

**แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล**

**ของ**

**นางศศิวิมล ประทีปเมือง**

**ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ 224657**

**กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**ขอประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรง**

**ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224657**

**กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

## **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาการดำเนินการ วันที่ 17 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567
3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา  
ครั้งนี้ ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

### **3.1 ความรู้**

- 3.1.1 กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง
- 3.1.2 ความหมายของโรค
- 3.1.3 อุบัติการณ์
- 3.1.4 สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค
- 3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรค
- 3.1.6 การวินิจฉัยโรค
- 3.1.7 การรักษาโรค
- 3.1.8 ยาที่ใช้ในกรณีศึกษา
- 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.3 ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
  - 3.3.1 กระบวนการพยาบาล
  - 3.3.2 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
  - 3.3.3 การประเมินการเกิดภาวะหกล้ม (Morse score)
  - 3.3.4 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI)
  - 3.3.5 การใช้แบบประเมิน NIHSS
  - 3.3.6 การวางแผนจำหน่าย

### **3.1 ความรู้**

#### **3.1.1 กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง**

สมองคืออวัยวะที่มีความซับซ้อนที่ควบคุมความคิด ความจำ อารมณ์ การสัมผัส ทักษะด้านการเคลื่อนไหว การมองเห็น การหายใจ การควบคุมอุณหภูมิ ความหิว และกระบวนการอื่นๆในการควบคุมร่างกาย และสมองร่วมกับไขสันหลังที่รวมเรียกว่าระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ส่วนประกอบหลักของสมอง และการทำงานแต่ละส่วนของสมอง

1. Cerebrum (ซีรีบรัม) ประกอบด้วย เนื้อสมองสีเทาที่อยู่ด้านนอก ส่วนเนื้อสมองสีขาวจะอยู่ตรงกลาง Cerebrum คือส่วนที่ใหญ่ที่สุดของสมอง ทำหน้าที่ในการประสานการเคลื่อนไหว บุคลิกภาพ ทักษะทางสังคม การควบคุมอุณหภูมิ

2. Cerebral cortex มีน้ำหนักเป็นครึ่งหนึ่งของสมองทั้งหมด และมีพื้นที่ผิวมากเนื่องจากประกอบด้วยรอยหยักต่าง ๆ มากมาย โดยประกอบด้วย 2 ซีก (Hemisphere) โดยทั้ง 2 ซีกของสมองถูกเชื่อมด้วยอวัยวะรูปตัว C ที่เป็นเนื้อสมองสีขาวเรียกว่า คอร์ปัสแคลโลซิม (corpus callosum) ซึ่งอยู่ตรงกลางของสมอง

3. ก้านสมอง (Brain stem) คือส่วนที่เชื่อมต่อสมองกับไขสันหลัง ซึ่งประกอบด้วยสมองส่วนกลาง (Mid Brain) คือส่วนที่มีความซับซ้อนมาก เส้นทางเดินของระบบประสาทที่ประกอบด้วยกลุ่มของเซลล์ประสาทที่ต่างชนิดกัน และโครงสร้างอื่น ๆ ของสมอง โดยจะประสานการทำงานที่หลากหลาย ตั้งแต่การได้ยินและการเคลื่อนไหวที่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป พอนส์ (Pons) จะเป็นต้นกำเนิดของเส้นประสาทสมอง 4 คู่ จากทั้งหมด 12 คู่ ทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การสร้างน้ำตา การเคี้ยว กระพริบตา การปรับ focus ของตา การทรงตัว การได้ยิน และการแสดงออกทางใบหน้า และเมดูลลา (Medulla) อยู่ที่ส่วนล่างสุดของก้านสมอง เป็นส่วนที่สมองที่ไปติดต่อกับไขสันหลัง เมดูลลา (medulla) เป็นส่วนที่สำคัญต่อการมีชีวิต เนื่องจากควบคุมการเต้นของหัวใจ การหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระดับของออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ และควบคุมปฏิกิริยาที่อยู่นอกการควบคุมของจิตใจ (reflex) ได้แก่ การจาม ไอ อาเจียน และการกลืน

ปกติสมองจะได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงในปริมาณที่เพียงพออย่างสม่ำเสมอ โดยจะได้รับเลือดไปเลี้ยงในปริมาณ 750 มล. ต่อนาทีหรือประมาณ 50-55 มล./สมอง 100 กรัม/นาที และมีความต้องการใช้ออกซิเจนถึงร้อยละ 20 ของปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายใช้ทั้งหมด หรือประมาณ 50 มล. ต่อนาทีหรือ 3.7 มล./สมอง 100 กรัม/นาที สมองใช้พลังงานประมาณ 400 กิโลแคลอรีต่อวัน หรือใช้กลูโคสประมาณ 5.5 มก./สมอง 100 กรัม/นาที หรือ 75 มก. ต่อนาที เลือดแดงจะไหลผ่าน Internal Carotid Artery ไปยังสมองและออกทาง Jugular Vein กระบวนการทั้งหมดใช้เวลาเพียง 7 วินาทีเท่านั้น ดังนั้นสมองจึงเก็บออกซิเจนและกลูโคสไว้ได้น้อยมากสมองจึงมีพลังงานสำรองน้อย สมองร้อยละ 85 ได้รับพลังงานจากการเผาผลาญกลูโคสโดยผ่านกระบวนการ Aerobic Pathway จะเห็นได้ว่าสิ่งสำคัญของสมองก็คือเลือด เพราะเลือดจะนำเอาออกซิเจนและกลูโคสไปให้สมอง ทำให้สมองได้รับออกซิเจนและกลูโคสอย่างเพียงพอตลอดเวลา ถ้าสมองได้รับเลือดลดลงเหลือประมาณ 18-20 มล./สมอง 100 กรัม/นาที ก็จะทำให้สมองถูกทำลายจากการขาดเลือด และถ้าลดลงเหลือ 10 มล./สมอง 100 กรัม/นาที สมองจะถูกทำลายจนไม่สามารถฟื้นกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ในทำนองเดียวกันถ้าสมองได้รับออกซิเจนลดลงเหลือออกซิเจนที่จะใช้เพียง 2.8 มล./สมอง 100 กรัม/นาที จะทำให้เกิดอาการสับสนและถ้าลดลงเหลือ 20 มล./สมอง 100 กรัม/นาที หรือขาดเลือดไปเลี้ยงนาน 10 วินาที ก็จะทำให้หมดสติได้

สมองได้รับเลือดจาก Carotid arteries เป็นส่วนใหญ่หรือประมาณ 2 ใน 3 ของปริมาณเลือดทั้งหมดที่สมองได้รับและอีก 1 ใน 3 จะได้รับจาก vertebral arteries เลือดจะไปเลี้ยงสมองส่วนที่เป็น Gray Matter มากกว่าส่วนที่เป็น White Matter ถึง 6 เท่า ในระบบจลศาสตร์ของการไหลเวียนเลือดในสมองนั้น ปริมาณเลือดที่ไหลไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood Flow หรือ CBF) จะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความดันในการกำซาบเลือดของสมอง (Cerebral Perfusion Pressure หรือ CPP) และเป็นสัดส่วนผกผันกับแรงต้านทานของหลอดเลือด

เลือดสมองทั้งหมด (cerebrovascular Resistance หรือ CVR) แต่เนื่องจากค่าของความดันในการกำซาบเลือดของสมองเป็นค่าของความแตกต่างระหว่างความดันเฉลี่ยของเลือดแดง (Mean Arterial Pressure หรือ MAP) และความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure หรือ ICP) ปกติ CPP จะมีค่าประมาณ 80-100 มิลลิเมตรปรอท แต่จะต่ำสุดหรือสูงสุดได้ในช่วง 60-150 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นถ้า CPP < 40 เซลล์สมองจะเสียหายที่ ถ้า CPP < 20 มิลลิเมตรปรอท เซลล์สมองจะตาย ถ้า CPP = 0 คือ MAP = ICP ก็จะไม่มีการไหลเวียนไปยังสมองทำให้สมองตาย

### 3.1.2 ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ โรคความผิดปกติของสมองที่จะทำให้เกิดอาการแสดงขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองในบริเวณนั้น แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ ตามพยาธิกำเนิด คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว (Transient ischemic attack : TIA) เป็นอาการคล้ายอาการโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองชั่วคราว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง โดยทั่วไปอาการมักเกิดฉับพลันและเป็นอยู่เป็นวินาทีหรือไม่กี่นาที

2. โรคสมองขาดเลือด (Cerebral infarction) โดยแบ่งเป็น

2.1 Cerebral thrombosis พบประมาณ 30% ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดจากการอุดตันของ atherosclerotic plaque ในเส้นเลือดที่ค่อนข้างใหญ่ที่คอหรือฐานสมอง การอุดตันในเส้นเลือดของสมองที่มีขนาดใหญ่ทำให้เกิดการขาดเลือดของสมองในบริเวณกว้าง อาการที่เกิดขึ้นมักค่อยเป็นค่อยไปโดยผู้ป่วยอาจสังเกตได้ว่ามีอาการอ่อนแรงของแขนขาเพิ่มขึ้นหรือหลังตื่นนอนลุกขึ้นมาเดินไม่ได้

