

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง  
Nursing care of patients with dependency in the community: a case study of  
cerebrovascular disease

(Received: June 18,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 25,2023)

พิมพ์ชนก เอกวอลล์<sup>1</sup>

Pimchanok Akawall

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลแล้วมาดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านระยะเวลา 6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโรคเบาหวานเมื่อปี 2560 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อปี 2562 รับประทานยาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ทานยา Amlodipine(5) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงได้เปลี่ยนเป็น Enalapril (20) 0.5 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร และ HCTZ ( 50 ) 0.5 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ภรรยาจึงนำส่งโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา ขณะพักค้างคืนตอนไปส่งบุตรสาวฝึกงานที่จังหวัดนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Stroke จึงให้นอน Admit เพื่อทำการรักษาโดยการรับประทานยาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนอาการดีขึ้นแพทย์เจ้าของไข้จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 7 ธันวาคม 2565 พร้อมส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในพื้นที่ และได้ไปติดต่อบริการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในวันที่ 8 ธันวาคม 2565 จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำสั่งได้ ยังมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ยังเดินเองไม่ได้ และใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจำหน่ายมีการวางแผนทำ Home program ภายภาคต่ที่บ้าน และได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ABSTRACT

This study is a case study. have a purpose To develop nursing care for dependent patients in the community Case study of patients with cerebrovascular disease and effectiveness of nursing care for dependent patients in the community Case study of patients with cerebrovascular disease This is a study of stroke patients after discharge from hospitals and then come to take care of them continuously at home for a period of 6 months (Long Term Care). The study was conducted between October 1, 2022 - March 2023.

A 58-year-old male patient diagnosed with diabetes in 2017 and hypertension in 2019. Received chronic disease medication at Sappasit Prasong Hospital, Ubon Ratchathani. Amlodipine(5) was unable to control blood pressure. blood So it was changed to Enalapril (20) 0.5 tablets 2 times after meals and HCTZ (50) 0.5 tablets 1 time after breakfast. His wife took him to Pak Chong Nana Hospital. Nakhon Ratchasima Province. While staying overnight when sending my daughter to do an internship in Nakhon Ratchasima Province The doctor diagnosed him with a Stroke and therefore had him lie down to Admit for treatment by taking medication for 2 weeks until his symptoms improved. The patient's doctor allowed him to go home on December 7, 2022, ready to send

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

him back for treatment at Sappasit Hospital. wishes in the area And went to receive treatment at Sappasithi Prasong Hospital on December 8, 2022. From the health assessment, it was found that the patient acted according to the instructions. There is still a weak left limb. still can't walk by himself and insert a urinary catheter After the sale, there is a plan to continue doing a Home program physically at home. and received continuous follow-up visits at home 5 times

**Keywords:** cerebrovascular disease Patients with dependency in the community

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน ในจำนวนนี้มี 5 ล้านคน ที่มีความพิการถาวร องค์การอนามัยโลก (WHO.) ได้ทำนายไว้ว่า ความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง จากปีค.ศ. 1990 มีจำนวน 38 ล้านคน จะเพิ่มขึ้นเป็น 51 ล้านคน และในปีค.ศ. 2020 มีการประมาณการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับข้อมูลดังกล่าว สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง จากรายงานของ WHO พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก เฉลี่ยทุก 6 วินาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ในกลุ่มที่เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 7.9 หลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 3.4 พบไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชาย และเพศหญิง (กนกศรี สนิทพรปัญญา, 2564) และในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต จะพบความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว มีความเครียดสูงและคิดว่าตนเองไร้ค่า

ในปัจจุบันพบว่า แนวการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีการประยุกต์หลายแนวคิดที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติส่วนใหญ่ในระยะ Pre-hospital จะเน้นการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและการดูแลระยะยาว เน้นการให้ความรู้ การฝึก

ทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการจัดการรายการหนี้ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ในระหว่างปี 2562-2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 53, 68 และ 71 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการหลงเหลือ จำนวน 38, 20 และ 12 ราย ตามลำดับ เสียชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,4 และ 2 รายตามลำดับ (รายงานเวชระเบียน, 2562-2564) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากต้องอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพฤกษ์ และอยู่ในภาวะพึ่งพิงบุคคลในครอบครัวต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การพูด การรับรู้ความรู้สึก การมองเห็น สภาพอารมณ์ที่แปรปรวน ซึ่งเป็นภาวะทุพพลภาพ (Disability) ที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา จากการที่ผู้ดูแลต้องหยุดงาน หรือลาออกจากการทำงานเพื่อมาดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย คนละ 100,000 บาท/ปี โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คิดเป็น 151,428 บาท/ปี (สำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยใน คนละ 53,429 บาท/ปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552)



จากสถานการณ์ที่กล่าวข้างต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับโลก สถานการณ์ของประเทศไทย และสถานการณ์ของจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความพิการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติ สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาด้านอารมณ์ และมีพฤติกรรมหลายรูปแบบ เช่น วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ค่าใช้จ่ายในการรักษา รายได้ของครอบครัว เป็นต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวชกรรม มีความตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงมีปัญหาคือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง หากมีการเตรียมจำหน่าย และดูแลไม่ต่อเนื่องถึงระดับชุมชนจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และในบางรายอาจกลับมาด้วยการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองแตกจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ศึกษาจึงได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย ที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพียงพียง ที่เริ่มทำการศึกษตั้งแต่ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในช่วงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพียงพียงในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีที่มีภาวะพียงพียงในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วมาดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านระยะเวลา

6 เดือน (Long Term Care) โดยดำเนินการศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566

### วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอเมืองอุบลราชธานี
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะพียงพียง โรคหลอดเลือดสมอง การรักษาและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
4. ทำหนังสือเสนอผู้บริหาร เพื่อขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
5. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพียงพียง จำนวน 1 ราย ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
6. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล
  - 6.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรวบรวม
  - 6.2 ระบุปัญหาทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล โดยให้การพยาบาลผู้ป่วย สนับสนุนเรื่องโรค การดูแลตนเองและผู้ป่วยในระยะพียงพียงแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาตามแผนการรักษาต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพโดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและพยาบาลเจ้าของไข้
  - 6.3 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และแผนการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
  - 6.4 การติดตามประเมินผล
  7. สรุปผลการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา



## การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

**ข้อมูลส่วนบุคคล** ชายอายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นปริญญาตรี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพทนายความ รายได้ 55,000 บาท/ปี รายได้เพียงพอกับรายจ่าย เป็นหัวหน้าครอบครัวและหารายได้เลี้ยงสมาชิกในครอบครัว มีรายได้เสริมจากภรรยาอีกทางหนึ่งซึ่งค้าขายอยู่ที่ตลาดในชุมชน มีบุตร 1 คน ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 20 – 25 มวน และดื่มเบียร์ทุกวัน ช่วงหลังเลิกงานวันละ 1 ขวด

**ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว** ผู้ป่วยได้รับการการวินิจฉัยโรค : Diabetes Mellitus เมื่อปี 2560 และได้รับการการวินิจฉัยโรค with Hypertension เมื่อปี 2562 มีประวัติเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เริ่มต้นรักษาด้วย Metformin (850 mg.) วันละ 1 เม็ด 3 ครั้งหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น, Glipizide ( 5 ) วันละ 1 เม็ด 2 ครั้งก่อนอาหารเช้า เย็น ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ โดยค่าน้ำตาลจะสูงเกิน 126 mg% อยู่ตลอด และค่า A1C จะอยู่ที่ 10% กว่า ๆ ตลอด ส่วนความดัน Systolic pressure จะอยู่ระหว่าง 160-180 mm.Hg. และ Diastolic pressure อยู่ในช่วง 100-120 mm.Hg. เนื่องจากไม่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนรักษาของแพทย์ และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามหลัก ด้านครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับมารดา ภรรยา และบุตร 1 คน รวม 4 คน ครอบครัวอบอุ่นรักใคร่กลมเกลียวกันดี ต่อมาเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยมีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ เดินเซ อ่อนแรงขาซีกซ้ายอ่อนแรง ขณะพักค้างคืนที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ขณะไปส่งบุตรสาวเพื่อฝึกงานที่จังหวัดนครราชสีมา ภรรยาจึงได้พาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยว่า Stroke จึงให้ Admit เพื่อรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด นาน 2 สัปดาห์ โดยการรักษาตามแผนการรักษา และอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์

