

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม Holistic Nursing for Traumatic Brain Injury Patient

รุ่งนภา เขียวชะอำ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) *

Rungnapa Khiewchaum, M.N.S. (Adult Nursing) *

ชดช้อย วัฒนะ, พย.ด. **

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) **

การบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ไร้ความสามารถ (disable persons) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลอย่างทันท่วงที ซึ่งพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตพยาบาลต้องสามารถประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้น ต้องมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนในการเฝ้าระวังอาการและการรักษา รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย แก้ไขปัญหาหรือความขัดแย้งทางจริยธรรม ตอบสนองความต้องการ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีความเฉพาะเป็นรายบุคคล เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตและฉุกเฉินแล้ว เป็นระยะการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลต้องสามารถให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและแก้ไขภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านหรือสังคมได้อย่างเหมาะสมกับการเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ

ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งศาสตร์ทางกายวิภาค สรีรวิทยา และศาสตร์ทางการพยาบาล รวมทั้งกรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ในแต่ละระยะให้มีความครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทความวิชาการนี้นำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ และระยะยาว

การพยาบาลแบบองค์รวม

คำว่า การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เนื่องจากการให้ความหมายโดยใช้ประสบการณ์ส่วนบุคคลในการตัดสินภาวะสุขภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับคนแต่ละคน Tjale and Bruce (2007) กล่าวว่าจากนิยามที่มีความหลากหลาย แนวคิดนี้จึงยังมีความไม่ชัดเจน และเกิดการตีความที่แตกต่างกันไป ทำให้เข้าใจได้ยาก พบว่าการพยาบาลแบบองค์รวมมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 2 มิติ ได้แก่ มิติการดูแลแบบทั้งคน (whole person) และมิติที่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (bio-psychosocial and spiritual)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** นักวิชาการอิสระ

โดยมิติการดูแลแบบทั้งคนเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ การดูแลแบบองค์รวมเริ่มขึ้นจากการเห็นความสำคัญของจิตวิญญาณของบุคคล ซึ่งเป็นมิติที่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาคนทั้งคน และคำนึงถึงมิติที่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งความสัมพันธ์กันอย่างมีคุณภาพขององค์ประกอบทั้งสามนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่ความผาสุกของบุคคล การจะให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลต้องให้การดูแลที่เข้าถึงร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งคน

การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยวิกฤต เป็นการดูแลที่มีความสลับซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาที่เสี่ยงต่อชีวิต และต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยเครื่องมือทางการแพทย์หลากหลายชนิดที่ต้องการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแล รูปแบบการดูแลต้องการความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นรูปแบบหรือมาตรฐานด้านการแพทย์ (medical model) เป็นหลัก การดูแลที่มุ่งเน้นเทคโนโลยีขั้นสูงและการใช้เครื่องมือในการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ควบคุมการหายใจ การไหลเวียนเลือด รวมถึงเครื่องมือที่เฝ้าระวังความผิดปกติ เช่น เครื่องตรวจการทำงานของหัวใจ อาจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานใช้เวลาด้านใหญ่อยู่กับเครื่องมือเหล่านี้ และพึ่งพาเทคโนโลยีในการดูแล จนทำให้มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยลง ซึ่งสิ่งที่พยาบาลในห้องผู้ป่วยวิกฤตควรคำนึงถึงคือ แม้ว่าเครื่องมือทางการแพทย์จะมีประสิทธิภาพในการช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะสำคัญ และช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่สามารถดูแลความเป็นคนทั้งคนสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ เนื่องจากการดูแลแบบองค์รวมเป็นการดูแลที่ต้องอยู่กับผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และตอบสนองความต้องการการดูแล โดยต้องมีความสมดุลระหว่างการใช้เทคโนโลยีทางการรักษากับศิลปะการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย มีอาการทุเลาลง สามารถยอมรับและ

ดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้น โดยมีคุณภาพชีวิตในระดับที่พึงพอใจ หรือเสียชีวิตอย่างสงบ

บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลแบบองค์รวม

ในการพยาบาลแบบองค์รวม บทบาทของพยาบาล (nursing roles) มีดังนี้

1. พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมแห่งการเยียวยา โดยใช้ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความจริงใจ การให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความไว้วางใจ และสัมพันธภาพ เป็นเครื่องมือในการเยียวยาทั้งผู้ป่วยและตนเอง
2. ใช้กิจกรรมการพยาบาลตามปกติและความเป็นองค์รวม การศึกษาเสริม การแพทย์ทางเลือก และการผสมผสานรูปแบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อให้บรรลุร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อการเยียวยาสุขภาพทั้งคน และเพื่อความผาสุกของประชาชน
3. ให้ความร่วมมือและเป็นหุ้นส่วนในการเลือกกระบวนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลสำคัญ ชุมชน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรจากสาขาวิชาชีพอื่น โดยใช้หลักการและทักษะความร่วมมือ การให้เกียรติ และเคารพการมีส่วนร่วม
4. ร่วมเปลี่ยนแปลงกระบวนการพัฒนาชุมชนให้มีความวัฒนธรรมการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร ทั้งในด้านการทำงานและด้านการเรียน
5. ช่วยให้พยาบาลบำรุงและเยียวยาสุขภาพตนเอง
6. ร่วมในกิจกรรมที่พัฒนาชุมชนและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การสาธารณสุขดีขึ้น
7. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์และความเป็นธรรมต่อการกระจายความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส
8. มีความสัมพันธ์และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ต้องการอนุรักษ์

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ในระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญ เนื่องจาก

หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการรักษาอย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและพิการได้ ซึ่งการแบ่ง ความรุนแรงในระยะนี้อาจใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) หรือใช้ระยะเวลาที่สูญเสียความรู้สึกตัว โดยแบ่ง ความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับรุนแรงน้อย ระดับรุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก

การบาดเจ็บที่วิกฤตและรุนแรงที่เกิดขึ้นในระยะ เริ่มแรก (primary injury) มักเป็นการบาดเจ็บที่ส่งผล โดยตรงต่อเนื้อเยื่อสมองและระบบประสาท เช่น การบาดเจ็บ ต่อกะโหลกศีรษะ การบาดเจ็บต่อหลอดเลือดและเส้นประสาท ในสมอง จากการเกิดอุบัติเหตุจากแรงกระทบที่เป็นแบบหมุน (rotational injury) ทั้งนี้ อันตรายจะขึ้นอยู่กับความเร็ว และแรงที่มากกระทบต่อสมองที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ นอกจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มแรกแล้ว การบาดเจ็บ ระยะที่สอง (secondary injury) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง ก็มีความสำคัญและรุนแรงเช่นเดียวกัน โดยเกิดจากระบบประสาท ถูกทำลายจากการที่สมองได้รับบาดเจ็บ หลอดเลือดที่ไป เลี้ยงสมองถูกทำลาย รวมถึงการมีน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น ในกะโหลกศีรษะ ทั้งนี้ เนื้อสมองที่บรรจุอยู่ภายในกะโหลกศีรษะ มีประมาณร้อยละ 80 ที่เหลือเป็นเลือดและน้ำไขสันหลัง อย่างละร้อยละ 10 (Mangat, 2012) เมื่อมีปัจจัยที่ทำให้ ปริมาตรของสิ่งเหล่านี้เพิ่มขึ้น เช่น การบาดเจ็บ การมี เลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม จะเกิดการแย่งเนื้อที่ ในสมอง และนำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP) ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation) ตามมา

การบาดเจ็บระยะที่สองยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ ระบบการหมุนเวียนอัตโนมัติของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง บกพร่องหรือเสียหายที่ไป และทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ ที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บ ส่งผลให้มีการหลั่งของสารเคมี ที่ทำให้เกิดพิษจากการกระตุ้นของตัวรับเคมีที่มากผิดปกติ ซึ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บระยะที่สอง ได้แก่ ภาวะเซลล์เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ภาวะความดัน โลหิตต่ำ ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะชัก การเพิ่มขึ้นของ ความดันในกะโหลกศีรษะ และภาวะไข้ โดยการบาดเจ็บ ระยะที่สองมักเกิดขึ้นเป็นเวลานาน และเป็นปัญหาที่ยุ้งยาก ในการรักษา นำไปสู่ความพิการและการเสียชีวิตมากกว่า

การบาดเจ็บในระยะเริ่มแรก โดยสาเหตุหลักที่ทำให้เกิด การบาดเจ็บระยะที่สองคือ ภาวะเซลล์พร่องออกซิเจน และการกำซาบลดลง ซึ่งผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมอง อย่างรุนแรงและมีภาวะความดันโลหิตต่ำ มีโอกาสเสียชีวิต ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะดังกล่าว ประมาณ 8 เท่า (Manley, Knudson, Morabito, Damron, Erickson & Pitts, 2001) โดยการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นปัจจัยทำนาย การเสียชีวิตที่สำคัญ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง อย่างรุนแรงจึงต้องการการพยาบาลในระยะวิกฤตที่ต้อง เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ได้รับ การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่าง เหมาะสมเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญ ความเครียด มีการเรียนรู้และปรับการดำเนินชีวิตที่บ้าน หรือในสังคมได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตามคำนิยามหลัก และมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (critical and emerging care nursing)

ระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและ รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมอง และเพื่อให้ผู้ป่วยมี ความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด และปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปัญหาหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในระยะนี้คือ ปัญหาทางระบบประสาท และปัญหาทางระบบ หายใจ ซึ่งแนวทางในการพยาบาลประกอบด้วย 8 ประการ ดังนี้ (Hickey, 2009)

1. การคงไว้ซึ่งความโล่งของทางเดินหายใจ เป็นแนวทางลำดับแรกที่ต้องคำนึงถึง โดยพยาบาลไม่ควร ปลดปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง เพราะจะเพิ่มโอกาสของ การสำลัก และในการจัดทำควรเป็นท่าที่ช่วยในการระบาย สิ่งคัดหลั่งทางปาก

2. ระดับความรู้สึกตัวเป็นตัวชี้วัดที่วัดต่อ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยยังมีการไม่คงที่ ควรประเมินระดับความรู้สึกตัว

ทุก 5-10 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ทั้งนี้ การสังเกตของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่ทราบว่าผู้ป่วยคือสัญญาณเตือนที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทมากที่สุด และพยาบาลเป็นผู้ที่ทราบดีเกี่ยวกับบุคลิกภาพและลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความปวด การอ่อนล้า หรือการลดลงของความรู้สึกตัว โดยพยาบาลมีความรับผิดชอบในการให้ข้อมูลกับแพทย์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

3. เมื่อระดับความรู้สึกตัวลดลง พยาบาลควรพูดเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติแก่ผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่นุ่มนวล เรียบง่าย และมีท่าทีสงบ รวมถึงในการปฐมพยาบาลสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ หากผู้ป่วยสวมแว่นหรือใช้เครื่องช่วยฟัง ก็ควรให้ผู้ป่วยได้ใช้

4. เมื่อพยาบาลพูดกับผู้ป่วย พยาบาลควรตั้งสิ่งแวดล้อมแวดล้อมภายนอก ซึ่งสิ่งแวดล้อมดังกล่าวอาจเพิ่มความสับสนให้กับผู้ป่วย เมื่อมีบุคคลเข้าไปในห้องและมีการพูดคุยกับผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความสับสนได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมจะสร้างประสาทสัมผัสมากเกินไป และส่งผลให้ผู้ป่วยสับสนและตีความผิดไป

5. หลังผู้ป่วยตื่นและเริ่มพูด ผู้ป่วยมักสอบถามถึงช่วงเวลาที่เขาหายไปซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้ พยาบาลควรอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว โดยสรุปเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยฟัง หากผู้ป่วยเริ่มไม่สามารถรวบรวมข้อมูลหรือบอกเรื่องราวได้ พยาบาลต้องปรับความเข้าใจผิดของผู้ป่วยให้ถูกต้อง

6. การป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลต้องคาดการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย วิธีการที่ใช้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงอาการของผู้ป่วยของพยาบาล เช่น อาการกระวนกระวาย อารมณ์หงุดหงิด นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องตระหนักถึงความปลอดภัยของสถานที่หรือห้องผู้ป่วย รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) หรือการวัดความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP monitoring) โดยมาตรฐานการดูแล

ผู้ป่วยนั้น ต้องการเวลาในการให้การพยาบาลและการปฏิบัติทางการพยาบาลมากกว่าเรื่องอื่น พยาบาลควรสังเกตผู้ป่วยบ่อย ๆ ด้วยท่าทีที่สงบ เช่น การพูดของผู้ป่วย การอยู่ในท่านอนที่ถูกต้อง อาจต้องมีการยึดตรึงผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการบาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

7. ช่วงเวลากลางคืนและความมืดมักทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งแวดล้อมกับสิ่งกระตุ้นผิดไป จึงควรจัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ และพยาบาลควรหมั่นตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการสับสน ความกลัว และอาการหวิวของผู้ป่วยได้

8. ครอบครัวและผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวหรือการรู้คิด ซึ่งแนวทางการปฏิบัติขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วย พยาบาลควรสามารถเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีหากผู้ป่วยเกิดปัญหาในระหว่างการเยี่ยม หากผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดในระหว่างการเยี่ยม พยาบาลต้องชี้แจงเหตุผลแก่ครอบครัวหรือผู้เข้าเยี่ยม ทั้งนี้ ครอบครัวอาจต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลหลังการเยี่ยมผู้ป่วย

จากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้ง 8 ประการ สามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต ได้ดังนี้

1. ประเมินสาเหตุของการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ความผิดปกติของอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท โดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และให้การดูแล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (กรณีที่มีสติ) และครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในขอบเขตของวิชาชีพที่พึงกระทำได้ รวมถึงแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวร่วมคิดและตัดสินใจ

3. อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการตรวจพิเศษเพื่อการตัดสินใจและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการเข้ารับการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัย เช่น การตรวจระบบประสาท

อย่างละเอียด การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ด้วยเครื่องมือ การเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดสมองหรือเส้นประสาท โดยควรให้ข้อมูลเป็นระยะหรือทุกครั้งเมื่อครบครันความต้องการทราบ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาในการให้ข้อมูลโดยไม่แสดงอาการเร่งรีบหรือปิดบังข้อมูล

4. การดูแลในแผนกฉุกเฉิน หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ประเมินทางเดินหายใจ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และเครื่องมือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจกรณีมีความจำเป็น ดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

5. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง และจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเพื่อการรักษา พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงความจำเป็นและเหตุผล ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแล จัดให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำ ติดเครื่องมือประเมินการทำงานของหัวใจอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือวัดปริมาณความเข้มข้นของออกซิเจน และเครื่องมือเฝ้าระวังอาการอื่น ๆ ตามสมรรถนะของโรงพยาบาลนั้น ๆ เช่น continuous end-tidal carbondioxide monitoring เมื่ออาการทางระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ ควรประเมินการบาดเจ็บอื่นๆ หากมีการบาดเจ็บที่ทำให้มีการเสียเลือดรุนแรงและคุกคามชีวิต ควรเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการตรวจพิเศษอย่างรวดเร็ว เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan) การตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) ที่ศีรษะ กระดูกสันหลังส่วนคอ ช่องอก ช่องท้อง กระดูกเชิงกราน และกระดูกสันหลังช่วงอกถึงช่วงเอว เพื่อให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งการประเมินอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง และช่องอก ต้องมีการประเมินเพื่อวินิจฉัยควบคู่ไปกับการประเมินอาการทางระบบประสาทเสมอ เพราะมักเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่รุนแรง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ

6. ติดตามผลการตรวจพิเศษที่ช่วยในการวินิจฉัย เพื่อเตรียมให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองชนิดไม่ใช้สารทึบรังสี (non contrast method) นับเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ

ในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง หากผลการตรวจพบว่ามีก้อนเลือดขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร (0.40 นิ้ว) และมีสิทธิ์ หรือมีก้อนเลือดที่เนื้อสมองขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร (1.20 นิ้ว) ร่วมกับมีการเคลื่อนออกจากแนวกลางเกิน 5 มิลลิเมตร แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน (Simard, Sahuquillo, Sheth, Kahle, & Walcott, 2011) และให้ข้อมูลความก้าวหน้าแก่ครอบครัวเป็นระยะ

7. กรณีไม่เข้าเกณฑ์การเข้ารับการรักษากับด้วยการผ่าตัด จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกศัลยกรรมประสาท หรือหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อรับการรักษาระยะยาวอย่างใกล้ชิด หากแพทย์พิจารณาทำการวางสายเพื่อวัดความดันในกะโหลกศีรษะ พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

7.1 ซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาจากครอบครัว โดยเฉพาะประวัติการได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (antiplatelet agents) หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant agents)

7.2 ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะตามแผนการรักษา กรณีที่เป็นการรักษาชนิด non-invasive พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแล โดยควรจัดทำนอนให้กระดูกสันหลังของผู้ป่วยอยู่ในแนวตรงตั้งศีรษะถึงปลายเท้า ยกหัวเตียงให้สูงประมาณ 30 องศา และคอยติดตามเพื่อแก้ไขหรือป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยเฝ้าระวังค่า PaCO₂ ให้อยู่ในช่วง 28-35 มิลลิเมตรปรอท เพื่อช่วยลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

7.3 ติดตามเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการติดตามเฝ้าระวังภาวะดังกล่าว ได้แก่ มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง มีเลือดออกในสมองที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous intracranial hemorrhage) มีเนื้อตายในสมองเป็นบริเวณกว้าง (massive cerebral infarction) และมีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมองเฉียบพลัน (acute hydrocephalus) ทั้งนี้ ควรมีเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่เป็นมาตรฐาน