2.2 Cerebral embolism พบประมาณ 30% ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจาก emboli ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก thrombus ที่หัวใจหรือลิ้นหัวใจ หรือเกิดจากเศษของ atherosclerotic plaque จากเส้นเลือดที่อยู่นอกสมอง อาการผู้ป่วยมักจะเป็นฉับพลันจากการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง โดยมักจะพบว่า emboli ไปอุดตันตามแขนงของ middle cerebral artery เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาค และการไหลของเลือดซึ่งผ่านตรงมาจาก internal carotid artery

2.3 Lacunar stroke พบประมาณ 20% ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะรอยโรคเล็ก ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.5 เซนติเมตร เกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดฝอยเล็ก ๆ ในสมองที่อยู่ลึก ๆ เช่น บริเวณ internal capsule, basal ganglia, thalamus และ brain stem เป็นต้น

3. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral hemorrhage) แบ่งเป็น

3.1 Intracerebral hemorrhage พบประมาณ 11% ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือความดันโลหิตสูงเนื่องจากการมีความดันโลหิตสูงในสมองมักส่งผลให้มีการแตกของเส้นเลือดฝอยเล็ก ๆ ในสมองที่อยู่ลึก ๆ เช่น thalamus หรือ putamen ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงและมีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการอ่อนแรงตามมา ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมลง หรือถึงขั้นหมดสติ (coma) ได้หากบริเวณที่มีเลือดออกมีขนาดใหญ่มาก

3.2 Subarachnoid hemorrhage พบประมาณ 9% ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดจากการแตกของ arterial aneurysm ที่ฐานสมองทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง อาการผู้ป่วยมักเป็นอย่างฉับพลัน มีอาการปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน และมีอาการของการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง (meningeal irritation) แต่มักไม่พบอาการที่เป็นลักษณะ focal sign ในตอนแรกแต่อาจพบอาการดังกล่าวได้ภายหลังเกิดจากการที่เส้นเลือดสมองหดตัว (arterial vasospasm) นอกจากนี้ subarachnoid hemorrhage ยังพบได้จากการมี bleeding ของ arteriovenous malformation

### 3.1.3 อุตติการณ์

จากการศึกษา Thai Epidemiologic Stroke (TES) ในระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2549 พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ ร้อยละ 1.88 หรือ 1,880 รายต่อ 100,000 ในประชากรอายุ 45 ถึง 80 ปี ใกล้เคียงกับความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดปทุมธานี ที่สำรวจในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งอยู่ที่ร้อยละหนึ่งในประชากรอายุมากกว่า 30 ปี อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ 43.6 รายต่อ 100,000 ประชากร ในปี ค.ศ. 2006 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับสามส่วนในประเทศไทย ได้มีการสำรวจโดยใช้วิธีการสอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์ (Verbal autopsy) ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง และนอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในระยะยาว จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ยังมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลือหลังจากรักษาไปแล้ว 6 เดือน ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอดโดยพบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปี ไปในปี 2565

### 3.1.4 สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

สาเหตุของโรคและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งกลุ่มปัจจัยเสี่ยงได้ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ได้แก่

1.1 โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดสูงประมาณ 2.6 เท่าคนปกติ การมีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งจากภาวะสมองขาดเลือด (เส้นเลือดสมองตีบหรือตัน) เส้นเลือดสมองแตกรวมถึงเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage)

1.2 โรคหัวใจ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.4 เท่า การมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือ valvular heart disease ที่อาจทำให้เกิด emboli หลุดออกมาจาก thrombus ในหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง

1.3 การสูบบุหรี่ พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งจากภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง โดยมีความเสี่ยงเป็น 2.1 เท่าของคนปกติ แต่อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือดจะลดลงกลับมาเท่าคนปกติได้หลังจากหยุดการสูบบุหรี่ประมาณ 5 ปี

1.4 ภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.9 เท่า

1.5 โรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1.7 เท่าของคนปกติ

1.6 ภาวะอ้วนลงพุง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.7 เท่า

1.7 การรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยง เช่น อาหารทอด ขนมที่มีปริมาณเกลือในอาหารมาก เนื้อสัตว์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.4 เท่า

1.8 ภาวะซึมเศร้า เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.4 เท่า

1.9 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่าหากดื่มเป็นจำนวนมาก

1.10 Sedentary lifestyle การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคต่าง ๆ ได้เช่น โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง เบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในทางตรงกันข้ามการออกกำลังกายจะช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการออกกำลังกายจะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด นอกจากนี้ยังเชื่อว่าช่วยให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองดีขึ้นด้วย โดยพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์สามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 70%

1.11 ความเครียดในชีวิต เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.3 เท่า

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขโดยการรักษา หรือการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แก่

2.1 อายุ ผู้ที่มีอายุมากจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

2.2 เชื้อชาติ พบว่าคน african american จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคน Caucasian ซึ่งอาจอธิบายจากความเสี่ยงทางพันธุกรรมที่คน African American มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอ้วนสูงกว่า

2.3 ประวัติครอบครัวที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติครอบครัวที่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเส้นเลือดสมองตีบชั่วคราวในผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

### 3.1.5 อาการ และอาการแสดงของโรค

มีอาการที่เป็นทันทีทันใดและมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ

1. แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
2. พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจ
3. เดินเซ เวียนศีรษะ
4. ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีตมัวข้างใดข้างหนึ่ง
5. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงไม่เคยเป็นมาก่อน

หรือมีการสังเกตอาการเบื้องต้นตามหลัก “ F-A-S-T”

- |            |                         |
|------------|-------------------------|
| F = Face   | ใบหน้าอ่อนแรง ปากเบี้ยว |
| A = Arm    | แขนขาอ่อนแรง            |
| S = Speech | พูดไม่ออก พูดไม่ชัด     |
| T = Time   | พบแพทย์เร็วที่สุด       |

### 3.1.6 การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ การซักประวัติบางครั้งก็พอจะบอกถึงภาวะสมองขาด เลือดชั่วคราวได้ แต่บางครั้งก็เป็นเรื่องยาก เนื่องจากอาการของโรคเกิดขึ้นในช่วง ระยะเวลาสั้น ๆ ไม่กี่นาที ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจ บางครั้งผู้ป่วยมีอาการของการละลาย หรือไม่สนใจร่างกายด้านอ่อนแรง หรือปฏิเสธการยอมรับร่างกายด้านอ่อนแรง จากการมีพยาธิสภาพที่สมองที่ึกษา หรือบางครั้งผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของความจำและการพูดก็จะทำให้การซักประวัติยากขึ้น ดังนั้นญาติหรือผู้ใกล้ชิดจึงเป็นบุคคล สำคัญในการที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

2. การตรวจร่างกาย ในกรณีที่มีการตีบตันของหลอดเลือดบริเวณคอ ถ้าเป็นไม่มากจะพบว่ามี Pulse Amplitude ลดลง ในกรณีที่มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์ ก็จะคลำ Pulsation ไม่ได้ แต่ถ้าคลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงบริเวณหน้า เช่น บริเวณ Preauricular, Superficial Temporal, Temporal และ Orbital จะพบว่ามีชีพจรแรงและมี Pulse Amplitude เพิ่มขึ้น เนื่องจากแรงของเลือดไหลมายังหลอดเลือดแดง External Carotid มากขึ้น นอกจากนี้การที่หลอดเลือดแดง Internal Carotid ตีบตันยังสามารถฟังเสียงฟู (Bruits) ที่ได้ Carotid Bifurcation โดยจะ ได้ยินเสียง Systolic Bruits เป็นเสียงยาวและแหลม สำหรับกรณีที่มีสิ่งอุดตัน (Emboli) หลุดลอยออกมาจากหลอดเลือดแดง Carotid หากส่องดูตาด้วยเครื่อง Ophthalmoscope ก็จะสามารถเห็นสิ่งอุดตันหลุดลอยได้ที่ Fundus

3. การตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-Scan) ก็จะช่วยแยกหลอดเลือดสมองอุดตันออกจากหลอดเลือดสมองแตกได้ การตรวจพิเศษโดยการทำให้ Venous Digital Subtraction Angiography (DSA) ก็จะช่วยบ่งบอก ถึงความผิดปกติของหลอดเลือดได้ ส่วนการทำ Cerebral Angiography มักจะทำหลังจากการทำ CT Scan แล้วพบว่าปกติ หรือไม่มีเลือดออกในสมองและผู้ป่วยที่จำเป็น ต้องผ่าตัด Endarterectomy เป็นต้น สำหรับการทำให้ Magnetic Resonance Image (MRI) จะสามารถบอกรายละเอียด

ของขอบเขตของพยาธิสภาพได้ชัดเจน และ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีปัญหาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด การตรวจวัดคลื่นหัวใจ (ECG) ก็เป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งการเจาะเลือดดูปริมาณเกล็ดเลือด ความเข้มข้น ของเลือด และค่า ESR, LDH, VDRL เป็นต้น

### 3.1.7 การรักษาโรค

ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น หลักการรักษาประกอบด้วย

1. การรักษาทางยา สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ยาต้านเกล็ดเลือด และยาด้านการแข็งตัวของเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอ เพื่อปรับขนาดยาตามแผนการรักษา

2. การรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางราย โดยเฉพาะรายที่มีเลือดออกในสมองสมองบวม หรือในรายที่มีการ ตีบตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอมากกว่า 70% แพทย์อาจพิจารณารักษาโดยการผ่าตัด

3. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4. การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

