



การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเริม



นางสาวจุฑามาศ รัตนทาหงส์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถาบันราชประชาสมาสัย
2568

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับ
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

กรณีศึกษา

นางสาวจุฑามาศ รัตนทาหงส์

กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2568

คำนำ

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำมโนทัศน์และกรอบแนวความคิดทฤษฎีของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย โดยนำขั้นตอนกระบวนการพยาบาลมาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวนำมาประเมินปัญหาทั้งทางด้านความต้องการ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องและครอบคลุม นำมาวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบวงจร ช่วยให้ผู้ป่วยหายทุเลาจากอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่ากรณีศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางแก่พยาบาลและผู้ที่สนใจ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อการรักษาการพยาบาล นำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้อย่างถูกต้อง ตามมาตรฐาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถติดตามประเมินผลการพยาบาลได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

นางสาวจุฑามาศ รัตนทาหงส์
มีนาคม 2567

สารบัญ	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญรูปภาพ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องในการทำกรณีศึกษา	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน	3
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	11
ความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	33
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	36
บทที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	62
สรุปกรณีศึกษา	89
บทวิจารณ์	90
ข้อเสนอแนะ	91
บรรณานุกรม	92

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน	7
ตารางที่ 2 หลักเกณฑ์ในการใช้ยารักษาโรคเรื้อน	10
ตารางที่ 3 เค้าโครงแนวคิดสำคัญใน SCDNT	42
ตารางที่ 4 แสดงแผนการรักษาของแพทย์	70

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงเส้นประสาทที่ถูกทำลาย	5
ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	43
ภาพที่ 3 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อยทำให้เกิดความพิการได้มาก เป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับระยะเวลาการรักษายาวนาน ต้องเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม ชุมชนลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์จากภาพการเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเดิมมีความพิการอยู่แล้วเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดความพิการซ้ำซ้อน ไม่สามารถยับยั้งแขนขาได้ ทำให้ส่งผลถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย เกิดความท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงต้องมีความรู้และเข้าใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีกำลังใจที่จะดูแลตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและสภาพจิตใจจนกระทั่งปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติที่สุดและรู้สึกว่าคุณค่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีความสุข

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน สาเหตุหลักเนื่องจากจากผู้เป็นเบาหวานได้รับอินซูลินหรือยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นมากเกินไป หรือเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น รับประทานอาหารหรืออาหารว่างน้อยเกินไป รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาหรือไม่รับประทานอาหาร หรือทั้งระยะการรับประทานอาหารหลังฉีดอินซูลินนานเกินไป ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายมากกว่าปกติโดยไม่ได้รับประทานอาหารว่างหรือไม่ได้ปรับลดปริมาณอินซูลินลง นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณมากขณะท้องว่าง รับประทานยาอื่นร่วมกับยารักษาเบาหวาน หรือมีโรคอื่นแทรกซ้อนเกิดร่วมกับโรคเบาหวาน เช่น ไตเสื่อม หน้าที่ทำงานผิดปกติ อาการสำคัญของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย สับสน มึนงง หิว ปวดศีรษะ พฤติกรรมเปลี่ยน คลื่นไส้ และถ้าอาการรุนแรงอาจหมดสติและเสียชีวิตได้(Ferry, 2009; National Diabetes Information Clearinghouse NDIC, 2008) อาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดของผู้ป่วยในแต่ละคนอาจแตกต่างกัน และในบางคนอาจไม่มีอาการเตือนหรือไม่แสดงอาการเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (hypoglycemia un-awareness) ซึ่งมักจะพบได้บ่อยในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีโรคหัวใจหรือโรคไตร่วมด้วย หรือผู้เป็นเบาหวานที่เคยมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดอยู่บ่อยๆ รวมทั้งผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบเข้มงวด(tight control or intensive therapy)(American Diabetes Association [ADA], 2008a; 2008b; 2009; Donna, 2005; Ferry, 2009; Hirsch, 2009;NDIC, 2008)ผลของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดนี้คุกคามต่อชีวิตที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ แพทย์ พยาบาลอย่างรีบด่วน โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

สถาบันราชประชาสมาสัยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนอาศัยอยู่ภายในชุมชนของสถาบันฯ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้พิการสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืนและรับประทานอาหารได้น้อย และต้องรับประทานยาเบาหวานด้วยจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะ Hypoglycemiaตามมา พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด 24 ชั่วโมงจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

โรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงชีวิต ผู้จัดทำจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการประเมินปัญหาความต้องการ และการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสามารถตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องตรงประเด็นปัญหาและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการนำมโนทัศน์และกรอบแนวความคิดทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

แนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใช้เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน และมีประสิทธิภาพโดยใช้ทฤษฎีของโอเร็ม

บทที่ 2 ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องในการทำกรณีศึกษา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่งที่แม้ไม่ก่อให้เกิดการระบาดที่เป็นปัญหา แต่สร้างปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจตามมามากมาย เนื่องจากเมื่อเป็นโรคแล้วทำให้เกิดอาการที่ผิวหนังที่มองเห็นได้ และมีการทำลายระบบประสาทส่วนปลาย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้

ธรรมชาติของโรคเรื้อน

เชื้อโรคเรื้อนหรือไมโครแบคทีเรียมเลแป (Mycobacterium leprae) ค้นพบครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2416 โดยนายแพทย์ชาวนอเวอร์ซื่อ แฮนเซน (Hansen) เชื้อโรคเรื้อนมีลักษณะเป็นแท่งย้อมติดสีทนกรด (Acid fast Staining) ในระยะที่เชื้อยังมีชีวิตที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับยาเคมีบำบัด รูปร่างเชื้อจะติดสีสม่ำเสมอเป็นแท่งโค้งยาว (Solid Form) ขนาดยาว 2-7 ไมครอน และกว้าง 0.3-0.4 ไมครอน แต่เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดหรือเสื่อมสลายตายลงเชื้อจะติดสีไม่สม่ำเสมอ โดยอาจแตกเป็นท่อน (Beaded or Fragmented Form) และในที่สุดจะป่นเป็นผง (Granular or Duty Form) ก่อนที่จะถูกทำลายโดยเม็ดเลือดขาว เชื้อโรคเรื้อนชอบอาศัยและเจริญเติบโตภายในเซลล์ประสาท (Schwann Cells) และเซลล์ในระบบเรติคูลูเอนโดธีเรียล (Reticulo Endothelial System) มีความสามารถในการติดเชื้อได้สูง (Highly Infectious) แต่มีฤทธิ์ในการก่อให้เกิดโรคต่ำ (Low Pathogenicity) การที่ผู้ติดเชื้อจะป่วยเป็นโรคหรือไม่ นั้นเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell Mediated Immunity) ต่อเชื้อโรคเรื้อนจากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสรับเชื้อมานานเกิน 1 ปี เช่น ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วย พบอัตราการติดเชื้อประมาณร้อยละ 50 ในขณะเดียวกันมีการศึกษาด้านการก่อโรค โดยติดตามตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย พบว่ามีอัตราการป่วยเป็นโรคเรื้อนเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้น

แหล่งรังโรค (Reservoir)

คนเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญผู้ที่สามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อนได้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy) นอกจากนั้นแล้วเชื้อโรคเรื้อนยังทำให้เกิดโรคตามธรรมชาติได้ในสัตว์ เช่น อมาติโล และลิงชิมแปนซี อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่ายาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อน คือ ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) มีประสิทธิภาพทำลายเชื้อโรคเรื้อนได้อย่างรวดเร็ว และพบว่าการให้ยาไรแฟมพิซิน ขนาด 600 -1,500 มิลลิกรัม เพียงครั้งเดียวสามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนได้ ร้อยละ 99.9 ภายในเวลา 3-7 วัน ดังนั้นผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคเรื้อนจะไม่สามารถแพร่เชื้อต่อไปได้อีก

การแพร่เชื้อโรคเรื้อน

เชื้อโรคเรื้อนออกจากร่างกายผู้ป่วยได้ 2 ทางคือ ทางเยื่อบุจมูก และทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (Lepromatous Ulcer) โดยในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลปโรมาตัส (Lepromatous) ที่ยังไม่เคยรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาก่อนสามารถปล่อยเชื้อออกทางเยื่อบุจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัวเชื้อสามารถมีชีวิตอยู่นอกร่างกาย ได้นาน 9 วัน โดยเฉพาะในบริเวณร่มไม้ในดินที่ชุ่มชื้น ในอุณหภูมิห้องมีชีวิตอยู่ได้ถึง 46 วัน นอกจากนั้นยังพบว่าในผู้ป่วยชนิดเลปโรมาตัสที่ยังไม่เคยรักษา จะตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนที่ผิวหนังบริเวณรอยโรคได้มากถึง 7 พันล้านตัวต่อผิวหนัง 1 กรัม ทางที่เชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายคนปัจจุบัน เชื่อว่าเข้าโดยทางเดินหายใจส่วนทางอื่น ๆ โดยเฉพาะทางบาดแผลที่ผิวหนังยังมีโอกาสเป็นไปได้

ระยะฟักตัวของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนมีระยะฟักตัวโดยประมาณ 3-5 ปี และขึ้นกับชนิดของโรคเรื้อน จากการศึกษาพบว่าโรคเรื้อนอาจมีระยะฟักตัวนานกว่านั้น คือ โรคเรื้อนชนิดทูเบอร์คิวลอยด์ (Tuberculoid) มีระยะฟักตัว 2-5 ปี และชนิดเลโปรมาตัส (Lepromatous) ประมาณ 8-12 ปี

อาการของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้ต่าง ๆ กัน รอยโรคที่ผิวหนังอาจเป็นเพียงวงต่าง ขาวขนาดเล็ก ซึ่งอาจหายได้เองหรือมีตุ่มและผื่นกระจายทั่วร่างกาย อาการแสดงของโรคเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันชนิดฟิงเซลล์ที่จำเพาะต่อเชื้อโรคเรื้อน เมื่อเชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายถ้าภูมิคุ้มกันของผู้ได้รับเชื้อปกติจะสามารถค้นหาและทำลายเชื้อได้และไม่เกิดอาการของโรคเรื้อน แต่ถ้าภูมิคุ้มกันผิดปกติ เชื้อจะเจริญและแบ่งตัวจนปรากฏอาการต่าง ๆ รวมทั้งความพิการ ผู้ที่ได้รับเชื้อส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันต่อต้านต่อเชื้อโรคเรื้อนปกติมีเพียงประมาณร้อยละ 3 ของผู้ที่ได้รับเชื้อที่จะมีภูมิคุ้มกันผิดปกติ และมีอาการแสดงของโรคเรื้อน

ลักษณะอาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคเรื้อน

1. อาการทางผิวหนัง รอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อนแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 มีวงต่างขาว ผื่นวงแดงราบ ผื่นวงแหวนและผื่นนูนแดง พบการกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายผื่นเหล่านี้ มักตรวจพบอาการภายในผื่นร่วมด้วย

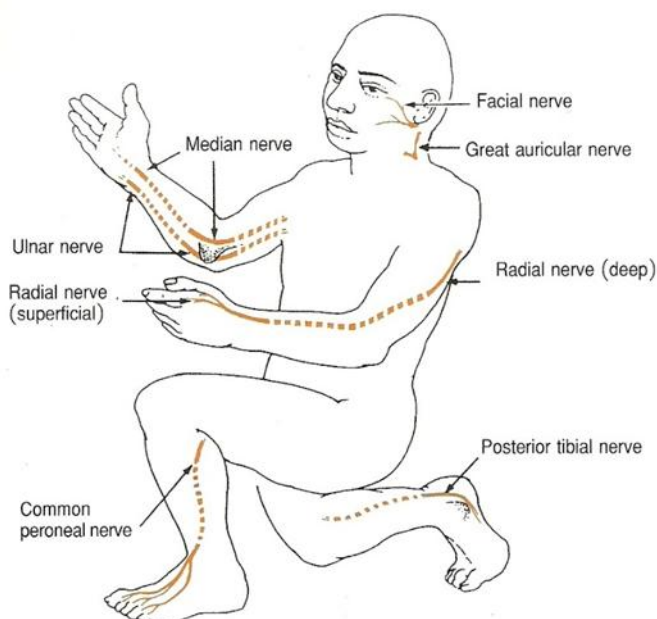
1.2 ตุ่มและผื่นนูนแดง มีขนาดต่าง ๆ กันจำนวนมากกระจายอยู่ทั่วร่างกาย ไม่มีอาการคัน ผื่นลักษณะนี้มักตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคโดยการตรวจด้วยวิธีกรีตผิวหนัง (Slit Skin Smear)

2. อาการเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย เชื้อโรคเรื้อนจะทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 เส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory Nerve) ถูกทำลายทำให้เกิดอาการชาพบได้บริเวณรอยโรคที่ผิวหนัง กระจุกตา หรือที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า

2.2 เส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor Nerve) ถูกทำลายทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต

2.3 เส้นประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nerve) ทำให้ผิวหนังแห้ง เหงื่อไม่ออกพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในเส้นประสาท อาจทำให้ตรวจพบเส้นประสาทโตได้ เส้นประสาทมักจะถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อนคือเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า ตา มือ และเท้า ดังภาพ



ภาพที่ 1 แสดงเส้นประสาทที่มักถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อน
ที่มา : สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค , 2553 : 25

การวินิจฉัยโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคที่สามารถวินิจฉัยได้ไม่ยากนัก เพียงอาศัยอาการแสดงทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่าย ๆ คือ การตรวจลักษณะรอยโรคร่วมกับการทดสอบอาการชา ซึ่งจะพบได้ในกรณีที่โรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อย การตรวจพบเชื้อจากฝิ่นหรือตุ่ม ซึ่งจะพบได้ในกรณีที่โรคเรื้อนประเภทเขื่อนมาก

อาการแสดงที่สำคัญ (Cardinal Signs)

1. ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน
2. ตรวจพบมีอาการชาข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 ชารอยโรคที่ผิวหนัง
 - 2.2 ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน
3. ตรวจพบปลายเส้นประสาทโต
4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (Acid Fast Bacilli) จากการกรีดผิวหนัง

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก หรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียวให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

ข้อสังเกต 1. อาการชาที่รอยโรคที่ผิวหนัง (ข้อ 2.1) จะต้องใช้ควบคู่กับอาการแสดงในข้อที่ 1
2. อาการชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายโดยเชื้อโรคเรื้อน (ข้อ 2.2) จะต้องใช้ควบคู่กับข้อ 3

การจำแนกชนิดของผู้ป่วยโรคเรื้อน

เนื่องจากโรคเรื้อนมีอาการแสดงทางผิวหนังและเส้นประสาท ตลอดจนความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน การจำแนกชนิดจึงมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางระบาดวิทยา การวางแผนการรักษา การทำนายโรคและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ ปัจจุบันใช้วิธีการจำแนกชนิดโดยดัดแปลงจาก การแบ่งชนิดโรคเรื้อนของริดเล่และจ๊อปป์ (Ridley & Jopling's Classification) ปี ค.ศ.1966 ซึ่งจำแนกตามภูมิคุ้มกันต่อ โรคเรื้อนของผู้ป่วย ลักษณะการกระจายของรอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในทางปฏิบัติเพื่อให้การจำแนกลักษณะทางคลินิกง่ายขึ้น และใช้ประโยชน์ในการรักษา และการดำเนินงานควบคุมโรค จึงจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. โรคเรื้อนประเภทเชืื่อน้อย (Paucibacillary Leprosy : PB) หมายถึงโรคเรื้อน

1.1 อินดิเทอร์มินेट (Indeterminate ; I)

1.2 ทูเบอร์คูลอยด์ (Tuberculoid ; TT)

1.3 บอร์เดอร์ลายน์ ทูเบอร์คูลอยด์ (Borderline Tuberculoid ; BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง

2. โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy : MB) หมายถึงโรคเรื้อนชนิด

2.1 บอร์เดอร์ลายน์ทูเบอร์คูลอยด์ (Borderline Tuberculoid ; BT) ที่ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน

2.2 บอร์เดอร์ลายน์ ทูเบอร์คูลอยด์ (Borderline Tuberculoid ; BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ แต่มีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย

2.3 มิท บอร์เดอร์ลายน์ (Mid – Borderline ; BB)

2.4 บอร์เดอร์ลายน์ เลปโมาตัส (Borderline Lepromatous ; BL)

2.5 เลปโมาตัส (Lepromatous ; LL)

หมายเหตุ : ในกรณีที่ เป็น BT ตรวจไม่พบเชื้อและมีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง แต่กระจายอยู่ข้างเดียวของร่างกายให้จำแนกเป็นโรคเรื้อนชนิดเชืื่อน้อย (PB) 2.2 บอร์เดอร์ลายน์ ทูเบอร์คูลอยด์ (Borderline Tuberculoid ; BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อแต่มีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย

ตารางที่ 1 การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน (Classification of Leprosy)

ชนิดของโรค	Indeterminate:I	Tuberculoid :TT	Borderline tuberculoid :BT	Mid - Borderline :BB	Borderline lepromatous :BL	Lepromatous :LL
1. รอยโรคที่ผิวหนัง 1.1 ลักษณะ	วงต่างสีจาง	วงต่างหรือผื่นนูนแดงผิวแห้งเหี่ยวไม่ออก	วงต่างหรือผื่นนูนแดงผิวแห้งเหี่ยวไม่ออก	วงแหวนขอบนูนแดงหนา (Punched-out) ผิวเป็นมัน	วงแหวนและผื่นหรือตุ่มแดงเป็นมัน	ผื่นนูนหนาและตุ่มแดงเป็นมัน
1.2 ขอบเขต	ไม่ชัดเจน	ชัดเจน	ชัดเจนแต่ไม่เรียบ อาจพบผื่นเล็กกระจายจากผื่นใหญ่	ขอบนอกลาดเทและไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน
1.3 จำนวน	น้อย(1-3)	น้อย(1-3)	ไม่แน่นอน	ไม่แน่นอน	มาก	มากมาย
1.4 การกระจาย	ข้างเดียวของร่างกาย	ข้างเดียวของร่างกาย	ข้างเดียวหรือสองข้างของร่างกาย	ข้างเดียวหรือสองข้างของร่างกาย	สองข้างของร่างกายแต่ไม่สมมาตร	สองข้างของร่างกายและสมมาตร
1.5 อาการชาที่รอยโรค	ชาไม่ชัดเจน	ชาชัดเจน	ชาชัดเจน	ชาไม่ชัดเจน	ชาเฉพาะผื่นขนาดใหญ่หรือผื่นวงแหวน	ไม่ชา
2. เส้นประสาท	ไม่โต	โต	โต	โต	มักจะโต	มักโตในระยะหลัง
3. การตรวจเชื้อโรคเรื้อน	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบหรือ1+ ถึง2+	พบ1+ถึง3+	พบ3+ถึง5+	พบ3+ถึง6+

ที่มา : สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค , 2553 : 15

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในงานควบคุมโรคเรื้อนมี ดังนี้

1. การตรวจทางจุลชีววิทยาโดยการกรีดผิวหนัง (Slit Skin Smear ; SSS) จะทำในรายที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อนทุกราย เพื่อแบ่งกลุ่มการรักษาตลอดจนผู้ป่วย ที่อยู่ในทะเบียนการรักษาเพื่อติดตามผลการรักษา

2. การตรวจทางพยาธิวิทยา โดยการตัดชิ้นเนื้อจากรอยโรค (Skin Biopsy) และส่งให้พยาธิแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยในทางปฏิบัติไม่จำเป็นต้องทำทุกราย จะตรวจในกรณีมีอาการทางคลินิกไม่ชัดเจนเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคผิวหนังอื่น ๆ และเพื่อยืนยันการวินิจฉัยการกลับเป็นโรคใหม่ (Relapse)

ดังได้กล่าวแล้วว่าเชื้อโรคเรื้อนมีลักษณะเป็นรูปแท่ง (Rod Shape) ตรงหรือโค้งเล็กน้อย ขนาด $0.3 \times 3 - 8$ ไมครอน เมื่อย้อมสีทึบจะติดสีแดง เมื่อตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. โซลิดฟอรม์ (Solid Form) ลักษณะเป็นแท่งปลายมน ติดสีสม่ำเสมอ
2. แฟร็กเมนต์ฟอรม์ (Fragmented Form) ติดสีไม่สม่ำเสมอหรือเป็นท่อนสั้น ๆ
3. แกรนูลาร์ฟอรม์ (Granular Form) เป็นชิ้นเล็ก ๆ หรือป่นเป็นผง

จากการศึกษาเชื่อว่าเชื้อโรคเรื้อนที่เป็นโซลิดฟอรม์ (Solid Form) เท่านั้นที่ยังมีชีวิตอยู่ (Viable) สามารถนำไปเพาะเลี้ยงในอุ้งเท้าหนูทดลองได้ ส่วนเชื้อที่ตายแล้ว จะถูกทำลายแตกเป็นท่อนสั้น ๆ และป่นเป็นผงในที่สุด

การรักษาโรคเรื้อน

ในการควบคุมโรคเรื้อนนั่น การรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุขใน ปีพ.ศ.2525 องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ใช้วิธีการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy ; MDT) เป็นการใช้ยารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพสูงหลายชนิดร่วมกันเพื่อเร่งการทำลายเชื้อและป้องกันการดื้อยา เนื่องจากมีอุบัติการณ์ที่เชื้อโรคเรื้อนดื้อต่อยาแดปโซน ในขณะนั้นสูงขึ้นเรื่อยๆ แผนการรักษาจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy ; MB) และประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy ; MB) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาคือ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) คลอฟาซิมีน (Clofazimine) และแดปโซน (Dapsone) และมีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการรักษา (Fixed Duration of Treatment)

คุณสมบัติของยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อนมีดังนี้

ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการทำลายเชื้อโรคเรื้อน (Highly Bactericidal) มีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ไรโบนิวคลีอิก แอซิด (Ribonucleic acid) ของเชื้อโรคหลายชนิด สามารถดูดซึมและกระจายไปยังเนื้อเยื่อ (Cellular Tissue) และน้ำในร่างกาย (Body Fluids) ได้ดี การดื้อต่อยาไรแฟมปีซินเกิดขึ้นได้ง่ายดังนั้นการใช้ยาจะต้องใช้ร่วมกับยาชนิดอื่น ๆ เสมอ ยานี้มีประสิทธิภาพการทำลายเชื้อโรคเรื้อนสูง โดยการให้ยาในขนาด 600 มิลลิกรัมเพียงเดือนละครั้งอาการข้างเคียงจากยาพบได้น้อย อาการที่พบคือ ตับอักเสบ (Hepatitis) ไตวาย (Renal failure) กลุ่มอาการไข้หวัดใหญ่ (Influenza Like Syndrome) ภาวะโลหิตจางจากเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)

แดปโซน (Dapsone) เป็นยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อนมานานแล้ว ใช้ได้ผลดีมีฤทธิ์ทั้งในการยับยั้งและทำลายเชื้อโรคเรื้อนอย่างอ่อนๆ เพื่อป้องกันการดื้อยาจะต้องใช้ร่วมกับยารักษาโรคเรื้อนชนิดอื่น ๆ ขนาดที่ใช้คือ 100 มิลลิกรัมต่อวัน ยานี้ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่มซัลฟา (Sulfa) อาการข้างเคียงที่พบจาก

ยาน้อยมาก อาการที่พบ คือ ผื่นหนังอักเสบจากภูมิแพ้ (Allergic Dermatitis) เอ็กโฟเลียทีฟเดอร์มาไทติส (Exfoliative Dermatitis) ไมลด์ฮีโมไลติกอะนีเมีย (Mild Hemolytic Anemia) และตับอักเสบ (Hepatitis)

คลอฟาซิมีน (Clofazimine) มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อโรคเรื้อนออกฤทธิ์ช้า ยาดูดซึมได้ดีจากระบบทางเดินอาหารและจะไปรวมตัวกันอยู่ที่เนื้อเยื่อไขมัน (Fatty Tissues) และเซลล์ในระบบน้ำเหลือง การดื้อต่อยานี้พบน้อยมากและยังมีคุณสมบัติเป็นยาต้านการอักเสบ ขนาดที่ให้ 200-300 มิลลิกรัมต่อวันสามารถใช้ควบคุมอาการของโรคห่อชนิดอีริธรีมา โนโดซั่ม เลโปรซั่ม (Erythema Nodosum Leprosum) ได้ คลอฟาซิมีน ใช้รักษาผู้ป่วยประเภที่เขื้อมาก โดยให้ขนาดสูง 300 มิลลิกรัมต่อวันร่วมกับไรแฟมปีซินเดือนละครั้งและ 50 มิลลิกรัมร่วมกับแดปโซนทุกวัน ข้อเสียของคลอฟาซิมีน คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงของสีผิว (Discoloration) ผิวจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลแกมแดง โดยเฉพาะบริเวณที่เปิดเผยถูกแสงแดดบ่อย ๆ อาจมีผื่นแพ้ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามสีผิวที่เปลี่ยนจะกลับมาเป็นปกติหลังจากหยุดยาแล้วระยะหนึ่ง อาการข้างเคียง อื่น ๆ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย

ระยะเวลาการให้ยา

การให้ยารักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ใช้ระยะเวลาที่แน่นอน (Fixed Duration Treatment) คือเมื่อผู้ป่วยรับยาครบตามที่กำหนดให้หยุดยาได้และจำหน่ายผู้ป่วยจากทะเบียนการรักษาทุกรายโดยไม่ต้องรอจนอาการทางคลินิกไม่กำเริบหรือตรวจไม่พบเชื้อ มีหลักเกณฑ์ในการให้ยา ดังนี้

ผู้ป่วยประเภที่เขื้อน้อย (PB) รับยารักษาโรคเรื้อน 6 เดือน (รับยาประจำเดือนครบ 6 ครั้ง ในระยะเวลา 9 เดือน)

ผู้ป่วยประเภที่เขื้อมาก (MB) รับยารักษาโรคเรื้อน 24 เดือน (รับยาประจำเดือนครบ 24 ครั้ง ในระยะเวลา 36 เดือน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 หลักเกณฑ์ในการใช้ยารักษาโรคเรื้อน (Multidrug Therapy ; MDT)

	ผู้ป่วยประเภทเชืื่อน้อย	ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก
ชนิดของผู้ป่วย	- Indeterminate(I) -Tuberculoid (TT) -Borderline tuberculoid (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อและมีรอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง	- Borderline tuberculoid (BT)ที่ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน - Borderline tuberculoid (BT)ที่ตรวจไม่พบเชื้อแต่มีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่งและกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย - Mid – Boderline (BB) - Borderline lepromatous (BL) - Lepromatous(LL)
การตรวจเชื้อ	ก่อนการรักษาและเมื่อครบ 6 เดือน	ก่อนการรักษาและเมื่อครบ 2 ปี
การรักษา 1. กินยาเดือนละครั้งให้ผู้ผู้ป่วยกินต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เดือนละครั้ง 2. ยากินทุกวันให้ผู้ผู้ป่วยกินเองที่บ้าน	- Rifampicin (RFP) 600 mg - Dapsone (DDS) 100 mg/day	- Rifampicin (RFP) 600 mg - Clofazimine (CLO) 300 mg - Dapsone (DDS) 100 mg/day - Clofazimine (CLO) 50mg/day หรือ 100 mg.วันเว้นวัน
ระยะเวลาการรักษา	6 เดือน	2 ปี
หยุดยาและจำหน่ายจากทะเบียนรักษา		
ระยะเฝ้าระวัง (การติดตามหลังหยุดยา)	ตรวจร่างกายปีละ 1-2 ครั้ง 3 ปี	ตรวจร่างกายปีละ 1-2 ครั้งและตรวจเชื้อปีละครั้งเป็นเวลา 5 ปี
จำหน่ายจากการควบคุมโรค		

ภาวะแทรกซ้อนและระดับความรุนแรงของโรคเรื้อรัง แบ่งได้ ดังนี้

ระดับที่ 1 เกิดจากผลกระทบของเส้นประสาทถูกทำลายไม่เกิน 6 เดือน สำหรับ Ulnar Nerve และ Facial Nerve และไม่เกิน 1 ปี สำหรับ Peroneal Nerve อาการที่พบ เช่น นิ้วมือหรือนิ้วเท้าเริ่มงอ ข้อมือตก เท้าตก ตาหลับไม่สนิท มีอาการชาหรือเหน็บมือออกบางบริเวณ เป็นระยะที่สามารถรักษาเส้นประสาทที่ถูกทำลายให้กลับสู่สภาพเดิมได้ด้วยยา Prednisolone

