



รายงานกรณีศึกษา

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษา 2 ราย

The planning for the discharge of elderly patients with
stroke who are dependent with leprosy.

จันทรา ชมแก้ว

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

คำนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรคแล้ว มักพบว่ามีอาการบกพร่องในด้านการใช้งานของร่างกาย ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะพิการและต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่ประสบกับโรคหลอดเลือดสมอง ความท้าทายยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุมีอาการพิการทางร่างกายและต้องการการดูแลในชีวิตประจำวันเพิ่มการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในด้านจิตใจ เพื่อสร้างกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพตามขีดความสามารถของตนเอง

การศึกษาในกรณีนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า กรณีศึกษา การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเป็นแนวทางแก่พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้อย่างถูกต้อง ตามมาตรฐาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล อย่างมีเป้าหมาย สามารถติดตามประเมินผลการพยาบาลได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพ และกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้โดยมีความสุข เท่าที่จะทำได้ในการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่

จันทร์รา ชมแก้ว

ตุลาคม 2567

บทคัดย่อภาษาไทย

โรคหลอดเลือดสมองมักส่งผลให้เกิดความบกพร่องในด้านต่างๆ ของร่างกาย เช่น การรับรู้ การพูด การกลืนการทรงตัวและการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวันตัวเอง นอกจากนี้ โรคเรื้อรังซึ่งทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ชัดเจน เช่น นิ้วมืองอผิดปกติ ตาหลับไม่สนิท และอาการชาที่ปลายมือปลายเท้า แม้จะรักษาหายแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีรูปร่างหน้าตาที่ผิดปกติ ส่งผลให้ต้องเผชิญกับการเป็นที่ยรังเกียจในสังคมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุยังต้องการการฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพและต้องการความช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน เนื่องจากหลายรายอาศัยอยู่ตามลำพัง และขาดผู้ดูแลหลักการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเลือกกรณีศึกษาสองรายเป็นผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนของโอเร็ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 79 ปี และ 80 ปี มีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นจาก 4 คะแนนเป็น 8 คะแนนหลังการเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ และมีการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ป่วยรายแรกต้องจำหน่ายที่อาคารพักชรา5 เนื่องจากไม่มีญาติหรือผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่สองสามารถกลับบ้านได้เพราะมีญาติและผู้ดูแล สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นต้องอิงจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยพยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งต้องเข้าใจบริบทของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพและลดการพึ่งพิงต่อผู้อื่นในอนาคต

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Abstract

Stroke often results in various impairments in the body, such as cognitive deficits, speech difficulties, swallowing issues, balance problems, and mobility impairments. This can leave some patients dependent on others for assistance with their daily activities. Additionally, leprosy, which damages peripheral nerves, causes patients to exhibit clear pathologies, such as contractures of the fingers, difficulties in closing the eyes, and numbness in the extremities. Even after treatment, patients may still have disfigured appearances, leading to societal stigma and rejection. Elderly patients with stroke and leprosy require rehabilitation from a multidisciplinary team and ongoing support from relatives or caregivers for up to 6 months since many live alone and lack primary caregivers. This study aims to explore discharge planning for stroke patients with leprosy in the elderly, focusing on two case studies of elderly patients with stroke and dependency. The research gathered data from patients, relatives, and medical records to assess health status using Orem's Self-Care Theory. The findings indicate that a 79-year-old and an 80-year-old Thai female patient showed an increase in their Activities of Daily Living (ADL) scores from 4 to 8 after receiving medical treatment and rehabilitation. Discharge planning using the DMETHOD approach was conducted in collaboration with a multidisciplinary team. The first patient was discharged to a nursing home due to the absence of family or caregivers, while the second patient was able to return home because she had family support. In conclusion, discharge planning for stroke patients with leprosy in the elderly with dependency should be based on Orem's nursing theory. Nurses should possess knowledge and skills in rehabilitation, as well as an understanding of the patients' physical and mental contexts, using this information to develop DMETHOD discharge plans with a multidisciplinary team to ensure effective healthcare and reduce future dependence on others.

Keywords : Discharge planning, stroke, elderly, dependency

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญภาพ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2	
โรคหลอดเลือดสมอง	4
ผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพิงในสถาบันราชประชาสมาสัย	28
บทบาทพยาบาลผู้ป่วยใน	31
การวางแผนจำหน่าย	32
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	36
บทที่ 3	
กรณีศึกษา รายที่ 1	51
กรณีศึกษา รายที่ 2	73
การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย	101
บทที่ 4	
สรุปกรณีศึกษา อภิปรายผลวิจารณ์และข้อเสนอแนะ	120
บรรณานุกรม	127
ภาคผนวก	

สารบัญภาพ

หัวข้อ	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่างๆในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	39
ภาพที่ 2 ภาพ X-RAY หัวไหล่ซ้าย วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 กรณีศึกษา รายที่ 2	81
ภาพที่ 3 ภาพ X-RAY หัวไหล่ซ้าย วันที่ 18 มกราคม 2567 กรณีศึกษา รายที่ 2	82
ภาพที่ 4 ภาพ X-RAY หัวไหล่ซ้าย วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567 กรณีศึกษา รายที่ 2	82

สารบัญตาราง

หัวข้อ	หน้า
ตารางที่ 1 ดัชนีชี้วัดภาวะการณืพึงพาของผู้สูงอายุ	29
ตารางที่ 2 การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษารายที่1	53
ตารางที่ 3 แผนการรักษาของแพทย์กรณีศึกษารายที่ 1	57
ตารางที่ 4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษารายที่ 1	59
ตารางที่ 5 การตรวจร่างกาย/พยาธิสภาพ/การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษารายที่ 1	60
ตารางที่ 6 การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษารายที่ 2	74
ตารางที่ 7 แผนการรักษาของแพทย์กรณีศึกษารายที่ 2	79
ตารางที่ 8 การตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษารายที่ 2	81
ตารางที่ 9 การตรวจร่างกาย/พยาธิสภาพ/การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษารายที่ 2	83
ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	101
ตารางที่ 11 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	101
ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	103
ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2	104
ตารางที่ 14 ตารางการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1และผู้ป่วยกรณี ศึกษารายที่ 2	105
ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน	106
ตารางที่ 16 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษาที่ต่างกัน	112
ตารางที่ 17 สรุปผลการศึกษาเพื่อการพัฒนาคู่มือการพยาบาล	116
ตารางที่ 18 ยาและขนาดที่ใช้กับผู้ป่วย	117
ตารางที่ 19 สรุปกรณีศึกษา 2 ราย	121

บทที่ 1

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคนในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคน เป็นอัมพาตถาวรสำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 รายและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย และจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วรอดชีวิตมาได้ส่วนใหญ่อาจจะพิการหรืออาจจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมักทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ความรู้สึกตัว การพูด กลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ บางรายอาจเกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (วันดี โดสุขศรี, 2559, 244) มีความบกพร่องสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วย ซึ่งถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องเหมาะสมทันเวลาก็จะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นองค์กรที่เป็นเลิศด้านโรคเรื้อนในระดับนานาชาติ มีภารกิจหลักในการบริการสุขภาพโรคเรื้อนในประเทศไทยและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนราชประชาสมาสัย โดยให้บริการตรวจดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพเฝ้าระวังควบคุมโรคเริ่มตั้งแต่แรกเริ่มสู่กระบวนการดูแลรักษาจนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ (อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ, 2565) เป็นหน่วยบริการที่เชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศที่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพต้องเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่ตามสิทธิการรักษา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2552) สถาบันราชประชาสมาสัยเปิดให้บริการ หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยงานการพยาบาลชุมชนและหน่วยงานผู้ป่วยใน ซึ่งเปิดให้บริการทั้งหมด 4 หอผู้ป่วย ดังนี้ หอผู้ป่วย 2 หอผู้ป่วย 4 หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยโรคทั่วไปและพิเศษ จากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่หอผู้ป่วยในตั้งแต่ปี 2564 - 2566 พบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2566) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย เช่น มีความพิการตา มือ เท้า เป็นต้น จากเส้นประสาทถูกทำลายทำให้นิ้วมืองอ กุด ตามองไม่ชัด หลับตาไม่สนิท มีอาการชาที่มือและเท้า ทำให้เกิดแผลได้ง่าย ด้านจิตใจ ที่อ่อนแอ และสภาพสังคมที่โดดเดี่ยวและที่สำคัญผู้ป่วยส่วนมากอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทำให้ร่างกายพิการเพิ่ม จากพยาธิสภาพของโรค เช่น ร่างกายซีกขวา/ซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด มีปัญหาการกลืน เป็นต้น ทำให้เกิดความพิการซ้ำซ้อน ถ้าผู้ป่วยไม่มีกำลังใจที่เข้มแข็งพออาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ ภายในระยะเวลา 6 เดือนและในที่สุดเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงได้ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อน จึงเป็นสิ่งสำคัญและพยาบาลเป็นบุคคลที่

อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อเสริมพลังให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ในระยะเวลา 6 เดือนแรก ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างอิสระภาพและตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วยในชุมชนได้ ที่ผ่านมาทางหอผู้ป่วยในสถาบันราชประชาสมาสัยมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ DMETHOD เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แต่พบปัญหาข้อมูลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ ครบถ้วน ครอบคลุม และไม่เป็นปัจจุบันทำให้พยาบาลไม่มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบันอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัยและเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย

2.วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

2.เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.สถานที่ศึกษา หอผู้ป่วยในสถาบันราชประชาสมาสัย

4.ระยะเวลาในการศึกษา ธันวาคม 2566 – พฤษภาคม 2567

5.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.มีคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ

2.พยาบาลมีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย ครบถ้วน ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนพักรักษาตัวและสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย

คำจำกัดความ

- 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ที่พ้นระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) ที่นอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในสถาบันราชประชาสมาสัย
- 2.ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในสถาบันราชประชาสมาสัยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยประเมินจากแบบประเมิน (Barthel ADL index)
- 3.การวางแผนจำหน่าย หมายถึง การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนกลับบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทที่2

ความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำราเอกสาร บทความและงานวิจัยต่างๆเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้ประกอบด้วย

- 2.1 โรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพิงในสถาบันราชประชาสมาสัย
- 2.3 บทบาทพยาบาลผู้ป่วยใน
- 2.4 การวางแผนจำหน่าย
- 2.5 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง (ปราณี ทุไพอเราะ,2557)

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของ Stroke ว่า เป็นกลุ่มอาการของ neurological deficit ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุมาจาก vascular origin ที่ทำให้เกิด infarction หรือ hemorrhage ขึ้น หากมีความผิดปกติของระบบประสาทจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติจากการขาดเลือด โดยที่อาการนั้นเกิดอยู่ยาวนานไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นหายกลับไปเป็นปกติเหมือนเดิม จะถือว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือเรียกว่า Transient Ischemic Attack (TIA)

พยาธิสรีรวิทยา

สมองมีน้ำหนักประมาณ 2 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัว คือประมาณ 1.500 กรัม แต่สมองใช้เลือดมากถึง 15 เปอร์เซ็นต์ ของปริมาณเลือดทั้งหมด และใช้ปริมาณออกซิเจน ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ ของออกซิเจนที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งหมด คือประมาณ 750 มิลลิลิตรต่อนาที โดยได้จาก carotid artery 2 เส้น และ basilar artery แต่ละแขนงจะให้เลือดประมาณ 250 มิลลิลิตรต่อนาที โดยเฉลี่ยเลือดที่ไปเลี้ยงสมองประมาณ 55 มิลลิลิตร/100 กรัม ของเนื้อเยื่อสมอง/นาที ถ้าเลือดไปเลี้ยงที่สมองลดลงต่ำกว่า 30-35มิลลิลิตร/100 กรัม ของเนื้อเยื่อสมอง/นาทีจะเกิดการขาดเลือด(ischemia) ซึ่งในโรคหลอดเลือดสมองนั้นสภาวะที่มีการขาดออกซิเจนจะเนื่องมาจากหลอดเลือดตีบ ตันหรือแตก โดยเซลล์จะเปลี่ยนจากกระบวนการใช้ออกซิเจน เป็นกระบวนการไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิด lactic acid เป็นสาเหตุให้เสียสมดุล กรด ต่าง เมื่อเซลล์ไม่สามารถผลิตพลังงานได้ จึงเกิดการเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ และทำให้หน้าที่ของเซลล์เมมเบรนสูญเสียไป มีการเกิดอนุมูลอิสระ เซลล์บวมและแตก เกิดการตายของเซลล์ซึ่งเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงหรือต่ำกว่า 20 มิลลิลิตร/100 กรัม ของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดเนื้อเยื่อสมองตาย (infarction) และถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือต่ำกว่า 15 มิลลิลิตร/100 กรัม ของเนื้อเยื่อสมอง/นาที จะเกิดเนื้อเยื่อสมองตายเป็นปริมาณมาก (massive infarction)

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ตามลักษณะของการเกิด ได้

- 1) โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากหลอดเลือดสมองอุดตัน
- 2) โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก

โรคหลอดเลือดสมอง อาจแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินโรค ดังนี้

1. Transient ischemic attack (T.A) คือ ปรากฏการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

2. Reversible ischemic neurological deficit (RIND) พบได้ไม่บ่อยนัก อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง แต่หายไปภายใน 2 สัปดาห์

3. Stroke in evolution คือ ปรากฏการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่อาการหรืออาการแสดงเป็นมากขึ้น มักเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดขนาดใหญ่กำลังขยายตัว อุดกั้นการไหลเวียนเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ

4. Complete stroke คือ ปรากฏการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเมื่ออาการและอาการแสดงเกิดไม่หายไป และผู้ป่วยมีภาวะพิการหรือทุพพลภาพถาวร

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก บางครั้งอาจมีหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรง และตำแหน่งสมองส่วนที่ขาดเลือดนั้นๆ อาการของโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไป มีดังนี้

1. มีอาการชาที่บริเวณ หน้า แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอย่างเฉียบพลัน
2. มีอาการสับสน
3. มีปัญหาการมองเห็นผิดปกติ หรือแปลภาพที่เห็นไม่ชัด
4. มีปัญหาเรื่องการทรงตัว การประสานการทำงานของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง
5. มีอาการอ่อนแรง หรือสูญเสียการเคลื่อนไหว แขนขาซีกใดซีกหนึ่ง
6. มีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
7. ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง ควบคุมลิ้นไม่ได้
8. ซึมเศร้า บุคลิกภาพเปลี่ยน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
9. ไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ พูดผิด ไม่เข้าใจภาษาอย่างเฉียบพลัน ไม่เข้าใจคำพูด
10. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้
11. สูญเสียความรู้สึกทางประสาทสัมผัส เช่น ไม่รู้การเจ็บปวด ร้อน เย็น
12. หมดสติ

การวินิจฉัย

แนวทางการประเมินและการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาซึ่งข้อมูลที่สามารถบอกขอบเขตของปัญหาที่เฉพาะเจาะจงและนำไปสู่การตรวจต่อไป แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในการสื่อสาร และการรับรู้ ดังนั้นก่อนซักประวัติ ควรประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยและระดับการรู้สติของผู้ป่วย โดยใช้คำถามง่ายๆ ก่อนถ้าผู้ป่วยตอบคำถามได้ เช่น คุณชื่ออะไร อายุเท่าไร วันนี้อะไร แต่ในทางตรงข้าม ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงไป ควรซักประวัติจากญาติและผู้ดูแล ซึ่งส่วนสำคัญในการซักประวัติมีดังนี้

- อาการสำคัญ เป็นอาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล
- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ตั้งแต่เริ่มมีอาการ

จนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาล เช่น วัน เวลาที่เกิดอาการ อาการที่เกิดขึ้น สถานที่เกิดอาการ กิจกรรมที่ผู้ป่วยกำลังทำอยู่ ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น เช่น เกิดทันทีทันใด หรือค่อยๆ เป็นมากขึ้น ความรุนแรง ตำแหน่งของร่างกายที่มีอาการ อาการที่เป็นลดลง มากขึ้นหรือเท่าเดิม มีอาการนำมาก่อนหรือไม่ เช่น ปวดศีรษะ มึน ความจำเสื่อม พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงหรือไม่ มีปัญหาการทรงตัว การเคลื่อนไหวหรือไม่อ่อนแรงหรือไม่ มีปัญหาการพูด การได้ยิน หรือ การมองเห็นหรือไม่ มีการรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น ชา รู้สึกเหมือนมีตัวอะไรมาไต่ เจ็บปวด หรือไม่ ทำกิจวัตรได้ตามปกติหรือไม่

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น มีโรคประจำตัวหรือไม่ ประวัติการรักษาพยาบาล หรือประวัติการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว หรือโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วย การตรวจร่างกายในระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบหายใจ เป็นต้น

2.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมิน neurological sign ได้แก่ GCS, pupil reaction และ motor power เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด: CBC, BS, Electrolyte, Cholesterol Triglyceride, HDL, LDL, BUN, Cr รวมทั้งการตรวจปัสสาวะ: U/A, MUC

4. การตรวจพิเศษต่างๆ เช่น CT brain, MRI, Angiogram, EEG, CXR. EKG เป็นต้น

การรักษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นการรักษาในระยะเฉียบพลัน การรักษาจำเพาะของโรคสมองขาดเลือด การรักษาจำเพาะในภาวะเลือดออกในสมองและการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดังนี้

การรักษาในระยะเฉียบพลัน

เป้าหมายในการรักษาในระยะเฉียบพลันคือ การพยายามลดขนาดของสมองที่ขาดเลือดและตายพร้อมทั้งพยายามแก้ไขเนื้อสมองในส่วนที่เป็นให้ฟื้นฟูสภาพสู่สภาพปกติ โดยมีแนวทางในการรักษา คือ ต้องรักษาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ยังต้องดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาทั้งทางด้านระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจ และระบบสมดุลเกลือแร่ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงในที่สุด

โดยทั่วไปการรักษาในระยะเฉียบพลันใช้หลัก A-B-C-D ประกอบด้วย

1. **Airway และ Breathing** สิ่งสำคัญที่สุดคือ การดูแลเรื่องการหายใจให้โล่งเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ จัดศีรษะให้ตรง ในรายที่มีปัญหาเรื่องการระบายอากาศ อาจจำเป็นต้องช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้เครื่องช่วยหายใจ รักษาระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% และวัดอัตราการหายใจ

2. **Circulation** ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ โดยวัดอัตราชีพจรและความดันโลหิต

3. **Drug** ดูแลให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจต่างๆ

การรักษาโรคสมองขาดเลือด

การรักษาโรคสมองขาดเลือด มีหลายวิธี ได้แก่

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy)

เมื่อเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนจะขาดเลือดจนตายไป บางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเนื้อสมองส่วนนี้ จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ได้ผลได้แก่ Recombinant tissue Plasminogen Activator (R t-PA)

โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ยาดังนี้ คือ ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 3-4.5 ชั่วโมงหลังมีการอุดตันของหลอดเลือด ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 18 ปี มีอาการแสดงที่ชัดเจนหรือวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 185 มม.ปรอท ไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 110 มม.ปรอท ไม่มีอาการชัก มีการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าโปรทรอมบิน ไทม์ (Prothrombin time) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 วินาที INR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.7 ค่าเกล็ดเลือด (platelet count) มากกว่าหรือเท่ากับ 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิดอื่น เช่น warfarin หรือ heparin ไม่มีประวัติเส้นเลือดสมองโป่งพอง ไม่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วันก่อนรับยา ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การผ่าตัดสมองภายใน 3 เดือนก่อนรับยา ไม่มีประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร หรือทางเดินปัสสาวะ ภายใน 21 วันก่อนรับยา ขนาดและวิธีการให้ยา คือ 0.9 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขนาดสูงสุดให้ได้ไม่เกิน 90 มิลลิกรัม โดยให้ ร้อยละ 10 ของยาทางหลอดเลือดดำ (intravenous bolus) ฉีดซ้ำๆ ใช้เวลา มากกว่า 1 นาที และ ที่เหลือให้แบบหยดมากกว่า 1 ชั่วโมงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ภายใน 2 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นวัดทุก 30 นาทีใน 6 ชั่วโมงและวัดทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงหลังการได้รับยา โดยดูแลความดันโลหิตซิสโตลิก ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 105 มม.ปรอทติดตามค่าออกซิเจนและค่าก๊าซต่างๆใน แสเลือด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของยาละลายลิ่ม เลือดคือการมีเลือดออกในสมอง ซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องเลือกการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และให้การรักษาในสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์พร้อมโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญ

2. การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว (Anticoagulant)

การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว ได้แก่ heparin ไม่สามารถป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำในระยะ การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนหรือคัดค้าน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลิ่มเลือดที่ ผ่นภาวะ atrial fibrillation ลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะผู้ป่วยที่มีอาการของ หลอดเลือดสมองตีบแคบทั้งส่วนที่อยู่นอกและในกะโหลกศีรษะ

3. การให้ยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets)

Aspirin เป็นยาด้านเกล็ดเลือดชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ผลในการป้องกันภาวะหลอดเลือด อุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน แนะนำให้รับประทาน aspirin ขนาด 325 มิลลิกรัม วันละครั้งถึงหนึ่งเม็ดทันทีถ้าไม่ มีข้อห้าม

4. การให้ยากลุ่ม Neuroprotectant เป็นกลุ่มที่ใช้ป้องกันการตายของเซลล์ จาก secondary injury ที่มีสาเหตุจาก stroke

5. การรักษาภาวะสมองบวม โดยการให้ยา steroid mannitol ยาขับปัสสาวะ เช่น lasix และ การจำกัดน้ำดื่ม

6. การรักษาความดันโลหิตสูง โดยการให้ยาลดความดันและคำแนะนำการปฏิบัติตัว

การรักษาในภาวะเลือดออกในสมอง

การรักษาในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง คือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออกโดยระวังไม่ให้สูญเสียเนื้อ สมองหรือการผ่าตัดเอาหลอดเลือดที่ผิดปกติ เช่น arteriovenous malformation ที่อาจแตกซ้ำออก

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดกรณีที่มีเลือดออกในสมอง

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดกรณีที่มีเลือดออกในสมอง ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่มี cerebral hemorrhage โดยมีเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนเลือดเกิน 3 ซม. และมีอาการทาง ระบบประสาทเลวลง

2. ผู้ป่วยที่ ก้อนเลือดเกิดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดที่ผิดปกติเช่น aneurysm และ arteriovenous malformation

3. ผู้ป่วยอายุน้อยที่มีก้อนเลือดขนาดกลางหรือขนาดใหญ่และอาการเลวลงผู้ป่วยที่ไม่ควรได้รับการผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ก้อนเลือดมีขนาดเล็ก คือ ปริมาณเลือดน้อยกว่า 10 มล. หรือมีอาการทางระบบประสาทเพียง

เล็กน้อย รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก Glasgow coma score เท่ากับหรือต่ำกว่า 4 ยกเว้นในรายที่มี cerebral hemorrhage ที่ตก้านสมอง ซึ่งพิจารณาแล้วว่า การผ่าตัดอาจช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงจนถึงแก่กรรม

การฟื้นฟูสภาพ

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (lost stroke rehabilitation) จัดเป็นกระบวนการที่ต้องกระทำต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้ป่วย หลังจากประเมินและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมผู้รักษาแล้ว ทีมผู้รักษาจะจัดแผนการรักษาเพื่อบรรลุเป้าหมายฟื้นฟูเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลนั้นๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้น เท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย ยืนยาว และดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมหลายมิติ ดังนี้

- 1) การป้องกัน เฝ้าระวัง รักษาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- 2) การฝึกหัดให้ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด
- 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับตัวทางจิตสังคม
- 4) การส่งเสริมให้บุคคลดังกล่าวกลับเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัว/ สังคม รวมทั้งงานอาชีพ
- 5) การส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิต

โดยสรุป การฟื้นฟูสภาพเป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม (holistic approach) ซึ่งผู้ที่ให้การดูแลรักษาจะต้องเข้าใจบุคคลนั้นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปผู้ป่วยที่พร้อมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ไม่มีปัญหาเรื้อรังด้านอายุรกรรม
2. อาการและอาการทางระบบประสาทคงที่แล้วอย่างน้อย 48 ชม.
3. สามารถทำตามคำสั่งได้อย่างน้อย 2 ขั้นตอน
4. มีความสามารถในการเรียนรู้และจดจำสิ่งที่เรียนรู้ไปได้อย่างน้อย 24 ชม.

เป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งเป็นเป้าหมายระยะสั้นที่ตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาใดปัญหาหนึ่งในระยะเวลาที่กำหนด และเป้าหมายระยะยาวที่จะใช้เป็นจุดสิ้นสุดของแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป้าหมายที่สมบูรณ์จะต้องครอบคลุมปัญหาทางกาย จิตใจ และสังคม และต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (family-centered care) และมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและมีความเห็นสอดคล้องกับเป้าหมายนั้นๆ ด้วยเสมอ พยาบาลและแพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลประสานงานให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (multidisciplinary team) ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอรรถบำบัด นักโภชนาการ และทีมสุขภาพในชุมชน ร่วมวางแผนและให้การช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

1. การป้องกันการเป็นซ้ำโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
2. การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
3. การส่งเสริมส่วนที่ไม่มีปัญหาให้มีสภาพที่ดีที่สุด เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่ดี เป็นต้น
4. การรักษาแก้ไขปัญหาลักษณะของร่างกายที่ผิดปกติและการสูญเสียความสามารถ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่อ่อนแรง การฝึกใช้มือที่อ่อนแรง เป็นต้น

5.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูญเสียความสามารถที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่มีภาวะเบาหวานเพื่อป้องกันอาการปวดเท้า การออกกำลังกาย เพื่อคงพิสัยของข้อต่อ เป็นต้น

6.การใช้กายอุปกรณ์เพื่อช่วยให้ความสามารถดีขึ้น เช่น การใช้กายอุปกรณ์เสริมประคองข้อเท้า (ankle foot orthosis) เพื่อแก้ปัญหาลายเท้าตก และใช้ไม้เท้าช่วยในการเดิน เป็นต้น

7.การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้อำนวยต่อการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ติดราวเพื่อใช้เกาะยึดเพิ่มความมั่นคง ปรับลักษณะอาหารให้กลืนได้ง่ายขึ้น เป็นต้น

8.การปรับประคับประคองสภาพจิตใจ และฝึกฝนทักษะในการแก้ปัญหา

เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) เป็นผลกระทบที่สำคัญที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของระบบประสาท ทึ่มสุขภาพจึงนิยมนิยามวัดระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Functional status) เพื่อเป็นดัชนีวัดความก้าวหน้าของผู้ป่วยและผลการตัวอย่างแบบประเมินที่นิยมใช้ ได้แก่ Barthel Index ซึ่งใช้เป็นดัชนีในการวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงจากเตียง การปัสสาวะ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนไหว การแต่งตัว การถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ โดยเปรียบเทียบระดับความสามารถผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลรักษา

กระทบจากโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักจะได้รับผลกระทบร่างกาย ดังนี้

- 1.การมองเห็น (visual field deficits) เช่น ลานสายตาแคบลง มองเห็นภาพซ้อน
- 2.กำลังของกล้ามเนื้อ (motor deficits) การอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก ทรงตัวไม่ได้ พูดลำบาก กลืนลำบาก
- 3.การรับรู้ความรู้สึก (sensory deficits) มีอาการชาและสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก
- 4.การพูด (verbal deficits) ไม่สามารถเข้าใจคำพูด ไม่สามารถพูดได้ พูดไม่ชัด

ด้านสติปัญญา

1. สูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว (short and long term memory loss)
2. ขาดความตั้งใจ (decreased attention span)
- 3.ขาดสมาธิ (poor abstract reasoning)
4. ขาดความสามารถในการตัดสินใจ (altered judgment)

ด้านอารมณ์

- 1.ควบคุมตนเองไม่ได้ (loss of self-control)
- 2.อารมณ์แปรปรวนง่าย (emotional lability)
- 3.ขาดความสามารถในการเผชิญความเครียด (decreased tolerance to stressful situations)
- 4.ซึมเศร้า (depression)
- 5.เพิกเฉย (withdrawal)
- 6.วิตกกังวล โกรธ (fear, hostility, and anger)
- 7.ความรู้สึกแยกตัว (feelings of isolation)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะดังนี้ (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2563; วิลาวัณย์ ฝ่องแผ้ว, 2560)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ช่วง 0-72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ

- 1.1 มุ่งเน้นการรักษาชีวิตผู้ป่วย ลดความเสียหายของเนื้อสมอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- 1.2 การเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท (Neurological observation) อย่างใกล้ชิด
- 1.3 ควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และการหายใจ
- 1.4 ดูแลการกลืนเพื่อลดความเสี่ยงสำลักและการติดเชื้อในปอด

2. ระยะฟื้นตัว (Recovery Phase) ช่วง 3 วัน–6 เดือนหลังเกิดโรค

- 2.1 เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
- 2.2 ส่งเสริมการทํากิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Activities of Daily Living: ADL)
- 2.3 การทํากายภาพบำบัด พุดบำบัด และการฝึกกลืน
- 2.4 สนับสนุนด้านจิตใจและให้ความรู้แก่ครอบครัว

3. ระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

- 3.1 มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ และการดูแลระยะยาว
- 3.2 ประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลที่บ้าน
- 3.3 สนับสนุนการเข้าสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน
- 3.4 การติดตามผลทางสุขภาพและการปรับยาอย่างเหมาะสม

หลักการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไป มีดังนี้

1. ส่งเสริมการรักษาให้ได้ผลดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีการฟื้นฟูที่ดี
2. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง และรายงานความผิดปกติ ให้แพทย์ทราบเพื่อการช่วยเหลือได้

ทันทั้งนี้

3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล
4. ดูแลเรื่องการระบายอากาศ การหายใจ อาหาร ความสะดวก การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย
5. ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็ว เพื่อลดและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ปัญหาทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากระดับการรู้สึกลดลง และความสามารถในการไอลดลง มีเสมหะมาก

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลด

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำเนื่องจากขาดความสามารถในการให้อาหารตนเองจากภาวะอัมพาต

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บเนื่องจากความสามารถในการรับรู้สิ่งแวดล้อมลดลง และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

ปัญหาที่ 5 ขาดความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

ปัญหาที่ 6 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพได้ เนื่องจากภาวะซึมเศร้า และมีภาพลักษณ์ต่อตนเองในทางลบ

เป้าหมายของการพยาบาล

ผู้ป่วย:

1. มีการระบายอากาศที่ดี มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ และไม่พร่องออกซิเจน

2.ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับกล้ามเนื้อสปีซข้อติดแข็งและข้อเท้าตกร ปอดอักเสบ เชื้อติระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

- 3.ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและไม่เกิดอาการสำลัก
- 4.ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น
- 5.สามารถฝึกการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้เป็นเวลาได้ภายใน 7 วัน
- 6.ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น คลายความวิตกกังวล และปฏิบัติตนได้
- 7.ผู้ป่วยสามารถร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และการดูแลให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย และดำรงชีวิตได้ดี กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. การดูแลลดภาวะความดันในสมองสูง โดย

1.1 จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา โดยระวังไม่ให้คอพับไปกด carotid artery รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่แนวปกติของร่างกาย หลีกเลี่ยงการก้มหรือเงยศีรษะ การหมุนคอ มากเกินไป และหลีกเลี่ยงการงอสะโพก เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนของเลือดดำได้

1.2 ดูแลให้ได้รับยาเพื่อลดภาวะสมองบวม ได้แก่ Glycerol 1,000 มล.ทางหลอดเลือดดำ manitol ขนาด 0.5-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ทางหลอดเลือดดำให้หมดภายใน 20 นาที แล้วต่อด้วย 0.25-0.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กก. 4-6 ครั้งต่อวัน furosemide ขนาด 1 มก. ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

1.3 observe อาการของความดันในสมองสูง เช่น อาการอาเจียนพุ่ง ชัก GCS ลดลง > 2 คะแนน ความดันโลหิต Systolic เพิ่มขึ้น > 20 มม.ปรอท และมี Pulse Pressure กว้าง หัวใจเต้นช้า หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง การตอบสนองต่อความเจ็บปวดลดลง

1.4 observe อาการของ brain herniation เช่น แขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงครึ่งซีก ขนาดของรูม่านตาไม่เท่ากัน ไม่มีปฏิกิริยาของแสง สูญเสีย oculoccephalic หรือ oculovestibular reflexes โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว และ ประเมิน neuro sign รวมทั้งวัดและบันทึก GCS หากมีอาการเปลี่ยนแปลงรีบรายงานแพทย์

1.5 record vital signs ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อว่าหากมีอาการเปลี่ยนแปลงจะได้ช่วยเหลือได้ทันท่วงทีวัดอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ เกิน 38.5 องศาเซลเซียส ทำ tepid sponge หลังจากนั้น 30 นาทีวัดไข้ถ้าไข้ไม่ลดให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้น มีผลให้ความดันในสมองสูง รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

1.6 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ABG, CBC, Electrolyte

1.7 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก และสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลทุกครั้ง

2. การดูแลระบบทางเดินหายใจ โดย

2.1 ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง มีการระบายอากาศดี

2.2 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา รวมทั้งการดูดเสมหะให้ถูกวิธี ไม่ดูดนานเกิน 10 วินาที และ hyperventilation โดยบีบ ambu bag ก่อนและหลังการดูด

2.3 แนะนำเรื่อง deep breathing exercise โดยให้หายใจเข้าลึกๆ หน้าท้องโป่ง หายใจออกยาวๆ หน้าท้องแฟบ และการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยแนะนำให้ผู้ป่วยทำ deep breathing exercised ก่อน 2-3 ครั้ง โดยครั้งสุดท้ายให้กลืนลมหายใจไว้ 2-3 วินาทีแล้วไอออกมาแรงๆ เพื่อเพิ่มการขยายปอดและขจัดเสมหะที่คั่งในปอด