อาจใช้เกณฑ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัย หรือแนวปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล เช่น กำหนดให้มีการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรงทุกราย หรือในผู้ป่วยที่มี GCS ต่ำกว่า 9 คะแนน และมีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ ซึ่งในภาวะปกติ ผู้ใหญ่ควรมีค่าความดันในกะโหลกศีรษะต่ำกว่า 10 มิลลิเมตรน้ำ หรืออยู่ในช่วง 10-15 มิลลิเมตรปรอท โดยมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงในกะโหลกศีรษะ (intracranial MAP) อยู่ในช่วง 60-100 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันกำซาบเนื้อเยื่อสมอง (cerebral perfusion pressure: CPP) ในภาวะปกติมีค่า 50 มิลลิเมตรปรอท แต่สำหรับผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง ค่าเป้าหมายคือ 60-70 มิลลิเมตรปรอท (Meixensberger, Jaeger, Vath, Dings, Kunze, & Roosen, 2003) หากพบว่ามีภาวะผิดปกติ ควรรับรายงานแพทย์

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา โดยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยา ดูแลแก้ไขปัญหาคาความปวด และอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย แพทย์อาจพิจารณาให้ยา fentanyl ซึ่งเป็นยาแก้ปวดกลุ่ม opioid analgesic โดยอาจใช้ในรายที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ภาวะหายใจเร็ว (tachypnea) และมีอาการกระสับกระส่าย ทั้งนี้ พยาบาลควรให้การดูแล โดยติดตามประเมินการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ เพราะยานี้อาจกดการหายใจ และทำให้หัวใจเต้นช้า นอกจากนี้ ควรประเมินความจำเป็นในการใช้ยานี้ด้วยแบบประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งที่นิยมใช้คือ Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) โดยแบบประเมินนี้มี 10 ระดับ แบ่งออกเป็นความวิตกกังวลหรือกระสับกระส่าย 4 ระดับ (+1 ถึง +4) สงบและตื่น 1 ระดับ (0) ง่วงซึมจนไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ 5 ระดับ (-1 ถึง -5)

9. หากมีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง แพทย์นิยมให้ mannitol ร่วมกับสารน้ำกลุ่ม hypertonic sodium chloride solution โดยเป็นการรักษาขั้นแรกในการแก้ไขภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการเพิ่ม

ความดันกำซาบเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยระหว่างการให้สารน้ำดังกล่าว ดังนี้

9.1 เฝ้าระวังภาวะสารน้ำไหลเวียนในร่างกายต่ำ (hypovolemia) และภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับบาดเจ็บหลายแห่ง (multiple trauma) และเฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ระหว่างการให้สารน้ำกลุ่ม hypertonic sodium chloride solution โดยควบคุมการไหลของสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ฟังเสียงปอด และติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจเร็ว อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

9.2 ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรลิตต์ โดยเฉพาะระดับโซเดียมและออสโมลาริตี เฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ภาวะกรดจากเมตาบอลิซึมจากคลอไรด์สูง (hyperchloremic metabolic acidosis) ภาวะโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia) ผลข้างเคียงจากการได้รับสารละลายความดันออสโมซิสสูง (hypertonicity) และภาวะความดันออสโมซิสสูง (hyperosmolality)

9.3 ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษา ติดตามประเมินการทำงานของไต บันทึกสารน้ำเข้า-ออกอย่างเคร่งครัด เฝ้าระวังภาวะปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ติดตามค่า urine output หากน้อยกว่า 0.50 มิลลิลิตร ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อชั่วโมง ควรรับรายงานแพทย์

9.4 ติดตามเฝ้าระวังค่าความดันในหลอดเลือดแดง (arterial blood pressure) และค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous pressure: CVP)

10. กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด ควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัว อธิบายความจำเป็นในการผ่าตัด

11. เตรียมความพร้อมในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหากมีข้อบ่งชี้ เช่น มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ร่วมกับมี GCS ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน กรณีมีก้อนเลือดหรือร่องรอยการบาดเจ็บขนาดใหญ่ จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แพทย์อาจพิจารณาให้เข้ารับการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก เช่น ในรายที่กะโหลกศีรษะแตกแบบยุบ (depressed skull fracture)

หรือกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิด (opened fracture) หรือได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงซับซ้อน

12. ให้กำลังใจและลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัว ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และดีที่สุดจากทีมแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาเป็นระยะ หากมีข้อสงสัย ให้สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

13. อนุญาตให้ครอบครัวได้ทำตามความเชื่อทางศาสนาที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกอบอุ่นใจ โดยจัดสิ่งแวดล้อมหรือมุมให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น มุมที่ตั้งพระพุทธรูปสำหรับกราบไหว้ หรือห้องละหมาด

14. กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหา ด้านเศรษฐกิจ พยาบาลควรช่วยเหลือ โดยประสานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ หรือดูแลด้านสิทธิการรักษาให้กับผู้ป่วย พัทธกษัตริ์ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน

การพยาบาลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง (craniectomy) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญหลังการผ่าตัดมีดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้คออยู่ในแนวตรง ไม่บิด ซึ่งจะช่วยป้องกันการอุดตันของ jugular vein ส่งผลให้เลือดดำไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น เพิ่มการหายใจเพื่อลดปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hyperventilation) โดยอธิบายครอบครัวให้เข้าใจเหตุผลและร่วมดูแลในการจัดท่านอนให้ผู้ป่วย

3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อลดภาวะสมองบวม เช่น mannitol, diuretic หรือ steroid และติดตามสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาดังกล่าว

4. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกศีรษะ การไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง

การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง รวมถึงภาวะสมองบวมซ้ำ หรือการมีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมอง โดยประเมินจากอาการและอาการแสดง ค่าความดันกะโหลกศีรษะหรือจาก ICP monitoring

5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยรักษาระดับ PaCO₂ ให้อยู่ในช่วง 35-45 มิลลิเมตรปรอท ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ไม่ให้มีไข้ โดยรักษาอุณหภูมิให้ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส และเฝ้าระวังการเกิดการบาดเจ็บที่สมองระยะที่สอง

6. ดูแลด้านโภชนาการให้เหมาะสม โดยปรึกษาโภชนาการเพื่อกำหนดอาหาร และดูแลให้ได้รับสารอาหารตามแผนการรักษาอย่างเพียงพอ เพื่อรักษาภาวะโภชนาการให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การเริ่มให้สารอาหารโดยเร็วภายใน 5 วันแรก จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (Härtl, Gerber, Ni, & Ghajar, 2008) ควรระวังการให้สารอาหารมากเกินไปจนความต้องการ รวมถึงการป้องกันภาวะขาดสารอาหาร นอกจากนี้ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดการใช้พลังงาน

7. อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และให้ครอบครัวร่วมเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่ผิดปกติ เช่น มีไข้ เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย กระวนกระวาย หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หายใจเร็ว มีการเกร็งหรือยึดเหยียดแขนขาที่ผิดปกติ หากพบความผิดปกติ ให้รีบรายงานพยาบาลหรือแพทย์

8. อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแล เพื่อป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดตกแต่งเพื่อปิดกะโหลกศีรษะ (cranioplasty) ซึ่งจะทำได้ในช่วงหลังได้รับบาดเจ็บ 2-6 เดือน

9. ป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) โดยเฉพาะผู้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Kim, Gearhart, Zurick, Zuccarello, James, & Luchette, 2002) ซึ่งภาวะนี้สามารถป้องกัน

ได้โดยการช่วยออกกำลังกายบนเตียง นอกจากนี้ควรมีการใช้ผลงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการป้องกันภาวะดังกล่าว เช่น การใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ การใช้ถุงน่องผ้ายืด ทั้งนี้ควรมีการปรึกษาแพทย์ในรายที่มีความเสี่ยงสูง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น heparin, coumadine และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา โดยติดตามประเมินความเสี่ยงซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง

10. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และดูแลให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ หรือจัดหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะนี้ด้วย (รุ่งนภา เพียวชะอ๋า, 2554)

11. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ และชี้แจงถึงสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการยุติในรายที่หมดหวัง โดยช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ให้ครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจในการรักษา และให้โอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา

2. การพยาบาลในระยะต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ (continuing and recovery care nursing)

หลังจากที่ภาวะสมองบวม การมีน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมอง และการติดเชื้อได้รับการแก้ไขแล้ว แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดตกแต่งเพื่อปิดกะโหลกศีรษะ โดยมักทำหลังได้รับบาดเจ็บประมาณ 2-6 เดือน หากทำเร็วกว่ากำหนดจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มากกว่า ส่วนผู้ที่ได้รับการต่อสายระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองลงสู่ช่องท้อง (ventriculoperitoneal shunt: VP shunt) มักมีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก (Honeybul, 2010) ดังนั้น ในระยะการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพนี้พยาบาลจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย และให้การช่วยเหลือฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ ซึ่งการดูแล

ที่สำคัญมีดังนี้

1. การประเมินผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองโดยประเมินในสิ่งต่อไปนี้