ระดับที่ 2 ระยะนี้เส้นประสาทถูกทำลายไปแล้วเกิน 6 เดือนขึ้นไป สำหรับ Ulnar Nerve และ Facial Nerve และเกิน 1 ปี สำหรับ Peroneal Nerve ไม่มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพปกติ อาการที่พบ เช่น มือหรือเท้าบิดงอ เท้าตก มีแผล ข้อเท้าแตกรุนแรง ตาระคายเคืองและอักเสบ ระยะนี้การแนะนำสอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (Self Care) จะช่วยป้องกันความพิการรุนแรงได้

ระดับที่ 3 มีแผลและมีอาการแทรกซ้อน อาการที่พบ เช่น ตามัวหรือตาบอด กระดูกหลุดสัน มือกุด เท้ากุด มีแผลเป็น ผิวหนังแห้งด้าน ระยะนี้ไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติแต่การบำบัดดูแลจะช่วยบรรเทาอาการและอาจป้องกันความพิการมากขึ้นความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตของประชากร และยังเป็นสาเหตุหลักของการพิการอย่างถาวร ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรไทยและมีแนวโน้มว่าจะสูงเพิ่มขึ้นโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นภาวะเร่งด่วนทั้งทางด้านอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เนื่องจากการขาดเลือดของสมองทำให้เซลล์ของสมองตายมากขึ้นเมื่อเวลานานขึ้น จึงควรรีบให้การรักษาอย่างรวดเร็ว การป้องกันในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงการวินิจฉัยและการรักษาที่ทันเวลา ช่วยลดความพิการและอัตราการตาย รวมทั้งลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจได้

คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโรคให้คำจำกัดความของ Stroke ว่า “Rapidly developed clinical signs of focal(global)disturbance of cerebral lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin”หรือเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงเกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต

National Institute of Neurology Disorder and Stroke (NINDS) ให้คำจำกัดความว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรืออย่างถาวรก็ได้ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงหมายถึงทั้งโรคอัมพาตและอัมพฤกษ์ คือกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง(Neurological deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่ทั้งชั่วคราวหรือถาวรและมีสาเหตุผิดปกติจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง(Vascular origin)ที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ(Infarction)หรือเลือดออกในสมอง(Hemorrhage)ในความหมายนี้จึงรวมสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่างๆเช่น trauma, infectionหรือ neoplasm เป็นต้น อย่างไรก็ตามถ้ากล่าวถึง Stroke จะหมายถึง

อาการทางสมองนั้นๆจะอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง แต่ถ้าสั้นกว่านั้นจะหมายถึง Transient ischemic attack ซึ่งบางตำราเรียกว่า mini stroke

พยาธิสภาพ

ในสภาวะปกติสมองได้รับเลือดมาเลี้ยงจาก 2 เส้นเลือดหลัก ได้แก่

1. Vertebral artery เป็นแขนงของ Subclavian artery ซึ่งแยกออกมาเป็น 2 เส้น โดยตอนปลายสุดของเส้นจะทะลุผ่าน Lateral vertebral foramen ของกระดูก Atlas เมื่อมาถึงบริเวณก้านสมองจะรวมกันกลายเป็นหลอดเลือดชื่อ Basilar artery ไปเลี้ยงส่วนของสมอง

2. Internal carotid artery เป็นเส้นเลือดแดงที่สำคัญโดยจะพุ่งผ่านช่องกะโหลกศีรษะโดยผ่าน Foramen lacerum แล้วแตกแขนงออกเป็น 3 แขนงที่สำคัญ ได้แก่ Anterior middle และ Posterior cerebral artery

เส้นเลือดทั้ง Internal carotid artery และ Basilar artery จะเชื่อมต่อกันเป็นวงของหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองที่ชื่อว่า Circle of Willis เส้นเลือดแต่ละแขนงจะให้เลือดประมาณ 250 มิลลิลิตรต่อนาทีโดยเฉลี่ยเลือดไปเลี้ยงสมองประมาณ 55 มิลลิลิตร/100 กรัมของเนื้อเยื่อสมอง/นาที ถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 30-35 มิลลิลิตร/100 กรัมของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดการขาดเลือด (Ischemia) ซึ่งในโรคหลอดเลือดสมองนั้นสภาวะที่มีการขาดออกซิเจนจากหลอดเลือดตีบ ตัน หรือแตก เซลล์จะใช้พลังงาน โดยเปลี่ยนจากกระบวนการเผาผลาญอาหารจากแบบใช้ออกซิเจนมาเป็นกระบวนการไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดกรดแลคติกอันเป็นสาเหตุของการเสียสมดุลกรด ต่าง ทำให้เซลล์ไม่สามารถผลิตพลังงานได้ จึงเกิดการเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ส่งผลให้หน้าที่ของเซลล์แมนเบรนสูญเสียไป เกิดอนุมูลอิสระ เซลล์บวม และแตก เกิดการตายของเซลล์ซึ่งถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงหรือต่ำกว่า 20 มิลลิลิตร/100 กรัมของเนื้อเยื่อสมอง/นาที เนื้อเยื่อสมองจะตายและถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือต่ำกว่า 15 มิลลิลิตร/100 กรัมของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดเนื้อเยื่อสมองตายบริเวณกว้าง (Massive infarction)

ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง

1. แบ่งตามพยาธิสภาพ

1.1 ภาวะสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดสมองตีบตันหรืออุดตัน (Ischemic stroke or cerebral infarction)

1.2 ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ จากเส้นเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke or cerebral hemorrhage) เกิดเลือดออกในสมองหรือเลือดออกในชั้นซับอะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage, SAH) หรือเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) ได้

2. แบ่งตามกายวิภาค

2.1 ระบบหลอดเลือด Carotid เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด Internal carotid และแขนง (Anterior circulation)

2.2 ระบบหลอดเลือด Vertebral เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด Vertebral และแขนง (Posterior circulation) ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอาจแบ่งตามเส้นเลือด ได้แก่ เส้นเลือดขนาดใหญ่ หรือบริเวณ Insular ribbon ซึ่งการอุดตันก่อให้เกิดสมองตายเป็นบริเวณกว้าง (Large infarction) หรือเส้นเลือดขนาดเล็ก ซึ่งการอุดตันก่อให้เกิดเนื้อสมองตายเป็นหย่อมๆขนาดเล็ก (Lacunar infarction) ซึ่งการพยากรณ์หลอดเลือดสมองบริเวณ Posterior circulation ค่อนข้างดีกว่า Anterior circulation เพราะพยาธิสภาพของ Posterior circulation ที่เกิดขึ้นมักจะเกิดขึ้นที่เส้นเลือดแขนงย่อย

3. แบ่งตามความรุนแรงของอาการทางคลินิก

3.1 อาการไม่รุนแรง(Minor stroke) สมองขาดเลือด (Ischemia)เนื้อสมองยังไม่ตายมีอาการเกิดขึ้นชั่วคราว แล้วหายเป็นปกติเนื่องจากมีหลอดเลือดข้างเคียงมาเลี้ยงแทน (Collateral circulation)หรือสิ่งอุดตัน(Emboli)หลุดไป แบ่งเป็น

3.1.1 Transient ischemic attack (TIA) คืออาการแสดงความผิดปกติของประสาทไม่เกิน 24 ชั่วโมง เช่น ตาบอดชั่วคราว (Amaurosis fugax)เกิดจากการอุดตันที่ Retinal artery)

3.1.2 Reverse ischemic Neurological Deficit (RIND)มีอาการแสดงความผิดปกติของระบบประสาทคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง อาการหายไปภายใน 1-2 สัปดาห์

3.1.3 อาการรุนแรง (Major stroke) เนื้อสมองตาย (Infarction)มีความผิดปกติทางระบบประสาทหรือเกิดความพิการซึ่งอาการอาจมากขึ้นหรือคงที่แบ่งเป็น

- Progressive stroke อาการเป็นมากขึ้นเมื่อไม่ได้รับการรักษา
- Complete stroke อาการคงที่มีความพิการถาวร

อาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical manifestation)

สมองได้รับเลือดจากหลอดเลือดสำคัญ 2 เส้นได้แก่ Internal carotid artery และ Basilar artery ซึ่งหลอดเลือดทั้ง 2 เส้นมีหน้าที่หล่อเลี้ยงเนื้อสมองให้ทำงานอย่างปกติดังนั้นเมื่อเกิดพยาธิสภาพในหลอดเลือดเหล่านี้ก็จะส่งผลการทำงานของสมองบริเวณที่เส้นเลือดนั้นๆไปเลี้ยงอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจึงขึ้นกับความผิดปกติของหน้าที่ของสมองบริเวณที่ถูกหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพไปเลี้ยง เช่น

บริเวณที่เส้นเลือดอุดตัน	อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย
Anterior cerebral artery	-อาการอ่อนแรง (motor)และสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (sensory)ด้านตรงข้ามของรอยโรคโดยพบอาการของขามากกว่าแขน -ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ -ขาดสมาธิ (Decreased attention)
Middle cerebral artery	-อาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง (Contralateral hemiparesis) โดยมักพบอาการของแขนมากกว่าขา -การสูญเสียความสามารถในการใช้หรือเข้าใจภาษาหรือคำพูด (Aphasia)กลืนลำบาก (Disphagia) -สับสนและความจำบกพร่อง
Posterior cerebral artery	-ตามัว ตามองไม่เห็นกล้ามเนื้อลูกตาผิดปกติ -หลงลืม -การทรงตัวเสีย
Vertebrobasilar cerebral artery	-เวียนศีรษะรู้สึกเหมือนบ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียน เดินเซ และตากระตุก

นอกจากนี้อาการพบอาการอื่นๆจากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางสมองมากขึ้น ได้แก่ อาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูงเช่น ปวดศีรษะ ตามัว อาเจียนพุ่ง หรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจมีการซึม หมกมืดไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดทางระบบสมอง

ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคของระบบหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติเพราะจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเกิดการเกาะติดของลิ่มเลือดหรือมีโอกาสแตกได้ง่ายถ้าระดับความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 105 มม.ปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงมากถึง 10-12 เท่าและเมื่อลดระดับความดันโลหิตได้ 5-6 มม.ปรอท จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงประมาณร้อยละ 40
2. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งทั่วร่างกาย ส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอุดตัน อัตราเสี่ยงผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเกิดเป็นอัมพาตสูงกว่าคนปกติ 2-3 เท่า
3. โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2-5 เท่าของคนปกติ และถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเทรียลฟิบริเรชัน (Atrial fibrillation) มีโอกาสเสี่ยงสูงได้ถึง 6 เท่า ซึ่งอาจเกิดจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่สมอง หรือเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีปริมาณไม่เพียงพอจากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ
4. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพฤกษ์/อัมพาตได้ง่าย โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดอัมพฤกษ์/อัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มากขึ้น หากหยุดบุหรี่ได้ 2-5 ปี พบว่าโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองลดลงถึงร้อยละ 30-40

ปัจจัยเสี่ยงรองลงมา ได้แก่

1. ภาวะที่มีไขมันในเลือดสูง อาจเป็นได้ทั้งคอเรสเตอรอลหรือไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งจะทำให้เกิดก้อนไขมันเกาะติดกับผนังของหลอดเลือด ทำให้ผนังของหลอดเลือดหนาตัวขึ้น ตีบแคบ เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ
2. การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณสูงมากเกินไป การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเป็นประจำจะทำให้เกิดปัญหาความดันโลหิตสูง ไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง
3. ภาวะขาดการออกกำลังกาย เกิดภาวะเครียดและโรคอ้วน การขาดการออกกำลังกายจะลดการใช้พลังงาน ทำให้ลดการเผาผลาญน้ำตาลและไขมัน เกิดการสะสมของสารอาหารส่วนเกิน ส่งเสริมการเกิดปัญหาความดันโลหิตสูง ไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง
4. ฮอร์โมน ยังไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน ยกเว้นผู้หญิงที่รับฮอร์โมนเอสโตรเจนในปริมาณสูงร่วมกับมีความดันโลหิตสูงหรือสูบบุหรี่

แนวทางการประเมินและการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดทางสมอง

การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาหลอดเลือดสมองนั้น สามารถประเมินได้จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้แก่

- 1) การมีปัจจัยเสี่ยง

2) อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด

3) มีความผิดปกติทางระบบประสาทจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองอธิบายได้ตามรอยโรคของพื้นที่ที่สมองขาดเลือด

ดังนั้นการประเมินการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง จึงประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาซึ่งข้อมูลที่สามารถบอกขอบเขตทางปัญหาที่เฉพาะเจาะจงและนำไปสู่การตรวจอื่นๆต่อไป แต่เนื่องจากผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ ดังนั้นก่อนการซักประวัติควรประเมินพฤติกรรมและระดับความรู้สติของผู้ป่วยก่อน ถ้าผู้ป่วยมีระดับความรู้สติอาจเริ่มจากคำถามง่ายๆก่อนถ้าผู้ป่วยตอบคำถามได้ เช่น คุณชื่ออะไร อายุเท่าไร วันนี้อะไรในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงไป ควรซักประวัติจากญาติและผู้ดูแล ซึ่งประเด็นสำคัญในการซักประวัติมี ดังนี้

อาการสำคัญ เป็นอาการหลักที่ต้องทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาล เช่น วัน เวลาที่เกิด อาการที่เกิดขึ้น สถานที่เกิดอาการ กิจกรรมที่ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น เช่น เกิดขึ้นทันทีทันใด หรือค่อยๆเป็นมากขึ้น ความรุนแรงตำแหน่งของร่างกายที่มีอาการ อาการที่เป็นลดลงมากขึ้นหรือเท่าเดิม มีอาการนำมาก่อนหรือไม่ เช่น ปวดศีรษะ มึนงง ความจำเสื่อม พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงหรือไม่ มีปัญหาการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวหรือไม่อ่อนแรงหรือไม่ มีปัญหาการพูด การได้ยิน หรือการมองเห็นหรือไม่ มีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น ซ้ำรู้สึกเหมือนมีอะไรมาไต่ เจ็บปวด หรือไม่สามารถทำกิจวัตรได้ตามปกติหรือไม่

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น มีโรคประจำตัวหรือไม่ ประวัติการรักษา ประวัติอุบัติเหตุ เป็นต้น

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วยการตรวจร่างกายในระบบต่างๆได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบหายใจ เป็นต้น

2.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาท เนื่องจากเนื่องจากการรู้สติที่เลวลงบ่งบอกถึงความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ของสมองจึงเป็นสัญญาณที่สำคัญอย่างหนึ่งถึงความเร่งด่วนในการรักษา ถ้าปล่อยไว้นานเกินไปสมองจะถูกทำลายมากขึ้น จนอาจไม่สามารถรักษาให้ฟื้นตามเดิมได้ ระดับความรู้สติสามารถจำแนกได้คร่าวๆเป็น 5 ระดับ คือ

1. Good consciousness หรือ alertness หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นตัวสามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม

2. Drowsiness หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว แต่สามารถเร้าให้ตื่นได้โดยง่าย อาจจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้เหมาะสมหรือก็ได้เมื่อไม่มีสิ่งเร้าผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ในสภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวเช่นเดิม

3. Stupor หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว เราให้ตี้นยากอาจจะตอบสนองโดยการขยับตัวหรือส่งเสียงอุทาน

4. Semicoma หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่สามารถเราให้ตี้นได้ แต่ยังมี deep tendon reflex และ sphincter tone เหลืออยู่

5. Coma หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่สามารถเราให้ตี้นได้ และไม่มี deep tendon reflex และ sphincter tone

จะเห็นได้ว่าการจำแนกระดับความรู้สึกเป็น 5 ระดับดังกล่าว แม้จะทำได้ง่ายแต่ยังไม่ละเอียดเพียงพอที่จะใช้ติดตามระดับความรู้สึก จึงนิยมประเมินระดับความรู้สึกโดยใช้ Glasgow Coma scale ร่วมด้วย Glasgow Coma scale ได้จากการประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยประเมินปฏิกิริยาตอบสนองที่ดีที่สุดต่อสิ่งเร้า 3 รูปแบบได้แก่ การลืมตา การพูดโต้ตอบ และการเคลื่อนไหว โดยให้คะแนนตามระดับของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าดังนี้

การลืมตา(Eye opening, E)

ลืมตาเองโดยไม่มีสิ่งเร้า	4	คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อสิ่งเร้า	3	คะแนน
ลืมตาตอบสนองต่อการกระตุ้นให้เจ็บ	2	คะแนน
ไม่ลืมตาตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ	1	คะแนน

การพูดโต้ตอบระดับที่ดีที่สุด(Best verbal response, V)

พูดโต้ตอบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5	คะแนน
พูดโต้ตอบได้แต่สับสนไม่ถูกต้อง	4	คะแนน
พูดได้เป็นคำๆและไม่ถูกต้อง	3	คะแนน
ส่งเสียงได้แต่ไม่มีความหมาย	2	คะแนน
ไม่ส่งเสียงโต้ตอบใดๆต่อสิ่งเร้า	1	คะแนน

การเคลื่อนไหวระดับที่ดีที่สุด(Best motor response, M)

เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง	6	คะแนน
เคลื่อนไหวบิดหรือตอบโต้สิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บ	5	คะแนน
เคลื่อนไหวหลบหนีสิ่งเร้าที่ทำให้เจ็บ	4	คะแนน
เกร็งตัวในท่าอแขนเหยียดขาเมื่อทำให้เจ็บ	3	คะแนน
เกร็งตัวในท่าเหยียดแขนและขาเมื่อทำให้เจ็บ	2	คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆเมื่อทำให้เจ็บ	1	คะแนน

ในกรณีที่ไม่สามารถประเมินได้ให้บันทึกเหตุผลไว้ด้วย เช่น กรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่สามารถประเมินการพูดให้บันทึกว่า V-tube ในกรณีที่หนังตาบวมปิดให้บันทึกว่า E-injury เป็นต้น

ดังนั้นแบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว จึงมีค่าคะแนนสูงสุด 15 คะแนน หมายถึง ภาวะรู้ตัวดี คะแนนต่ำสุด 3 หมายถึง ภาวะหมดสติอย่างลึก คะแนน 7 หมายถึง ผู้ป่วยหมดสติถ้าการตรวจประเมินสติในระยะแรก พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือโดยด่วน

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะทำการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงและเตรียมการรักษา ได้แก่

3.1 การตรวจเม็ดเลือดในบางรายอาจมีภาวะเลือดหนืด ความเข้มข้นเลือดสูง ก่อให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกมักพบในผู้สูบบุหรี่จัด หรือเป็นโรคเลือดบางชนิด

3.2 การตรวจระดับน้ำตาลเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคเบาหวาน หรือในรายที่เป็นเบาหวานและใช้ยาลดน้ำตาล อาจเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ ซึ่งอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 การตรวจระดับไขมันในเลือด เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงและวางแผนการรักษาพร้อมด้วย

3.4 การตรวจการแข็งตัวของเลือดอาจพิจารณาตรวจในบางรายช่วยให้ทราบภาวะการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติสัมพันธ์กับโรคได้

3.5 การตรวจระดับเกลือแร่ในเลือดช่วยแยกภาวะเกลือแร่ในเลือดผิดปกติเช่น เกลือแร่ต่ำ อาจทำให้มีอาการโรคทางหลอดเลือดสมอง

3.6 การตรวจเลือดและปัสสาวะเพื่อดูระบบการทำงานอื่นร่วมด้วย เช่น การทำงานของไต หรือเอนไซม์ของตับ เพื่อประกอบการพิจารณาให้ยา

4. การตรวจพิเศษต่างๆ เช่น

4.1 การตรวจภาพถ่ายรังสีของสมองและหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การทำ Computed tomography (CT) หรือ Magnetic Resonance Imaging (MRI) ตรวจหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เลือดออกในสมองหรือสมองขาดเลือด บางรายอาจทำ Cerebral angiography คือ การฉีดสีเข้าเส้นเลือดแล้วถ่ายภาพเอกซเรย์เส้นเลือดสมอง แต่ในปัจจุบันมีการพัฒนา CT และ MRI เพื่อให้เห็นภาพเส้นเลือดสมอง ได้แก่ CT angiography (CTA), MR angiography (MRA) ที่เส้นเลือดแดงและ MRV angiography (MRV) ที่เส้นเลือดดำ

4.2 การตรวจด้วยคลื่นเสียงอัลตราโซนิก เช่น การตรวจ Duplex ultrasound เพื่อตรวจวัดขนาดภายในหลอดเลือด Carotid ที่คอ ภาวะการตีบและอุดตันของเส้นเลือดนอกกะโหลกศีรษะ การตรวจ Transcranial Doppler ultrasound (TCD) เป็นการตรวจวัดความเร็วในหลอดเลือดของเส้นเลือดสมอง (Flowvelocity) เพื่อหาความผิดปกติจากการตีบตัว (Vasospasm) หรือการอุดตัน

แนวทางการรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

- 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)
- 2) เมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน (Post Acute Phase)

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)

การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งมักใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง เป้าหมายการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลันคือ การดูแลรักษาชีวิต และหน้าที่สำคัญของร่างกาย โดยพยายามลดขนาดของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและตาย พร้อมทั้งพยายามแก้ไข

เมื่อสมองในตำแหน่งที่เป็นให้พื้นฟูสู่สภาพปกติแนวทางในการรักษาพยาบาลคือ ต้องทำโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้โดยทั่วไปการรักษาในระยะเฉียบพลันใช้หลัก A-B-C-D ประกอบด้วย

1. Airway & Breathing สิ่งสำคัญที่สุดคือ การดูแลเรื่องทางเดินหายใจให้โล่งและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆควรจัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้าง เพื่อป้องกันการสูดสำลักเสมหะหรือน้ำลายลงปอด ในรายที่มีปัญหาเรื่องการระบายอากาศอาจจำเป็นต้องช่วยแพทย์ใส่ท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าร้อยละ 95 และถ้าต้องดูดเสมหะ ไม่ควรใช้เวลาเกิน 15 วินาที เพราะถ้านานกว่านี้อาจทำให้เพิ่มความดันกะโหลกศีรษะ

2. Circulation ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอโดยการจับที่นอศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยให้หลอดเลือดไหลเวียนสู่หัวใจได้เพียงพอ ศีรษะไม่ควรบิดไปด้านใดด้านหนึ่งเพราะจะขัดขวางการไหลกลับของหลอดเลือดดำที่คอได้ ต้องประเมินสัญญาณชีพและการแสดงทางระบบประสาทบ่อยๆเพื่อค้นหาความผิดปกติ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น นอกจากนี้ดูแลให้สารน้ำในร่ายกายพร้อมทั้งติดตามสมดุลของเกลือแร่และน้ำในร่างกายพร้อมทั้งบันทึกจำนวนปัสสาวะ ส่วนใหญ่ในระยะแรกจะใส่สายสวนปัสสาวะส่วนใหญ่ในระยะแรกจะใส่สายสวนปัสสาวะไว้

3. Drug ดูแลให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนใหญ่จะเตรียมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเตรียมให้ยาช่วยเหลือซึ่งเหลือซึ่งการพิจารณาให้ยาเพื่อการรักษาที่จำเพาะของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งการรักษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มใช้รักษาเส้นเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) และกลุ่มที่ใช้รักษาโรคเลือดออกผิดปกติในกะโหลกศีรษะ (Hemorrhagic stroke)

ยารักษาโรคเส้นเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) ได้แก่

1.การให้ยาละลายลิ่มเลือด(Thrombolytic therapy) เมื่อเกิดอาการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนจะขาดเลือดจนเกิดภาวะการตายบางส่วนหรือขาดเลือดชั่วคราว ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีกยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ได้ดีได้แก่ Recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA)

หลักเกณฑ์การพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยต้องได้รับยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำภายในเวลา 3 ชั่วโมง หลังมีการอุดตัน ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 18 ปี มีอาการที่ชัดเจนหรือวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดความดันซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 185 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท ไม่มีอาการชัก มีการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าโปรทรอมบินทามส์ (Prothrombin time) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 วินาที ค่า INR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.7 ค่าเกล็ดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิดอื่น เช่น Warfarin หรือ Heparin ไม่มีประวัติเส้นเลือดสมองโป่งพอง ไม่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วันก่อนรับยา ไม่มีประวัติหลอดเลือดสมองหรือการได้รับบาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะหรือการผ่าตัดสมองภายใน 3 เดือนก่อนรับยา ไม่มีประวัติเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร หรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วันก่อนรับยา ขนาดและวิธีการให้ยา คือ 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขนาดสูงสุดให้ได้ไม่เกิน 90 มิลลิกรัม โดยให้ ร้อยละ 10 ของยาทางหลอดเลือดดำฉีดเข้าให้เวลามากกว่า 1 นาทีและที่เหลือให้แบบหยดในเวลามากกว่า 1 ชั่วโมง

พยาบาลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ภายใน 2 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นวัด 30 นาทีใน 6 ชั่วโมงต่อมา และวัดทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยา โดยดูแลระดับความดันโลหิตให้ความดันซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 105 มม.ปรอทติดตามค่าออกซิเจนและค่าก๊าซต่างๆในกระแสเลือด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาละลายลิ่มเลือดคือการมีเลือดออกในสมอง ซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และให้การรักษาในสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญ

2. การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว(Anticoagulants) ยาด้านการแข็งตัวของเลือดมีหน้าที่ยับยั้งการทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ยาด้านการแข็งตัวของเลือดได้แก่ Heparin แนวทางการปฏิบัติโดย AHA/ASA(American heart Association/ American Stroke Association)ไม่แนะนำให้มีการใช้ Anticoagulantsในผู้ป่วย Acute ischemic stroke เนื่องจากการศึกษาที่มีอยู่ได้แสดงให้เห็นว่าการได้รับยา Anticoagulants มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางระบบประสาทหรือป้องกัน Recurrent stroke และควรรอให้มีการศึกษามากกว่านี้ในกลุ่มผู้ป่วย Large vessel atherothrombosis ซึ่งอาจได้รับประโยชน์จากการได้ Anticoagulants นอกจากนี้ Anticoagulantsในผู้ป่วยกลุ่มอาการ stroke ปานกลางถึงรุนแรงพบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Intracranial bleeding อีกด้วย นอกจากนี้ยังรับประทานที่ใช้บ่อยในกลุ่มนี้ ได้แก่ Warfarin ซึ่งต้องสอนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีรับประทานและสังเกตอาการข้างเคียงที่สำคัญของยาที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น อาการไข้ รู้สึกไม่สบายรวมถึงคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะสีแดงหรือน้ำตาลเข้มอุจจาระสีแดงหรือดำ ภาวะเลือดออกที่ผิดปกติ เช่น ภาวะเลือดออกหยุดยาก เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ประจำเดือนมามากกว่าปกติ มีจุดแดงหรือจ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง

3. การให้ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) Aspirin เป็นยาด้านเกล็ดเลือดชนิดเดียวที่มีการสนับสนุนว่าได้ผลในการป้องกันหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลันแนะนำให้รับประทาน Aspirin ขนาด 325 มิลลิกรัม วันละครั้งถึงหนึ่งเม็ดทันทีถ้าไม่มีข้อห้าม มีการศึกษาทางคลินิกพบว่าทำให้ Aspirin ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวันภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการสามารถป้องกันการเกิด Recurrent ischemic strokeใน 2 สัปดาห์แรกแต่ไม่ได้ลดอัตราการตายและพบอัตราการเกิด Intracranial hemorrhage เพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่เมื่อประเมินที่ 6 เดือนหลังเกิดอาการพบว่า Aspirinสามารถลดอัตราการตายได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ยา จากการศึกษาดังกล่าว AHA/ASAจึงแนะนำให้ผู้ป่วย ischemic stroke ส่วนใหญ่รับ Aspirinภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมีอาการ โดยหากผู้ป่วยที่ได้รับ RT-PA ควรอย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนเริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วย

4. การให้ยากลุ่ม Neuroprotectant เป็นกลุ่มที่ใช้ป้องกันเซลล์ประสาทจากการถูกทำลายได้เมื่อเกิด ischemic โดยกลไกแตกต่างกันเช่น ป้องกันการกระตุ้นเซลล์โดยสารสื่อประสาท Glutamate ป้องกันการผ่านเข้าสู่เซลล์ของแคลเซียม เป็นต้น

5. การรักษาภาวะของสมองบวม การรักษาโดยให้ Mannitol 25-50 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 3-5 ชั่วโมง(ไม่เกิน 2 กรัมต่อกิโลกรัม/วัน) Furosemide 20-80 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4-12 ชั่วโมง

สามารถลดภาวะสมองบวมได้แต่ถ้ายังมีภาวะสมองบวมอยู่หรือบวมมากขึ้นควรใส่ท่อหายใจและช่วย Hyperventilation โดยให้ Partial pressure of carbon dioxide อยู่ที่ประมาณ 30-35 มม.ปรอท