เจ้าของไข้จึงได้อนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมส่งตัวกลับมารักษา ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และเนื่องจากใช้สิทธิ์รักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้มาขอใบส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ส่งมา และผู้ศึกษาจึงได้นัดหมายลงเยี่ยมบ้านในวันรุ่งขึ้น เพื่อสอบถามอาการและการเจ็บป่วยที่ผ่านมา และได้วางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างต่อเนื่องรวมทั้งติดตามอาการและผลการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการไปตรวจตามนัดที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานต่อไป

## การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

**การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1** วันที่ 9 ธันวาคม 2565 ( 1 วันหลังคนไข้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในวันที่ 8 ธันวาคม 2566 )

ผู้ศึกษาได้ลงเยี่ยมบ้านพร้อมด้วยนักกายภาพบำบัด พบผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนแรงที่แขนและขาซีกซ้าย พูดไม่ชัด เดินเซ กลืนลำบาก รับประทานอาหารเองยังไม่ได้ ภรรยาต้องคอยดูแลช่วยป้อนอาหารให้ตลอด วัด BP = 127/70 มม.ปรอท P. = 81 ครั้ง/นาที ยัง Retained Foley Cath with urine Bag ไว้ตลอด และทราบว่าแพทย์เจ้าของไข้ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้ประสานแผนกกายภาพบำบัด และเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ และประสานแพทย์หู คอ จมูก เพื่อช่วยฝึกกลืนอาหาร โดยได้รับการนัดเพื่อไปทำกายภาพบำบัดในเดือน ธันวาคม 2566 เพิ่มอีกจำนวน 2 ครั้ง คือในวันที่ 14 ธันวาคม 2566 และในวันที่ 22 ธันวาคม 2566 โดยคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา คือ

- Glipizide ( 5mg. ) 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า

- Metformin (850 mg.) 1 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า - เย็น
- Enalapril ( 20 mg. ) 0.5 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า - เย็น
- Aspirin ( 300 mg. ) 1 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- HCTZ ( 50 mg. ) 0.5 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Lercadipinel ( 50 mg. ) 1 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Losec ( 20 mg. ) 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า
- Simvastatin ( 20 mg. ) 2 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนนอน

**การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2** วันที่ 27 ธันวาคม 2565

ผู้ศึกษา แพทย์ประจำศูนย์ นักกายภาพบำบัด และอสม.ในพื้นที่ เข้าไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบผู้ป่วยยังมีการอ่อนแรงที่แขนและขาซ้าย ยังเดินเซ พูดไม่ชัด กลืนลำบากแต่ยังพอรับประทานเองได้บ้าง โดยมีภรรยาคอยดูแลช่วยป้อนอาหารให้บางครั้ง วัด BP = 117/ 98 มม.ปรอท P. = 100 ครั้ง/นาที และผู้ศึกษาได้วางแผนที่จะ Off Foley Cath with urine Bag โดยการช่วยเหลือของภรรยาที่ดูแล และได้ประสาน อสม.ในพื้นที่ให้เข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องวันละครั้งทุกวันช่วงเช้าเนื่องจากภรรยาผู้ป่วยต้องไปขายของที่ตลาดทุกเช้า ยกเว้นวันอาทิตย์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเองทุกวัน และหลังจากนั้น 3 วัน พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ด้วยตนเอง จึงได้รายงานแพทย์ประจำศูนย์ และแพทย์อนุญาตให้ Off Foley Cath with urine Bag ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น และดูแข็งแรงขึ้น และผู้ป่วยยังมีนัดไปทำกายภาพบำบัดอีกจำนวน 2 ครั้ง คือในวันที่ 28 ธันวาคม 2565 และใน