### 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาของแพทย์ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในแผนการรักษาทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2. การพยาบาลผู้ป่วยทางระบบประสาท โดยการประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) พยาบาลต้องสังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาทอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง โดยใช้แบบประเมิน Glasgow coma scale และสังเกตอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก และ ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ pulse pressure กว้าง (SBP-DBP > 60 mmHg) ให้การพยาบาลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ นอนศีรษะสูง 30 องศา จัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยง การพับ งอ หรือ บิดเอียงศีรษะ หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา หลีกเลี่ยงการกดทับ หลอดเลือดบริเวณ คอ เช่น การใส่ hard collar, soft collar หลีกเลี่ยงการผูกท่อช่วยหายใจ หรือ tracheostomy tube ที่แน่นเกินไป ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

3. การพยาบาลในการให้ยาละลายลิ่มเลือด แนวทางการพยาบาลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน

- 3.1 จัดให้มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง ควรแปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน (ภายใน 3 นาที)

- 3.2 ชักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีอาการสำคัญที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อย่างไรอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 อย่างดังนี้

- อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เช่น มีอาการหรืออ่อนแรงของแขนขาหรือใบหน้า ส่วนใหญ่มักเป็นที่ร่างกายเพียงซีกใดซีกหนึ่ง

- การมองเห็นผิดปกติ เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็น
- การพูดผิดปกติ พูดลำบาก พูดตะกุก ตะกัก หรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด
- เวียนศีรษะ มีอาการมึนงง บ้านหมุน หรือเดินเซ เสียการทรงตัว
- ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุชัดเจนและไม่เคยเป็นมาก่อน

เวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ มีความสำคัญมากในการประเมิน เช่น ถ้าผู้ป่วย/ญาติแจ้งว่า มีอาการหลังตื่นนอน และไม่ทราบเวลาเข้านอนที่ชัดเจน จะทำให้ไม่ทราบ Stroke onset และไม่สามารถพิจารณาเข้า Stroke fast track แต่ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการหลังตื่นนอน และทราบเวลาเข้านอนชัดเจน และอยู่ในช่วงเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ก็สามารถพิจารณาการเข้า Stroke fast track ได้ ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเวลา 02.30 น. แจ้งว่าผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 02.00 น. มีอาการแขนขา อ่อนแรงข้างซ้ายและพูดไม่ชัด โดยได้เข้านอนตั้งแต่เวลา 23.00 น. เท่ากับผู้ป่วยรายนี้มีอาการแล้ว 3 ชั่วโมง 30 นาที ให้รีบนำผู้ป่วยเข้า Stroke fast track กรณีไม่ทราบเวลา Stroke onset ที่แน่นอน ให้ประเมินและใช้แนวทางการรักษาตาม care map / pathway ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

การพยาบาลขณะให้ยาและหลังให้ยา

1. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา
2. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง 24 ชั่วโมง
3. งดน้ำและอาหารยกเว้นยา ตามแผนการรักษา
4. วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท ควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงโดยให้

SBP < 180 mmHg และ DBP < 105 mmHg

- 4.1 วัดทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง
- 4.2 วัดทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง
- 4.3 วัดทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง
- 4.4 วัดทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่แล้ว

5. ให้ออกซิเจน cannula 2-4 U/min keep SpO > 94 % ตามแผนการรักษา)

6. ฝ้าระวังและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

7. ฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา (ตาม standing order) เช่น เลือดออกในระหว่าง หรือหลังให้ยาลดความดันโลหิตภายใน 24 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติจากการให้ยา เช่น เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ มีเลือดบริเวณที่แทงน้ำเกลือ รอยเจาะเลือด สีของอาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น

8. งดการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) รวมทั้งการแทงหลอดเลือดแดงใหญ่ (central venous access) หรือแทงหลอดเลือดแดงภายใน 24 ชั่วโมง

4. การพยาบาลทางด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ

5. การวางแผนจำหน่าย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมในส่วนของญาติและผู้ดูแล เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในเรื่องที่เป็นได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การจัดทำนอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด เป็นต้น

### 3.3 ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

3.3.1 กระบวนการพยาบาล (Nursing process) มีองค์ประกอบที่สำคัญหรือมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment)

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning)

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการเก็บรวบรวม จัดกลุ่ม ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ แล้วนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำ ไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อนำมาตัดสินใจว่าปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นคืออะไร หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นคืออะไร พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความ จัดกลุ่ม ตัดสิน และกำหนดชื่อของภาวะสุขภาพนั้น เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำเอาปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่ประเมินได้จากขั้นตอนการวินิจฉัยมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ทราบว่าปัญหาใดต้องได้รับการแก้ไขก่อนหลัง จากนั้นกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นขั้นตอนเพื่อนำแผนที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 3 มาสู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องทำการบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลและมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการต้องตัดสินใจร่วมกันว่าแผนการพยาบาลได้ผลหรือไม่ มีปัจจัยใดที่มีผลทำให้บรรลุผลหรือล้มเหลว ถ้าพบว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาลใหม่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ข้อ 1-4 ใหม่ จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

### 3.3.2 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จเจอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่ง อาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่นทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ในเลือด โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน
3. การขับถ่าย เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด
5. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

6. สถิติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม

9. เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

10. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด

11. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

### 3.3.3 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse score)

เป็นแนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและมีโรคร่วมด้วย ประกอบไปด้วยข้อการประเมิน และแนวทางการประเมินดังนี้

1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม: มีการพลัดตกหกล้มระหว่างอยู่รักษาหรือตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (History of falling; immediate or within 3 months)

2. มีการวินิจฉัยโรคมามากกว่า 1 รายการ (Secondary diagnosis)

3. การช่วยในการเคลื่อนย้าย (Ambulatory aid)

4. ให้สารละลายทางหลอดเลือด (IV) / คา Heparin lock ไว้

5. การเดิน (Gate) / การเคลื่อนย้าย (Transferring)

6. สภาพจิตใจ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เป็น 3 ระดับ

คะแนน 0 –24 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

คะแนน 25 –50 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

คะแนน  $\geq 51$  หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

### 3.3.4 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว)

0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ หรือรับอาหารทางสายยาง

5 = ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นๆ ได้ล่วงหน้า

10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้

2. transfers (ลุกจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้)

0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คน ช่วยกันยกขึ้น

5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องยกใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นจึงนั่งอยู่ได้

10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ยกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

15 = ทำได้เอง

3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา)

0 = ต้องมีคนช่วยเหลือ

5 = ทำเองได้

4. Toilet Use (การเข้าห้องน้ำ)

0 = ช่วยตัวเองไม่ได้

5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

10 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Bathing (การอาบน้ำ เช็ดตัว)

0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

5 = อาบน้ำได้เอง

6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน)

0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้ามุ้งหรือประตูได้

10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลความปลอดภัย

15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง อาจใช้ไม้เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน

7. Stairs (การขึ้นบันได 1 ชั้น)

0 = ไม่สามารถทำได้

5 = ต้องการคนช่วยเหลือ

10 = ขึ้นบันไดเองได้ (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะช่วยเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

10 = ช่วยตัวเองได้ดี รวมทั้งการติดกระดุมรูตซิบ หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

9. Bowels (การอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 = กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

10 = กลั้นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 = กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

10 = กลั้นได้เป็นปกติ

การแปลผล (คะแนนเต็ม 0-100)

0 – 20           ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (very severely disabled)

25 – 45           สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (severely disabled)

50 – 70           สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (moderately disabled)

75- 90           สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (mildly disabled)

100               สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (Physically Independent

but not necessary normal or social independent)

### 3.3.5 การใช้แบบประเมิน NIHSS

การตรวจทางระบบประสาทที่มักเห็นใช้กันบ่อยๆ ก็คือการประเมินโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) แต่ปัจจุบันมีอีกรีวิวีเพิ่มเติมขึ้นมาคือ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งการประเมินทั้งสองแบบก็มีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในบางประเด็น เช่น ทั้งสองวิธีมีการประเมิน Consciousness, Motor และ Perception เหมือนกัน แต่ NIHSS จะมีการประเมินในด้านของ Cognition ร่วมด้วย นอกจากนี้จุดประสงค์ของการพัฒนาแบบประเมินทั้งสองก็ยังมีความต่างกันคือ NIHSS พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วน GCS พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดสมอง การประเมินโดยใช้ NIHSS จึงเป็นที่นิยมใช้กันและแบบประเมินมีความเกี่ยวข้องอยู่ในระดับสูง ซึ่ง NIHSS จะมีการประเมินด้านต่างๆ ดังนี้

1. ระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้ แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1a. ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness, LOC) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = รู้สึกตัวดี

1 = ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้

2 = ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ

3 = ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์

1b. สามารถบอกเดือน และอายุได้ (LOC Questions) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ

1 = ตอบถูกเพียง 1 ข้อ

2 = ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ

การให้คะแนนในข้อนี้จะไม่ให้สำหรับคำตอบที่ใกล้เคียง เช่น เดือนนี้พฤษภาคม แต่ผู้ป่วยตอบว่าเดือนเมษายน หรือถ้าผู้ป่วยอายุ 80 ปี แต่ตอบว่า 75 ปี เป็นต้น

1c. หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ (LOC Commands) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

- 0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง
- 1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว
- 2 = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง

2. การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

- 0 = มองตามได้เป็นปกติ
- 1 = ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้แต่ไม่สุด
- 2 = เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย

oculocephalic maneuver ข้อสำคัญของการตรวจคือ ต้องระมัดระวังการเคลื่อนไหวลำคอในผู้ป่วยที่มีปัญหาของ C-spondylosis ด้วย นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ลืมตา ผู้ตรวจอาจต้องใช้วิธีดึงเปลือกตาขึ้น แล้วทำการทดสอบ

3. การมองเห็น (Visual Fields) การตรวจการมองเห็นนี้ผู้ตรวจจะทำการตรวจตาทีละข้าง โดยอาจใช้มือปิดตาอีกข้างหนึ่งก่อน มีการให้คะแนน 0-3 ดังนี้

- 0 = ลานสายตাপกติ
- 1 = ลานสายตาคิดปกติบางส่วน (Partial Hemianopia)
- 2 = ลานสายตาคิดปกติครึ่งซีก (Complete Hemianopia)
- 3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)

ในการทดสอบนี้ผู้ตรวจจะต้องทำการตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีการปรับสายตาได้ก่อน และถ้าหากผู้ป่วยไม่ทำตามสั่งหรือไม่สามารถเข้าใจคำสั่งได้ ผู้ตรวจอาจใช้วิธี Threaten โดยให้ผู้ตรวจใช้นิ้วมือชี้ลงไปที่ตาของผู้ป่วยทีละข้างตามแนวองศาของลานสายตাপกติ ซึ่งลานเห็นปกติของด้านข้างมักจะมองเห็นได้กว้างประมาณ 90 องศา ด้านข้างจุก 60-70 องศา ทางด้านบน 50 องศา และด้านใต้จุก 70-75 องศา เมื่อมองพร้อมกันทั้งสองตา ลานเห็นของตาแต่ละข้างจะเหลื่อมกันตรงกลาง ในการตรวจลานเห็นมักตรวจทีละข้าง ลานเห็นที่ผิดปกติไป เช่น แคบลง หรือบางส่วนขาดหายไป เป็นต้น ดังนั้นเวลาตรวจผู้ตรวจจะต้องทำมุมของวัตถุที่ใช้ตรวจสอบให้เหมาะสมกับลานเห็นปกติ และให้วัตถุที่ใช้ทดสอบอยู่ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 1 ฟุต

4. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

- 0 = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ
- 1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตก หรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม
- 2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง
- 3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างใดหรือทั้ง 2 ข้างได้เลย

การตรวจในข้อนี้จะทำการตรวจในผู้ป่วยที่ไม่พบการอ่อนแรงของใบหน้าชัดเจน โดยในการตรวจจะให้ผู้ป่วยยิ้ม แล้วให้สังเกตว่า ร่องบุมข้างแก้มทั้งสองข้างขณะที่ผู้ป่วยยิ้มนั้นเท่ากันทั้งสองหรือไม่ พร้อมทั้งให้สังเกตว่ากล้ามเนื้อบริเวณแก้มยกตัวเท่ากันหรือไม่

5. กำลังของกล้ามเนื้อแขน (Motor Arm) โดยมีคะแนน 0-4 ดังนี้

0 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 10 วินาที

1 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้เพียงครึ่งเดียวไม่ถึง 10 วินาที โดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกแขนขึ้นได้บ้างแต่ไม่ถึงหรือไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ จากนั้นแขนตกลงบนเตียง

3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน

การให้คะแนนระหว่าง 3 กับ 4 มีความต่างกันตรงที่ การให้คะแนน 3 นั้นผู้ตรวจจะต้องสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยพยายามจะยกแขนแต่ยกไม่ได้ซึ่งจะเห็นว่ามี การเคลื่อนไหวบ้าง เช่น ในแนวระนาบ ส่วนคะแนน 4 นั้นผู้ป่วยไม่สามารถหรือไม่มี การเคลื่อนไหวใด ๆ เลย

6. กำลังของกล้ามเนื้อขา (Motor Leg) โดยมีคะแนน 0-4 ดังนี้

0 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงาย และคงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 5 วินาที

1 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงายได้ครึ่งเดียว โดยไม่ถึง 5 วินาที ก็ต้องลดขาลงมา แต่ขาไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตกลงบนเตียงก่อน 5 วินาที

3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา

ในการให้คะแนนสำหรับการตรวจ ให้ใช้องศาหรือมุมที่ผู้ป่วยสามารถยกขึ้นเป็นเกณฑ์ก่อน แล้วค่อยพิจารณาระยะเวลาที่ยกขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยบางคนนอนยกขาได้ไม่ถึง 30 องศา ถึงแม้จะยกได้นานเกิน 5 วินาทีก็ตาม ก็จะได้คะแนนแค่ 2 เป็นต้น

7. การประสานงานของแขนขา (Limb Ataxia) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้าง เป็นปกติ

1 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง

2 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง

UN = แขนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อติดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้

ในผู้ป่วยบางรายที่แขนขาอาจถูกตัดไปก็ยังสามารถประเมินในหัวข้อนี้ได้ เช่น ขาผู้ป่วยถูกตัดไปหนึ่งข้าง ผู้ตรวจก็ยังสามารถตรวจในส่วนของแขน ขาที่เหลืออีก 3 ข้าง และถ้าผลการประเมินพบว่า สามารถประสานงานได้ปกติก็ถือว่าได้คะแนน 0

#### 8. การรับรู้ความรู้สึก (Sensory) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = การรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ

1 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับรู้ความรู้สึกจากวัสดุแหลมคมลดลงบ้าง แต่ผู้ป่วยยังสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูกกระตุ้น

2 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกว่าคุณสัมผัสที่บริเวณใบหน้า แขนและขา

การทดสอบการรับรู้ความรู้สึกผู้ตรวจจะใช้ไม้จิ้มฟันปลายแหลมทำการทดสอบในตำแหน่งที่ต่างกัน หรือตรงกันข้ามกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบความรู้สึกว่าเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง เช่น ตำแหน่งที่ใบหน้าก็ทดสอบทั้งแก้มซ้าย และขวา เป็นต้น

#### 9. ความสามารถด้านภาษา (Best Language) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = การสื่อภาษาเป็นปกติ

1 = การสื่อภาษาสูญเสียไปในระดับน้อยถึงปานกลาง ตรวจพบการสื่อภาษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษาในการสื่อสาร แต่ยังคงพอที่จะเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่

2 = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ตรวจเข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร

3 = ไม่พูด หรือมี Global Aphasia (ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพยายามสื่อภาษา และไม่สามารถแสดงท่าทาง พูด และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ)

กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ผู้ตรวจควรสอบถามก่อนว่า ต้องใช้แว่นสายตาหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการอ่านหนังสือได้หรือไม่ เพื่อที่จะได้ประเมินได้ถูกต้องหรือหาวิธีทดสอบแบบอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยมองภาพไม่เห็น ก็อาจเอาวัตถุที่ผู้ป่วยน่าจะคุ้นเคยให้ดู แล้วถามว่ามันคืออะไร ใช้ทำอะไร เป็นต้น สำหรับการให้คะแนนในการให้ผู้ป่วยอธิบายรูปภาพหรือบอกชื่อภาพที่เห็น ถ้าผู้ป่วยบอกผิดมากกว่า 50% ให้ 2 คะแนน และถ้าบอกถูกบ้างแต่ไม่เกิน 50% ให้ 1 คะแนน

#### 10. การออกเสียง (Dysarthria) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = พูดได้ชัดเจนเป็นปกติ

1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง (ผู้ป่วยพูดไม่ชัด เป็นบางคำโดยผู้ตรวจพอเข้าใจได้)

2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือผู้ป่วยไม่พูด ผู้ตรวจไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ (โดยที่ไม่มีคามผิดปกติของความสามารถทางภาษา)

ถ้าผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ตรวจอาจเป็นผู้อ่านให้ที่ละบรรทัด แล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม เช่น คำว่าแมงมุม ทับทิม ฟีนฟู ขอบคุณ รื่นเริง ใบบัวบก เป็นต้น

11. การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (Extinction and Inattention) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = ไม่พบความผิดปกติ

1 = มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของการรับรู้ในด้าน การมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้น 2 ข้างพร้อมๆ กัน

2 = มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ มากกว่า 1 อย่าง หรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตัวเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว

การตรวจในข้อนี้เป็นการทดสอบทั้งการมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัส โดยการทดสอบการได้ยิน และสัมผัส จะให้ผู้ป่วยหลับตาขณะทดสอบด้วย ซึ่งการทดสอบแต่ละอย่างจะทำทีละข้างก่อน และสุดท้ายก็จะกระตุ้นอวัยวะทั้งสองข้างพร้อมๆ กัน

การให้คะแนนจากการประเมินด้วย NIHSS จำแนกออกเป็น 4 ระดับดังนี้

คะแนน 25 = Very Severe Impairment

คะแนน 15-24 = Severe Impairment

คะแนน 5-14 = Mild to Moderately

คะแนน  $\leq 4$  = Mild Impairment

การแปลผลของคะแนนที่ได้จากการประเมินโดยใช้ NIHSS จะต่างจากการประเมินด้วย GCS คือ ถ้าคะแนนของ NIHSS มากแสดงว่า ผู้ป่วยมีภาวะความรุนแรงของโรครุนแรง ส่วน GCS ถ้าคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคน้อย