6. การลดความหนืดของเลือด การให้สารน้ำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Dehydration ซึ่งจะทำให้ cerebral blood flow ลดลงเพราะมีความหนืดของเลือดมากขึ้นทำให้เกิดภาวะ ischemia เป็นมากขึ้น แต่ในกรณีที่มีสมองบวมควรจำกัดสารน้ำ และให้เป็น Isotonic solution หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีน้ำตาล

7. การรักษาความดันโลหิตสูง โดยการให้ยาลดความดันโลหิตจากสมองขาดเลือดหรือก่อนเลือดในสมองบวม ได้แก่

7.1 ยาขับปัสสาวะเช่น Lasix , Acetazolanide เป็นต้น

7.2 ยาเพิ่มความเข้มข้นของเลือดเช่น Mannitol เป็นต้น

7.3 ยาลดเมตาบอลิซึมของสมอง เช่น Barbiturate ซึ่งจะใช้ในรายที่สมองขาดเลือดสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้โดยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ยาที่ใช้รักษาโรคเลือดออกผิดปกติในกะโหลกศีรษะ(Hemorrhagic stroke) ได้แก่

1. ยารักษาการจับตัวเป็นลิ่มเลือดผิดปกติซึ่งทำให้เกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ เช่น ยา Recombinant factor 7 ใช้รักษาโรคฮีโมฟีเลีย สำหรับแก้ไขภาวะเลือดออกผิดปกติจากยาต้านการจับตัวเป็นลิ่มเลือดภาวะการจับตัวเป็นลิ่มเลือดผิดปกติจากการเสียเลือดมาก

2. ยาต้านการละลายลิ่มเลือดโดยการยับยั้งการกระตุ้น plasminogen และขัดขวางฤทธิ์ของ plasmin ทำให้ thrombin time ยาวขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ Trasamine

3. ยาลดความดันโลหิตรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีอยู่หลายกลุ่ม ที่นิยม เช่น Propranolol เป็นต้น การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่สามารถรักษาด้วยยาแล้วแพทย์อาจพิจารณาผ่าตัด ซึ่งสามารถทำได้ดังนี้

1. ภาวะสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke)

1.1 Carotid endarterectomy ผ่าตัดรักษาเส้นเลือดแดง Carotid ตีบหรืออุดตันเพื่อเอาก้อนเลือด, plaque ในหลอดเลือด Carotid ออกมีข้อบ่งชี้คือ เส้นเลือดอุดตันร้อยละ 90 ของรูหลอดเลือดหรืออุดตันร้อยละ 70 หรือมีอาการแสดงทางคลินิกของสมองขาดเลือด

1.2 Vascular bypass การตัดต่อเส้นเลือดสมองเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง

1.3 Decompressive craniectomy การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะลดความดันในกะโหลกศีรษะ

1.4 Craniotomy Thrombectomy การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำออก

2. ภาวะเส้นเลือดแตกในสมอง (Hemorrhagic stroke)

2.1 Craniotomy remove blood clot การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาก้อนเลือดออก

2.2 Craniotomy aneurysm clipping การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะหนีบเส้นเลือดโป่งพอง

2.3 Vascular bypass การผ่าตัดต่อเส้นเลือดสมองเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมองในกรณีที่มีการทำลายเส้นเลือดใน Fusiform aneurysm หรือ Giant aneurysm

2.4 Craniotomy resection of arterio-venous malformation การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตัดเส้นเลือดผิดปกติออก

2.5 CSF Diversion การผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินน้ำคั่งในโพรงสมองเช่นการผ่าตัดระบายน้ำในโพรงสมองออกนอกร่างกาย (Ventriculostomy) ระบายลงช่องท้อง (VP shunt)

2.6 Decompressive Craniotomy การผ่าตัดในศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

2.7 การใส่สายสวนในหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Cerebral angiography) และรักษาโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัดหรือมีความเสี่ยงต่อการดมยาสลบผ่าตัด เช่น อายุมาก โรคหลอดเลือดออกผิดปกติ

- Endovascular angiography & stent ใส่ท่อขยายหลอดเลือดเข้าไปในเส้นเลือดที่อุดตันที่คอและในกะโหลก, การรักษาเส้นเลือดโป่งพองในชนิด Fusiform aneurysm

- Embolization การส่งสารกึ่งแข็งกึ่งเหลวหรือการรักษาโรคเส้นเลือดผิดปกติ (เช่น AVM, AVF) หรือของแข็ง เช่น เส้นลวดขนาดเล็ก (Coiling) รักษาโรคเส้นเลือดโป่งพองในสมองเช่น Giant aneurysm Posterior circulation aneurysm balloon รักษา Carotid-Cavernous sinus fistula (CC fistula)

2) เมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน (Post Acute Phase)

การรักษาเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน คือ การรักษาในระยะผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่และผ่านระยะอันตรายไปแล้วเป้าหมายที่สำคัญ คือ รักษาหน้าที่เพื่อป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วที่สุดและดีที่สุด การรักษาในระยะนี้จะต้องคำนึงถึงการส่งเสริมให้เลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มมากขึ้น ลดอาการบวมของสมอง ซึ่งการใช้ยาสำหรับโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมาข้างต้นยังจำเป็นต้องใช้ในระยะนี้ด้วยนอกจากนี้อาจเริ่มฟื้นฟูสภาพ การป้องกัน การเตรียมเพื่อการกลับบ้านของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน การดูแลให้ความช่วยเหลือพร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยและดำรงชีวิตได้

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบได้บ่อยในระยะนี้ได้แก่

1. เสี่ยงต่อมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. เสี่ยงต่อมีภาวะพร่องออกซิเจน
3. เสี่ยงต่อการสำลัก
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดแผลกดทับ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก ข้อติดแข็งตลอดจนอุบัติเหตุ เป็นต้น
5. มีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. การดูแลลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดย

1.1 จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศาโดยระวังไม่ให้คอพับไปกด Carotid artery รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย หลีกเลี่ยงการก้มหรือเงยศีรษะ การหมุนคอมากเกินไปและหลีกเลี่ยงการงอสะโพกเพราะจะขัดขวางการไหลเวียนของเลือดดำได้

1.2 ดูแลให้ได้รับยาเพื่อลดภาวะสมองบวม ได้แก่ Mannitol ขนาด 0.5-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทางหลอดเลือดดำให้หมดภายในเวลา 20 นาที แล้วต่อด้วย 0.25-0.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 4-6 ครั้ง ต่อวัน Furosemide ขนาด 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

1.3 สังเกตอาการของความดันสมองสูง ได้แก่ Cushing response ซึ่งผู้ป่วยจะมีระดับความดันเลือด Systolic เพิ่มขึ้น >20 มิลลิเมตรปรอท และมี Pulse Pressure กว้าง หัวใจเต้นช้า หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้อาจพบอาการอาเจียนโดยไม่มีอาการคลื่นไส้ร่วมด้วย ชัก GCS ลดลง >2 คะแนน การตอบสนองต่อความเจ็บปวดลดลง

1.4 สังเกตอาการของ Brain herniation เช่น การรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงครึ่งซีก ขนาดของรูม่านตาไม่เท่ากัน ไม่มีปฏิกิริยาของแสง สูญเสีย Oculocephalic หรือ Oculovestibular reflexes โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมิน Neurological signs รวมทั้งวัดและบันทึก GCS หากมีอาการเปลี่ยนแปลงรีบรายงานแพทย์

1.5 การบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากหากมีอาการเปลี่ยนแปลงจะช่วยเหลือทันที วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ เกิน 38.5 องศาเซลเซียส ทำการเช็ดตัวลดไข้หลังจากนั้น 30 นาที วัดไข้ซ้ำ ถ้าไข้ไม่ลดให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันในสมองสูงรวมทั้งอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพสูงขึ้น

1.6 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ABG, CBC, Electrolyte

1.7 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลทุกครั้ง

2. การดูแลระบบทางเดินหายใจโดย

2.1 ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งมีการระบายอากาศที่ดี

2.2 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา รวมทั้งดูดเสมหะให้ถูกวิธีไม่ดูดนานเกิน 15 วินาที และ Hyperventilation โดยปั๊ม Ambu bag ก่อนและหลังการดูดเสมหะ

2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแนะนำเรื่อง Deep breathing exercise โดยให้หายใจเข้าลึกๆ หน้าท้องโป่ง หายใจออกยาวๆ หน้าท้องแฟบ และการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยแนะนำให้ผู้ป่วยทำ Deep breathing exercise ก่อน 2-3 ครั้ง โดยครั้งสุดท้ายให้กลืนหายใจไว้ 2-3 วินาทีแล้วไอออกมาแรงๆ เพื่อเพิ่มการขยายปอดและขจัดเสมหะที่คั่งค้างในปอด

3. การดูแลผิวหนังและการป้องกันแผลกดทับ

3.1 สังเกตรอยแดง รอยพุพอง หรือความผิดปกติของผิวหนังโดยเฉพาะปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับ และจัดหาที่นอนลมเพื่อลดแรงกดทับบริเวณผิวหนัง

3.2 ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกไม่ให้เปียกชื้นจากเหงื่อ อุจจาระและปัสสาวะ หลังจากทำความสะอาดเช็ดให้แห้งควรทาครีมและน้ำมันมะกอกป้องกันผิวแห้ง

3.3 หลีกเลียงไม่ให้ผิวหนังเสียดสีโดยไม่ลากดึงผู้ป่วยจะทำให้ผิวหนังถลอก ควรใช้วิธีเลื่อนตัวหรือพลิกตัวเป็นหลัก

3.4 ดูแลความสะอาดที่นอนผ้าปูให้เรียบตึงแน่น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดรอยย่นบริเวณที่นอนซึ่งหากผู้ป่วยนอนทับจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย

3.5 สังเกตการไหลเวียนของโลหิตบริเวณแขน ขา เนื่องจากหากเกิดลิ่มเลือดอุดตันจะทำให้แก่ไขข้อทั่วทั้งที่

4. การดูแลกล้ามเนื้อและข้อต่อ

4.1 ประเมินอาการอ่อนแรงของแขน ขา เปรียบเทียบกันทั้งสองข้างและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

4.2 ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวควรพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนบริเวณนั้นดีขึ้น ไม่เกิดแผลกดทับ

4.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆตามความสามารถของผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนท่า การลุกนั่ง การอาบน้ำหรือการเช็ดตัววันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น และการแปรงฟัน เป็นต้น

4.4 บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆรวมทั้งสอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยแขนข้างดีให้ทำ Active exercise โดยออกกำลังกายข้อต่างๆด้วยตัวเองและ Passive exercise โดยมีพยาบาลหรือญาติช่วยในการออกกำลังกายแขนขาข้างที่อ่อนแรงจัดท่าที่เป็นอัมพาตให้ตั้งตรงเพื่อป้องกันการเกิดข้อเท้าตกอาจให้ผู้ปวยนั่งเก้าอี้หรือรถเข็นเพื่อเปลี่ยนจุดถ่ายน้ำหนักตัว เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้นจึงฝึกการลุกนั่งบนเตียงเมื่อทรงตัวได้สมบูรณ์จึงฝึกการลุกยืนจนขาทั้ง 2 ข้างลงน้ำหนักตัวได้มั่นคงดีแล้วจึงฝึกเดินตามลำดับ

4.5 แนะนำวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อต่างๆเช่น การเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา และกล้ามเนื้ออื่นเพื่อเพิ่มความตึงของกล้ามเนื้อ

4.6 ถ้าผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ใช้ผ้าหรือหมอนเล็กๆหนุนบริเวณข้อสะโพกและเข่าให้อยู่ในแนวที่ถูกต้องปลายเท้าไม่หมุนออกป้องกันการผิดรูป

4.7 แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดเปลี่ยนท่าที่เหมาะสม ควรเปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมงโดยใช้หมอนเล็กๆรองใต้ศีรษะ สะโพก และไหลให้อยู่ในแนวตรงที่นอนต้องเรียบนุ่มพองร่างกายได้ทั้งตัว

4.8 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเต็มตามความสามารถ โดยให้ความเคารพในข้อจำกัดและไม่ลืมในเรื่องการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

4.9 สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่นๆเช่นการเขียนหนังสือ รับประทานอาหาร เป็นต้น โดยใช้แขนข้างที่ยังดีอยู่ควรเข้าไปพูดกับผู้ป่วยทางด้านที่เป็นอัมพาตเพื่อไปกระตุ้นการเรียนรู้และควรจัดของใช้ข้างเตียงในข้างปกติและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด

4.10 กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายการเคลื่อนไหวข้อต่างๆได้เต็มที่ผู้ป่วยที่มีอาการจำกัดการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของโรคต้องการการช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเพื่อขจัดเหตุที่ทำให้เกิดความจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านสภาพร่างกายและจิตใจจากความจำกัดดังกล่าว

5. การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้านโภชนาการ

5.1 ตรวจสอบปฏิกิริยาขย้อนและการกลืนก่อนเริ่มให้อาหารโดยทดสอบ Gag reflex ให้ผู้ป่วยอ้าปากและใช้ไม้กดลิ้นบริเวณด้านหลังคอประเมินปฏิกิริยาการขย้อนและทดสอบการกลืนโดยใช้มีดอวาทที่คอของผู้ป่วยบริเวณกล่องเสียงและบอกให้ผู้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายหากผู้ป่วยสามารถกลืนได้จะสามารถกลืนการเคลื่อนไหวบริเวณกล่องเสียงได้

5.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งก่อนรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการไอและการสำลักขณะหรือหลังรับประทานอาหาร

5.3 จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยควรเป็นอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูงและมีกาก

ใยเพื่อช่วยในการขับถ่ายผู้ที่มีอาการกลืนลำบากควรให้รับประทานอาหารที่ละน้อยให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารละเอียดก่อนกลืน

5.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ ถั่ว วิตามินซีสูง เช่น ผลไม้พวก ส้มทุกชนิด ผักใบเขียว พริก บร็อคโคลี่ มะเขือเทศ ฝรั่ง และมันเทศ เป็นต้น เพื่อเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย

5.5 ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2000-3000 ซีซี/วัน ถ้าไม่มีข้อจำกัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

5.6 สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดน้ำได้แก่ กระหายน้ำ ซีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว คอแห้ง

5.7 ติดตามผลโดยการบันทึกน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในแต่ละวัน

5.8 ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกสัปดาห์ถ้าทำได้ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อัลบูมิน

6. การขับถ่าย

6.1 สอนผู้ป่วยในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยใส่หมอนอนให้ถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมงโดยไม่ต้องรอให้รู้สึกว่ปัสสาวะเต็ม และช่วยนวดคลึงหน้าท้องและเหนื่อหัวเหน่าด้วยแรงพอสมควรพร้อมทั้งออกแรงเบ่งและสอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้หน้าท้องแข็งแรงโดยใช้ท่ายกก้นขึ้นลงวันละหลายๆครั้งเพื่อช่วยให้ขับปัสสาวะได้มากขึ้นและช่วยให้ปัสสาวะเหลือค้างได้น้อยที่สุด

6.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวและปิดมิดชิดเวลาขับถ่าย จัดให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่เหมาะสมและกระตุ้นการขับถ่ายโดยรดน้ำลงไปที่อวัยวะเพศหรือเปิดน้ำก๊อกให้ได้ยินเสียงน้ำไหล

6.3 ดูแลให้ไม่มีอาการท้องผูกเพราะถ้าท้องผูกมากจะใช้แรงเบ่งเป็นการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ ควรประเมินลักษณะและเวลาช่วงขับถ่ายปกติและช่วยให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวัน หากผู้ป่วยท้องเสียหรือมีอุจจาระเหลวควรรายงานแพทย์

7. การจัดสภาพแวดล้อม

7.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ได้แก่ การป้องกันพลัดตกหกล้ม การตกเตียงโดยยกไม้กั้นเตียงขึ้นเสมอหลังให้การพยาบาลในผู้ป่วยจัดวางของใช้ที่จำเป็นให้เป็นระเบียบและใกล้ให้ผู้ป่วยเอื้อมหยิบได้สะดวก การใช้กริ่งหรืออินเตอร์คอมเมื่อต้องการความช่วยเหลือและให้เวลาในการเคลื่อนย้ายหรือเดินไม่รีบเร่งเกินไป

7.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัวการรับรู้สิ่งแวดล้อม ความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกสัมผัส และอาการผิดปกติทางระบบประสาท หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวความสามารถในการป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆลดลง

7.3 ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสัมผัสบกพร่องควรหลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม การใช้กระเป๋าน้ำร้อนหรือใช้ด้วยความระมัดระวังทุกครั้ง ตรวจสอบอุณหภูมิของน้ำที่ใช้อาบทุกครั้ง และไม่ควรให้รับประทานอาหารที่ร้อนเกินไป

8. การดูแลด้านจิตใจ

8.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและความต้องการต่างๆ

8.2 ปลอดภัยและให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตัวเองและการฟื้นฟูสภาพช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นมีความเข้าใจในแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง

8.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกข้อขัดข้องใจตามความต้องการเพื่อทราบความในใจซึ่ง คุกคามจิตใจและช่วยเหลือให้เกิดความคลี่คลาย

8.4 เข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยซึ่งแสดงออกทางใบหน้าท่าทางและคำพูด

8.5 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนกับทีมฟื้นฟูสุขภาพเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสนุกกับ กิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาจทำได้ด้วยตนเองหรือทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อทำให้เกิดอารมณ์ร่วมและสนุกสนาน

8.6 ในกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วยกิจวัตรที่นุ่มนวล เต็มใจช่วยเหลือเนื่องจากผู้ป่วยที่ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้โดยอิสระ จากสภาวะความ เจ็บป่วยเป็นต้นเหตุนั้น ย่อมทุกขใจมีความคับข้องหรือกังวลใจ เพราะรู้สึกว่าตนเองพึ่งพาผู้อื่นถูกตัดออกจาก สังคมต้องปรับตัว หรือทำอะไรอีกหลายอย่างไม่คุ้นเคยซึ่งการตอบสนองต่อสภาวะที่ถูกจำกัดจะแตกต่างและ มีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นในการให้ความดูแลช่วยเหลือจึงต้องคำนึงถึง ที่มาของปัญหาและคิดหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Post stroke rehabilitation)

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมายสำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะ ช่วยเหลือตนเองและมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดซึ่งสามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมง หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอาการนั้นๆเริ่มคงที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสูญเสียความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันโดยประเมินได้จาก Barthel Index ซึ่งใช้เป็นดัชนีวัดความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงจากเตียง การปัสสาวะ การ ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว การแต่งตัว และการขับถ่ายอุจจาระ โดยเปรียบเทียบระดับความสามารถผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลรักษา

กระบวนการฟื้นฟูสภาพนี้จัดเป็นกระบวนการที่ต้องจัดทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย หลังจากประเมินผู้ป่วยและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมผู้รักษาแล้ว ทีมผู้รักษาจะจัดแผนการรักษาเพื่อบำรุงส ุ่เป้าหมายนั้นๆการฟื้นฟูเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้นๆมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้น เท่าที่สภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคมของบุคคลนั้นเอื้ออำนวยเพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้อย่างปลอดภัย ยืนยาว และดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลมีส่วนร่วมใน การตั้งเป้าหมายและฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นๆ พยาบาลและแพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลประสานงานให้ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอรรถบำบัด นักโภชนาการ และทีมสุขภาพในชุมชน ร่วมวางแผนและให้การช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่

1.กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวและกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน

การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยิบข้อและช่วยเหลือตัวเองได้ อาจส่งผลให้เกิดข้อยึด ติดผิดรูปตามมา ส่วนใหญ่จะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงปวดเมื่อยมากกว่า 48 ชั่วโมงแรกถ้ามีการช่วยเหลือ แก่ไข จะทำให้เกิดการฟื้นฟูตัวของกล้ามเนื้อถ้าไม่รีบแก้ไขโอกาสฟื้นฟูจะน้อยลงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังจากมีอาการไปแล้ว 6 เดือนซึ่งในช่วงแรกควรให้การดูแลรักษา ดังนี้

1.1 การจัดทำในผู้ป่วยช่วยป้องกันข้อติดผิดรูปและแผลกดทับ ได้แก่

ก) ทำนอนหงาย ให้ผู้ป่วยนอนหมอนหนุนศีรษะไปข้างที่เป็นอัมพาตแล้วใช้หมอนบางๆหนุนไหล่และต้นแขนที่เป็นอัมพาตพร้อมทั้งป้องกันเท้าตกโดยใช้กระดาษหรือหมอนแข็งๆดันเท้าให้ตั้งตรงส่วนมืออาจใช้ผ้าผืนกว้างมัดไว้ที่มือ

ข) ทำนอนตะแคง จัดทำให้ลำตัวตรง ถ้าต้องการตะแคงข้างที่ดีให้จัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้โหล่งมไปด้านหลังขาข้างอัมพาตจัดให้งอวางบนหมอน แต่ถ้าต้องการตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาตให้จัดโหล่งข้างที่เป็นอัมพาตให้งอไปด้านหลัง ปลายแขนหงายมือ ขาข้างที่เป็นอัมพาตจัดเหยียด แต่สามารถงอเข้าได้เล็กน้อย ขาข้างที่ดีอยู่ด้านบนหมอนไม่ให้ทับข้างที่เป็นอัมพาต

ค) ทำนั่ง เก้าอี้ที่นั่งควรสูงระดับที่ผู้ป่วยสามารถวางเท้าให้ติดกับพื้นได้ และควรมีหมอนหนุนรองบริเวณแขนข้างที่เป็นอัมพาต เพื่อป้องกันข้อไหล่เคลื่อนหลุด

1.2 การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มพลังของข้อ และการทรงตัว สามารถทำได้ดังนี้

ก) กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีกำลังกล้ามเนื้อและไม่มีภาวะเกร็ง พยาบาลหรือผู้ดูแลสามารถช่วยขยับข้อเพื่อคงพลังของข้อไว้ ประมาณข้อละ 5-10 ครั้งอย่างน้อย 1 รอบ

ข) กรณีไม่มีกำลังกล้ามเนื้อแต่มีภาวะเกร็ง พยาบาลผู้ดูแลสามารถช่วยขยับข้ออย่างน้อย 5-10 ครั้งวันละ 2 รอบ

ค) ถ้ามีกำลังกล้ามเนื้อดีให้ออกกำลังกายเอง

ง) พรีกษานักกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการกระตุ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อซึ่งนักกายภาพบำบัดอาจใช้ Electrical stimulation (ES) ตีบริเวณที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบและคงพลังของข้อ

จ) แนะนำผู้ป่วยสวมรองเท้าหุ้มข้อมีพื้นรองเท้าเป็นยางเพื่อให้มีแรงเสียดทานมากเป็นการป้องกันการลื่นหกล้มบริเวณที่ออกกำลังกายต้องเป็นพื้นเรียบไม่ขรุขระ และไม่ควรยืนบนเก้าอี้และโต๊ะอย่างเด็ดขาดเพราะจะทำให้เสียหลักและล้มลงได้ง่าย

2. กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก

ภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อยึดติดผิดปกติ เกิดผลจากการสูญเสียสี อากาเร็บปวด หรือเป็นอุปสรรคในการจัดทำ การแก้ไขกล้ามเนื้อกระตุกสามารถทำได้โดย การออกกำลังกายด้วยวิธีดัดยืดกล้ามเนื้อและอาจใช้ Esและอุปกรณ์เสริมเพื่อป้องกันข้อติดผิดปกติเช่น การใช้ Ankle foot orthosis (AFO) และ Hand splint นอกจากนี้บางรายอาจต้องใช้ยาลดเกร็ง เช่น Diazepam ,Baclofen เป็นต้น

3. ความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ

ปัญหาการรับรู้ความรู้สึกลดลงของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดแผลกดทับ ดังนั้นจึงต้องแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการตรวจดูผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะหมั่นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงไม่ใช้ของร้อนหรือเย็นจัดวางบนส่วนที่รับรู้ความรู้สึกลดลงเพราะอาจทำให้เกิดแผลได้

4. การเคลื่อนย้ายตัวและการเคลื่อนที่

ผู้ป่วยที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญที่ต้องสอนผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวเพราะนอกจากเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

แล้วผู้ป่วยจะมีความมั่นใจที่จะไปใช้ชีวิตอยู่บ้านได้ การสอนควรเริ่มจากการเคลื่อนไหวง่ายๆ ก่อนก่อนที่จะเริ่มให้ผู้ป่วยเดิน เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง จากเตียงลงไปหัดยืน การเคลื่อนไหวไปบนรถเข็นจนกระทั่งสามารถหัดเดินได้

4.1 การเคลื่อนไหวบนเตียง พยาบาลสอนให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวบนเตียงโดยใช้เท้าข้างที่ตีพุงข้างที่อ่อนแรงวางมือที่อ่อนแรงบนหน้าอกหรือหน้าท้องเพื่อป้องกันอุบัติเหตุส่วนมือที่แข็งแรงวางยันลงบนที่นอนหรือจับขอบที่นอนไว้

4.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนข้างใดข้างหนึ่ง สามารถช่วยเหลือตนเองลงจากเตียงมาลงเดินได้โดยการหันข้างที่แข็งแรงที่เข้าหาบริเวณที่จะเคลื่อนตัวไป เพื่อจะได้ใช้แรงจากมือข้างที่ดีจับยึด และขาข้างดีช่วยพยุงตัวป้องกันการหกล้มได้

4.3 การฝึกเดิน การฝึกเดินต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยจะใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย กำลังกล้ามเนื้อของขาที่อ่อนแรง การช่วยเหลือผู้ป่วยฝึกเดินจะต้องมีการประเมินความพร้อมและผู้ป่วยจะต้องมีเทคนิคที่ดี เพื่อป้องกันผู้ป่วยหกล้ม การจัดเตรียมราวจับและกระจกให้ฝึกเดินพร้อมทั้งต้องได้รับการฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรงเมื่อสามารถเดินได้พอควรจึงฝึกการเดินขึ้นลงบันไดโดยใช้ขาที่ดีเดินขึ้นบันไดก่อนในขณะที่ขึ้นลงบันไดใช้ขาข้างที่อ่อนแรงก้าวลงก่อน

5. อาการกลืนลำบาก

อาการกลืนลำบาก(Dysphasia)เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการสำลักและปอดอักเสบ จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอและป้องกันการสำลัก ควรแนะนำให้เริ่มฝึกเมื่อผู้ป่วยขยับกล้ามเนื้อปากและยกคอหอยขึ้นในการกลืนน้ำลายได้ การฝึกกลืนควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยพร้อมโดยเริ่มสอนการให้ออกกำลังกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น การยืงฟัน กัดฟัน ห่อลิ้น เป็นต้น ขณะกลืนให้จัดท่านั่งตรง ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้า เวลากลืน หันหน้าไปทางด้านที่อ่อนแรง หรือเอียงศีรษะไปด้านที่แข็งแรง ควรเริ่มจาก หัดดื่มน้ำจากช้อนชาก่อน แล้วค่อยฝึกกลืนของเหลวที่ข้นขึ้นได้ อาจปรับเปลี่ยนอาหารเป็นลักษณะหนืดข้นคล้ายอาหารที่บ่อนทารก เช่น เยลลี่ โจ๊กปั่นข้น อาการที่ควรระวังเรื่องการกลืนคืออาการไอหลังจากกลืน พุดมีเสียงเปลี่ยนเหมือนมีน้ำหลังจากกลืนน้ำหรืออาหาร

6. การขับถ่าย

ปัญหาที่พบบ่อยคือการกลืนปัสสาวะไม่ได้ความสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองน้อยลงและยังมีปัญหาการสื่อความหมายจึงบอกใครไม่ได้ควรช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำถ่ายปัสสาวะเป็นเวลาบันทึกการดื่มน้ำ ส่วนอาการท้องผูก ควรแนะนำให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอรับประทานอาหารที่มีกากใยจัดเวลาขับถ่ายที่เหมาะสม อาจให้ดื่มน้ำอุ่น กดนวดหน้าท้องตามแนวลำไส้ใหญ่ พร้อมทั้งจัดทำให้ผู้ป่วยโน้นตัวไปข้างหน้าเพื่อเพิ่มแรงดันในช่องท้องท้องร่วมกับนั่งถ่ายบนโถนั่ง และอาจใช้ยาถ่ายได้หากจำเป็น

7. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุด และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากไม่ค่อยร่วมมือในการฟื้นฟู นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสมรรถภาพสมองด้านอื่นๆ เช่น ความจำ สมาธิ สามารถรักษาด้วยยาต้านการซึมเศร้า แต่อาจรักษาแบบไม่ต้องใช้

