงหรือเกิดน้อยที่สุด

โรคชัก (Seizure)

ความหมายของโรค (สิระ กอไพศาล, 2565)

Seizure คือ อาการชักเกิดจากความผิดปกติของกระแสไฟฟ้าในสมองชั่วคราวก่อให้เกิดอาการผิดปกติเป็นๆ หายๆ (recurrent, episodic) โดยแต่ละครั้งมีอาการคล้ายกัน (stereotyped) โดยอาการผิดปกติที่แสดงออกขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่มีความผิดปกติของกระแสไฟฟ้าในสมอง อาการผิดปกติดังกล่าว แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ convulsion และ non - convulsion โดย convulsion คือ อาการชักชนิดที่มีการเกร็งหรือกระตุกของกล้ามเนื้อ เช่น การชักชนิด generalized tonic - chronic seizures ส่วน non- convulsion คือ อาการชักชนิดที่ไม่มีการเกร็งหรือกระตุกของกล้ามเนื้อ เช่น การชักชนิด absence seizures

Epilepsy คือ การชักตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น (unprovoked seizures) หรือการ ชักเพียง 1 ครั้ง แต่มีโอกาสในการชักซ้ำสูง กลไกการเกิดความผิดปกติดังกล่าว เนื่องมาจากความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการกระตุ้นและ กระบวนการยับยั้ง โดยผ่านสารสื่อประสาท ได้แก่ glutamate, aspartate (กระตุ้น) และ gamma-aminobutyric acid (GABA; ยับยั้ง) ซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น หรือกระบวนการยับยั้งลดลง

พยาธิสภาพ (แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและทีมสหสาขาวิชาชีพ, 2559)

การชักเกร็งมีผลจากระบบประสาทส่วนกลาง คือกลไกการเกิดอาการชักพบว่าเป็นมาจากการความผิดปกติของเซลล์สมอง ซึ่งจาก 3 ปัจจัยหลักได้แก่ 1. Membrane potentials 2. Ionic fluxes 3. Action potential generation ภาวะชักโดยปกติมักมีจุดเริ่มต้นมาจากบรรดาเซลล์สมองที่บริเวณผิวนสมองหรือ hippocampus ที่มีคุณสมบัติในการปล่อยกระแสไฟฟ้าที่มีความผิดปกติออกมาอย่างรวดเร็วและซ้ำๆกัน โดยทำให้เกิดมี membrane depolarization และ action potential เกิดขึ้นหลายรอบเป็น recurrent cycle จากนั้นจึงมีการแพร่กระจายของ seizure activity โดยผ่านทาง neurotransmitter ที่หลั่งออกมาโดยจะมี Excitatory Amino Acid (EAA) ได้แก่ glutamate และ aspartate ออกมาเป็นจำนวนมากพร้อมทั้งมีการยับยั้งการหลั่งของ inhibitory amino acid ได้แก่ GABA ซึ่งในที่สุดก็จะทำให้มีการกระตุ้น neurons จำนวนมากและทำให้เกิดการปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมาเป็นจำนวนมากจึงเกิดการชักขึ้นในที่สุด

สาเหตุ (แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและทีมสหสาขาวิชาชีพ, 2559)

1. โรคหลอดเลือดสมอง มักเป็นสาเหตุของการชักและโรคลมชักในผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 55
2. การพัฒนาการทางสมองที่ผิดปกติพบเป็นสาเหตุร้อยละ 18 พบบ่อยในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 14 ปี
3. อุบัติเหตุที่ศีรษะ พบบ่อยในช่วงอายุ 15 - 24 ปีพบถึง ร้อยละ 45
4. โรคเนื้องอกสมอง พบมากในผู้ป่วยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
5. โรคติดเชื้อในสมอง พบเป็นสาเหตุใหญ่ในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ
6. โรคสมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์พบในผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 10 มีอาการชักร่วมด้วย
7. ปัจจัยกระตุ้น เช่น ยาที่มีผลต่อการชัก ได้แก่ ยาปฏิชีวนะบางชนิด เช่น ยาเพนนิซิลลินขนาดสูง ยาทางจิตเวช ยาสงบ ยาเสพติด และยาขยายหลอดลม เป็นต้น

8. ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

อาการและอาการแสดง (แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและทีมสหสาขาวิชาชีพ, 2559)

1. อาการก่อนเกิดอาการชัก (preictal symptoms)

อาการนำ (prodromes) อาจเกิดขึ้นเป็นเวลานานหลายนาที่ถึงหลายชั่วโมงก่อนมีอาการชัก และมักเป็น อาการที่ไม่มีลักษณะจำเพาะ เช่น ความรู้สึกไม่สบาย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ เป็นต้น