ข้อควรคำนึงในการประเมินระบบประสาทผู้ป่วย

เมื่อพยาบาลทำการประเมินหรือตรวจระบบประสาทผู้ป่วยแล้วพยาบาลจะต้องทำการบันทึกคะแนนทันทีเมื่อตรวจเสร็จห้ามย้อนกลับเพื่อไปเปลี่ยนแปลงคะแนน นอกจากนี้คะแนนที่ให้จะบอกถึงความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้จริง “ไม่ใช่” สิ่งที่คุณคิดว่าผู้ป่วยน่าจะทำได้ และการตรวจควรเป็นไปอย่างรวดเร็ว “ไม่ควร” กล่าวเป็นนัยหรือกล่าวซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ต้องการแต่อาจทำได้ในบางกรณี ซึ่งจะระบุไว้ในแต่ละข้อย่อย

### 3.3.6 การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่งของการดูแล ประกอบด้วย ขั้นตอนประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การทำงานเป็นทีมของสถานบริการสุขภาพทุกระดับตลอดจนบริบทของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการวางแผนจำหน่ายซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพจะต้องร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มผู้ป่วยเข้าไว้ใน การดูแล ระยะของการดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นและใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นรูปแบบชัดเจนและสามารถลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ คือ กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD โดย D: Disease หรือ Diagnosis หมายถึงความรู้เรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว M: Medicine หมายถึงผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด E: Environment, Economic, Equipment &

Emotion หมายถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปัญหาค่าใช้จ่าย ค่ารักษา สิทธิเบิกจ่าย การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นและการจัดการความเครียดความวิตกกังวล T: Treatment หมายถึงความรู้และทักษะการดูแลรักษาที่ต้องทำต่อเนื่องหลังจำหน่าย H: health หมายถึงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน O: Outpatient หมายถึง การแนะนำการมาตรวจและพบแพทย์ตามนัด และการติดตามการเยี่ยมบ้านหรือการติดตามรักษา D: Diet หมายถึงอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรคซึ่งการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการและรูปแบบของการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมจะทำให้การวางแผนจำหน่ายมีคุณภาพ

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) หรืออัมพฤกษ์ /อัมพาต เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 (Public health status A.D.2005) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและพิการในหลายประเทศทั่วโลก ในปี 2016 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 80.1 ล้านคนและเสียชีวิต 5.5 ล้านคน และอีก 13.7 ล้านคนได้กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอดโดยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง(stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี2565 มีอัตราการเสียชีวิตที่ยังอยู่ในเกณฑ์สูงคือ ประมาณร้อยละ 10 – 11 มาตลอด ในปี 2560-2565 โดยกลุ่มผู้ป่วย Intracerebral hemorrhage มีโอกาสเสียชีวิตสูงมากกว่าผู้ป่วย ischemic stroke หลายเท่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดส่วนหนึ่งที่มาทันระบบการรักษา stroke fast track ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด ในปี 2560-2565 พบว่าอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย acute ischemic stroke คือร้อยละ 5.77 , 6.59 , 7.75 , 8.04 , 7.38 และ 7.36 ตามลำดับ ผู้ป่วย ischemic stroke นั้นมีการรักษาที่เป็นมาตรฐานคือ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด(rt-pa) การรับไว้รักษาใน stroke unit และมีมาตรฐานในการรักษาของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ Standard stroke certified center :SSCC ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่ลดลงมาตลอดตั้งแต่มีระบบบริการ stroke fast track ประสิทธิภาพของการรักษาคือ การวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว และให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมทันทั่วถึงที่จะสามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนลงได้อย่างมาก การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้นั้น อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง จะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดเนื่องจากการจับตัวกันของลิ่มเลือดยังไม่แข็งตัวเต็มที่ จึงทำให้ยาได้ผลดี

จากสถิติที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 608, 642 และ 743 รายในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนอนพักในโรงพยาบาลจำนวน 495, 499 และ 617 รายในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยได้ยา rt-PA เท่ากับ 50, 78 และ 95 รายในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ เกิดเลือดออกในสมองแบบมีอาการหลังได้ยา 9, 7 และ 5 รายในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ (จากข้อมูลสารสนเทศ

โรงพยาบาลชุมแพ ปี พ.ศ. 2563-2565) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลาอนานขึ้น หรือเสียชีวิต การให้ยา rt-PA ภายในเวลา 4 ชั่วโมง นาทีเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐาน การมีระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล การเข้าใจข้อบ่งชี้ข้อห้ามในการให้ยา ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องหลังจากให้ยา และการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา การพยาบาลภายหลังการได้รับยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤติ โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### 4.2 วัตถุประสงค์

4.2.1 เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษาเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึงที่ ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ตลอดจนการเสียชีวิต

4.2.2 ให้การพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว กลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติที่บ้านและชุมชน

#### 4.3 เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (การเกิดภาวะเลือดออกในสมอง, ภาวะสมองบวม) อาการรุนแรงลดลง ฟันหายและพร้อมจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง

#### 4.4 ขั้นตอนหลักการดำเนินการ

4.1 ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย 5 อันดับโรคแรก ของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤติ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

4.2 เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากเป็นโรคที่สำคัญและเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนสูง ที่ต้องใช้ความรู้และทักษะและประสบการณ์สูงในการให้การพยาบาล

4.3 ขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

4.4 ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา การพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การประเมินการเกิดภาวะหกล้ม (Morse score) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) การใช้แบบประเมิน NIHSS และการวางแผนจำหน่าย

#### 4.5 ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

4.5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยต่อกระຈก (แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับแพทย์และพยาบาล. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.2565.) บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพ ประกอบด้วย

4.5.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

4.5.3 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลประวัติ การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

4.5.4 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)

4.5.5 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- สภาพทั่วไป
- สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI
- ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า เล็บ ตา หู จมูก ปาก คอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบต่อม น้ำเหลือง

4.5.6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจ

4.5.7 แผนการรักษาของแพทย์

4.5.8 ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

4.5.9 สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

4.5.10 วินิจฉัยการพยาบาล

4.5.11 แผนการพยาบาล

4.5.12 ปฏิบัติการพยาบาล

4.5.13 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับปัญหา

และความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

4.6 สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค

4.7 เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมและทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต

4.8 จัดทำผลงานวิชาการ

#### 4.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.6.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ปลอดภัยจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

4.6.2 พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกึ่งวิกฤติ

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### 5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลจากการศึกษากรณีศึกษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งจังหวัดขอนแก่น ในช่วงวันที่ 17 มิถุนายน 2566 - 20 มิถุนายน 2566 ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 1 ราย แหล่งข้อมูลจากการศึกษาคือ ผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน มีดังนี้ ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 73 ปี มาโรงพยาบาล วันที่ 16 มิถุนายน 2566 เวลา 17.15 น. มาด้วยอาการสำคัญ มีแขนขาซีกขวาก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มีโรคประจำตัวความดันโลหิต อากาศปัจจุบัน (present illness) พบว่า เริ่มมีอาการเมื่อเวลา 15.00 น. ก่อนมาโรงพยาบาล มีแขนขาอ่อนแรงซีกขวา ปากเบี้ยวซีกขวา (facial palsy) พูดไม่ชัด (disarthria) แรกแรกที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำบอกได้ มีอาการอ่อนแรงบริเวณซีกขวา ประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow coma score : GCS) = 15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) ซีกขวาก่อนแรง Gr.1-2 ซีกซ้ายกำลังปกติ Gr.5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 192/98 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต nicardipine 2 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วัดความดันโลหิตซ้ำเวลา 17.50 น. ความดันโลหิต 154/71 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ให้น้ำและอาหาร ส่ง CT-Brain ผลการทำ CT Brain : Acute cerebral infraction at left temporal region ประเมินคะแนน National Institutes of Health (NIHSS) ใช้ในการวัดและบันทึกระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้ คะแนน (ค่าปกติ 0 คะแนน) ประสานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admit) ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤติอย่างเร่งด่วน เพื่อรับยาละลายลิ่มเลือด (rT-PA) โดยเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชนผ่านระบบช่องทางด่วน (stroke fast tract) ได้รับยา rT-PA (1 มิลลิกรัม : 1 กิโลกรัม) ผู้ป่วยหนัก 48 กิโลกรัม ดังนั้น Total dose คือ 43.2 มิลลิกรัม และแบ่งให้ rT-PA (10%) 4.32 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ bolus in minute เวลา 17.59 น. และ รับประทาน rT-PA (90%) จำนวน 38.88 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ drip in 60 นาที เวลา 18.05 น. ตามแผนการรักษา ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดหลังได้รับยา rT-PA ครบ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการ CT scan สมอง อีกครั้ง no recent infraction or cerebral hemorrhage, old lacunar infarction ได้รับสารน้ำคือ NSS 1,000 มิลลิลิตร drip 80 ml/hr ได้รับยา ASA (300) 1 เม็ดเช้า, Folic acid 1 เม็ดเช้า vitamin B. complex ครั้งละ 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร และ Amlodipine (5) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา stroke fast tract และหลังได้รับยา