ยากี่ได้โดยดูแลสุขภาพกาย ได้แก่ ให้สารอาหารที่เพียงพอ กระตุ้นการออกกำลังกาย และปรับแผนการนอนให้เป็นปกติและการทำจิตบำบัด

8. ปัญหาด้านการสื่อความหมาย

ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาด้านการสื่อสารโดยทั่วไปการสื่อสารบกพร่องแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความบกพร่องในการใช้ภาษาและความผิดปกติในการพูดความบกพร่องในการใช้ภาษาแบ่งเป็นความบกพร่องเฉพาะการแสดงออกทางภาษา เรียกว่า Motor aphasia และความบกพร่องในการเข้าใจภาษา เรียกว่า Sensory aphasia ผู้ป่วยบางรายมีความบกพร่องทั้งด้านความเข้าใจและการแสดงออกทางภาษาเรียกว่า Global aphasia ความผิดปกติทางการพูดประกอบด้วยพูดไม่ชัด (Dysarthria) เสียงเปลี่ยน (Dysphonia) และตั้งใจพูดไม่ได้ (Dyspraxia) โดยทั่วไปการฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสารมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถพูด ฟังเขียนและอ่านเข้าใจ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความบกพร่องมากจนไม่สามารถฝึกฝนได้นักการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นโดยใช้ความสามารถของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ร่วมกับการใช้ท่าทางหรือรูปภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสื่อสารกันได้ เป็นการลดความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้นจึงต้องประเมินผู้ป่วยก่อนจึงจะให้การรักษาที่ถูกต้องซึ่งการแก้ไขอาการพูดไม่ชัดอาจทำได้โดยถ้าผู้ฟังไม่เข้าใจต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบบ เพื่อให้พูดซ้ำ อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยพูดไปเรื่อยๆ ควรแนะนำให้พูดช้าลงแนะนำให้ใช้ประโยคใหม่ที่เข้าใจง่ายและสั้นกว่าเดิม หรือพูดให้ผู้ป่วยพูดตามทีละคำ หากขั้นตอนข้างต้นไม่ได้ผล แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบอกเป็นตัวเลข หรือให้เขียนแทน ส่วนในรายที่มีอาการและไม่สามารถเขียนได้อาจใช้วิธีชี้ตัวอักษรบนแผ่นป้ายแล้วอ่านให้ผู้ผู้ป่วยฟังดังๆ และให้ผู้ผู้ป่วยอ่านตามหรือเลือกเขียนคำหรือประโยคที่ใช้บ่อยไว้บนกระดาน เพื่อให้สื่อสารได้เร็วขึ้น

9. การทำกิจวัตรประจำวัน

ปัญหาจากความบกพร่องของประสาทสั่งการยังเป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลระยะแรกอาจยังต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือญาติจากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มเรียนรู้การใช้แขนขาข้างที่ตีมาดูแลตนเองจึงมีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพื่อระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายและภายหลังจำหน่าย และการจัดการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

การประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index)

1) การรับประทานอาหาร

ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)

มีคนช่วยบางส่วน เช่น ตัดเนื้อ เตรียมอาหารไว้ให้ (5)

ทำได้เอง (10)

2) การขึ้นลงจากเตียง

ลุกจากเตียงไม่ได้ (0)

ลุกนั่งได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน (5)

- ลูกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือน้อย (10)
 ลูกนั่งได้ ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง (15)
- 3) ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม
 ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
 ทำได้เอง (5)
- 4) การเข้าห้องน้ำ
 ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
 มีคนช่วยเหลือได้บางส่วน (5)
 ทำเองได้ (10)
- 5) การอาบน้ำ
 ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
 ทำเองได้ (5)
- 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน
 นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้ (0)
 นั่งบนรถเข็นไปได้ไกล 50 หลา (5)
 เดินได้ไกล 50 หลาโดยมีคนช่วยเหลือเล็กน้อย (10)
 เดินได้เองอาจใช้ไม้เท้าช่วย (15)
- 7) การขึ้นบันได
 ขึ้นบันไดเองไม่ได้ (0)
 ขึ้นบันไดได้แต่ต้องการคนช่วยเหลือเล็กน้อย (5)
 ขึ้นบันไดเองได้ อาจต้องเกาะราวช่วย (15)
- 8) การแต่งตัว
 ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
 มีคนช่วยบางส่วน (5)
 ทำเองได้ รวมทั้งติดซิป ติดกระดุม (10)
- 9) การถ่ายอุจจาระ
 อุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย (0)
 อุจจาระได้เองเป็นส่วนใหญ่ ต้องการคนช่วยสวน
 หรือเหน็บยาเป็นบางครั้งไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์ (5)
 ทำเองได้สวนหรือเหน็บยาเองได้ (10)
- 10) การปัสสาวะ
 ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน (0)
 สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน (5)
 ปัสสาวะเองได้ (10)
- การแปลผลของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ (คะแนน เต็ม 0 – 100)

- 0 – 20 = สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด
 25 – 45 = สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันมาก
 50 – 70 = สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันปานกลาง
 75 – 95 = สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันน้อย
 100 = ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีคนช่วย

10. ความสามารถในการเรียนรู้จดจำ

ปัญหาจากการบกพร่องจากการทำหน้าที่บางส่วนของสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ hippocampus และ prefrontal cortex ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้จดจำ โดยเฉพาะในเรื่องของการมีสมาธิ การเรียนรู้จดจำ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปปฏิบัติตัวได้ พยาบาลสามารถส่งเสริมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถด้านนี้เพิ่มมากขึ้น โดยการสื่อสารประโยคที่สั้น เข้าใจง่าย อาจต้องพูดซ้ำ และเลือกสิ่งสำคัญในการพูดเป็นอันดับแรก บางครั้งอาจต้องเขียนหรือให้ภาพประกอบในการแนะนำ นอกจากนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการรับรู้เวลา และสถานที่ที่จะช่วยให้ความสามารถด้านนี้ดีขึ้น

11. ปัญหาด้านการเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจ

ปัญหาด้านการเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจเป็นภาวะที่พบได้ภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกขวา โดยผู้ป่วยจะไม่ใส่ใจหรือสนใจกับวัตถุหรือบุคคลที่อยู่ทางตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพสมองกระตุ้นให้ผู้ป่วยใส่ใจกับวัตถุที่อยู่ทางด้านที่ผู้ป่วยไม่สนใจ เช่น บอกให้ทราบถึงสิ่งของด้านนั้นๆ หรือการวางของของผู้ป่วยขอบไว้ทางด้านที่ถูกเพิกเฉยจะช่วยกระตุ้นการรับรู้ส่วนนี้ได้ นอกจากนี้อาจใช้แว่นที่ทำด้วย Fresnel prism ปิดส่วนที่ผู้ป่วยเคยชินกับการมอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหันมาใส่ใจกับด้านที่ถูกเพิกเฉยไปได้

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มต้นที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวน ในเรื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลตนเอง การวางแผนควรกระทำตั้งแต่วันแรกที่นอนในโรงพยาบาล ดังนี้

- การเตรียมที่อยู่ที่เหมาะสมปลอดภัย
- การเตรียมเครื่องช่วยในการดำเนินชีวิต
- การเตรียมผู้ช่วยเหลือ
- การเตรียมวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

การเตรียมที่อยู่ปลอดภัย

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีร่างกายที่ไม่แข็งแรง เช่น การอ่อนแรงของแขนขา ดังนั้นเมื่อได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน จึงจำเป็นต้องเตรียมสถานที่เพื่อให้ปลอดภัยและส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพดำเนินไปอย่างรวดเร็วโดยต้องจัดเตรียมดังต่อไปนี้

- ควรมีการประเมินสภาพที่อยู่อาศัยและร่วมวางแผนกับผู้ดูแลและทำอะไรให้ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องอาหารอยู่ในชั้นเดียวกัน หรือจะปรับสภาพอย่างไร เพื่อที่จะสามารถให้ผู้ป่วยเดินช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด

- เพียง ผู้ป่วยที่ยังช่วยตัวเองไม่ดี หรือรับประทานอาหารเองไม่ได้ควรเตรียมเตียงให้ลักษณะเหมือนเตียงโรงพยาบาลพื้นเตียงควรเป็นพื้นไม้โดยสามารถปรับหัวเตียงและมีราวสำหรับผู้ป่วยยึดจับสำหรับพลิกตัวเตียงควรมีความสูงพอเหมาะที่จะดูแลผู้ป่วยได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถนั่งที่ขอบเตียงโดยเท้าแตะพื้น

- หากผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตัวด้วยตัวเองอาจมีความจำเป็นต้องใช้เตียงลมเพื่อป้องกันแผลกดทับ
- ไม่ควรมีของตกแต่งชั้นเล็กชั้นน้อยวางตามชั้นต่างๆยกเว้นใส่ไว้ในตู้มีฝาปิดเพราะอาจตกแตกได้
- ควรติดราวไว้ในห้องน้ำและทางเดินเพื่อให้ผู้ป่วยยึดเวลาเดิน
- ดูเรื่องแสงต้องสว่างของทางเดินให้เพียงพอ
- ไม่ควรมีธรณีประตูเพราะผู้ป่วยอาจสะดุดได้

การเตรียมเครื่องช่วยในการดำเนินชีวิต

- การเตรียมเครื่องช่วยในการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อต้องกลับบ้าน ความผิดปกติที่พบส่วนใหญ่ได้แก่อาการอ่อนแรงของแขน ทำให้ไม่สามารถเดินได้เป็นปกติ และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จึงควรต้องมีเครื่องช่วยเดินเช่น

- cane ไม้เท้าช่วยเดิน อาจมีขาเดียวหรือ 3 ขา หรือ 4 ขา เหมาะสำหรับประคอง
- walker เป็นคอกสี่เหลี่ยมมี 4 ขา ใช้สำหรับประคองตัว
- braces อุปกรณ์ให้ข้อเท้า และเท้าอยู่ในตำแหน่งที่เดินได้
- wheelchair รถเข็นนั่ง

การเตรียมช่วยเหลือ

โดยทั่วไปผู้ดูแลมักจะเป็นญาติของผู้ป่วยเอง เช่น สามีหรือภรรยา หรือลูกพี่ลูกน้อง หรือเพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งผู้ดูแลควรได้รับการอบรมหรือคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านดังนั้นก่อนกลับบ้านต้องประเมินความสามารถของผู้ดูแล ดังนี้

1. สามารถทำกายภาพบำบัดตามแพทย์สั่งได้หรือไม่
2. สามารถจัดยาตามแพทย์สั่งได้หรือไม่
3. สามารถช่วยผู้ป่วยอาบน้ำแปรงฟัน ขับถ่าย แต่งตัวได้หรือไม่
4. สามารถช่วยผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เดินด้วย cane , walker ได้หรือไม่
5. สามารถให้อาหารตามแพทย์แนะนำได้หรือไม่และต้องเน้นให้ผู้ดูแลพึงระวังเรื่องปัญหาการกลืน เพราะอาจจะมีผลให้เกิดปอดบวมได้

ช่วงที่ออกจากโรงพยาบาลถือว่าเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่บ้านมักจะเอื้ออำนวยต่อความพิการน้อยกว่าที่โรงพยาบาลนอกจากนี้ผู้ดูแลที่บ้านยังขาดความชำนาญและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจึงควรนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามความก้าวหน้าภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน

1 เดือน การติดตามผู้ป่วยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังคงระดับความสามารถที่เคยฝึกฝนไป ได้หรือไม่และสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวได้มากน้อยเพียงใดหลังจากนั้นให้ประเมินและติดตามเป็นระยะ โดยมีหัวข้อดูแลดังนี้

1. รักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะข้อยึดติด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น
2. ป้องกันไม่ให้อัตลักษณ์ความสามารถถดถอยสาเหตุของการถดถอยส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาในการปรับตัวหรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของญาติและผู้ดูแลที่คิดว่าผู้ป่วยเหลือตนเองไม่ได้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือตลอด

3. สุขภาวะและการปรับตัวของครอบครัวและผู้ดูแล

เมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสภาพแวดล้อมได้ดีแล้วผู้ป่วยมักจะเริ่มหากิจกรรมที่ตัวเองเคยทำได้ก่อนเกิดโรคเพื่อมาเติมเต็มชีวิตให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การดูแลบ้าน การออกไปซื้อของ การขับรถ การประกอบอาชีพ และกิจกรรมการต่างๆ ในขณะเดียวกันทีมสุขภาพต้องคอยเป็นที่ปรึกษา เป็นกำลังใจ และให้การเกื้อหนุนแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เตรียมวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

การวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน นอกจากการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถทำงานได้ตามปกติแล้วยังเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นด้วย ทั้งนี้ แนวทางในการฟื้นฟูจะทำต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ดังนั้นแนวทางการฟื้นฟูสภาพควรประกอบไปด้วย

1. การป้องกันการเกิดซ้ำโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
2. การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
3. การส่งเสริมส่วนที่ไม่มีปัญหาให้มีสภาพที่ดีที่สุด เช่น การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่ดี
4. การรักษาแก้ไขปัญหาลักษณะของร่างกายที่ผิดปกติที่สุดสูญเสียความสามารถ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่อ่อนแรง การฝึกใช้มือที่อ่อนแรง เป็นต้น
5. การป้องกันและแก้ไขปัญหาลักษณะสูญเสียความสามารถที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่มีภาวะเบาหวานเพื่อป้องกันอาการปวดเท้า การออกกำลังกายเพื่อคงพลีของข้อต่อ เป็นต้น
6. การใช้กายอุปกรณ์เพื่อช่วยให้อัตลักษณ์ความสามารถดีขึ้น เช่น การใช้กายอุปกรณ์เสริมประคองข้อเท้าแก้ปัญหาลายเท้าตก และใช้ไม้เท้าช่วยในการเดิน เป็นต้น
7. การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกต่อการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การติดราวเพื่อใช้เกาะยึดความมั่นคง ปรับลักษณะอาหารให้กินได้ง่าย
8. การประคับประคองสภาพจิตใจ และฝึกฝนทักษะในการแก้ปัญหา

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วล้วนเป็นภาระแก่ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ตามลำดับ บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองควรมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะยาวและ

ระยะสั้น เพื่อจะได้ให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนได้สูงสุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะคงความพิการเหลืออยู่

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเป็นภาวะที่พบบ่อยนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอีกด้านหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานที่ควรได้รับการสนใจไม่น้อยไปกว่าปัญหาภาวะน้ำตาลสูงในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาล หรือยาฉีดอินซูลินปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือ ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาเพียงเฉพาะหน้าโดยละเลยการหาสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวหรืออาจเกิดความผิดปกติของสมองอย่างถาวรได้

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมายถึง ระดับน้ำตาล หรือกลูโคส ในเลือดต่ำกว่าปกติ (ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) เป็นภาวะที่ร้ายแรง หากรักษาไม่ทันอาจเป็นอันตรายได้

อาการแสดงและพยาธิสรีรวิทยา

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนั้นสามารถจำแนกได้เป็นชนิดที่รุนแรง (Severe hypoglycemia) และไม่รุนแรง (Mild hypoglycemia) โดย Severe hypoglycemia เป็นภาวะที่น้ำตาลต่ำในเลือดที่เกิดขึ้นแล้วผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขภาวะนี้ได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการชัก หหมดสติ มักเริ่มมีอาการผิดปกติเมื่อระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเริ่มมีความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้น อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic symptom) ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก หงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลีย ตาลาย เป็นลม
2. อาการทางระบบประสาท (Neuroglycopenic symptom) ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน พุดผิดปกติพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ชัก หหมดสติและเสียชีวิตได้

โดยทั่วไปเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเร็วมักจะเกิดอาการเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติก่อนในขณะที่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างช้า ๆ มักเกิดอาการทางระบบประสาท นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 2 แบบ บางรายอาจมีเพียงอาการทางระบบประสาทเพียงอย่างเดียวก็ได้การวินิจฉัยอาศัยเกณฑ์ตาม Whipple's Triad ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีอาการที่เข้าได้กับอาการของน้ำตาลต่ำในเลือด อาการดังกล่าวหายไปเมื่อได้รับน้ำตาลกลูโคส

การวินิจฉัยอาศัยการตรวจเลือดทางหลอดเลือด (Venous plasma glucose) ในทางปฏิบัตินิยมตรวจจากเจาะเลือดปลายนิ้ว ซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยรวดเร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจควรได้รับการยืนยันจากการตรวจเลือดทางหลอดเลือดดำอีกครั้ง

ชนิดและสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด แบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่

1. Fasting hypoglycemia เป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำในขณะอดอาหาร มักเป็นผลเนื่องจากการไม่สมดุลระหว่างการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากตับและการใช้กลูโคสที่เนื้อเยื่อส่วนปลาย แบ่งย่อยได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 เกิดจากการสร้างน้อย (underproduction) ได้แก่

1.1.1 ภาวะขาดฮอร์โมนบางชนิด เช่น ขาด growth hormone, cortisol

- 1.1.2 ความผิดปกติของเอนไซม์ (enzyme defect) มักพบในเด็ก เช่น ขาด glucose 6-phosphatase
- 1.1.3 ภาวะมี substrate deficiency เช่น การขาดอาหารที่รุนแรง
- 1.1.4 โรคตับ เช่น ตับแข็งหรือ hemochromatosis อันทำให้ตับสร้างน้ำตาลด้วยกลไก gluconeogenesis และ glycogenolysis ไม่ได้
- 1.1.5 ยาบางชนิด เช่น propranolol ที่อาจทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- 1.1.6 การกินเหล้า มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งซึ่งมักมีภาวะขาดอาหารร่วมนอกจากนั้น เหล้ายังยับยั้งเอนไซม์ pyruvate carboxylase ไม่ให้เกิดกระบวนการ gluconeogenesis รวมทั้ง ยับยั้งการนำ lactate, alanine และ glycerol ไปที่ตับ ทำให้กระบวนการสร้างน้ำตาลลดลง
- 1.1.7 ภาวะไตวาย ทำให้ยาถูกขับออกน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
- 1.2 เกิดจากการใช้น้ำตาลมาก (overutilization) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 1.2.1 กลุ่มที่มีระดับอินซูลินสูง (hyperinsulinism) เช่น เนื้องอกที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลิน ผู้ได้รับการฉีดอินซูลิน หรือรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด ยาบางชนิด เช่น ยา quinine ที่ใช้รักษามาลาเรียก็กระตุ้นให้หลั่งอินซูลินเพิ่มได้ sepsis มีการหลั่งอินซูลินเพิ่ม
 - 1.2.2 กลุ่มที่มีระดับอินซูลินปกติ ได้แก่ mesenchymal tumor, epithelial tumor, neuroendocrine tumor, hematologic malignancy กลไกที่ก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดจากเนื้องอกหลั่ง สาร insulin-like growth factor-II (IGF-II) หรือมีการเพิ่มการนำกลูโคสไปใช้ในก้อนเนื้องอกมากขึ้น
2. Postprandial hypoglycemia เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงหลังรับประทานอาหารส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 3-4 ชั่วโมง เช่น พบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร เช่น gastrectomy, pyloroplasty หรือ gastrojejunostomy เป็นต้น อันเป็นผลให้มี gastric emptying time เร็วขึ้น ดูดซึมน้ำตาลได้เร็วและมีการกระตุ้นให้หลั่งอินซูลินออกมา

การรักษา

1. ยืนยันว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจริง โดยการเจาะปลายนิ้วมือและควรเจาะเก็บเลือดดำจากเส้นเลือดเอาไว้สำหรับวัดระดับฮอร์โมนต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุต่อไป
2. การแยกระหว่าง Fasting และ postprandial hypoglycemia อาศัยประวัติ ระยะเวลาที่เกิดอาการ
3. หาสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมากมักพบ Fasting hypoglycemia ซึ่งต้องแบ่งว่าเป็นจาก underproduction หรือ overutilization โดยอาศัยระดับน้ำตาลในเลือดและประวัติร่วมกับตรวจร่างกาย
4. หาสาเหตุกระตุ้นให้เกิด เช่น ยารับประทาน หรือฉีดยาผิด การรับประทานได้น้อยหรือมีภาวะติดเชื้อเกิดขึ้น
5. การให้กลูโคส
 - 5.1 ให้ 50% กลูโคส 50 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดทันที ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลต่ำในเลือดมาไม่นานจะฟื้นสติทันที อาจฟื้นสติได้ช้าในผู้สูงอายุ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลต่ำในเลือดอยู่นาน
 - 5.2 เมื่อผู้ป่วยฟื้นแล้วจะให้ 10% D/N/2 หยดเข้าหลอดเลือดในอัตรา 100-200 มิลลิลิตร

ต่อชั่วโมง

5.3 ควรจะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีสาเหตุจากการได้รับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ชนิดที่มีฤทธิ์อยู่นานหลายวัน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีภาวะไตวายร่วมด้วย

การพยาบาล

1. การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเพื่อใช้ในการคิดและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยก่อนว่ามีข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากน้อยเพียงใด มีเรื่องใดที่ผู้ป่วยทราบเป็นอย่างดีแล้ว มีเรื่องใดที่ผู้ป่วยทราบแต่ยังไม่สมบูรณ์ มีเรื่องใดที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดและมีเรื่องใดที่ผู้ป่วยไม่ทราบ เพื่อนำมาวางแผนและหาวิธีการที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยในแต่ละเรื่องต่อไป

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

2.1 สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ พยาบาลควรจัดบริการให้ลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รับฟังความคิดเห็น เคารพในสิทธิความเป็นบุคคลและยอมรับความคิดเห็น

2.2 สิ่งแวดล้อมในด้านสื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เรื่องโรคเบาหวาน ได้แก่ แผ่นพับเอกสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นต้น โดยมีพยาบาลเป็นผู้อธิบายเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยมีปัญหา รวมถึงข้อสงสัย

3. เป็นที่ปรึกษาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรให้ความสนใจและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะที่เริ่มปฏิบัติเพื่อช่วยเป็นที่ปรึกษาให้แรงสนับสนุนหรือช่วยปรับแก้กิจกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

4. ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการใช้ยา ผู้ป่วยต้องใช้ทั้งพลังงาน และพลังใจที่จะทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองนั้นประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรพูดให้กำลังใจ ให้คำชมเชยอย่างสม่ำเสมอ แสดงความสนใจและเข้าใจถึงความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยความรู้สึก การรับรู้ของตน และเกิดความร่วมมือกันหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับ ผู้ป่วยในการรักษาและการดูแลตนเอง

6. ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมาย พยาบาลควรเป็นผู้คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษา

7. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง และกระตุ้นให้ญาติช่วยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

8. สอนทักษะในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ได้แก่

8.1 การสังเกตและการประเมินอาการน้ำตาลต่ำและสูงในเลือดต่ำ เพื่อที่จะแก้ไขได้

8.2 ทักษะทางการแพทย์ ได้แก่ การฉีดอินซูลิน การทำแผล การตรวจปัสสาวะ

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีระดับมหภาคทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการนำไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลอย่างกว้างขวางทั้งด้านการศึกษา ปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัย เนื้อหาประกอบด้วยทฤษฎีหลัก 3 ส่วน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory Of Self Care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory Of Self Care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory Of Nursing System) จุดเน้นของทฤษฎีนี้อยู่ที่ บุคคลและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยโอเร็มมีความเชื่อว่า บุคคลทำหน้าที่เป็นแหล่ง ประโยชน์สำคัญและมีศักยภาพในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพาตน ด้วยการริเริ่มกระทำ กิจกรรมอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และดำรงไว้ซึ่งชีวิต (Life) ภาวะสุขภาพที่ดี (Health) และความผาสุก (Well-being) ส่วนการพยาบาลนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม ศักยภาพ และสนับสนุนให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง และบุคคลที่ต้องพึ่งพาในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง รวมทั้งให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในวิชาชีพการพยาบาลและมีการนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความจริงในการพยาบาล โดยอธิบาย ทำนายหรือกำหนดแนวทางการพยาบาลและเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลตนเองว่า “การดูแลตนเองเป็นการ ปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และ ความเป็นอยู่อันดี”

ข้อตกลงเบื้องต้น (Major assumptions)

ข้อตกลงเบื้องต้นในทฤษฎี SCDNT แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อตกลงเบื้องต้นโดยชัดแจ้ง (Explicit Assumption) และข้อตกลงเบื้องต้นโดยนัย (Implicit Assumption) ซึ่งโอเร็มกำหนดขึ้นมาเนื่องจากข้อความบางข้ออาจไม่ใช่ความจริงที่เป็นที่สุด หรือไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นได้อย่างชัดเจนข้อตกลงเบื้องต้นโดยชัดแจ้ง

1. การพยาบาลเป็นปฏิบัติการที่พยาบาลกระทำอย่างเจตนาและมีเป้าหมายเพื่อยังประโยชน์แก่ผู้อื่น
2. บุคคลมีศักยภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ และเต็มใจที่จะดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการพึ่งพา
3. การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นของชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ พัฒนาการของมนุษย์ และความผาสุก
4. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล
5. บุคคลสามารถเรียนรู้การดูแลตนเองผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างบุคคล
6. การดูแลตนเองประกอบด้วยกิจกรรมอย่างเจตนา มีเป้าหมาย และมีการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง
7. มนุษย์มีศักยภาพในการแสวงหาหนทาง มีพัฒนาการ และสามารถใช้ในการสื่อสารเพื่อค้นหาความต้องการในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้
8. แต่ละบุคคลมีพลังอำนาจและความสามารถ อารมณ์ ความรู้สึกส่วนตัว ความสนใจ ความสามารถพิเศษ และค่านิยมแตกต่างกัน

ข้อตกลงเบื้องต้นโดยนัย

1. แต่ละบุคคลมีความแตกต่างจากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม
2. บุคคลควรจะพึ่งตนเองและมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
3. การดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นพฤติกรรมที่สามารถเรียนรู้ได้ภายใต้บริบทของกลุ่มและบริบทของสังคมวัฒนธรรม
4. การพยาบาลเป็นการกระทำและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล 2 คนขึ้นไป
5. วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคลากรสุขภาพ
6. ความสำเร็จในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (University Self-Care Requisites) และความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นองค์ประกอบของการป้องกันปฏิกิริยาต่อโรค (Disease) และ ความเจ็บป่วย (Illness) ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อการป้องกันโรค

แนวคิดหลักและนิยามความหมาย (Major concept and definition)

บุคคล (Agent) หมายถึง บุคคลผู้มีความสามารถในการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ในทฤษฎี SCDNT จะกล่าวถึงบุคคล 3 กลุ่ม คือ บุคคลผู้มีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agent) บุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-Care Agent) และบุคคลผู้ให้การพยาบาล (Nursing Agent)

ความสามารถ (Agency) หมายถึง เป็นสมรรถนะหรือความสามารถในการมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมดูแลตนเอง ทฤษฎี SCDNT จะกล่าวถึง Agency 3 รูปแบบ คือ ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถของบุคคลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-Care Agency) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency)

การดูแลตนเอง (Self-Care) หมายถึง การที่บุคคลที่มีวุฒิภาวะหรือผู้ใหญ่ (Mature) หรือผู้ที่กำลังเติบโต (Maturing) ริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต (Life) ภาวะสุขภาพ (Health) และความผาสุก (Well-Being) การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย บุคคลสามารถเรียนรู้การดูแลตนเองได้จากประสบการณ์ การศึกษา วัฒนธรรม ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care) หมายถึง การดูแลที่ปฏิบัติต่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอันเนื่องมาจากภาวะสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น ซึ่งมักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือในสังคมของบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agent) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ หรือกำลังเติบโต ซึ่งได้แก่ การมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ ในการกระทำอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-Care Agency) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ทำหน้าที่ผู้ดูแล ในการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือในสังคมของบุคคลนั้น คือ ผู้ที่เจ็บป่วย

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) หมายถึง ความสามารถเฉพาะของพยาบาลในการแสวงหาข้อมูล วินิจฉัย วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของแต่ละบุคคล

การกระทำอย่างเจตนา (Deliberate Action) หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจของบุคคล ซึ่งได้กระทำอย่างมีสติและมีเป้าหมาย เพื่อให้บังเกิดผลเปลี่ยนไปจากเดิมที่ไม่เคยมีสิ่งนี้อยู่

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) หมายถึง เป็นเป้าหมายของการดูแลตนเองมี 3 รูปแบบ คือ ความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตาม ความจำเป็นตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่พึ่งพาตนเองได้โดยสิ้นเชิง (ดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพาตนเองไม่ได้ เลย) หรือสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลได้เพียงบางส่วน (ดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพาตนเองได้ บางส่วน)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) หมายถึง ผลรวมของกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นของบุคคลได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง มี 2 ประเภท คือ ปัจจัยพื้นฐานสำหรับผู้รับบริการและปัจจัยพื้นฐานสำหรับพยาบาล ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานสำหรับผู้รับบริการ หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ เศรษฐฐานะทางสังคม ภาวะสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต แหล่งและความเพียงพอของทรัพยากร ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

