

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา

สุภาพร ศรีพนม¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ: โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองหยุดชะงัก สมองถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การรักษาพยาบาลระยะเฉียบพลันที่รวดเร็ว จะช่วยลดความรุนแรง ความพิการของผู้ป่วยได้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ในการพยาบาลตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพ โดยรวบรวมข้อมูล ค้นหาปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล กรณีศึกษา ชายไทย อายุ 70 ปี อ่อนแรงแขน ขาด้านซ้าย ก่อนมา 4 ชั่วโมง วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ส่งตัวจากโรงพยาบาล ชุมชน มารักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง หลังเข้ารับการรักษา 24 ชั่วโมง มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว และความดันโลหิตสูง กำลังกลืนเนื้อแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น grade 0 ผู้ป่วยมีภาวะ IICP เอกซเรย์สมองพบ ภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ในบริเวณหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางข้างขวาขนาดใหญ่ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พยาบาลค้นหาปัญหาและให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ฟื้นฟูสภาพ วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ในการเปลี่ยนผ่านระยะวิกฤติ ผ่านพ้นระยะวิกฤติและระยะฟื้นฟู ให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญปัญหาเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านได้ สรุปกรณีศึกษา สามารถเปลี่ยนผ่านการเจ็บป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวางแผนจำหน่ายและกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 83-97

คำสำคัญ: การพยาบาล; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ; การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ; ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: supapornicmhr@gmail.com
วันที่รับบทความ 13 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 25 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 9 กรกฎาคม 2568

Application of Transition Theory in Nursing of Ischemic Stroke Patients After Craniectomy: A Case Study

Supaporn Sripanom¹ M.S.N.

Abstract: Stroke, resulting from cerebral artery stenosis or occlusion, disrupts blood flow to the brain, leading to neuronal damage, functional deficits (hemiparesis/plegia), and potential death. Prompt acute-phase medical and nursing care is vital in reducing the severity and disability associated with stroke. This study aimed to explore the application of transition theory in the nursing management of acute ischemic stroke patients undergoing decompressive craniectomy. Data collection, problem identification, nursing diagnosis formulation, and care planning were conducted across the pre-operative, post-operative, and rehabilitation phases. Case Study of a 70-year-old Thai male presented with a 4-hour history of left-sided limb weakness and was diagnosed with ischemic stroke and atrial fibrillation. He was transferred from a community hospital to a tertiary care center. Twenty-four hours post-admission, the patient exhibited atrial fibrillation, hypertension, and worsening left-sided limb weakness (Grade 0 muscle strength). He also presented with signs of increased intracranial pressure (IICP). A brain CT scan revealed a large right middle cerebral artery (MCA) infarction with evidence of cerebral edema. The patient subsequently underwent decompressive craniectomy. Nurses identified problems and provided care across the pre-operative, post-operative, and rehabilitation phases. Discharge planning and continuous care were implemented to facilitate the patient's transition through the critical and recovery periods, enabling the patient and family to cope with the transition from hospital to home effectively. Ultimately, the patient was successfully discharged home. In summary, this case study demonstrates a successful transition through the acute, sub-acute, and rehabilitation phases of critical illness, free from complications, with a comprehensive discharge plan allowing the patient to return home for self-care.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 83-97

Keywords: nursing care; ischemic stroke; craniectomy; iransition theory

¹Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, KhonKaen University, Registered nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima province; Corresponding Author, E-mail: supapornicmhr@gmail.com
Received January 13, 2024; Revised May 25, 2025; Accepted July 9, 2025

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก¹ แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการในผู้ใหญ่โดยเฉพาะในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างรวดเร็ว มีสาเหตุเกิดจากตีบอุดตันหรือแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้เซลล์สมองตาย (Infarction) เสียหายและเกิดปัญหาต่าง ๆ จากการเสียหน้าที่ของสมองตามมา²

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่นและ เป็นภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน³ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน หากรักษารวดเร็วทันเวลา โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant tissue plasminogen activator : rt-PA) หลังมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง⁴ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ขาดเลือดได้ทันเวลา ผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับมาสู่ปกติและมีโอกาสฟื้นฟูได้แม้ว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีประโยชน์ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 72 ชั่วโมงแรก เมื่อสมองขาดเลือดจะทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตาย ความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁴ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง อาจมีอาการบวมของสมองอย่างรุนแรง ทำให้เนื้อที่ในการขยายตัวของสมองภายใต้กะโหลกไม่เพียงพอหรือผู้ป่วยบางรายมีความดันในสมองสูง เมื่อความดันในสมองเพิ่มขึ้นจะทำให้สมองถูกกดจนอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลก⁵ (Craniectomy) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น อาจทำให้เสียชีวิตได้