3.การดูแลผิวหนังและป้องกันแผลกดทับ

3.1 สังเกตรอยแดง แผลพุพอง หรือความผิดปกติของผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับ และอาจจัดหาที่นอนลมหรือฟองน้ำที่ช่วยลดแรงกดของผิวหนังกับที่นอน

3.2 ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกไม่ให้เปียกชื้นจากเหงื่อ อุจจาระ และปัสสาวะ หลังจากทำความสะอาดผิวหนัง เช็ดให้แห้งแล้ว ควรใช้ครีมสำหรับทาผิวหนังหรือน้ำมันมะกอกเพื่อช่วยมิให้ผิวแห้ง

3.3 หลีกเลี่ยงไม่ให้ผิวหนังได้รับการเสียดสี เช่น ไม่ดึงหรือกระชากผ้าปูที่นอน หรือผ้าขาวเตียงอย่างรุนแรงขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่ เพราะจะทำให้ผิวหนังถลอก ควรใช้วิธีเลื่อนตัวหรือพลิกตัวผู้ป่วยเป็นหลัก

3.4 ดูแลความสะอาดบริเวณที่นอน ปูเตียงให้เรียบ ตึง แน่น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดรอยย่น บริเวณที่นอน ซึ่งหากผู้ป่วยนอนทับจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย

3.5 สังเกตเกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิตบริเวณแขน ขา เนื่องจากหากเกิดลิ่มเลือดอุดตันจะได้แก้ไขได้ทันเวลาที่

4.การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการ

4.1 ตรวจสอบปฏิกิริยาการขย้อนและการกลืนก่อนเริ่มการให้อาหาร โดยการทดสอบ gag reflex ให้ผู้ป่วยอ้าปาก และใช้ไม้กดลิ้นกดบริเวณด้านหลังคอ ประเมินปฏิกิริยาการขย้อน และทดสอบการกลืนโดยใช้มีดวางที่คอของผู้ป่วยบริเวณ larynx และบอกให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย หากผู้ป่วยสามารถกลืนได้ จะสามารถคลำการเคลื่อนไหวบริเวณ larynx ได้

4.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้รับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการไอและการสำลักขณะหรือหลังรับประทานอาหาร

4.3 จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ควรเป็นอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูงและมีกากใยเพื่อช่วยในด้านการรับถ่าย ผู้ที่มีอาการกลืนลำบากควรให้รับประทานอาหารทีละน้อยและให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารละเอียดก่อนกลืน

4.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร high protein เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย

4.5 ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ถ้าไม่มีข้อจำกัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

4.6 สังเกตอาการแสดงของภาวะการขาดน้ำ ได้แก่ หายใจเร็ว ผิวแห้ง กระหายน้ำ ซิฟจรเต้นเร็ว

4.7 ติดตามผลโดยบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในแต่ละวัน

4.8 ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกสัปดาห์ถ้าทำได้ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อัลบูมิน

5. การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย

5.1 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยใส่หมอนอนให้ถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมงโดยไม่ต้องรอให้รู้สึกว่างปัสสาวะเต็ม และช่วยนวดคลึงหน้าท้องและเหนือหัวหน่าว ด้วยแรงพอสมควรพร้อมทั้งออกแรงเบ่งและสอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงโดยใช้ท่ายกก้นขึ้นลงวันละหลายๆ ครั้งเพื่อช่วยให้ขับปัสสาวะได้มากขึ้นและมีปัสสาวะเหลือค้ำน้อยที่สุด

5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนและปิดมิดชิดเวลาขับถ่าย จัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่เหมาะสมและกระตุ้นการขับถ่ายโดยการรดน้ำลงบนอวัยวะเพศหรือเปิดน้ำก๊อกให้ได้ยินเสียงน้ำไหล

5.3 ประเมินลักษณะและช่วงเวลาขับถ่ายปกติและช่วยให้ผู้ป่วยอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวันหากผู้ป่วยมีอาการท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระเหลวควรรายงานแพทย์

6. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

พยาบาลควรมีการร่วมมือกันกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดย

6.1 ประเมินอาการอ่อนแรงของแขนขาเปรียบเทียบกับทั้งสองข้างและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

6.2 ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียน

6.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตามความสามารถของผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนท่า การลุกนั่ง การอาบน้ำหรือการเช็ดตัววันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น การแปรงฟัน เป็นต้น

6.4 บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ รวมทั้งสอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยแขนขาข้างที่ดีให้ทำ active exercise โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ ด้วยตนเอง passive exercise โดยมีพยาบาลหรือญาติช่วยในการออกกำลังกายแขนขาที่มีอาการอ่อนแรง จัดเท้าข้างที่เป็นอัมพาตให้ตั้งตรงเพื่อป้องกันการเกิดข้อเท้าตก อาจให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้เข็นเพื่อเปลี่ยนจุดถ่วงน้ำหนักตัวเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้นจึงฝึกการลุกนั่งบนเตียง เมื่อนั่งทรงตัวได้สมดุลจึงให้เริ่มฝึกกลืนจนขาทั้งสองข้างลงน้ำหนักตัวได้มั่นคงดีแล้วจึงฝึกเดินตามลำดับ

6.5 แนะนำวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps) และกล้ามเนื้อก้น (gluteus muscle) เพื่อเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

6.6 ถ้าผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ใช้ผ้าหรือหมอนเล็กๆ หนุนบริเวณข้อสะโพก และเข่าให้ขาอยู่ในแนวที่ถูกต้อง ปลายเท้าไม่หมุนออกป้องกันการบิดรูป

6.7 แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจัดและเปลี่ยนท่าอย่างเหมาะสม โดยควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนเล็กๆ รองใต้ศีรษะ สะโพก และไหลให้อยู่ในแนวตรง ที่นอนต้องแน่นเรียบพองร่างกายได้

6.8 แนะนำในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยให้ทำได้เต็มความสามารถโดยให้ความเคารพในข้อจำกัด และไม่ลืมในเรื่องการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

6.9 สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น เขียนหนังสือ รับประทานอาหาร เป็นต้น โดยใช้แขนขาข้างที่ยังดีอยู่ ควรเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยทางด้านที่มีอัมพาตเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ และควรจัดของใช้บนโต๊ะข้างเตียงในข้างปกติ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

6.10 กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายให้เคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้เต็มที่ ผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของโรค ต้องการความช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เพื่อจัดเหตุที่ทำให้เกิดความจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านสภาพร่างกายและจิต

6.11 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง อย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเกิดโรค การควบคุมน้ำหนักและความดันเลือด และแนะนำให้มาพบแพทย์เมื่อมีอาการเตือน เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ซาตามแขนขา เป็นต้น

7. การจัดสิ่งแวดล้อม โดย

7.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ได้แก่ การตกเตียงโดยยกไม้ข้างเตียงขึ้นเสมอหลังการพยาบาลให้ผู้ป่วย จัดวางของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้เป็นระเบียบและใกล้พอที่ผู้ป่วยจะเอื้อมหยิบใช้สะดวก

7.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้สิ่งแวดล้อม ความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกสัมผัส และอาการผิดปกติทางระบบประสาท หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ จะลดลง

8. การดูแลด้านจิตใจ โดย

- 8.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความต้องการต่างๆ
- 8.2 ปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น มีความเข้าใจในแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง
- 8.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ข้อคับข้องใจตามความต้องการ เพื่อทราบความในใจซึ่งคุกคามจิตใจ และช่วยเหลือให้เกิดความคลี่คลาย
- 8.4 เข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกทางใบหน้า ท่าทาง และคำพูด
- 8.5 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนกับทีมการฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้รู้สึกสนุกกับกิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือทำกิจกรรมเป็นกลุ่มให้เกิดอารมณ์ร่วม และสนุกสนาน
- 8.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยด้วยกิจวัตรที่นุ่มนวล เต็มใจช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและไม่สามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรต่างๆ ได้โดยอิสระ เนื่องจากสภาวะความเจ็บป่วยเป็นเหตุ นั้น ย่อมทุกข์ใจ มีความคับข้องใจ หรือกังวลใจ เพราะรู้สึกว่าต้องเป็นคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องถูกตัดออกจากสังคม ต้องปรับตัวหรือต้องทำอะไรอีกหลายอย่างที่อาจไม่คุ้นเคย ซึ่งการตอบสนองต่อสภาวะที่ถูกจำกัดจะแตกต่างกันและความรุนแรงมากน้อยต่างกันไประหว่างผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นในการช่วยเหลือจึงต้องคำนึงถึงปัญหาที่มาของปัญหาและคิดหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 3 ระยะดังนี้ (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2563; วิลาวรรณ ผ่องแผ้ว, 2560)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการลดลงของการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากสมองถูกทำลายและควบคุมการหายใจผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง (0-72 ชม.)
2. มีภาวะบกพร่องของการทำงานของระบบประสาท
3. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะซึม

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน หรือปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. RR 12-20 ครั้ง/นาที
2. SpO₂ > 94% (ไม่มีการใช้ออกซิเจนเสริม)
3. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรือใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ
4. ไม่มีเสียงรบกวนในปอด เช่น เสมหะอุดตัน หรือ crackles

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของการหายใจ
2. ประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ สีผิว ปาก และปลายเล็บ
3. เฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือดด้วย Pulse oximetry ทุก 2-4 ชั่วโมง
4. จัดทำนอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ
5. ดูแลเสมหะเมื่อมีเสมหะมากหรือได้ยินเสียงเสมหะในหลอดลม
6. กระตุ้นให้หายใจลึกๆ หรือใช้ถุงลมหายใจ (respirometer) หากรู้สึกตัวดีพอ
7. ประสานทีมแพทย์กรณี $SpO_2 < 90\%$ เพื่อพิจารณาให้ออกซิเจนเสริมหรือใส่ท่อช่วยหายใจ
8. สังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
2. $SpO_2 = 96\%$ โดยไม่ใช้ออกซิเจน
3. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือ cyanosis
4. ไม่พบเสียงเสมหะในปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากการกลืนลำบาก (Dysphagia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีการควบคุมกล้ามเนื้อการกลืนผิดปกติ
2. อาจมีอาการไอขณะกลืน อาหารหรือของเหลวออกจุมูก
3. อยู่ในระยะเฉียบพลัน ยังไม่มีการประเมินการกลืนโดยทีมสหสาขา

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก และไม่มีภาวะปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการไอหรือเสียงเปลี่ยนหลังกลืนอาหาร/น้ำ
2. ไม่มีไข้หรืออาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ
3. รับประทานอาหารได้โดยไม่มีการสำลัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการกลืนเบื้องต้นก่อนให้อาหารครั้งแรก (swallowing screen)
2. จัดอาหารทางปาก (NPO) จนกว่าจะได้รับการประเมินโดยนักแก้ไขการพูด
3. หากจำเป็น ให้สารอาหารทางสายให้อาหาร (NG tube)
4. จัดทำนั่งขณะรับประทานอาหาร 90 องศา และคงท่าไว้อย่างน้อย 30 นาทีหลังรับประทานอาหาร
5. แบ่งอาหารเป็นคำเล็ก ๆ หลีกเลี่ยงของเหลวบาง (เช่น น้ำเปล่า)
6. สังเกตอาการไอ เสียงเปลี่ยน สำลัก หรืออาหารตกค้างในช่องปาก
7. สอนญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน เช่น การป้อนอาหารที่เหมาะสม
8. ประสานทีมสหวิชาชีพ เช่น นักแก้ไขการพูด และโภชนาการ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารปั่นละเอียดได้โดยไม่สำลัก
2. ไม่มีเสียงเปลี่ยนหรือไอหลังกลืน

3. อุณหภูมิร่างกายปกติ ไม่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฟื้นตัว (Recovery Phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Impaired Physical Mobility) เนื่องจากความเสียหายของระบบประสาทส่วนกลาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอัมพฤกษ์/อัมพาตครึ่งซีก (Hemiparesis/Hemiplegia)
2. ไม่สามารถลุกนั่ง/เดินได้ด้วยตนเอง
3. อยู่ในระยะฟื้นตัวหลังภาวะสมองขาดเลือด (3 วัน – 6 เดือน)
4. เริ่มเข้ารับการกายภาพบำบัด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้นตามศักยภาพ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียง หรือลุกนั่งด้วยตนเองได้
2. กล้ามเนื้อแขน/ขาต้านอ่อนแรงมีแรงต้านระดับมากขึ้น (ตาม MMT scale)
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อยึดติด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับการเคลื่อนไหวของแขน-ขา และท่าทางขณะทำกิจกรรม
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขยับแขนขาด้วยตนเองบ่อย ๆ ตามคำแนะนำของนักกายภาพ
3. จัดท่าทางให้เหมาะสมในขณะนอนหรือนั่ง เพื่อลดการเกร็งและการหดรั้งของกล้ามเนื้อ
4. ฝึกผู้ป่วยลุกนั่งจากเตียง ฝึกยืน ฝึกเดินร่วมกับนักกายภาพบำบัด
5. ดูแลให้มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม เช่น walker หรือไม้เท้า
6. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การหกล้ม และข้อติด
7. ประเมินพัฒนาการของการเคลื่อนไหวทุกสัปดาห์ และปรับแผนการฟื้นฟูตามผล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถนั่งขอบเตียงได้เองภายใน 2 สัปดาห์
2. กล้ามเนื้อแขน/ขามีแรงต้านเพิ่มจาก MMT grade 2 → 3
3. ไม่มีแผลกดทับ หรืออาการปวดข้อจากข้อติด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร หรือเข้าห้องน้ำได้เอง
2. มีความบกพร่องทางร่างกายหลังโรคหลอดเลือดสมอง
3. แสดงออกถึงความท้อแท้หรือรู้สึกไร้ความสามารถ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นอิสระมากขึ้น และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน (ADL) ได้บางส่วนหรือทั้งหมด
2. คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก baseline

3.ผู้ป่วยมีท่าทีและสีหน้านั้นใจมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินความสามารถในการทำ ADL โดยใช้ Barthel Index
- 2.วางแผนฟื้นฟูร่วมกับทีมกายภาพบำบัด และครอบครัว
- 3.ฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมง่าย ๆ ก่อน เช่น หวีผม ล้างหน้า แล้วค่อยเพิ่มความซับซ้อน
- 4.จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ช้อนด้ามจับใหญ่ รองเท้าเสริมส้นกันลื่น
- 5.ช่วยเหลืออย่างพอเหมาะ ไม่ทำแทน แต่คอยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ
- 6.ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยพยายามทำได้ แม้ไม่สมบูรณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ
- 7.ให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล ส่งเสริม และไม่วิจารณ์ผู้ป่วยขณะฝึก

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยสามารถแต่งตัวได้เองบางส่วน
- 2.คะแนน Barthel Index ภายใน 1 เดือน
- 3.สีหน้าผู้ป่วยแสดงถึงความพึงพอใจและความภาคภูมิใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความบกพร่องทางร่างกายและบทบาทที่เปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยมีภาวะอัมพฤกษ์
- 2.แสดงพฤติกรรมซึม ไม่พูดกับผู้อื่น พูดน้อยลง
- 3.อยู่ในระยะฟื้นตัวที่ต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีต่อการเปลี่ยนแปลง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการฟื้นฟู

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการทำกิจกรรมบำบัด
- 2.แสดงความพึงพอใจต่อการฟื้นฟู
- 3.ไม่มีพฤติกรรมถอนตัวหรือพูดในเชิงลบ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.สังเกตพฤติกรรมและภาวะอารมณ์อย่างใกล้ชิด
- 2.สร้างสัมพันธภาพแบบให้เกียรติและรับฟัง
- 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในโรงพยาบาล (ถ้ามี)
- 4.จัดกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูความมั่นใจ เช่น การเล่าเรื่อง ความสำเร็จเล็ก ๆ
- 5.ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นพัฒนาการของตน เช่น ความแข็งแรงที่เพิ่มขึ้น
- 6.ให้คำปรึกษาคอรัวเกี่ยวกับบทบาทในการสนับสนุนทางอารมณ์
- 7.ส่งปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์หากสงสัยภาวะซึมเศร้า

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกายภาพวันละ 1 ครั้ง
- 2.สีหน้าดีขึ้น เริ่มพูดมากขึ้น
- 3.บอกว่ารู้สึก “ดีขึ้น” และ “อยากกลับบ้านเร็ว ๆ”

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะเรื้อรัง (Chronic Phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงยังควบคุมไม่ดี
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง
2. ยังควบคุมระดับความดันและน้ำตาลได้ไม่ดี
3. ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา หรือ ติดตามแพทย์นัด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ในช่วงเป้าหมาย (เช่น < 140/90 mmHg)
2. รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษา
3. เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาตามแพทย์นัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
2. ให้คำแนะนำในการควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน ไขมัน
3. สอนวิธีตรวจความดันโลหิตและน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจดบันทึกสุขภาพประจำวัน
5. ส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ เช่น DASH diet
6. ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เช่น เดินเร็ว 30 นาที วันละ 5 วัน
7. ประสานงานกับแพทย์ในการจัดระบบนัดหมายติดตาม และปรับยา
8. สอนการใช้กล่องแบ่งยาและการตั้งเตือนเพื่อป้องกันลืมยา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้
2. รับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน
3. ความดันโลหิตเฉลี่ย 128/84 mmHg ใน 3 เดือนหลังติดตาม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากความพิการเรื้อรังและขาดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานหรือมีบทบาทในครอบครัวได้เหมือนเดิม
2. อยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่ออกไปพบปะสังคม
3. แสดงความรู้สึกเหงา เบื่อหน่าย หรือไม่มั่นใจ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนหรือครอบครัวได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในบ้าน/ชุมชนสม่ำเสมอ
2. รายงานว่ามีเพื่อน ญาติ หรือกลุ่มสนับสนุน
3. สีหน้าและอารมณ์ดีขึ้นจาก baseline

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับการแยกตัวและการสนับสนุนจากครอบครัว
2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมง่าย ๆ ภายในบ้าน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร
3. แนะนำให้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Club)
5. ส่งเสริมให้ครอบครัวพาผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านตามความเหมาะสม
6. ติดต่อเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์หากมีปัญหาเศรษฐกิจหรือขาดโอกาสทางสังคม
7. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เช่น วิดีโอคอล เพื่อเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์
8. ติดตามความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมเป็นระยะ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวทุกวัน
2. มีรายชื่อเพื่อน/ญาติที่ติดต่อสม่ำเสมอ
3. แสดงสีหน้าสดชื่น และบอกว่ารู้สึก “ไม่โดดเดี่ยวแล้ว”

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะยาว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่แน่ใจเรื่องการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม
2. ญาติบางรายมีความเข้าใจผิด เช่น คิดว่าไม่ควรให้ผู้ป่วยพยายามเดิน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วย/ญาติสามารถอธิบายหลักการดูแลตนเองได้
2. สามารถปฏิบัติได้จริง เช่น ควบคุมอาหาร, ออกกำลังกาย, รับประทานยา
3. ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค
2. จัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ เช่น อินโฟกราฟิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
3. สอนวิธีปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น กินอาหารลดเกลือ ออกกำลังกายแบบเบา
4. แนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น หลีกเลี่ยงการล้ม
5. จัดโปรแกรมเยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์
6. ประเมินผลการเรียนรู้โดยการถามซ้ำหรือสาธิตให้ดู
7. ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร โภชนากร) ตามความเหมาะสม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายแผนการดูแลตนเองได้ครบถ้วน
2. มีความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ช่วง 0–72 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

- 1.1 มุ่งเน้นการรักษาชีวิตผู้ป่วย ลดความเสียหายของเนื้อสมอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

- 1.2 การเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท (Neurological observation) อย่างใกล้ชิด
- 1.3 ควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และการหายใจ
- 1.4 ดูแลการกลืนเพื่อลดความเสี่ยงสำลักและการติดเชื้อในปอด

2. ระยะฟื้นตัว (Recovery Phase) ช่วง 3 วัน–6 เดือนหลังเกิดโรค

- 2.1 เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ
- 2.2 ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Activities of Daily Living: ADL)
- 2.3 การทำกายภาพบำบัด พูดบำบัด และการฝึกกลืน
- 2.4 สนับสนุนด้านจิตใจและให้ความรู้แก่ครอบครัว

3. ระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

- 3.1 มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ และการดูแลระยะยาว
- 3.2 ประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลที่บ้าน
- 3.3 สนับสนุนการเข้าสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน
- 3.4 การติดตามผลทางสุขภาพและการปรับยาอย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการลดลงของการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากสมองถูกทำลายและควบคุมการหายใจผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง (0–72 ชม.)
- 2.มีภาวะบกพร่องของการทำงานของระบบประสาท
- 3.ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะซึม

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน หรือปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.RR 12–20 ครั้ง/นาที
- 2.SpO₂ > 94% (ไม่มีการใช้ออกซิเจนเสริม)
- 3.ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรือใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ
- 4.ไม่มีเสียงรบกวนในปอด เช่น เสมหะอุดตัน หรือ crackles

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 1–2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของการหายใจ
- 2.ประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ สีผิว ปาก และปลายเล็บ
- 3.เฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือดด้วย Pulse oximetry ทุก 2–4 ชั่วโมง
- 4.จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30–45 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ
- 5.ดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะมากหรือได้ยินเสียงเสมหะในหลอดลม
- 6.กระตุ้นให้หายใจลึกๆ หรือใช้ถุงลมหายใจ (respirometer) หากรู้สึกตัวดีพอ
- 7.ประสานทีมแพทย์กรณี SpO₂ < 90% เพื่อพิจารณาให้ออกซิเจนเสริมหรือใส่ท่อช่วยหายใจ
- 8.สังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
- 2.SpO₂ = 96% โดยไม่ใช้ออกซิเจน
- 3.ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือ cyanosis
- 4.ไม่พบเสียงเสมหะในปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากการกลืนลำบาก (Dysphagia)

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีการควบคุมกล้ามเนื้อการกลืนผิดปกติ
- 2.อาจมีอาการไอขณะกลืน อาหารหรือของเหลวออกจุมูก
- 3.อยู่ในระยะเฉียบพลัน ยังไม่มีการประเมินการกลืนโดยทีมสหสาขา

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารหรือน้ำได้โดยไม่สำลัก และไม่มีภาวะปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ไม่มีอาการไอหรือเสียงเปลี่ยนหลังกลืนอาหาร/น้ำ
- 2.ไม่มีไข้หรืออาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ
- 3.รับประทานอาหารได้โดยไม่มีการสำลัก

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินการกลืนเบื้องต้นก่อนให้อาหารครั้งแรก (swallowing screen)
- 2.งดอาหารทางปาก (NPO) จนกว่าจะได้รับการประเมินโดยนักแก้ไขการพูด
- 3.หากจำเป็น ให้สารอาหารทางสายให้อาหาร (NG tube)
- 4.จัดท่านั่งขณะรับประทานอาหาร 90 องศา และคงท่าไว้อย่างน้อย 30 นาทีหลังรับประทานอาหาร
- 5.แบ่งอาหารเป็นคำเล็ก ๆ หลีกเลี่ยงของเหลวบาง (เช่น น้ำเปล่า)
- 6.สังเกตอาการไอ เสียงเปลี่ยน สำลัก หรืออาหารตกค้างในช่องปาก
- 7.สอนญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน เช่น การป้อนอาหารที่เหมาะสม
- 8.ประสานทีมสหวิชาชีพ เช่น นักแก้ไขการพูด และโภชนาการ

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารปั่นละเอียดได้โดยไม่สำลัก
- 2.ไม่มีเสียงเปลี่ยนหรือไอหลังกลืน
- 3.อุณหภูมิร่างกายปกติ ไม่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะฟื้นตัว (Recovery Phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Impaired Physical Mobility)

เนื่องจากความเสียหายของระบบประสาทส่วนกลาง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยมีอัมพาตครึ่งซีก (Hemiparesis/Hemiplegia)
- 2.ไม่สามารถลุกนั่ง/เดินได้ด้วยตนเอง
- 3.อยู่ในระยะฟื้นตัวหลังภาวะสมองขาดเลือด (3 วัน – 6 เดือน)
- 4.เริ่มเข้ารับกายภาพบำบัด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้นตามศักยภาพ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียง หรือลุกนั่งด้วยตนเองได้
- 2.กล้ามเนื้อแขน/ขาต้านอ่อนแรงมีแรงต้านระดับมากขึ้น (ตาม MMT scale)
- 3.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ ภาวะข้อยึดติด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินระดับการเคลื่อนไหวของแขน-ขา และท่าทางขณะทำกิจกรรม
- 2.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขยับแขนขาด้วยตนเองบ่อย ๆ ตามคำแนะนำของนักกายภาพ
- 3.จัดทำทางให้เหมาะสมในขณะนอนหรือนั่ง เพื่อลดการเกร็งและการหดรั้งของกล้ามเนื้อ
- 4.ฝึกผู้ป่วยลุกนั่งจากเตียง ฝึกยืน ฝึกเดินร่วมกับนักกายภาพบำบัด
- 5.ดูแลให้มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม เช่น walker หรือไม้เท้า
- 6.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การหกล้ม และข้อติด
- 7.ประเมินพัฒนาการของการเคลื่อนไหวทุกสัปดาห์ และปรับแผนการฟื้นฟูตามผล

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยสามารถนั่งขอบเตียงได้เองภายใน 2 สัปดาห์
- 2.กล้ามเนื้อแขน/ขามีแรงต้านเพิ่มจาก MMT grade 2 → 3
- 3.ไม่มีแผลกดทับ หรืออาการปวดข้อจากข้อติด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร หรือเข้าห้องน้ำได้เอง
- 2.มีความบกพร่องทางร่างกายหลังโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.แสดงออกถึงความท้อแท้หรือรู้สึกไร้ความสามารถ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นอิสระมากขึ้น และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน (ADL) ได้บางส่วนหรือทั้งหมด
- 2.คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก baseline
- 3.ผู้ป่วยมีท่าทีและสีหน้ามั่นใจมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินความสามารถในการทำ ADL โดยใช้ Barthel Index
- 2.วางแผนฟื้นฟูร่วมกับทีมกายภาพบำบัด และครอบครัว
- 3.ฝึกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมง่าย ๆ ก่อน เช่น หวีผม ล้างหน้า แล้วค่อยเพิ่มความซับซ้อน
- 4.จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ช้อนด้ามจับใหญ่ รองเท้าเสริมส้นกันลื่น
- 5.ช่วยเหลืออย่างพอเหมาะ ไม่ทำแทน แต่คอยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ
- 6.ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยพยายามทำได้ แม้ไม่สมบูรณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ
- 7.ให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล ส่งเสริม และไม่วิจารณ์ผู้ป่วยขณะฝึก

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยสามารถแต่งตัวได้เองบางส่วน
- 2.คะแนน Barthel Index ภายใน 1 เดือน
- 3.สีหน้าผู้ป่วยแสดงถึงความพึงพอใจและความภาคภูมิใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความบกพร่องทางร่างกายและบทบาทที่เปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยมีภาวะอัมพฤกษ์
- 2.แสดงพฤติกรรมซึม ไม่พูดกับผู้อื่น พูดน้อยลง
- 3.อยู่ในระยะฟื้นตัวที่ต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีต่อการเปลี่ยนแปลง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการฟื้นฟู

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการทำกิจกรรมบำบัด
- 2.แสดงความพึงพอใจต่อการฟื้นฟู
- 3.ไม่มีพฤติกรรมถอนตัวหรือพูดในเชิงลบ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.สังเกตพฤติกรรมและภาวะอารมณ์อย่างใกล้ชิด
- 2.สร้างสัมพันธภาพแบบให้เกียรติและรับฟัง
- 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในโรงพยาบาล (ถ้ามี)
- 4.จัดกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูความมั่นใจ เช่น การเล่าเรื่อง ความสำเร็จเล็ก ๆ
- 5.ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นพัฒนาการของตน เช่น ความแข็งแรงที่เพิ่มขึ้น
- 6.ให้คำปรึกษาครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทในการสนับสนุนทางอารมณ์
- 7.ส่งปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์หากสงสัยภาวะซึมเศร้า

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกายภาพวันละ 1 ครั้ง
- 2.สีหน้าดีขึ้น เริ่มพูดมากขึ้น
- 3.บอกว่ารู้สึก “ดีขึ้น” และ “อยากกลับบ้านเร็ว ๆ”

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะเรื้อรัง (Chronic Phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงยังควบคุมไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง
- 2.ยังควบคุมระดับความดันและน้ำตาลได้ไม่ดี
- 3.ไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา หรือ ติดตามแพทย์นัด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ในช่วงเป้าหมาย (เช่น < 140/90 mmHg)

2. รับประทานยาสม่ำเสมอตามแผนการรักษา
3. เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาตามแพทย์นัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ
2. ให้คำแนะนำในการควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน ไขมัน
3. สอนวิธีตรวจความดันโลหิตและน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง
4. สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยจัดบันทึกสุขภาพประจำวัน
5. ส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ เช่น DASH diet
6. ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เช่น เดินเร็ว 30 นาที วันละ 5 วัน
7. ประสานงานกับแพทย์ในการจัดระบบนัดหมายติดตาม และปรับยา
8. สอนการใช้กลองแบ่งยาและการตั้งเตือนเพื่อป้องกันลืมยา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้
2. รับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน
3. ความดันโลหิตเฉลี่ย 128/84 mmHg ใน 3 เดือนหลังติดตาม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากความพิการเรื้อรังและขาดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานหรือมีบทบาทในครอบครัวได้เหมือนเดิม
2. อยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่ออกไปพบปะสังคม
3. แสดงความรู้สึกเหงา เบื่อหน่าย หรือไม่มั่นใจ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนหรือครอบครัวได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในบ้าน/ชุมชนสม่ำเสมอ
2. รายงานว่ามีเพื่อน ญาติ หรือกลุ่มสนับสนุน
3. สีหน้าและอารมณ์ดีขึ้นจาก baseline

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับการแยกตัวและการสนับสนุนจากครอบครัว
2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมง่าย ๆ ภายในบ้าน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร
3. แนะนำให้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Club)
4. ส่งเสริมให้ครอบครัวพาผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านตามความเหมาะสม
5. ติดต่อเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์หากมีปัญหาเศรษฐกิจหรือขาดโอกาสทางสังคม
6. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เช่น ไลน์คอล เพื่อเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์
7. ติดตามความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมเป็นระยะ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวทุกวัน
2. มีรายชื่อเพื่อน/ญาติที่ติดต่อสม่ำเสมอ

3.แสดงสีหน้าสดชื่น และบอกว่ารู้สึก “ไม่โดดเดี่ยวแล้ว”

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะยาว

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยไม่แน่ใจเรื่องการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม
- 2.ญาติบางรายมีความเข้าใจผิด เช่น คิดว่าไม่ควรให้ผู้ป่วยพยายามเดิน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วย/ญาติสามารถอธิบายหลักการดูแลตนเองได้
- 2.สามารถปฏิบัติได้จริง เช่น ควบคุมอาหาร, ออกกำลังกาย, รับประทานยา
- 3.ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค
- 2.จัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ เช่น อินโฟกราฟิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.สอนวิธีปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น กินอาหารลดเกลือ ออกกำลังกายแบบเบา
- 4.แนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น หลีกเลียงการล้ม
- 5.จัดโปรแกรมเยี่ยมบ้านหรือติดตามทางโทรศัพท์
- 6.ประเมินผลการเรียนรู้โดยการถามซ้ำหรือสาธิตให้ดู
- 7.ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร โภชนากร) ตามความเหมาะสม

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายแผนการดูแลตนเองได้ครบถ้วน
- 2.มีความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
- 3.ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัย

หลักการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไป มีดังนี้

- 1.ส่งเสริมการรักษาให้ได้ผลดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีการฟื้นฟูที่ดีที่สุด
- 2.สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง และรายงานความผิดปกติ ให้แพทย์ทราบเพื่อการช่วยเหลือได้

ทันทั่วทั้ง

- 3.ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล
- 4.ดูแลเรื่องการระบายอากาศ การหายใจ อาหาร ความสะอาด การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนย้าย

การพลิกตะแคงตัว เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย

- 5.ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็ว เพื่อลดและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไป อาคารพักชรา5

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวาเกรด 3 บกพร่องกิจวัตรประจำวัน ADL= 8 คะแนนไม่สามารถอยู่บ้านคนเดียวได้
- 2.จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและพยาบาลชุมชนพบปัญหาดังนี้
 - ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่มีเงินจ้างคนดูแล
 - ผู้ป่วยไม่มีเตียงนอน นอนติดพื้น
 - ห้องน้ำประตูปะตูแคบไม่สามารถนำรถเข็นเข้าได้และไม่มีราวจับ

3.ผู้ป่วยสูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าพักใน อ.ชรา 5 ตามแนวทางการเข้าพักอาคารพักชรา5

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแนวทางการเข้าพักอาคารพักชรา5ครบถ้วนถูกต้อง
- 2.ผู้ป่วยเข้าพักใน อาคารพักชรา5
- 3.ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง
- 4.ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แก่พยาบาลชุมชนครบถ้วนถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1.เจาะเลือด CBC, BUN, Cr, Electrolyte, FBS, Lipid Profile, LFT, ส่ง CXR, UA และทำ EKG ตามแผนการรักษา/รายงานผลแก่แพทย์เพื่อคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าพัก อาคารพักชรา5

2.ส่งใบสมัครการเข้าพักอาคารพักชรา5 ตามแนวทางเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์ประเมินอาการผู้ป่วยและดำเนินการเข้าพักอ.ชรา5 ต่อไป

3.เตรียมวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่อาคารพักชรา5 ในการให้ความรู้ในการวางแผนจำหน่ายดังนี้

1) Disease การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

2) Medication ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ชื่อยา ข้อบ่งชี้ของการใช้ยาผลข้างเคียง วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง กับพยาบาลชุมชนในการจัดยาให้ผู้ป่วย

3) Environment & Economic ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุและจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียงให้ปลอดภัย

4) Treatment ส่งต่อพยาบาลชุมชนในการดูแลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวหลังการเจ็บป่วย การดูแลตนเองและการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง

5) Health ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยได้แก่ ADL ปัจจุบัน ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและข้อจำกัดเพื่อให้พยาบาลชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้แก่ผู้ป่วย

6) Outpatient referral ส่งต่อพยาบาลชุมชนในการมาตรวจตามนัดและให้ความรู้แก่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการ แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น สูญเสียการทรงตัว มองเห็นภาพซ้อนพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก ปวดศีรษะมาก ซึมลง มีเลือดออกตามร่างกาย ให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทันที เนื่องจากพยาบาลชุมชนมาตรวจเยี่ยมดูแลผู้ป่วยวันละ1ครั้งในวันราชการ

7) Diet ส่งต่อพยาบาลชุมชน นักโภชนาการในการเตรียมอาหารของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยน การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแนวทางการเข้าพักอาคารพักชรา5 ครบถ้วนถูกต้อง
- 2.ผู้ป่วยเข้าได้พักใน อาคารพักชรา5
- 3.ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง
- 4.ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แก่พยาบาลชุมชนครบถ้วนถูกต้อง

แนวคิดทางการพยาบาลที่สะท้อนความแตกต่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักเน้นการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสอนญาติหรือผู้ดูแลให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ; 2564.) ผู้ป่วยมักยังคงมีเครือข่ายครอบครัวหรือผู้ดูแลที่สามารถให้การสนับสนุนได้

ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อนและเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักประสบกับภาวะพึ่งพิงที่มากกว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งทางร่างกายและจิตใจจากโรคเรื้อนเดิม เช่น การสูญเสียอวัยวะ การมีแผลเรื้อรัง หรือภาวะทุพพลภาพร่วมกับความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังอาจไม่มีญาติหรือครอบครัวคอยดูแล เนื่องจากประสบกับการตีตราทางสังคมและการแยกออกจากชุมชนมาเป็นเวลานาน (อรุณี โพธิ์อุดม, จริยา อุดมผล.2565)

ดังนั้น แนวทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ โดยเน้นการให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมากขึ้น รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่เตรียมพร้อมการย้ายเข้าสู่อาคารพักชรา การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน หรือบ้านพักคนชรา และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในบริบทที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดสูง (อรุณี โพธิ์อุดม, จริยา อุดมผล.2565, วิไลวรรณ บุญยะสิทธิ์.2563)

บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พยาบาลควรมีการร่วมมือกันกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดย

1. ประเมินอาการอ่อนแรงของแขนขาเปรียบเทียบกับทั้งสองข้างและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียน
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตามความสามารถของผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนท่า การลุกนั่ง การอาบน้ำหรือการเช็ดตัววันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น การแปรงฟัน เป็นต้น
4. บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ รวมทั้งสอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยแขนขาข้างที่ตีให้ทำ active exercise โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ ด้วยตนเอง passive exercise โดยมีพยาบาลหรือญาติช่วยในการออกกำลังกายแขนขาที่มีอาการอ่อนแรง จัดเท้าข้างที่เป็นอัมพาตให้ตั้งตรงเพื่อป้องกันการเกิดข้อเท้าตก อาจให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้เข็นเพื่อเปลี่ยนจุดถ่วงน้ำหนักตัวเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้นจึงฝึกการลุกนั่งบนเตียง เมื่อนั่งทรงตัวได้สมดุลจึงให้เริ่มฝึกลุกยืนจนขาทั้งสองข้างลง น้ำหนักตัวได้มั่นคงดีแล้วจึงฝึกเดินตามลำดับ
5. แนะนำวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps) และกล้ามเนื้อก้น (gluteus muscle) เพื่อเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ
6. ถ้าผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ใช้ผ้าหรือหมอนเล็กๆ หนุนบริเวณข้อสะโพก และเข้าให้ขาอยู่ในแนวที่ถูกต้อง ปลายเท้าไม่หมุนออกป้องกันการผิดรูป
7. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจัดและเปลี่ยนท่าอย่างเหมาะสม โดยควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนเล็กๆ รองใต้ศีรษะ สะโพก และไหล่ให้อยู่ในแนวตรง ที่นอนต้องแน่นเรียบพองร่างกายได้
8. แนะนำในการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยให้ทำได้เต็มความสามารถโดยให้ความเคารพในข้อจำกัด และไม่ลืมในเรื่องการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

9.สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น เขียนหนังสือ รับประทานอาหาร เป็นต้น โดยใช้แขนขาข้างที่ยังดีอยู่ ควรเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยทางด้านที่มีอัมพาตเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ และควรจัดของใช้บนโต๊ะข้างเตียงในข้างปกติ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

10.กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายให้เคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้เต็มที่ ผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของโรค ต้องการความช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เพื่อจัดเหตุที่ทำให้เกิดความจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านสภาพร่างกายและจิต

11.ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง อย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเกิดโรค การควบคุมน้ำหนักและความดันเลือด และแนะนำให้มาพบแพทย์เมื่อมีอาการเตือน เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ขาตามแขนขา เป็นต้น

2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพิงในสถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากมีความพิการตา มือ เท้าจากการได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรัง จะรับไว้สงเคราะห์ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ตั้งอยู่ในบริเวณเดียวกัน กับส่วนให้บริการตรวจรักษา (โรงพยาบาล) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งปัจจุบันชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีผู้ป่วยรับไว้สงเคราะห์จำนวน 466 คน สถาบันราชประชาสมาสัย จะดูแลจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย โดยจัดเป็นโซนที่พักอาศัย ลักษณะเป็นแฟลต 4 ชั้นจำนวน 310 ห้อง ห้องแถว จำนวน 164 ห้อง บ้านเดี่ยว จำนวน 50 หลัง ผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่ มีความพิการแต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มักจะอาศัยอยู่กับญาติหรือเพื่อน โดยมีหน่วยงานสถานสงเคราะห์กลุ่มอำนวยการ เป็นผู้รับผิดชอบด้านสาธารณูปโภค ที่อยู่อาศัยและการจ่ายเงินสงเคราะห์ การดูแลด้านสุขภาพจะเป็นหน้าที่ของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อมีปัญหา การเจ็บป่วยจะเข้ามารับการรักษาในสถาบันราชประชาสมาสัย ที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยใน เมื่อจำหน่ายกลับบ้านในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยจะได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชนโดยหอผู้ป่วยในจะส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพแก่พยาบาลชุมชนตามแบบบันทึกการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่ไม่มีญาติที่อาศัยอยู่คนเดียว แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้สถาบันราชประชาสมาสัย ได้จัดการดูแลให้พักอาศัยในอาคารชรา 5 และ 6 โดยแบ่งเป็น อาคารชรา 5รับผู้ป่วยหญิง 15 เตียง อาคารชรา 6 รับผู้ป่วยชาย 15 เตียง โดยจ้างผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการน้อยและมีสุขภาพแข็งแรงมาช่วยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และมีพยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชนสังกัดกลุ่มการพยาบาล ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวันละหนึ่งครั้ง (วันราชการ) เพื่อประเมินคัดกรองภาวะการเจ็บป่วย และส่งตรวจรักษาทั้งในสถาบันราชประชาสมาสัย และโรงพยาบาลอื่นๆ ตามแพทย์นัดซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มนี้เริ่มสูงอายุมากขึ้น ความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุ จึงทำให้มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การจัดระบบการดูแลของอาคารชรา 5 และ 6 จึงไม่สามารถรองรับได้ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยังคงค้างอยู่ในหอผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนเพิ่มขึ้น(อรอนงค์ น้อยเจริญและคณะ,2565)

ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ความหมาย ของภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในรายงานนี้ แปลคำว่า Dependency ว่าภาวะพึ่งพิง ตามศัพท์บัญญัติจากราชบัณฑิตยสถาน สาขาประชากรศาสตร์ (ราชบัณฑิตยสถาน.2559) ผู้สูงอายุภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการเกิดที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุมีความสลับซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่เกิดพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะพร่องหน้าที่(Impairment) เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional Limitation) ไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ ที่เรียกว่า ภาวะ

พึ่งพา ที่ผ่านมาจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพาในระยะยาวในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม และกระบวนการสูงอายุกการประเมินภาวะการพึ่งพา

การประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ประเมินจากความสามารถในการทำหรือได้ทำกิจกรรมที่มกำหนดหรือไม่ ตามที่บุคคลสุขภาพปกติสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์การวัด เช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีมีดัชนีวัดที่ใกล้เคียงกัน กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแล ส่งเสริม ดังนี้(กรมอนามัย. 2559)

ตารางที่ 1 ดัชนีชี้วัดภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากต้องมีคนป้อนให้ 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตัก เตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ
2.การล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวดในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming) 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ไม่ต้องการความช่วยเหลือ
3.ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้(Transfer) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วล้มเสมอ) หรือใช้คน 2 คน ช่วยยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คนใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้ 2. ต้องการความช่วยเหลือได้บ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. ทำได้เอง
4.ใช้ห้องสุขา (Toilet Use) 0.ช่วยตัวเองไม่ได้ 1.ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) 0.เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1.ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง ไม่ต้องมีคนเข็นให้ และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2.เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3.เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 0. ต้องมีคนสวมใส่ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือน้อย 1. ช่วยตัวเองได้ราว ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้ง การผัดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) 0. ไม่สามารถกระทำได้ 1. ต้องการคนช่วยขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องขึ้นลงได้ด้วย)
8. การอาบน้ำ (Bathing) 0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้ 1. อาบน้ำได้เอง
ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2. กลั่นได้เป็นปกติ
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลได้ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ต่อสัปดาห์) 2. กลั่นได้เป็นปกติ

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการเกณฑ์นี้ใช้ในการประเมินหรือคุณภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 0 - 4 คะแนน

3. สาเหตุของการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ ศิราณี ศรีมหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2556) จากผลการศึกษาภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีกระบวนการที่ซับซ้อนพบสาเหตุ 4 ประการ ดังนี้

3.1 ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย

3.2 โรคเรื้อรังร่วม พบว่า มากกว่า 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวจากการเกิดโรคเรื้อรังร่วม ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคความดันโลหิตสูง

3.3 ภาวะสมองเสื่อม พบว่า 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เมื่อปรากฏอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจนแล้ว จะนำไปสู่การพึ่งพิง

3.4 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย คือ มากกว่า 80 ปี พบว่า 1 ใน 9 ประสบปัญหา (ศิราณี ศรีมหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & คณิศร เต็งรัง, 2556)

2.3 บทบาทพยาบาลผู้ป่วยใน

ด้านปฏิบัติการ

1. บำรุงการณ์ความรู้และทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการสาหัส หรือในกรณีที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษช่วย ผู้ป่วยกรณีระบบหายใจล้มเหลว เพื่อประคองอาการของผู้ป่วยและช่วยชีวิตของผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาจากแพทย์ สังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้การพยาบาลและแก้ไขภาวะวิกฤตที่จะคุกคามผู้ป่วย

3. ใช้ข้อมูลที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยมาประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหา ร่วมกับทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อหาทางเลือกที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด โดยอาศัยองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ทางด้านการพยาบาล

4. ศึกษา และวิเคราะห์ปัญหาด้านการรักษาพยาบาลในประเด็นต่างๆ เพื่อพิจารณาหาแนวทางแก้ไขที่ถูกต้อง

5. ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานให้มีความสะอาด ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ปลอดภัยจากการแพร่กระจายของเชื้อโรค

6. มอบหมายงานให้กับบุคลากรระดับรองลงมาตามความรู้ความสามารถ เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

7. ให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการพยาบาล เพื่อประโยชน์ต่อวิชาชีพ และใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน

8. บำรุงการณ์ความรู้ด้านต่างๆ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และผลงานการวิจัย เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ

ด้านวางแผน(Planning)

1. ศึกษาวิเคราะห์ และจัดทำมาตรฐานบริการพยาบาล / แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้บริการพยาบาลมีมาตรฐานที่สูงขึ้นนำไปสู่การให้การรักษพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องเป้าหมายและนโยบายของหน่วยงาน

2. วางแผนการบริการพยาบาล การฟื้นฟูผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาและส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลของหน่วยงาน เพื่อให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินงาน สอดคล้องเป้าหมายและนโยบายหน่วยงาน

3. วางแผนดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันโรคเชิงรุก เพื่อให้ผู้ใช้บริการ ครอบครัว ประชาชน และชุมชน ได้รับการดูแลและปกป้องสุขภาพ

4. วางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานตามขอบเขต เป้าหมาย ตัวชี้วัดและข้อมูลความเสี่ยงในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ

ด้านการประสานงาน (Communication and Cooperatin)

1. ร่วมทีมแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามขอบเขต พรบ. วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ในผู้ป่วยเฉพาะโรค ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้การรักษพยาบาลเป็นไปด้วยความคล่องตัว และรวดเร็วทันทั้งที่

2. ประสานงานกับบุคลากรหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติการดำเนินงานของหน่วยงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงในองค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการการรักษาพยาบาล
4. ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ และชุมชน / ท้องถิ่นในการจัดบริการรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการและชุมชน
5. ใช้แหล่งประโยชน์และประสานความร่วมมือจากทีมสุขภาพ / บุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลผู้ให้บริการในความรับผิดชอบทั้งในโรงพยาบาลและ / หรือในชุมชน

ด้านการบริการ(Service)

1. ให้คำปรึกษาแนะนำหรือเพิ่มพูนความรู้แก่บุคลากรระดับรองลงมา ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและลุล่วงไปด้วยดีตามเป้าหมายของหน่วยงาน
2. ร่วมจัดโปรแกรมการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาความรู้บุคลากรในหน่วยงาน
3. คิดค้นปรับปรุงการสอนหรือแนะนำผู้ป่วยหรือประชาชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพ เพื่อให้การสอนหรือการแนะนำดังกล่าวได้ผลดี มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว

2.4 การวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ควรเริ่มต้นที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน สอนสาธิต ทบทวน ในเรื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลตนเอง การวางแผนควรกระทำตั้งแต่วันแรกที่นอนในโรงพยาบาล ดังนี้

- การเตรียมที่อยู่ที่เหมาะสมปลอดภัย
- การเตรียมเครื่องช่วยในการดำเนินชีวิต
- การเตรียมผู้ช่วยเหลือ
- การเตรียมวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

1) การเตรียมที่อยู่ปลอดภัย

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีร่างกายที่ไม่แข็งแรง เช่น การอ่อนแรงของแขนขา การหลงลืม ร่างกายซีกที่อ่อนแรง ดังนั้นเมื่อได้รับอนุญาตให้กลับบ้านจึงจำเป็นต้องเตรียมสถานที่เพื่อให้ปลอดภัยและส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพดำเนินไปอย่างรวดเร็วโดยต้องจัดเตรียมดังต่อไปนี้

- ควรมีการประเมินสภาพที่อยู่อาศัยและร่วมวางแผนกับผู้ดูแลจะอย่างไรให้ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องอาหารอยู่ในชั้นเดียวกัน หรือจะปรับสภาพอย่างไร เพื่อที่จะสามารถให้ผู้ป่วยเดินช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด
- เติง ผู้ป่วยที่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ดี หรือรับประทานอาหารเองไม่ได้ควรเตรียมเตียงให้ลักษณะเหมือนเตียงโรงพยาบาลพื้นเตียงควรเป็นพื้นไม้โดยสามารถปรับหัวเตียงและมีราวสำหรับให้ผู้ป่วยยึดจับสำหรับพลิกตัวเตียงควรมีความสูงพอเหมาะที่จะดูแลผู้ป่วยได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถนั่งที่ขอบเตียงโดยเท้าแตะพื้น
- หากผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตัวด้วยตัวเองอาจมีความจำเป็นต้องใช้เตียงลมเพื่อป้องกันแผลกดทับ
- ไม่ควรมีของตกแต่งชิ้นเล็กชิ้นน้อยวางตามชั้นต่างๆ ยกเว้นใส่ไว้ในตู้มีฝาปิดเพราะอาจตกแตก
- ควรติดราวไว้ในห้องน้ำและทางเดินเพื่อให้ผู้ป่วยยึดเวลาเดิน
- ทางเดินต้องมีแสงสว่างเพียงพอ
- ไม่ควรมีธรณีประตูเพราะผู้ป่วยอาจสะดุดได้

2) การเตรียมเครื่องช่วยในการดำเนินชีวิต

- การเตรียมเครื่องช่วยในการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อต้องกลับบ้าน ความผิดปกติที่พบส่วนใหญ่ได้แก่อาการอ่อนแรงของขา ทำให้ไม่สามารถเดินได้เป็นปกติ และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จึงควรมีเครื่องช่วยเดินเช่น

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

3) การเตรียมช่วยเหลือ

โดยทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นญาติของผู้ป่วยเอง เช่น สามีหรือภรรยา หรือลูกพี่ลูกน้อง หรือเพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยการซึ่งผู้ดูแลควรได้รับการอบรมหรือคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านดังนั้นก่อนกลับบ้านต้องประเมินความสามารถของผู้ดูแล ดังนี้

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

อาจจะสำลักเกิดปอดบวมได้

ช่วงที่ออกจากโรงพยาบาลถือว่าเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่บ้านมักจะเอื้ออำนวยต่อความพิการน้อยกว่าที่โรงพยาบาล นอกจากนั้นผู้ดูแลที่บ้านยังขาดความชำนาญและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจึงควรนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามความก้าวหน้าภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน การติดตามผู้ป่วยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยยังคงระดับความสามารถที่เคยฝึกฝนไปได้หรือไม่และสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวได้มากน้อยเพียงใดหลังจากนั้นให้ประเมินและติดตามเป็นระยะโดยมีหัวข้อดูแลดังนี้

- 1.รักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะข้อยึดติด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น
- 2.ป้องกันไม่ให้อาการความสามารถถดถอย สาเหตุของการถดถอยส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาในการปรับตัวหรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของญาติและผู้ดูแลที่คิดว่าผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือตลอด
- 3.สุขภาพและการปรับตัวของครอบครัวและผู้ดูแล

เมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสภาพแวดล้อมได้ดีแล้ว ผู้ป่วยมักจะเริ่มหากิจกรรมที่ตัวเองเคยทำได้ก่อนเกิดโรค เพื่อมาเติมเต็มชีวิตให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การดูแลบ้าน การออกไปซื้อของ การขับรถ การประกอบอาชีพ และกิจกรรมการต่างๆ ในขณะเดียวกันที่สุขภาพต้องคอยเป็นที่ปรึกษา เป็นกำลังใจ และให้การเกื้อหนุนแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4) การวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

การวางแผนการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน นอกจากการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถทำงานได้ตามปกติแล้วยังเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นด้วย ทั้งนี้ แนวทางในการฟื้นฟูจะกระทำต่อเนื่องจากโรงพยาบาลดังนั้นแนวทางการฟื้นฟูสภาพควรประกอบไปด้วย

- 1.การป้องกันการเกิดซ้ำโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- 2.การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
- 3.การส่งเสริมส่วนที่ไม่มีปัญหาให้มีสภาพที่ดีที่สุด เช่น การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่ดี

4.การรักษาแก้ไขปัญหาลำบากของร่างกายที่ผิดปกติที่สูญเสียความสามารถได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่อ่อนแรง การฝึกใช้มือที่อ่อนแรง เป็นต้น

5.การป้องกันและแก้ไขปัญหาลำบากสูญเสียความสามารถที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ที่มีภาวะเบาหวานเพื่อป้องกันอาการปวดเท้า การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยของข้อต่อ เป็นต้น

6.การใช้กายอุปกรณ์เพื่อช่วยให้ความสามารถดีขึ้น เช่น การใช้กายอุปกรณ์เสริมประคองข้อเท้า แก้ไขปัญหาปลายเท้าตก และใช้ไม้เท้าช่วยในการเดิน เป็นต้น

7.การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกต่อการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การติดตั้งเพื่อใช้เกาะยึดความมั่นคง ปรับลักษณะอาหารให้กลืนได้ง่าย

8.การปรับระดับประคองสภาพจิตใจ และฝึกฝนทักษะในการแก้ปัญหา

การวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ DMETHOD (กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2539; การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีรายละเอียดดังนี้

D ย่อมาจาก Disease หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยเป็น เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะส่งผลทำให้เกิดการกำเริบของโรค

M ย่อมาจาก Medication ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ ขนาดจำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยา

E ย่อมาจาก Environment & Economic ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องได้รับการประเมินอย่างละเอียดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพหลังการจำหน่าย การเลือกใช้แหล่งประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสมหาอุปกรณ์ต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เป็นต้น

T ย่อมาจาก Treatment ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา มีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเองและสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ มีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม

H ย่อมาจาก Health ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตประจำวันสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

O ย่อมาจาก Outpatient referral ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลาและสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

D ย่อมาจาก Diet ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สารเสพติดต่างๆ

การวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD model ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ศิริพันธ์ สาสัตย์,2566)

D=Diagnosis การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในครั้งนี้ เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยที่ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงได้ เช่นชอบรับประทานหมูสามชั้นต้ม เบคอน และอาหารสำเร็จรูป

M=Medication ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ชื่อยา ข้อบ่งชี้ของการใช้ยาผลข้างเคียง วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง

E=Environment/Economic ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้แก่ ระดับพื้นบ้าน ห้องน้ำ เตียงนอน ของผู้ป่วยอาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพหลังการเจ็บป่วย แนะนำเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากต้องนอนอยู่ชั้น 2 ของบ้าน สภาพสังคมที่เอื้อให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น เพื่อนบ้าน หรือแหล่งบริการด้านสุขภาพ ศูนย์บริการ สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อมีเหตุฉุกเฉินจะได้ช่วยเหลือได้ทัน

T=Treatment อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวหลังการเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ การดูแลตนเอง ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น สูญเสียการทรงตัว มองเห็นภาพซ้อนพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก ปวดศีรษะมาก ซึมลง มีเลือดออกตามร่างกาย เป็นต้น

H=Health ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วย ข้อจำกัดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ มีจิตใจที่เข้มแข็งแสดงถึงความพร้อมในการปรับตัวเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน จิตวิญญาณหรือความเชื่อที่จะส่งเสริมในด้านการปรับตัวหรือมีแรงจูงใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไปและเพื่อให้ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

O=Outpatient referral ให้คำแนะนำในการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงที่สุด หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน การมาตรวจตามนัด วัน เวลา สถานที่ การใช้สิทธิขอปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือต้องมาก่อนวันนัดการนัดผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด

D=Diet ให้คำแนะนำในการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรรับประทานเกลือมากกว่า 2 กรัมต่อวัน หรือไม่เติมเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสเพิ่มในอาหาร ลดอาหารที่มีรสหวาน เป็นต้น

การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องสถาบันราชประชาสมาสัย (อรอนงค์ น้อยเจริญ,2565)

พยาบาลวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยฟุ้งฟุ้งและไม่ฟุ้งฟุ้งที่ไม่มีผู้ดูแลร่วมกับพยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชน/สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับปัญหา/อสม./ผู้นำตามธรรมชาติ ครอบครัวประเด็นดังต่อไปนี้

1.ความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การทรงตัว การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัดในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อ การฝึกทักษะในการอาบน้ำ/แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน การทรงตัว การใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือต่างๆและจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย

2.ความสามารถในการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลร่วมกับนักโภชนาการ

3.ความสามารถในการดูแลตัวเองในการรับประทายยาพยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลร่วมกับเภสัชกรในผู้ป่วยที่มีปัญหา DM uncontrol ผู้ป่วยการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยต้อหินที่ต้องหยอดยา

4.กรณีผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เช่นผู้ป่วยตัดขา(BK/AK Amputation) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่า/ข้อสะโพกเทียม ผู้ป่วยกระดูกหัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด กายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ อสม. ผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน

5.กรณีผู้ป่วยพึ่งพิง ไม่มีผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพกำหนดแผนการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนกลับบ้านโดยใช้แบบบันทึกการจำหน่าย (ใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D) ให้แก่การพยาบาลชุมชนและอสม.

6.กรณีผู้ป่วยพึ่งพิงไม่มีผู้ดูแลไม่สามารถกลับบ้านในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยได้พยาบาลวิชาชีพหออผู้ป่วย4 วางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพหออผู้ป่วย2 เพื่อโอนย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง

7.กรณีผู้ป่วย Admit หออผู้ป่วย 2 เมื่อมาการเปลี่ยนแปลง ทрудลง หรือต้องการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤต ให้โอนย้ายผู้ป่วยไปหออผู้ป่วย 4 หรือหออผู้ป่วยวิกฤต

8.ในกรณีผู้ป่วยพึ่งพิงและไม่มีผู้ดูแลกลับบ้าน

1) พยาบาลวิชาชีพส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยงานการพยาบาลชุมชนโดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูล(Doc.8)

2) กรณีผู้ป่วยกลุ่ม Re admit ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พยาบาลวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านกับพยาบาลชุมชน 1 ครั้ง

9. ในกรณีผู้ป่วยไม่พึ่งพิงไม่มีผู้ดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ต้องการขอเข้าพัก อ. 5 อ.6 วางแผนร่วมกับพยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์และดำเนินการดังนี้

1) ทำหนังสือสมัครเพื่อขอเข้าพักอาศัยในหออผู้ป่วยสูงอายุ โดยส่งหนังสือถึงงานสวัสดิการสังคม

2) ปฏิบัติตามระเบียบการรับผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรังเข้าพักอาศัยในหออผู้ป่วยสูงอายุ

2.4 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสร้างโดยโดโรธีอีโอเร็ม (Dorothea E Orem) สำเร็จการศึกษาพยาบาลชั้นพื้นฐานจากโรงเรียนพยาบาล โพรวิเดนซ์ มลรัฐวอชิงตันประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ ปีค.ศ.1930 สำเร็จปริญญาตรี และปริญญาโททางการพยาบาลใน ปีค.ศ.1934 และค.ศ.1945 ตามลำดับจากมหาวิทยาลัยแคทอลิก ได้รับปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากมหาวิทยาลัยจอร์ทาวนใน ปี ค.ศ.1976 จากประสบการณ์การทำงานทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติ นักการศึกษาและผู้บริหารการพยาบาล จะพบเสมอว่าพยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมักจะอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลกระทำการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะยึดเป็นงานหลัก โดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ทำให้ขอบเขตเนื้อหาการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การจัดหลักสูตรมีความยากลำบากในการจัดขอบเขตเนื้อหาด้วยเหตุนี้ท่านจึงมุ่งมั่นที่จะค้นหาคำตอบว่าในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาล ทำอะไรและควรทำอะไร ทำไมจึงกระทำในสิ่งนั้นและผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคล มีข้อจำกัดในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองหรือพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จุดเน้นของการพยาบาล

คือ บุคคลและเฉพาะเจาะจงไปก็คือความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหรือมีความบกพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

เป้าหมายประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องและช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีเป้าหมายและจุดเน้นที่ชัดเจน ซึ่งช่วยวางขอบเขตความรับผิดชอบของการพยาบาลได้ดีขึ้น

มโนทัศน์หลัก 4 ประการ (Meta parading)

1.บุคคล (Person)

บุคคลจะรวมทั้งผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำอย่างตั้งใจ (Capacity for Deliberate Action) มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้คนมีลักษณะเป็นองค์กรรวมและทำหน้าที่ได้ทั้งด้านชีวภาพด้านสังคมด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และคนยังเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัต

นอกจากนั้นโอเร็มยังได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับคน (Human Beings) ไว้อย่างละเอียดดังต่อไปนี้

1.บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและจงใจ (Deliberate Inputs) ให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อการมีชีวิตอยู่รอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล

2.ความสามารถของบุคคล (Human Agency) ซึ่งเป็นความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ โดยมีระเบียบแบบแผนและมีขั้นตอนจะกระทำในรูปแบบของการดูแลตนเองและบุคคลอื่น

3.บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

4.บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา การพัฒนาและถ่ายทอดวิธีการสนองตอบต่อความต้องการของตนเองและของบุคคลอื่น

5.บุคคลที่อยู่ร่วมกันและมีสัมพันธภาพต่อกันอย่างมีโครงสร้าง และมีระบบจะแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม

โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐาน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาและมีความต้องการดูแลเพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนซึ่งทัศนะในการมองคนเช่นนี้สอดคล้องกับนักสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โอเร็มได้เล็งเห็นว่าในบางสถานการณ์หรือบางโอกาสบุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบซึ่งในสภาวะเช่นนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะพยาบาล นอกจากนั้นบุคคลยังเป็นเจ้าของตนเอง จึงมีสิทธิที่จะรับรู้ถึงสภาพของตนเอง

2.สิ่งแวดล้อม (Environment)

โอเร็ม ได้กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือสิ่งแวดล้อมที่มีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถและความต้องการดูแลตนเอง นอกจากนั้นโอเร็มยังมองว่าคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้

3.สุขภาพ (Health)

เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพคือคนที่มีทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ การดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคลนอกจากนั้นโอเร็มยังกล่าวถึงความผาสุก (Well-Being) ว่าต่างจากสุขภาพแม้จะมีความสัมพันธ์กัน ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจความยินดีและการมีความสุข คนที่เจ็บป่วยอาจจะรับรู้ถึงความผาสุกได้ งานวิจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน

4.การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาล เป็นบริการทางด้านสุขภาพที่เฉพาะอย่างหนึ่งและแตกต่างจากบริการอื่นๆคือการพยาบาล มีจุดเน้นที่ความสามารถ และความต้องการดูแลตนเองของบุคคล การช่วยปฏิบัติการกรรมการดูแลแทนบุคคล และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ตลอดจนการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพ

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ

- 1.ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)
- 2.ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit)
- 3.ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care)

1.ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่สำคัญของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาล ที่สัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดังนี้ “การกระทำทั้งหมดซึ่งประกอบเป็นระบบการพยาบาลนั้น (Nursing Action System) ได้มาจากการที่พยาบาล ใช้ความสามารถที่เรียกว่า ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Action System) ภายใต้ข้อตกลงกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการโดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลผู้มีความพร่องในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลนั้นเป็นที่ทราบและได้รับการสนองตอบ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ได้ถูกปกป้องหรือได้นำมาใช้หรือได้รับการพัฒนา”

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีระบบการพยาบาลเสนอแนวคิด เพื่อที่จะตอบคำถาม 2 ประการคือ การช่วยเหลือที่พยาบาลกระทำคืออะไร และมีผลต่อผู้รับบริการอย่างไร

2.ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit)

การที่จะเข้าใจทฤษฎีระบบการพยาบาล จะต้องเข้าใจความสัมพันธ์ของทฤษฎีนี้กับทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองนี้ อธิบายว่าทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองได้อธิบายไว้ ดังต่อไปนี้

“ความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือเติบโตอย่างเต็มที่ที่สามารถจะถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วนหรือไม่สามารถจะใช้ได้เลยหรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลนั้นจึงต้องการ การพยาบาล”

3.ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองนั้นเป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) การที่จะเข้าใจทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องเข้าใจทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งอธิบายไว้ดังต่อไปนี้

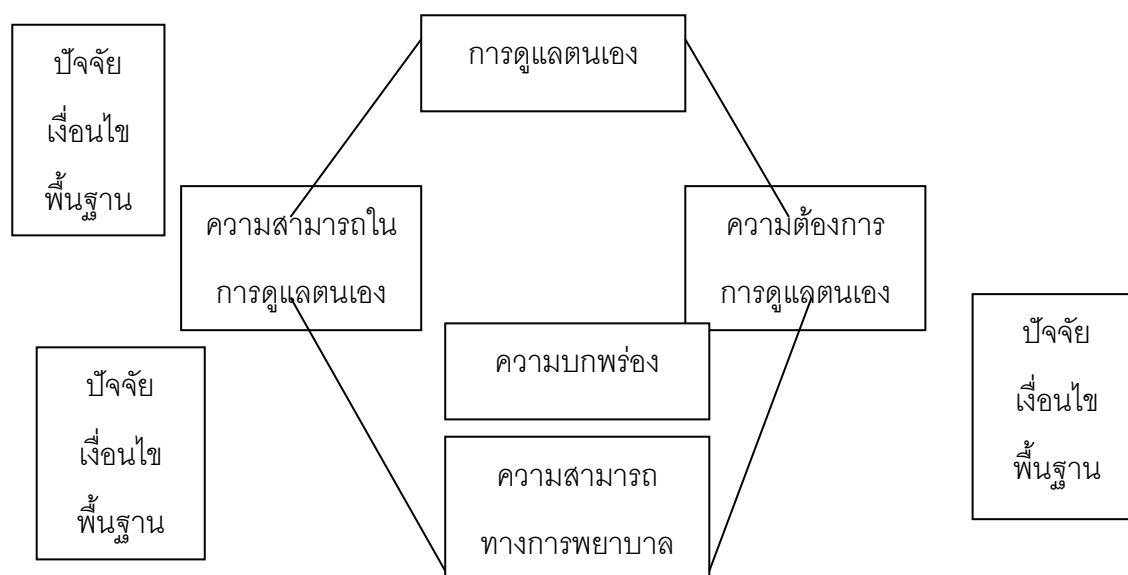
“บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่ และพัฒนาการของตนเองตลอดจนปกป้อง ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติการในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแล

ตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง” ทฤษฎีนี้ได้อธิบายการดูแลตนเอง ในลักษณะของการปรับหน้าที่ซึ่งเปรียบได้กับกระบวนการของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ แตกต่างกันตรงที่การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ได้ในสิ่งแวดล้อม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (Self-Care) ความต้องการการดูแลทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) และมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Condition Factors) ซึ่งมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่างๆในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม



ที่มา : Orem , 1991 : 64

รายละเอียดของทฤษฎีมีดังนี้

1.ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care)

การดูแลตนเอง หมายถึงการ ปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด กิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือ

ทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตรอดอยู่ มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึงการที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการส่งเสริมความอยู่รอดสุขภาพและสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการ การพึ่งพา (dependent member)

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม ที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้น เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสมหรือไม่ จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมาย ของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรม ที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลงานของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามที่ได้เลือกจะกระทำอย่างไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้ โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง ว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการพยาบาลได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกนั้น