วันที่ 11 มกราคม 2566 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิม

**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3** วันที่ 24 มกราคม 2566 ผู้ป่วยเริ่มฝึกเดินเองได้ โดยใช้ไม้พยุงช่วย และเริ่มพูดสื่อสารได้ชัดเจนขึ้น การกลืนอาหารดีขึ้น รับประทานอาหารเองได้มากขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้นมาก หน้าตาสดใส

ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ด้วยตนเองวันละ 5 – 6 ครั้ง ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีอาการแสบขัด วัด BP = 138/ 86 มม.ปรอท P. = 72 ครั้ง/นาที มีอสม.ในพื้นที่ได้เข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องวันเว้นวันช่วงเช้า สลับกับภรรยาผู้ป่วย ซึ่งหยุดขายของที่ตลาดและมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยยังมีนัดไปทำกายภาพบำบัดอีกจำนวน 3 ครั้ง คือในวันที่ 25 มกราคม 2565 , วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 และในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิมอย่างต่อเนื่อง

**การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4** วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566

การเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยพูดชัดขึ้น สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ชัดเจน สามารถเดินเองได้แล้ว โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยพยุง อารมณ์ดี มือซ้ายเริ่มมีแรงมากขึ้น แต่ยังหยิบจับสิ่งของไม่ได้ มีภรรยาอยู่ดูแลตลอดเวลา ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ด้วยตนเองวันละ 5 – 6 ครั้ง ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีอาการแสบขัด จึงให้ อสม. ในพื้นที่ลดการเยี่ยมลงเป็นให้เยี่ยมเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง วัด BP = 132/ 90 มม.ปรอท P. = 82 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยยังมีนัดไปทำกายภาพบำบัดอีกจำนวน 2 ครั้ง คือในวันที่ 1 มีนาคม 2565 และ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิมอย่างต่อเนื่อง

**การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5** วันที่ 14 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยพูดได้คล่องแคล่วและชัดเจนขึ้นมาก สามารถเดินได้เองอย่างมั่นใจ มือซ้ายมีแรงเริ่มหยิบจับ



สิ่งของเบา ๆ ได้ อารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ชอบออกมาพูดคุยกับคนอื่น ๆ และเพื่อนบ้านใกล้เคียง มีภรรยาอยู่ดูแลตลอดเวลา จึงให้อสม.ในพื้นที่ลดการเยี่ยมลงเป็นให้เยี่ยมเพียงเดือนละ 1 ครั้ง วัด BP = 120/ 82 มม.ปรอท P. = 78 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยยังมีนัดกับแพทย์เจ้าของไข้ ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2565 และคนไข้ยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิมอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงได้แจ้งผู้ป่วยและตกลงหยุดการเยี่ยมกรณีศึกษาตามแผน แต่ก็ให้สามารถโทรปรึกษา/ติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตลอดในวัน และเวลา ราชการ และได้วางแผนการเยี่ยมตามปกติ เดือนละ 1 ครั้งต่อไป

### ข้อมูลการประเมินลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สุกดิบหรือจัด และดื่มสุราสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง รับประทานอาหารรสจัด ร่วมกับไม่ออกกำลังกาย หลังเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีภาวะซึมเศร้า และต้องหายจากภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเองให้กลับมาปกติหรือใกล้เคียงปกติ

เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านยังพบปัญหาของการมีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการฝึกเดินที่บ้าน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ดี ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ภรรยาและบุตรให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ด้านการเงินภรรยาสามารถบริหารจัดการด้านการเงินได้ดี มีรายได้จากการค้าขายพอพุงครอบครัวไปได้ ในชุมชนมี อสม. เข้ามาร่วมช่วยดูแลอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็นและเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐาน

### แบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน ประมาณ 6-8 ชั่วโมง (22.00-04.00น.) ปัสสาวะสีเหลืองใส วันละ 6 - 7 ครั้ง อุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาเรื่องขับถ่าย รับประทานอาหารตรงเวลา 3 มื้อ ส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นบ้านที่ภรรยาปรุงอาหารให้ มีทานอาหารรสจัด บางครั้ง รุปร่างท้วม น้ำหนัก 77 กิโลกรัม สูง 175 เซนติเมตร ดื่มแอลกอฮอล์ประจำทุกวัน และสูบบุหรี่ประมาณ 20 - 25 มวน/วัน มีดื่มกาแฟบางครั้ง แต่ได้เลิกดื่ม เลิกสูบบุหรี่หลังจากเจ็บป่วย ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะทำงานรับจ้างเป็นทนาย เป็นคนอารมณ์เย็น ใจดี ครอบครัวรักใคร่ปรองดองกันดี รายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ไม่มีภาวะซึมเศร้า รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีความกังวลบางครั้งเกี่ยวกับความดันสูง เมื่อมาตรวจตามนัด

### การตรวจร่างกายตามระบบ

- รูปร่างท้วม น้ำหนัก 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) ๒๕.๑๖ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๘/๘๖ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๗๔ ครั้งต่อนาที

- ผิวหนัง : ดำแดง ไม่มีรอยสัก

- ศีรษะ : ไม่มีรอยบาดแผลใด ๆ

- ตา : ตา 2 ข้างมองเห็นชัดเจนดี

- จมูก : ได้กลิ่นปกติ ไม่มีการอักเสบหรือสิ่งคัดหลั่งภายในจมูก

- ปาก : ไม่มีฟันปลอม ไม่มีฟันผุ

- คอ : ไม่มีรอยบาดแผลใด ๆ ไม่พบก้อน

- ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก : ทรวงอกรูปร่างปกติ เสียงการหายใจปกติเท่ากันสองข้าง

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๗๔ ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur

- ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนนูน ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ ๑๐ ครั้ง ต่อนาที คลำท้องนุ่มดี ไม่มีอาการปวด ไม่พบก้อน
- ระบบประสาท : ตื่นดีตามตอบรู้เรื่อง มีพูดไม่ชัด Glasgow coma score E4V4M5, มีอ่อนแรงด้านซ้าย motor power grade 4 เดินโดยใช้ไม้เท้าพยุง, ผิวหนังรับความรู้สึกปกติ
- ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ : คลำไม่พบไต เคาะบริเวณ costovertebral angle ไม่มีอาการปวด สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
- ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : ไม่มีข้อติด อ่อนแรงซีกซ้ายเดินเองได้โดยใช้ไม้เท้าพยุง

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| รายการ                        | ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ |         |         |
|-------------------------------|-------------------------|---------|---------|
|                               | ปี 2563                 | ปี 2564 | ปี 2565 |
| Cholesterol                   | 272                     | 278     | 296     |
| Triglyceride (<200mg/dl)      | 435                     | 392     | 356     |
| LDL-cholesterol (<=130 mg/dl) | 165                     | 182     | 196     |
| Glucose (70-115 mg/dl)        | 235                     | 194     | 163     |
| Hb A1C (4.0-6.5%)             | 10.5                    | 10.8    | 10.2    |
| Microalbumin (<30 :Negative)  | -                       | -       | -       |
| eGFR (>90ml/min/1.73m)        | 102.42                  | 99.86   | 75.24   |
| Creatinine(0.67-1.17mg/dl)    | 0.7                     | 0.8     | 0.9     |
| Uric acid (2.6-6.0 mg/dl)     | -                       | -       | -       |
| Hb (M : 13.0-17.0 g/dl)       | 14.5                    | 14.2    | 13.8    |
| Hct (M : 38-50%)              | 43.1                    | 43.3    | 42.6    |

**วิเคราะห์ :** มีระดับ Cholesterol ,Triglyceride และระดับน้ำตาลในเลือดสูง

#### แผนการรักษาของแพทย์

- Metformin (850) 1x3 po.pc
- Amlo (10) 1x1 po.pc
- Simvastatin(20) 1x1 hs
- Glipizide (5) 1x2 po.pc
- ทำกายภาพฝึกพูด
- ฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน
- ทำกายภาพฝึกการเดิน