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) จะช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะป้องกันการเกิดความเสียหายของเนื้อสมอง การผ่าตัดจะช่วยประคับประคองและรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ตรงจุด การผ่าตัดมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด โดยความเสี่ยงจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเภทของการผ่าตัด สภาพร่างกายของผู้ป่วยและปัจจัยอื่น ๆ หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น มีเลือดออกหรือเลือดอุดตันเกิดขึ้นบริเวณศีรษะภายหลังการผ่าตัด สมองบวม ปัญหาการหายใจ ปอดบวม และการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต ดังนั้น พยาบาลโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องมีสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ จะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและมีวันนอนในโรงพยาบาลน้อยที่สุด เพื่อเป็นการลดต้นทุนการบริการทางการแพทย์ และอาจสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ⁶

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke unit) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 2,575 ราย 2,561 ราย และ 2,275 ราย ตามลำดับ อัตราการตายร้อยละ 10.28, 9.26 และ 8.75 ตามลำดับ⁷ สถิติการผ่าตัดกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 1.55) 102 ราย (ร้อยละ 3.98) และ 192 ราย (ร้อยละ 7.5) ตามลำดับ หลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ อาการผู้ป่วยในระยะแรก จะยังไม่ค่อยรู้สึกตัว เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยและต้องนอนอยู่บน

เตียงตลอด เป็นเวลานาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ทำให้มีอาการทรุดลงและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ดังนั้นจึงต้อง ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลจึงต้องดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ประเมินปัญหาอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว รายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออาการดีขึ้นเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ จะได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายจะเริ่มทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล เมื่อมีการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล บางส่วนญาติยังไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้เกิดปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามมาทั้งผู้ป่วยและญาติ

การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน ตามทฤษฎีของเมลิส มุ่งเน้นการสนับสนุนความสามารถในการปรับตัวของบุคคล รวมถึงการดูแลที่เหมาะสม⁹ การเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ให้มีความสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วย เป็นการเปลี่ยนผ่านไปตามสถานการณ์ จากภาวะสุขภาพปกติ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะในแผนการพยาบาล คือระยะวิกฤตฉุกเฉิน (short-term care/critical care priorities) ระยะกึ่งวิกฤต (Intermediate care priorities) ระยะฟื้นฟูสภาพ (long-term care priorities) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิดและทำหน้าที่สังคมสิ่งแวดล้อม โดยการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านตั้งแต่ระยะวันแรก ที่เข้ารับการรักษา ได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการแผนการพยาบาลระยะเฉียบพลันจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและความรู้เรื่องโรคให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลในช่วงการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ การเตรียมความพร้อมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน¹⁰

กรณีศึกษาได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาประยุกต์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) เป็นการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ความต้องการและวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ชายไทย อายุ 70 ปี เชื้อชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ ก่อสร้าง สถานภาพสมรส คู่ รับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke unit) โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

อาการสำคัญ : แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง ก่อนมา 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 12 ชั่วโมง ก่อนมา แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง (Last seen normal 19.00 น.) เวลา 21.00 น. ญาติให้ประวัติว่า ไปพบผู้ป่วยนอนอยู่กับพื้น ไม่ทราบประวัติล้ม ไม่มีบาดแผล

ตามร่างกาย ญาติจึงพามาอนที่เตียง ต่อมาเวลา 06.00 น. พบว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว สับสน ญาติจึงแจ้ง EMS ออกรับเวลา 06.36 น. พาไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพ้ยาอาหารดื่มสุราเป็นบางครั้ง สูบบุหรี่วันละ 5 มวน สูบมา 20 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่

แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน รู้สึกตัวรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ผลการตรวจร่างกาย: ประเมินอาการทางระบบประสาท Glasgow coma scale 14 คะแนน E₄ V₄ M₆ Pupil ด้านขวา 3 มิลลิเมตร Reaction to light ด้านซ้าย 4 มิลลิเมตร Reaction to light, กำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) แขนขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 2 มี right facial Palsy, Eye deviate to left side, Left neglect Dysarthria HIHSS 14 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/107 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 % EKG : Atrial Fibrillation with rapid ventricular response (RVR) rate 140 ครั้ง/นาที วินิจฉัย stroke non fast 1st with atrial fibrillation ได้ยา Cordarone 150 mg+5% D/W 100 ml IV drip 30 นาที, น้ำเกลือ 0.9 % Sodium Chloride 1,000 ml IV load 500 ml then 80 ml/hr ประเมินอาการซ้ำ ชีพจร 120-130 ครั้ง/นาทีและได้ Amiodarone 150 mg+5% D/W 100 ml iv drip 30 นาที ได้ส่งตัวมารักษาต่อผ่านระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระดับตติยภูมิ

รู้ตัวรู้เรื่อง E₄ V₅ M₆ Pupil 3 มิลลิเมตร NIHSS 14 คะแนน CT brain: พบ Hypodensity at Right parietal temporal lobe ผลตรวจ EKG:พบ atrial fibrillation rate 100 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/82 มิลลิเมตรปรอท วินิจฉัย Ischemic stroke (non fast) lesion: right -TOAST classification: cardio embolism มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่าง 157/90- 183/110 มิลลิเมตรปรอท ฝักระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ติดตามประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาททุก 15 นาที เมื่อครบกำหนดแล้ว ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 178/109 มิลลิเมตรปรอท ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย Admit ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) วันที่ 17 กันยายน 2565 เวลา 18.00 น. (post stroke day 1)

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (stroke unit) แรกวันที่รู้ตัวรู้เรื่อง E₃ V₅ M₆ pupil 3 min RTLBE, motor power แขนขวาเกรด 4 แขนซ้ายเกรด 2, ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินบาร์เธล (Barthel Index: BI)= 40, ประเมินระดับความพิการด้วย Modified Rankin Scale (MRS) =5, คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) 22 คะแนน, คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับบราเดน (Braden score) 12 คะแนน left side neglect, eye deviate to left ต่อมาผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ HR = 130-140 ครั้ง/นาที EKG : AF รายงานแพทย์ทราบ ได้ Digoxin 0.25 mg v keep HR < 120 ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและฝักระวังอาการทางระบบ

ประสาท (post stroke day 2) เวลา 18.00 น. มีไข้ 38.1 HR 120-140 ครั้ง/นาที EKG : AF ได้ Digoxin 0.25 mg v, on o.9% NSS v 80, score drop E₃ V₄ M₆ กำลังของกล้ามเนื้อแขนด้านขวาเกรด 5 ขาด้านขวา เกรด 3 motor power ลดลง และแขนขาด้านซ้ายเกรด 0 CT brain : Large Right MCA infarction ส่งปรึกษา ศัลยแพทย์ทางระบบประสาท และ set OR for craniectomy ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและการพยาบาลก่อนไปผ่าตัด กลับจากห้องผ่าตัด หลังผ่าตัด Craniectomy (post stroke day 3) ใช้เวลา ผ่าตัด 2 ชั่วโมง blood loss 300 ml แกรับ E₃ V₄ M₅ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส, ชีพจร 100 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/100 mmHg Spo₂ 100% ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหลัง ผ่าตัด post-op for craniectomy ผู้ป่วยตื่น ทำตามสั่ง มีไข้ต่ำ ๆ E₃ V₄ T₅ on ETT c ventilator หายใจตาม เครื่อง setting PCV Mode PC 14 RR 14 PEEP 5 Fio₂ Spo₂ 98% ไม่สุขสบาย ปวดแผล pain score 5 คะแนน BP 160/100 mmHg แผลไม่ซึม, drain สีแดง จาง ๆ ยังมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์พิจารณา ให้ยา Hydralazine (25) 1 tab รับประทานทางปาก วัดซ้ำ 163/99 mmHg

ระยะวิกฤตฉุกเฉิน day 1-5 วันที่ 20-23 กันยายน 2565 ยังพบภาวะ hypertension ซึ่งเป็น อาการสำคัญที่ต้องควบคุมในระยะวิกฤต E₄ V₄ T₆ ปลุกตื่น ลืมตา ทำตามสั่ง motor power ข้างขวา เกรด 0 ด้านซ้ายเกรด 4 ยังมีภาวะความดันโลหิตสูง BP 174/90-184/113 mmHg มีภาวะ Hypokalemia k 3.48 ได้ E.Kcl 30 cc q 3 ชั่วโมง จำนวน 3 dose 23 กันยายน 2565 ผู้ป่วย on CPAP มีเสมหะขับออกเองไม่ได้ ดูดเสมหะและดูแลระบบทางเดินหายใจให้