จะเห็นว่าแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์กล่าวคือ การดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง หรือต่อบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาอย่างไรก็ตาม ได้ให้ข้อคิดว่าแม้เป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อ

ชีวิตและสุขภาพได้ซึ่งโอเร็ม เรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น “Nontherapeutic” ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็น “Therapeutic” (Therapeutic Self-Care) ต่อเมื่อเกิดผลแก่บุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดพยาธิสภาพไว้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองของบุคคล ผู้ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย เด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้วย หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดของความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand)

การดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็มนั้น มีทั้งที่เป็น “Therapeutic” และ “Nontherapeutic” และสิ่ง que ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพคาดหวังคือการดูแลตนเอง ควรจะเกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisite) 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หลีกเลี่ยงความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม การรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการ ในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขภาพผิวหนัง

- 1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
- 1.3. รักษาความสะอาดระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
 - 1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
 - 1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการ การพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
 - 1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - 1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
 - 1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตรให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพิงซึ่งกันและกัน
 - 1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
 - 1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
 - 1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
 - 1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ
 - 1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)
 - 1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
 - 1.6.2 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
 - 1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Preventions)
 - 1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2.การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการ ของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3.การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเอง ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติได้แก่ เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะมีดังนี้คือ

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย เป็นต้น
- 3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนรักษา การวินิจฉัยการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเอง ในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆเข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเองการที่พยาบาลจะเข้าใจและตอบสนอง ต่อความต้องการ การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพได้นั้นจะต้องมีพื้นฐานของความรู้ทางด้านการแพทย์ และพยาธิสรีรภาพต่างๆ รวมทั้งทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด ตลอดจนเทคโนโลยีต่างๆ เป็นอย่างดีและจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเขาจะได้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้จะเห็นว่าความสามารถของพยาบาลในการพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นเพราะความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นเกณฑ์ในการประเมินว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมใดได้ด้วยตนเอง กิจกรรมใดที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ได้แก่ การเตรียมของใช้ เช่น ขวดหรือแก้วตวง สำหรับผู้ป่วย ที่อยู่ในโรงพยาบาลอาจไม่สามารถกระทำได้ พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลควรจะเป็นผู้กระทำทดแทน การพิจารณาถึงกิจกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ แม้ว่าจะดูเหมือนมีรายละเอียดมากแต่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติ เพราะจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสิน ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการได้เฉพาะเจาะจง และช่วยให้พยาบาลสามารถ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง ในกิจกรรมที่เขาสามารถจะกระทำได้ และแก้ความเข้าใจผิดที่ว่า การดูแลตนเอง เป็น

การผลักร่างให้ผู้ป่วยหรือญาติดูแลตนเอง หรือดูแลกันเองหรือช่วยเหลือตนเอง แต่เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพ โดยพยาบาลจะต้องใช้สัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

3.ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency)

เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษา ฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลเป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาล ได้วินิจฉัยความต้องการ การดูแล และจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสนะเกิดความต้องการในการดูแลตนเอง แนวคิดของความสามารถทางการพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล

คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หรือการปรับปรุงการใช้และพัฒนาความสามารถ ของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ตามแนวคิดของโอเรม นั้น การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบทางสังคม (Social System) ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal System) และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Professional Technological System) ระบบทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมาพบกัน โดยที่ผู้รับบริการมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง และระบบทางสังคมจะกำหนดให้มีวิชาชีพการพยาบาลต่างๆ การใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการมีศีลธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพ ส่วนระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปได้ เพื่อการสนองตอบต่อความต้องการการดูแล ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และปรับการใช้หรือพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโอเรม ได้ชี้ให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ภายใต้ระบบทางสังคม

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล สามารถแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) หรือตามชนิดของการดูแล ดังนี้

ก. การแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) ได้แก่

- 1.บุคคลแต่ละคน (Individual)
- 2.กลุ่มบุคคล (Multiperson Unit) ได้แก่ ชุมชน หรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน
- 3.ครอบครัวหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน (Family) หรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน

ข.การแบ่งตามชนิดของการดูแล

อาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of Movement and Manipulation) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

1.ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) จะใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ ระบบพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือท่าทางของตนเองได้

1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลแต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ทั้งสิ้น

1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรงในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้คือ

1. สนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย
2. ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

2.ระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)

ในระบบนี้กับผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบ ในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย พยาบาลอาจตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย อาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

กิจกรรมของพยาบาลในระบบนี้ได้แก่

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
3. ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

สำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การดูแลในระบบทดแทนบางส่วนมีดังนี้คือ

1. ต้องกำจัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์
2. ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น
3. ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเองผู้ป่วย จะได้รับการสอนแนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้ว ยังต้องคอยกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยทั่วไปซึ่งอาจจะใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ เช่น ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล แต่พยาบาลให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธีคือ

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding Another)
3. การสนับสนุน (Supporting Another)
4. การสอน (Teaching)
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคล ได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเอง

1.การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)

เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาล สนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบและต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูล ตัดสินใจและวางแผน การกระทำและบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ พยาบาลต้องคอยปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยการกระทำให้ หรือกระทำแทนอาจจะไม่เหมาะสม ที่จะใช้ในการปรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่หรือการผ่อนคลายความเครียด แต่อาจจะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤตหรือผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด หรือวิธีการดูแลตนเองนั้นยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีและเทคนิคเฉพาะวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทนนี้ยังมีความจำเป็นในทารกหรือเด็กเล็ก แต่ควรจะใช้วิธีอื่นทดแทน เมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

2.การชี้แนะ (Guiding Another)

การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3.การสนับสนุน (Supporting Another)

เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งหัดเดินเป็นครั้งแรก หลังจากป่วยหนักมาเป็นเวลานาน การที่พยาบาลอยู่ด้วยและพูดให้กำลังใจ มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยลุกเดิน การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง การสัมผัส หรือ การช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางร่างกายเช่น การช่วยเหลือในการลุกเดิน และคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง บิดา มารดา ครู นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลมักจะใช้วิธีนี้บ่อย และใช้กันมากในการดูแลเด็กที่อยู่ระหว่างเปลี่ยนวัย การสนับสนุนยังรวมถึงการให้วัตถุสิ่งของซึ่งแม้จะไม่ใช่วิธีการของพยาบาลโดยตรง แต่พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในสิ่งเหล่านี้จากนักสังคมสงเคราะห์ในสถาบันหรือมูลนิธิต่างๆ ถ้ามีความจำเป็นการสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

4.การสอน (Teaching)

วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ได้ผลนั้นต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล การสอนโดยถือว่าหลักว่าพยาบาลหรือแพทย์ เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจ บิดา มารดา หรือครูของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของตนเอง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่อาจสูญเสียความนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเองในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้น ถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะต้องเลือกกระทำตามความรู้ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของเขา พยาบาลจะต้องประเมินในสิ่งเหล่านี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษา

หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

- 1.สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมากมาแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการ การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคหรือ การรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือผู้ป่วยบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดหรือรักษาทางยา พยาบาลต้องถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

- 2.เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึกนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

- 3.ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลียจากการได้รับยาแก้ปวด ประสาท มีไข้สูง เสียความสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ ภาวะเครียดที่มากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้จะต้องสอนให้ชัดเจนอย่างเฉพาะเจาะจงและใช้เวลาเพียงสั้นๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ พยาบาลควรสอน แนะนำ และเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

ในบางสถานการณ์ผู้ป่วย อาการหนักจนเกินกว่าที่จะเรียนรู้ได้แก่ ผู้ป่วยหมดสติ ซึมเศร้า หรืออาการเหนื่อยใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน ซึ่งได้รับการพยาบาลในระบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลจะเป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยในเรื่องการสนองตอบต่อความต้องการการดูแล แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นอยู่ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องตัดสินใจร่วมกันในการเรียนรู้การดูแลตนเอง และพยาบาลควรนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้เสมอ โดยเฉพาะเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาให้ถึงระดับที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

- 4.การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งกระทำได้โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดการกระทำต่างๆ ในดูแลตนเอง และควรให้ผู้ผู้ป่วยหรือ

ญาติผู้รับผิดชอบ ได้ริเริ่มและมีส่วนร่วมเมื่อพยาบาลกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้กับผู้ป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

ในกระบวนการเรียนการสอนผู้ป่วยนั้นต้องรวมกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องกระทำเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว พยาบาลไม่เพียงแต่สอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้องให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องทำอะไร ให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกและเรียนรู้จากความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหนเพราะเหตุใดการลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำมากขึ้น

5.การประเมินโดยการถามผู้ป่วยจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ และปรับตัวพฤติกรรมพยาบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น

ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจง และแก้ไขแต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตำหนิหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความเป็นมิตร ซึ่งจะเพิ่มขึ้นได้จากสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและพยาบาลที่เข้าใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไว้วางใจอยู่แล้ว การรู้จักดีเพื่อก่อ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้อย่างมาก

6.เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับความเข้าใจกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่เป็นปัจจัยเดียว ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเรียนรู้ พยาบาลต้องคอยสังเกตและถุกคิด ถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอน แนะนำ หรือทำอะไรให้ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยหรือไม่ยอมรับก็ได้ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7.การมีสิ่งรบกวนในหอผู้ป่วยหรือคลินิกตรวจผู้ป่วย จะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อม ให้ส่งเสริมการเรียนรู้ ต้องมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

8.สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอนดังได้กล่าวมาแล้วว่าความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย การเกิดความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ด้วยเหตุนี้เองบุคคลที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกวันหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ที่ไม่เคยรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อนเช่น ผู้ตรวจการหรืออาจารย์พยาบาล อาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจก่อน จึงจะสอนผู้ป่วยได้ดี

แม้ว่าการใช้สื่อการสอน เช่น สไลด์ เทป หรือวีดีทัศน์ (Video Tape) จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ แต่การใช้มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงจากโรคและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากต้องการสัมพันธภาพที่อบอุ่น จากพยาบาลในการเรียนรู้ซึ่งจะหาไม่ได้จากการใช้สื่อการสอน

9.การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ปัญหาการสอนผู้ป่วยที่มักจะพบอยู่เสมอ คือผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เหมือนกับพยาบาลที่ตั้งใจสอนวิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผนเป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

ดังจะเห็นได้ว่าที่ผู้ป่วยได้รับการสอน ในลักษณะที่พยาบาลให้เกียรติและยอมรับผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลซึ่งอาจมีทัศนคติ และความเชื่อแตกต่างไปจากพยาบาล การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และในโรคเรื้อรังจะช่วยลดจำนวนครั้ง ที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อทั้งเศรษฐกิจของผู้ป่วยและของประเทศชาติ และช่วยให้ผู้ป่วยบริการมีเจตคติที่ดีต่อสถาบัน และระบบบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการพยาบาลกับวิธีการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยที่ต้องการระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด หรือทดแทนบางส่วนอาจต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในทั้ง 5 วิธี ส่วนในระบบการให้ความรู้และสนับสนุน วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมักจะเป็นการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม มักจะไม่ใช้วิธีการช่วยเหลือชนิดกระทำให้ หรือกระทำทดแทน

สำหรับสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลนั้น เป็นการช่วยเหลือทางเดียวคือ พยาบาลช่วยผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Unilateral) มีระบบ ระเบียบและจำกัดด้วยเวลาโดยพยาบาลใช้ความสามารถเพื่อปรับระบบการพยาบาลในการวิจัย กำหนดออกแบบ จัดกระทำและกำกับเพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีความพร้อมในการดูแลตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ มีปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองดังนี้

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

ปัจจัยพื้นฐานนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

- 1.อายุ
- 2.เพศ
- 3.ระยะพัฒนาการ
- 4.สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี
- 5.สภาพที่อยู่อาศัย
- 6.ระบบครอบครัว
- 7.แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ
- 8.ภาวะสุขภาพ
- 9.ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
- 10.แหล่งประโยชน์
- 11.ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

1.อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ การประเมินปัจจัยทั้งสามอย่างนี้จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึง 1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ

2.ระยะการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น เด็กเล็กๆ อาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงเป็นต้นศักยภาพในการริเริ่มหรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

3.สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้พยาบาลรู้จักปรับวิธีการที่สนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองเช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องฉีดอินซูลินให้ตนเองที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดควรจะปรับวิธีการฉีดยาตนเองอย่างไรให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งวิธีการอาจแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีฐานะดี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการฉีดยาในตนเองอย่างพร้อมมูล

4.ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้การประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและจะช่วยบ่งชี้ ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจ

ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ แหล่งประโยชน์ทั้งเงินและเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเองและเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเลือกวิธีการช่วยเหลือและจัดระบบการพยาบาล

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ได้เน้นการปฏิบัติการพยาบาลในโลกของความเป็นจริงทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีก็คือ การให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลที่ชัดเจน คือ พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลและพึ่งพาตนเอง ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยและญาติจะสามารถกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนทั้งหมดในขณะที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถกระทำได้

2.6 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลสามารถนำมาใช้เพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ระหว่าง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุกับผู้สูงอายุทั่วไปที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โดยใช้แนวคิดของ “Holistic Nursing” (การพยาบาลแบบองค์รวม) และทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow’s Hierarchy of Needs) มาเป็นกรอบวิเคราะห์การใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบดังนี้

1.ด้านร่างกาย (Physical Needs)

- ผู้สูงอายุทั่วไปที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองปัญหาหลักอยู่ที่การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออ่อนแรง การกลืนลำบาก การพูดลำบาก ฯลฯ การพยาบาล เน้นฟื้นฟูการเคลื่อนไหว ป้องกันแผลกดทับ การกายภาพบำบัด

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะทางกายเพิ่มเติม เช่น ความพิการจากโรคเรื้อรัง (นิ้วหงิก เท้าตก ตาหลับไม่สนิท) ทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นและซับซ้อนจึงทำให้ต้องใช้เวลาในการฝึกกิจวัตรประจำวันนาน

2.ด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Needs)

- ผู้สูงอายุทั่วไปอาจมีความเครียดจากการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องการ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักมีประสบการณ์ถูกตีตราและรังเกียจจากสังคมมายาวนานอาจรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ จึงต้องการการดูแลทางจิตใจเป็นพิเศษ การพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการสร้างคุณค่าในตัวผู้ป่วยและการฟื้นฟูภาพลักษณ์ตนเองรวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุนั้นส่วนมากอาศัยอยู่เพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล

3.ด้านการตอบสนองต่อการรักษา (Health Beliefs & Compliance)

- ผู้สูงอายุทั่วไปมักเข้าใจโรคนานกว่า ยินดีให้ความร่วมมือกับการรักษาการฟื้นฟูสภาพมักมีเป้าหมายชัดเจน

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจมีความไม่เชื่อมั่นในระบบสุขภาพ หรือเคยได้รับการดูแลอย่างแบ่งแยกมาก่อนอาจขาดความร่วมมือหากไม่เข้าใจว่าตนมีสิทธิได้รับการดูแลเช่นเดียวกับผู้อื่นพยาบาลต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและให้ความรู้แบบเข้าใจง่าย

บทที่ 3

กรณีศึกษา : การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง :
เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

การรวบรวมข้อมูล

กรณีศึกษา รายที่ 1

1.ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 79 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปัจจุบันอาศัยอยู่คนเดียวใน สถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ 14 สิงหาคม 2565 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อนบ้าน แจ้งว่าผู้ป่วยล้มในห้องน้ำ ศีรษะกระแทกพื้นปูน ไม่สลบไม่มีบาดแผล แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเข้า ตรวจสอบบังคับประตูห้องและนำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการปวดศีรษะ ไม่อาเจียน มีอ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการตามสิทธิการรักษา พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยโรคภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke) และกลับมารักษาตัวที่สถาบันราชประชาสมาสัยที่หอผู้ป่วย 4 ในวันที่ 14 สิงหาคม 2565 แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยารับประทานอาการพหุเลา เป็นเวลา 18 วัน แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพ ต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 2 ในวันที่ 1 กันยายน 2565

2.ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

2.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านพักคนเดียว

2.1.2 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อยามเจ็บป่วยคือเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยมีสิทธิผู้พิการจังหวัด สมุทรปราการ

2.1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์เป็นเงินเบี้ยเลี้ยงยังชีพ 2,000 บาทต่อเดือน มีรายได้จากการขายสลากกินแบ่งรัฐบาล มีรายได้ มีหนี้สินเล็กน้อย

2.1.4 สภาพสังคมและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่บ้านพัก ชั้น 2 ในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัยเมื่อเจ็บป่วยดูแลสุขภาพตนเอง โดยมาพบแพทย์ที่งานพยาบาลชุมชนเมื่อมีอาการ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวขณะเจ็บป่วยคือ การสวดมนต์ ทำบุญใส่บาตร มีความเชื่อเกี่ยวกับบุญกรรมและเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวกับกรรม

2.1.5 ประสบการณ์สำคัญในชีวิต และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรง ครอบครัวไม่เจ็บป่วยร้าย

2.1.6 แบบแผนการดำเนินชีวิต

กิจวัตรประจำวันตื่นนอนเวลา 04.00 น. รับประทานอาหารเช้าประมาณ 07.00 น. ประกอบอาหารรับประทานเองบางครั้ง บางครั้งจะซื้ออาหารจากร้านขายข้าวแกงมาเก็บไว้และผู้ป่วยรับประทานตอนเช้าและเก็บไว้ รับประทานตอนเที่ยงเนื่องจากเดินทางไม่สะดวก ผู้ป่วยทำงานบ้านเองหลังจากทำงานบ้านเสร็จ จะออกไปนั่ง

คุยกับเพื่อนบ้าน รับประทานอาหารครบ 3 มื้อไม่ค่อยตรงเวลาจะทานเวลาหิว ชอบรับประทานอาหารรสจัด อาหารเค็ม อาหารหวาน เข้านอนเวลาประมาณ 22.00 น.ไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มสุรา

2.1.7 ภาวะสุขภาพ

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยดังนี้

อาการสำคัญ ปวดศีรษะ อ่อนแรงซีกขวา 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะรับประทานยาลานานก็ได้

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อนบ้านแจ้งว่าผู้ป่วยลื่นล้มในห้องน้ำ ศีรษะกระแทกพื้นปูน ไม่สลบไม่มึนปวดแผล แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเข้าตรวจสอบบังคับประตูห้องนำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการปวดศีรษะ ไม่อาเจียน มีอ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan โรงพยาบาลสมุทรปราการตามสิทธิการรักษา พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule และกลับมารักษาตัวที่หอผู้ป่วย 4 วันที่ 14 สิงหาคม 2565 18 วัน แพทย์ให้ย้ายมาฟื้นฟูสภาพที่หอผู้ป่วย 2 วันที่ 1 กันยายน 2565 เพื่อฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

50 ปีก่อน มีผื่นแดงขึ้นที่บริเวณหลัง ใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง ลักษณะมีขอบชัดเจน ไม่มีอาการคัน เริ่มชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ได้มาตรวจที่สถาบันราชประชาสมาสัย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนรับยาครบแล้ว

ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

แพ้ยา Amlodipine และยา Streptomycin (มีอาการปากบวมเวลาแพ้ยา) ภูมิแพ้ แพ้อาหารและสารเคมีชนิดต่าง ๆ

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยสถานภาพหม้าย สามีเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนและเสียชีวิตแล้วเมื่อ 5 ปีก่อน มีบุตรสาว 1 คน บุตรสาวไปอยู่กับญาติที่พระนครศรีอยุธยาและมีครอบครัวแล้วนานๆจะมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยมีพี่ชาย 1 คน น้องสาว 1 คน ผู้ป่วยมาอาศัยที่สถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งแต่อายุ 15 ปี และไม่ได้กลับบ้านเนื่องจากกลัวคนที่บ้านรังเกียจ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคเรื้อนหรือโรคทางพันธุกรรม บิดา มารดา เสียชีวิตแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยหญิง อายุ 79 ปี สถานภาพหม้าย สีหน้าเศร้าหมอง รูปร่างผอม ผิวสองสี ผมหงอกเลื้อย ใส่สาย NG tube no.16 ที่จมูกซ้าย ผู้ป่วยนั่งบนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน อ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 ริมฝีปากข้างขวาตก ตรวจสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 140 เซนติเมตร น้ำหนัก 40 กิโลกรัม

ตารางที่ 2 การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษารายที่ 1

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ทางชีวภาพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120 / 60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 140 เซนติเมตร
สภาพร่างกาย	รูปร่างผอม ผิวสองสี สีหน้าอ่อนเพลียและวิตกกังวล
ศีรษะและใบหน้า	รูปร่างศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้างไม่พบรอยแผลเป็น ผมตรงสีขาวดอกเลาเคยได้รับอุบัติเหตุลิ้นในห้องน้ำเมื่อ 14 สิงหาคม 2565 ศีรษะกระแทกพื้น ไม่มีบาดแผล ไม่สลับ
ตา	ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัด เยื่อบุตาซีด หลับตาได้สนิท ตาไม่แดง ไม่มีตามัวหรืออาการเคืองตา ไม่พบต่อกระจกหรือต้อลม
หู	หูทั้ง 2 ข้างสมมาตร มีลักษณะปกติ ได้ยินเสียงชัดเจน
คอ	ไม่พบอาการคอแข็งเกร็ง คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีก้อนโต มีอาการกลืนลำบาก การออกเสียงปกติ เสียงไม่แหบ
ริมฝีปาก	ริมฝีปากข้างขวาตก แห้งเล็กน้อยไม่ซีด
ฟัน	เนื้อฟันสีเหลืองไม่มีฟันผุ
ระบบทางเดินหายใจส่วนบน	ใส่สาย NG tube no.16 ที่จมูกซ้ายตรวจบริเวณช่องจมูกปกติไม่พบเยื่อบุจมูกสีแดง จมูกไม่ยุบ ไม่บิดเบี้ยว กัดไม่เจ็บ ไม่มีประวัติเป็นไซนัสอักเสบ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก และใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท ตรวจไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง
ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง	คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต ไม่พบอาการกดเจ็บฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 ครั้ง/นาที
การรับรู้ความรู้สึก	มีอาการมือชาและเท้าชาข้างขวา
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีอาการแสบขัด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ไม่มีผื่นหรือแผลที่อวัยวะเพศ
ด้านจิตใจและอารมณ์	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition)

2.2.1 การรับรู้ (Perception)

ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ตามปกติ ตาทั้งสองข้างไม่มัว การได้ยินปกติสามารถตอบคำถามได้โดยไม่ต้องใช้เสียงดัง การไต่กลิ่นและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วย การรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2 ความจำ (Memory)

ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ เช่น เหตุการณ์ก่อนมาโรงพยาบาลว่าตนเองมีอาการอย่างไร และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

2.2.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability)

ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดต้องมีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือบางส่วนเช่น การแต่งตัว การหิวนม ด้วยตัวเองเนื่องจากแขน-ขา ชีงขาอ่อนแรงเกรด 2

2.2.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition)

ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 8 ปีและโรคไขมันในเลือดสูง จากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็มจึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest)

ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนา

2.2.6 ความตระหนักในสถานะของตนเอง (Self Awareness)

ผู้ป่วยตระหนักในสถานะของตนเอง โดยตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงมา จากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็มจึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ร่างกายชีกขาอ่อนแรง จึงต้องมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด

2.2.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance)

ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็มแต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจนทำให้ร่างกายชีกขาอ่อนแรง

2.2.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern)

ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองเนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็ม

2.2.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits)

ผู้ป่วยค่อนข้างคิดมากขึ้นน้อยใจ มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีรายได้จากการขายสลากกินแบ่งรัฐบาล

2.3 ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency)

2.3.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเอาใจใส่ดูแลตนเองดี ประมาณ 8 ปีก่อนผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติแพทย์ปรับยาโรคความดันโลหิตสูงให้รับประทานยาขนาดน้อยลง ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยทานยาสม่ำเสมอและเริ่มรับประทานอาหารรสเค็มเพราะคิดว่าหายแล้วจะรับประทานยาก็ได้หรือไม่รับประทานยาก็ได้จะรับประทานยาเฉพาะมีอาการปวดหัวและตอนนึ้ได้ บางครั้งขาดยาเป็นอาทิตย์ จึงทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.3.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกายชีกซ้ายได้ดี ชีกขาอ่อนแรงเกรด 2

2.3.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายชีกซ้ายได้ดีแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายชีกขวา เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้มือข้างซ้ายยกมือข้างขวาวางที่หมอนเพื่อไม่ให้นอนทับมือข้างขวาและการยอมใส่สาย NG tube ทางจมูกเนื่องจากมีอาการสำลักยังรับประทานอาหารทางปากไม่ได้

2.3.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปอยู่บ้าน

2.3.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม คือ เมื่อแพทย์ให้ย้ายมารักษาที่หอผู้ป่วย 2 เพื่อทำกายภาพผู้ป่วยยินยอมเพราะไม่สามารถทำกายภาพด้วยตัวเองได้ที่บ้าน

2.3.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วยมากจะมาแผนกฉุกเฉินเพราะมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่อยู่ตลอดเวลา

2.3.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพราะร่างกายช็อกขวาที่ผู้ป่วยถนัดกลืนเนื้ออ่อนแรงเกรด 2

2.3.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยใช้มือซ้ายยกมือขวาในตอนเช้าทุกวันและมีการใช้มือซ้ายยกมือขวาด้วยตัวเองเมื่อเจ้าหน้าที่ช่วยพยุงตัวผู้ป่วยขึ้น

2.3.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยหลังจากเจ้าหน้าที่ช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยใช้มือซ้ายยกมือขวาในตอนเช้าทุกวัน

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

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite)

3.1.1 อากาศ : การดำรงซึ่งอากาศที่พอเพียง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาทีจังหวะสม่ำเสมอ ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะซีด

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการดำรงไว้ซึ่งความต้องการอากาศที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.2 อาหารและน้ำ : การดำรงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีปากเปื่อยشقขวากลิ่นลำบากรับประทานอาหารทางปากไม่ได้แพทย์ใส่สาย NG tube และให้อาหารทางสายให้อาหาร เป็น BD(1:1) 200 ml × 4 feed ผู้ป่วย รับประทานอาหารได้ทุกมื้อไม่มี content ได้รับน้ำประมาณ 1500 มิลลิลิตรต่อวัน

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายแต่ให้ทางสาย NG tube จึงมีความพร่องในการรับประทานอาหารเองทางปาก

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

ข้อมูล : ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 3 วันครั้ง เป็นกระสุนแข็ง

: ผู้ป่วยปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง สีเหลืองใสไม่มีปัสสาวะแสบขัด ปริมาณ 800 – 1000

มิลลิลิตรต่อวัน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในการคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

3.1.4 ความสมดุระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน : เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาการนอนหลับๆ ตื่นๆ กังวลกลัวไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการพักผ่อน

3.1.5 ความสมดุระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเป็นคนร่าเริง ชอบคุยกับเพื่อนบ้าน โอบอ้อมอารี ชอบแบ่งปันสิ่งของกับเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาอยู่คนเดียวได้โดยการอ่านหนังสือและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

สรุป : ผู้ป่วยมีความสมดุระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะป้องกันอุบัติเหตุในการดำเนินชีวิต เช่น การเอามือซ้ายยกมือขวาไว้ที่หมอนเวลานั่ง

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตชิวจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยอ่อนแรงชิวขา

3.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ

3.2.1 ความต้องการตามพัฒนาการ

ข้อมูล : ในวัยเด็กผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างดี เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานะภาพหม่าย ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยคนพิการ 500 บาทต่อเดือนมีปัญหาหนี้สินเล็กน้อยแต่สามารถจัดการกับปัญหาได้

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในความต้องการตามพัฒนาการ

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

ข้อมูล : สถานะหม่าย เมื่อผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisite)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนสำหรับผู้พิการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จะไปรักษาที่การพยาบาลชุมชน

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง

3.3.2 การรับรู้ สนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ตนเองเป็นภาวะโรคหลอดเลือดสมองทำให้ร่างกายชิวขาอ่อนแรงแต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพ

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายบนเตียง แต่ยังทำได้ช้าต้องใช้เวลานานเนื่องจากผู้ป่วยถนัดชิวขา

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าอ่อนแรงชิวขา แต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพและจะต้องนอนโรงพยาบาลอีกนานแค่ไหน

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยเพราะคิดว่าเป็นเคราะห์กรรม และคิดว่าเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารไม่เหมาะสม

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าภาวะสมองขาดเลือดทำให้อ่อนแรงซีกขวาผู้ป่วยจึงต้องฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ได้ตามขีดความสามารถของตัวเองเพื่อสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดแต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพว่าต้องนอนโรงพยาบาลกี่วันจึงจะสามารถกลับไปอยู่บ้านได้และเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องปฏิบัติอย่างไร

สรุป: ผู้ป่วยมีการยอมรับภาวะสุขภาพและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 3 แผนการรักษาของแพทย์กรณีศึกษาครั้งที่ 1

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
1 กันยายน 2565 เวลา 10.30 น.	ย้ายหอผู้ป่วย 2	-ส่งกายภาพบำบัด จันทรี, พุฒ, ศุภกร -Record V/S - BD (1:1) 200 ml x 4 feed Med -Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs - Omeprazole(20) 1 x1 oral ac -Paracetamol (500mg) 1tab oral prn for fever -ASA gr 1 x1 oral pc -Dextromethorphan 1 x3 oral pc
10 กันยายน 2565 เวลา 10.30 น.	ส่งปรึกษากายภาพประเมินการกลืน	- Off BD (1:1) 200 ml * 4 feed -โจ๊กปั่น
20 กันยายน 2565 เวลา 09.00 น.		-Senokot 2 tab oral hs - vasaline oilment ทาผิวแห้ง
4 ตุลาคม 2565 เวลา 10.45 น.		- Off Dextromethorphan 1 x3 oral pc -Off โจ๊กปั่น -อาหารอ่อน
16 ธันวาคม 2565 เวลา 09.35 น.	ปวดไหล่ขวา ส่งปรึกษากายอุปกรณ์ เบ็ก Arm sling	-Mydocalm 1 x3 oral pc
23 มกราคม 2566 เวลา 08.30 น.	เจาะเลือดเพื่อวางแผนการจำหน่ายลง อ.ชรา 5 CBC, BUN, Cr, Electrolyte, FBS, Lipid Profile, LFT, CXR, EKG, UA	

แผนการรักษาของแพทย์(ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
11พฤศจิกายน 2566 เวลา 10.00 น.	จำหน่าย -นัดติดตามการรักษา 11 ธันวาคม 2566 ที่ OPD MED ยากกลับบ้าน -Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs/30 tab -Omeprazole(20) 1 x1 oral ac/30 tab -ASA gr 1 x1 oral pc/30 tab -Paracetamol (500mg) 1tab oral prn for fever/20	

ผลตรวจ CT SCAN OF THE BRAIN

IMPRESSION;

- 1.Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule.
- 2.An 8-mm mucous retention cyst at left maxillary sinus.
- 3.Encephalomalatic change at right frontal lobe.