(rt-PA ประเมินผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยได้รับยาอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม (ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากการได้รับยา ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำบอกได้ กำลังแขนขาซีกขวาดีขึ้นมี อาการอ่อนแรงเล็กน้อย ประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow coma score : GCS) = 15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังของกล้ามเนื้อ(Motor power) ซีกขวาอ่อนแรง Gr.4-5 ซีกซ้ายกำลังปกติ Gr.5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/86 มิลลิเมตรปรอท ประเมินNational Institutes of Health (NIHSS) 3 คะแนน ยังคงพูดไม่ชัดสามารถ เคี้ยวกลืนได้ไม่ลำบาก กำมือขวาได้มากขึ้น แต่กำมือขวาได้ไม่สุดแรง ช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลจนอาการดีขึ้น และติดตามประเมินอาการต่อเนื่องร่วมวางแผนการจำหน่าย แพทย์พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 20 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ในระหว่างรับการรักษาพบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 9 ข้อ ดังนี้

1. การซึมซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอสัมพันธ์กับมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)
3. เสี่ยงต่อการเกิดการสำลักอาหารเนื่องจากกลไกการกลืนบกพร่อง
4. การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง
5. การติดต่อสื่อสารบกพร่องเนื่องจากพูดไม่ได้ พูดลำบาก
6. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง
7. วิดกกังวลในการปรับตัวกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ และสูญเสียภาพลักษณ์
8. ขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค การรักษาและการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ได้รับคำแนะนำในปฏิบัติตัว การมาตรวจและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ซึ่งผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและปฏิบัติได้ถูกต้อง ยังคงเหลือปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านคืออาการอ่อนแรงซีกขวา ที่ยังคงต้องฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

## 5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา มี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (การเกิดภาวะเลือดออกในสมอง, ภาวะสมองบวม ) อาการรุนแรงลดลง ฟื้นฟู และพร้อมจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วย ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ การหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < 7 (ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข)
- ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน intracerebral hemorrhage ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด  $\leq 5$
- ร้อยละผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน (ปอดอักเสบจากการสำลัก, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, แผลกดทับ และหกล้ม)  $\leq 5$
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke unit  $\geq 80$  (ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข)

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

### 6.1 ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

ได้นำองค์ความรู้ที่ได้มาปรับใช้พัฒนาการแนวทางการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้อย่างชัดเจน

### 6.2 ประโยชน์ต่อตนเอง

ช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มทักษะการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

### 6.3 ประโยชน์ต่อหน่วยงาน

หน่วยงานมีแนวทางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด ช่วยให้ดูแลการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นการลดความเสี่ยงที่เกิดอาจจะเกิดขึ้นจากการพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาล

## 7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งระยะวิกฤตเป็นช่วงที่สมองมีการเปลี่ยนแปลง อาการของผู้ป่วยอาจเลวลง เกิดความพิการมากขึ้นหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่าง ถูกต้องและทันที่ งบประมาณในการดำเนินการดูแลรักษาช่วงแรกที่ admit ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถือได้ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยที่แข่งขันกับเวลา เพื่อให้ยาที่ผู้ป่วยได้รับเกิดประสิทธิผลมากที่สุด การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างวันที่ 17 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2566 โดยบูรณาการองค์ความรู้ทางการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (Nursing process) แบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การประเมินการเกิดภาวะหกล้ม (Morse score) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index: BI) การใช้แบบประเมิน NIHSS และการวางแผนจำหน่าย วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน โดยมีการติดตามเยี่ยมผ่านโทรศัพท์ติดตามแนะนำทั้งผู้ป่วยและญาติมีการทบทวนความเข้าใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อสนับสนุนตัวชี้วัดคุณภาพโรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาที่พบระหว่างให้การพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและจำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่ได้

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

1. ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 73 ปี)
2. วิธีการสอนแบบบรรยาย ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้หมด
3. ความรู้ที่ก่อนกลับบ้านให้มีหลายหัวข้อ ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยา การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัดตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย และการมาตรวจตามนัด

วิธีการแก้ไข

1. ปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย เป็นการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย การสาธิตและให้ผู้ป่วยและญาติสาธิตย้อนกลับในทุกข้อ ทำแบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. วางแผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยประเมินความต้องการความรู้ของผู้ป่วย นำมาวางแผนการให้ความรู้แบ่งเนื้อหาการให้ความรู้เป็น 3 ครั้ง แต่ครั้งกำหนดหัวข้อและเนื้อหา พร้อมสื่อการให้ความรู้ที่ชัดเจน กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแผนการให้ความรู้ และติดตามประเมินผลภายหลังการสอนและทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัด

ผลลัพธ์

พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจโรคที่เป็นอยู่เพิ่มมากขึ้น มีความรู้และมีทักษะที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

## 9. ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพ ให้มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้หลัก DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดหรือใกล้เคียงปกติ และควรมีการขยายผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆด้วย

2. ควรมีรูปแบบการให้สุศึกษาที่หลากหลาย และแบ่งระยะในการให้ความรู้เป็นระยะ ไม่ให้ความรู้ในครั้งเดียวก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ข้อมูลและแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดภาวะวิตกกังวลและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการปฏิบัติไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นภาพและเสียงในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการจดจำ

3. พยาบาลต้องมีความรู้สามารถและทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในการสื่อสาร และมีการประเมิน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ อาจมีการได้ยินลดลง ความจำได้น้อยลง การวางแผนการจำหน่ายที่สำคัญ คือ ให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยและ

ญาติมีความมั่นใจ ในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านได้ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

4. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบอาการที่เป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางศศิวิมล ประทีปเมือง สัดส่วนของผลงาน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางศศิวิมล ประทีปเมือง 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ศศิวิมล ประทีปเมือง.....ผู้ขอประเมิน  
(นางศศิวิมล ประทีปเมือง)  
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
(วันที่)...../...../.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ          |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. นางศศิวิมล ประทีปเมือง   | ศศิวิมล ประทีปเมือง |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวจินตนา เวียงเหล็ก)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต

(ลงชื่อ)..... 

(นางมะลิวัลย์ มาชน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

(ลงชื่อ)..... 

(.....นางระน่อม ไชยศิริ.....)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ)..... 

(นายธนินิตย์ สังคมกำแหง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่) ๑๕ พ.ย. ๒๕๖๓

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกเนื่องจากมีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของระบบสุขภาพและเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพรวมถึงการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year [DALY]) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการตายสำคัญจากโรคเรื้อรังจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 (Public health status A.D.2005) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและพิการในหลายประเทศทั่วโลก ในปี 2016 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 80.1 ล้านคน และเสียชีวิต 5.5 ล้านคน และอีก 13.7 ล้านคนได้กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอดโดยพบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2565 มีอัตราการเสียชีวิตที่ยังอยู่ในเกณฑ์สูงคือ ประมาณร้อยละ 10 – 11 มาตลอด ดังนั้นปัญหาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรให้การสนใจ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผลกระทบทางด้านร่างกายที่ควรได้รับความสนใจปัญหาหนึ่งคือ ภาวะกลืนลำบาก เนื่องจากเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ถึงร้อยละ 30-65 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กฤษณา นิรเวช.การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน) ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ พบบ่อยถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว พฤติกรรม และอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งมีความบกพร่องในการรับรู้ การสื่อสาร และปัญหาการกลืนลำบาก มีผลทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารด้วยตนเองลดลง ส่งผลเสียต่อกระบวนการฟื้นฟู อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเป็นภาระหนักแก่ญาติในการดูแลอีกด้วยภาวะกลืนลำบากทำให้เกิดการสำลักได้ถึงร้อยละ 43-54 และร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่มีอาการสำลักจะเกิดการของปอดอักเสบตามมา โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการกลืนลำบากและมีอาการสำลักจะเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้ถึง 11 เท่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลรักษาที่เร่งด่วน การประเมินและการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะปัญหาการสำลักซึ่งพบบ่อยและมีความสำคัญก่อให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักส่งผลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้

โดยในปัจจุบันหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต มีแนวทางการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่แนวทางปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน และบทบาทส่วนใหญ่เป็นของนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจึงควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและลดความเสี่ยง

ของการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการศึกษาหาความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล คู่มือแนวทางปฏิบัติจากสถาบันต่างๆ และปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงคุณภาพในการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภavn นำไปสู่ความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### 3.1 บทวิเคราะห์

จากสถิติที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 608, 642 และ 743 รายในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนอนพักในโรงพยาบาลจำนวน 495, 499 และ 617 รายในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ และในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง และมีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย พบมีภาวะปอดอักเสบจากการสำลักขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 5, 5 และ 4 รายตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ช้าลง มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุการเกิด แบ่งเป็นปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านระบบงาน/แนวปฏิบัติ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักยังไม่ชัดเจนครอบคลุม และเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ด้านบุคลากร พยาบาลส่วนหนึ่งยังมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย ขาดการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการกลืน ก่อนเริ่มให้รับประทานอาหาร ต่างคนต่างปฏิบัติตามความรู้ ความเข้าใจของตนเอง และขาดการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ซึ่งเกิดจากการร่วมกันทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต ที่โดยเพิ่มแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมในเรื่อง ประเมินการกลืนด้วยแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) โรงพยาบาลชุมชน ก่อนเริ่มมีอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่สามารถทำการทดสอบได้ โดยผู้ป่วยที่สามารถทำการทดสอบการกลืนได้ ต้องมีความพร้อมในการประเมิน คือ รู้สึกตัวดี ทำตามบอกได้ หายใจได้เองปกติ สามารถควบคุมศีรษะและลำตัวในท่านั่งตัวตรง 90 องศาได้ GCS score > 11 คะแนน เรื่องสังเกตอาการแสดงของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ อาการเสียงแหบ พูดไม่ชัด รีเฟล็กซ์การขย้อนผิดปกติ ไอผิดปกติ ไชขณะหรือหลังกลืน เสียงเปลี่ยนหลังกลืน หากพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่าง สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก และขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักและภาวะปอดอักเสบจากการสำลักตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับแพทย์และพยาบาล. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.2565