ผู้ป่วยหายใจดีไม่เหนื่อย หายใจ 20 ครั้ง/นาที แพทย์ พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจออกในวันที่ 23 กันยายน 2565 Spo₂ = 98-100% ผู้ป่วยมีปัญหาแขนขาด้าน ซ้ายเกรด 0 แขนและขาด้านขวาเกรด 3 hemiparesis Neglect ด้านซ้าย, มีอาการพูดไม่ชัด (dysarthria) ส่งปรึกษา Stroke & TBI Rehabilitation และ PT program และศูนย์ดูแลระยะกลาง (intermediate care)

วันที่ 25-28 กันยายน 2565 (post stroke day 9-12) E₄ V₄ T₅ พูดเริ่มมีเสียงบ้างแล้วพูดไม่ชัดมี อาการพูดไม่ชัด (dysarthria) ประเมินการกลืนไม่ผ่าน on NG feed ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บ่นนอนไม่ค่อย หลับ วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วย แขน ด้านขวาเกรด 4 ขาเกรด 3, แขนและขาด้านซ้ายเกรด 0 Braden score 13 คะแนน แผลผ่าตัดแห้งดี วางแผน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักเป็น บุตรชายและน้องสาวของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยใน การปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่ บ้าน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วย วางแผนจำหน่าย ตามหลัก D-METHOD มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและรับ ประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลตนเองที่ เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น Braden scale 40 คะแนน MRS 5 คะแนน ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิ รวมระยะเวลาในการรักษา 12 วัน

วัตถุประสงค์

เพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) กับ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการผ่าตัดเปิด กะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ผู้ป่วย 1 ราย

วิเคราะห์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) เป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นภาวะวิกฤติ ใน 24-48 ชั่วโมงแรก เมื่อเกิด AF จะทำให้การบีบไล่น้ำเลือดของ Atrium ทำได้น้อยลงเกิด Blood stasis มากขึ้น โดยเฉพาะ Lumen ของ Left atrial appendage (LAA) ทำให้เกิดการสร้าง thrombus มากขึ้น AF จะกระตุ้นให้เกิด Fibrosis มากขึ้น เมื่อเกิด Asynchronous atrial contraction จึงทำให้เพิ่มแรงต่อน้ำเกิด inflammation, ischemia กระตุ้น fibrosis ทำให้ Atrial cardiomyopathy อาการแย่ลง จึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้การพยาบาลทันทั่วทั้งกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่รับใหม่ ต่อเนื่องจนพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยเกิด Large Right MCA infarction จึงต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จึงเลือกใช้ทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน ช่วยให้เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย นำไปวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมการปรับตัว และเตรียมความพร้อมเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและการประยุกต์ใช้ (transition theory)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ตามที่เมสลิสกล่าวไว้⁹ หมายถึง การเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนจากภาวะสุขภาพปกติ (being healthy) ไปสู่การเจ็บป่วย (being unhealthy) และผ่านภาวะการเจ็บป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมีองค์ประกอบของทฤษฎี (component of

transition theory) 4 มโนทัศน์ ได้แก่ มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transitions) มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response) และมโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic)⁹

องค์ประกอบของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (component of transition theory)

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transitions)

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (types of transitions) 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (developmental transitions) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลวัยต่าง ๆ เช่น จากเด็กสู่วัยรุ่น จากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ และจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ การสร้างครอบครัว 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transitions) ได้แก่ การเปลี่ยนระดับการศึกษา การย้ายถิ่นฐาน การย้ายที่อยู่อาศัย การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนบทบาทตามสถานการณ์ 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ (health-illness transitions) และการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว และ 4) การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organization transitions) เช่น การ reform องค์กรมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในองค์กร

2. รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (pattern of transitions) มีหลากหลายรูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบเดี่ยว (single) รูปแบบหลากหลาย (multiple) รูปแบบที่มีลำดับขั้นตอน (sequential) รูปแบบที่เกิดขึ้นพร้อมกัน (simultaneous) และรูปแบบที่ไม่สัมพันธ์กัน (unrelated) การเปลี่ยนผ่านของบุคคลเกิดขึ้นได้หลากหลายรูปแบบ