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ผลปกติ

ผลตรวจ X-RAY

ผลปกติ

ตารางที่ 4การตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษารายที่ 1

ว.ด.ป.	ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
24 มกราคม 2566	Glucose	70-99 mg/dL	84 mg/dL	ปกติ
	Blood Urea Nitrogen	5-20 mg/dL	30 mg/dL	ผิดปกติ
	Creatinine	0.6-1.4 mg/dL	0.90 mg/dL	ปกติ
	Total Protein	6.6-8.7 mg/dL	7.1 mg/dL	ปกติ
	Albumin	3.5-5.2 g/dL	3.6 g/dL	ปกติ
	Globulin	2.5-3.5 g/dL	3.5g/dL	ปกติ
	Direct Bilirubin	0.0-0.3 g/dL	0.2 g/dL	ปกติ
	Total Bilirubin	0.0-1.0 g/dL	0.4 g/dL	ปกติ
	SGOT	0-40 U/L	17 U/L	ปกติ
	SGPT	0-40 U/L	6 U/L	ปกติ
	ALP	26-120 U/L	81 U/L	ปกติ
	Serum Na+	135-150 mmol/L	138 mmol/L	ปกติ
	Serum K+	3.5-5.0 mmol/L	3.5 mmol/L	ปกติ
	Serum CL-	95-110 mmol/L	108 mmol/L	ปกติ
	TCO2	22-29 mmol/L	20 mmol/L	ปกติ
	Color from Urine	Yellow	Yellow	ปกติ
	Transparency	Clear	Clear	ปกติ
	WBC in Urine	0 - 1 HPF	0-1HPF	ปกติ
	RBC in Urine	0 - 1 HPF	1-2 HPF	ปกติ
	Epithelium	0 - 1 HPF	0-1 HPF	ปกติ
	Cast in Urine	Negative	Negative	ปกติ
	Mucous Thread in Urine	Negative	Negative	ปกติ
	WBC	4.00- 10.00x10 ³ /UL	4.95 x10 ³ /UL	ปกติ
	Neu	50.0 - 70.0%	69.0%	ปกติ
	Lym	20 - 40%	22 %	ปกติ
	Mon	3.0-12.0 %	5 %	ปกติ
	Eos	0.5-5.0 %	2 %	ปกติ
	Bas	0.0-1.0 %	0.0%	ปกติ
	RBC	3.50-5.00x10 ⁶ /UL	4.01x10 ⁶ /UL	ปกติ
	HGB	11.0-15.0g/dl	12.1g/dL	ปกติ
	HCT	37.0-47.0 %	36.6%	ปกติ
	MCV	80.0-100.0 fL	91.1 fL	ปกติ
	PLT	140-400x10 ³ /UL	235x10 ³ /UL	ปกติ

ตารางที่ 5 การตรวจร่างกาย / พยาธิสภาพ / การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

รายการ เปรียบเทียบ	ทฤษฎี	ผู้ป่วย
พยาธิสภาพ	ชนิดขาดเลือด(Acute Ischemic stroke)เกิดจากเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ทำให้เนื้อสมองตายเป็นหย่อม ได้แก่ ลิ่มเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือดและหลุดลอยมาอุด เกิดจากความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพราะทั้งสองกรณีทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง จึงทำให้เกิดอาการขึ้นซ้ำ	ผล CT scan มี Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule มีประวัติความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเป็นมา 8 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
อาการ และอาการ แสดง	อาการ ธรอมโบซิสจะเกิดขึ้นช้าๆประมาณร้อยละ 30-50 จะมีอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าก่อนนอนอาการปกติดีทุกอย่างแต่พอตื่นนอนตอนเช้าจะมีอาการอ่อนเพลีย แขน – ขา ไม่มีแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ผู้ป่วยจะไม่หมดสติ	2 ชั่วโมงก่อนมารักษาผู้ป่วยลื่นล้มในห้องน้ำ ศีรษะกระแทกพื้นปูน ไม่สลบไม่มีบาดแผล แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเข้าตรวจสอบจุดประตูห้องนำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วย มีอาการปวดศีรษะ ไม่อาเจียน มีอ่อนแรงซีกขวากำลึงกล้ามเนื้อเกรด 2
การรักษา	-ให้ยาต้านการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดหรือยาแอสไพริน -การป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานไขมันในเลือดสูง -การช่วยให้ออกกำลังกายบางส่วนด้วยตัวเองเพื่อให้ส่วนที่พิการไม่หยิ่งอ โดยช่วยเคลื่อนไหวบนเตียงก่อน หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ถ้าอาการดีขึ้นพาผู้ป่วยลงนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็นได้	- ASA gr I 1 เมื่อรับประทานหลังอาหารเช้า - Atorvastatin (40mg) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งรับประทานก่อนนอน -ส่งทำกายภาพบำบัด

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม จากกรณีศึกษา 2 ราย

โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 รวบรวมเป็นปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและได้วางแผนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้แก่

- 1.ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)
- 2.ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
- 3.ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

ซึ่งมีปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 8 หัวข้อดังนี้

- ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง
- ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก
- ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวาอ่อนแรง
- ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
- ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยปวดหัวไหล่ข้างขวา
- ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก
- ปัญหาที่ 7 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไป อ.ชรา5

ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand : TSCD)

เยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่ 10 กันยายน 2565 เวลา 15.00 น.) ที่หอผู้ป่วย 2

ผู้ป่วยนอนบนเตียง สีหน้าอ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่องกังวลเรื่องอ่อนแรงขาซีกขวาอ่อนแรงซีกขวากำลึงกล้ามเนื้อเกรด 2 ริมฝีปากขวาตกใส่สาย NG tube จมูกซ้าย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ป่วยบอกว่าไม่ถ่ายอุจจาระ 4 วัน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 140 เซนติเมตร น้ำหนัก 40 กิโลกรัม

TSCD 1 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนแรงซีกขวากำลึงกล้ามเนื้อเกรด 2 พุดไม่ชัด
2. ผลทำ CT scan มี Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

เกณฑ์การประเมิน

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

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง

3. ดูการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ โดยจัดให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 15–30 องศา จัดท่าศีรษะ สะโพกไม่หักพับงอเพื่อให้การไหลเวียนของหลอดเลือดดำไหลเวียนดีขึ้นและไปเลี้ยงสมองได้สะดวก

4. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักหลับได้โดยจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นกรณีผู้ป่วยยังนอนไม่หลับรายงานแพทย์รับทราบเพื่อให้ยานอนหลับ

5. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมในการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัว การเบ่งถ่าย การไอ เป็นต้น

การประเมินผล

1. Glasgow Coma Scale = 15 คะแนน

2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนแรงซีกขวากำลึงกล้ามเนื้อเกรด 2

3. ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยไม่เกิดการสำลักและได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มุมปากขวาตกทำให้กลืนและเคี้ยวลำบาก
2. ใส่สาย NG tube feed BD (1:1) 200 ml x 4 feed
3. ผลทำ CT scan มี Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule
4. แพทย์ส่งปรึกษากายภาพเพื่อประเมินการกลืน

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันการสำลัก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้
3. ไม่มีอาการไอ หายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

1. ก่อนให้อาหาร BD (1:1) 200 ml x 4 feed และยาทางสายให้อาหารดูแลป้องกันการสำลักโดย
 - 1) จัดท่านอนหัวเตียงสูง 30-40 องศา
 - 2) ระหว่างและหลังให้อาหารทางสายยาง 1 ชั่วโมง
 - 3) ทำความสะอาดช่องปากก่อนให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา
 - 4) Test feeding ตรวจสอบ Gastric content หากมีมากกว่า 100 มิลลิตร ให้ยืดระยะเวลาการให้อาหารออกไป 1 ชั่วโมง หากยังมากกว่า 100 มิลลิตรให้งดอาหารมือนั้นและรายงานแพทย์รับทราบ
2. ประเมินการกลืนดังนี้
 - 1) ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัวตื่นมากกว่า 15 นาที และประคองศีรษะในท่าตรงได้
 - 2) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลายได้
 - 3) ประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำลาย ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก

4) ประเมินความแข็งแรงและความสามารถในการใช้ลิ้น โดยให้ผู้ป่วยสามารถแลบลิ้นออกมานอกปากได้ และใช้ลิ้นแตะที่ริมฝีปากบนและริมฝีปากล่างซ้าย ขวาได้

5) ประเมินความสามารถในการไอและกระแอมในลำคอได้

6) ประเมินคุณภาพเสียงผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง อา โอ

7) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำได้

3.ส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการประเมินการกลืนและบริหารกล้ามเนื้อในการกลืนอาหาร

4.ประเมินความสามารถในการรับประทานโจ๊กปั่นข้นและปรับลักษณะอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืน

5.ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนทุกวัน โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง อา อุ อี อือ ออ บริหารลิ้น โดยดันลิ้นไปข้างบนกระพุ้งแก้มซ้าย ขวา ดันขึ้นจนเพดานปาก แลบลิ้นครึ่งละ 5 นาที ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

6.ประเมินภาวะกลืนลำบากอย่างสม่ำเสมอโดยสังเกตการสำลัก ขณะกลืนอาหารหรือน้ำ

7.จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยมีสมาธิในการรับประทานอาหาร ไม่ชวนผู้ป่วยคุย

8.ดูแลเรื่องการปรับอาหารโดยปรึกษานักโภชนาการ แพทย์เจ้าของไข้และติดตามประเมินร่วมกับการฝึกกลืนของนักกายภาพบำบัดในการปรับระดับอาหารผู้ป่วยดังนี้

1) ชื่นเป็นเนื้อเดียว

2) เหลวเนื้อนิ่มกลืนง่าย

3) แข็งและเหนียวใกล้เคียงกับอาหารปกติ

4) อาหารปกติชิ้นเล็กพอคำ

9.ติดตามผลโดยบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในแต่ละวัน

10.ตรวจสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิ ร่างกาย

11.บันทึกสารน้ำที่ได้รับกับปริมาณสารน้ำที่ถูกขับออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง

การประเมินผล

1.ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที

2.ผู้ป่วย feed BD (1:1) 200 ml x 4 feed รับประทานได้ไม่มี content

3.ยังรับประทานอาหารทางปากไม่ได้

TSCD 3 คงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวาท่อนล่าง

ข้อมูลสนับสนุน

1.ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขน ขาข้างขวา พบอ่อนแรงเกรด 2

2.แต่งตัวเองไม่ได้

3.ใส่สาย NG tube เพื่อให้อาหารทางสายยาง

4.ใส่แอมเพิส

5.เคลื่อนย้ายตัวเองไม่ได้

6.อาบน้ำเองไม่ได้

7. ADL= 4 คะแนน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่าย อุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเองได้

เกณฑ์การประเมิน

1.ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่าย อุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง

2.ประเมิน ADL คะแนนเพิ่มขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

1.ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อ แขนขา เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลได้ ตามระดับ ความสามารถของผู้ป่วย

2.ส่งกายภาพ วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ ตามแผนการรักษาและสอนแนะนำผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Passive Exercise กับแขนและขาข้างขวาที่อ่อนแรง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (ครั้งละ 15-20 นาที เป็นอย่างน้อย) เพื่อป้องกันข้อติด และฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อให้แข็งแรง

3.จัดสิ่งของและเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันที่เป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่ายโดยวางด้านขวาที่อ่อนแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อวัยวะด้านที่อ่อนแรง

4.ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย

1)ประเมินการกลืน/สอนการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอาหาร/วิธีการรับประทานอาหาร /
ปรึกษานักโภชนาการเพื่อปรับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2)สอนการใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว

3)กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการพัฒนาในการเคลื่อนย้าย เช่น เคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น หรือเก้าอี้
การลุกยืน

4) ฝึกปัสสาวะ/อุจจาระดังนี้

- กลางวันโดยใช้หมอนอนให้ถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมงไม่ต้องรอให้รู้สึกว่างปัสสาวะเต็ม
- ช่วยนวดคลึงหน้าท้องและเหนือหัวหน่าวด้วยแรงพอสมควรพร้อมทั้งออกแรงเบ่ง
- สอนให้ผู้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงโดยใช้ท่ายกกันขึ้นลงวันละหลายๆครั้งเพื่อช่วยให้ขับปัสสาวะได้มากขึ้นและมีปัสสาวะเหลือค่าน้อยที่สุด

- จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนและปิดมิดชิดเวลาขับถ่าย จัดให้ผู้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่เหมาะสมและกระตุ้นการขับถ่ายโดยการรดน้ำลงบนอวัยวะเพศหรือเปิดน้ำก๊อกให้ได้ยินเสียงน้ำไหล

- ประเมินลักษณะและช่วงเวลาขับถ่ายปกติและช่วยให้ผู้ป่วยอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวันหากผู้ป่วยมีอาการท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระเหลวควรรายงานแพทย์

5.กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามคำแนะนำนักกายภาพบำบัด

6.ให้กำลังใจผู้ป่วยและประเมินผลการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการฝึกทักษะและการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเพื่อเพิ่มแรงเสริมทางบวก

7.สอนแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยมีการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าบนเตียงได้ถูกต้องตลอดเวลา รวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆเช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียง

8.ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง

9.จัดทำไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับข้างที่อ่อนแรงนานๆและควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารทางปากไม่ได้
- 2.การแต่งตัว สามารถใส่เสื้อได้แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้ และยังไม่สามารถใส่ถุงเท้าได้
- 3.การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เองแต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำให้ไม่สามารถอาบน้ำข้างหลังได้
- 4.การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี
- 5.ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้แต่สามารถใช้มือซ้ายจับมือขวาวางที่หมอนได้และสามารถยกมือขวาขึ้นลงได้ส่วนขาซ้ายยังไม่สามารถยกขาขวาได้จากทรงตัวไม่ดี
- 6.ประเมิน ADL=6 คะแนน

TSCD 4 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น วิตกกังวลกับโรคที่เป็นบอกว่าจะเดินได้เหมือนเดิมหรือเปล่า

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ปฏิบัติการกรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้

1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆให้ผู้ป่วยระบายนความรู้สึกลึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเพื่อประเมินการรับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถและสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วย

2.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคการรักษาพยาบาลคร่าวๆและแนะนำวิธีการ ปฏิบัติตัวให้สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล

3.ให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์และการรักษาพยาบาลโดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล

4.อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

6.นัดแพทย์ให้มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วยในการรักษาโดยตรงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเพื่อเสริมความเข้าใจที่ดีต่อกัน

7.สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่อ่อนโยนทุกครั้งเพื่อลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด

8.สังเกตพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การช่วยเหลือได้อย่าง เหมาะสม

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่
- 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
- 3.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง

เยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 16 ธันวาคม 2565 11.00 น)

ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบายหน้านิ่วคิ้วขมวด ริมฝีปากขมวดเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนประเมิน ADL= 8 คะแนน แขน-ขาขวาอ่อนแรงเกรด 3 ผู้ป่วยบ่นปวดไหล่ขวา Pain score =3 คะแนน ผู้ป่วยบ่นแน่นท้องไม่ถ่ายมา 4 วัน ถ่ายอุจจาระตอนเช้าวันนี้ออกเป็นเม็ดกระสุน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/70 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 140 เซนติเมตร น้ำหนัก 40 กิโลกรัม

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง ปัญหาหมดไปหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สมอง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก ปัญหาหมดไป ผู้ป่วยไม่มีการสำลัก และสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาขวาอ่อนแรง ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลประเมิน ADL= 8 คะแนน โดยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้ ตักอาหารได้เองโดยใช้มือข้างซ้าย สามารถล้างหน้า แปรงฟันได้เอง สวมใส่เสื้อผ้าเองมากกว่า 50% ลูกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้โดยช่วยพยุงเล็กน้อย การเข้าห้องน้ำมีคนช่วยบางสิ่ง ส่วนการกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่กลั่นได้บางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และการกลั่นถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากลั่นได้ปกติ

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย และเพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 5 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะปวดหัวไหล่ข้างขวาและการพักผ่อนได้

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยปวดหัวไหล่ข้างขวา

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ปวดไหล่ขวา Pain score =3 คะแนน
- 2.ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่วคิ้วขมวด

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อลดอาการปวดหัวไหล่ข้างขวา
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ปวดไหล่ขวาลดลง pain score = 0 – 1 คะแนน
- 2.ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีหน้า ท่าทางสดชื่นขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

- 1.ประเมินอาการปวดหัวไหล่ข้างขวา
- 2.ให้ยา Mydocalm 1 x3 oral pc ตามแผนการรักษาและประเมินอาการปวดซ้ำหลังให้ยา 1 ชั่วโมง
- 3.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ shoulder Subluxation ดังนี้

1) การจัดท่าทางที่ถูกต้องในท่านอนโดยท่านั่งจัดให้นอนพักบนเตียงในท่านอนหงาย ศีรษะและลำตัวอยู่แนวตรงหรือหันหน้าไปด้านที่เป็น ข้างที่อ่อนแรงเล็กน้อย แขนข้างที่อ่อนแรงกางออกและวางบน หมอน ข้อศอกเหยียด หางมือขึ้น ข้อมือตรง นิ้วมือ เหยียดและกางออก

2) การใช้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่ที่ถูกต้อง

4.ใส่อุปกรณ์ประคองข้อไหล่และกระตุ้นให้มีการใช้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะ shoulder Subluxation

5.ช่วยเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของข้อไหล่ เช่น ห้ามดึงรั้งกระซอกแขนที่อ่อนแรง

ประเมินผล

1.ปวดไหล่ขาลดลง pain score = 0 – 1 คะแนน

2.ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักได้

TSCD 6 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน

2.ถ่ายเป็นลูกกระสุนประมาณ 4 ก้อน

3.ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 ครั้งนาที

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1.ลักษณะอุจจาระเป็นเส้นนุ่มไม่แข็ง

3.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง

2.ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 1-2วัน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

1.ประเมินอาการไม่ถ่ายอุจจาระ

2.จัดอาหารที่มีกากใยสูง

3.ดื่มน้ำมากกว่า1000cc/วัน

4.ออกกำลังกายบนเตียงเพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว

5.ให้ผู้ป่วยรับประทานยา Senokot 2 เม็ดก่อนนอน ตามแผนการรักษา

6.นัดหน้าท้องเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอช่วยลด

อาการท้องอืดช่วยบรรเทาอาการท้องผูกและการคั่งค้างของอุจจาระในลำไส้ใหญ่

7.สังเกตความถี่ ปริมาณอุจจาระและลักษณะอุจจาระที่ขับถ่ายออกมา

ประเมินผล

1.ลักษณะอุจจาระเป็นเส้นนุ่มไม่แข็ง

2.ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 2 วันครั้ง

3.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง

4.ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5 ครั้งนาที

เยี่ยมครั้งที่ 3 (25 มกราคม 2566 เวลา 11.00 น.) ที่หอผู้ป่วย 2

ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย ถามตอบรู้เรื่อง สอบถามพยาบาลว่า "ฉันจะกลับไปอยู่บ้านคนเดียวได้ไหมถ้ากลับบ้านได้ฉันต้องเตรียมตัวอย่างไรบ้าง" ADL= 8 คะแนน โดยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้ ตักอาหารได้เองโดยใช้มือข้างซ้าย สามารถล้างหน้า แปรงฟันได้เอง สวมใส่เสื้อผ้าได้เองมากกว่า 50% ลูกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้โดยช่วยพยุงเล็กน้อย การเข้าห้องน้ำมีคนช่วยบางส่วน ส่วนการกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่กลั้นได้บางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และการกลั้นการถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั้นได้ปกติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/65 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 140 เซนติเมตร น้ำหนัก 40 กิโลกรัม

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยปวดหัวไหล่ข้างขวา ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่ปวดหัวไหล่ข้างขวาและไม่มีหัวไหล่ขวาหลุดสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหัวไหล่หลุดได้ถูกต้อง

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องผูก ถ่ายอุจจาระ 2 วันครั้ง การเคลื่อนไหวของลำไส้ 8 ครั้ง/นาทีก และเพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 7 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไป อาคารพักชรา 5

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวาเกรด 3 บกพร่องกิจวัตรประจำวัน ADL= 8 คะแนนไม่สามารถอยู่บ้านคนเดียวได้
- 2.จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและพยาบาลชุมชนพบปัญหาดังนี้
 - ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่มีเงินจ้างคนดูแล
 - ผู้ป่วยไม่มีเตียงนอน นอนติดพื้น
 - ห้องน้ำประตูแคบไม่สามารถนำรถเข็นเข้าได้และไม่มีราวจับ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าพักใน อ.ชรา 5 ตามแนวทางการเข้าพักอาคารพักชรา 5

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแนวทางการเข้าพักอาคารพักชรา 5 ครบถ้วนถูกต้อง
- 2.ผู้ป่วยเข้าพักใน อาคารพักชรา 5
- 3.ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

1.ประเมิน ADL เพื่อวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลหอผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยพบว่าเป็นกลุ่มพึ่งพิง (Dependent) ร่วมประชุมกับพยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด จัดทำแผนการดูแลระยะยาวโดยคำนึงถึงความสามารถจำกัดของผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน และไม่มีผู้ดูแล

2.ฟื้นฟูและสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองดังนี้

1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ADL= 8 คะแนน อ่อนแรงซีกขวา ไม่สามารถอาบน้ำแต่งตัว/เดิน/ลุกนั่ง/ลุกจากที่นอนได้เอง พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับนักกายภาพบำบัด ฝึกการพลิกตัวบนเตียง

การนั่งทรงตัว การลุก-นั่ง การเดินโดยใช้ walker หรือ wheelchair แนะนำการใช้ arm sling และ ท่าทางที่ปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายประเมินและสังเกตเพื่อจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น เตียงคนไข้ รถเข็น รวบรวม

2) ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ แต่ต้องจัดท่านั่งที่เหมาะสมพยาบาลวางแผนร่วมกับนักโภชนาการ จัดอาหารนุ่ม ไม่แข็งหลีกเลี่ยงการคุยขณะกินรับประทานที่ละคำอย่างช้า ๆ ฝึกเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในอาคารพักชรา 5 ให้สามารถช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหารและป้องกันการสำลัก

3) ประเมินความสามารถในการรับประทานยา พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับเภสัชกร ให้ความรู้เรื่องการช้ยา ASA (81mg) ป้องกันหลอดเลือดอุดตัน ระวังเลือดออกง่าย จุดจ้ำ/ฟกช้ำผิดปกติ ต้องรีบแจ้งแพทย์ ยา Atorvastatin (40mg) ลดไขมัน สังเกตผลข้างเคียง เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ยา Omeprazole (20mg) ลดกรดสอนเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในอาคารชรา 5 ให้สามารถดูแลและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์

3.ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา เดินไม่ได้โดยลำพังวางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาลชุมชนนักกายภาพบำบัดนัก ฝึกการออกกำลังกายบนเตียง และการเคลื่อนไหวเบื้องต้นฝึกการย้ายท่าอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน (ไหล่หลุด, แผลกดทับ)

4.พยาบาลสอนผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลของอาคารพักชรา 5 โดยใช้รูปแบบ DMETHOD ดังนี้

1) D = Disease (โรค) พยาบาลให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในอาคารพักชรา 5 เกี่ยวกับลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองตีบซีกซ้าย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแรงซีกขวาระดับเกรด 3 ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว การทรงตัว การใช้งานแขนขวา และการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกนั่ง การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร เป็นต้น อธิบายสาเหตุของโรคว่าเกิดจากการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ซึ่งมักสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเน้นย้ำให้ผู้ดูแลตระหนักว่าโรคหลอดเลือดสมองอาจมีอาการกำเริบซ้ำได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายประการ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เช่น อาการอ่อนแรงซีกเดิมมากขึ้น พูดไม่ชัดเฉียบพลัน หน้าเบี้ยว เดินเซ หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง หากพบอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทันที

2) M = Medication (ยา) สอนเรื่องยาและวิธีรับประทานยาและสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังให้ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในอาคารพักชรา 5 ดังนี้

(1) ยา ASA 81 mg (Acetylsalicylic Acid) เป็นยาต้านเกร็ดเลือด วัตถุประสงค์ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมองซ้ำ วิธีใช้ รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ข้อควรระวัง ห้ามหยุดยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ภาวะแทรกซ้อน เลือดออกง่าย เช่น เลือดออกตามไรฟัน จ้ำเลือด ฟกช้ำ การสังเกตอาการข้างเคียงหากพบเลือดออกผิดปกติ อุจจาระดำ อาเจียนเป็นเลือด ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

(2) ยา Atorvastatin 40 mg เป็นยาลดไขมันในเลือด วัตถุประสงค์ลดระดับไขมันในเลือด ป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำวิธีใช้ รับประทานวันละ 1 เม็ด ก่อนนอน ข้อควรระวัง ห้ามรับประทานร่วมกับยาบางชนิดโดยไม่ปรึกษาแพทย์ภาวะแทรกซ้อน ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ

อ่อนแรง ปัสสาวะมีสีเข้มผิดปกติการสังเกตอาการข้างเคียง หากพบอาการปวดกล้ามเนื้อรุนแรง หรือมีอาการผิดปกติจากระบบกล้ามเนื้อ ควรหยุดยาและพบแพทย์ทันที

(3) ยา Omeprazole 20 mg เป็นยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร วัตถุประสงค์ ป้องกันแผลในกระเพาะอาหารจากการใช้ยา ASA วิธีใช้ รับประทานวันละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ข้อควรระวัง ไม่ควรใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายกันโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ภาวะแทรกซ้อน ท้องอืด คลื่นไส้ ปวดท้อง การสังเกตอาการข้างเคียง หากมีอาการปวดท้องรุนแรง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีอาการแพ้ ควรหยุดยาและรีบพบแพทย์

3) E = Environment & Economic ปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยต่อการดูแลผู้ป่วยอัมพาตข้อควรสังเกต/สิ่งที่ต้องจัดการคือ ปรับสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในพื้นที่ปลอดภัย เตียงนอนสามารถปรับระดับสูง-ต่ำ ได้ , ราวจับในห้องน้ำ, พื้นไม่ลื่น, ติดตั้งไฟสว่างเพียงพอผู้ป่วยต้องใส่ arm sling ข้างขวา ตลอดเวลาเว้นแต่ตอนนอนห้ามกระซกแซกขบขากการเคลื่อนย้ายต้องใช้เทคนิค "ยกไม่ลาก" เพื่อป้องกันไหล่หลุด

4) T = Treatment เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ มีภาวะแขนขาอ่อนแรงซีกขวา ช่วยเหลือตนเองได้น้อย พยาบาลจึงได้แนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ดังนี้

(1) การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

(1.1) การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดตัววันละ 1-2 ครั้ง เช็ดตามแนวกล้ามเนื้อจากบนลงล่างเน้นบริเวณข้อพับ คอ รักแร้ ขาหนีบ และซอกนิ้วใช้สบู่ที่อ่อนโยน และเช็ดตัวให้แห้งสนิททุกครั้งและทาโลชั่นบำรุงผิวทุกครั้งให้ผิวชุ่มชื้น

(1.2) การดูแลสุขภาพช่องปากแปรงฟันให้ผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง ด้วยแปรงขนอ่อนและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หากใส่ฟันปลอม ให้ถอดล้างและแช่น้ำยาทำความสะอาดทุกวัน

(1.3) การแต่งตัวแนะนำให้ใส่เสื้อผ้าที่สวมใส่สบาย เช่น เสื้อผ้าหน้าติดกระดุมใส่แขนข้างอ่อนแรงก่อน และถอดเป็นข้างสุดท้ายเพื่อความสะดวกในการดูแล

(2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีกหลีกเลี่ยงการยกหรือกระซกแซกข้างอ่อนแรงฝึกให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยนั่งทรงตัวบนเตียงหรือเก้าอี้อย่างมั่นคง สอนการใช้ arm sling อย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันไหล่หลุด แนะนำวิธีเคลื่อนย้ายจากเตียงลงรถเข็น โดยยืนพยุงด้านแข็งแรง และประคองด้านอ่อนแรงอย่างปลอดภัย

(3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(3.1) การจัดท่านอนพลิกตะแคงผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง สลับข้างใช้หมอนรองบริเวณข้อศอก สันเท้า เข่า และก้นกบเพื่อกระจายแรงกดใส่ที่นอนลมและปรับระดับให้เหมาะสมกับน้ำหนักตัวผู้ป่วย

(3.2) การดูแลผิวหนัง ตรวจสอบผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกเป็นประจำทุกวันทาโลชั่นเพิ่มความชุ่มชื้น หากผิวแห้งหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณที่มีรอยแดง

(4) อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น อาการสำลักอาหารหรือไอขณะรับประทานอาหาร แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น หรืออีกข้างเริ่มมีอาการอ่อนแรงพุทไม่ชัดมากขึ้น ซีมลงมีไข้ หรืออาการของการติดเชื้อ เช่น ปัสสาวะแสบขัด เสมหะมากมีแผลกดทับ หรือผิวหนังแดง/ลอกตามปุ่มกระดูกควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที ที่เบอร์โทรภายใน 1034 (การพยาบาลชุมชน)

5) H = Healthแนะนำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ดูแลสุขภาพทั่วไปทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งเสริมการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ดังนี้

(1) การป้องกันแผลกดทับ ใส่ที่นอนลมให้ผู้ป่วย พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ทั้งขณะตื่นและหลับใช้หมอนรองบริเวณที่รับแรงกด เช่น ข้อศอก สันเท้า สะโพก และหลังตรวจดูผิวหนังบริเวณกัน สะโพก และหลังอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหากพบรอยแดง ผิวถลอก หรือแผล ควรแจ้งพยาบาลทันที

(2) การดูแลสุขอนามัยและช่องปากแปรงฟันหรือเช็ดปากผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช็ดตัวให้ผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) โดยเฉพาะบริเวณข้อพับ รักแร้ ขาหนีบ และอวัยวะเพศ

(3) การดูแลระบบหายใจฝึกให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ และไอเบา ๆ วันละ 2-3 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะสังเกตอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือเสมหะมากผิดปกติ

(4) การดูแลระบบขับถ่ายกระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายให้เป็นเวลาตึมน้ำอย่างน้อยวันละ 7-8 แก้ว หากไม่มีข้อห้ามจากแพทย์สังเกตอาการ เช่น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะน้อย หรือท้องผูก และแจ้งพยาบาลหากมีอาการผิดปกติ

(5) การส่งเสริมสุขภาพจิตพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยทุกวัน ด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจวัตรประจำวันเท่าที่ทำได้หากพบอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หรือพฤติกรรมผิดปกติ ให้แจ้งพยาบาลเพื่อประเมินด้านจิตใจ

6) O = Outpatient Referral พยาบาลหอผู้ป่วยแนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลพร้อมทั้งส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้พยาบาลชุมชน ติดตามการรักษาในใบส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง (Doc.8) แนะนำให้พาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกอายุรกรรม วันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 เวลา 08:00 – 11:00 น.เพื่อประเมินอาการต่อเนื่องและปรับแผนการรักษาตามความเหมาะสม หากเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่นมีอาการสาหัส ไข้สูง ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะน้อยลง หรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแจ้งพยาบาลชุมชนที่เบอร์ภายใน 1034 และพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที

7) D = Diet พยาบาลหอผู้ป่วยทบทวนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในการจัดอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากและเสี่ยงต่อการสำลัก ดังนี้

(1) ชนิดอาหาร เลือกอาหารที่มีลักษณะนุ่ม เคี้ยวง่าย กลืนง่าย (เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ซุปเนื้อมัด) หลีกเลี่ยงอาหารมันจัด หวานจัด เค็มจัด และของทอด (เช่น อาหารผัดน้ำมันเยอะ ขนมหวาน ของหมักดอง) งดอาหารแข็งหรือเสี่ยงต่อการสำลัก (เช่น ถั่ว เมล็ดพืช ข้าวโพด ขนมกรอบ หรือเนื้อเหนียว)

(2) วิธีการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานทีละคำ เคี้ยวช้า ๆ ไม่เร่งรีบ (เพื่อให้การกลืนปลอดภัยและลดความเสี่ยงสำลัก) จัดท่าให้นั่งตัวตรง ศีรษะตรง ไม่เงยหน้าระหว่างรับประทานอาหาร (แนะนำให้ใช้เก้าอี้มีพนักพิงและให้ปลายเท้าแตะพื้น) ห้ามพูดคุยหรือหัวเราะขณะรับประทานอาหาร (เพื่อป้องกันการสำลักและการเข้าสู่หลอดลม)

(3) การดูแลหลังมื้ออาหารทำความสะอาดช่องปากและฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร (เช่น แปรงฟัน หรือเช็ดปากด้วยผ้าสะอาด) หากผู้ป่วยมีอาการสำลัก ไอ หรือหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร ให้หยุดให้อาหารทันที และ แจ้งพยาบาลเพื่อประเมินการกลืน

(4) การประสานงาน ส่งต่อข้อมูลการดูแลด้านโภชนาการแก่พยาบาลชุมชน (เพื่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือสถานดูแล) ประสานงานกับนักโภชนาการ (เพื่อปรับแผนอาหารให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย เช่น อาหารบด อาหารปั่น หรืออาหารปรับเนื้อสัมผัส)

5.วางแผนจำหน่ายไปอาคารพักชรา 5 ดังนี้

- 1) พยาบาลหอผู้ป่วย ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้
- 2) ส่งเอกสารใบสมัครเข้าพักอาคารชรา 5
- 3) จัดเตรียมผล CBC, BUN, Cr, Electrolyte, FBS, Lipid Profile ,LFT, ส่ง CXR, UA และทำ EKG ตามแผนการรักษา/รายงานผลแก่แพทย์เพื่อคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าพัก อาคารพักชรา
- 4) ทำหนังสือขอเข้าพักและส่งต่อไปยัง งานสวัสดิการสังคม
- 5) ปฏิบัติตามระเบียบการเข้าพักของสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่รับผู้ป่วยเรื้อรังหรือผลกระทบจากโรคเรื้อรัง

6.พยาบาลหอผู้ป่วยส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อพยาบาลชุมชนโดยใช้แบบฟอร์ม Doc.8 ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลชุมชนและลงเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารพักชรา5 ร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งหลังจำหน่าย

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแนวทางการเข้าพักอาคารพักชรา5 ครบถ้วนถูกต้อง
- 2.ผู้ป่วยเข้าได้พักใน อาคารพักชรา5
- 3.ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

การรวบรวมข้อมูล

กรณีศึกษา รายที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 80 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจุบันอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ 18 ตุลาคม 2566 เวลา 8.30 น.ญาติให้ประวัติว่า 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารกับลูกชายมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ลูกชายจึงนำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan โรงพยาบาลสมุทรปราการตามสิทธิการรักษา พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยโรค ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke) และกลับมารักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักสถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ 18 ตุลาคม 2566 แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยารับประทาน อาการพอทุเลาจนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก 3 วัน แพทย์ให้ย้ายมาฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 2 วันที่ 20 ตุลาคม 2566

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

2.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านพักคนเดียวและแยกบ้านอยู่กับสามี สามี ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกชายและหลานอยู่บ้านอีกหลังจะจ้างคนดูแลมาดูแลผู้ป่วยทุกวัน

2.1.2 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อยามเจ็บป่วยคือสามีและญาติ ผู้ป่วยมีสิทธิผู้พิการจังหวัดสมุทรปราการ

2.1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์เป็นเงินเบี้ยเลี้ยงยังชีพ 2,000 บาทต่อเดือน มีรายได้จากหลานสาวและญาติส่งเสียเลี้ยงดูและจ้างคนดูแลผู้ป่วยที่ห้อง ผู้ป่วยไม่มีภาระหนี้สิน

2.1.4 สภาพสังคมและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่บ้านพัก ชั้น 2 เมื่อเจ็บป่วยดูแลสุขภาพตนเองโดยให้ผู้ดูแลพาไปพบแพทย์ที่งานพยาบาลชุมชนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย สิ่งที่ยึดเหนี่ยวขณะเจ็บป่วยคือ การทำบุญ การใส่บาตร มีความเชื่อเกี่ยวกับบุญกรรมและเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวกับเวรกรรม

2.1.5 ประสบการณ์สำคัญในชีวิต และประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรง ครอบครัวไม่เจ็บป่วยร้ายแรง

2.1.6 แบบแผนการดำเนินชีวิต

กิจวัตรประจำวันตื่นนอนเวลา 05.00 น. รับประทานอาหารเช้าประมาณ 07.30 น. ผู้ดูแลจะเป็นคนเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน 3 มื้อ โดยซื้อจากร้านขายข้าวแกง ผู้ดูแลเป็นคนทำงานบ้านให้ผู้ป่วยและหลังจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าเสร็จ จะออกไปนั่งคุยกับเพื่อนบ้าน รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อไม่ค่อยตรงเวลาจะทานเวลาหิว ชอบรับประทานอาหารรสจัด อาหารเค็ม อาหารหวาน และชอบให้ผู้ดูแลซื้ออาหารขบเคี้ยวที่ร้านสะดวกซื้อมาเก็บไว้รับประทานเวลากลางคืน เข้านอนเวลาประมาณ 22.00 น. ไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มสุรา