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ผู้ศึกษานำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา มาวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาล ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษา มีความวิตกกังวลต่อปัญหาความเจ็บป่วยและปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อ ได้กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติกิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกการปฏิบัติการดูแล ติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ญาติ พยาบาลชุมชนประจำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสนับสนุน/ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สรุปข้อวินิจฉัยทางการที่พบ ได้แก่

1. มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง
2. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากยังไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย

ปัสสาวะเองได้ ต้อง Retained Foley Cath with Urine bag ไว้ตลอด

4. เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก
5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตก หกล้มเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย
6. การเคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย
7. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดเนื่องจากการสื่อสารทางวาจา การพูดซ้ำ และสื่อสารได้ไม่ชัดเจนเหมือนเดิม
8. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย/ความเป็นอยู่ของครอบครัวเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้เหมือนเดิม

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโรคเบาหวานเมื่อปี 2560 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อปี 2562 รับประทานโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ทานยา Amlodipine(5) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงได้เปลี่ยนเป็น Enalapril (20) 0.5 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร และ HCTZ ( 50 ) 0.5 เม็ด 1 เวลาหลังอาหารเช้า วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ เดินเซ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ภรรยาจึงนำส่งโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา ขณะพักค้างคืนตอนไปส่งบุตรสาวฝึกงานที่จังหวัดนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Stroke จึงให้นอน Admit เพื่อทำการรักษาโดยการรับประทานยาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จนอาการดีขึ้นแพทย์เจ้าของไข้จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 7 ธันวาคม 2565 พร้อมส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในพื้นที่ และได้ไปติดต่อบริการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในวันที่ 8 ธันวาคม 2565 จาก

การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งได้ ยังมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ยังเดินเองไม่ได้ และใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจำหน่ายมีการวางแผนทำ Home program กายภาพบำบัดที่บ้าน และได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง จนกระทั่งอาการดีขึ้น พูดได้ เดินเองได้ โดยไม่ต้องใช้ไม้พยุงเดินเพื่อป้องกันหกล้ม รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีสำลัก ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ BP =120/ 82 มม.ปรอท P. = 78 ครั้ง/นาที่ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดูแล

### บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือดสมองแตก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติขาดสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและพันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มารับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น อย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาของการมารับการรักษาของผู้ป่วย



โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงการขอความช่วยเหลือ โดยการเรียกรถเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ระยะที่ 2 คือ ระยะเวลาตั้งแต่รถออกจากสถานที่ที่เกิดอาการ สิ้นสุดที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้และ ระยะที่ 3 คือ ระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินจนถึงการได้รับการรักษา ซึ่งในแต่ละระยะมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้ารับการรักษากายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหรือหลังจากระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังจากเกิด

อาการ และสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ คือ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย/ครอบครัว มีการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ/ผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ในรายที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- 1.กันยา อ้อยลี. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 2.Clinical practice guideline : การจัดทำและนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด
- 3.เตือนใจ รัฐวงศ์. (2545). ผลการใช้แผนคัดกรองภาวะกลืนลำบากกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 4.นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- 5.พูนทรัพย์ ไสภารัตน์. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ (พิมพ์ครั้งที่ 3).เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 6.สถาบันประสาทวิทยา. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- 7.Adums, H. P., Adums, R. J., Brott, T., del Zopp, G. J., Furlan, A., Goldstein, L. B., et al. (2003).Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke*, 34, 1056-1083.
- 8.Adums, H., Adums, R., Zoppo, G. D., & Goldstein, L. B. (2005). Guideline for the early *management of pateints with ischemic stroke*. Retreived November 2, 2006, from <http://www.heart and stroke.org>
- 9.Adums, H., P., Brott, T. G., Crowell, R. M. Furlan, A. J., Gomez, C. R., Grotta, J., et al. (1994). Guidelines for the management of patients with ischemic stroke: A statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, American Heart and Association. *Stroke*, 25, 1901-1914.
- 10.American Stroke Association. Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke. [serial online] 2013 Jan. [cited 2013 Jan 2016] ; 44(3) : 870-947
- 11.Alberts, M. J., & Easton, J. D. (2004). Stoke best practices: A team approach to evidence-based care. *Supplement to the Journal of the National Medical Association*, 96(4).
- 12.Ayello, E., & Braden, B. (2001). Why is pressure ulcer risk assessment so important? *Advance In Skin & Wound Care*, 31(11), 74-80.