อาการเตือน (aura) เป็นอาการแรกของอาการชัก ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการเหล่านี้ได้ (simple partial seizure) ลักษณะของอาการเตือนแตกต่างกันตามตำแหน่งของสมองที่ก่อให้เกิดอาการชัก เช่น ที่ตำแหน่ง รับ

ความรู้สึก ผู้ป่วยจะมีการปวดหรือชาในบางส่วนของร่างกาย อาการหลอนต่างๆ ได้แก่ ภาพ เสียง กลิ่น และ รส อาการเวียนศีรษะ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติเช่น จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตก ขนลุก ความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น รู้สึกกลัว อาการผิดปกติของ cognitive function เช่น พูดไม่ได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีอาการเหมือนเดิมทุกครั้ง ในบางคนอาจมีอาการเตือนได้หลายชนิด บางคนไม่สามารถ บรรยายลักษณะของอาการเตือนได้ชัดเจน ขณะที่เกิดอาการเตือนผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีบางครั้งอาการชักอาจจะ ดำเนินต่อไปจนเกิดเป็นอาการชักทั้งตัวได้หรือเปลี่ยนเป็นอาการชักแบบอื่นๆ เช่น เหม่อลอย ทำอะไรไม่รู้ตัว (complex partial seizure)

2. อาการชัก (seizure symptoms) แพทย์ควรจะซักประวัติโดยละเอียดจากผู้ป่วยและผู้เห็นเหตุการณ์ตั้งแต่อาการแรกให้เห็นผู้ป่วยชัก เช่น เริ่ม ตันจากใบหน้าด้านซ้าย ตามมาด้วยกระตุกทั้งตัว เป็นต้น การชักเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมใดอยู่ ระยะเวลาของการชัก เกิดช่วงไหนของวัน มีอาการร่วม (associated symptom) เช่น ริมฝีปากเขียว กัดลิ้น ปัสสาวะ อุจจาระไม่รู้ตัว หรือการบาดเจ็บจากอาการชักหรือไม่ ควรซักจำนวนครั้งและความถี่ของอาการชัก เพื่อจะได้จำแนกประเภทของการชัก เพราะมีความสำคัญในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ดังนั้นการชักประวัติขณะมีอาการชักควรประกอบด้วย

2.1 ระดับความรู้สึกตัวขณะมีอาการชักว่าตื้ออยู่หรือไม่ เช่น สามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ หรือมีการสูญเสียความสามารถในการพูดหรือเข้าใจภาษา หรือจดจำเหตุการณ์ไม่ได้เลย

2.2 การเคลื่อนไหวต่าง ๆ เช่น ศีรษะ ตา หรือ คอ เอียงไปด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่ มีการกระตุก หรือเกร็ง ของแขนและขาข้างเดียวหรือสองข้างพร้อม ๆ กัน

2.3 การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ (automatism) มีหรือไม่ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเคลื่อนไหว ซ้ำๆ เช่น กระพริบตาถี่ ๆ เคี้ยวปาก หรือหยิบจับสิ่งของ ถ้ามีอาการเหล่านี้มักพบในผู้ป่วยที่มี complex partial seizure หรือ absence seizure

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางการหายใจ เช่น หยุดหายใจ หายใจในลักษณะที่เปลี่ยนไป หรือมีอาการตัวเขียว ความผิดปกติทางด้านการออกเสียง เช่น พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือมีเสียงร้องผิดปกติ

2.5 ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เช่น เหงื่อออกมาก หายใจ ผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะ และหรืออุจจาระราด ชีต หรือ อาเจียน ลักษณะของอาการชักโดยทั่วไป ได้แก่ 1) เกิดขึ้นทันทีทันใด (sudden onset, paroxysm) 2) เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที และหยุดเอง มีเพียงส่วนน้อยที่อาการชักจะดำเนินต่อเนื่อง เป็น status epilepticus 3) ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเอง แต่บางครั้งอาจจะมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิด (precipitating factor) 4) ส่วนใหญ่จะมีลักษณะเหมือนหรือคล้ายกันทุกครั้ง (stereotype)

3. อาการหลังชัก (postictal symptoms) ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติหรืออาจดูเหมือนรู้ตัวแต่ไม่สามารถตอบสนองต่อคำถามได้เป็นปกติใน complex partial และ generalized seizure ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลังชักดังต่อไปนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ซึม หลับ สับสน หรือ มีอาการทางจิต เช่น หนูแว่ว เห็นภาพหลอน ในผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงเฉพาะส่วนหลังการชัก (Todd's paralysis) ซึ่งช่วยบ่งชี้ว่าการชักรุนแรงเริ่มต้นจากสมองด้านตรงข้าม อาการหลังชักจะเกิดเป็นระยะเวลานาน เป็นนาทีหรือชั่วโมง ส่วนใหญ่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง

การวินิจฉัย (แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและทีมสหสาขาวิชาชีพ, 2559

1. Syncope ผู้ป่วย syncope มักจะมีประวัติตาลาย ตาพร่ามัว วิงเวียนศีรษะแล้วจึงค่อยๆ หมืดสติ ล้มลงนอนกับพื้น ขณะที่หมดสติ อาจมีอาการเกร็ง กระตุกของแขนขาเป็นระยะเวลาสั้นๆ ไม่กี่วินาทีไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่ค่อยสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยเมื่อล้มลงกับพื้นก็จะค่อยๆ พื้นคืนสติ มักมีประวัติโรคหัวใจ การเต้นของหัวใจผิดปกติ รับประทานยาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิต ยื่นนานๆ ตากแดด อดอาหาร หรือบางรายมีประวัติสัมพันธ์กับการเปลี่ยนท่า แล้วความดันโลหิตต่ำลง (postural hypotension) สัมพันธ์กับการปัสสาวะในผู้ป่วยชายวัยกลางคน (micturition syncope) หรือสัมพันธ์กับการเบ่งถ่ายอุจจาระ (defecation syncope) หรือสัมพันธ์กับอาการปวดท้อง หรือเจ็บปวดท้องแรง (vasovagal syncope)
2. Transient ischemic attack (TIA) ภาวะอัมพฤกษ์ เกิดจากสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว กรณีระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ เกิดจากสมองส่วนก้านสมอง (brainstem) ขาดเลือดมาเลี้ยง พบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดปกติ ผู้ป่วยมีอาการหมดสติและอาจตรวจพบความผิดปกติของก้านสมอง เช่น การกลอกตา การตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา (pupillary light reflex) doll's eye sign ให้ผลลบ และแขนขาอ่อนแรง 2 ข้าง (quadriplegia)
3. Migraine headache (basilar migraine) ภาวะปวดศีรษะร่วมกับอาการหมดสติ กรณีผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีภาวะแทรกซ้อน คือผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะไมเกรนมาก่อน และก่อนหมดสติส่วนใหญ่จะมีอาการปวดศีรษะไมเกรนนำมาก่อน ตามด้วยอาการหมดสติ
4. Metabolic disturbances ภาวะผิดปกติของสารเกลือแร่ในเลือด ส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัว เช่น hypo-hyperglycemia, hypo-hypernatremia, hypercalcemia, hepatic – renal failure เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจาก metabolic disturbances มักจะมีโรคประจำตัว เช่น ตับวาย ไตวาย โรคเบาหวาน ทานยาขับปัสสาวะ หรือ โรคกระเจิง เป็นต้น
5. Sudden increase intracranial pressure ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เกิดการอุดตันของรูระบายน้ำหล่อเลี้ยงสมอง (cerebrospinal fluid: CSF) ผู้ป่วยมีอาการหมดสติทันที และพื้นคืนสติเมื่อการอุดตันของรูระบาย CSF หลุดออก
6. Sleep disorders ภาวะหมดสติที่เกิดจากภาวะการนอนผิดปกติ เช่น cataplexy ผู้ป่วยจะมีอาการหมดสติและสูญเสียความตื่นตัวของกล้ามเนื้อร่วมด้วย
7. Psychogenic disorders หรือ non-epileptic seizures มักพบในผู้หญิงวัยกลางคน มีประวัติปัญหาครอบครัวหรือปัญหาด้านจิตใจ อาจถูกทำร้ายทางเพศมาก่อน มีอาการชักรูปแบบแปลกๆ เป็นนานกว่าการชักทั่วไป ไม่หมดสติ และมักไม่เกิดอุบัติเหตุขณะมีอาการ มักมีอาการต่อหน้าคนอื่นๆ ถ้าอยู่คนเดียวมักจะไม่มีอาการ ไม่เป็นตอนนอนกลางคืน ขอบหลักตาขณะมีอาการ ภาวะความผิดปกติทางจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกทางกายด้วยอาการหมดสติ พฤติกรรมผิดปกติ ความรู้สึกที่ผิดปกติอาจร่วมกับอาการเกร็ง กระตุกของแขนขาล้ำกับอาการชัก

การรักษา (แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก สำหรับพยาบาลทั่วไป, 2563)