1.1 การประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ (cognitive dysfunction) ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความจำ ความตั้งใจ ภาษา การแสดงอารมณ์ การมองเห็น การทำหน้าที่โดยเฉพาะด้านความจำ และปัญหาด้านการสื่อสารหรือการใช้ภาษา ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการทำงานของสมองของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 การประเมินการทำงานที่ทางจิตประสาท (neuropsychological function) ในระยะที่เพิ่งฟื้นฟูสภาพพยาบาลควรประเมินระดับความรู้สึกตัว เมื่อผู้ป่วยสามารถโต้ตอบได้ จึงให้ทำตามคำสั่ง หรือประเมินการตอบสนองจากการกระตุ้น หรือการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เมื่อสามารถตอบสนองได้ พยาบาลควรประเมินการรับรู้และความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบประสาทเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการประเมินการทำงานที่ของระบบประสาทนั้น ทำได้โดยให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งง่าย ๆ หรือตอบคำถามง่าย ๆ โดยให้ตั้งใจฟัง นอกจากนี้ยังควรประเมินความจำ การเรียนรู้ การจำเสียง การจำภาพ การแก้ไขปัญหา การทำงานที่ซับซ้อนขึ้น และการใช้ภาษา เป็นต้น ซึ่งการประเมินเหล่านี้จะมีข้อจำกัดในรายที่ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาต หรือไม่สามารถพูดได้ ผลการประเมินการทำงานที่ทางจิตประสาทจะช่วยให้ทราบถึงผลกระทบต่อระดับการรับรู้ ว่ามีความเสียหายมากน้อยเพียงใด และส่งผลต่อการทำหน้าที่หรือความสามารถในการทำงาน ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความสามารถในการเคลื่อนไหว อย่างไรบ้าง

1.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (neurobehavioral disorders) การบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมที่เป็นผลจากระบบประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (major depression) อาการเครียดหลังการบาดเจ็บ (post-traumatic stress disorder) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

อาการกระวนกระวาย และพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) เพิ่มขึ้น โดยปัจจัยเสี่ยงคือ การใช้สารเสพติด การมีอารมณ์แปรปรวน และการมีปัญหาทางจิต (Teasdale & Engberg, 2005; Simpson & Tate, 2007)

1.4 การประเมินผลกระทบทางจิตสังคม (psychosocial effects) พยาบาลควรประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งการปรับตัวต่อผลกระทบดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาได้ เช่น ความพิการ ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพต้องเริ่มทำโดยเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม แต่หากผู้ป่วยมีสภาพจิตใจไม่พร้อมและไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพเกิดความล่าช้า จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติและยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ รวมถึงไม่สามารถกลับไปทำบทบาทหน้าที่ เช่นก่อนการบาดเจ็บ มักไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

2. การประเมินความต้องการในการฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินจากการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แบบประเมินการทำหน้าที่ของสมอง Mini-Mental State Examination (MMSE), Verbal Adult Intellectual Scale (VAIS)

3. การประสานความร่วมมือเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตโดยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามที่เคยปฏิบัติ

4. การฟื้นฟูทางการแพทย์ (medical rehabilitation) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่การทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

การจัดการความปวดโดยการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งอาจทำได้โดยการใช้ยาหรือการไม่ใช้ยา รวมถึงการแพทย์ทางเลือกและการรักษาเสริมตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ โดยมีการประเมินความเสี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย การใช้กายอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น แก้อัลดเซ็น อุปกรณ์ช่วยเดิน

5. การส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสภาพที่แผนกกายภาพบำบัด โดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมการฝึกเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด ให้กำลังใจ และดูแลช่วยอำนวยความสะดวก

6. การฟื้นฟูจิตประสาทแบบองค์รวม (holistic neuropsychological rehabilitation) โดยใช้ผลการวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ โดยมีการปฏิบัติดังนี้

6.1 การสนับสนุนด้านจิตใจ (supportive psychotherapy) เช่น การรับฟัง การยอมรับ การให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกด้วยวิธีต่าง ๆ การช่วยให้ได้ผ่อนคลายโดยเทคนิคการผ่อนคลาย หากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาควบคุมภาวะซึมเศร้า

6.2 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความสูญเสีย (grief and bereavement counseling) โดยช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง และสามารถเผชิญความเจ็บปวดทางอารมณ์และพฤติกรรมได้ การให้ผู้ป่วยได้แสดงอารมณ์และความรู้สึก การช่วยให้สามารถแก้ไขอุปสรรคในการปรับตัวต่อการสูญเสีย และการค้นหาแนวทางในการเผชิญปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยแม้ในขณะที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

6.3 การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และการปรับตัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจผู้ป่วย และให้ครอบครัวร่วมหาวิธีการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง โดยมีการสนับสนุน ให้กำลังใจ ยอมรับ และเผชิญกับสภาพ

อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

6.4 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) โดยสร้างความเชื่อมั่นเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม แก้ไขความคิดทางลบโดยใช้การสื่อสารทางบวก มีการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation)