### 3.2 แนวคิด

#### 1. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับแพทย์และพยาบาล (สถาบันประสาทวิทยา.2565)

##### ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการกลืนลำบาก ระยะเวลาที่มีปัญหาการกลืน ปัจจัยที่มีผลต่อการกลืนลำบาก
2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมให้เกิดการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่มีประวัติการสำลัก ภาวะกลืนลำบากหรือการไหลย้อนหรืออาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง
3. ประเมินอาการทางระบบประสาท ประกอบด้วยการประเมินระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) 4 ระดับ ได้แก่ Alert, awake and oriented เป็นระดับที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง Lethargic เป็นระดับที่ผู้ป่วยง่วงซึมมักจะหลับ แต่ถ้าปลุกตื่นจะตื่นง่าย Stuporous เป็นระดับที่ผู้ป่วยได้ตอบเฉพาะเมื่อกระตุ้นแรงๆ และ Comatose เป็นระดับที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว โดยต้องประเมินร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพ ถ้าระดับคะแนนน้อยกว่า 11 คะแนนให้พิจารณาใส่สายให้อาหารทางสายยาง

4. สังเกตอาการแสดงของภาวะกลืนลำบาก ได้แก่ อาการเสียงแหบ พูดไม่ชัด รีเฟล็กซ์การขย้อนผิดปกติ ไอผิดปกติ ไอขณะหรือหลังกลืน เสียงเปลี่ยนหลังกลืน หากพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่าง สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก

5. ประเมินการกลืนด้วยแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia Screening Test) โรงพยาบาลชุมแพก่อนเริ่มมี้อาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่สามารถทำการทดสอบได้ โดยผู้ป่วยที่สามารถทำการทดสอบการกลืนได้ ต้องมีความพร้อมในการประเมิน คือ รู้สึกตัวดี ทำตามบอกได้ หายใจได้เองปกติ สามารถควบคุมศีรษะและลำตัวในท่านั่งตัวตรง 90 องศาได้ GCS score > 11 คะแนน ทำการทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจิบน้ำเปล่า 5 ml 3 ครั้งและ 50 ml หากพบปัญหาผู้ป่วยไม่กลืนน้ำหรือมีน้ำไหลออกจากปาก ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำของการสำลัก ให้งดน้ำงดอาหารทางปาก ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อวางแผนดูแลต่อไป หากพบปัญหาผู้ป่วยไอ สำลัก เหนื่อยหายใจไว มีเสียงน้ำในลำคอภายหลังจิบน้ำ หรือเหตุผลอื่นที่ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยในการกลืน กลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงของการสำลัก ให้งดน้ำงดอาหารทางปาก พิจารณาการใส่สายยางให้อาหารทางสายยางและส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อวางแผนดูแลต่อไป

##### ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักและภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนปกติสามารถเริ่มรับประทานอาหารปกติ หรืออาหารธรรมดาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติของการกลืนขณะรับประทานอาหาร โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงภายหลังรับไว้ในความดูแล

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากระดับเล็กน้อย และมีความเสี่ยงต่ำของการสำลัก ให้ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อฝึกฟื้นฟูกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ โดยอาจพิจารณาปรับความเข้มข้นของอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น โจ๊กปั่น

ชั้นน้ำน้อย กลัวยบด ฟักทองบด โยเกิร์ต และควรรระวังอาหารเหลวหรือข้น เนื่องจากมีความเสี่ยงในการสำลักสูง รวมทั้งอาหารแข็งและของแห้ง เนื่องจากผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนลำบาก ทำให้เสี่ยงต่อการสำลัก

2.1 ขณะรับประทานอาหารควรจัดท่านั่งตัวตรง ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัว ก้มหน้าลงให้คางชิดอก (Chin tuck) เพื่อช่วยลดการเปิดกล่องเสียง ทำให้อาหารไม่ตกเข้าไปในช่องทางเดินหายใจและป้องกันการสำลัก

2.1 ไม่เร่งให้ผู้ป่วยเคี้ยวหรือกลืน กรณีผู้ป่วยใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานกว่า 45 ถึง 60 นาที ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงสำลักได้ เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ควรให้ผู้ป่วยทานน้อย ๆ แต่ทานบ่อย ๆ

2.3 เผื่อระวังการสำลัก และความผิดปกติระหว่างการรับประทานอาหาร โดยสังเกตการณ์ไอ การสำลัก เสียงเปลี่ยนหลังรับประทานอาหาร หากพบอาการผิดปกติ 1 อาการ ให้ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงของการสำลักควรพิจารณาให้อาหารทางสาย มีการให้ความรู้และฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายอย่างที่ถูกวิธี ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อสอนผู้ดูแลในการฟื้นฟูการกลืน การกระตุ้นการทำหน้าที่ของการเคี้ยวและการกลืน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้หรือระดับความรุนแรงของการกลืนลำบากลดลงสู่ระดับเล็กน้อย ข้อปฏิบัติในการให้อาหารทางสาย

3.1 จัดเตรียมอาหารปั่นผสม สำหรับให้ทางสายให้อาหารสำหรับผู้ป่วยตามแผนการรักษา

3.2 ดูดเสมหะก่อนการให้อาหาร ผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกเองได้ จัดให้ผู้ช่วยอยู่ท่านั่ง ลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัวหรือยกระดับเตียงให้สูงมากกว่า 30 องศา

3.3 ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารก่อนการให้อาหารทุกครั้งโดยการใส่อากาศ 10 ml เข้าไปในกระเพาะอาหารและใช้เครื่องหูฟังเสียงลมในกระเพาะอาหารที่ตำแหน่ง Xyphoid และทำการดูดปริมาณเหลือคั่งของอาหารในกระเพาะอาหาร ถ้ามีมากกว่า 100 ml ให้เลื่อนเวลาในการให้อาหารมือถัดไป 1 ชั่วโมง ถ้ามีน้อยกว่า 100 ml เริ่มให้อาหารได้ตามปกติ

3.4 หลังให้อาหารเสร็จ จัดผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงมากกว่า 30 องศาเป็นเวลา 45-60 นาทีเพื่อป้องกันการอาเจียนหรือการสำลัก

4. การดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน ควรทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น โดยจัดให้ผู้ช่วยอยู่ในท่าตะแคงหน้ากึ่งนั่ง และทำการแปรงฟันแห้ง โดยทำการแปรงฟัน เหงือก ลิ้น เพดานปากและเยื่อบุกระพุ้งแก้มโดยใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์สูตร 40+ เป็นเวลา 5 นาที และล้างทำความสะอาดด้วยก๊อสสำลี ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดออก และใช้สายยางดูดน้ำหรือสิ่งคัดหลั่งในปากออกเพื่อป้องกันผู้ป่วยสำลัก หรือใช้ก๊อสสำลี ผ้าสะอาดชุบน้ำยาบ้วนปาก 2% Chlorhexidine เช็ดทำความสะอาดช่องปากเพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก

5. ให้ความรู้และฝึกทักษะให้ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลืนลำบาก การสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารข้น การจัดทำศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา การจัดสิ่งแวดล้อมบนโต๊ะอาหารให้น่ารับประทาน เทคนิคการให้อาหารที่เหมาะสม เช่นการให้อาหารทางสายอย่างช้าๆ การดูแลความสะอาดในช่องปาก การจัดการกับการสำลัก การใช้เทคนิคการกระตุ้นกลืน การช่วยเหลือสนับสนุน การเปิดช่องทางใน

การให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านโดยสามารถโทรปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และประเมินผลการปฏิบัติของญาติให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

6. ประเมินภาวะปอดอักเสบจากการสำลักทุกวันถึงจำหน่ายผู้ป่วยจากความดูแล ถ้าผู้ป่วยมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส ควรได้รับการจัดการอาการไข้ ถ้าผู้ป่วยมีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส สามารถส่ง lab CBC,H/C,Sputum C/S,UA ได้เลยโดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์ และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อ หากผลการเพาะเชื้อในเลือดและเสมหะเป็นบวก ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มขึ้นหรือลดลง มีภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยควรได้รับการจัดการการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

## 2. วงจรคุณภาพ PDCA หรือวงจรเดมมิง (Deming Cycle)

เป็นการบริหารงานด้านวงจรคุณภาพที่มีความสำคัญในการวางแผนแก้ปัญหา นำมาปรับปรุงพัฒนา และประยุกต์ใช้ในระบบการทำงาน ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. การวางแผน (Plan) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายจากปัญหาหรือโอกาสต่างๆ และสร้างแผนการทำงานหรือกระบวนการทำงานเพื่อให้มีเป้าหมาย ประสบความสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ตามความต้องการ ลำดับขั้นตอนในการวางแผน ประกอบด้วย

- 1) การกำหนดวัตถุประสงค์
- 2) การพัฒนาข้อตกลงที่เป็นตัวกำหนดขอบเขตในการวางแผน
- 3) พิจารณาข้อจำกัดต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการวางแผน
- 4) พัฒนาทางเลือก
- 5) ประเมินทางเลือก เพื่อเลือกสิ่งที่เป็นไปได้สูงสุด
- 6) เปลี่ยนแปลงแผนสู่การปฏิบัติ