1. การใช้ยากันชัก (Medication) การใช้ยากันชักรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก จัดเป็นวิธีการอันดับแรกในการรักษาโรคลมชัก พบว่าการรักษาด้วย ยากันชักเพียงตัวเดียวสามารถควบคุมอาการชักได้ถึงร้อยละ 60-70 กรณีผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชักตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป มีโอกาสที่จะหายจากอาการชักด้วยยากันชักชนิดที่ 3 เพียงร้อยละ 5 จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษา ด้วยยากันชักสามารถหยุดชักได้ถึง 2 ใน 3 ดังนั้นการรักษาโรคลมชักด้วยยากันชัก จึงจัดเป็น การรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก

2. การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคลมชักจัดเป็นวิธีการรักษา ที่สำคัญอีกวิธีหนึ่งโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการชักแบบ focal onset และเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ผู้ป่วย สามารถหายขาดจากอาการชักได้สูงถึงร้อยละ 50-90 หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด และสามารถผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยากันชักแล้วไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ หรือดื้อต่อยากันชัก ควรได้รับการประเมิน ว่ามีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษาโรคลมชักหรือไม่ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดโรคลมชัก 1. โรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อยา (medically refractory epilepsy) 2. โรคลมชักที่ตอบสนองต่อการผ่าตัด (surgical remediable epilepsy) เช่น โรคลมชักที่เกิดจาก mesial temporal sclerosis 3. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองซึ่งทำให้เกิดการชัก และควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อบำบัดพยาธิสภาพนั้น เช่น เนื้องอกสมอง ความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง (arterio-venous malformation)

3. การรักษาโดยใช้วิธีอื่นๆ เช่น Ketogenic diet (KD), น้ำมันกัญชา เป็นต้น ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการรักษาโรคลมชักที่สำคัญ ได้แก่การใช้ยากันชัก การผ่าตัดโรคลมชัก และอาหารคีโตน

การพยาบาลโรคลมชัก

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยจากการชักประวัติและตรวจร่างกาย
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและมีการระบายอากาศให้เพียงพอ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดอย่างเพียงพอ แพทย์พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด
4. ส่งตรวจภาพรังสีวินิจฉัยสมองใช้การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อหาตำแหน่งของพยาธิสภาพ
5. สังเกตอาการต่อไปอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ
6. ดูแลให้ยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์

สุราเรื้อรัง (Alcohol Dependence) (จินตวิรุฬห์ แป้นแก้ว, 2559)

โรคติดสุรา หมายถึง ลักษณะของการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ หากมีการลดหรือหยุดดื่มจะมีการขาดสุราโดยผู้ที่ดื่มสุราจะยังคงดื่มแม้ว่าจะทราบว่าเกิดผลเสียกับตนเอง ซึ่งอาการต่างๆ เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันโดยต้องมีการแสดงอย่างน้อย 3 อาการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีอาการดื้อยามีอาการขาดสุรา มีการใช้สารนั้นปริมาณมากหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความต้องการสารอยู่ตลอดเวลา