13. Connolly, M. J. (2004). Age relate change in the respiratory system. In R. C. Tallis & H. M. Fillit (Eds.), *Brocklehurst's text book of geriatric medicine and gerontology* (6th ed., pp. 289-292). London: Churehill Living Stone.
14. Erbay, R. H., Yalcin, A. N., Zencir, M., Serin, S., & Ataley, H. (2004). Cost and risk factors for ventilator-associated pneumonia in a Turkish university hospital's intensive care unit: A case-control study. *BMC Pulmonary Medicine*, 4(1), 3.
15. European Stroke Initiative. (2003). Reccomendations for stroke management. *European Journal of Neurology*, 7, 607-623.
16. Fulgham, R. J., Ingall, J. T., Stead, G. L., Cloft, J. H., Wijdicks, F. M. E., & Flemming, D. K. (2004). Management of acute ischemic stroke. *Mayo Clinic Journal*, 79(1), 1459-1469.
17. Hacke, W., Kaste, M., Olsen, T. S., Orgogozo, J. M., & Bogousslavsky, J. (2003). European stroke initiative recommendation for stroke management. *European Journal of Neurology*, 7, 607-623.
18. Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2001). *Management of acute stroke* [Electronic version]. Retrieved December 12, 2006, from [tp://www.heartandstroke.ca/profed.html](http://www.heartandstroke.ca/profed.html)
19. Hickey, J. V., & Hock, N. H. (2003). *The clinical practice of neurological and neurological nursing* (5th ed., pp. 559-587). Philadelphia: Lippincott.
20. Jamer, F. M. (2000). Management of acute ischemic stroke. *Postgraduate Medicine*, 107(6), 85-93.
21. Josephson, L. (2004). Management of increased intracranial pressure: A primer for the non-neuro critical care nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(5).
22. Kernich, C. A. (2001). Management of clients with stroke. In J. M. Black, J. H. Hawks, & A. Kneene (Eds.), *Medical surgical nursing* (6th ed., pp. 1953-1981). Philadephia: W.B. Suanders.
23. Moore, K. N., Day, R. A., & Albers, M. (2002). Pathogenesis of urinary tract infections: A review. *Journal of clinical Nursing*, 11, 568-574.
24. National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. (1995). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *Neurology England Journal Medicine*, 333, 1581-1587.
25. Parsons, M. W., Barber, A., Desmond, P. M., Baird, T. A., Darby, D. G., Bymes, G., et al. (2002). Acute hyperglycemia adversely affects stroke outcome: A magnetic resonance imaging and spectroscopy study. *Annals of Neurology*, 52, 20-28.
26. Registered Nurses Association of Ontario. (2002). *Toolkit implementation of clinical practice guideline*. Toronto, Canada. Retrieved December 14, 2006, from [www.http://www.mao.org](http://www.mao.org)
27. Ring, N., Malcolm, C., Coll, A., Murphy-Black, T. & Walterson, A. (2005). Nursing best practice Statement: An exploration of their implement in clinical practice. *Journal of clinical Nursing*, 14, 1048-1049.
28. Rowat, A. M., Dennis, M. S., & Wardlow, J. M. (2006). Hypoxemia in acute stroke is frequent and worsens outcome. *Cerebrovascular Diseases Basel*, 21(3), 166.
29. Soukup, SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinics of North America* 2000 : 35(2), 301-309
30. Stott, D. J., Falconer, A., Miller, H., Tilston, J. C., & Langhorne, P. (2009). Urinary tract infection after stroke. *An International Journal of Medicine*, 102(4), 243-253.
31. Yilmaz, G. R., Cevik, M. A., Erdinc, F. S., Ucler, S., Tulek, N. (2001). The risk factors for infections acquired by cerebral hemorrhage and cerebral infarct patients in a neurology intensive care unit in Turkey. *Japanese Journal Infectious diseases*, 60(2-3), 87-91