2. การนำไปปฏิบัติ (Do) เป็นการลงมือทำและเก็บข้อมูลเพื่อหาจุดอ่อนหรือจุดที่สามารถพัฒนามากขึ้นได้ รวมถึงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ อาจมีการกำหนดโครงสร้างคณะทำงานรองรับ และกำหนดวิธีการขั้นตอนในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน

3. การติดตาม (Check) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ วัดผลกระบวนการทำงาน หาช่องทางและวิธีพัฒนากระบวนการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการจัดลำดับขั้นตอนสำคัญของโอกาสและอุปสรรคต่างๆ ในกระบวนการ ขั้นตอนนี้จะเริ่มเมื่อมีการดำเนินโครงการตามข้อที่ 2 ไปแล้ว และประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่

4. การดำเนินการ (Action) หมายถึง การนำผลประเมินที่ได้มาปรับ เพื่อพัฒนาและวางแผนในการปรับปรุงต่อไป ซึ่งขั้นตอนนี้ควรมีการนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบและปรับปรุงสมรรถนะของกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ใช้ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA ตามกรอบแนวคิดของเดมมิง (deming cycle) ซึ่งเป็นกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง PDCA ซึ่งประกอบด้วย

4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ระบุและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนในการปรับปรุง (P : Plan the improvement) 2) การนำไปใช้ พัฒนาทางออกและดำเนินการตามแผน (D : Do the improvement to the process) 3) การตรวจสอบการปฏิบัติ ประเมินและสรุปผล (C : Check the result , data collection and analysis) 4) การยืนยันการดำเนินการ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและวางแผนใหม่ต่อไป (A : Act to hold the gain and continue improvement) (ชนิกานต์ เขียรสูตร, 2556).

### ข้อเสนอ

#### 3.3 ข้อเสนอการพัฒนา

ศึกษาจึงได้จัดทำการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 เรื่อง ได้มีการศึกษาหาความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล คู่มือแนวทางปฏิบัติจากสถาบันต่างๆ และปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงคุณภาพในการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ นำไปสู่ความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ดังนี้

#### 3.4 วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบากได้รับการประเมินภาวะการกลืนทุกราย
3. เพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลัก

#### 3.5 กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต จำนวน 10 คน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต

#### 3.6 ขั้นตอนการดำเนินการ

##### 1. ช้่นวางแผน (Plan)

1.1 ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ จากตำรา เอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาจัดทำ/ปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการสร้างเครื่องมือในการประเมินและติดตามผลลัพธ์

1.2 กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต จักษ์ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต

1.3 นำแนวทางการพยาบาลที่ได้ เสนอหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อทราบและนำสู่การปฏิบัติ

## 2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

2.1 จัดประชุมวางแผนในการดำเนินงานการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต

2.2 ดำเนินการจัดทำการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 นำแนวทางแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปหาความเชื่อมั่น

2.4 ประชุมชี้แจงการใช้แนวแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต รับทราบ

2.5 ทดลองใช้แนวแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต ทุกราย

## 3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

3.1 สุ่มสังเกต ประเมินการปฏิบัติตามแนวแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้มาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาทุก 1-3 เดือน

## 4. ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Act)

4.1 ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง นำแนวทางที่แก้ไขใหม่มาทดลองปฏิบัติ

4.2 ประชุมชี้แจงผลการพัฒนา สอบถามปัญหาอุปสรรคในการทดลองปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพครั้งต่อไป

3.7 ระยะเวลาดำเนินการ 1 กันยายน พ.ศ. 2567–31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

## 3.8 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคที่มักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุในการสอนให้ความรู้ต่าง ๆ ในซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีอาการหลงลืมได้ง่าย ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการจดจำเรียนรู้ แนวทางแก้ไข ต้องอาศัยความร่วมมือกับญาติในการเข้ามามีบทบาทส่วนร่วมดูแลในการเรียนรู้จดจำคำแนะนำ ดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ

2. ควรมีกำกับติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะ ๆ

## 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลชุมแพ

4.2 ไม่พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการสำลัก

4.3 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต มีความพึงพอใจในแนวทางปฏิบัติ

## 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการสำลักน้อยกว่าร้อยละ 5

5.2 พยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 85

(ลงชื่อ)..... ศศิวิมล ประทีปเมือง

(นางศศิวิมล ประทีปเมือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

### ส่วนที่ 3 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางศศิวิมล ประทีปเมือง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224657

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| รายการประเมิน                                                                                                                                                          | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
| 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย      | 20        | 20             |
| 2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง                                                                        | 30        | 24             |
| 3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมิน และในกรณีที่ผลงานนั้นมีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย | 30        | 23             |
| 4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงงานหรือพัฒนางาน                                                                                                                           | 10        | 6              |
| 5. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์                                                                            | 10        | 5              |
| รวม                                                                                                                                                                    | 100       | 81             |

#### 1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

( ) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

( ) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นางสาวจินตนา เวียงเหล็ก)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต

(วันที่)...../...../.....


(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นางมะลิวัลย์ มาชน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ


หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....   
 (นางละม่อม ไชยสิริ)  
 (ตำแหน่ง)..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 (วันที่)..... 11 / 11 พ.ย. 2567

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- ( ) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น  
 ( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น  
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....   
 (นายธนนิตย์ สังคมกำแหง)  
 (ตำแหน่ง)..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ..  
 (วันที่)..... 15 พ.ย. ๒๕๖๗

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- ( / ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70  
 ( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70  
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....   
 (นายยุทธพร พิรุณสาร)  
 (ตำแหน่ง)..... รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
 (วันที่)..... ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น  
 ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๗

### แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางศศิวิมล ประทีปเมือง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224657

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| รายการประเมิน                                                                                                           | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
| <b>1. ข้อมูลส่วนบุคคล</b>                                                                                               | 20        |                |
| 1.1 คุณสมบัติของบุคคล (ปฏิบัติงานด้านพยาบาลวิชาชีพ/เป็นปฏิบัติการไม่น้อยกว่า 5 ปี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ.กำหนด) | 5         | 5              |
| 1.2 ประวัติการศึกษา                                                                                                     | 2         | 2              |
| 1.3 ประวัติการรับราชการ                                                                                                 | 2         | 2              |
| 1.4 ประวัติการฝึกอบรมดูงาน                                                                                              | 2         | 2              |
| 1.5 ประสบการณ์ในการทำงาน                                                                                                | 2         | 2              |
| 1.6 ผลการปฏิบัติราชการ (ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี/การเลื่อนขั้น)                                                               | 3         | 3              |
| 1.7 ประวัติทางวินัย                                                                                                     | 2         | 2              |
| 1.8 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ไม่หมดอายุ                                                                                    | 2         | 2              |
| <b>2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง</b>            | 30        |                |
| 2.1 มีความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง                                                            | 10        | 9              |
| 2.1 มีทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง                                                                        | 10        | 9              |
| 2.3 มีสมรรถนะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง                                                                         | 10        | 9              |
| <b>3. เกณฑ์โครงการผลงานที่จะส่งประเมิน</b>                                                                              | 30        |                |
| 3.1 ชื่อเรื่อง                                                                                                          |           | มี/ไม่มี       |
| 3.2 ระยะเวลาการดำเนินการ                                                                                                |           | มี/ไม่มี       |
| 3.3 ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน                                              | 4         | 3              |
| 3.4 สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน                                                                 | 2         | 2              |
| 3.5 ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)                                                                              | 5         | 4              |
| 3.6 การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ                                                                                        | 7         | 5              |
| 3.7 ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ                                                                                    | 4         | 3              |
| 3.8 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ                                                                                          | 4         | 3              |

นางสาวจันทระนา เวียงเหล็ก  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

| รายการประเมิน                                                           | คะแนนเต็ม  | คะแนนที่ได้รับ |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| 3.9 ข้อเสนอแนะ                                                          | 4          | 3              |
| 3.10 การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)                                            |            | มี/ไม่มี       |
| 3.11 ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)                                       |            | มี/ไม่มี       |
| <b>4. ข้อเสนอแนะแนวคิดในการปรับปรุงงานหรือพัฒนางาน</b>                  | <b>10</b>  |                |
| 4.1 เรื่อง                                                              |            | มี/ไม่มี       |
| 4.2 หลักการและเหตุผล                                                    | 2          | 1              |
| 4.3 บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข | 5          | 3              |
| 4.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ                                                 | 1          | 1              |
| 4.5 ตัวชี้วัดความสำเร็จ                                                 | 2          | 1              |
| <b>5. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร</b>                                         | <b>10</b>  |                |
| 5.1 การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์                                            | 2          | 1              |
| 5.2 ทักษะคน                                                             | 2          | 1              |
| 5.3 เสียสละ                                                             | 2          | 1              |
| 5.4 ภาวะผู้นำ                                                           | 2          | 1              |
| 5.5 วิสัยทัศน์                                                          | 2          | 1              |
| <b>รวม</b>                                                              | <b>100</b> | <b>81</b>      |

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(นางสาวจินตนา เวียงเหล็ก)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกึ่งวิกฤต

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(นางมะลิวัลย์ มาชน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(.....นางละม่อม ไชยศิริ.....)

(ตำแหน่ง)..... **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ** .....

**11 พ.ย. 2567**

(วันที่)...../...../.....