3. คุณลักษณะสำคัญของการเปลี่ยนผ่าน (properties of transitions) 3.1 ความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน เป็นการรับรู้ (perception) ความรู้ (knowledge) และการสำนึก (recognition) ของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม กระบวนการและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านมีความเกี่ยวข้องกัน 3.2 การยอมรับการเปลี่ยนผ่าน เป็นการแสดงออกของบุคคลที่เข้าไปเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าน และยอมรับการเปลี่ยนผ่านเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยระดับของการตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่านจะมีความสัมพันธ์กับระดับของการยอมรับการเปลี่ยนผ่าน การยอมรับการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มีการตระหนักรู้ 3.3 ความเปลี่ยนแปลงและรู้สึกแตกต่างไปจากเดิม 3.4 ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน 3.5 ความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญ

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions)

เงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชน และสังคมที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ที่เกิดให้ผ่านพ้นไปได้ง่ายหรือมีความยากลำบาก เมื่อบุคคลเผชิญกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงผ่าน บุคคลจะมีประสบการณ์ตระหนักรู้ การเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์หรือกระบวนการเปลี่ยนแปลง กระบวนการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา การเผชิญกับจุดวิกฤตหรือเหตุการณ์วิกฤติ เงื่อนไขด้านบุคคล เป็นการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนผ่าน สภาพสังคม เศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมและความรู้ ที่จะต้องมี เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้น

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response)

ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicator) และตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (outcome indicators) เป็นตัวบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ว่าเป็นไปได้ อย่างสมบูรณ์หรือไม่อย่างไร

3.1 ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicators) ความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพันมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน สถานที่และการดำรงอยู่และการสร้างความเชื่อมั่นและจัดการเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่เป็นตัวบ่งชี้ด้านกระบวนการ คือ ความมั่นใจ และการเผชิญปัญหาโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วม

3.2 ตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (outcome indicators) ผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ได้แก่ การมีทักษะและความชำนาญ บ่งชี้การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปด้วยดี โดยบุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมและทักษะ ความชำนาญของตนในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ได้ และการสร้างอัตลักษณ์ใหม่และมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดในระดับบุคคลและระดับองค์กร

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic)

รูปแบบกิจกรรมการพยาบาล วางแผนเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยดูแลตนเองและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทบาทของพยาบาล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้นโดยการประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่และการใช้บทบาทเสริม

การประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transitions)

ผลการวิเคราะห์ในกรณีศึกษานี้ พบว่า ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน เป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การเปลี่ยนผ่านจากบุคคลธรรมดาเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย การผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ส่วนรูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มากกว่าหนึ่งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นพร้อมกัน มีการเจ็บป่วยจากเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ขณะเดียวกัน คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน และจุดวิกฤตและเหตุการณ์ ซึ่งในช่วงแรก ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักรู้ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวยังรับรู้ไม่เป็นปกติ แต่เมื่อรู้สึกตัวเริ่มรับรู้ ตระหนักถึงสภาวะของตนเองอย่างไร เมื่อตระหนักแล้วจึงเกิดการปฏิบัติเพื่อให้เปลี่ยนผ่านได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ (health illness transitions) อายุ 70 ปี การเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพ อ่อนแรงแขนขา ด้านซ้าย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว สับสนญาติ จึงแจ้ง EMS ออกรับเวลา 06.36 น. พาไปรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ HR = 120-140 ครั้ง/นาที ต่อมาอาการทรุดลง กำลังกล้ามเนื้อแขนขาลดลง CT brain : Large Right MCA infarction ต้องได้รับการผ่าตัด Craniectomy หลังผ่าตัด ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังมีปัญหา hemiparesis neglect ด้านซ้าย และ dysphagia จากเคยพึ่งพาตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (developmental transitions) ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จากภาวะของโรค ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (pattern of transitions) เป็นแบบที่มีลำดับขั้นตอน (sequential) การเจ็บป่วยจากเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนคุณลักษณะสำคัญของการเปลี่ยนผ่าน (properties of transitions) ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน จากรู้สึกตัว รู้เรื่องทำตามคำสั่งได้ ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยซึมลงระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป E V M₆ กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ด้านซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น เกรด 0 ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในภาวะของการเปลี่ยนผ่าน แขนและขา ด้านซ้ายไม่ขยับ ไม่ตอบสนองต่อแรงกระตุ้น ผู้ป่วยมีความตระหนักว่ากำลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แพทย์สั่งทำ CT brain ต่วน วินิจฉัยว่ามีการตีบของหลอดเลือดสมองด้านขวา Large Right MCA infarction ส่งปรึกษาศัลยแพทย์ เฉพาะทางระบบประสาทและแพทย์โทรศัพท์แจ้งญาติพูดคุยเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาและการผ่าตัด Craniectomy

การยอมรับการเปลี่ยนผ่าน ในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนผ่านของสุขภาพหรือสถานการณ์การเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยหรือกระบวนการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด จึงต้องขอความยินยอมจากญาติ บุตรชายผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทน บุตรชายรับทราบเข้าใจยินยอมรับความเสี่ยงในการผ่าตัดและยินยอมให้ผ่าตัดความเปลี่ยนแปลงและรู้สึกแตกต่างไปจากเดิมและได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 23.30 น.