2.1.7 ภาวะสุขภาพ

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยดังนี้

อาการสำคัญ เวียนศีรษะ ปวดไม่ชัด ปากเบี้ยว อ่อนแรงซีกซ้าย ก่อนมา 3 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะรับประทานยาลานีกได้

3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารกับลูกชายมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ปากเบี้ยว ปวดไม่ชัด บุตรชายจึงนำส่งห้องอุบัติเหตุ มีอ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตามสิทธิการรักษา พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยโรค ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke) และกลับมารักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักสถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ 18 ตุลาคม 2566 แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยารับประทาน อาการพอทุเลา รักษาที่หอผู้ป่วยหนัก 3 วัน แพทย์ให้ย้ายมาฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 2 วันที่ 20 ตุลาคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

58 ปีก่อน มีผื่นแดงขึ้นที่บริเวณหลัง ใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง ลักษณะมีขอบชัดเจน ไม่มีอาการคันเริ่มขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า มาตรวจที่สถาบันราชประชาสมาสัย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน รับประทานยาแล้ว

ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยาปฏิเสธแพ้อาหารและสารเคมี

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยสถานภาพสมรสแยกกันอยู่กับสามี สามีเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน มีบุตรชายด้วยกัน 1 คน ลูกชายแต่งงานแล้ว อาศัยอยู่กับสามีผู้ป่วย ผู้ป่วยมีพี่น้อง 11 คนเสียชีวิตแล้ว 9 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 10 มีน้องชายคนเล็ก 1 คน อาศัยที่จังหวัดร้อยเอ็ด ครอบครัวรักใคร่กันดี ผู้ป่วยมาอาศัยอยู่สถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งแต่อายุ 18 ปี และกลับบ้านเวลามีงานเทศกาลและงานบุญต่างๆ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคทางพันธุกรรม บิดา มารดา เสียชีวิตแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยหญิง อายุ 80 ปี สถานภาพสมรส ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าเรียบเฉย ผมสีขาวย่น เล็บสีชมพู ริมฝีปาก ข้างซ้ายตก รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี ขาซ้ายเป็น stump อ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 ผู้ป่วยนั่งทรงตัวยังไม่ได้ ตรวจสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/65 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม

ตารางที่ 6 การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษาตอนที่ 2

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ทางชีวภาพ	อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/ 65 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร
สภาพร่างกาย	รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี สีหน้าเรียบเฉย

การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบ(ต่อ)

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ศีรษะและใบหน้า	รูปร่างศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่พบรอยแผลเป็น ผมหันตรงสีขาวดอกเลา
ตา	ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัด เยื่อบุตาซีด หลับตาได้สนิท ตาไม่แดง ไม่มีตามัวหรืออาการเคืองตา ไม่พบต้อกระจกหรือต้อลม
หู	หูทั้ง 2 ข้างสมมาตร มีลักษณะปกติ ได้ยินเสียงชัดเจน
คอ	ไม่พบอาการคอแข็งเกร็ง คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีก้อนโต มีอาการกลืนลำบาก การออกเสียงไม่ชัด เสียงแหบ
ริมฝีปาก	ริมฝีปากข้างซ้ายตก แห้งเล็กน้อยไม่ซีด
ฟัน	เนื้อฟันสีเหลืองไม่มีฟันผุ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก และใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/65 มิลลิเมตรปรอท ตรวจไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง
ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง	คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต ไม่พบอาการกดเจ็บฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4 ครั้ง/นาที
ระดับการรู้สึกตัว	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคลและสิ่งของได้ถูกต้อง
ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก	แขนและขาข้างขวา สามารถเคลื่อนไหวได้ดี กำลังของกล้ามเนื้ออยู่ในเกรด 5 ขาซ้ายเป็น stump แขนขาซ้ายอ่อนแรงกำลังของกล้ามเนื้ออยู่ในเกรด 2
การรับรู้ความรู้สึก	มีอาการชาซีกซ้าย
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีอาการแสบขัด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ไม่มีผื่นหรือแผลที่อวัยวะเพศ
ด้านจิตใจและอารมณ์	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition)

2.2.1 การรับรู้ (Perception)

ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ตามปกติ ตาทั้งสองข้างไม่มัว การได้ยินปกติสามารถตอบคำถามได้โดยไม่ต้องใช้เสียงดัง การไต่กลิ่นและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วย การรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2 ความจำ (Memory)

ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ เช่น เหตุการณ์ก่อนมาโรงพยาบาลว่าตนเองมีอาการอย่างไร และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2.2.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability)

ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมดต้องมีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือบางส่วนเช่น การแต่งตัว การหิวนม ด้วยตัวเองเนื่องจากแขน-ขา ซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 2

2.2.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition)

ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 2 ปีจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน และรสมัน จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest)

ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนาแต่ไม่สนใจร่างกายซีกซ้าย

2.2.6 ความตระหนักในสถานะของตนเอง (Self Awareness)

ผู้ป่วยตระหนักในสถานะของตนเอง โดยตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน รสมัน จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด

2.2.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance)

ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน รสมัน แต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจนทำให้ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรง

2.2.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern)

ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองเนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารรสเค็ม รสหวาน รสมัน

2.2.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits)

ผู้ป่วยค่อนข้างคิดมาก ขึ้น้อย ใจเอาแต่ใจชอบช่วยเหลือผู้อื่นเวลาเดือดร้อน มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว โดยผู้ป่วยนำหลานมาเลี้ยงให้น้องสาวและน้องชายพร้อมทั้งส่งเสียให้เรียนจบและเมื่อหลานๆ ทำงานจึงส่งเสียค่าเลี้ยงดูให้ผู้ป่วยทุกเดือนผู้ป่วยจึงมีรายได้จากญาติส่งเสียเลี้ยงดูผู้ป่วย

2.3 ความสามารถในการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency)

2.3.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงเอาใจใส่ดูแลตนเองดี ประมาณ 1 ปีก่อนผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติแพทย์ปรับยาโรคความดันโลหิตสูงให้ทานน้อยลงผู้ป่วยจึงรับประทานอาหารรสจัด เค็ม หวาน มัน ตามที่ผู้ป่วยชอบทานและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รับประทานยากี่ได้หรือ ไม่รับประทานยากี่ได้จะรับประทานยาเฉพาะมีอาการปวดหัวและตอนนึ้กได้ บางครั้งขาดยาเป็นอาทิตย์ จึงทำให้ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.3.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกายซีกขวาได้ซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 2

2.3.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายซีกขวาได้ดีแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายซีกซ้าย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้มือข้างขวายกมือข้างซ้ายวางที่หมอนเพื่อไม่ให้นอนทับมือข้างซ้าย

2.3.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปอยู่บ้านเพื่อไปเลี้ยงหลานชาย

2.3.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม คือ เมื่อแพทย์ให้ย้ายมารักษาที่หอผู้ป่วย 2 เพื่อทำกายภาพผู้ป่วยยินยอมเพราะไม่สามารถทำกายภาพด้วยตัวเองได้ที่บ้าน

2.3.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วยมากจะมาแผนกฉุกเฉินเพราะมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่อยู่ตลอดเวลา

2.3.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพราะร่างกายซีกซ้ายกล้ามเนื้ออ่อนแรงเกรด 2

2.3.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยเฉพาะร่างกายซีกขวาไม่สนใจร่างกายซีกซ้าย

2.3.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยหลังจากเจ้าหน้าที่ช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยใช้มือขวาออกกำลังกายซีกเดียว

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

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite)

3.1.1 อากาศ : การดำรงซึ่งอากาศที่พอเพียง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะซีด

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการดำรงไว้ซึ่งความต้องการอากาศที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.2 อาหารและน้ำ : การดำรงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีปากเปื่อยซีกซ้ายกลืนลำบากต้องเคี้ยวอาหารซีกขวาทำให้เวลารับประทานอาหารประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อครั้ง มีสำลักเป็นบางครั้ง รับประทานอาหารได้ประมาณ 1 จานต่อมื้อดื่มน้ำประมาณ 1500 มิลลิลิตรต่อวัน

สรุป : ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากปากเปื่อยซีกซ้ายและกลืนลำบาก

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

ข้อมูล : ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 3-4 วันครั้งและปัสสาวะเองได้วันละ 3-4 ครั้ง สีเหลืองใสไม่มีปัสสาวะแสบขัด ปริมาณ 1000 – 1500 มิลลิลิตรต่อวัน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในการคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน : เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาการนอนหลับๆ ตื่นๆ กังวลกลัวไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในการพักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเป็นคนร่าเริง ชอบคุยกับเพื่อนบ้าน โอบอ้อมอารี ชอบแบ่งปันสิ่งของกับเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาอยู่คนเดียวได้โดยการดูทีวี การโทรหาญาติ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

สรุป : ผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความ เป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะป้องกันอุบัติเหตุในการดำเนินชีวิต เช่น การเคี้ยวอาหารช้าๆและไม่สนใจร่างกายซีกซ้าย

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตซีกขวาจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยหลงลืมร่างกายซีกซ้ายผู้ป่วยจึงมีความพร้อมในการป้องกันอันตรายต่อชีวิตซีกซ้าย

3.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ

3.2.1 ความต้องการตามพัฒนาการ

ข้อมูล : ในวัยเด็กผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างดี เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ห้องคนเดียวโดยญาติผู้ป่วยจ้างผู้ดูแลผู้ป่วยตอนกลางวันสามีอาศัยอยู่กับบุตรชายอยู่บ้านอีกหลัง ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยคนพิการ 500 บาทต่อเดือนและญาติผู้ป่วยมีการส่งเสียเลี้ยงดูค่าใช้จ่ายทุกเดือนผู้ป่วยไม่มีภาระหนี้สิน

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในความต้องการตามพัฒนาการ

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

ข้อมูล : สถานภาพสมรส เมื่อผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บางส่วนการใช้ชีวิตยากลำบากมากขึ้น

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisite)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้พิการที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ จะไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

สรุป: ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง

3.3.2 การรับรู้ สนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นภาวะโรคหลอดเลือดสมองทำให้ร่างกายซีกซ้ายอ่อนแรงแต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพ

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

ข้อมูล: ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายบนเตียง แต่ยังมีหลงลืมร่างกายซีกซ้าย

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและป้องกันโรค

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าอ่อนแรงซีกซ้าย แต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพและจะต้องนอนโรงพยาบาลอีกนานแค่ไหน

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยเพราะคิดว่าเป็นเคราะห์กรรม และคิดว่าเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและรับประทานอาหารไม่เหมาะสม

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตลักษณ์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่าภาวะสมองขาดเลือดทำให้อ่อนแรงซีกซ้ายผู้ป่วยจึงต้องฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ได้ตามขีดความสามารถของตัวเองเพื่อสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดแต่ยังไม่ทราบแนวทางการฟื้นฟูสภาพว่าต้องนอนโรงพยาบาลกี่วันจึงจะสามารถกลับไปอยู่บ้านได้และเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องปฏิบัติอย่างไร

สรุป : ผู้ป่วยมีการยอมรับภาวะสุขภาพแต่พร้อมการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 7 แผนการรักษาของแพทย์กรณีศึกษาครั้งที่ 2

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
วันที่ 20 ตุลาคม 2566 เวลา 11.30 น.	ย้ายหอผู้ป่วย 2	-ส่งกายภาพบำบัด จันทรี, พุช, ศุภรี -Record V/S Med -Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs - Omeprazole(20) 1 x1 oral ac -ASA (81) 1 x1 oral pc -Mydocalm 1 x3 oral pc -Betahistamine 1 x2 oral pc -Dimen1tab oral prn ทุก 8 ชั่วโมง
วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เวลา 10.30 น.		-Mom 30 ml oral prn hs
วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 เวลา 09.30 น.		- Paracetamol 500mg 1tab oral เวลาปวดทุก 4-6 ชั่วโมง
วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 เวลา 10.30 น.	- ส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view	- ยา tramal 50mg oral prn ทุก 8 ชั่วโมง เวลาปวด

แผนการรักษาของแพทย์ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 เวลา 9.30น.	-รายงานผล Electrolyte, BUN, Cr, Albumin แพทย์ ให้ยา E.kcl 30 ml oral 1 dose เจาะ Electrolyte พรุ้งนี้เช้า	
วันที่ 2 มกราคม 2567 เวลา 11.30น.	-ส่งกายอุปกรณ์	
วันที่ 18 มกราคม 2567 เวลา 9.40น.	-film Lt film shoulder transcapular AP Y-view	- Acroxia (90) 1 x1 oral pcให้รับประทาน 3 วัน
วันที่ 29 มกราคม 2567 เวลา 10.00น.		-Alum milk 30 ml oral 1 x3 oral pc
วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 11.00น.	-film Lt film shoulder transcapular AP Y-view พรุ้งนี้เช้า -เบิก Arm sling Lt	
วันที่ 5 มีนาคม 2567 เวลา 11.00น.		Off Mydocalm 1 x3 oral pc
วันที่ 7 พฤษภาคม 2567 เวลา 10.00น.	จำหน่าย -นัดติดตามการรักษา 1 เดือน ที่ OPD MED ยากลับบ้าน -Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs/30 tab -Omeprazole(20) 1 x1 oral ac/30 tab -ASA gr 1 x1 oral pc/30 tab -Paracetamal (500mg) 1tab oral prn for fever/20 -Betahistamine 1 x2 oral pc/60tab	

ตารางที่ 8 การตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษาครั้งที่ 2

ว.ด.ป.	ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
27 พฤศจิกายน 2566	Blood Urea Nitrogen	5-20 mg/dL	18.1 mg/dl	ปกติ
	Creatinine	0.6-1.4 mg/dL	0.70 mg/dl	ปกติ
	Albumin	3.5-5.2 g/dL	4.0 g/dl	ปกติ
	Serum Na+	135-150 mmol/L	142 mmol/L	ปกติ
	Serum K+	3.5-5.0 mmol/L	3.4 mmol/L	ผิดปกติ
	Serum CL-	95-110 mmol/L	105 mmol/L	ปกติ
	TCO2	22-29 mmol/L	25 mmol/L	ปกติ
28 พฤศจิกายน 2566	Serum Na+	135-150 mmol/L	140 mmol/L	ปกติ
	Serum K+	3.5-5.0 mmol/L	3.9 mmol/L	ปกติ
	Serum CL-	95-110 mmol/L	105 mmol/L	ปกติ
	TCO2	22-29 mmol/L	22 mmol/L	ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผล CT SCAN OF THE BRAIN

IMPRESSION;

Lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule

ผล X-RAY

รูปภาพที่ 2 ภาพ X-RAY หัวไหล่ซ้าย วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566



แพทย์ตรวจพบว่า ไม่พบหัวไหล่หลุด

รูปภาพที่ 3 ภาพ X-RAY หัวไหล่ซ้าย วันที่ 18 มกราคม 2567



แพทย์ตรวจพบว่า ไม่พบหัวไหล่หลุด แต่พบว่ามีผิวดึงเกาะบริเวณหัวไหล่

รูปภาพที่ 4 ภาพ X-RAY หัวไหล่ซ้าย วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567



แพทย์ตรวจพบว่ามีข้อไหล่หลุด 1 นิ้วมือ

ตารางที่ 9 การตรวจร่างกาย / พยาธิสภาพ / การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีของภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

การ เปรียบเทียบ	จากทฤษฎี	จากผู้ป่วย
พยาธิสภาพ	ชนิดขาดเลือด(Acute Ischemic stroke)เกิดจากเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ทำให้เนื้อสมองตายเป็นหย่อม ได้แก่ ลิ่มเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือดและหลุดลอยมาอุด เกิดจากความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพราะทั้งสองกรณีทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง จึงทำให้เกิดอาการขึ้นซ้ำ	ผล CT scan มี lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นมา 2 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ชอบรับประทานอาหารมัน หวาน
อาการ และอาการ แสดง	อาการ ธรอมโบซิสจะเกิดขึ้นช้าๆประมาณร้อยละ 30- 50 จะมีอาการสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าก่อนนอนอาการปกติทุกอย่างแต่พอตื่นนอนตอนเช้าจะมีอาการอ่อนเพลีย แขน – ขา ไม่มีแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ผู้ป่วยจะไม่หมดสติ	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรับประทาน อาหารกับลูกชายมีอาการเวียน ศีรษะ บ้านหมุน ปากเบี้ยวพูดไม่ ชัด บุตรชายจึงนำส่งห้อง อุบัติเหตุ มีอ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2
การรักษา	-ให้ยาด้านการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดหรือยา แอสไพริน -การป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานไขมันในเลือดสูง -การช่วยให้ออกกำลังกายบางส่วนด้วยตัวเองเพื่อให้ส่วนที่พิการไม่หยิกงอ โดยช่วยเคลื่อนไหวบนเตียงก่อน หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ถ้าอาการดีขึ้นพาผู้ป่วยลงนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็นได้	- ASA gr I 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า - Atorvastatin (40mg) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งรับประทาน ก่อนนอน -ส่งทำกายภาพบำบัด

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม จากกรณีศึกษา 2 ราย

โดยกรณีศึกษา รายที่ 2 รวบรวมเป็นปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและได้วางแผนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้แก่

- 1.ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)
- 2.ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
- 3.ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

สรุปปัญหาและวินิจัยการพยาบาลมี 10 ข้อดังนี้

- ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง
- ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก
- ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
- ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยอาจมีหัวไหล่ซ้ายหลุดจากปวดไหล่ซ้าย
- ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด
- ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง
- ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยหลงลืมร่างกายซีกซ้าย
- ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
- ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก
- ปัญหาที่ 10 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand : TSCD)

เยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เวลา 15.00 น.) ที่หอผู้ป่วย 2

ผู้ป่วยหญิง อายุ 80 ปี สถานภาพสมรส ถิ่นอาศัยอยู่คนเดียว สิ้นหัวใจขาดเลือดไม่สดชื่น ผมสีขาวยาวถึงไหล่ ริมฝีปากข้างซ้ายตก รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี ขาซ้ายเป็น stump ไม่สนใจซีกซ้ายเวลาพยาบาลพูดคุยจะหันไปมองข้างขวา แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 2 ผู้ป่วยนั่งทรงตัวไม่ได้ บ่นปวดไหล่ซ้ายและแน่นท้องไม่ถ่ายมา 5 วัน ตรวจพบสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/65 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 56 กิโลกรัม

TSCD 1 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 2
- 2.ผลทำ CT scan มี Lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สมอง

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ไม่มีอาการสับสน ไม่มีแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น
- 2.สัญญาณชีพปกติ

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ โดยจัดให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 15–30 องศา จัดท่าศีรษะ สะโพกไม่หักพับงอเพื่อให้การไหลเวียนของหลอดเลือดดำไหลเวียนดีขึ้นและไปเลี้ยงสมองได้สะดวก
4. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักหลับได้ จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น กรณีผู้ป่วยยังนอนไม่หลับ รายงานแพทย์รับทราบ เพื่อให้ยานอนหลับ
5. ให้อาตามแผนการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมในการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัว การเบ่งถ่าย การไอ เป็นต้น

การประเมินผล

1. Glasgow Coma Scale = 15 คะแนน
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนแรงซีกซ้ายกำลังกล้ามเนื้อเกรด 2
3. ความดันโลหิต 120/62 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

TSCD 2 : เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยและความสมดุลการพักผ่อนเนื่องจากปวดไหล่ซ้าย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยอาจมีหัวไหล่ซ้ายหลุดจากปวดไหล่ซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดไหล่ซ้าย Pain score = 3 คะแนน
2. สีหน้าไม่สดชื่น เจ็บเวลาโดนหัวไหล่ซ้าย
3. แพทย์ส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view
4. มีประวัติล้มไหล่ซ้ายกระแทกที่บ้านเมื่อ 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score = 0-1 คะแนน
2. เพื่อให้ผู้ป่วย นอนหลับพักผ่อนได้
3. เพื่อป้องกันหัวไหล่ซ้ายหลุด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score = 0-1 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
3. ผล film Lt film shoulder transcapular AP Y-view ปกติไม่มีหัวไหล่หลุด

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

1. จัดให้นอนพักบนเตียงในท่านอนหงาย ศีรษะและลำตัวอยู่แนวตรงหรือหันหน้าไปด้านที่เป็น ข้างเล็กน้อย แขนข้างซ้ายกางออกและวางบน หมอน ข้อศอกเหยียด หงายมือขึ้น ข้อมือตรง นิ้วมือ เหยียดและกางออก
2. ให้อายา tramal 50mg oral prn ทุก 8 ชั่วโมงเวลาปวดและประเมินอาการปวดหลังให้อายา 1 ชั่วโมง และสังเกตอาการหลังให้รับประทานยา แก้วปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง และถ้าอาการไม่ดีขึ้น รายงานแพทย์รับทราบทันที

3.ส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์รับทราบ

- 4.จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะแก่การพักผ่อน ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
- 5.ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล และ ปรับกิจกรรมออกกำลังกายให้สอดคล้องกับการพักผ่อน
- 6.สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติของไหล่ซ้าย เช่น ปวดข้อ บวม แดง กดเจ็บ รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score = 0-1 คะแนน
- 2.สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
- 3.ผล film Lt film shoulder transcapular AP Y-view ปกติไม่มีหัวไหล่หลุด

TSCD 3 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกลืนและเคี้ยวลำบาก

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

เสี่ยงต่อสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.มูมปากซ้ายตกทำให้กลืนและเคี้ยวลำบาก
- 2.ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารจากกล้วยน้ำว้า
- 3.ผลทำ CT scan มี Lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- 2.เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

เกณฑ์การประเมิน

- 1.รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นทุกวันตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผิวหนังชุ่มชื้น ปริมาณน้ำ-น้ำเข้าออก มีความสมดุล
3. น้ำหนักตัวไม่ลดลง
4. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เองไม่สำลักอาหาร
- 5.สัญญาณชีพปกติ

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

1. ประเมินความสามารถในการกลืน โดยสังเกตการณ์กลืนน้ำลายก่อนให้อาหารทุกครั้ง
2. จัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยประเมินความต้องการสารอาหารทั้งพลังงาน โปรตีนไขมันและเกลือแร่
3. จัดทำนอนศีรษะสูงประมาณ 60-90 องศา
4. ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง
5. ให้อาหารครึ่งละน้อยๆและให้ญาตินำอาหารเสริมมาให้ระหว่างมื้อโดยจัดให้สอดคล้องกับโรค
6. ตรวจสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย
7. บันทึกสารน้ำที่ได้รับกับปริมาณสารน้ำที่ถูกขับออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
8. ประเมินลักษณะความชุ่มชื้นของผิวหนังผู้ป่วย
9. ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Albumin
- 10.ดูแลช่องปากทุกสัปดาห์
- 11.บริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนทุกวัน โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง อา อู อี อือ ออ บริหารลิ้น โดยดันลิ้นไปข้างบนกระพุ้งแก้มซ้าย ขวา ดันขึ้นชนเพดานปาก แลบลิ้นครึ่งละ 5 นาที ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น มื้อละ 1/2 - 3/4 ถาด กลืนอาหารได้ไม่ลำบาก
- 2.ผิวหนังชุ่มชื้น
- 3.ไม่มีภาวะขาดน้ำและน้ำเกิน น้ำเข้า 800 ซีซี น้ำออก 1100 ซีซี
- 4.ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
- 5.ผลAlbumin 4.0 g/dl
- 6.น้ำหนักตัว 56 กิโลกรัมเท่าเดิม

TSCD 4 คงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขน ขาข้างซ้าย พบอ่อนแรงเกรด 2
- 2.แต่งตัวเองไม่ได้
- 3.มุมปากซ้ายตก
- 4.ใส่แอมเพิส
- 5.เคลื่อนย้ายตัวเองไม่ได้
- 6.อาบน้ำเองไม่ได้
7. ADL= 4 คะแนน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเองได้

เกณฑ์การประเมิน

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

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

- 1.ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อ แขนขา เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลได้ ตามระดับ ความสามารถของผู้ป่วย
- 2.ส่งกายภาพ วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ ตามแผนการรักษาและสอนแนะนำผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Passive Exercise กับแขนและขาข้างขวาที่อ่อนแรง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (ครั้งละ 15-20 นาที เป็นอย่างน้อย) เพื่อป้องกันข้อติด และฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อให้แข็งแรง
- 3.จัดสิ่งของและเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันที่เป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่ายโดยวางด้านซ้ายที่อ่อนแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ข้อวัยวะด้านที่อ่อนแรง
- 4.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย
 - 1) ประเมินการกลืน/สอนการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอาหาร/วิธีการรับประทานอาหาร /ปรึกษานักโภชนาการเพื่อปรับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
 - 2) สอนการใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาในการเคลื่อนย้าย เช่น เคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น หรือเก้าอี้การลุกขึ้น

4) ฝึกปัสสาวะ/อุจจาระดังนี้

- กลางวันโดยใช้หมอนอนให้ถ่ายปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมงไม่ต้องรอให้รู้สึกว่างปัสสาวะเต็ม
- ช่วยนวดคลึงหน้าท้องและเหนื่อหัวหน้าด้วยแรงพอสมควรพร้อมทั้งออกแรงเบ่ง
- สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงโดยใช้ท่ายกกันขึ้นลงวันละหลายๆครั้งเพื่อช่วยให้ขับปัสสาวะได้มากขึ้นและมีปัสสาวะเหลือค่าน้อยที่สุด
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนและปิดมิดชิดเวลาขับถ่าย จัดให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่เหมาะสมและกระตุ้นการขับถ่ายโดยการรดน้ำลงบนอวัยวะเพศหรือเปิดน้ำก๊อกให้ได้ยินเสียงน้ำไหล
- ประเมินลักษณะและช่วงเวลาขับถ่ายปกติและช่วยให้ผู้ป่วยอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวันหากผู้ป่วยมีอาการท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระเหลวควรรายงานแพทย์

5. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามคำแนะนำนันทกภาพบำบัด

6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและประเมินผลการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการฝึกทักษะและการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเพื่อเพิ่มแรงเสริมทางบวก

7. สอนแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยมีการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าบนเตียงได้ถูกต้องตลอดเวลา รวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆเช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียง

8. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง

9. จัดท่าไมให้ผู้ปวยนอนทับข้างที่อ่อนแรงนานๆและควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

การประเมินผล

1. การรับประทานอาหารดักอาหารใส่ปากได้ไม่หกและเคี้ยวอาหารได้ดีด้านซีกขวาไม่ส้าลักแต่พยาบาลต้องเตรียมอาหารให้

2. การแต่งตัว สามารถใส่เสื้อได้แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้ และยังไม่ใส่ผ้าถุงเองไม่ได้

3. การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เองแต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำให้ไม่สามารถอุ้งหลังได้

4. การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี

5. ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้แต่สามารถใช้มือซ้ายจับมือขวาวางที่หมอนได้และสามารถยกมือขวาขึ้นลงได้ส่วนขาซ้ายยังไม่สามารถยกขาขวาได้จากทรงตัวไม่ดี

6. ประเมิน ADL=6 คะแนน

TSCD 5 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะหลังล้มร่างกายซีกซ้าย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยหลังล้มร่างกายซีกซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่สนใจร่างกายซีกซ้ายเท่ากับซีกขวา

2. พยาบาลช่วยด้วยฝั่งซ้ายมือผู้ป่วยจะหันหน้าไปฝั่งขวามือ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสนใจร่างกายซีกซ้ายเท่ากับซีกขวา

2. เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากภาวะหลังล้มร่างกายซีกซ้าย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยให้ความสนใจร่างกายซีกซ้ายเท่ากับซีกขวา

2.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากภาวะหลังล้มร่างกายซีกซ้าย

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

1.จัดเตียง/ที่นอนผู้ป่วยให้ร่างกายด้านซ้ายหันออกด้านนอก ไม่หันไปด้านกำแพง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจด้านซ้าย

2.การปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลกับผู้ป่วยให้เข้าหาผู้ป่วยทางด้านซ้าย

3.เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการหลังล้มร่างกายซีกซ้ายเช่นมือเข้าไปในวงล้อรถเข็น เท้าซ้ายลากถูไปกับพื้น ขณะเข็นรถ

4. จัดของใช้ไว้ฝั่งซ้ายมือเพื่อให้ผู้ป่วยสนใจมากขึ้น

5.ให้ญาตินำของใช้ที่ผู้ป่วยชอบมาไว้ข้างซ้ายมือเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจ

6.ให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมผู้ป่วยในการฝึก/การทำกิจกรรมข้างซ้ายได้

7.กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างขวายกมือซ้ายออกก้นก้างและการจัดทำเพื่อป้องกันการนอนทับแขนข้างซ้าย

ประเมินผล

1.ผู้ป่วยหันมองเมื่อพูดคุยทางด้านซ้ายและสนใจซีกซ้ายมากขึ้น

2.ผู้ป่วยเริ่มสนใจข้างซ้ายโดยใช้มือขวายกมือซ้ายเวลาจัดทำนั่งไม่หือมือซ้ายโดนทับ

3.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากภาวะหลังล้มร่างกายซีกซ้าย

TSCD 6 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วยและญาติ

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น วิตกกังวลกับโรคที่เป็นบอกว่าจะเดินได้เหมือนเดิมหรือเปล่า

2.ญาติมักจะถามถึงการรักษาของแพทย์ อาการของโรค เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคนี้อาจจะหายหรือไม่

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมิน

1.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

2.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบระบบกาพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเพื่อประเมินการรับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถและสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วย

2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคการรักษาพยาบาลและแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวให้สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล

3.ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์และการรักษาพยาบาลโดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล

4.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5.ปรึกษากับญาติถึงปัญหาของผู้ป่วยขอความร่วมมือจากญาติในการส่งเสริมให้กำลังใจในการ ดูแลผู้ป่วยและยอมรับสภาพของผู้ป่วย

6.นัดญาติให้มีโอกาสได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเพื่อเสริมความเข้าใจที่ดีต่อกัน

7.สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่อ่อนโยนทุกครั้งเพื่อลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด

8.สังเกตพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

9.ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเช่นช่วยเช็ดตัวพลิกตะแคง ตัว ป้อนอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ใกล้ชิดกัน

การประเมินผล

1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

2.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น

TSCD 7 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสีย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระมา 5 วัน

2.ถ่ายเป็นลูกกระสุนประมาณ 3 ก้อน

3.ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 ครั้งนาที

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1.ลักษณะอุจจาระยาว นิ่มไม่แข็ง

2.ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 1-2 วันครั้ง

3.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

1.ประเมินอาการไม่ถ่ายอุจจาระ

2.จัดอาหารที่มีกากใยสูง

3.ดื่มน้ำมากกว่า 1000cc/วัน

4.ออกกำลังกายบนเตียงเพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว

5.ให้ผู้ป่วยรับประทานยา Senokot 2 เม็ดก่อนนอน ตามแผนการรักษา

6.นัดหน้าท้องเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอช่วยลด

อาการท้องอืดช่วยบรรเทาอาการท้องผูกและการคั่งค้างของอุจจาระในลำไส้ใหญ่

7.สังเกตความถี่ ปริมาณอุจจาระและลักษณะอุจจาระที่ขับถ่ายออกมา

ประเมินผล

1.ลักษณะอุจจาระยาว นิ่มไม่แข็ง

2.ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 2 วันครั้ง

3.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง

4.ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5 ครั้งนาที

เยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 เวลา 15.00 น.) ที่หอผู้ป่วย 2

ผู้ป่วยนั่งบนเตียงถามตอบรู้เรื่องท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย สับสนพูดคนเดียวบางครั้ง มีสับสน ทานอาหารได้น้อย 2/4 ถาดอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย 3 คะแนน เริ่มสนใจร่างกายซีกซ้ายเวลาพยาบาลคุยด้วยหันหน้ามองข้างซ้ายและใช้มือขวาในการยกมือซ้ายเวลาเปลี่ยนท่า ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ADL= 5 คะแนน ตรวจสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/65 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 56 กิโลกรัม

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง ปัญหาหมดไปหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สมอง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยอาจมีหัวไหล่หลุดจากปวดไหล่ซ้าย หลังให้การพยาบาลอาการปวดไหล่ซ้ายลดลงปวดเวลาขยับไหล่ซ้ายและบางครั้งผู้ป่วยหลงลืมข้างซ้ายทำให้อนทับไหล่ซ้ายให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลเดิมและเพิ่มการเฝ้าระวังผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย การเปลี่ยนท่า และการจัดทำที่ถักวิธีเพื่อป้องกันหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก ปัญหาหมดไป ผู้ป่วยไม่มีการสำลักและสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ยังคงมีอยู่ ใช้แผนการพยาบาลเดิมหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังนี้ 1.การรับประทานอาหารดื่กอาหารใส่ปากได้ไม่หกและเคี้ยวอาหารได้ดีด้านซีกขวาไม่สำคัญแต่พยาบาลต้องเตรียมอาหารให้ 2.การแต่งตัวสามารถใส่เสื้อได้แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้ และยังไม่สามารถมัดเองไม่ได้ 3.การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เองแต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำให้ไม่สามารถอุ้งข้างหลังได้ 4.การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดตัวเองจากทรงตัวไม่ดี 5.ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้แต่สามารถใช้มือซ้ายจับมือขวาวางที่หมอนได้และสามารถยกมือขวาลงได้ส่วนขาซ้ายยังไม่สามารถยกขาขวาได้จากทรงตัวไม่ดี 6.ประเมิน ADL=6 คะแนน

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยหลงลืมร่างกายซีกซ้าย ปัญหายังคงมีอยู่ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยหันมองเมื่อพูดคุยทางด้านซ้ายและสนใจซีกซ้ายมากขึ้นใช้มือขวายกมือซ้ายเวลาจัดท่านั่งไม่ให้มือซ้ายโดนทับบางครั้งผู้ป่วยนอนทับไหล่ซ้ายต้องเฝ้าระวังเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากนอนทับแขนซ้ายหัวไหล่ซ้ายและให้การพยาบาลตามแผนเดิม