2. ปัจจัยพื้นฐานสำหรับพยาบาล หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของพยาบาลในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้บุคคลหรือการช่วยเหลือให้บุคคล สามารถดูแลตนเองได้ ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิภาวะ ลักษณะทางกายภาพ การศึกษาอบรมด้านการพยาบาลที่ได้รับประสบการณ์ บทบาทในครอบครัว/ชุมชน ปัจจัยแวดล้อม ละปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยใด ๆ ในสภาพแวดล้อมซึ่งรวมไปถึงสถานการณ์แวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ รวมทั้งวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน

ภาวะสุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะปราศจากโรคเป็นภาวะที่โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลมีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคลคือการที่บุคคลนั้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองได้ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

ความผาสุก (Well-being) หมายถึง ไม่ใช่ภาวะปราศจากโรคแต่เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในระดับสุขภาพตามประสบการณ์ในอดีต นิยามความสุข จิตวิญญาณ และอุดมคติของแต่ละบุคคล ความผาสุกมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จด้านสุขภาพของบุคคล และความเพียงพอของแหล่งทรัพยากร

การพยาบาล (Nursing) หมายถึง ศิลปะในการให้ความช่วยเหลือ การให้บริการ และการใช้เทคโนโลยี ที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลมอบให้กับบุคคลที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เป็นความช่วยเหลือที่มีลักษณะเฉพาะ และแตกต่างไปจากการให้ความช่วยเหลือสามัญอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุกได้

ระบบการพยาบาล (Nursing System) หมายถึง ผลรวมของกิจกรรมที่พยาบาลกระทำ รวมทั้ง

ปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและครอบครัว มี 3 รูปแบบ คือ ระบบการพยาบาลเพื่อทดแทนให้ทั้งหมด ระบบการพยาบาลเพื่อทดแทนให้บางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้

เป้าหมายการพยาบาล (Goal Of Nursing) หมายถึง การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาในการที่จะ (1) ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (2) พ้นพ้นกลับสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์หรือใกล้เคียงกับสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด และ (3) เพื่อสร้างเสถียรภาพควบคุมหรือลดปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ

ปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Problem) หมายถึง การเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเองตามความจำเป็น การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) หมายถึง การกระทำอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนเพื่อ (1) ค้นหาว่าทำไมบุคคลจึงต้องได้รับความช่วยเหลือ (2) วางแผนการดูแลบุคคล (3) ปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือ บุคคลและ (4) ประเมินผลการช่วยเหลือ

การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics) หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดดูแล เป็นการกระทำโดยเจตนาเป็นระบบและมีเป้าหมาย ได้แก่ การทดแทนให้ทั้งหมด การทดแทนให้บางส่วน และการสนับสนุนให้ความรู้ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ได้แก่ การทำให้หรือทำแทน การแนะนำ การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อพัฒนาการและการสอน

ทฤษฎีหลักในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

(Three Interrelated Theories In Orem's Nursing Theory)

โอเร็มมีความเชื่อว่า SCDNT ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับศาสตร์ด้านการปฏิบัติหรือเป็นทฤษฎีปฏิบัติการ (Action Theory) ที่อธิบายบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลและผู้รับบริการ โดยตอบคำถามว่าต้องทำอะไร ทำไมจึงต้องทำ ใครควรจะทำ และควรทำอย่างไร เนื้อหาของ SCDNT ประกอบไปด้วย 3 ทฤษฎีหลักโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory Of Self-Care)

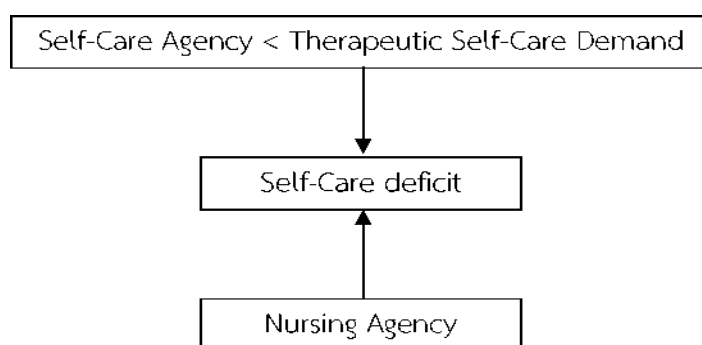
ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการดูแลตนเองของบุคคลคืออะไร ทำไมบุคคลจึงต้องดูแลตนเอง และบุคคลควรตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างไร การดูแลตนเองใน SCDNT มีความแตกต่างจากการดูแลตนเองโดยทั่วไป กล่าวคือ ต้องเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถเรียนรู้และกระทำอย่างเจตนาได้ มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่ง ชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก ที่สมบูรณ์ครบถ้วนหรือมีประสิทธิผล บุคคลที่มีวุฒิภาวะหรือผู้ที่กำลังเติบโตจะมีความสามารถในการปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ควบคุมปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของกระบวนการด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการ เพื่อป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บ ซึ่งรวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพาด้วย แต่ละบุคคลมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันไปตามอิทธิพลของอายุ พัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต สังคมวัฒนธรรม ภาวะสุขภาพ และแหล่งทรัพยากร

2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory Of Self-Care Deficit)

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองเป็นแก่นของ SCDNT ซึ่งอธิบายว่า ทำไมบุคคลจึงต้องได้รับการพยาบาลและควรได้รับเวลาใด บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีศักยภาพที่จะเรียนรู้

ตัดสินใจ และจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เพียงพอและต่อเนื่อง แต่หากบุคคลไม่มีความสามารถหรือขาดทรัพยากรที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมด หรือตอบสนองได้เพียงบางส่วน ก็จะทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) และเมื่อนั้นก็จะเกิดความจำเป็นที่ บุคคลจะต้องได้รับการบำบัดดูแลจากพยาบาลตามบทบาทหน้าที่แห่งวิชาชีพ (Legitimate Nursing) และ ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency)

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง อธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ทั้งนี้ ความพร่องในการดูแลตนเองอาจเกิดขึ้นอย่างถาวรหรือชั่วคราวก็ได้ การระบุความพร่องในการดูแลตนเองของบุคคลว่ามีข้อจำกัดในการดูแลตนเองตามความจำเป็นอะไรบ้าง จะเป็นแนวทางในการเลือกวิธีการดูแลการให้ความช่วยเหลือ และช่วยระบุบทบาทของผู้รับบริการและพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง แสดงตามภาพ ดังนี้



ความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด นอกเหนือไปจากรูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น แล้วโอริยังอธิบายเพิ่มเติมว่าแม้พยาบาลจะประเมินได้ว่าบุคคลมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Self-Care Agency > Therapeutic Self-Care Demand) ก็ไม่ได้หมายความว่าบุคคลไม่ต้องการการดูแลจากพยาบาล หากมีแนวโน้มว่าในอนาคตบุคคลอาจมีความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะน้อยลง หรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะมากขึ้นทั้งในเชิงคุณภาพ ปริมาณ หรือทั้งสองอย่าง ก็ยังมีความจำเป็นที่บุคคลจะต้องได้รับการดูแลจากพยาบาล

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory Of Nursing System)

ทฤษฎีระบบการพยาบาลแสดงให้เห็นโครงสร้างและองค์ประกอบของปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Self-Care Agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าพยาบาลควรให้การช่วยเหลือผู้รับบริการในการดูแลตนเองอย่างไร และการช่วยเหลือนั้นส่งผลต่อผู้รับบริการอย่างไร โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มั่นใจได้ว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการได้ถูกรับรู้ ตอบสนอง ปกป้อง และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา เพื่อให้สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลตนเองได้

พยาบาลจะให้การดูแลช่วยเหลือบุคคล เมื่อบุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแล

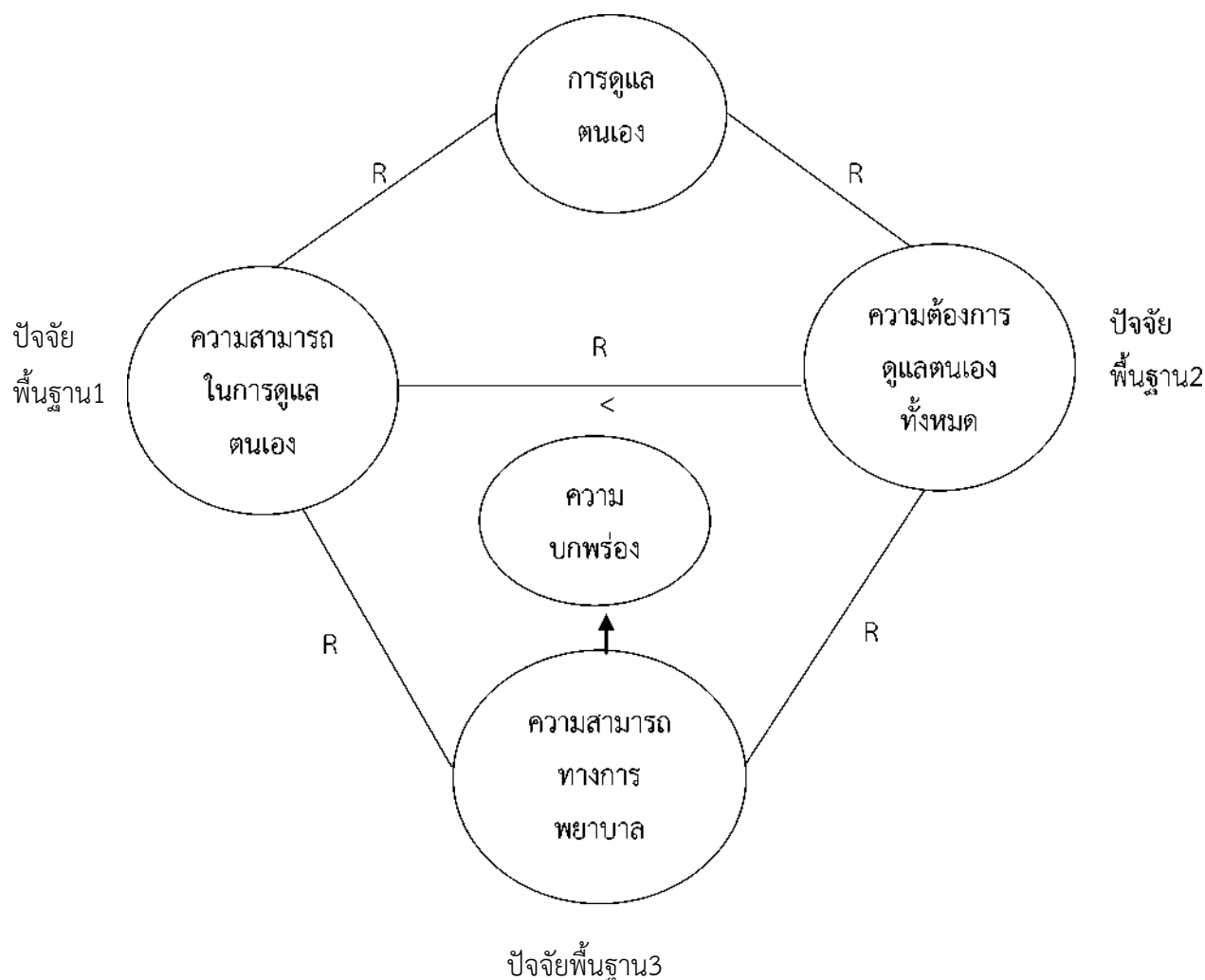
ตนเอง ทั้งหมดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ก่อนที่จะออกแบบปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อประกอบการตัดสินใจในการระบุความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของระบบการพยาบาลในการช่วยเหลือแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันไปตามการประเมินความต้องการและข้อจำกัดที่ทำให้บุคคล ไม่สามารถปฏิบัติหรือ กระทำการดูแลตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลที่เกิดขึ้นนั้น ก็จะมี ความแตกต่างกันไปตามระดับความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้ฝึกฝน พัฒนา และปรับปรุงทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งยังขึ้นอยู่กับความสามารถและพัฒนาการด้านวิชาชีพของพยาบาล ความสนใจที่จะแสดง ความสามารถทางการพยาบาล ปัจจัยภายในตัวพยาบาลเอง บริบทของสถานการณ์แวดล้อม หรือเงื่อนไขอื่น ๆ ที่ขัดขวางการให้การพยาบาล

แนวคิดสำคัญ 8 ประการในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Eight Important Concepts In Orem's Nursing Theory)

ทฤษฎี SCDNT มีแนวคิดพื้นฐานและเนื้อหาค่อนข้างมาก จึงอาจเกิดความสับสนในการทำ
เข้าใจ ดังนั้น การเพื่อแสดงเค้าโครงแนวคิดสำคัญก่อนการอธิบายโดยละเอียดในลำดับต่อไป ดังนี้
ตารางที่ 4 เค้าโครงแนวคิดสำคัญใน SCDNT

แนวคิดหลักที่เกี่ยวข้องกับบุคคล (Patient Related Concept)
1. การดูแลตนเอง (Self-Care) 2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) 3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) 3.1 ความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป (University Self-Care Requisites) 3.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นในระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)
แนวคิดหลักที่เกี่ยวข้องกับบุคคล (Patient Related Concept)
3.3 ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) 4. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) 5. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)
แนวคิดหลักที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (Nurse Related Concepts)
6. ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) 7. ระบบการพยาบาล (Nursing System) 7.1 การแบ่งระบบการพยาบาล (Types Of Nursing System) 7.1.1 ระบบการทดแทนให้ทั้งหมด (Wholly Compensatory System) 7.1.2 ระบบการทดแทนให้บางส่วน (Partially Compensatory System) 7.1.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educational System) 7.2 วิธีการช่วยเหลือ (Methods Of Helping)
แนวคิดหลักที่เกี่ยวข้องอื่นๆ (Peripheral Concept)
8. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

แนวคิดหลักทั้ง 8 ประการนี้มีความสัมพันธ์กันและประกอบกันเข้าเป็นโครงสร้างของทฤษฎี SCDNT โดยมี รายละเอียดของแต่ละแนวคิดหลัก ดังรูปภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
ที่มา : Orem, 1991 : 64

< หมายถึง น้อยกว่า

R หมายถึง ความสัมพันธ์

ปัจจัยพื้นฐาน 1 และ 2

ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ เศรษฐฐานะทางสังคมภาวะสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ รูปแบบการใช้ชีวิต แหล่งและความเพียงพอของทรัพยากร

ปัจจัยพื้นฐาน 3

ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ลักษณะทางกายภาพ บทบาทในครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ การศึกษาพยาบาลที่ได้รับ ประสบการณ์ทางการพยาบาล วุฒิภาวะ

1. การดูแลตนเอง (Self-Care)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่บุคคลซึ่งมีวุฒิภาวะหรือผู้กำลังเจริญเติบโต เป็นผู้กระทำด้วยตนเองอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย ซึ่งหากสามารถปฏิบัติ การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดความสมบูรณ์ของภาวะสุขภาพ บุคคลสามารถทำหน้าที่เพื่อการดำรงอยู่และมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเชื่อพื้นฐาน (Presupposition) ของการดูแลตนเอง 5 ประการ คือ

1.1 การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ดำเนินไปตามอัตตาของบุคคล (Ego-Processed Activity) และกระทำโดยสมัครใจ

1.2 การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่สามารถเรียนรู้ได้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล

1.3 บุคคลที่เป็นผู้มีสิทธิ (Right) และความรับผิดชอบ (Responsibility) ที่จะดูแลตนเองรวมทั้งมีความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาภายในครอบครัว และสังคมของตนเอง

1.4 การให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ หรือควบคุมดูแล เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลทารก เด็ก วัยรุ่น และผู้สูงอายุ

1.5 ในเวลาที่บุคคลไม่มีหรือขาดทรัพยากรบางส่วนในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลจะมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคลากรที่ทำงานด้านการบริการสังคม และบริการสุขภาพ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งกระบวนการชีวิต การส่งเสริมสุขภาพของตนเองและบุคคล ที่ต้องพึ่งพา

แนวคิดของโอเริ่มการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ : บุคคลต้องมีการแสวงหาความรู้หรือข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จากนั้นจึงพิจารณาความหมายของข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นที่มีต่อตนเอง และนำข้อพิจารณาตามการรับรู้ของตนมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และใคร่ครวญว่ามีพฤติกรรมใดสามารถปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกระทำและพิจารณาผลของการกระทำ : บุคคลดำเนินการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองโดยมีการกำหนดเป้าหมายก่อนการลงมือปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเลือกกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ เช่น จะต้องกระทำกิจกรรมอะไรบ้าง ทำอย่างไรจึงจะกระทำกิจกรรมเหล่านั้นได้ ต้องกระทำกิจกรรมนานเท่าใด กิจกรรมที่ต้องกระทำจะขัดขวางกิจกรรมในชีวิตประจำวันอื่น ๆ หรือไม่ ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นหรือไม่ และหลังจากที่ได้กระทำกิจกรรมไปแล้ว บุคคลจะมีการประเมินผลว่าการกระทำนั้นส่งผลต่อการดูแลตนเองอย่างไร ทราบได้อย่างไรว่าได้กระทำกิจกรรมอย่างถูกต้องหรือมีประสิทธิภาพ และหากต้องการความช่วยเหลือจะมีใครสามารถช่วยเหลือได้บ้าง

ขั้นตอนข้างต้นแสดงให้เห็นว่าบุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเฉพาะกิจกรรมที่มีความหมายต่อตนเองหรือเฉพาะที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง หรือมีลักษณะเป็นการบำบัดดูแล (Therapeutic Self Care) อย่างไรก็ตามบางกิจกรรมอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ ซึ่ง โอเริ่มไม่เรียกกิจกรรมเหล่านั้น ว่าเป็นการดูแลสุขภาพ (Non-Therapeutic) ดังนั้น การดูแลตนเองจะเป็นการบำบัดดูแลก็ต่อเมื่อกิจกรรมที่ปฏิบัตินั้นทำให้เกิดผลดีต่อบุคคล ได้แก่

สนับสนุนให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ ของชีวิต ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ

1. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการบรรลุภาวะของบุคคลเป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมตามศักยภาพของบุคคล

2. ป้องกัน ควบคุม รวมทั้งการรักษาบรรเทาอาการจากโรคและการบาดเจ็บ

3. ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นและชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพที่ได้เกิดขึ้นแล้ว

4. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

การทำหน้าที่หรือการทำให้กิจกรรมของบุคคลในทฤษฎี SCDNT มีความแตกต่างไปจากการทำหน้าที่ โดยปกติของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน กล่าวคือ การดูแลตนเองต้องมีเป้าหมายและเป็นการกระทำโดยเจตนาของบุคคล เมื่อกระทำแล้วต้องสามารถดำรงไว้ซึ่งกระบวนการชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก ส่งเสริมให้บุคคลเจริญเติบโตและมีพัฒนาการไปอย่างต่อเนื่อง โดยที่การกระทำนั้นอาจมีเป้าหมายเพื่อการป้องกัน (Prevention) บรรเทาอาการ (Alleviation) รักษา (Cure) หรือควบคุม (Control) ปัจจัยที่อาจส่งผลในด้านลบต่อกระบวนการชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุกของบุคคล การดูแลตนเองยังรวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือและการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือให้ความร่วมมือด้านการ รักษาในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นการให้ความร่วมมือกับการพยาบาล หรือการให้ความร่วมมือกับกระบวนการ ดูแลของทีมสุขภาพอื่น ๆ

โอเร็มยังได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับปัจจัยพื้นฐานสุขภาพและโรค พฤติกรรมและความต้องการทรัพยากรในการดูแลตนเอง โดยอธิบายเป็นชุดข้อความ (Statements) ซึ่งจะช่วยอธิบาย ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองและแนวคิดหลักอื่น ๆ ในทฤษฎี SCDNT ได้ ชัดเจน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดข้อความที่ 1 : การดูแลตนเองและปัจจัยพื้นฐาน

1. อัตมโนทัศน์และวุฒิภาวะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล
2. วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล
3. ลำดับชั้นของสมาชิกในครอบครัว เช่น ระดับความสำคัญของสมาชิก มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล
4. การเป็นสมาชิกในสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว เช่น ญาติหรือเพื่อนสนิท มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล
5. ความรู้ทางสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
6. บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่อาจจะเลือกหรือไม่เลือกที่จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
7. การขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ ภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ทางกายและจิตที่ไม่เพียงพอ หรือไม่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งขัดขวางความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ชุดข้อความที่ 2 : การดูแลตนเองกับสุขภาพและโรค

1. การดูแลตนเองนำมาซึ่งความสมบูรณ์แห่งกายและจิต การดำรงไว้ซึ่งความผาสุก
2. หากต้องการที่จะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือปรับปรุงสุขภาพไปในทางที่ดีของ

บุคคล

3. ความรู้ การกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง และทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง มีความจำเป็นต่อการส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

4. โรคการบาดเจ็บ และความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านกายและจิต อาจจำกัดความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยภาวะดังกล่าวจะขัดขวางความสามารถในการให้เหตุผล การตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลตนเอง ทั้งนี้ โรคการบาดเจ็บ และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกายและจิตอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง หรือหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความจำเป็นในการดูแลตนเองอื่น ๆ รวมทั้งการรักษาทางการแพทย์ด้วย

ชุดข้อความที่ 3 : พฤติกรรมและความต้องการทรัพยากรในการดูแลตนเอง

1. การตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง ความสนใจที่จะกระทำการกิจกรรม แรงจูงใจรวม ทั้งความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ผลกระทบของสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสังคมที่มีต่อบุคคล มีผลต่อการกำหนดเป้าหมายและการกระทำการกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

2. การดูแลตนเองครอบคลุมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือด้านการแพทย์ การมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาของแพทย์ เมื่อบุคคลมีภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ รวมทั้งการเข้ารับการ ตรวจประเมินภาวะสุขภาพเป็นระยะ

3. การดูแลตนเองต้องประกอบไปด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงปัจจัย ภายในที่จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับทัศนคติ สามารถนำไปสู่ การปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ รวมทั้งต้องมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น สามารถป้องกัน และใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม

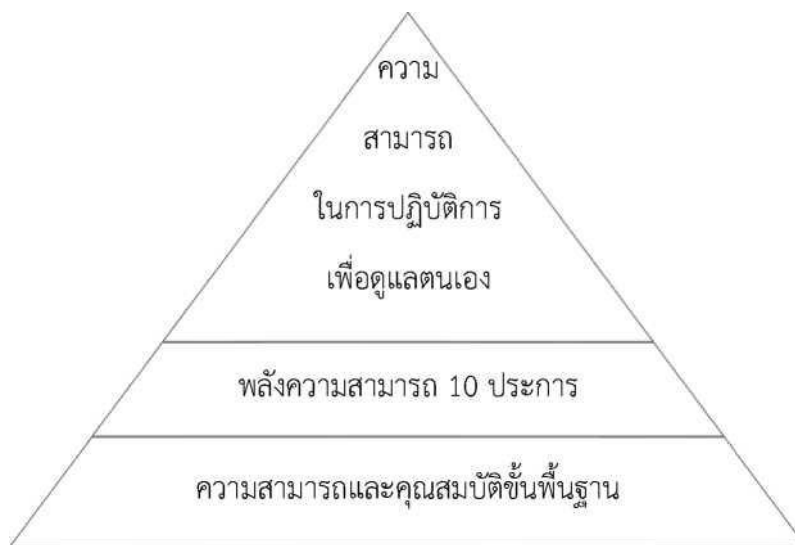
4. การดูแลตนเองต้องการทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น การอยู่ใน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ดีต่อภาวะสุขภาพ การได้รับโภชนาการ การได้รับยาเพื่อทดแทนสิ่งที่ ร่างกายไม่สามารถสร้างได้ การใช้อุปกรณ์ที่ทำเทียมหรือประดิษฐ์ขึ้น เพื่อควบคุมโครงร่างและอวัยวะใน ร่างกาย รวมทั้งการใช้กายอุปกรณ์ (Prosthetic Devices) เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว การดูแลตนเองต้องเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ (Learned) และกระทำโดยเจตนา (Dileberate Action) เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการในการดำรงไว้ซึ่งกระบวนการชีวิต ภาวะสุขภาพ และ ความผาสุก แบ่งการดูแลตนเองเป็น 2 ระยะ คือ การพิจารณา/ตัดสินใจ และการดำเนินการกระทำ/ พิจารณาผลของการกระทำ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความสนใจและเข้าใจในระยะเหล่านี้ เพื่อให้สามารถ กำหนดเป้าหมายการดูแลที่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านบวกต่อสุขภาพ ซึ่งพยาบาลจะต้องใส่ใจและคาดการณ์ได้ว่า จะมีอะไรเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่าง เหมาะสม หากมีขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งที่ไม่ได้รับการแก้ไข จะมีผลต่อการดูแลตนเองและไม่สามารถเกิด ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองได้รับอิทธิพลมาจากลักษณะที่ติดตัวมาของบุคคล (Acquired Characteristics) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการควบคุมการทำงานของ กระบวนการชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเสริมสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้างหน้าที่พัฒนาการ และ

ความสุขของบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพลังอำนาจของบุคคลในการเรียนรู้และเลือกกระทำกิจกรรมอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดูแลตนเอง รวมไปถึงการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างปกติความสามารถในการดูแลตนเองอาจเป็นสิ่งที่เล็กน้อย เช่น การจดจำไปจนถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการเฉพาะ ทั้งนี้ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจำเป็นจะต้องมีความสามารถขั้นพื้นฐาน คือ ความสามารถที่จะรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ หากบุคคลไม่มีความสามารถพื้นฐานเหล่านี้ สมาชิกในครอบครัวหรือ พยาบาลก็จะต้องมีความสามารถที่จะรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล



ภาพที่ 3 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล , 2544 : 33

ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities And Dispositions) เป็น ความสามารถขั้นพื้นฐานที่สุด เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และกระทำอย่างเจตนาโดยทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง แต่กับการดูแลตนเองเท่านั้น ประกอบด้วย

2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความสามารถในการจดจำ อ่าน เขียน คำนวณ รวมทั้งการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

2.1.2 ความสามารถด้านประสาทรับรู้สัมผัสทั้ง 5

2.1.3 ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกบุคคล

2.1.4 ความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญ

2.1.5 ความสามารถในการจัดการกับตนเอง

2.1.6 การเห็นคุณค่าในตนเอง

2.1.7 ความตั้งใจ

2.1.8 อุปนิสัยประจำตัว

2.1.9 ความหวังในตนเอง

2.1.10 ความเข้าใจตนเอง

2.1.11 การยอมรับตนเอง

2.2 พลังความสามารถ (Power Components) เป็นระดับความสามารถชั้นกลางที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง ประกอบด้วยพลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่

2.2.1 ความสามารถในการคงไว้ซึ่งความสนใจและใส่ใจตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นบุคคลที่มีศักยภาพและต้องรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง (Self-Care Agent) รวมทั้งความสามารถในการให้ความสนใจ ต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานด้านร่างกายให้เพียงพอต่อความจำเป็นในการริเริ่มการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง

2.2.3 ความสามารถในการควบคุมร่างกาย รวมทั้งการเคลื่อนไหวที่จำเป็นต่อการริเริ่มปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.2.4 ความสามารถในการใช้เหตุและผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.2.5 แรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับบุคลิกลักษณะ เป้าหมายของชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก

2.2.6 ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามการตัดสินใจนั้น

2.2.7 ความสามารถในการรับความรู้หรือคำแนะนำจากผู้มีความรู้และน่าเชื่อถือ สามารถ จดจำความรู้ และนำไปใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้

2.2.8 ความสามารถในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดการที่เหมาะสม การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเอง

2.2.9 ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง ให้สอดคล้องกับการดูแลตนเองที่ได้เรียนรู้มาก่อนแล้วและที่ได้เรียนรู้ในภายหลัง เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเอง

2.2.10 ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตของตน ครอบครัว และชุมชน

2.3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capability for Self-Care) เป็นระดับการดูแลตนเองที่เป็นรูปธรรมที่สุดที่จำเป็นในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง เกี่ยวข้องกับความสามารถ 3 ประการ คือ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการปฏิบัติที่มีประสิทธิผล

2.3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเอง และความต้องการในการปรับเปลี่ยนเพื่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น กล่าวคือ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะสืบหาข้อมูลหรือความรู้ มีปฏิบัติการดูแลตนเองอะไรบ้างที่ต้องกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและความผาสุก

2.3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลสามารถกระทำ และจะกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองซึ่งบุคคลอาจมีความสามารถในการคาดการณ์ แต่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยน เช่น ผู้ป่วย Asthma รู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพและตนเองมีความจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการใช้ยาในภาวะฉุกเฉิน (Asthma Attack) แต่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด

2.3.3 การปฏิบัติที่มีประสิทธิผล (Productive Operation) เป็นความสามารถของ

บุคคลในการเตรียมตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถติดตามประเมินผลผลลัพธ์ภายหลังที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแล้ว

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองจะแปรผันไปตามระดับพัฒนาการและความสามารถของบุคคล พยาบาลจะต้องประเมินให้ได้ว่าบุคคลมีพัฒนาการเต็มศักยภาพหรือยังมีความสามารถในการจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองหรือไม่

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites)

เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองในการส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งกระบวนการชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก แบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการชีวิต ตลอดจนการดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และความผาสุก มีความแตกต่างกันทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ภาวะสุขภาพ ระยะพัฒนาการ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ของ บุคคล ได้แก่

3.1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ การบริโภคอาหารที่เพียงพอ

- บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ปรับเปลี่ยนการบริโภคให้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อความต้องการของบุคคล

- ดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของโครงสร้างกายวิภาคและกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับอากาศ น้ำ และการปรับบริโภคอาหาร

- แสวงหาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร ที่เพียงพอเหมาะสมและไม่ทำให้เกิดโทษ

3.1.2 การคงไว้ซึ่งระบบขับถ่ายและการกำจัดของเสียของร่างกาย

- จัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถดำรงไว้ซึ่งกระบวนการขับถ่ายตามปกติ

- ดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกระบวนการขับถ่าย

- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

3.1.3 ความสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

- เลือกกิจกรรมที่กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสมดุล มีการใช้สมอง การตอบสนองทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

- รับรู้และให้ความสนใจต่ออาการแสดงของร่างกายและจิตใจ ที่บ่งบอกว่าต้องการการพักผ่อน และการทำกิจกรรมที่เหมาะสม

- ใช้ความสามารถส่วนบุคคล ความสนใจ ค่านิยม และบรรทัดฐานทางสังคม เป็นพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการพักผ่อนและการทำกิจกรรมของตนเอง

3.1.4 ความสมดุลของการใช้เวลากับตนเองและการเข้าสังคม

- คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลในการใช้เวลาที่จำเป็นต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง เป็นที่พึ่งแห่งตน และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ที่ช่วยส่งเสริมให้ตนทำ

หน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น

- ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม สร้างมิตร ความรัก และความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อเป็นที่พึ่งซึ่งกันและกัน ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนหรือเอาเปรียบผู้อื่น

- รักษาสมดุลระหว่างการดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และการทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกกลุ่ม

3.1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต หน้าที่ และความผาสุก

- มีความตื่นตัวต่ออันตรายในรูปแบบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น
- ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่การเกิดอันตราย
- หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากสถานการณ์ที่เป็นอันตราย
- ควบคุมหรือจัดสถานการณ์ที่เป็นอันตราย

3.1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้เต็มศักยภาพความสามารถภายใต้ระบบสังคมและข้อจำกัดที่มี

- พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ที่เป็นจริงของตนเอง
- ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่
- ค้นหาและให้ความสนใจความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่

ที่แตกต่างไปจากสภาพปกติของตนเอง

3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับลำดับขั้นของวงจรชีวิต รวมถึงเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นตาม ระยะพัฒนาการ เช่น การเข้าโรงเรียน การเข้ามหาวิทยาลัย การเริ่มทำงาน การแต่งงาน การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเลี้ยงดูบุตร เกษียณอายุราชการจากการทำงาน และการสูญเสียบุคคลสำคัญในครอบครัว เป็นต้น แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

3.2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ส่งเสริมกระบวนการชีวิต และพัฒนาการ ที่ช่วยให้บุคคลเติบโตไปสู่ระดับขั้นของพัฒนาการในวัยต่าง ๆ ตั้งแต่ระยะที่อยู่ในครรภ์ มารดา ทารก เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

3.2.2 การดูแลป้องกันการเกิดปัญหาและอุปสรรคที่อาจขัดขวางพัฒนาการของกระบวนการชีวิต หรือหากมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นแล้ว ก็ต้องเอาชนะผลที่เกิดจากปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้ เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์สำคัญในชีวิต การสูญเสียบุคคลที่รักหรือครอบครัว ความเจ็บป่วยหรือพิการ เป็นต้น

3.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health-Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคล เช่น ความพิการแต่กำเนิด การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ที่ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและหน้าที่ การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่

3.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่เหมาะสม

3.3.2 รับรู้และให้ความสนใจผลกระทบของพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วยที่มีต่อพัฒนาการและการทำหน้าที่ของตนเอง

3.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.4 รับรู้และให้ความสนใจต่อความไม่สุขสบาย ผลข้างเคียงจากการรักษาที่มีต่อพัฒนาการและการทำหน้าที่ของตนเองปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเอง และยอมรับตัวเองจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

3.3.5 เรียนรู้ที่จะอยู่กับความเจ็บป่วย ผลกระทบจากพยาธิสภาพและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการทำหน้าที่ ให้สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

3.3.6 การรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการทำหน้าที่ ให้สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

4. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง ผลรวมของกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นของบุคคลได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง อาจกล่าวได้ว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นสิ่งสะท้อนถึงศักยภาพซึ่งมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณในแต่ละบุคคล การจะทราบว่าบุคคลมีความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเท่าใดนั้น จะต้องมีการระบุความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นก่อน ทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการ และในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ รวมทั้งพิจารณาปัจจัยพื้นฐานของบุคคลทั้ง 10 ประการ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ รูปแบบการใช้ชีวิต ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว ทรัพยากร สังคมวัฒนธรรม และปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ทำให้เกิดความแตกต่างของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในแต่ละบุคคล จากนั้นคำนวณความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งได้จากผลรวมของกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่จำเป็นทั้งหมดที่ต้องทำ (Action Demand) ทั้งนี้กิจกรรมที่ต้องกระทำจะรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องทำเองและกิจกรรมที่พยาบาลกระทำให้พยาบาล จะต้องคำนวณความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อให้สามารถระบุความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการ และส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเองในกิจกรรมที่เขาสามารถกระทำได้ ทั้งนี้ การคำนวณความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จำเป็นต้องอาศัยความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทักษะการสื่อสาร และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

5. ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นคำศัพท์ที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ความพร้อมในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความ พร้อมในการดูแลตนเองโดยสิ้นเชิง (Complete Self-Care Deficit) นั่นคือ บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้เลย และความพร้อมในการดูแลตนเองบางส่วน (Partial Self-Care Deficit) อันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น บุคคลมีข้อจำกัดด้านความรู้ การตัดสินใจ การนำไปปฏิบัติจริง หรือผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด มี 3 รูปแบบ คือ น้อยกว่า (Less Than) เท่ากัน (Equal To) และมากกว่า (More Than) กล่าวคือ เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ก็จะทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามการที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับหรือมากกว่าความ

ต้องการการดูแลตนเอง ณ ปัจจุบัน ก็ได้หมายความว่าบุคคลไม่ต้องการการดูแลเนื่องจากมีโอกาสที่บุคคลจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเองขึ้นในอนาคตจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเสื่อมถอยของร่างกาย ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

พยาบาลจะต้องสามารถระบุความพร่องในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ เพื่อกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งนี้ความพร่องในการดูแลตนเองจะประเมินจากการที่บุคคล ไม่สามารถกระทำ ไม่ได้กระทำ กระทำไม่ถูกต้อง หรือการกระทำไม่เพียงพอ ในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

6. ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency)

เป็นความสามารถของพยาบาลที่จะเข้าใจ วินิจฉัย และตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ส่งเสริมพัฒนาการในการดูแลตนเอง และจัดระบบการดูแลผู้รับบริการที่มีความพร่อง หรือมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถทางการพยาบาลได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล มีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยพื้นฐานของพยาบาล ประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาล และอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับการเป็นพยาบาล

แนวคิดความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) เปรียบได้กับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) แต่จะต่างกันที่ความสามารถทางการพยาบาลมุ่งให้การดูแลผู้อื่น ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองมุ่งที่การดูแลตัวเองของบุคคล โอเร็มแบ่งความสามารถทางการพยาบาลออกเป็น 3 อย่าง คือ

6.1 ความสามารถระหว่างบุคคล (Interpersonal Agency) ได้แก่ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ ครอบครัว หรือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการ

6.2 ความสามารถในการสร้างพันธะสัญญากับสังคม (Social-Contractual Agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทวิชาชีพที่มีต่อสังคม ได้แก่ ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลผู้รับบริการในสถานการณ์ทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน การสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการภายหลังการวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการแล้ว การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่มีต่อผู้รับบริการและครอบครัว ทั้งนี้ ความสามารถในการสร้างสัญญากับสังคม แตกต่างกันไปตามบรรทัดฐานของแต่ละสังคม ปัจจัยพื้นฐานของพยาบาลและผู้รับบริการ

6.3 ความสามารถด้านเทคโนโลยีเกี่ยวกับวิชาชีพ (Professional-Technological Agency) ได้แก่ ความสามารถในการกระทำเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เช่น การวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ การประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ เป็นต้น

นอกเหนือไปจากความสามารถดังกล่าวข้างต้นแล้ว พยาบาลยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ สามารถนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้รับบริการ รวมทั้งสามารถให้ข้อคิดเห็นในการ ออกแบบหลักสูตรการศึกษาพยาบาล เพื่อให้สามารถผลิตพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแล ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ระบบการพยาบาล (Nursing System)

ระบบการพยาบาล หมายถึง ระบบความช่วยเหลือที่พยาบาลกระทำต่อผู้รับบริการเป็นการ

กระทำที่ปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด รวมทั้งความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้รับบริการแต่ละคนด้วย ระบบการพยาบาลเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของผู้รับบริการ เนื้อหาหลักในระบบการพยาบาล ประกอบด้วย การแบ่งระบบการพยาบาลและวิธีการช่วยเหลือ ดังนี้

7.1 การแบ่งระบบการพยาบาล (Types Of Nursing System) การแบ่งระบบการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการตอบคำถามที่ว่า “ใครเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้การดูแล และใครควรเป็นผู้กระทำ กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการ” หากคำตอบคือ พยาบาลต้องให้การดูแลผู้รับบริการทั้งหมดระบบการดูแลจะเป็นการทดแทนให้ทั้งหมด หากผู้รับบริการสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วนแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดระบบการดูแลจะเป็นการทดแทนให้บางส่วน หากผู้รับบริการสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้และต้องการเพียงความรู้หรือคำแนะนำเพิ่มเติมระบบการดูแลจะเป็นการสนับสนุนให้ความรู้ การแบ่งระบบการพยาบาลดังกล่าว เป็นการแบ่งโดยใช้เกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการกระทำกิจกรรมโดยมีรายละเอียด ดังนี้

7.1.1 ระบบการทดแทนให้ทั้งหมด (Wholly Compensatory System) เกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการไม่สามารถกระทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้นำ หรือควบคุมการเคลื่อนไหวได้เลย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนดูแลจากพยาบาลในการทำกิจกรรมให้ทั้งหมด ระบบการทดแทนทั้งหมดเหมาะสมกับผู้รับบริการที่มีลักษณะต่อไปนี้

- 1) ผู้รับบริการไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถให้การดูแลใด ๆ แก่ตนเองได้ทั้งสิ้น คือ ผู้ที่อยู่ในภาวะ Coma
- 2) ผู้รับบริการที่ยังมีการรับรู้ สามารถคิด หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือไม่ควรเคลื่อนไหวเพื่อกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น ผู้ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวตามแผนการรักษา ผู้ที่เป็นอัมพาต เป็นต้น
- 3) ผู้รับบริการที่สามารถเคลื่อนไหวได้ แต่ขาดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมไม่สามารถที่จะคิดหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ คือ ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตอย่างรุนแรงวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้คือ การกระทำหรือกระทำทดแทนทั้งหมด โดยพยาบาลควรพูดคุยสื่อสารกับผู้รับบริการเสมอ จัดทำหรือช่วยเหลือการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยความนุ่มนวล ให้การดูแลผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ช่วยปกป้องและดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายผู้รับบริการ ผู้รับบริการในกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ที่สามารถคิด สื่อสาร ตัดสินใจได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้วิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มนี้คือ การกระทำทดแทนให้การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการ ในขณะเดียวกันก็ให้คำแนะนำหรือการชี้แนะที่จำเป็น รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้รับบริการในกลุ่มนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ และกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะถดถอยอันเนื่องมาจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จำกัดสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกด้อยคุณค่าหรือการสูญเสียพลังอำนาจ ที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองได้

สำหรับผู้รับบริการในกลุ่มที่ 3 ซึ่งสามารถเคลื่อนไหวได้ แต่ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ นับว่าเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อาจได้รับอันตรายจากการกระทำของตนเอง หรืออาจทำให้ผู้อื่นเป็นอันตราย ดังนั้น วิธีการให้ความช่วยเหลือจะเกี่ยวข้องกับ การจำกัดการเคลื่อนไหว (Restraint) การชี้แนะและการสอนอย่างต่อเนื่อง การดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีความ

ปลอดภัย รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการในการดูแลตนเอง

7.1.2 ระบบการทดแทนให้บางส่วน (Partially Compensatory System) เกิดขึ้นเมื่อทั้งผู้รับบริการและพยาบาลต่างกระทำกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ตัวอย่าง รูปแบบระบบการพยาบาลโดยการทดแทนบางส่วน เช่น ผู้รับบริการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ ลักษณะของผู้รับบริการที่ควรได้รับการพยาบาลด้วยระบบการทดแทนบางส่วน ได้แก่

1) ผู้รับบริการที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากภาวะโรค หรือปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ คือ ผู้ที่ต้อง Bed Rest

2) ผู้รับบริการที่ขาดความรู้หรือทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

3) ผู้รับบริการที่ขาดความพร้อมในการเรียนรู้ และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะนั้น เนื่องจากการดูแลตนเองต้องอาศัยความสามารถที่ซับซ้อน จึงต้องอาศัยการดูแลทดแทนบางส่วนจากพยาบาลในระหว่างที่ตนเพิ่มพูนความรู้ และทักษะความสามารถวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับระบบการทดแทนบางส่วน ได้แก่ การกระทำทดแทนการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ ความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง อาจเปลี่ยนกลับไป มาได้ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเองตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองลดลง มีความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากขึ้น ก็อาจเปลี่ยนระบบการพยาบาลที่ได้รับเป็น การทดแทนทั้งหมด

7.1.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educational System) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ยังขาดความสามารถบางประการและต้องการการดูแลจากพยาบาล เช่น ให้ความรู้เพิ่ม ให้ความช่วยเหลือแนะนำ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจ ด้วยตนเอง เป็นต้น ทั้งนี้การสอนหรือการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ จะต้องให้ผู้รับบริการ ครอบครัว หรือ บุคคลที่สำคัญของผู้รับบริการเข้ามาร่วมรับฟังหรือมีส่วนร่วมด้วย

การจะเลือกใช้ระบบการสนับสนุนแบบใด พยาบาลจะต้องเปรียบเทียบความสามารถของผู้รับบริการในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเสียก่อน เพื่อให้สามารถจัดระบบการพยาบาลที่เหมาะสม และภายหลังที่สิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะต้องประเมินว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากการช่วยเหลือนั้นสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้รับบริการได้เพียงพอหรือไม่

7.2 วิธีการช่วยเหลือ (Methods Of Helping) การให้ความช่วยเหลือในบริบทของการพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนเนื่องจากความแตกต่างของผู้รับบริการ เช่น เป็นผู้ที่ต้องการจะกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองแต่ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ผู้ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากภาวะโรคหรือแนวทางการรักษา ผู้ที่ไม่มีความสนใจหรือแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรม นอกจากนี้ผู้รับบริการบางรายอาจรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เนื่องจากการกระทำดังกล่าวขัดต่อความเชื่อหรือ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่ตนเคยปฏิบัติมาจึงอาจกล่าวได้ว่า รูปแบบและผลลัพธ์ของกระบวนการให้ และรับความช่วยเหลือเป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ และสถานการณ์ชีวิตในขณะนั้น ของทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือแม้ว่าในบางสถานการณ์ผู้รับบริการอาจไม่สะดวกใจ ไม่สนใจที่จะกระทำกิจกรรม เพื่อการดูแลตนเอง แต่โดยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่มีต่อสังคมและวิชาชีพแล้ว พยาบาลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้รับบริการที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

หรือประเมินได้ว่าอาจจะเกิดความพร่องในอนาคต วิธีการช่วยเหลือในระบบพยาบาล แบ่งเป็น 5 วิธี ซึ่งส่วนใหญ่แล้วพยาบาลจะต้องใช้การช่วยเหลือมากกว่า 1 วิธีในการดูแลผู้รับบริการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

7.2.1 การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting For/Doing For) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทดแทนให้ผู้รับบริการที่มีสติ สามารถตัดสินใจได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งผู้รับบริการที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง ขาดความสนใจเอาใจใส่ในการกระทำกิจกรรม ทั้งนี้ในภาวะที่รู้สติดี้นั้น ผู้รับบริการจะต้องให้ความร่วมมือและยินยอมให้พยาบาลเป็นผู้กระทำกิจกรรมแทน โดยพยาบาลจะต้องบอกให้ผู้รับบริการทราบว่า จะกระทำกิจกรรมใดบ้าง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของ กิจกรรมคืออะไร วิธีการดูแลโดยกระทำให้หรือทำแทนนี้ ยังใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ไม่รู้สติ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะ Coma ซึ่งพยาบาลต้องคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

7.2.2 การชี้แนะ (Guiding/Directing) เป็นวิธีช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้รับบริการที่สามารถตัดสินใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ตัดสินใจแล้วให้เป็นผลสำเร็จได้ การชี้แนะต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ โดยอาจเป็นการแนะนำ การให้ทิศทาง การชี้แจงแนวทาง หรือการกำกับดูแล การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่มักใช้ร่วมกับวิธีการให้การสนับสนุน

7.2.3 การสนับสนุน (Providing Support) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำรงไว้ซึ่งความพยายามในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้รับบริการในการกระทำกิจกรรม เพราะสามารถแน่ใจได้ว่าตนเองจะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ทั้งนี้ พยาบาลจะต้องสามารถประเมินได้ว่า ผู้รับบริการสามารถทำอะไรได้บ้าง และพยาบาลควรให้ความช่วยเหลือ อะไรบ้าง ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีความเครียดหรือกำลังเผชิญกับความทุกข์หรือเจ็บปวด จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น เมื่อได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางร่างกายและจิตใจจากพยาบาล

7.2.4 การสอน (Teaching) เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ต้องการพัฒนาความรู้ ทักษะเฉพาะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผู้รับบริการจะต้องมีความพร้อมที่จะเรียน เช่น พยาบาลจะไม่สามารถสอนให้ผู้รับบริการเลือกการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เจ็บป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์ หากผู้รับบริการยังไม่มีความรู้พื้นฐานด้านสารอาหารและปริมาณแคลอรีนอกจากนี้ พยาบาลจะต้องพิจารณาพื้นฐานความรู้ ภูมิหลังของผู้รับบริการ ประสบการณ์ รูปแบบการดำเนินชีวิต แนวคิด ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลและวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสม และไม่จำกัดอยู่เพียงการบรรยายเท่านั้น เช่น การสอนโดยอ้างอิงกับประสบการณ์เดิม หรือการสอนโดยการปฏิบัติจริง เป็นต้น

7.2.5 การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing Environment) เป็นวิธีการช่วยเหลือโดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถในการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น สิ่งแวดล้อมที่ผู้รับบริการต้องการอาจเป็นสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ หรือ จิตสังคม โดยต้องเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งหมดไม่ใช่แบ่งแยกเป็นส่วน ๆ ทั้งนี้ การสร้างสิ่งแวดล้อมจะต้องเอื้อต่อการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีเวลาเป็นส่วนตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างสมดุล มีความเหมาะสมกับความสนใจ ความเชื่อ ค่านิยม และบริบทของผู้รับบริการ

8. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

หมายถึงปัจจัยใด ๆ ก็ตามที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถทางการพยาบาลของบุคคล มี 10 ปัจจัย คือ

- 8.1 อายุ
- 8.2 เพศ
- 8.3 ระยะพัฒนาการ
- 8.4 ภาวะสุขภาพ
- 8.5 สังคมวัฒนธรรม
- 8.6 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ
- 8.7 ระบบครอบครัว
- 8.8 สภาพที่อยู่อาศัย
- 8.9 รูปแบบการใช้ชีวิต
- 8.10 ทรัพยากรแหล่งประโยชน์

นอกเหนือไปจากปัจจัยพื้นฐาน 10 ประการข้างต้นแล้ว นักวิจัยได้นำทฤษฎีของโอเร็มไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้เสนอให้มีการเพิ่มปัจจัยพื้นฐาน เช่น ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต นโยบายสาธารณะ และการคมนาคม เป็นต้น

พยาบาลจะต้องประเมินปัจจัยพื้นฐานที่มีผลกระทบต่อสุขภาพให้ครบถ้วนและครอบคลุม ได้แก่ การประเมินอายุ เพศ และระยะพัฒนาการของผู้รับบริการ จะทำให้ทราบถึงความต้องการ การดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เช่น เด็กเล็กยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่วนการประเมินระบบครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี สังคมวัฒนธรรม และรูปแบบการใช้ชีวิตจะช่วยในการประเมินคุณภาพ การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น

อภิประบวนทัศน์ในทฤษฎี (Metaparadigm Of The Theory)

จุดเน้นของโมเดลหลัก 4 ประการในทฤษฎี SCDNT มีดังนี้

1. บุคคล (Person) หมายถึง ผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง เดิมจะเน้นที่บุคคลที่เป็นคนเพียงคนเดียว (Individual) แต่ในการตีพิมพ์ทฤษฎีในปี 2001 ได้ขยายความให้ครอบคลุมไปถึงครอบครัวและชุมชนด้วย

2. สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยด้านกายภาพ สารเคมี ชีวภาพ และบริบททางสังคมที่แวดล้อมบุคคลและส่งผลกระทบต่อบุคคล โอเร็ม กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองที่เหมาะสม และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ พยาบาลอาจเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3. สุขภาพ (Health) หมายถึง เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง มีความเป็นองค์รวมด้านกาย จิต รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม บุคคลที่มีสุขภาพดี คือ บุคคลที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ได้อย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตามโอเร็มยังได้กล่าวถึงความผาสุกว่าแตกต่างจากสุขภาพ แม้จะมีความสัมพันธ์กันความผาสุกเป็นการรับรู้ตามความพึงพอใจของแต่ละบุคคล คนที่เจ็บป่วยก็อาจมีความผาสุกได้ ดังนั้น ความผาสุกมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จด้านสุขภาพ และความพึงพอใจของแหล่งทรัพยากรของบุคคล

4. การพยาบาล (Nursing) หมายถึง เป็นปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย โดยพยาบาลผู้ที่มีความรู้สามารถประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความพร้อมในการดูแลตนเองของบุคคล หรือผู้อยู่ภายใต้การดูแลของบุคคล การพยาบาลมี 3 รูปแบบ คือ การทำให้หรือทดแทน ทั้งหมด การทดแทนบางส่วน และการสนับสนุนและให้ความรู้

รายละเอียดของมโนคติหลักทั้ง 4 ประการของ SCDNT ได้แก่

มโนคติหลักประการที่ 1 บุคคล (Person)

บุคคลเป็นองค์รวมที่ประกอบด้วยการทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ สังคม ตลอดจนการแปล และให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บุคคลมีความเป็นพลวัตและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีวุฒิภาวะและมีพัฒนาการ มีศักยภาพในการเรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการของตนเอง และสามารถวางแผนที่จะกระทำกิจกรรมอย่างเจตนา (Deliberate Action) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง สามารถดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคคลจะต้องมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอ หรือเท่ากับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับบุคคลมี 5 ประการ ดังนี้

1. บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ด้านกายและจิต
2. บุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างเจตนา สามารถวางแผน และดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง
3. บุคคลมีโอกาที่จะประสบข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้น บุคคลจึงมีโอกาที่จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง
4. บุคคลมีความสามารถในการค้นหา พัฒนา และถ่ายทอด วิธีการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง
5. กลุ่มบุคคลที่อยู่รวมกันและมีสัมพันธ์ภาพต่อกันอย่างมีโครงสร้าง จะมีระบบในการแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในกลุ่ม

โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้และจดจำวางแผน ดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ บุคคลมีความต้องการขั้นพื้นฐาน คือต้องการได้รับการดูแลในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ และมีพัฒนาการอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ความสามารถของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงตามอายุ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต และภูมิหลังด้านสังคมวัฒนธรรม ภาวะสุขภาพ และทรัพยากร

มโนคติหลักประการที่ 2 สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยด้านกายภาพ สารเคมี ชีวภาพ และบริบททางสังคมที่มีผลกระทบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล เช่น สภาพอากาศ หมอกควัน เชื้อโรค สัตว์ที่เป็นพาหะของโรคครอบครัว ชุมชน ทรัพยากร ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลคือปัจจัยพื้นฐาน

บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ และสร้างแรงจูงใจให้บุคคลกำหนดเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคคล มีดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมศักยภาพในการพัฒนาตนเองของบุคคล
2. สร้างโอกาสและส่งเสริมให้บุคคลได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาล หรือบุคคลอื่นตามความจำเป็น
3. สร้างโอกาสให้บุคคลได้ใช้เวลาที่เป็นส่วนตัวและใช้เวลาร่วมกับผู้อื่น หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างสมดุล
4. สร้างบรรยากาศในการให้ความดูแลช่วยเหลือบุคคล โดยไม่ละเลยความคิดเห็น และการตัดสินใจของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
5. สร้างบรรยากาศการให้ความดูแลบุคคล โดยเคารพต่อความเชื่อและค่านิยมของบุคคล รวมทั้งสร้างความไว้วางใจ

มโนคติหลักประการที่ 3 : ภาวะสุขภาพ (Health)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง บุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบไปด้วยความสมบูรณ์ทั้งด้านกาย จิตใจ และความสมดุลของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับสังคมในทฤษฎีการพยาบาลอื่น ๆ จะไม่ได้อธิบายสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์หรือปราศจากโรค เช่น ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy อธิบายว่า ความผาสุก (Well-Being) ในทฤษฎีระบบของ Neuman อธิบายว่า หมายถึง ดุลยภาพ (Homeostasis) และความผาสุก แต่ในทฤษฎี SDCNT จะอธิบายสุขภาพใน 2 ประเด็น คือ สุขภาพที่สมบูรณ์ไม่บกพร่อง (Health) และความผาสุก (Well-Being) โดยโอเริ่มอธิบายไว้ อย่าง ชัดเจนว่าสุขภาพและความผาสุกมีความสัมพันธ์กันแต่ไม่เหมือนกัน กล่าวคือ ความผาสุกเป็นการรับรู้ของผู้รับบริการ แต่สุขภาพที่ดีจะต้องหมายถึง ภาวะไม่มีความเจ็บป่วยหรือไม่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งการกำหนดเช่นนี้ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการอธิบายเนื้อหาและแนวคิดหลักของทฤษฎีนั่นเอง กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาพดี บุคคลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้เพียงพอและต่อเนื่อง(สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง) แต่เมื่อใดที่บุคคลมีภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ บุคคลจะต้องการการดูแลจากพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นการทดแทนทั้งหมด ทดแทนบางส่วนหรือเป็นเพียงการให้คำแนะนำเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลก็ต้องพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลให้ได้มากที่สุด (สอดคล้องกับทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล) จนสามารถกลับมาสู่ภาวะสุขภาพที่ดี หรือหากไม่สมบูรณ์ทั้งหมด เช่น ป่วยเรื้อรังก็จะต้องสามารถกลับมาสู่ความผาสุก คือ สามารถฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บและเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

มโนคติหลักประการที่ 4 : การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาลในทฤษฎี SCDNT มีเป้าหมาย เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ สามารถดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก ทั้งนี้แม้ในบุคคลที่มีความสมบูรณ์ของสุขภาพ ก็ยังต้องการการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา ศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และป้องกันไม่ให้เกิดความพร่องของสุขภาพในอนาคต การพยาบาลยังรวมถึงการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้บุคคลสามารถฟื้นฟูสุขภาพจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากโรคและการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการช่วยครอบครัว หรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว (Caregiver) ให้สามารถดูแลบุคคลภายใต้