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions)

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชนและสังคม ที่เอื้ออำนวยให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดีหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไม่ให้เกิดความสำเร็จ ซึ่งในกรณีศึกษา พบว่า เงื่อนไขด้านบุคคล คือ การขาดการเตรียมความพร้อมและความรู้จึงเป็นอุปสรรคต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของบุคคล เงื่อนไขด้านชุมชน ที่เอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน คือ การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนเงื่อนไขด้านสังคม ได้แก่ ความเชื่อ อันเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สามารถเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ คาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรีจะมีผลต่อการเกาะของกลุ่มของเกล็ดเลือด บุหรีเป็นปัจจัยเสี่ยงในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น สารนิโคตินในบุหรีมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิต ทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial fibrillation ทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ เกิดลิ่มเลือดในระบบไหลเวียนโลหิต และนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ กรณีศึกษาเป็น embolic stroke มีพยาธิสภาพ MCA infarction มีการเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านของบุคคล โดยทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน อธิบายการเจ็บป่วยของบุคคลที่ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมแต่ละระยะ กระบวนการนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะเริ่มเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (entering phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ด้วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและต้องได้รับการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยและ

ญาติ ย่อมมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไม่รู้ผลที่จะเกิดตามมาภายหลังการรักษา

2) ระยะระหว่างกระบวนการเปลี่ยนผ่าน (passage phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง ในระยะนี้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเสี่ยงต่อการกำเริบของสมองอาจเกิดภาวะสมองบวม มีภาวะเลือดออกและเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกลดลง ปวดแผล มีไข้

3) ระยะสิ้นสุดการเปลี่ยนผ่าน (exiting phase) เป็นระยะพักฟื้นและเตรียมตัวของผู้ป่วยและญาติ เตรียมตัวเมื่อวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวไม่ดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้ดูแล สภาพจิตใจค่อนข้างอ่อนแอ การให้การรักษาพยาบาลในระยะนี้ จะเน้นการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้น่าใจและสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงปกติ

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response)

รูปแบบของการตอบสนอง (patterns of response) ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicators) และตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ (outcome indicators) การประเมินผลของกระบวนการที่ดำเนินไปเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้หรือไม่

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กล่าวถึงมนุษย์ทุกคนจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปยังสถานะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต การเปลี่ยนผ่านจากสภาวะการณต่าง ๆ ในชีวิตเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน

สำหรับรูปแบบของการตอบสนอง ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ เป็นตัวบ่งชี้ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านไปสู่อุสภาวะใหม่ ๆ และมีการเตรียมตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายและมีความสะดวกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีพยาบาลควรประเมินและช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนผ่านสู่การมีสุขภาพที่ดีหรือเปลี่ยนผ่านได้ประสบความสำเร็จและประเมินผลของกระบวนการ ผู้ป่วยมีความสามารถทั้งในด้านทักษะและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปด้วยดีหรือประสบความสำเร็จ รวมทั้งความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย⁸

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic)

การบำบัดทางการพยาบาล มีความเชื่อมโยงกับกระบวนการพยาบาล (nursing process) 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมิน (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (diagnosis) ระบุปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วย การวางแผน (planning) กำหนดเป้าหมายการดูแลและวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) ตามแผนที่วางไว้ การประเมินผล (evaluation) ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลที่จะสามารถ จัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ได้แก่ 3 บทบาท ได้แก่ การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (assessment of readiness) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (preparation for transition) และการใช้บทบาทเสริม (role supplementation) ⁸ รายละเอียดดังนี้

1. การประเมิน (assessment)

การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของครอบครัวในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ เตรียมตัวต่อการเปลี่ยนผ่านหรือแก้ปัญหาจุดอ่อนแอและจุดเข้มแข็งของครอบครัว หรือปัจจัยที่เอื้อและยับยั้งต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมบุคคลและครอบครัวให้พร้อมต่อการเปลี่ยนผ่าน กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัดสมอง ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัด

ระยะนำเข้า: ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด มีความกลัวและวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย

ระยะอยู่ในโรงพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองแล้ว ระยะนี้จะพบปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยและขาดความสามารถในการดูแลตนเองและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ พบปัญหาที่ต้องตัดสินใจการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ การจัดการภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะส่งออก: ระยะที่เตรียมตัววางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากสภาพร่างกายการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้ดูแล สภาพจิตใจค่อนข้างอ่อนแอ เพราะฉะนั้นการให้การพยาบาลในระยะนี้จะเน้นเกี่ยวกับการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnoses)

ระยะวิกฤตฉุกเฉิน 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบีบตัวของ

หัวใจไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF 3) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้

ระยะกึ่งวิกฤต 4) เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลม เนื่องจากกลืนและเคี้ยวลำบากจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง 5) การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองด้านหน้าขวา 6) พร่องสุขวิทย์ยาส่วนบุคคลเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 7) รับรู้ถึงความเจ็บป่วยและวิตกกังวล นอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 8) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ 9) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 10) เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด 11) เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากสายสวนเป็นเวลานาน

ระยะฟื้นฟูสภาพ: 12) มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง 13) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากการกดทับเป็นเวลานานเพราะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้จากการแขนขาต้านซ้ายซีกอ่อนแรง 14) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง 15) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 16) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาซีกอ่อนแรง

3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเตรียมเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ตั้งแต่แผนการพยาบาลในแต่ละช่วงของการเปลี่ยนผ่าน (ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด การเตรียมจำหน่าย) เขียนแผนการ

พยาบาล กิจกรรมส่งเสริมความรู้และการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน แผนงานระยะยาว 1) การให้ความรู้หรือการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตาม D-METHOD 2) สภาพแวดล้อม (environment) เตรียมความพร้อมช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะการณใหม่เป็นไปได้ง่ายขึ้น

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) ระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลง การดำรงชีวิต บทบาทในสังคมและการกลับไปทำงาน อาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพ ของครอบครัว พยาบาลใช้บทบาทเสริมโดยให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญกับความเครียด ความเจ็บป่วยและมีความหวังกับการฟื้นฟูหาย ครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตและผสมผสานการดูแลตนเองกับแผนการรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทผู้ป่วย (sick role) ไปสู่บทบาทของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง (at risk role)

ระยะวิกฤตฉุกเฉิน กิจกรรมการพยาบาล (ระยะก่อนผ่าตัด) มีดังนี้ 1) ตรวจสอบสัญญาณชีพ และ neurological sign ทุก 1 ชั่วโมงหรือตามสภาพอาการของผู้ป่วยและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบ 2) สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 3) ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา หลีกเลี่ยงการหักพับของข้อต่อต่าง ๆ 4) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และเหตุผลที่ต้องได้รับการผ่าตัด

เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยกับแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลการรักษาเพิ่มเติม 5) อธิบายภาพหลักของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด 6) เตรียมความพร้อมและให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจยินยอมรับการผ่าตัด ขั้นตอนการดูแลภายหลังการผ่าตัด การประเมินอาการ การวัดสัญญาณชีพ การประเมินทางระบบประสาท ความปวด การบรรเทาความปวด 7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและซักถามข้อสงสัยและ 8) ให้ความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย

ระยะกึ่งวิกฤต กิจกรรมการพยาบาล (ระยะหลังผ่าตัด) มีดังนี้ 1) สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ 2) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ 3) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 4) การประเมินระดับความปวดและให้ยาบรรเทาอาการปวด 5) สังเกตและบันทึกผลที่ศีรษะและทอระบาย

ระยะฟื้นฟูสภาพ: การเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย มีการใช้บทบาทเสริมจากแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ครอบครัวและญาติ ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นฟู ผู้ดูแลเป็นน้องสาวและบุตรชาย ระหว่างที่อาการของผู้ป่วยดีขึ้นและแพทย์วางแผนจะเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จึงนัดญาติให้ home program ในด้านให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่านอนผู้ป่วยที่ถูกวิธี การ exercise การเตรียมอุปกรณ์สิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติผู้ป่วยที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลทันที

5. การประเมินผล

การใช้ทฤษฎีเปลี่ยนผ่านมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจ มั่นใจและเตรียมตัวรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้และเครื่องมือในการประเมินความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองและระดับความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย ตาม home program ยังพบปัญหาและอุปสรรคระหว่างการเปลี่ยนผ่านในระยะแรก ญาติที่ดูแลไม่พร้อมเรียน home program จึงใช้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่การเปลี่ยนผ่านโดยปัจจัยสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านคือครอบครัวและทีมสุขภาพ จนกว่าญาติจะพร้อมและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้น และส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนระหว่างที่รอเตรียมบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 70 ปี มีอาการ อ่อนแรงแขนขา ด้านซ้ายก่อนมา 4 ชั่วโมง ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนผ่านระบบช่องทางด่วนมาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ Glasgow coma scale 15 คะแนน (E₄ V₅ M₆) NIHSS 14 คะแนน CT brain: hypodensity at right parietal temporal lobe EKG: atrial fibrillation rate 100 ครั้ง/นาที วินิจฉัย ischemic stroke (non fast) lesion: right MCA infarction TOAST classification: cardio embolism Admit ที่หอผู้ป่วย stroke unit ระหว่างที่รับการรักษา มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและกำลังของกล้ามเนื้อแขนด้านซ้ายลดลง เป็นเกรด 0 มีภาวะ IICP ได้รับการผ่าตัด Craniectomy จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการพยาบาลระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพและระยะจำหน่าย พบปัญหาที่สำคัญ การจัดการความดันในกะโหลกศีรษะในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในระยะฟื้นฟู การเตรียมผู้ป่วยและญาติสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 16 ข้อ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ในการเปลี่ยนผ่านการเจ็บป่วยวิกฤติผ่านพ้นระยะวิกฤติและเข้าสู่ระยะฟื้นฟู สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญปัญหาและเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงพฤติกรรมจัดการสถานการณ์ใหม่ได้อย่างดี หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย จนพร้อมและส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ระหว่างที่รอเตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้าน นอนโรงพยาบาล 12 วัน

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ มีความซับซ้อนจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านสุขภาพและมีโรคร่วม มีความผิดปกติของสมองตำแหน่งสำคัญ right MCA infarction ระหว่างที่รับการรักษามีการเต้นของหัวใจผิดปกติรวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการเปลี่ยนผ่านการเจ็บป่วยที่มีลำดับขั้นตอน ตามทฤษฎีการเจ็บป่วยจากภาวะวิกฤติ ถึงวิกฤติระยะฟื้นฟูและเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลจัดการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านช่วยประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการรักษาตั้งแต่ระยะวิกฤติจนถึงระยะฟื้นฟู การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในผู้ป่วยและญาติในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยยังขาดการวางแผนการดูแลแบบองค์รวมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะยาว พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบผู้จัดการรายกรณี (case management) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพและการติดตามผู้ป่วยผลระยะยาวหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อจำกัด

เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรทางการแพทย์ที่อาจส่งผลต่อการดูแล ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีความแตกต่างกันในด้านตำแหน่งและความรุนแรงของโรค อาการทางคลินิก ภาวะสุขภาพและการตอบสนองต่อการรักษา ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จากผู้ป่วยกรณีศึกษาเพียงรายเดียว อาจไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization [WSO] [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <http://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/challenges-of-endovascular-treatment-of-acute-ischemic-stroke-in-different-regions-of-the-world-questionnaire>
2. American Stroke Association. About Stroke [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 12]. Available from: <http://www.stroke.org/en/about-stroke>

3. Januszewicz L, Buesch B. Neurologic alterations: Neurologic Disorders and Therapeutic Management. In Critical Care Nursing: Diagnosis and Management. 2018; 649-62.
4. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008; 359(13): 1317-29. doi: 10.1056/NEJMoa0804656.
5. National Institute of Emergency Medicine Ministry of Public Health [Internet]. 2021 [cited 2023Aug 2]. Available from: http://www.hiso.or.th/thaihealthstat/agegroup/index.php?a=6&ht=1&d=2_3.
6. World Health Organization. World Stroke Campaign [Internet]. 2015 [cited 2023Dec 11]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign>
7. Division of Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima Hospital. Quality assurance work Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima; 2022.
8. Sisakhot K. Development of a management planning model Integrated distribution in stroke patients [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 11]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/258614/176504>
9. Meleis. Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
10. Bakas T, Farran CJ, Austin JK, et al. Content validity and satisfaction with a stroke caregiver intervention program. Journal of Nursing Scholarship. 2009; 41(4): 368-75. doi:org/10.1111/j.1547-5069.2009.01282.x.