6.5 การฟื้นฟูโดยการฝึกทักษะขั้นพื้นฐาน (basic skill training) และการฝึกทักษะการทำหน้าที่ที่บกพร่อง (functional skill training) เช่น การสวมเสื้อผ้าด้วยแขนข้างเดียว การเคลื่อนย้ายร่างกายจากรถขึ้นสู่เตียงนอนด้วยตนเอง

3. การพยาบาลในระยะยาว (long-term care nursing)

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมักมีความพิการหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ดังนั้น การดูแลระยะยาวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่สำคัญ มีดังนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวจากผู้ป่วยและครอบครัว และศึกษาข้อมูลทางการแพทย์จากแผนการจำหน่ายและแฟ้มประวัติ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวางแผนการช่วยเหลือ ร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผลของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วย การดูแลที่สำคัญ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น การชัก

3. ให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากร เช่น สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งสามารถไปใช้บริการในกรณีฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เว็บไซต์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สถานฝึกอาชีพ

4. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเรียนรู้การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการบาดเจ็บ ด้วยการสนับสนุนแหล่งข้อมูลหรือทรัพยากรที่จำเป็น ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการหาทางเลือกที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

5. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ทำให้เกิดความสะดวก หากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพหลังการบาดเจ็บที่สมอง เช่น การปรับเปลี่ยนห้องน้ำให้สามารถนำรถเข็นเข้าไปได้ การทำทางลาดสำหรับรถเข็น

6. ประสานการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการฟื้นฟูกระบวนการรับรู้และกระบวนการคิดให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม

7. ป้องกันการคิดฆ่าตัวตาย โดยเตรียมความพร้อมของครอบครัวและ/หรือญาติผู้ดูแล จัดเตรียมแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งสัตว์เลี้ยง โดยอธิบายให้เข้าใจถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่รุนแรง วางแผนร่วมกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง สนับสนุนให้ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาหรือด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยเลื่อมใส ศรัทธา รวมทั้งประเมินอาการที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

8. ส่งเสริมการทำงานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ การทำงานและกิจกรรมตามความสามารถ การเป็นอาสาสมัครใน การทำกิจกรรมที่เป็นการกุศล เพื่อสร้างความหวัง และลดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ป้องกันการเกิดความคิดที่ว่าตนเองเป็นคนไม่มีประโยชน์ ไร้สมรรถภาพ

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผลของการเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสีย และภาวะทุพพลภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางกาย การทำหน้าที่จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในระยะยาว การฟื้นฟูสภาพหลังการบาดเจ็บต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน และต้องการความต่อเนื่องในการติดตามดูแล การให้การพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระยะ โดยใช้ความรู้จากผลการวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศมาเป็นแนวทาง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวในการดำเนินชีวิต สามารถอยู่กับความพิการหรือภาวะทุพพลภาพได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(1), 18-25.
- Härtl, R., Gerber, L. M., Ni, Q., & Ghajar, J. (2008). Effect of early nutrition on deaths due to severe traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*, 109(1), 50-56.
- Hickey, J. V. (2009). *The clinical practice of neurological & neurosurgical nursing* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Honeybul, S. (2010). Complications of decompressive craniectomy for head injury. *Journal of Clinical Neuroscience*, 17(4), 430-435.
- Kim, J., Gearhart, M. M., Zurick, A., Zuccarello, M., James, L., & Luchette, F. A. (2002). Preliminary report on the safety of heparin for deep venous thrombosis prophylaxis after severe head injury. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 53(1), 38-42.
- Mangat, H. S. (2012). Severe traumatic brain injury. *Critical Care Neurology*, 18(3), 532-546.
- Manley, G., Knudson, M. M., Morabito, D., Damron, S., Erickson, V., & Pitts, L. (2001). Hypotension, hypoxia, and head injury: Frequency, duration, and consequences. *JAMA*, 136(10), 1118-1123.
- Meixensberger, J., Jaeger, M., Väh, A., Dings, J., Kunze, E., & Roosen, K. (2003). Brain tissue oxygen guided treatment supplementing ICP/ CPP therapy after traumatic brain injury. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 74(6), 760-764.
- Simard, J. M., Sahuquillo, J., Sheth, K. N., Kahle, K. T., & Walcott, B. P. (2011). Managing malignant cerebral infarction. *Critical Care Neurology*, 13(2), 217-229.
- Simpson, G., & Tate, R. (2007). Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: Prevalence, risk factors and implications for clinical management. *Brain Injury*, 21(13-14), 1335-1351.
- Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2005). Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: A long-term population-based follow-up. *Brain Injury*, 19(12), 1041-1048.
- Tjale, A. A., & Bruce, J. (2007). A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. *Curationis*, 30(4), 45-52.