ความรับผิดชอบให้สามารถดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก โดยการสนับสนุนช่วยเหลือและให้คำแนะนำของพยาบาล

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองกับการพยาบาล (SCDNT And Nursing)

โอเร็มมีความเห็นว่า กระบวนการพยาบาลเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบการพยาบาลในเชิงวิชาชีพ และเทคนิคการพยาบาล โดยเรียกระบวนการพยาบาลในทฤษฎีนี้ว่า วิธีการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัย วางแผน ดำเนินการตามแผน และควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวินิจฉัย (Diagnostic Operations) เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล การประเมินความต้องการการดูแลตนเองร่วมกับผู้รับบริการ ประเมินปัจจัยพื้นฐานระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ) และการดูแลตนเองที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ผลการประเมินเหล่านี้จะทำให้ทราบว่า ผู้รับบริการมีความต้องการการดูแลตนเองเท่าไร มีความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไร มีความสามารถในการดูแลตนเองเพียงพอหรือไม่

2. การวางแผน (Prescriptive Operations) เกี่ยวข้องกับการระบุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ เริ่มต้นจากการที่พยาบาลประเมินวิธีการช่วยเหลือที่มีความเป็นไปได้ จากนั้นเลือกวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมที่สุด และมีความสอดคล้องกับบริบทปัจจัยพื้นฐานของผู้รับบริการ ในขั้นตอนนี้ผู้รับบริการและพยาบาล จะวางแผนหรือกำหนดแนวทางร่วมกันว่า จะต้องทำอะไรเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้รับบริการได้ รวมทั้งร่วมกันปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติ เมื่อปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไป ในขั้นตอนนี้จึงมีการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการการดูแลตนเอง ก่อนที่จะเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนในขั้นตอนที่ 3 ต่อไป ทั้งนี้ในการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหานั้น จะต้องให้ความสำคัญต่อความต้องการ การดูแลตนเองทางกายภาพเป็นอันดับแรก เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการชีวิต การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นต้น ความสำคัญในลำดับที่สอง คือการดูแลเพื่อป้องกันตนเองจากอันตราย การบาดเจ็บ หรือ ความเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพ ความสำคัญในลำดับที่สามจะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่วนความสำคัญลำดับที่สี่จะเกี่ยวข้องกับความผาสุก

3. การดำเนินการตามแผน (Regulatory Operations) เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองที่ได้กำหนดลำดับความสำคัญไว้ ในขั้นตอนนี้จะเน้นที่การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ

4. การควบคุม (Control Operations) เป็นขั้นตอนของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลหรือไม่อย่างไร โดยคำนึงถึงการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการในการดูแลตนเอง และความสามารถในการปรับตัว

การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นทฤษฎีที่อธิบายองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในทฤษฎี รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของทฤษฎีได้ชัดเจน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลได้

กระบวนการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นหลักสำคัญที่นำมาประยุกต์ใช้ในศาสตร์

การพยาบาล โดยเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ กระบวนการเก็บข้อมูล ที่จำเป็นในการพยาบาล โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถเฉพาะบุคคล ความต้องการ และ ความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง ดังมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากปัจจัยพื้นฐาน การประเมินภาวะสุขภาพความสามารถ และความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร้อมในการดูแลของตนเองของ บุคคล โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการ ดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะ สุขภาพ แหล่งประโยชน์และปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น พยาบาลนำมาเป็นข้อมูลที่รวบรวมได้ ทั้งหมดไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณากำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่เป็นตามระยะ พัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของบุคคล (Parissopoulos, & Kotzabassaki, 2004 อ้างถึง ในวรรณ อุทุมความสุข, 2563)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวินิจฉัยถึงเหตุผลที่บุคคลต้องได้รับการดูแลของพยาบาล (diagnosis) เป็นการ กำหนด ตัดสินหรือวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของบุคคลที่จำเป็น (Self-Care Requisites) รวมทั้ง สาเหตุที่ทำให้บุคคลต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาล โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ความสามารถและ ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การตัดสินใจจากการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลว่าเหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ การตัดสินใจจำกัด และปัญหาที่เกิดขึ้นของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากปัจจัยใดบ้าง เช่น การใช้ ความสามารถ การพัฒนาความสามารถ การลงมือปฏิบัติกิจกรรมและความเพียงพอต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยพิจารณาจากข้อจำกัดใน การดูแลตนเองในเรื่อง ปัจจัยพื้นฐานความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Disposition) และพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (10 Power Components) แล้วนำมาวินิจฉัยความบกพร่องในการดูแลตนเองของบุคคล ดังนี้ ความบกพร่องในการ ดูแลตนเองทั้งระบบ (การส่งเสริม การป้องกัน การจัดการระบบสุขภาพของตนเองและการฟื้นฟูสภาพ) ความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองในระดับเฉพาะเจาะจง การบอกถึง ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นวางแผนหรือกำหนดรูปแบบการพยาบาล (Planning) เป็นขั้นตอนต่อเนื่อง หลังจาก การวินิจฉัยความพร้อมในการดูแลตนเองแล้ว เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาล มีบทบาทในการช่วยเหลือโดยการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อทดแทน ในส่วนที่บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลจะทำการเลือกกระบวนการ พยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการหรือผู้ดูแลแล้วนำไปวางแผนการพยาบาลโดยมีการกำหนดเป้าหมาย และผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การพัฒนา ศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเอง การพิจารณาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองตามความ ต้องการการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนของการพยาบาลนำเอา กิจกรรมที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยผ่าน ขั้นตอนย่อย ดังนี้

4.1 การกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและจัดกิจกรรมให้บรรลุความต้องการ

การดูแลตนเอง

4.2 การตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมต่อบุคคลโดยพิจารณาจากข้อจำกัดของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติและคุณภาพในการทำกิจกรรมนั้น

4.3 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนการประเมินผล หลังการปฏิบัติการพยาบาลจะมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นบรรลุเป้าหมายในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดที่กำหนดไว้หรือไม่

สาระสำคัญของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลที่เหมาะสมได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในระดับที่เพียงพอ และต่อเนื่องกับความต้องการดูแลและนำไปสู่ความผาสุก โดยการดูแลของบุคคลจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและเป็นเป้าหมายเพื่อรักษาซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลนั้น ทฤษฎีเน้นความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง โดยการช่วยเหลือจะพิจารณาจากการที่บุคคลเกิดความพร่องในการดูแลตนเองหรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลภายใต้ความรับผิดชอบ เพื่อให้บุคคลมีการดูแลตนเองในระดับเพียงพอต่อเนื่องและช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ พ้นจากการเจ็บป่วยและดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 4

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด จบ
ระดับประถมศึกษา อาชีพเป็นพนักงานช่วยบริการสถาบันราชประชาสมาสัย อาศัยอยู่คนเดียวที่สถาน
สงเคราะห์ ที่จังหวัดสมุทรปราการ มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง
โรคต่อมลูกหมากโต ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี มารับการรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย
เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2566 ที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยอาการ 2 ชั่วโมง แขนขาข้างขวาไม่มีแรง มุมปาก
ขวาตก วัดสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ
20 ครั้ง/นาที และวัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ พบ BP=240/100 มิลลิเมตรปรอท
วัดซ้ำ BP=220/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตและรักษาต่อโรงพยาบาล
สมุทรปราการ ส่งทำ CT scan พบมี Mild aging brain atrophy Old lacunar infarction at left lentiform nucleus
ให้การรักษาด้วยยารับประทานอาการพทุเลา เป็นเวลา 5 วัน รับกลับมาวันที่ 14 มีนาคม 2566 มีอาการ
แขนขาข้างขวาอ่อนแรง และรับไว้ที่หอผู้ป่วย 2 เพื่อฟื้นฟูสภาพ
การวินิจฉัยโรค Stroke with Right hemiparesis

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

2.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสมุทรปราการ ไม่มีสมาชิกในครอบครัว บิดามารดา
เสียชีวิต

2.1.2 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อยามเจ็บป่วยคือหลานสาว (บุญธรรม) ผู้ป่วย
มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพและเงินสงเคราะห์ผู้พิการโรคเรื้อรัง

2.1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากป่วยมาเป็นระยะเวลา 1 ปี ไม่
สามารถทำงานได้ โดยผู้ป่วยจะได้จากเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยเลี้ยงผู้พิการ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ
1,500 บาท/เดือน

2.1.4 สภาพสังคมและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยพักอาศัยที่ จังหวัดสมุทรปราการ อยู่บ้านพักผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
สถาบันราชประชาสมาสัยคนเดียว มีห้องนอน1ห้อง ห้องน้ำ1ห้อง ภายในบ้าน เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทาง
สุขภาพผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ และรับบริการที่หน่วยงานการพยาบาลชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ หากรู้สึกไม่สบายใจจะไปทำบุญ ตักบาตร และปรึกษากับบุคคลที่ไว้ใจ ผู้ป่วยมีความ
เชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากสุขภาพและอายุ

2.1.5 ประสบการณ์สำคัญในชีวิต และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรง

2.1.6 แบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 05.30 น. เพื่อมาประกอบอาหารรับประทาน เวลา 06.30 น. รับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารครบ 3 มื้อตรงเวลาชอบรับประทานอาหารประเภทผัดทอด หลังจากนั้นผู้ป่วยจะทำงานที่สถาบันราชประชาสมาสัย หลังทำงานเสร็จ ผู้ป่วยจะเข้ามาที่บ้าน รับประทานอาหารเย็น และเข้านอนเวลา 21.00 น. ผู้ป่วยไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ชา กาแฟ และการใช้สารเสพติด

2.1.7 ภาวะสุขภาพ

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากหลานสาว(บุญธรรม)ผู้ป่วยและเพิ่มประวัติของผู้ป่วยดังนี้

อาการสำคัญ

แขนขาข้างขวาไม่มีแรง มุมปากขวาตก 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 วันก่อน มาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ถูกเฉี่ยว ด้วยอาการแขนขาข้างขวาไม่มีแรง มุมปากขวาตก แพทย์ส่งรักษาต่อตามสิทธิที่โรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่อทำ CT scan ผลCTพบ Mild aging brain atrophy Old lacunar infarction at left lentiform nucleus แพทย์ วินิจฉัย Stroke with Right hemiparesis ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นเวลา 5 วัน รับกลับมาวันที่ 14 มีนาคม 2566 มีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง และรับไว้ที่หอผู้ป่วย 2 เพื่อฟื้นฟูสภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

60 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นแดงขึ้นที่บริเวณหลัง ใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง ลักษณะมีขอบชัดเจน ไม่มีอาการคัน เริ่มขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ได้มาตรวจที่สถาบันราชประชาสมาสัย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง รับประทานแล้ว มีความพิการนิ้วมือนิ้วเท้าองคิรูป

7 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคต่อมลูกหมากโต รักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยต่อเนื่อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร/สารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเดียว บิดา มารดาเสียชีวิต ไม่มีบุตร ผู้ป่วยสถานภาพโสด ปัจจุบันอาศัยอยู่ จังหวัดสมุทรปราการ อยู่บ้านพักผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย มีหลานสาว(บุญธรรม) ดูแลเมื่อป่วย ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคเรื้อรังหรือติดต่อทางโรคทางพันธุกรรม

แบบแผนการดำเนินชีวิต :

การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ	: รับประทานอาหารธรรมดา รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละ 800-1000 มิลลิลิตรต่อวัน
การขับถ่ายอุจจาระ	: วันละ 1 ครั้ง
การขับถ่ายปัสสาวะ	: สีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะได้ปกติ
การทำความสะอาดร่างกาย	: อาบน้ำด้วยตัวเองวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น
การพักผ่อน	: นอนหลับกลางคืนวันละ 6-7 ชั่วโมง
การออกกำลังกาย	: ไม่มีการออกกำลังกาย

การดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน	: เวลาอยู่บ้านสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	: รับบริการที่สถาบันราชประชาสมาสัย
การติดสิ่งเสพติด บุหรี่	: ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ติดสารเสพติดใดๆ

การประเมินด้านจิตใจ : มีมนุษยสัมพันธ์ดี

การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วย : มีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยกังวลว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายได้

ลักษณะที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม : อาคาร 4 ชั้น พักอาศัยห้องเดียว ชั้น 2 พื้นที่กว้าง รอบอาคารเป็นลักษณะชุมชน ขนาดกลาง ไม่แออัด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยชาย อายุ 83 ปี สถานภาพโสด วัยสูงอายุ รูปร่างสมส่วน ผิวสีขาวเหลือง หูตึง ตา 2 ข้างหลับ ไม่สนิท Lid gap Right eye 0.2 เซนติเมตร Lid gap Left eye 0.3 เซนติเมตร มีความพิการนิ้วมือนิ้วเท้า งอผิดรูป เดินไม่ได้ ผมหงอกดำ ผู้ป่วยนั่งบนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เกรด 3 ริมฝีปากขาวตก ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/82 มิลลิเมตรปรอท และวัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์

การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ทางชีวภาพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ สม่ำเสมอ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150 / 82 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร
สภาพร่างกาย	รูปร่างสมส่วน มีความพิการนิ้วมือนิ้วเท้าผิดปกติ ผิวสีขาวยellow ผู้ป่วยนั่งบนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน เดินไม่ได้ วิตกกังวล
ศีรษะและใบหน้า	รูปร่างศีรษะและใบหน้าไม่สมมาตรกัน มุมปากขวาตก ไม่พบรอยแผลเป็น ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ ผมสั้น สีดำ
ตา	ตา 2 ข้างหลับตาไม่สนิท Lid gap Right eye 0.2 เซนติเมตร Lid gap Left eye 0.3 เซนติเมตร เยื่อบุตาสีชมพู ไม่พบต้อกระจก หรือต้อลม
หู	หูทั้ง 2 ข้างสมมาตร มีลักษณะปกติ หูทั้ง 2 ข้างไม่มีแผล
คอ	ไม่พบอาการคอแข็งเกร็ง คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีก้อนที่คอ มีอาการกลืนลำบาก การออกเสียงปกติ เสียงไม่แหบ
ริมฝีปาก	ริมฝีปากขวาตก แห้งเล็กน้อย ไม่ซีด
ฟัน	สีเหลืองเล็กน้อย ไม่มีฟันผุ
เล็บ	เล็บมือเล็บเท้าสั้นและสะอาด
ระบบทางเดินหายใจส่วนบน	ตรวจบริเวณช่องจมูกปกติไม่พบเยื่อจมูกสีแดง จมูกไม่ยุบ ไม่บิด เบี้ยว กัดไม่เจ็บ ไม่มีประวัติเป็นไซนัสอักเสบ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายร้าวไปหลัง ไม่มีใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/82 มิลลิเมตรปรอท ตรวจไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง
ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง	คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต ไม่พบอาการกดเจ็บ พบการเคลื่อนไหวของลำไส้น้อยกว่าปกติ 10 ครั้ง/นาที
ระดับการรู้สึกตัว	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคลและสิ่งของได้ถูกต้อง
ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก	แขนขาขวา อ่อนแรงกำลังของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 3 แขน และ ขาข้างซ้าย สามารถเคลื่อนไหวได้ดี กำลังของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 5
การรับความรู้สึก	ผู้ป่วยมีอาการชาปลายมือปลายเท้า 2 ข้าง
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีอาการแสบขัด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ไม่มีผื่นหรือแผลที่อวัยวะเพศ
ด้านจิตใจและอารมณ์	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2.2 ความสามารถในการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency)

2.2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น

2.2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกายซีกซ้ายได้

2.2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ผู้ป่วยเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายซีกซ้ายได้ดีแต่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายซีกขวาได้น้อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

2.2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้มือซ้ายช่วยยกมือขวาวางที่หมอนเพื่อไม่ให้นอนทับมือขวาวาง

2.2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือผู้ป่วยอยากสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติและกลับไปทำงานได้

2.2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม คือ เมื่อโรงพยาบาลสมุทรปราการส่งตัวกลับมารักษาต่อที่สถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อทำกายภาพผู้ป่วยยินยอมนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะไม่สามารถทำกายภาพด้วยตัวเองได้ที่บ้าน

2.2.7 การแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติอะไร หรือเจ็บป่วยมากจะมาแผนกฉุกเฉินมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่อยู่ตลอดเวลา

2.2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2.2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยใช้มือซ้ายยกมือขวาในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้าทุกวันและมีการใช้มือซ้ายยกมือขวาด้วยตัวเองเมื่อเจ้าหน้าที่ช่วยพยุงตัวผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารเช้าหรือเปลี่ยนท่านั่ง

2.2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้โดยหลังจากเจ้าหน้าที่ช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยใช้มือซ้ายยกมือขวาในตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้าทุกวัน

2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation Capability and Disposition)

2.3.1 การรับรู้ (Perception)

ผู้ป่วยตา2ข้างหลับไม่สนิท หูตึงได้ยินไม่ชัดเจนการพูดคุยต้องใช้เสียงดัง การไต่กลืนและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วย และทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.2 ความจำ (Memory)

ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ เช่น เหตุการณ์ก่อนมาโรงพยาบาลว่าตนเองมีอาการอย่างไร และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2.3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability)

ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นแต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดต้องมีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือบางส่วนเช่น การแต่งตัว การหิวผ้มด้วยตัวเองเนื่องจากแขนขา ชักขาอ่อนแรง

2.3.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition)

ผู้ป่วยสามารถบอก วัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 7 ปี จากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest)

ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนาด้านซ้ายมือ

2.3.6 ความตระหนักในสถานะของตนเอง (Self Awareness)

ผู้ป่วยตระหนักในสถานะของตนเอง โดยตระหนักว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคต่อมลูกหมากโต จากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ร่างกายชักขาอ่อนแรง จึงต้องมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด

2.3.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance)

ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคต่อมลูกหมากโต รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็มแต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจนทำให้ร่างกายชักขาอ่อนแรง

2.3.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern)

ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตัวเองเนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ

2.3.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits)

ผู้ป่วยชอบช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ อธิยาศัยดี

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand : TSCD)

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite)

3.1.1 อากาศ : การดำรงซึ่งอากาศที่พอเพียง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดไม่มีเสียงครีพิเตชัน (Crappitation)

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการดำรงไว้ซึ่งความต้องการอากาศ มีอากาศที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.2 อาหารและน้ำ : การดำรงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีปากเปื่อยشقขวางกลืนลำบากต้องเคี้ยวอาหารซีกซ้ายทำให้เวลารับประทานอาหารประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อครั้ง มีสาลักเป็นบางครั้ง รับประทานอาหารได้ประมาณ 3/4 ถาดต่อมื้อ ดื่มน้ำประมาณ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน

$$\begin{aligned}\text{Ideal Body Weight} &= \text{ส่วนสูง(เซนติเมตร)} - 100 \\ &= 156 - 100 \\ &= 56 \text{ กิโลกรัม}\end{aligned}$$

น้ำหนักปกติของผู้ป่วย 56 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 67 กิโลกรัม ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ปกติอยู่ 5 กิโลกรัม

สรุป : ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากกลืนลำบาก

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

ข้อมูล : ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้งและปัสสาวะเองได้วันละ 5-7 ครั้ง สีเหลืองใสไม่มีปัสสาวะแสบขัด ปริมาณ 800 – 1000 มิลลิลิตรต่อวัน

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน : เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาการนอนหลับๆ ตื่นๆ กังวลกลัวไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในการพักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเป็นคนชอบช่วยเหลือผู้อื่น จิตใจโอบอ้อมอารี มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

สรุป : ผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะป้องกันอุบัติเหตุในการดำเนินชีวิต เช่น การเคี้ยวอาหารช้าๆ การเอามือซ้ายยกมือขวาไว้ที่หมอนเวลานั่งแต่จากพยาธิสภาพของโรค

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตซึ่งมาจากพยาธิสภาพของโรค

3.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ

3.2.1 ความต้องการตามพัฒนาการ

ข้อมูล : ในวัยเด็กผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างดี เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานะภาพโสด อาศัยอยู่คนเดียว ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยคนพิการ 2,000 บาทต่อเดือนมีปัญหาหนี้สินเล็กน้อยแต่สามารถจัดการกับปัญหาได้

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในความต้องการตามพัฒนาการ

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

ข้อมูล : สถานโรค เมื่อผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนได้และใช้ชีวิตลำบากมากขึ้น

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisite)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้พิการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จะไปรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยและโรงพยาบาลสมุทรปราการ

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง

3.3.2 การรับรู้ สนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองเป็นภาวะโรคหลอดเลือดสมองทำให้ร่างกายชิวาอ่อนแรงแต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพ

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายบนเตียง

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าอ่อนแรงชิวา แต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพและต้องนอนโรงพยาบาลอีกนานแค่ไหน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยเพราะคิดว่าเป็นเคราะห์กรรม และคิดว่าเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและมีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าภาวะสมองขาดเลือดทำให้อ่อนแรงชิวาผู้ป่วยจึงต้องฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ได้ตามขีดความสามารถของตัวเองเพื่อสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดแต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพว่าต้องนอนโรงพยาบาลกี่วันจึงจะสามารถกลับไปอยู่บ้านได้และเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องปฏิบัติอย่างไร

สรุป : ผู้ป่วยมีการยอมรับภาวะสุขภาพและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 4 แผนการรักษาของแพทย์

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
14 มีนาคม 2566 15.45 น.	- Admit อ2 - consult กายภาพ for Rehap พุ่มนี้	- Regular diet - Record V/S <u>Med</u> - Natar หยอดตา 2 ข้าง 1 หยด เข้า เย็น - Dex oph หยอดตาขวา 1 หยด เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน - Aspirin (81mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Doxazosin (2mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Amlodipine (10mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Simvastatin (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Omeprazole (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า
15 มีนาคม 2566 09.10 น.		- DTX ac bid keep 80 – 200 mg% - off Regular diet - Soft diet
16 มีนาคม 2566 09.00 น.		- Metformin (500mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Glipizide (5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า
16 มีนาคม 2566 12.00 น.		PT program
21 มีนาคม 2566 09.00 น.		- off DTX เดิม - DTX OD ac เข้า ทุกวันจันทร์ keep 80 – 200 mg%
22 มีนาคม 2566 09.10 น.		- Lorazepam(0.5) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน เมื่อนอนไม่หลับ
27 มีนาคม 2566 09.25 น.		<u>HomeMed</u> - Lorazepam(0.5) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน เมื่อนอนไม่หลับ - Metformin (500mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

ตารางที่ 4 แผนการรักษาของแพทย์

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
		- Glipizide (5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - Natar หยอดตา 2 ข้าง 1 หยด เข้า เย็น - Dex oph หยอดตาขวา 1 หยด เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน - Aspirin (81mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Doxazosin (2mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Amlodipine (10mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Simvastatin (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Losec (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า
14 มีนาคม 2566 10.10 น.	- Admit ๑2	- Diabetes Mellitus Low Salt Diet - Record V/S - ภาพถ่ายบำบัด - DTX q วันจันทร์ ac เข้า <u>Med</u> - Ativan (0.5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอนเวลานอนไม่หลับ - Metformin (500mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Glipizide (5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - Natar หยอดตา 2 ข้าง 1 หยด เข้า เย็น - Dex oph หยอดตาขวา 1 หยด เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน - Aspirin (81mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Doxazosin (2mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Amlodipine (10mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

แผนการรักษาของแพทย์ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
		- Simvastatin (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Losec (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - Atenolol (50mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า
29 มีนาคม 2566		- Off Doxazosin (2mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Off Amlodipine (10mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - Amlodipine (5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Off Atenolol (50mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Atenolol (25mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า
30 มีนาคม 2566 09.40 น.		- 1% Crotrimazole cream apply lesion (30mg) ทาบางๆบริเวณผื่น เช้า เย็น
1 เมษายน 2566 10.30 น.	-DTX=65 mg% เวียนศีรษะ ใจสั่น ให้น้ำหวาน 30 ml.เจาะซ้ำ DTX=130 mg% รายงานแพทย์ รับทราบ	
10 เมษายน 2566 09.45 น.		- Simethicone (80mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น จำนวน 30 เม็ด - Senokot (7.5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอนเวลาท้องผูก จำนวน 10 เม็ด
16 เมษายน 2566 15.47น.	- ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด แน่นท้อง รายงานแพทย์รับทราบ	- Air X (80mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น จำนวน 10 เม็ด
1 พฤษภาคม 2566 08.45 น.		- Carminative Mixt (180ml) รับประทานครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น จำนวน 1 ขวด

แผนการรักษาของแพทย์ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
11 พฤษภาคม 2566 09.10 น.		- 0.1% TA cream apply lesion (15mg) ทา บางๆบริเวณผื่น เช้า เย็น - Loratadine (10mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน จำนวน 10 เม็ด
15 พฤษภาคม 2566 09.00 น.		-Carminative Mixt (180ml) รับประทานครั้งละ 2 ช้อนโต๊ะ หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น
2 มิถุนายน 2566 08.40 น.		- Vaseline ointment apply lesion (30mg) ทาผิวแห้ง เช้า เย็น จำนวน 2 ครั้ง - Zinc oxide paste (30mg) ทาผิวแห้ง เช้า เย็น จำนวน 2 ครั้ง
19 มิถุนายน 2566 12.20 น.		- Air X (80mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลัง อาหารเช้า กลางวัน เย็น จำนวน 20 เม็ด
21 มิถุนายน 2566 11.00 น.	S/P Permanent tarsorrhaphy BE เมื่อ 11/4/65 VA. RE= No PL LE=20/100 PH NI TN. RE=No PL LE=วัดไม่ได้ F/U.5 month+dilate LE (9/11/66 at 10.00 น.)	- Natear หยอดตา 2 ข้าง 1 หยด เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน - Vidisic gelป้ายตา 2 ข้าง ก่อนนอน
26 มิถุนายน 2566 09.00 น.	- D/C - ยา HomeMed - Natear หยอดตา 2 ข้าง 1 หยด เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน - Vidisic gel ป้ายตา 2 ข้าง ก่อน นอน - Zinc oxide paste (30mg) ทาผิว แห้ง เช้า เย็น - Air X (80mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น - Carminative Mixt (180ml) รับประทานครั้งละ 2 ช้อนโต๊ะ หลัง อาหารเช้า กลางวัน เย็น	

แผนการรักษาของแพทย์ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
	- 0.1% TA cream apply lesion (15mg) ทาบางๆบริเวณผื่น เช้า เย็น - Loratadine (10mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Atenolol (25mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Amlodipine (5mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - Ativan (0.5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอนเวลานอนไม่หลับ - Metformin (500mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Glipizide (5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - Dex oph หยอดตาขวา 1 หยด เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน - Aspirin (81mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Simvastatin (20mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Omeprazole (20mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า	

5.การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีกับผู้ป่วย

การตรวจร่างกาย/พยาธิสภาพ/การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

การเปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
พยาธิสภาพ	ชนิดขาดเลือด(Ischemic stroke)เกิดจากเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ทำให้เนื้อสมองตายเป็นหย่อม ได้แก่ ลิ่มเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือดและหลุดลอยมาอุด เกิดจากความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพราะทั้งสองกรณีทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง จึงทำให้เกิดอาการขึ้นซ้ำ ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองได้แก่ 1. โรคความดันโลหิตสูง 2. โรคเบาหวาน 3. โรคหัวใจ 4. การสูบบุหรี่	- ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 83 ปี - ผล CT scan มี Mild aging brain atrophy Old lacunar inarction at left lentiform nucleus - มีประวัติความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, เบาหวาน เป็นมา 7 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
อาการและอาการแสดง	อาการธรมโบซิสจะเกิดขึ้นซ้ำๆประมาณร้อยละ 30- 50 จะมีอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าก่อนนอนอาการปกติทุกอย่างแต่พอตื่นนอนตอนเช้าจะมีอาการอ่อนเพลีย แขน – ขา ไม่มีแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ผู้ป่วยจะไม่หมดสติ	- ก่อนมาสถาบันราชประชาสมาสัยมีอาการ ชาแขนขาข้างขวา ไม่มีแรง มุมปากขวาตก
การรักษา	- ให้อาการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดหรือยา แอสไพริน - การป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง - การช่วยให้ออกกำลังกายบางส่วนด้วยตัวเองเพื่อให้ส่วนที่พิการไม่หยิ่งอ โดยช่วยเคลื่อนไหวบนเตียงก่อน หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ถ้าอาการดีขึ้นพาผู้ป่วยลงนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็นได้	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา - Aspirin (81mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Simvastatin (20mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน - Atenolol (25 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Amlodipine (5mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - Metformin (500mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Glipizide (5mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า - ส่งทำกายภาพบำบัด

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากทฤษฎีกับผู้ป่วย(ต่อ)

การตรวจร่างกาย/พยาธิสภาพ/การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีของของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

การเปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
พยาธิสภาพ	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมายถึง ระดับน้ำตาล หรือกลูโคส ในเลือดต่ำกว่าปกติ (ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ชนิดและสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด แบ่งได้เป็น 2 ชนิด 1. Fasting hypoglycemia เป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำในขณะอดอาหาร มักเป็นผลเนื่องจาก การไม่สมดุลระหว่างการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากตับและการใช้กลูโคสที่เนื้อเยื่อส่วนปลาย แบ่งย่อยได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1.1 เกิดจากการสร้างน้อย (underproduction) 1.2 เกิดจากการใช้น้ำตาลมาก (overutilization) 2. Postprandial hypoglycemia เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงหลังรับประทานอาหารส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 3-4 ชั่วโมง เช่น พบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร เช่น gastrectomy, pyloroplasty หรือgastrojejunostomy เป็นต้น อันเป็นผลให้มี gastric emptying time เร็วขึ้น ดูดซึมน้ำตาลได้เร็วและมีการกระตุ้นให้หลังอินซูลินออกมา	- มีประวัติโรคเบาหวาน เป็นมา 7 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง - DTX= 65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
อาการและอาการแสดง	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic symptom) ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก หงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลีย ตาลาย เป็นลม 2. อาการทางระบบประสาท (Neuroglycopenic symptom) ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน พุดผิดปกติพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ชัก หมดสติและเสียชีวิตได้	ผู้ป่วยบอก “ใจสั่น เวียนศีรษะ”
การรักษา	- เจาะเลือดจากปลายนิ้วมือ -ให้น้ำหวาน30 cc+น้ำเปล่า 60 cc. -ให้ 50% กลูโคส 50 มิลลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดทันที -ให้ 10% D/N/2 หยดเข้าหลอดเลือด	- DTX= 65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร - ให้น้ำหวาน 30 cc+น้ำเปล่า 60 cc. - หลังให้ดื่มน้ำหวาน 15 นาที DTX= 130 มิลลิกรัม

6. ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม จากกรณีศึกษารวบรวมเป็นปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและได้วางแผนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้แก่

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)

ซึ่งมีปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 10 หัวข้อ ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวและมีอาการทางระบบประสาทเนื่องจากสมองขาดเลือด

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวาอ่อนแรง

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นคันบริเวณลำตัว

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic self-care demand ; TSCD)

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13.00 น.

ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี สีสหน้าอ่อนเพลีย หูตึง ตา 2 ข้างหลับไม่สนิท Lid gap Right eye 0.2 เซนติเมตร Lid gap Left eye 0.3 เซนติเมตร พูดไม่ชัด รับประทานอาหารได้น้อย มีภาวะกลืนลำบาก ซีกขวามีริมฝีปากตก แขน-ขาซีกขวาอ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ส่วนสูง 156 เซนติเมตร น้ำหนัก 67 กิโลกรัม

TSCD 1 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self Care Deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวและมีอาการทางระบบประสาทเนื่องจากสมองขาดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แขนขาซีกขวาอ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อเกรด 3
2. ผลทำ CT scan มี Mild aging brain atrophy Old lacunar infarction at left lentiform nucleus

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่จากการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาท

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการสับสน ไม่มีแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น
2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120/60 มิลลิเมตรปรอท

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ โดยจัดให้ออนศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 15-30 องศา จัดท่าศีรษะ สะโพกไม่หักพับงอเพื่อให้การไหลเวียนของหลอดเลือดดำไหลเวียนดีขึ้นและไปเลี้ยงสมองได้สะดวก
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin (81mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Atenolol (25 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Amlodipine (5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า Simvastatin (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน
5. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักหลับได้โดยจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
6. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมในการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัว การเบ่งถ่าย การไอ เป็นต้น

การประเมินผล

1. Glasgow Coma Scale = 15 คะแนน
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาซีกขวาอ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อเกรด 3
3. ความดันโลหิต 150/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกลืนและเคี้ยวลำบาก

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self Care Deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มุมปากขวาตกทำให้กลืนและเคี้ยวลำบาก
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยมื้อละ 1/4 - 2/4 ถาด
3. ผลทำ CT scan มี Mild aging brain atrophy Old lacunar infarction at left lentiform nucleus

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการสำลัก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ
2. รับประทานอาหารได้ไม่สำลักเพิ่มขึ้นทุกวันตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นทุกวันตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. น้ำหนักตัวไม่ลดลง 67 กิโลกรัม

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการกลืน ดังนี้
 - 1) ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัวตื่นมากกว่า 15 นาที และประคองศีรษะในท่าตรงได้

- 2) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลายได้
- 3) ประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำลาย ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก
- 4) ประเมินความแข็งแรงและความสามารถในการใช้ลิ้น โดยให้ผู้ป่วยสามารถแลบลิ้นออกมา
นอกปากได้ และใช้ลิ้นแตะที่ริมฝีปากบนและริมฝีปากล่างซ้าย ขวาได้
- 5) ประเมินความสามารถในการไอและกระแอมในลำคอได้
- 6) ประเมินคุณภาพเสียงผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง อา โอ
- 7) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำได้
2. ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการประเมินการกลืนและบริหารกล้ามเนื้อในการกลืนอาหาร
3. จัดประเภทอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยปรึกษานักโภชนาการ แพทย์เจ้าของไข้และติดตาม
ประเมินร่วมกับการฝึกกลืนของนักกายภาพบำบัดในการปรับระดับอาหารผู้ป่วยดังนี้
 - 1) ชัณเป็นเนื้อเดียว
 - 2) เหลวเนื้อนิ่มกลืนง่าย
 - 3) แข็งและเหนียวใกล้เคียงกับอาหารปกติ
 - 4) อาหารปกติชิ้นเล็กพอคำ
4. ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนทุกวัน โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง อา อุ อี อือ ออ
บริหารลิ้น โดยดันลิ้นไปข้างบนกระพุ้งแก้มซ้าย ขวา ดันขึ้นชนเพดานปาก แลบลิ้นครึ่งละ 5 นาที ทำอย่างน้อย
วันละ 2 ครั้ง
5. ประเมินภาวะกลืนลำบากอย่างสม่ำเสมอโดยสังเกตการสำลัก ขณะกลืนอาหารหรือน้ำ
6. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการรับประทานอาหาร ไม่ชวนผู้ป่วยคุย
7. ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง
8. ตรวจสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย
9. ดูแลซึ้นน้ำหนักทุกสัปดาห์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น มื้อละ 2/4 - 3/4 ถาด กลืนอาหารได้โดยไม่สำลัก
2. 150/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ
ร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์
3. น้ำหนักตัวไม่ลดลง

TSCD 3 คงไว้ซึ่งซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การ
อาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวาท่อนล่าง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขน ขาข้างขวา พบอ่อนแรงเกรด 3 คะแนน
2. ใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ อาบน้ำเองไม่ได้
3. ใส่แอมเฟส
4. ประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities Daily Living : ADL) ได้ 4 คะแนน

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง
2. ประเมิน ADL คะแนนเพิ่มขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลได้ ตามระดับความสามารถของผู้ป่วย
2. ส่งกายภาพ วันอังคาร วันพฤหัสบดี ตามแผนการรักษาและสอนแนะนำผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Passive Exercise กับแขนและขาข้างขวาที่อ่อนแรง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (ครั้งละ 15-20 นาที เป็นอย่างน้อย) เพื่อป้องกันข้อติด และฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อให้แข็งแรง
3. จัดสิ่งของและเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันที่เป็นให้มองเห็น และหยิบจับได้ง่ายโดยวางด้านอ่อนแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อวัยวะด้านที่อ่อนแรง
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย
 - 1) ประเมินการกลืน/สอนการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอาหาร/วิธีการรับประทานอาหาร / บริโภคนักโภชนาการเพื่อปรับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
 - 2) สอนการใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว
 - 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาในการเคลื่อนย้าย เช่น เคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น หรือเก้าอี้การลุกยืน
 - 4) ฝึกปัสสาวะ/อุจจาระดังนี้
 - กลางวันโดยใช้หมอนอนให้ถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมงไม่ต้องรอให้รู้สึกปวดปัสสาวะเต็ม
 - ช่วยนวดคลึงหน้าท้องและเหนือหัวหนาดด้วยแรงพอสมควรพร้อมทั้งออกแรงเบ่ง
 - สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงโดยใช้ท่ายกก้นขึ้นลงวันละหลายๆ ครั้ง เพื่อช่วยให้ขับปัสสาวะได้มากขึ้นและมีปัสสาวะเหลือค่าน้อยที่สุด
 - จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนและปิดมิดชิดเวลาขับถ่าย จัดให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่เหมาะสมและกระตุ้นการขับถ่ายโดยการรดน้ำลงบนอวัยวะเพศหรือเปิดน้ำก๊อกให้ได้ยินเสียงน้ำไหล
 - ประเมินลักษณะและช่วงเวลาขับถ่ายปกติและช่วยให้ผู้ป่วยอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวัน หากผู้ป่วยมีอาการท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระเหลวควรรายงานแพทย์
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามคำแนะนำนักกายภาพบำบัด
6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและประเมินผลการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการฝึกทักษะและการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเพื่อเพิ่มแรงเสริมทางบวก
7. สอนแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการ พลิกตะแคงตัวและการจัดท่าบนเตียงได้ถูกต้องตลอดเวลา รวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียง
8. ดูแลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง

9. จัดทำไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับข้างที่อ่อนแรงนานๆ และควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

การประเมินผล

1. การรับประทานอาหารดื่อกอาหารใส่ปากได้ หกล็กน้อยและเคี้ยวอาหารได้ดีด้านซีกขวาไม่สำคัญแต่พยาบาลต้องเตรียมอาหารให้
2. การแต่งตัวสามารถใส่เสื้อได้แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้
3. การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เองแต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำให้ไม่สามารถถูข้างหลังได้
4. การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี
5. ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้แต่สามารถใช้มือซ้ายจับมือขวาวางที่หมอนได้และสามารถยกมือซ้ายขึ้นลงได้ ส่วนขาซ้ายยังไม่สามารถยกขาขวาได้จากทรงตัวไม่ดี

6. ประเมิน ADL = 6 คะแนน

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 1 เมษายน 2566 เวลา 14.00 น.

ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี หูตึง ตา 2 ข้างหลับไม่สนิท Lid gap Right eye 0.2 เซนติเมตร Lid gap Left eye 0.3 เซนติเมตร มีอาการอ่อนเพลีย พูดได้แต่ยังไม่ชัด รับประทานอาหารได้เอง มีภาวะกลืนลำบากซีกขวามีริมฝีปากตก แขน-ขาซีกขวาอ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 ช่วยเหลือตัวเองได้ ADL = 6 คะแนน ผู้ป่วย DTX = 65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 117/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ส่วนสูง 156 เซนติเมตร น้ำหนัก 67 กิโลกรัม

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวและมีอาการทางระบบประสาทเนื่องจากสมองขาดเลือด ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดีและไม่มีอาการทางระบบประสาท

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีการสำลักและสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ยังคงมีอยู่ใช้แผนการพยาบาลเดิม 1.การรับประทานอาหารดื่อกอาหารใส่ปากได้ หกล็กน้อยและเคี้ยวอาหารได้ดีด้านซีกขวาไม่สำคัญแต่พยาบาลต้องเตรียมอาหารให้ 2.การแต่งตัวสามารถใส่เสื้อได้แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้ 3.การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เองแต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำให้ไม่สามารถถูข้างหลังได้ 4.การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี 5.ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้แต่สามารถใช้มือซ้ายจับมือขวาวางที่หมอนได้และสามารถยกมือขวาขึ้นลงได้ส่วนขาซ้ายยังไม่สามารถยกขาขวาได้จากทรงตัวไม่ดี 6. ประเมิน ADL=6 คะแนน

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 4 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self Care Deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก “ใจสั่น เวียนศีรษะ”

2. DTX= 65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ ซึม ชัก หมดสติ
2. DTX=70-126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ให้ดื่มน้ำหวาน 1 แก้วโดยใช้น้ำหวานเข้มข้น 30 มิลลิตรผสมน้ำ 60 มิลลิตร
2. สังเกตอาการ สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง
3. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา
4. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดซ้ำโดยเจาะเลือดจากปลายนิ้วซ้ำหลังจากให้ดื่มน้ำหวานไปแล้ว 15 นาที
5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงสาเหตุ อาการ และอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ

6. แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตอาการ และค้นหาสาเหตุของการเกิดน้ำตาลต่ำ
7. แนะนำรับประทานอาหารชนิดที่เหมาะสมและตรงเวลา ไม่อดอาหาร สังเกตการรับประทาน

อาหารผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ ไม่มีอาการสับสน ซึม ชัก หรือหมดสติ
2. DTX=130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

TSCD 5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self Care Deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

1. สิ้นหัวใจวิตกกังวล ไม่สดชื่น
2. ผู้ป่วยสอบถามอาการของโรค บอกว่าอาการป่วยจะหายขาดหรือไม่ จะเดินได้เหมือนเดิมหรือเปล่า

วัตถุประสงค์

- เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. สิ้นหัวใจยิ้มแย้ม แจ่มใส
2. พักผ่อนได้
3. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล ท่าทีที่อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่าย ๆ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเพื่อประเมินการรับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถและสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วย

3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคการรักษาพยาบาลคร่าวๆและแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวให้สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล

4. ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์และการรักษาพยาบาล โดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล

5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

6. นัดแพทย์ให้มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วยในการรักษาโดยตรงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเพื่อเสริมความเข้าใจที่ดีต่อกัน

7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

8. สังเกตพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ 8 ชั่วโมง/วัน
3. ผู้ป่วยเข้าใจสภาพของโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 11 พฤษภาคม 2566 เวลา 14.00 น.

ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น หูตึง ตา 2 ข้างหลับไม่สนิท Lid gap Right eye 0.2 เซนติเมตร Lid gap Left eye 0.3 เซนติเมตร ไม่อ่อนเพลีย พูดได้แต่ยังไม่ชัด มีภาวะกลืนลำบากซีกขวามีริมฝีปากตก รับประทานอาหารได้เองมากขึ้นไม่สำลัก แขน-ขาซีกขวาก่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อเกรด 3 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ADL= 7 คะแนน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 124/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ส่วนสูง 156 เซนติเมตร น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ DTX=130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย

ปัญหาที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นคันบริเวณลำตัว เพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 6 คงไว้ซึ่งความสุขสบายจากอาการผื่นคัน

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self Care Deficit : SCD)

ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นคันบริเวณลำตัว

ข้อมูลสนับสนุน

- ผื่นคันบริเวณลำตัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผื่นคันหาย
2. เพื่อให้พักผื่นได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ผื่นคันบริเวณลำตัวหาย ผื่นขึ้น ไม่คัน
2. ผู้ป่วยพักผื่นได้

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะผื่น อาการคัน
2. ทำความสะอาดบริเวณลำตัวให้สะอาด เช็ดให้แห้ง แนะนำไม่ให้เกาบริเวณที่คัน ดูแลตัดเล็บให้สั้น
3. ดูแลให้ 1% Crotrimazole cream apply lesion (30mg) ทาบางๆบริเวณผื่น เช้า เย็น 0.1% TA cream apply lesion (15mg) ทาบางๆบริเวณผื่น เช้า เย็น Loratadine (10mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ผื่นขึ้นแดง ระบายท้อง แสบร้อน เป็นต้น
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก

การประเมินผล

1. ผื่นบริเวณลำตัวหาย ผื่นขึ้น ไม่คัน
2. ผู้ป่วยพักผื่นได้ 8 ชั่วโมง/วัน

TSCD 7 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self Care Deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้าผิดปกติ
2. ประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) ได้คะแนนรวม 18 คะแนน คือ มีความเสี่ยงปานกลาง
3. ตา 2 ข้างมองเห็นไม่ชัด
4. อ่อนแรงขาข้างล่างกล้ามเนื้อเกรด 3

วัตถุประสงค์

- เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มทุกวัน
2. ประเมินการรับรู้ และการดูแลตัวเอง
3. ดูแลติดป้ายเฝ้าระวังความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มบริเวณเตียงผู้ป่วย
4. ดูแลยกเหล็กกันเตียงขึ้น 2 ข้าง และจัดเตรียมอุปกรณ์ใช้ส่วนตัวไว้ใกล้ตัวสะดวกต่อการหยิบใช้
5. แนะนำให้ผู้ป่วยกดกริ่งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
6. ดูแลช่วยเหลือเข้าห้องน้ำทำความสะอาดร่างกาย

การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 15 มิถุนายน 2566 เวลา 09.00 น.

ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รู้สึกตัวดี สีสหน้าสดชื่น หูตึง ตา 2 ข้างหลับไม่สนิท Lid gap Right eye 0.2 เซนติเมตร Lid gap Left eye 0.3 เซนติเมตร ไม่อ่อนเพลีย พูดชัดมากขึ้น รับประทานอาหารได้เองมากขึ้นไม่สำลัก แขน-ขาขวาอ่อนแรงระดับ 4 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ADL= 8 คะแนน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 106/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ส่วนสูง 156 เซนติเมตร น้ำหนัก 67 กิโลกรัม

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซ้ายขวาอ่อนแรง ปัญหาหมดไปหลังให้การพยาบาล 1.การรับประทานอาหารดื่อกอาหารใส่ปากได้ หกลืนง่ายและเคี้ยวอาหารได้ดีด้านซ้ายขวาไม่สำคัญแต่พยาบาลต้องเตรียมอาหารให้ 2.การแต่งตัวสามารถใส่เสื้อได้แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้ 3.การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เองแต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำให้ไม่สามารถอาบน้ำหลังได้ 4.การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี 5.ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้แต่สามารถใช้มือซ้ายจับมือขวาวางที่หมอนได้และสามารถยกมือขวาขึ้นลงได้ส่วนขาซ้ายยังไม่สามารถยกขาขวาได้จากทรงตัวไม่ดี 6.ประเมิน ADL=8 คะแนน

ปัญหาที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นคันบริเวณลำตัว ปัญหาหมดไปหลังให้การพยาบาล ผื่นคันหาย

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self Care Deficit : SCD)

ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามถึงวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้ายเกรด 3 บกพร่องกิจวัตรประจำวัน ADL= 8 คะแนน
- 3.ผู้ดูแลแต่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

1. ประเมิน ADL ของผู้ป่วยเพื่อเตรียมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยพร้อมลงเยี่ยมบ้านกับพยาบาลชุมชนประเมินสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยเพื่อเตรียมที่อยู่ให้ปลอดภัยดังต่อไปนี้
 - 1) ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องอาหารอยู่ในชั้นเดียวกัน หรือจะปรับสภาพอย่างไร เพื่อที่จะสามารถให้ผู้ป่วยเดินช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด
 - 2) เตียงผู้ป่วยควรเตรียมเตียงให้ลักษณะเหมือนเตียงโรงพยาบาลพื้นเตียงควรเป็นพื้นไม้โดยสามารถปรับหัวเตียงและมีราวสำหรับให้ผู้ป่วยยึดจับสำหรับพลิกตัวเตียงควรมีความสูงพอเหมาะที่จะดูแลผู้ป่วยได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถนั่งที่ขอบเตียงโดยเท้าแตะพื้น
 - 3) ติดราวไว้ในห้องน้ำและทางเดินเพื่อให้ผู้ป่วยยึดเวลาเดิน
 - 4) ทางเดินต้องให้มีแสงสว่างเพียงพอ
 - 5) ไม่ควรมีธรณีประตูเพราะผู้ป่วยอาจสะดุดได้
2. ร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพดังนี้
 - 1) กายภาพประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล
 - 2) โภชนาการในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล
 - 3) แพทย์วางแผนให้การรักษาต่อเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
 - 4) นักสังคมสงเคราะห์ให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนราชประชาสมาสัยร่วมกับแพทย์และพยาบาล
 - 5) ผู้ป่วยเพื่อร่วมตัดสินใจในการวางแผนการจำหน่ายเพื่อกลับบ้านให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล
3. เตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ ในการให้ความรู้ในการวางแผนจำหน่ายดังนี้
 - 1) Disease ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันซีกซ้ายทำให้เป็นอัมพาตซีกขวามีผลทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน
 - 2) Medication ผู้ป่วยได้รับประทานยา
 - ยา Aspirin (81mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เป็นยาต้านเกร็ดเลือดเพื่อป้องกันหลอดเลือดอุดตัน ให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และระวังอย่าให้ผู้ป่วยมีแผลเนื่องจากเลือดจะหยุดซึ่กรณมีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกายให้ไปพบแพทย์ทันทีและกรณีผู้ป่วยมีผื่นคันให้แจ้งแพทย์ผู้รักษาทุกครั้ง

- ยา Simvastatin (20mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน เป็นยาลดไขมันในเลือด ใช้ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

- ยา Atenolol (25mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ ยา Amlodipine (5mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เป็นยารักษาความดันโลหิตสูง ใช้ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

- ยา Omeprazole(20mg)รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าเป็นยาป้องกันหรือรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก และอาการแสบยอดอกเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบจากกรดไหลย้อน

3) Environment & Economic คือ ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจัดทำที่เหมาะสม และเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี ระวังผู้ป่วยลื่นล้ม จัดของสะดวกหยิบใช้ เตียงนอน ห้องน้ำ มีราวจับ รถเข็นสามารถขึ้นเข้าห้องน้ำได้ แสงสว่างเพียงพอ

4) Treatment ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาไม่ให้ความพิการเพิ่มและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา เช่นการจัดท่าที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การออกกำลังกายผู้ป่วยบนเตียง และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น ใช้ สังกอาหารให้มาพบแพทย์ทันที

5) Health ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีข้อจำกัดจากอ่อนแรงซีกขวาทำให้มีข้อจำกัด ในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร กิจกรรมประจำวันบางส่วน จำเป็นต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยช่วยในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆรวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ให้ความพิการเพิ่ม และการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การรับประทานอาหารย่อยง่าย และดื่มน้ำ 7-8 แก้วต่อวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและเพื่อป้องกันท้องผูกและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์

6) Outpatient referral ผู้ป่วยและผู้ดูแลมาตรวจตามนัด ทั้งเวลาและสถานที่ กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้

7) Diet ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับประทานอาหารได้ถูกต้อง ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารไขมันสูง อาหารหวานจัด อาหารรสเค็ม และสารเสพติดต่างๆ และจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเป็นอาหารนุ่ม ไม่แข็ง ให้ผู้ป่วยรับประทานทีละอย่างไม่รวมกันเช่น แยกเส้น แยกเนื้อ แยกน้ำ จัดทำในการรับประทานอาหารไม่ให้ผู้ป่วยเงยหน้า ไม่ชวนคุยขณะรับประทานอาหารและไม่เร่งผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสำลัก และทำความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง มีการประเมินการกลืนก่อนให้อาหารผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยสำลัก ประเมินการกลืนอาหารแล้วไม่ผ่านให้แจ้งพยาบาลชุมชนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
- 2.จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและพยาบาลชุมชนพบปัญหาดังนี้
 - ผู้ป่วยอยู่ห้องคนเดียวญาติจะมาหาทุกวันแต่ไม่ได้ช่วยด้วยตลอด
 - ผู้ป่วยไม่มีเตียงนอน นอนติดพื้นญาติผู้ป่วยจะไปซื้อเตียงมาให้เพื่อสะดวกในการลุกนั่งและการพลิกตะแคงตัว

-ห้องน้ำประตูปกติไม่สามารถนำรถเข็นเข้าได้และไม่มีราวจับญาติจะจ้ำงข้างมาทำราวจับในห้องน้ำและซื้อรถเข็นที่สามารถเข้าห้องน้ำได้มาให้ผู้ป่วย

จากการประเมินร่วมกับพยาบาลชุมชนผู้ป่วยและญาติในการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านพบว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่บ้านได้

3.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนกลับบ้านและสามารถตอบคำถามในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ อายุ 83 ปี เข้ารับการรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2566 มีอาการแขนขาข้างขวาไม่มีแรง มุมปากขวาตก 2 ชั่วโมงก่อนมา หลานสาวจึงพามาที่แผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน วัดสัญญาณชีพพบ BP=240/100 mmHg วัดซ้ำ BP=220/80 mmHg แพทย์ให้การ รักษาอาการพหุทุเลาและส่งรักษาต่อตามสิทธิที่โรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่อทำ CT scan พบมี Mild aging brain atrophy Old lacunar infarction at left lentiform nucleus แพทย์วินิจฉัย Stroke with Right hemiparesis ให้การรักษาด้วยยาปรับประทุนอาการพหุทุเลา เป็นเวลา 5 วัน รับกลับมาวันที่ 14 มีนาคม 2566 มีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง รับไว้ที่หอผู้ป่วย 2 เพื่อฟื้นฟูสภาพ และให้การรักษาโดยให้ ยาปรับประทุนและส่งกายภาพบำบัด ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย 2 ได้ให้การพยาบาลตาม ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) และระบบ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ผู้ป่วยและญาติให้ ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีจนทำให้ ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดีไม่มีอาการทางระบบประสาท ไม่มี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เองไม่ลำบาก แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้บางส่วนแต่ยังมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวต้องใช้คนช่วยใน การเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ประเมิน ADL= 8 คะแนน หายจากอาการผื่นคัน บริเวณลำตัว ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และได้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพประเมินบ้านผู้ป่วย พบสภาพแวดล้อมที่บ้านญาติสามารถปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมี ผู้ดูแลและได้ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน สามารถตอบ คำถามในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและได้ส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องกับพยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ บ้าน แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 26 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึง จำหน่าย 102 วัน

บทวิจารณ์

1. การให้การพยาบาล ควรมีการประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเพิ่มเติม เนื่องจากภาวะหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่สำคัญและเป็นอันตราย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะสามารถลดความรุนแรงได้
2. การสื่อสาร ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง แต่การสื่อสารระหว่างทีมแพทย์และญาติควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย
3. การติดตามผลหลังการจำหน่าย ควรมีการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม เพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง

ข้อเสนอแนะ

การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พยาบาลต้องเชื่อมโยงปัญหาและการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่สำคัญและเป็นอันตราย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะสามารถลดความรุนแรงได้ อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องปลอดภัย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ต้องมีการประสานงานที่ดีจากทีมสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ความร่วมมือจากญาติและผู้ป่วยเอง เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว อีกทั้งพยาบาลชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ตลอดจนมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนเพื่อประเมินความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บรรณานุกรม

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาลัษณ์หิตล;2550.
- คณาจารย์สถาบันบรมราชชนก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก;2556.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธน เพส จำกัด;2556.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภณท์ออฟเซ็ท;2550.
- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. ภาวะฉุกเฉินระบบต่อมไร้ท่อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา;2556.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. ENDOCRINE EMERGENCY งานโรคต่อมไร้ท่อและเบาหวาน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี: สำนักพิมพ์พัฒนาพานิช;2555.
- ไชยพร ยุกเซ็น, ธาวิณี ตรณรงค์สกุล และ ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิปัญญา. EMERGENCY CARE: THE POCKET GUIDE BOOK. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: โรงพิมพ์ช่อระกา;2556.
- ไชยพร ยุกเซ็น และ ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิปัญญา. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: โรงพิมพ์ช่อระกา;2556.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. FIRST HOURS IN EMERGENCY ROOM 2014: EVIDENCE-BASED IN EMERGENCY MEDICINE. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ้ง จำกัด;2557.
- ปราณี ทุ้ไพเราะและคณะ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัษณ์หิตล;2557.
- ปราณี ทุ้ไพเราะและคณะ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัษณ์หิตล;2554.
- พาริดา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรสแอนด์ กราฟฟิค จำกัด;2554.
- วรรณิต ปณียากร. การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาลเล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: โอกรูปเพรส;2552.
- วรารวรรณ อุดมสุขความสุข. เอกสารประกอบการสอน หัวข้อทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มและการนำไปใช้ การปฏิบัติการพยาบาล. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2565. (สืบค้นข้อมูล: 25 ธันวาคม 2566).
- วารุณี มีเจริญ. แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. สระบุรี: โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2;2550.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนเพรสจำกัด;2562.
- สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและการรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค;2550.

American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia. Defining hypoglycemia in Diabetes. *Diabetes Care*, 28(5), 1245-1249 ; 2001.

Ferry, 2009; National Diabetes Information Clearinghouse NDIC; 2008.

Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.

Orem, D. *Nursing concepts of practice*. 4th ed. USA: Mosby Year Book; 1991: p. 64.