การพยาบาลโรคสุราเรื้อรัง

1. ชักประวัติการดื่มสุราเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง ได้แก่ อายุมาก กว่า 30 ปี มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละวัน (มากกว่า 150 กรัมต่อวัน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่าครึ่งขวดต่อวัน ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี) เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่ง สับสน (Delirium Tremens; DTs) มี อาการขาดสุรา
2. ประเมินและติดตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) ของซอนเดอร์ (Saunders) และให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาเพื่อควบคุมอาการถอนพิษสุรา ตามแนวปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมาก อาจต้องมีการประเมินทุก 0.5-1 ชั่วโมง
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และความถี่เพิ่มขึ้น ตามสภาพอาการของผู้ป่วยประเมิน Neurologic signs และ Glasgow coma scale แรกรับทุกราย และประเมินอย่างต่อเนื่องในรายที่ได้รับอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนทางสมอง หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาท
4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย มีการประเมินสารน้ำที่เข้าและออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
5. ดูแลความสะอาด ความสุขสบายและให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างพอเพียง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งเร้าที่จะมากระตุ้น จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบมีแสงสว่างเพียงพอและสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิด ดูแลความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย
6. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาหลังผู้ป่วยได้รับยาทั้งผลทางด้านร่างกาย จิตใจ การเคลื่อนไหว ความคิด ความจำ สังเกตอาการที่เกิดกับผู้ป่วยจากฤทธิ์ของยาที่กดระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ง่วงนอนมาก สับสน (confusion) อ่อนแรง เดินเซ และหายใจช้า ถ้ามีอาการง่วงนอนมาก เคลื่อนไหวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง ควรพิจารณารายงานแพทย์
7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการถอนพิษสุรา เช่น โรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยที่ดื่มสุราเมื่อกที่ทำหน้าที่ในการเคลือบกระเพาะจะถูกทำลายด้วยแอลกอฮอล์ทำให้เมื่อมีการหลั่งกรด กระเพาะอาหารจึงถูกทำลายจากกรดจนเกิดเป็นแผล โรคตับแข็ง เนื่องจากผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นเวลานานเซลล์ตับจะถูกทำลาย และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ตับ มีผลทำให้การทำหน้าที่ของตับเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการเบื่ออาหาร แน่นท้อง ท้องอืด ตาเหลืองดีซ่านมี จำเลือดตามตัว ซึม และหมดสติได้
8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจจะเกิดขึ้น การปฏิบัติตัว เช่น ดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารให้เพียงพอ ระวังระวังเรื่องอุบัติเหตุ ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หายใจเหนื่อย อึดแน่นท้อง หนาวสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้เพื่อให้ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวและเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา
9. ส่งเสริมให้ทีมการพยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ อายุ 76 ปี มีโรคประจำตัวเป็นถุงลมโป่งพอง รับประทานยาประจำอำเภอ ไม่ขาดยา มีประวัติตีตื้นสุราเรื้อรัง มาด้วยอาการ 4 ชั่วโมงก่อนมาผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขณะเดินมานั่งล้มพับลงนอนเกร็งแขนทั้งสองข้าง ตาลอย ปัสสาวะราดเป็นนาน 1 นาที หลังจากนั้นซึมลง 10 นาที แล้วกลับมาเป็นปกติ แรกรับที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการมีไข้ ไม่หนาวสั่น ไอ เสมหะขาวขุ่นเล็กน้อย ไม่เหนียว ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ผลเลือดปกติมี โพแทสเซียมต่ำ ดูแลให้ EKCL 30 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะขาวขุ่น ดูแลให้พ่นยา Berodual 3 ครั้ง ดูแลให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนเพลีย แพทย์พิจารณาให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 98% มีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/62 มิลลิเมตรปรอท มีอาการอ่อนเพลีย ไอมีเสมหะ ไม่มี อาการชักเกร็ง เฝาระวังภาวะชักซ้ำ ดูแลให้จัดท่านอนศีรษะสูง ผู้ป่วยไม่มีภาวะชักซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของ เกลือแร่ในร่างกาย พบค่าโพแทสเซียมต่ำ 3.19 mmol/L ดูแลให้ EKCl 30 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง 2 ครั้ง เฝาระวัง ภาวะซึม ตะคริว คลื่นไส้ จากภาวะโพแทสเซียมต่ำ ผู้ป่วยไม่มีอาการ ซึม ตะคริว คลื่นไส้ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้า ระวังตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ป้องกันการรั่วออกนอกหลอดเลือด บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีการอักเสบ บวมแดง ผู้ป่วยและ ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดยการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการเข้าเยี่ยม เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลจากแพทย์ และพยาบาล อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูล คลายความ วิตกกังวลลง ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 – 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 - 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/66 - 123/62 มิลลิเมตรปรอท นอนหลับพักผ่อน ได้

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ค่าความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานอาหารได้หมดกลาด แนะนำผู้ป่วย ระวังระมัดระวังพลัดตกหกล้ม ยกравกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังการให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้ม ดูแลให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีชักเกร็ง ผู้ป่วยให้ประวัติว่าตีตื้นสุราทุกวัน เข้า เย็น วันละ 100 มิลลิลิตรและยังไม่ได้หยุดตีตื้นสุรา แพทย์จึงให้ ปรีกษาแผนกจิตเวชร่วมรักษา แพทย์จิตเวชให้นัดหลังจำหน่าย 1 เดือน เฝ้าสังเกตอาการขาดสุราขณะนอนพักรักษา ตัว ได้แก่ สับสน คมคลั่ง เดินไปมา วุ่นวาย พบผู้ป่วยพูดจาสับสน วุ่นวายเล็กน้อยแต่ไม่เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุ ดูแล ให้ Nortrip 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน, Folic 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า หลังได้รับยานอนหลับอาการสงบ

ลง ผู้ป่วยให้ประวัติสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวัน จึงดูแลให้น้ำยาอดบุหรี่เมื่อผู้ป่วยรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ผู้ป่วยอดบุหรี่ได้ สารน้ำเข้าร่างกาย 1,800 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 2,000 มิลลิลิตร