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามขีดจำกัดความสามารถของผู้ป่วย

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก ปัญหาหมดไปหลังให้การพยาบาล ลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยยาวเหมือนกล้วยหอม นิ่มไม่แข็งและผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 2 วันครั้ง และเพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 8 คงไว้ซึ่งความสมดุลของของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

1.Serum K⁺ = 3.4 mmol/L

2. ทำทางเหนี่ยวนำอ่อนเพลีย ทานอาหารได้ 2/4 ถาด

3. พุดจาสืบสน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ Serum K⁺ อยู่ในค่าปกติ Serum K⁺ = 3.5-5.0 mmol/L

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสดชื่น ไม่เหนื่อย อ่อนเพลีย

การประเมินผล

1. Serum K⁺ อยู่ในค่าปกติ Serum K⁺ = 3.5-5.0 mmol/L

2. ผู้ป่วยสดชื่น ไม่เหนื่อย อ่อนเพลีย

3. สัญญาณชีพปกติ

4. ถามตอบรู้เรื่อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับยา E.kcl 30 ml oral 1dose ตามแผนการการรักษาของแพทย์

2. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 4 ชั่วโมง

3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายในผู้ป่วย

4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ hypokalemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น เคลื่อนไหว

ลำบาก เป็นต้น

5. ติดตาม Electrolyte พรุ้งนี้เข้า รายงานแพทย์รับทราบ

การประเมินผล

1. Serum K⁺ = 3.9 mmol/L

2. ผู้ป่วยสดชื่น ไม่เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงเพิ่ม

3. อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/63 มิลลิเมตรปรอท

4. ถามตอบรู้เรื่อง

เยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 11.00 น.) ที่หอผู้ป่วย 2

ผู้ป่วยนั่งบนเตียงถามตอบรู้เรื่องสีหน้าไม่สดชื่น อ่อนแรงแขนขาข้างซ้ายเกรด 3 คะแนน บ่นปวดหัวไหล่ ซ้ายผู้ป่วยบอกว่า"ลูกนั่งเองตอนเช้าทรงตัวไม่ดีเอามือซ้ายพยุงเตียงทำให้ล้มและทับไหล่ซ้ายจึงปวดไหล่ซ้าย" ตรวจพบข้อไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุดคลำพบ Shoulder subluxation 1 FB ช่วยเหลือตัวเองได้ ADL = 7 คะแนน ตรวจสัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/65 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 56 กิโลกรัม

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยอาจมีหัวไหล่หลุดจากปวดไหล่ซ้าย หลังให้การพยาบาลอาการปวดไหล่ซ้ายลดลงปวดเวลาขยับไหล่ซ้ายและบางครั้งผู้ป่วยหลงลืมข้างซ้ายทำให้นอนทับไหล่ซ้ายให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลเดิมและเพิ่มการเฝ้าระวังผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย การเปลี่ยนท่า และการจัดท่าที่ถูกต้องเพื่อป้องกันหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง หมดไปหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังนี้ 1.การรับประทานอาหารดื่อกอาหารใส่ปากได้ไม่หกและเคี้ยวอาหารได้ดีด้านซีกขวาไม่สำคัญแต่พยาบาลต้องเตรียมอาหารให้ 2.การแต่งตัว สามารถใส่เสื้อได้แต่ยังไม่

สามารถผูกเสื้อได้ และยังใส่ผ้าถุงเองไม่ได้ 3.การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เองแต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์ อาบน้ำให้ไม่สามารถอุ้งหลังได้ 4.การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี 5.ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้แต่สามารถใช้มือซ้ายจับมือขวาวางที่หมอนได้และสามารถยกมือขวาขึ้นลงได้ส่วนขาซ้ายยังไม่สามารถยกขาขวาได้จากทรงตัวไม่ดี 6.ประเมิน ADL=7 คะแนน

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยหลังล้มร่างกายซีกซ้าย ปัญหายังคงมีอยู่ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยหันมองเมื่อพูดคุยทางด้านซ้ายและสนใจซีกซ้ายมากขึ้นใช้มือขวายกมือซ้ายเวลาจัดท่านั่งไม่ให้มือซ้ายโดนทับบางครั้งผู้ป่วยนอนทับไหล่ซ้ายต้องเฝ้าระวังเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากนอนทับแขนซ้ายหัวไหล่ซ้ายและให้การพยาบาลตามแผนเดิม

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ปัญหาหมดไปหลังให้การพยาบาล Serum K⁺ =3.9 mmol/L ผู้ป่วยสดชื่น ไม่เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงเพิ่มเพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 9 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะผู้ป่วยข้อไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยข้อไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.คลำพบ Shoulder subluxation 1 FB
- 2.ปวดหัวไหล่ซ้าย pain 3-4 คะแนน
- 3.ผู้ป่วยบอกว่า"ลูกนั่งเองตอนเช้าทรงตัวไม่ดีเอามือซ้ายพยุงเตียงทำให้ล้มและทับไหล่ซ้ายจึงปวดหัวไหล่ซ้าย"

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้หัวไหล่ซ้ายติด/หัวไหล่ซ้ายไม่หลุดเพิ่ม
- 2.ลดอาการปวดหัวไหล่ pain 0-1 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

- 1.หัวไหล่ซ้ายติด/หัวไหล่ไม่หลุดเพิ่ม
- 2.หายจากอาการปวดหัวไหล่ หรือ pain 0-1 คะแนน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน

- 1.ประเมินอาการปวดหัวไหล่ซ้ายและ ให้ ยา Acoxia 1x3 oral pc และ ยา tramal 50mg oral pm ทุก 8 ชั่วโมงเวลาปวดและประเมินอาการหลังให้ยา 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
- 2.ประคบเย็นบริเวณที่ปวดและใส่ที่พยุงแขน
- 3.รายงานแพทย์รับทราบแพทย์ให้การรักษาส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view ตามแผนการรักษา/รายงานผล film ให้แพทย์รับทราบ

- 4.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบผลกระทบของการเกิดภาวะหัวไหล่หลุด
- 5.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ shoulder Subluxation ดังนี้

1) การจัดทำทางที่ถูกต้องในท่านอนและท่านั่งโดยจัดให้นอนพักบนเตียงในท่านอนหงาย ศีรษะและลำตัวอยู่แนวตรงหรือหันหน้าไปด้านที่เป็น ข้างที่อ่อนแรงเล็กน้อย แขนข้างที่อ่อนแรงกางออกและวางบนหมอน ข้อศอกเหยียด หายมือขึ้น ข้อมือตรง นิ้วมือ เหยียดและกางออก

- 2) การใช้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่ที่ถูกต้อง
- 3) ห้ามดึงรั้งกระดูกแขนที่อ่อนแรง

- 6.ใช้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่อย่างสม่ำเสมอ

7.ช่วยเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของข้อไหล่ เช่น ห้ามดึงรั้งกระดูกแขนที่อ่อนแรง
ประเมินผล

- 1.ไม่มีภาวะ shoulder Subluxation เกิน 1 FB
- 2.ผู้ป่วยไม่ปวดหัวไหล่ซ้าย pain score = 0 – 1 คะแนน
- 3.พลิกกลับได้

เยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 25 มีนาคม 2567 เวลา 10.00น.) ที่หอผู้ป่วย 2

ผู้ป่วยนั่งบนเตียงใส่ที่พยุงแขนข้างซ้ายไม่ปวดหัวไหล่ซ้าย อ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 3 นั่งทรงตัวได้ดี ADL = 8 คะแนน ผู้ป่วยสีหน้ากังวลเล็กน้อยผู้ป่วยบอกว่า"ฉันอยากกลับบ้านฉันต้องทำอะไรบ้าง" ตรวจสัญญาณชีพแรก รับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/66 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 56 กิโลกรัม

ปัญหาและการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยอาจมีหัวไหล่หลุดจากปวดไหล่ซ้าย ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลไม่ปวดไหล่ซ้าย

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยหลงลืมร่างกายซีกซ้าย ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยหันมองเมื่อพูดคุยทางด้านซ้ายและสนใจซีกซ้ายมากขึ้นใช้มือขวาถือถ้วยเวลาจัดที่นั่งไม่ให้มือซ้ายโดนทับ

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุดซ้าย ปัญหาหมดไป หลังให้การพยาบาลไม่ปวดไหล่ซ้ายและคำไม่พบข้อไหล่หลุดแต่ยังใช้ที่พยุงแขนเพื่อป้องกันหัวไหล่ซ้ายหลุด เพิ่มปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

TSCD 10 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี
การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยบอกว่า"ฉันอยากกลับบ้านฉันต้องทำอะไรบ้าง"
- 2.มีผู้ดูแลแต่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 3.ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้ายเกรด 3 บกพร่องกิจวัตรประจำวัน ADL= 7 คะแนน

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย
- 2.เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ
- 3.เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ

DMETHOD

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย
- 2.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ
- 3.ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและได้รับการดูแลตามแนวทางการวางแผน

จำหน่ายแบบ DMETHOD

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและกาพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน ADL ของผู้ป่วยเพื่อเตรียมวางแผนการจำหน่าย

1) พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนน ADL เท่ากับ 7 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับพึ่งพิงบางส่วน (Partial Dependence)

2) จากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้ายเกรด 3 สามารถช่วยเหลือตนเองบางส่วน เช่น การนั่ง การขยับแขนขาข้างขวา การสื่อสารได้ดี แต่ยังคงได้รับความช่วยเหลือในการอาบน้ำ เดิน การเคลื่อนย้าย และการแต่งตัว

3) นำผลการประเมิน ADL ประกอบการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้เหมาะสมกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

2. ร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพดังนี้

1) กายภาพบำบัด (นักกายภาพบำบัด)

- (1) ประเมินระดับกล้ามเนื้อ (Muscle grade) และความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยซีกซ้าย
- (2) จัดโปรแกรมฟื้นฟูแบบรายบุคคล เช่น ฝึกนั่ง-ยืน-เดินในร่ม/เดินด้วย walker
- (3) บริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันไหล่ติด และป้องกันไหล่หลุด (subluxation)
- (4) ฝึกการทรงตัวในท่านั่งและยืน
- (5) แนะนำการจัดท่าบนเตียง และการพลิกตัวอย่างถูกวิธี
- (6) สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการช่วยผู้ป่วยออกกําลังกายเบื้องต้น และการเคลื่อนย้ายโดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย

2) โภชนาการ

- (1) ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วย (น้ำหนัก/ส่วนสูง/ค่า BMI)
- (2) จัดเมนูอาหารที่เหมาะสม: อาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย ป้องกันการสำลักหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด
- (3) คำนึงถึง ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) ถ้ามี อาหารต้องเป็น semi-solid หรือปรับความหนืดของน้ำ
- (4) สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้อนอาหารอย่างปลอดภัยโดยการจัดท่าผู้ป่วยระหว่างรับประทานอาหาร (ไม่เงยหน้า) การเตรียมอาหารให้แยกส่วน เช่น แยกเส้น แยกเนื้อ เพื่อป้องกันการสำลัก

3) แพทย์

- (1) วางแผนการรักษาต่อเนื่อง:
- (2) สั่งจ่ายยาเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (ASA, Atorvastatin, Omeprazole)
- (3) นัดตรวจติดตามอาการหลังจำหน่าย เช่น ประเมินอาการผิดปกติ/สัญญาณเตือน stroke ซ้ำ
- (4) ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย:

4) นักสังคมสงเคราะห์

- (1) สำรวจความพร้อมของสิ่งแวดล้อมชุมชนราชประชาสมาสัย:
- (2) การปรับปรุงบ้าน หรือสถานที่อยู่ให้เหมาะสม เช่น ปรับพื้น, ทางลาด, ห้องน้ำ
- (3) ประสานหาแหล่งสนับสนุน (เช่น รถเข็น, เตียง, สิ่งของจำเป็น)
- (4) ประเมินสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- (5) ประสานแหล่งช่วยเหลือในชุมชน (อสม., ผู้นำชุมชน, กลุ่มจิตอาสา)

5) ผู้ป่วยและญาติ (ผู้ดูแล)

- (1) เชิญเข้าร่วมการประชุมแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขา
- (2) อธิบายโรค พยากรณ์โรค เป้าหมายการฟื้นฟู และบทบาทญาติในการดูแล
- (3) ให้การสอนเรื่อง: การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ (เช่น กลืนลำบากมากขึ้น อ่อนแรงซ้ำ) การป้อนอาหาร การพลิกตัว การป้องกันแผลกดทับ การออกกำลังกายร่วมกับผู้ป่วยในบ้าน

6) พยาบาลชุมชน

- (1) เยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลวิชาชีพก่อนจำหน่าย
- (2) ประสานอสม. และผู้นำชุมชนให้ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย
- (3) จัดอบรมหรือสอนผู้ดูแลเพิ่มเติมหากพบว่าไม่เข้าใจการดูแลผู้ป่วย
- (4) ประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอีกครั้งหลังการจำหน่าย เช่น ตรวจสอบการติดตั้งราวจับ, การวางเตียง เป็นต้น

(5) ติดตามอาการผู้ป่วยหลังกลับบ้าน และรายงานให้ รพ.ทราบหากมีอาการเปลี่ยนแปลง

3. พยาบาลหอผู้ป่วยลงเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลชุมชนและญาติผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายล่วงหน้า 7 วัน เพื่อประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย ดังนี้:

1) ด้านโครงสร้างบ้าน

(1) ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องอาหารอยู่ชั้นเดียวกันแต่ผู้ป่วยนอนพื้นและอาศัยอยู่คนเดียว
แนะนำญาติให้จัดเตียงที่เหมาะสมกับผู้ป่วย พร้อมหาผู้ดูแลผู้ป่วย

(2) ทางเดินในบ้านมีธรณีประตูหลายจุด ญาติให้ตัดหรือปรับระดับ เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม

2) เตียงผู้ป่วย

(3) ผู้ป่วยนอนพื้นไม่มีเตียงนอน แนะนำให้ใช้เตียงพื้นไม้หรือเตียงที่สามารถปรับระดับสูงต่ำได้ และเตียงที่สามารถนั่งแล้วเท้าแตะพื้นได้ พร้อมติดตั้งราวจับหัวเตียง

(4) จัดให้เตียงอยู่ในที่มีแสงสว่างเพียงพอ และใกล้ห้องน้ำ

3) ห้องน้ำ

(1) ไม่มีราวจับในห้องน้ำ แนะนำติดตั้งราวจับแนวตั้งและแนวนอนใกล้โถสุขภัณฑ์และฝักบัว

(2) ทางเข้าห้องน้ำแคบ ไม่สามารถนำรถเข็นเข้าได้ ประเมินและแนะนำญาติปรับประตูห้องน้ำที่สามารถนำรถเข็นเข้าได้

4) ด้านญาติ/ผู้ดูแล

(1) มีผู้ดูแลประจำที่บ้าน แต่ยังขาดความรู้ นัดสอนการดูแลผู้ป่วยภายใน 7 วัน พร้อมเอกสารและวิดีโอประกอบ

(2) ญาติให้ความร่วมมือในการปรับบ้าน และมีความพร้อมดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

การประเมิน ADL และเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 7 วัน พบว่า สภาพบ้านมีความเสี่ยงบางประการ แต่สามารถปรับปรุงให้เหมาะสมได้ ญาติมีความร่วมมือดีและมีศักยภาพดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย พยาบาลจึงวางแผนต่อเนื่องตามแนวทาง DMETHOD เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

4. เตรียมวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD แก่ผู้ป่วย /ญาติ/ผู้ดูแล ในการให้ความรู้ในการวางแผนจำหน่ายดังนี้

1) D = Disease ทบทวนผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะอัมพาตซีกซ้าย โดยให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจ ดังนี้

(1) สาเหตุ โรคหลอดเลือดสมองซีกขวา เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีความเครียดสูง รับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และไขมันสูง ทำให้เกิดการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในสมอง

(2) อาการ แขนอ่อนแรงข้างซ้าย ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว การทรงตัวไม่ดี หรือเดินเซ

(3) การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โรคนี้ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่หยุดยาเอง ลดอาหารเค็ม หวาน มัน ลดความเครียด และควบคุมโรคประจำตัวให้ดี

(4) อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น หน้าเบี้ยว แขนอ่อนแรง พูดไม่ชัด หากพบอาการเหล่านี้ ควรรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็วที่สุด

2) M = Medication (ยา) สอนเรื่องยาและวิธีรับประทานยาและสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจแบบเฉพาะราย ดังนี้

(1) ยา ASA 81 mg (Acetylsalicylic Acid) เป็นยาต้านเกร็ดเลือดวัตถุประสงค์ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมองซ้ำ วิธีใช้ รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ข้อควรระวัง ห้ามหยุดยาเอง โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ภาวะแทรกซ้อน เลือดออกง่าย เช่น เลือดออกตามไรฟัน จ้ำเลือด ฟกช้ำ การสังเกตอาการข้างเคียงหากพบเลือดออกผิดปกติ อุจจาระดำ อาเจียนเป็นเลือด ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

(2) ยา Atorvastatin 40 mg เป็นยาลดไขมันในเลือด วัตถุประสงค์ ลดระดับไขมันในเลือด ป้องกันภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำวิธีใช้ รับประทานวันละ 1 เม็ด ก่อนนอนข้อควรระวัง ห้ามรับประทานร่วมกับยาบางชนิดโดยไม่ปรึกษาแพทย์ภาวะแทรกซ้อน ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะมีสีเข้มผิดปกติการสังเกตอาการข้างเคียง หากพบอาการปวดกล้ามเนื้อหรือมีอาการผิดปกติจากระบบกล้ามเนื้อ ควรหยุดยาและพบแพทย์ทันที

(3) ยา Omeprazole 20 mg เป็นยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร วัตถุประสงค์ ป้องกันแผลในกระเพาะอาหารจากการใช้ยา ASA วิธีใช้ รับประทานวันละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ข้อควรระวัง ไม่ควรใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายกันโดยไม่ปรึกษาแพทย์ภาวะแทรกซ้อน ท้องอืด คลื่นไส้ ปวดท้อง การสังเกตอาการข้างเคียง หากมีอาการปวดท้องรุนแรง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีอาการแพ้ ควรหยุดยาและรีบพบแพทย์

3) E = Environment & Economic เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง มีภาวะแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ใส่ arm sling ที่ไหล่ซ้าย และช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงได้ให้คำแนะนำแก่ญาติและครอบครัวในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เพื่อให้เกิด ความปลอดภัย และ เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนี้

(1) การดัดแปลงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมสภาพบ้านผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยนอนบนฟูกที่วางกับพื้น ทำให้ลุกนั่งยากและเสี่ยงต่อการหกล้มแนะนำให้ ญาติจัดซื้อเตียงผู้ป่วยแบบปรับระดับได้ มีราวจับข้างเตียง และ ความสูงพอดีกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถลุกนั่งหรือพลิกตัวได้ง่ายขึ้น ป้องกันการลื่นล้ม และลดภาระของผู้ดูแล นอกจากนี้ ได้แนะนำเรื่องการจัดวางเฟอร์นิเจอร์ในบ้านไม่ให้เกะกะทางเดิน และติดตั้งไฟส่องสว่างให้เพียงพอในเวลากลางคืน

(2) การดัดแปลงสภาพห้องน้ำ/ห้องส้วมห้องน้ำผู้ป่วยเป็นแบบ ห้องน้ำประตูแคบ ไม่สามารถเข็นรถเข็นเข้าได้ ไม่มีราวจับพุงแนะนำให้ ขยายประตูห้องน้ำให้กว้างขึ้น ติดตั้งราวจับในจุดที่เหมาะสม เช่น ข้างโถส้วม และจุดที่มีความเสี่ยงต่อการลื่น พร้อมปูพื้นกันลื่น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยญาติได้วางแผนจัดซื้อรถเข็นสำหรับใช้ในบ้าน

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวกมากขึ้น และช่วยให้เข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองหรือด้วยความช่วยเหลืออย่างปลอดภัย

4) T = Treatment เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง มีภาวะแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงได้แนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ดังนี้

(1) การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

(1.1) การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดตัววันละ 1-2 ครั้ง เช็ดตามแนวกล้ามเนื้อจากบนลงล่าง เน้นบริเวณข้อพับ คอ รักแร้ ขาหนีบ และซอกนิ้ว ใช้สบู่ที่อ่อนโยน และเช็ดตัวให้แห้งสนิททุกครั้งเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลหรือผดผื่น

(1.2) การดูแลสุขภาพช่องปากแปรงฟันให้ผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง ใช้แปรงขนอ่อน และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หากผู้ป่วยใส่ฟันปลอม ควรถอดล้างทำความสะอาดทุกวัน

(1.3) การแต่งตัวแนะนำให้สวมเสื้อผ้าที่สวมใส่ง่าย เช่น เสื้อแบบผ่าหน้าติดกระดุม ใช้แขนข้างที่อ่อนแรงสวมก่อน และถอดหลังสุดใช้เสื้อผ้าฝ้าย ไม่รัดแน่นเกินไป และใส่ง่ายเพื่อความสะดวกของผู้ดูแล

(2) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก

(2.1) แนะนำให้เคลื่อนย้ายอย่างระมัดระวัง โดยไม่กระชากแขนข้างอ่อนแรง

(2.2) ฝึกการพยุงผู้ป่วยให้ลุกนั่ง ยืน และเดิน โดยใช้เทคนิคที่ปลอดภัยพยุงด้านด้านขวาเป็นหลัก เพราะเป็นด้านที่มีแรงผู้ดูแลควร ยืนชิดตัวผู้ป่วยและอยู่ด้านที่แข็งแรงพุดให้ผู้ป่วยรับรู้ก่อนทำทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความร่วมมือใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น arm sling, walker, หรือเก้าอี้มีที่วางแขน/ล้อเลื่อน ตามสภาพของผู้ป่วย ดังนี้

(2.2.1) การพยุงผู้ป่วยจากท่านอนเป็นท่านั่งขั้นตอนช่วยพลิกตัว ผู้ป่วยให้นอนตะแคงไปด้านแข็งแรง (ด้านขวา) รองคอกและสะโพก เพื่อพยุงลำตัวให้ลุกขึ้นใช้แขนพยุงตัว ข้างแข็งแรงยันพื้น/เตียงช่วยพยุงให้นั่งห้อยขา ให้เท้าทั้งสองข้างแตะพื้นรอให้ผู้ป่วยปรับสมดุลก่อนลุกยืน

(2.2.2) การพยุงผู้ป่วยจากท่านั่งเป็นท่านยืน ขั้นตอน ให้ผู้ป่วย นั่งขอบเตียง เท้าแตะพื้นเต็มฝ่าเท้าให้ผู้ป่วย วางมือข้างแข็งแรง (ขวา) บนหัวเข่าหรือที่จับ (เช่น walker) ผู้ดูแล ยืนด้านข้างหรือหน้าด้านอ่อนแรง (ซ้าย) ใช้มือพยุงไหล่หรือเอวนับ 1-2-3 พร้อมกัน แล้วช่วยพยุงให้ผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้าและยืนขึ้นเมื่อยืนได้มั่นคงแล้ว ค่อยๆ ประคองทรงตัว

(2.2.3) การพยุงผู้ป่วยเดินขั้นตอนให้ผู้ป่วย ถือไม้เท้าหรือ walker ด้านข้างที่แข็งแรง (ขวา) ผู้ดูแลเดินอยู่ ด้านหลังเฉียงซ้าย (ด้านอ่อนแรง) เพื่อกันหกล้มแนะนำให้เริ่มก้าวขาอ่อนแรง (ซ้าย) ก่อนเสมอหากใช้ walker ให้ผู้ป่วยยก walker ไปข้างหน้าเล็กน้อย → ก้าวขาอ่อนแรง → ก้าวขาแข็งแรงตามหยุดพักหากเหนื่อยหรือเสียสมดุล

(2.2.4) การพยุงผู้ป่วยกลับมา นั่งขั้นตอนให้ผู้ป่วยยืนหันหลังให้เก้าอี้หรือเตียงถอยหลังช้าๆ จนรู้สึกขาแตะขอบเก้าอี้ให้ผู้ป่วยจับที่เท้าแขนหรือหัวเตียงแล้ว ค่อยๆ ย่อตัวนั่งลงผู้ดูแลพยุงบริเวณหลังหรือข้อศอกด้านอ่อนแรงระหว่างนั่ง

(2.3) ใช้ arm sling ให้ถูกวิธี เพื่อป้องกันไหล่หลุดและลดการดึงรั้งกล้ามเนื้อ

(3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ

(3.1) การจัดท่านอนพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง สลับข้างเพื่อกระจายแรงกดใช้หมอนรองบริเวณข้อศอก สันเท้า และเข่าเพื่อป้องกันแรงกดทับและใส่ที่นอนลม

(3.2) การดูแลผิวหนังตรวจสอบผิวหนังทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณที่รับแรงกด เช่น ก้นกบ สะโพก และสันเท้าทาโลชั่นเพิ่มความชุ่มชื้น หากผิวแห้ง และหลีกเลี่ยงการนวดบริเวณที่แดง

(4) อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น

(4.1) อาการผิดปกติที่ควรเฝ้าระวัง มีไข้ ลำไส้อาหาร ปัสสาวะติดขัดหรือปัสสาวะน้อยลง แผลกดทับเริ่มแดง เจ็บ บวม หรือมีหนอง

(4.2) การจัดการเบื้องต้นหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการสำคัญน้อย ให้หยุดป้อนอาหารทันทีและพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการ หากพบรอยแดงหรือแผลที่ผิวหนัง ควรลดแรงกดตรวจสอบที่นอนลมไม่ให้แข็งจนเกินไปปรับระดับที่นอนลมให้เหมาะสมกับน้ำหนักตัวผู้ป่วย กรณีมีไข้หรือปัสสาวะผิดปกติ ให้สังเกตอาการร่วมและรีบพาไปโรงพยาบาล

5) H = Health แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ดูแลสุขภาพทั่วไปและส่งเสริมการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ดังนี้

(1) การดูแลความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบริเวณข้อพับ ขาหนีบ และอวัยวะเพศใช้สบู่อ่อน ล้างและเช็ดให้แห้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือแผลผิวหนัง

(2) การขับถ่ายและการดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายให้เป็นเวลาสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะน้อย หรือมีกลิ่นผิดปกติ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 7-8 แก้ว

(3) การพลิกตัวและป้องกันแผลกดทับ พลิกตะแคงผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงใช้หมอนรองข้อศอกสันเท้า และก้นกดตรวจผิวหนังเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังแผลกดทับ

(4) การออกกำลังกาย / การฟื้นฟูสมรรถภาพ

(4.1) กิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการลงน้ำหนักแขนขาที่อ่อนแรงฝึกยืนลงน้ำหนักที่เท้าทั้งสองข้าง ใช้ราวจับเพื่อพยุงยืน ฝึกการทรงตัว

(4.2) การฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวแขนและมือขาที่อ่อนแรง ฝึกหยิบจับของเบา ๆ เช่น ลูกบอล ผ้าขนหนู ฝึกยืดเหยียดข้อมือและนิ้วมืออย่างช้า ๆ

(4.3) การบริหารข้อต่อข้อข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้า หัวไหล่ เข่า และข้อเท้า วันละ 1-2 ครั้งใช้เทคนิค Passive ROM (ผู้ดูแลช่วยขยับ) หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง

(5) กิจกรรมฝึกการรับรู้สีกลิ่นแรงจางของใช้หรือของที่ชอบทางด้านซ้าย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันไปสนใจติดสติ๊กเกอร์สีสดใส หรือป้ายแสดงตำแหน่ง เพื่อช่วยฝึกการรับรู้ด้านซ้ายฝึกใช้แขนขาอ่อนแรงทำกิจกรรมง่าย ๆ เช่น ตะแคง ลุกบิดหน้า ยืดเหยียดเบา ๆ

6) O = Outpatient Referral แนะนำผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล พร้อมทั้งส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องต่อพยาบาลชุมชนให้พาผู้ป่วย มาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกอายุรกรรม วันที่ 16 พฤษภาคม 2567 เวลา 08:00 - 11:00 น. เพื่อประเมินอาการต่อเนื่องและปรับแผนการรักษาตามความเหมาะสมหากเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่นมีอาการสำคัญน้อย ใช้สูง ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะน้อยลง หรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ควรรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที หรือติดต่อขอความช่วยเหลือได้ที่ เบอร์ติดต่อ(การพยาบาลชุมชน) 02-3868153 ต่อ 1034 พยาบาลหอบผู้ป่วย จัดทำ ใบส่งต่อ Doc.8 แบบสรุปการพยาบาลและแนวทางการดูแลส่งต่อข้อมูลให้ พยาบาลชุมชน เพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านและร่วมเยี่ยมบ้านกับพยาบาลชุมชน 1 ครั้งหลังจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมที่บ้านหลังปรับปรุง

7) D - Diet (อาหาร) ทบทวนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ในการจัดอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ดังนี้ จัดอาหารในรูปแบบนุ่ม เคี้ยวง่าย กลืนสะดวก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสำลักหลีกเลี่ยงอาหารที่มีลักษณะแข็ง เหนียว หรือร่วนง่าย เช่น เนื้อเหนียว ข้าวเหนียว ถั่ว หรืออาหารแห้งแยกอาหารเป็นสัดส่วน เช่น

ไม่ผสมเนื้อ เส้น และน้ำในจานเดียวกัน เพื่อป้องกันการกลืนลำบากขณะรับประทานอาหาร ควรจัดที่นั่งหลังตรง งดการพูดคุย ไม่เร่งให้ผู้ป่วยรีบทานให้ผู้ป่วยรับประทานช้า ๆ ทีละคำ เคี้ยวและกลืนให้หมดก่อนคำต่อไป หากมีนักโภชนาการ หรือแพทย์แนะนำเรื่องสูตรอาหารเฉพาะ ควรปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

ประเมินผล

- 1.ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
- 2.จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและพยาบาลชุมชนพบปัญหาดังนี้
 - 1) ผู้ป่วยอยู่ห้องคนเดียวญาติจะหาผู้ดูแลและจ่ายค่าดูแลให้ผู้ป่วยทุกเดือนพร้อมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆ
 - 2) ผู้ป่วยไม่มีเตียงนอน นอนติดพื้นญาติผู้ป่วยจะไปซื้อเตียงมาให้เพื่อสะดวกในการลุกนั่งและการพลิก

ตะแคงตัว

3)ห้องน้ำประตูปะแคบไม่สามารถนำรถเข็นเข้าได้และไม่มีราวจับญาติจะจ้างช่างมาทำราวจับในห้องน้ำ และซื้อรถเข็นที่สามารถเข้าห้องน้ำได้มาให้ผู้ป่วย

จากการประเมินร่วมกับพยาบาลชุมชนผู้ป่วยและญาติในการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านพบว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่บ้านได้

- 3.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	79 ปี	80 ปี
สถานภาพ	หม้าย	สมรส
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
สิทธิการรักษา	ผู้พิการ	ผู้พิการ
วันที่รับไว้ดูแล	1 กันยายน 2565	20 ตุลาคม 2566
วันที่จำหน่ายจากการดูแล	11 พฤศจิกายน 2566	7 พฤษภาคม 2567

จากตารางที่ 10พบว่า

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยหญิงสูงอายุ อายุมากกว่า 70 ปี มีความพิการ ไม่ได้ประกอบอาชีพ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 สถานภาพหม้ายไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 สถานภาพสมรส มีผู้ดูแล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ดูแลวันที่ 1 กันยายน 2565 และจำหน่ายวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 เป็นระยะเวลาที่ดูแล 437 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ดูแลวันที่ 20 ตุลาคม 2566 เป็นระยะเวลาที่ดูแล 200 วัน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 11 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	ปวดศีรษะ อ่อนแรงซีกขวา ก่อนมา 2 ชั่วโมง	เวียนศีรษะ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ก่อนมา 3 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	8 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะรับประทานยาเวลานึกได้ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล 3 2/2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลเพื่อนบ้านแจ้งว่าผู้ป่วยลื่นล้มในห้องน้ำศีรษะกระแทกพื้นปูน ไม่สลบไม่มีบาดแผล แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความ	2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะรับประทานยาเวลานึกได้ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารกับลูกชายมีอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด บุตรชาย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	ปลอดภัยเข้าตรวจสอบังตประตู่ห้องนำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการปวดศีรษะ ไม่อาเจียน มีอ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan โรงพยาบาลสมุทรปราการตามสิทธิการรักษา CT scan พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยวินิจฉัยโรคภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke) และกลับมารักษาตัวที่หอผู้ป่วย 4 วันที่ 14 สิงหาคม 2565 18 วัน อาการพอทุเลาแพทย์ให้ย้ายมาฟื้นฟูสภาพสภาพต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 2 วันที่ 1 กันยายน 2566	จึงนำส่งห้องอุบัติเหตุ มีอ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan โรงพยาบาลสมุทรปราการตามสิทธิการรักษา พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยวินิจฉัยโรคภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke) และกลับมารักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักสถาบันราชประชาสมาสัยวันที่ 18 ตุลาคม 2566 3 วันอาการพอทุเลา แพทย์ให้ย้ายมาฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 2 วันที่ 20 ตุลาคม 2566
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	50 ปีก่อน มีผื่นแดงขึ้นที่บริเวณหลัง ใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง ลักษณะมีขอบชัดเจน ไม่มีอาการคัน เริ่มขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ได้มาตรวจที่สถาบันราชประชาสมาสัย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน รับประทานแล้ว	58 ปีก่อน มีผื่นแดงขึ้นที่บริเวณหลัง ใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง ลักษณะมีขอบชัดเจน ไม่มีอาการคัน เริ่มขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ได้มาตรวจที่สถาบันราชประชาสมาสัย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน รับประทานแล้ว
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคทางพันธุกรรม	ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคทางพันธุกรรม
ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี	แพ้ยา Amlodipine และยา Streptomycin (มีอาการปากบวม เวลาแพ้ยา) ปฏิเสธ แพ้อาหารและสารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธ แพ้อาหารและสารเคมี
การวินิจฉัยโรค	Acute Ischemic Stroke	Acute Ischemic Stroke

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีประวัติการรับประทานยาความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่อง การเข้ารับบริการผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอ่อนแรงเกรด 2 ทั้ง 2 รายแต่คนละข้างจากพยาธิสภาพ

คนละข้างของสมอง ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผล CT scan พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 และริมฝีปากข้างขวาตก มีปัญหาการกลืน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผล CT scan พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule มีอาการบ้านหมุน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีอ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 แพทย์วินิจฉัยโรค Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การเปรียบเทียบการรักษา

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

การรักษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	-ส่งกายภาพบำบัด จันทร์, พุธ, ศุภกร์ -Record V/S - BD (1:1) 200 ml x 4 feed Med -Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs - Omeprazole(20) 1 x1 oral ac -Paracetamol (500mg) 1tab oral prn for fever -ASA gr 1 x1 oral pc -Dextromethorphan 1 x3 oral pc -ปรึกษากายภาพประเมินการกลืน - Off BD (1:1) 200 ml * 4 feed -โจ๊กปั่น Senokot 2 tab oral hs - vasaline oilment ทาผิวแห้ง - อุปกรณ์เบิก Arm sling -Mydocalm 1 x3 oral pc	-ส่งกายภาพบำบัด จันทร์, พุธ, ศุภกร์ -Record V/S Med -Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs - Omeprazole(20) 1 x1 oral ac -ASA gr 1 x1 oral pc -Mydocalm 1 x3 oral pc -Betahistamine 1 x2 oral pc -Dimen 1tab oral prn ทุก 8 ชั่วโมง -ส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view -- ยา tramal 50mg oral prn ทุก 8 ชั่วโมงเวลาปวด -- Acroxia (90) 1 x1 oral pc ให้รับประทาน 3 วัน -Electrolyte, BUN, Cr, Albumin -ให้ยา E.kcl 30 ml oral 1dose เเจาะ Electrolyte พรุ่งนี้เช้า -เบิก Arm sling Lt.