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 111/68 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น รับประทานอาหารได้หมดถาด ไม่มีอาการชักซ้ำขณะนอนพักรักษาตัว ตรวจร่างกายพบมีเท้าข้างซ้ายบวมแดง ร้อนและแผลพองเชื้อพบติดเชื้อ staphylococcus haemolyticus (MRSE) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1 มิลลิกรัม 1 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีไข้ เฝาระวังภาวะแพ้ยา ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา ผู้ป่วยพูดจา ดูแลให้ Nortrip 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน ผู้ป่วยอดบุหรี่ได้ สับสน ผู้ป่วยพูดจาสับสนลดลงไม่เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุ สารน้ำเข้าร่างกาย 1,500 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 2,000 มิลลิลิตร ดูแลให้ข้อมูลระหว่างการดูแลเกี่ยวข้องข้อมูลการเจ็บป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยดูแลให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตัวเองต่อเนื่องที่บ้าน อธิบายการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและเพิ่มพลัง Empowerment เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค อธิบายการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรักษาดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำครอบครัวส่งเสริมการให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ดูแลให้ข้อมูลการเลิกสูราที่ส่งเสริมอาการของโรคให้เพิ่มขึ้น อธิบายการตระหนักถึงการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/69 มิลลิเมตรปรอท สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการผิดปกติจากการขาดสุรา ไม่มีอาการสับสน ไม่มีชักเกร็ง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับไปพักที่บ้าน แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดห้ามหยุดยาหรือปรับยาเอง แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีเมื่อกลับบ้าน แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นทันที เช่น ชักเกร็ง ตาค้าง เหลือกลอย แขนขากระตุก เวียนศีรษะ เดินเซ เห็นภาพซ้อน แนะนำรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง แนะนำการออกกำลังกายและรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคชักเกร็ง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และนัดตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 ที่คลินิกอายุรกรรมประสาทและวันที่ 3 กรกฎาคม 2566 ที่คลินิกเล็กเหล้า รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและอายุรแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซีกที่มีภาวะตีบสุราเรื้อรัง ให้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซีกที่มีภาวะตีบสุราเรื้อรัง จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2566 เวลา 19.32 น. ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2566 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาที่ดูแล 4 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซีกที่มีภาวะตีบสุราเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยโรคซีกที่มีภาวะตีบสุราเรื้อรัง ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยซีกที่มีภาวะตีบสุราเรื้อรัง
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยซีกที่มีภาวะตีบสุราเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยซีกเกิดภาวะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมกับโรค คือ การตีบสุรา เนื่องจากสุราจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยซีกซ้ำ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะควบคุมให้เกิดการซีกนั้นก็ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ลดการกระตุ้นการเกิดอาการซีก ซึ่งที่กล่าวมาจะต้องมีครอบครัวช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล ช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องมีความใส่ใจและตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องดังกล่าว ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และแผนการ

รักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆรวมทั้งเน้นย้ำเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพ การทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยดื่มสุราจึงไม่สามารถควบคุมอาการชักได้
2. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองจึงทำให้เกิดการชักได้ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่กับบุตรชายสองคน บุตรชายต้องไปทำงาน ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงที่ต้องอยู่บ้านคนเดียวจึงไปพบปะกับเพื่อนเพื่อไปดื่มสุรา

9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคชักยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองและควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. การดูแลผู้ป่วยชัก ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแล การพูดคุยให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาววรารัตน์ เสาสูง สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... วรารัตน์ เสาสูง

(นางสาววรารัตน์ เสาสูง)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... 29 / สิงหาคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววรารณ์ เสาสง	วรารณ์ / เสาสง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางอรรทัย บุตรพรหม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4

(วันที่) 4 / เมษายน / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 4 / เมษายน / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... พช. - จง

(นางดารารัตน์ ไหวงศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ร(ศ)สาธารณสุขชุมชน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 15 ส.ค. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

.....

- 1.เรื่อง การพัฒนาแนวทางการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- 2.หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคระบบประสาทที่พบบ่อย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทำให้เกิดความพิการและนำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจของหลายประเทศทั่วโลก ปีพ.ศ. 2558 ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ในปีพ.ศ. 2550 เป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ และพบว่า ผู้ป่วยในที่เป็นโรคหลอดเลือด สมองที่รับไว้รักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวง สาธารณสุขทั้งประเทศพบมากในอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยทำงาน แม้ปัจจุบันจะมีการรักษาที่ก้าวหน้าขึ้นทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็มีความพิการหลงเหลืออยู่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (physical) การทำหน้าที่ (functional) และการรู้คิด (cognitive) ผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พิการมีความรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากแขนขาอ่อนแรง ต้องการผู้ช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน หรือการดำเนินชีวิตทั้งหมด ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด ความเข้าใจภาษา การสื่อสารและการมองเห็นหรือการได้ยิน ทำให้ภาพลักษณ์ เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตอยู่ด้วยความยากลำบาก จากสภาพ ร่างกายจิตใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป รวมถึงด้านอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยเคยทำได้และต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพ ใน 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (physical domain) ในเรื่องการ ทำหน้าที่และกระบวนการรับรู้ด้านจิตใจ (psychological domain) ในเรื่องอัตมโนทัศน์และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านสังคม (social domain) ในเรื่องบทบาทและ สัมพันธภาพและด้านจิตวิญญาณ ในเรื่องความเชื่อ ศาสนา ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยมักเป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งเรียกว่า ผู้ดูแลหรือญาติผู้ดูแล (caregiver or family caregiver) ผู้ดูแล (caregiver) มักเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายส่วนใหญ่จะเป็นสามีภรรยา หรือบุตร ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เรียกว่าญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งจะมีความคุ้นเคย กับผู้ป่วยเพราะอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้มีผลทำให้ครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลง ตัวญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวในบทบาท เดิมของตนกับบทบาทใหม่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย และต้องทำทั้ง 2 บทบาทไปพร้อมกัน ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพของตัวญาติผู้ดูแลเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเครียด และอาจเกิด ภาวะซึมเศร้าเมื่อญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาวก็อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมากขึ้น วิถีชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนไปทั้งวิถีชีวิตส่วนตัวและวิถีชีวิตการทำงาน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง สัมพันธภาพทางสังคม

ลดลงรวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแล เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (นันทกัญจน์ ปีกษี, และคณะ, 2559)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษากว่า 785 ราย, 766 ราย และ 717 ราย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเท่ากับ 3,993 วัน, 4,598 วัน และ 3,776 วัน (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2567) พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 51, 30 และ 59 ราย หรือคิดเป็น 12.77, 6.52 และ 15.62 ต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นคือ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พึงพาผู้อื่นน้อยลง ลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ลดความเครียด วิตกกังวล และช่วยส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรต้องตระหนัก ค้นคว้าหาแนวทางปฏิบัติ โดยในปัจจุบันหอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4 มีแนวทางปฏิบัติช่วยเหลือส่งเสริมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล คือ การให้ความรู้ สอนทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่บ้าน ทำกิจกรรมบำบัด ทำกายภาพบำบัด นวดแผนไทย แต่อุบัติการณ์การกลับมาเป็นซ้ำยังคงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบปัญหาคือผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4 เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากความจำเป็นในการใช้เตียงในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลขาดโอกาสในการเรียนรู้ เพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับ วิธีการดูแล หรืออาจได้รับความรู้แต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ครบถ้วน

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้โดยการจัดทำแอปพลิเคชัน Care Brain การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลสามารถใช้แอปพลิเคชัน Care Brain การดูแลผู้ป่วยช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้มีความปลอดภัย ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลดความเครียด ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และถูกจำกัดจากอาการอ่อนแรงครึ่งซีก หรือลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมอง ที่ตีบเส้นที่สำคัญในการควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้มีเกิดการการเสียหน้าที่ของร่างกายส่วนสำคัญ หลายอย่าง (ดวงใจ บุญคง และคณะ, 2562) จากการทบทวนที่ผ่านมาโปรแกรมที่ใช้สอนญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มองข้ามความสำคัญในสุขภาพของญาติผู้ดูแลดังนั้นใน การศึกษานี้ นอกจากความรู้และทักษะดังกล่าว ยังเน้นให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล การปรับตัวเมื่อรับบทบาทญาติผู้ดูแลและการจัดการความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมระหว่างญาติผู้ดูแลกับ

พยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (นันทกาญจน์ ปักซี่ และคณะ, 2559) เพราะการต้องทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัว สำหรับญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานหรือทำงานอยู่กับบ้านอาจปรับตัวได้ง่ายกว่าญาติผู้ดูแลที่ต้องทำงานนอกบ้าน ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านบางรายอาจต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างเดียวโดยมีสมาชิกอื่นช่วยด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มนี้ต้องปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเดียวญาติผู้ดูแลบางรายต้องทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาเป็น ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อตนต้องไปทำงาน ทำให้ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยลดลงเนื่องจากมีผู้ช่วยเหลือ แต่สำหรับญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแล ผู้ป่วยและทำงานนอกบ้านด้วยโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือทั้ง ด้านการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นภาระที่หนัก ทำให้ ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ต้องปรับตัวมากขึ้นกับภาระหน้าที่ที่ ต้องปฏิบัติและต้องจัดระบบและเวลาของตนเองเป็นอย่างดีเพื่อคงสุขภาพที่ดีเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่และต้องปรับตัวกับบทบาทการทำงานนอกบ้าน เป็นเหตุให้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยต่างๆ เพิ่มขึ้นได้ รวมถึงภาวะซึมเศร้า การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถปรับตัวได้ดีทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ทัศนคติ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน ญาติผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเอาใจใส่ในสุขภาพ มีความ เข้มแข็งในตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ มีความรู้สึกดีต่อภาวะสุขภาพและมีความสามารถในการดูแลและถ้าญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นคงด้านจิตใจ ไม่หวั่นไหวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจสถานการณ์นั้นๆ ได้ดีก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยในขณะที่ยังทำงาน (สุรียา ฟองเกิด, และคณะ , 2563)

หอผู้ป่วยอายุรกรรม ER ชั้น 4 จากการค้นหาสาเหตุของความเครียดและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลพบความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย มีปัญหาเศรษฐกิจ หากมีสมาชิกในครอบครัวบางคนต้องออกจากงานญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีภาระเพิ่มขึ้น ทั้งด้านการดูแลและการทำงาน โดยไม่มีคนช่วยเหลือ ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยใช้แอปพลิเคชันการใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการกับความเครียด แบบที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้กรอบนำแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเนื่องจาก ผู้ศึกษายังไม่มีประสบการณ์การศึกษาแบบรายกรณีโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ การใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ รอยเป็นกรอบแนวคิดจะช่วยให้เห็นการปรับตัวของบุคคล อย่างชัดเจน โดยรอยเชื่อว่า การปรับตัวเป็นการตอบสนองภายในระบบเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบ การปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมไม่สามารถแยกจากกันได้บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความปกติสุขหรือมีภาวะสุขภาพที่ดีนอกจากนี้ยังขึ้นกับระดับการปรับตัวคือ ขอบเขตที่แสดงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสถานการณ์หนึ่ง ถ้าสถานการณ์นั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถ บุคคล ก็จะตอบสนองทางบวกหรือเกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ดีหรือเหมาะสม แต่ถ้าสถานการณ์นั้นอยู่นอกเหนือความสามารถ บุคคลจะตอบสนองทางลบหรือแสดงพฤติกรรม การปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ซึ่งความสามารถของ บุคคลนี้ขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย ทำให้ เกิดการปรับตัวและแสดงออกเป็นพฤติกรรมในการปรับตัว 4 ด้านคือ

ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ด้านบทบาท และด้านการพึ่งพาหากัน หากมีการผสมผสานกันได้ดีทุกด้าน จะทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี(เพ็ญศิริ มรกต และคณะ, 2558) นั่นคือส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อยกระดับความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของตนให้ดีขึ้น จึงทำการแอปพลิเคชัน Care Brain เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การจัดการความเครียดโดยพูดคุยปรึกษากับพยาบาลวิชาชีพผ่านแอปพลิเคชันได้ตลอดเวลา เพื่อสามารถปรึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4 และสามารถนำปรึกษาได้เมื่อกลับบ้านไปแล้วเพื่อให้เกิดผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

ดังนั้นผู้เสนอผลงาน จึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยจัดทำแอปพลิเคชัน Care Brain การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล การให้คำปรึกษาส่วนตัวผ่านทางช่องทางแชทของแอปพลิเคชัน ขณะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4 ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันผ่านทางระบบ ios และ android พร้อมทั้งสอนวิธีใช้งาน และให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายไปแล้ว ญาติผู้ดูแลสามารถแชทปรึกษากับทางพยาบาลได้ผ่านทางแอปพลิเคชัน Care Brain ได้ตลอดเวลาเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้ว่าเมื่ออยู่ที่บ้านสามารถขอคำปรึกษากับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญได้โดยตรง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอุบัติการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4 นำแนวทางการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทุกคน
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมER ชั้น 4 เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการพัฒนาแนวทางการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้โดย

3.1 จัดทำแอปพลิเคชัน Care Brain

3.2 วันที่ 1 ดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน Care Brain พร้อมทั้งสอนการใช้งาน

- ผู้ขอประเมิน