จากตารางที่ 12

พบว่าแผนการรักษาที่เหมือนกันผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีคือ

- การส่งทำกายภาพส่งกายภาพบำบัด จันทร์, พุธ, ศุภกร์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกที่ต่อเนื่องและเร็วที่สุดเพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพได้เร็ว

- การรับประทานยาที่เหมือนกันเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดโรคซ้ำแพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs, Omeprazole (20) 1 x1 oral ac, ASA gr 1 x1 oral pc

- ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับที่พยุงไหล่

แผนการรักษาที่แตกต่างกันของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ดังนี้

- ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ใส่สาย NG tube ให้อาหารทางสายยาง จากมีอาการสำลักในผู้ป่วย หลังให้การฝึกกลืนและปรับอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยไม่ได้ใส่สาย NG tube เนื่องจากการฝึกกลืนและเลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจึงสามารถรับประทานอาหารทางปากได้

การเปรียบเทียบผลทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2

ผลทางห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ผล CT scan	CT scan พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยโรคภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke)	CT scan พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยโรคภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke)

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 CT scan พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 และริมฝีปากข้างขวาตก มีปัญหาการกลืน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ผล CT scan พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule มีอาการบ้านหมุน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีอ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 แพทย์วินิจฉัยโรค Acute Ischemic Stroke ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษา 2 ราย ผู้ศึกษาค้นพบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญโดยสรุปประเด็นปัญหาข้อวินิจฉัยที่เหมือนกันและต่างกัน ได้วางแผนทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้แก่

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)
3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

ตารางที่14ตารางการเปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ปัญหาที่1 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวาท่อนบน ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยปวดหัวไหล่ข้างขวา ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก ปัญหาที่ 7 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไป อาคารชรา 5	ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยอาจมีหัวไหล่ซ้ายหลุดจากปวดไหล่ซ้าย ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยหลงลืมร่างกายซีกซ้าย ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก ปัญหาที่ 10 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

จากตารางที่ 14 พบว่าจากการการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันดังนี้

- 1.ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง
- 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก
- 3.ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง
- 4.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
- 5.ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก
- 6.ผู้ป่วยปวดหัวไหล่
- 7.วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกันดังนี้

- 1.ผู้ป่วยหลงลืมร่างกายซีกซ้าย (ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2)
- 2.ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2)
- 3.ผู้ป่วยหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด (ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2)

ตารางที่15การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2		
1:ผู้ป่วยอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมี พยาธิสภาพที่สมอง ข้อมูลสนับสนุน O: อ่อนแรงซีกขวากำลัง กล้ามเนื้อเกรด 2 พืดไม่ชัด - ผลทำ CT scan มี Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่สมอง เกณฑ์การประเมิน 1.ไม่มีอาการสับสน ไม่มี แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น 2.สัญญาณชีพปกติ	1:ผู้ป่วยอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีพยาธิสภาพที่สมอง ข้อมูลสนับสนุน O: แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 2 - ผลทำ CT scan มี Lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง เกณฑ์การประเมิน 1.ไม่มีอาการสับสน ไม่มี แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น 2.สัญญาณชีพปกติ	1. ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ และอาการทางระบบประสาท ทุก 4 ชั่วโมง 3.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่าง เพียงพอ โดยจัดให้ออนศีรษะสูงเล็กน้อย ประมาณ 15–30 องศา จัดท่าศีรษะ สะโพกไม่หักพับงอเพื่อให้การไหลเวียน ของหลอดเลือดดำไหลเวียนดีขึ้นและไป เลี้ยงสมองได้สะดวก 4.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักหลับได้จัด สภาพแวดล้อมให้เงียบสงบไม่รบกวน ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นกรณีผู้ป่วยยังนอน ไม่หลับรายงานแพทย์รับทราบเพื่อให้ ยานอนหลับ 5.แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยง การทำกิจกรรมในการเพิ่มความดัน ในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัว การเบ่งถ่าย การไอ เป็นต้น	กรณีศึกษารายที่ 1 1.Glasgow Coma Scale = 15 คะแนน 2.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนแรง ซีกขวากำลังกล้ามเนื้อ เกรด 3 ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที กรณีศึกษารายที่ 2 1. Glasgow Coma Scale = 15 คะแนน 2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อน แรงซีกซ้ายกำลังกล้ามเนื้อ เกรด 3 3. ความดันโลหิต 120/62 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที
2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก ข้อมูลสนับสนุน O: มุมปากขาดทำให้กลืน และเคี้ยวลำบาก - ใส่สาย NG tube feed BD (1:1) 200 ml x 4 feed - ผลทำ CT scan มี Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule - แพทย์ส่งปรึกษากายภาพเพื่อ ประเมินการกลืน	2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก ข้อมูลสนับสนุน O: มุมปากซ้ายตกทำให้กลืน และเคี้ยวลำบาก - ผู้ป่วยไม่ยอมกรับประทาน อาหารจากถ้วยสำลัก - ผลทำ CT scan มี Lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับน้ำและสารอาหารที่ เพียงพอกับความต้องการของ ร่างกาย	1. ระยะเวลาให้อาหาร BD (1:1) 200 ml x 4 feed และยาทางสายให้อาหารดูแลป้องกันการ สำลักโดย 1) จัดท่านอนหัวเตียงสูง 30-40 องศา 2) ระหว่างและหลังให้อาหารทางสายยาง 1 ชั่วโมง 3) ทำความสะอาดช่องปากก่อนให้ อาหารทางสายยางตามแผนการรักษา 4) Test feeding ตรวจสอบ Gastric content หากมีมากกว่า 100 มิลลิ ลิตร ให้ยืด ระยะเวลาการให้อาหารออกไป 1 ชั่วโมง หากยังมากกว่า 100 มิลลิ ลิตรให้งดอาหาร มื้อนั้นและรายงานแพทย์รับทราบ 2. ประเมินการกลืนดังนี้	กรณีศึกษารายที่ 1 1.ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที 2.ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ทางปากได้ 3/4 ถาด 3.ไม่มีอาการไอ หายใจ เร็ว หรือหายใจลำบาก กรณีศึกษารายที่ 2 1.ความดันโลหิต 120/62 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซียส

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2		
วัตถุประสงค์ 1. ป้องกันการสำลัก 2. เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ เกณฑ์การประเมิน 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ 3. ไม่มีอาการไอ หายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก	2. เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร เกณฑ์การประเมิน 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายไม่สำลัก 3. ไม่มีอาการไอ หายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก	1) ประเมินความสามารถในการนั่งทรงตัว ตื่นมากกว่า 15 นาที และประคองศีรษะในท่าตรงได้ 2) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำลายได้ 3) ประเมินความสามารถในการควบคุมน้ำลาย ไม่มีน้ำลายไหลจากมุมปาก 4) ประเมินความแข็งแรงและความสามารถในการใช้ลิ้น โดยให้ผู้ป่วยสามารถแลบลิ้นออกมานอกปากได้ และใช้ลิ้นแตะที่ริมฝีปากบนและริมฝีปากล่างซ้ายขวาได้ 5) ประเมินความสามารถในการไอและกระแอมในลำคอได้ 6) ประเมินคุณภาพเสียงผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง อา โอ 7) ประเมินความสามารถในการกลืนน้ำได้ 3. ส่งปรึกษาพยาบาลบำบัด 4. ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารให้จึกบ้นขึ้นและปรับลักษณะอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการกลืน 5. ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนทุกวัน โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง อา อุ อี อือ ออ บริหารลิ้น โดยดันลิ้นไปข้างบน กระพุ้งแก้มซ้าย ขวา ดันขึ้นบนเพดานปาก แลบลิ้นครั้งละ 5 นาที ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 7. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการรับประทานอาหาร 8. ดูแลเรื่องการปรับอาหารโดยปรึกษานักโภชนาการ 9. ติดตามผลโดยบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในแต่ละวัน 10. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิ ร่างกาย	ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถาด ไม่มีอาการสำลัก 3. ไม่มีอาการไอ หายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2		
3 : ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวามืออ่อนแรง ข้อมูลสนับสนุน ○ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวามืออ่อนแรงเกรด 2 -แต่งตัวเองไม่ได้ -ใส่สาย NG tube เพื่อให้อาหารทางสายยาง 4. ใส่แอมเพลิส -เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ -อาบน้ำเองไม่ได้ -ADL= 4 คะแนน วัตถุประสงค์ -ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเองได้ เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง 2.ประเมิน ADL คะแนนเพิ่มขึ้น	3 : ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวามืออ่อนแรง ข้อมูลสนับสนุน ○ตรวจกำลังกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้าย มืออ่อนแรงเกรด 2 -แต่งตัวเองไม่ได้ -มุมปากซ้ายตก -ใส่แอมเพลิส -เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ -อาบน้ำเองไม่ได้ -ADL= 4 คะแนน วัตถุประสงค์ -ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเองได้ เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง 2.ประเมิน ADL คะแนนเพิ่มขึ้น	1.ประเมิน ADLและกำลังของกล้ามเนื้อ แขนขา เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลได้ ตามระดับความสามารถของผู้ป่วย 2.ส่งกายภาพ วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ 3.สอนออกกำลังกายแบบ Passive Exerciseกับแขนและขาข้างขวาที่อ่อนแรง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (ครั้งละ 15-20 นาที เป็นอย่างน้อย) เพื่อป้องกันข้อติด และฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อให้แข็งแรง 4.จัดสิ่งของให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่ายวางที่อ่อนแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อวัยวะด้านที่อ่อนแรง 4.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย 1)ประเมินการกลืน/สอนการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอาหาร 2) สอนการใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว 3)กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาในการเคลื่อนย้ายเช่น เคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น หรือเก้าอี้ การลุกยืน 4)ฝึกปัสสาวะ/อุจจาระ 6.ให้กำลังใจผู้ป่วยและประเมินผลการทำงานกิจกรรม 7.สอนแนะนำให้ผู้ป่วยมีการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าบนเตียงได้ถูกต้อง 9.จัดทำไมให้ผู้ป่วยนอนทับข้างที่อ่อนแรงนานๆและควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง	กรณีศึกษาตอนที่ 1 1.ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารทางปากได้เองเป็นอาหารอ่อน 2.การแต่งตัว สามารถใส่เสื้อได้ แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้และยังใส่ผ้าถุงเองไม่ได้ 3.การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เอง แต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์ อาบน้ำให้ไม่สามารถอุ้งข้างหลังได้ 4.การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี 5.ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้บนเตียง 6.ประเมิน ADL=8 คะแนน กรณีศึกษาตอนที่ 2 1.การรับประทานอาหารตักอาหารใส่ปากได้ไม่หกและเคี้ยวอาหารได้ดีด้านซีกขวามือไม่สำคัญ แต่พยาบาลต้องเตรียมอาหารให้ 2.การแต่งตัว สามารถใส่เสื้อได้ แต่ยังไม่สามารถผูกเสื้อได้ และยังใส่ผ้าถุงเองไม่ได้ 3.การอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้เอง แต่พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์ อาบน้ำให้ไม่สามารถอุ้งข้างหลังได้ 4.การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะยังไม่สามารถทำความสะอาดได้เองจากทรงตัวไม่ดี 5.ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองบนเตียงได้ 6.ประเมิน ADL=7 คะแนน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2		
4.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน S: จะเดินได้เหมือนเดิมไหม O: ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น วิตกกังวลกับโรคที่เป็น วัตถุประสงค์ - เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เกณฑ์การประเมิน - ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี	4.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น วิตกกังวลกับโรคที่เป็น -ญาติมักจะถามถึงการรักษาของแพทย์ อาการของโรคผู้ป่วยเมื่อป่วยเป็นโรคนี้จะหายหรือไม่ วัตถุประสงค์ - เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น	1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยต่างๆ 2.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคการรักษาพยาบาลคร่าวๆ 3.ให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์และการรักษาพยาบาลโดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใน 4.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ผลดี ผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 5.นัดแพทย์ให้มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วยในการรักษาโดยตรง 6.สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล 7.สังเกตพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม	กรณีศึกษาตอนที่ 1 1.ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น 3.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การรักษาและการรักษาทุกครั้ง กรณีศึกษาตอนที่ 2 1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
5.ผู้ป่วยปวดหัวไหล่ขวา ข้อมูลสนับสนุน S: ปวดไหล่ขวา O: Pain score = 3 คะแนน -ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียวคล้ำ วัตถุประสงค์ 1.เพื่อลดอาการปวดหัวไหล่ข้างขวา 2.เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ เกณฑ์การประเมิน 1.ปวดหัวไหล่ลดลง pain score = 0 – 1 คะแนน 2.ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น	5.ผู้ป่วยอาจะมีหัวไหล่ซ้ายหลุดจากปวดไหล่ซ้าย ข้อมูลสนับสนุน S: ปวดไหล่ซ้าย O: Pain score = 3 คะแนน -แพทย์ส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view วัตถุประสงค์ 1. Pain score = 0-1 คะแนน 2.เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ 3.เพื่อป้องกันหัวไหล่ซ้ายหลุด เกณฑ์การประเมิน 1. Pain score = 0-1 คะแนน 2.สีหน้าสดชื่นขึ้น 3.ผล film ไม่มีหัวไหล่หลุด	กรณีศึกษาตอนที่ 1 1.ประเมินอาการปวดหัวไหล่ขวา 2.ให้ ยา Mydocalm 1 x3 oral pc ประเมินอาการปวดซ้ำหลังให้ยา 1 ชั่วโมง 3.การจัดท่าทางที่ถูกต้องในท่านอนและท่านั่งการใช้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่ที่ถูกต้อง 5.ช่วยเหลือขนย้ายตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง กรณีศึกษาตอนที่ 2 1.ให้ยา tramal 50mg oral pm ทุก 8 ชั่วโมงเวลาปวดและประเมินอาการปวดหลังให้ยา 1 ชั่วโมง 2.ส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view	กรณีศึกษาตอนที่ 1 1.ปวดหัวไหล่ลดลง pain score = 0 – 1 คะแนน 2.ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักได้ กรณีศึกษาตอนที่ 2 1.ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score = 0-1 คะแนน 2.สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ 3.ผล film ปกติไม่มีหัวไหล่หลุด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษาตอนที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2		
6. ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ข้อมูลสนับสนุน S.แน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน O.ถ่ายเป็นลูกกระสุนประมาณ 4 ก้อน -ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 ครั้งทันที วัตถุประสงค์ -ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ เกณฑ์การประเมิน 1.ลักษณะอุจจาระไม่เป็นกระสุน ก้อนแข็ง แห้ง 2.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง 3.ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 1-2 วัน	6. ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ข้อมูลสนับสนุน S.ไม่ถ่ายอุจจาระมา 5 วัน O.ถ่ายเป็นลูกกระสุนประมาณ 3 ก้อน -ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 ครั้งทันที วัตถุประสงค์ -ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ เกณฑ์การประเมิน 1.ลักษณะอุจจาระยาวเหมือนกล้วยหอม นิ้มไม่แข็ง 2.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง ขับถ่าย 3.อุจจาระได้ทุก 1-2 วันครั้ง	1.ประเมินอาการไม่ถ่ายอุจจาระ 2.จัดอาหารที่มีกากใยสูง 3.ดื่มน้ำมากกว่า 1000cc/วัน 4.ออกกำลังกายบนเตียงเพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว 5.ให้ผู้ป่วยรับประทาน Senokot 2 เม็ดก่อนนอน ตามแผนการรักษา 6.นัดหมายท้องเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ 7.สังเกตความถี่ ปริมาณอุจจาระและลักษณะอุจจาระที่ขับถ่ายออกมา	กรณีศึกษาตอนที่ 1 1.ลักษณะอุจจาระนิ่มเป็นน้ำปนเนื้อ 2.ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 2 วันครั้ง 3.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง 4.ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5 ครั้งทันที กรณีศึกษาตอนที่ 2 1.ลักษณะอุจจาระเป็นน้ำปนเนื้อ 2.ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 2 วันครั้ง 3.ไม่บ่นท้องอืด แน่นท้อง 4.ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5 ครั้งทันที
7.วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไปอาคารพักชรา 5 ข้อมูลสนับสนุน O.อ่อนแรงซีกขวาเกรด 3 -ADL = 8 คะแนน -อยู่บ้านคนเดียวไม่ได้ไม่มีผู้ดูแล วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าพักใน อาคารพักชรา 5 ตามแผนทางการเข้าอาคารพักชรา 5 เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแนวทางการเข้าอาคารพักชรา 5 ครบถ้วน 2.ได้เข้าพักอาคารพักชรา 5 3.ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง	7.วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน S.อยากกลับบ้านฉันต้องทำอย่างไรบ้าง" O.มีผู้ดูแลแต่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน -ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้ายเกรด 3 -ADL = 7 คะแนน วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้ป่วย 2.เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3.เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD	1.ประเมิน ADL 2.ร่วมเยี่ยมบ้านกับพยาบาลชุมชนดูบ้าน เช่น เติง หื้องน้ำ อุปกรณ์ช่วยในการใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้ดูแลหลัก 3.ร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 4.เตรียมวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่อาคารพักชรา 5 ในการให้ความรู้ในการวางแผนจำหน่ายครั้งนี้ 1) Disease ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจุดตันซีกซ้ายทำให้เป็นอัมพาตซีกขวา 2) Medication ยา ASA (81) และยา Atorvastatin 40mg และยา Omeprazole 20mg 3) Environment & Economic จัดให้ผู้ป่วยอยู่สภาพแวดล้อมที่	กรณีศึกษาตอนที่ 1 1.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแนวทางการเข้าพักอาคารพักชรา 5 ครบถ้วน 2.ผู้ป่วยเข้าได้พักในอาคารพักชรา 5 3.ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง กรณีศึกษาตอนที่ 2 1.ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง 2.จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและพยาบาลชุมชนพบปัญหาดังนี้ 1) ห้องคนเดียวญาติจะมาหาผู้ดูแลและจ่ายค่าดูแลให้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล	การประเมินผล
กรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2		
	เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย 2.ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3.ผู้ป่วยและและญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและได้รับการดูแลตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD	ปลอดภัย 4)Treatment ป้องกันการเกิดแผลกดทับการทำความสะอาดร่างกาย 5) Health บริหารร่างกายข้างที่อ่อนแรงเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อติดแข็งบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนเพื่อป้องกันสำลักทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด 6) Outpatient referral ให้ใบนัดแก่พยาบาลชุมชนและแจ้งผู้ป่วยรับทราบให้นำผู้ป่วยไปตรวจตามนัด 7) Diet เลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นอาหารอ่อน แยกเนื้อ แยกน้ำแยกเส้น เวลารับประทานอาหารไม่ชวนคุยจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว <u>การพยาบาลเพิ่มของกรณีศึกษารายที่ 1</u> 1.แจ้งผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลในการจำหน่ายไปอาคารพักชรา5 2.ปฏิบัติตามแนวทางส่งผู้ป่วยเข้าพักอาคารพักชรา 5	ผู้ป่วยทุกเดือนพร้อมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆ 2.ผู้ป่วยมีเตียงนอนและมีที่รวมจับเพื่อพยุงตัวขึ้นความสูงเตียงอยู่ระดับผู้ป่วยนั่งและขาถึงพื้น 3)ห้องน้ำประตูปะตูแคบไม่สามารถนํารถเข็นเข้าได้แต่มีรวมจับญาติให้ผู้ป่วยใส่แอมและอาบนํ้าระยะเบี่ยงหลังห้องแทน 4.ญาติผู้ป่วยแจ้งว่าจะติดกล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอุบัติเหตุ 3.ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนแบบ DMETHOD และสามารถตอบคำถามในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ตารางที่16ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษาที่ต่างกันเฉพาะกรณีศึกษารายที่2

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ Serum K + อยู่ในค่าปกติ Serum K + = 3.5 - 5.0 mmol/L 2.เพื่อให้ผู้ป่วยสดชื่น ไม่เหนื่อยอ่อนเพลีย การประเมินผล 1. Serum K + อยู่ในค่าปกติ Serum K + = 3.5-5.0 mmol/L 2.ผู้ป่วยสดชื่น ไม่เหนื่อยอ่อนเพลีย 3.สัญญาณชีพปกติ	1. ดูแลให้ได้รับยา E.kcl 30 ml oral 1dose ตามแผนการการรักษาของแพทย์ 2. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายในผู้ป่วย 4.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ hypokalemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก เป็นต้น 5. ติดตามElectolyteรายงานแพทย์รับทราบ	1. Serum K + = 3.9 mmol/L 2.ผู้ป่วยสดชื่น ไม่เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงเพิ่ม 3.อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/63 มิลลิเมตรปรอท
2. :ผู้ป่วยหลังลิมร่างกายซีกซ้าย ข้อมูลสนับสนุน O : ผู้ป่วยไม่สนใจร่างกายซีกซ้ายเท่ากับซีกขวา -พยาบาลคุยด้วยฝั่งซ้ายมือผู้ป่วยจะหันหน้าไปฝั่งขวามือ วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสนใจร่างกายซีกซ้ายเท่ากับซีกขวา 2.เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากภาวะหลังลิมร่างกายซีกซ้าย เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยให้ความสนใจร่างกายซีกซ้ายเท่ากับซีกขวา 2.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากภาวะหลังลิมร่างกายซีกซ้าย	1.จัดเตียง/ที่นอนผู้ป่วยให้ร่างกายด้านซ้ายหันออกด้านนอก ไม่หันไปด้านกำแพง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจด้านซ้าย 2.การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยให้เข้าหาผู้ป่วยทางด้านซ้าย 3.เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการหลังลิมร่างกายซีกซ้ายเช่นมือเข้าไปในวงล้อรถเข็น เท้าซ้ายลากถูไปกับพื้น ขณะเข็นรถ 4. จัดของใช้ไว้ฝั่งซ้ายมือเพื่อให้ผู้ป่วยสนใจมากขึ้น 5.ให้ญาตินำของใช้ที่ผู้ป่วยชอบมาไว้ข้างซ้ายมือเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจ 6.ให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมผู้ป่วยในการฝึก/การทำกิจกรรมข้างซ้ายได้ 7.กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างขวายกมือซ้ายออกกำลังกายและการจัดทำเพื่อป้องกันการนอนทับแขนข้างซ้าย	1.ผู้ป่วยหันมองเมื่อพูดคุยทางด้านซ้ายและสนใจซีกซ้ายมากขึ้น 2.ผู้ป่วยเริ่มสนใจข้างซ้ายโดยใช้มือขวายกมือซ้ายเวลาจัดที่นั่งไม่ให้มือซ้ายโดนทับ 3.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากภาวะหลังลิมร่างกายซีกซ้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษาที่ต่างกันเฉพาะกรณีศึกษารายที่2(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
3. ผู้ป่วยข้อไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด ข้อมูลสนับสนุน S:"ลูกนั่งเองตอนเช้าทรงตัวไม่ดีเอามือซ้ายพยุงเพียงทำให้ลื้มและทับไหล่ซ้ายจึงปวดไหล่ซ้าย" O:คลำพบ Shoulder subluxation 1 FB O:ปวดหัวไหล่ซ้าย pain 3-4 คะแนน วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้หัวไหล่ซ้ายติด/หัวไหล่ซ้ายไม่หลุดเพิ่ม 2.ลดอาการปวดไหล่ pain 0-1 คะแนน เกณฑ์การประเมิน 1.หัวไหล่ซ้ายติด/หัวไหล่ไม่หลุดเพิ่ม 2.หายจากอาการปวดไหล่ หรือ pain 0-1 คะแนน	1.ประเมินอาการปวดหัวไหล่ซ้ายและให้ ยา Acoxia 1 x3 oral pc และ ยา tramal 50mg oral prn ทุก 8 ชั่วโมง เวลาปวดและประเมินอาการหลังให้ยา 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 2.ประคบเย็นบริเวณที่ปวดและใส่ที่พยุงแขน 3.รายงานแพทย์รับทราบแพทย์ให้การรักษาโดยส่ง film Lt film shoulder transcapular AP Y-view ตามแผนการรักษา/รายงานผล film ให้แพทย์รับทราบ 4.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบผลกระทบของการเกิดภาวะหัวไหล่หลุด 5.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ shoulder Subluxation ดังนี้ 1)จัดให้นอนพักบนเตียงในท่านอนหงาย ศีรษะและลำตัวอยู่แนวตรงหรือหันหน้าไปด้านที่เป็น ข้างเล็กน้อย แขนข้างซ้ายกางออกและวางบน หมอน ข้อศอกเหยียด หงายมือขึ้น ข้อมือตรง นิ้วมือ เหยียดและกางออก 2) การใช้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่ที่ถูกต้อง 3) ห้ามดึงรั้งกระดูกแขนที่อ่อนแรง 6.ใช้อุปกรณ์ประคองข้อไหล่อย่างสม่ำเสมอ 7.ช่วยเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของข้อไหล่ เช่น ห้ามดึงรั้งกระดูกแขนที่อ่อนแรง	1.ไม่มีภาวะ shoulder Subluxation เกิน 1 FB 2.ผู้ป่วยไม่ปวดหัวไหล่ซ้าย pain score = 0 – 1 คะแนน 3.พักหลับได้

เหตุผลที่ใช้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในการศึกษา

การใช้กรณีศึกษา 2 รายที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกันมีความสำคัญด้วยเหตุผลหลัก 3 ประการ

1. เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน (Control Variables)

ผู้ศึกษาเลือกกรณีศึกษาที่มีลักษณะพื้นฐานคล้ายกัน เช่น เพศ อายุ ศาสนา สัญชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบมีความน่าเชื่อถือ และลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการดูแล (Polit & Beck, 2017; Grove, Gray, & Burns, 2015)

2. เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือในการสังเคราะห์ข้อวินิจฉัยและแนวทางการดูแล

ผู้ศึกษาเลือกกรณีศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกัน (Acute Ischemic Stroke) และเข้ารับการฟื้นฟูในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งการมีลักษณะทางคลินิกที่สอดคล้องกันนี้ เอื้อต่อการสังเคราะห์ปัญหาทางพยาบาลร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญ และช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานในกลุ่มผู้ป่วยลักษณะเดียวกัน (Polit & Beck, 2017; Creswell & Creswell, 2018)

3. เพื่อใช้เปรียบเทียบเชิงลึกเพื่อออกแบบคู่มือที่ยึดหยุ่นได้

เมื่อมีพื้นฐานเหมือนกัน ความแตกต่างที่พบจะสะท้อนลักษณะเฉพาะของโรคหรือการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งกรณีทั่วไปและกรณีซับซ้อนได้อย่างเหมาะสม (Creswell & Creswell, 2018; Polit & Beck, 2017)

สรุปผลการศึกษารายกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ผลการศึกษารายกรณีศึกษาทั้ง 2 รายในการนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานำมาพัฒนาคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุดังนี้

1. ตำแหน่งการตีบทของหลอดเลือดสมอง

1.1 กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 CT scan พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 และริมฝีปากข้างขวาตก มีปัญหาการกลืน

1.2 กรณีศึกษารายที่ 2 ผล CT scan พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule มีอาการบ้านหมุน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มีอ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 และมีอาการหลงลืมร่างกายซีกซ้าย

2. การฟื้นฟูสภาพใช้ระยะเวลาต่างกัน

2.1 กรณีศึกษารายที่ 1 อ่อนแรงซีกขวาและถนัดข้างขวาทำให้ฝึกกิจวัตรประจำวันได้ช้ากว่ารายที่ 2

2.2 กรณีศึกษารายที่ 2 อ่อนแรงซีกซ้ายซึ่งผู้ป่วยถนัดข้าง ขวาทำให้การฝึกกิจวัตรประจำวันได้เร็วกว่ากรณีศึกษารายที่ 1

3.การวางแผนจำหน่าย

3.1กรณีศึกษารายที่1อยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแล หลังจากฟื้นฟูสภาพและร่วมเยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เนื่องจากสภาพบ้านไม่พร้อมและไม่มีปัจจัยในการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านทำให้เมื่อจำหน่ายกลับบ้านไม่ปลอดภัยจึงวางแผนจำหน่ายไปอาคารพักชรา 5 และการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งเน้นส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแก่พยาบาลชุมชน/เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอาคารพักชรา 5 พร้อมทั้งลงเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารพักชรา 5 ร่วมกับพยาบาลชุมชน 1 ครั้ง หลังจำหน่ายเพื่อประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย

3.2 กรณีศึกษารายที่ 2 มีญาติและผู้ดูแลซึ่งมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ในการดูแลจึงมุ่งเน้นไปที่ญาติและผู้ดูแลรวมทั้งการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยทำให้เมื่อจำหน่ายกลับบ้านให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแก่พยาบาลชุมชนพร้อมทั้งลงเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลชุมชน 1 ครั้งหลังจำหน่ายเพื่อประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย

ตารางที่ 17 สรุปผลการศึกษาเพื่อการพัฒนาคู่มือการพยาบาล

หัวข้อ / ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ผลต่อการพัฒนาคู่มือการพยาบาล
1.ตำแหน่งการตีบของหลอดเลือดสมอง (ซ้าย/ขวา)	CT scan พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia และ left external capsule อาการ: อ่อนแรงซีกขวา (Grade 2),ริมฝีปากขวาตก, กลืนลำบาก	CT scan พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule อาการ: บ้านหมุน (vertigo), ปากเบี้ยว, พูดไม่ชัด,อ่อนแรงซีกซ้าย (Grade 2) และมีอาการหลงลืมร่างกายซีกซ้าย	การพยาบาลตามตำแหน่งการตีบของหลอดเลือดสมอง (ซ้าย/ขวา) -การพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบด้านซ้าย -การพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบด้านขวา
หัวข้อ / ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ผลต่อการพัฒนาคู่มือการพยาบาล
2.การฟื้นฟูสภาพใช้ระยะเวลานานต่างกัน	- อ่อนแรงซีกขวา (ผู้ป่วยถนัดขวา)ฝึกกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ช้ากว่าเนื่องจากข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างถนัด	- อ่อนแรงซีกซ้าย (ผู้ป่วยถนัดขวา) ฝึกกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้เร็วกว่าเนื่องจากข้างที่อ่อนแรงเป็นข้างที่ไม่ถนัด	คู่มือควรมีแนวทางการฟื้นฟูข้างที่ถนัด/ไม่ถนัด -การฝึก ADL ข้างไม่ถนัด -การฝึก ADLข้างที่ถนัด
3.การวางแผนจำหน่าย	-สถานภาพ: หม้าย, อาศัยอยู่คนเดียว -บ้านไม่ปลอดภัย (ไม่มีผู้ดูแล, ไม่มีราวจับในห้องน้ำ) ส่งต่อไปอาคารพักชรา 5 การให้ความรู้เน้นไปที่เจ้าหน้าที่อาคารพักชรา 5	-สถานภาพ: สมรส, มีญาติและผู้ดูแลพร้อม บ้านสามารถปรับสภาพได้ (ติดราวจับ, แก้วที่สูง) จำหน่ายกลับบ้านได้ การให้ความรู้เน้นไปที่ญาติและผู้ดูแล	รูปแบบการจำหน่าย -จำหน่ายกลับบ้าน -จำหน่าย อาคารพักชรา5

ตารางที่ 18 ยาและขนาดที่ใช้กับผู้ป่วย

1.ยา Aspirin 81 mg	
ชื่อยาตามแผนการรักษา	Aspirin 81 mg
ชื่อสามัญ	แอสไพริน (Aspirin)
ชื่อการค้า	Aspirin - 81
กลไกการออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ต้านการยับยั้ง เอนไซม์ cyclooxygenase ในเกร็ดเลือดอย่างถาวรให้ลดการสังเคราะห์ thromboxane A2 ซึ่งเป็นสารกระตุ้นเกร็ดเลือดจึงลดการกระตุ้นและการเกาะกลุ่ม (aggregation) ของเกร็ดเลือด
ขนาดและวิธีใช้	การใช้ยาแอสไพรินมี 2 ข้อบ่งชี้คือ 1. การใช้ยาแอสไพรินเพื่อบรรเทาอาการปวด อักเสบ และลดไข้ ขนาดยาแอสไพรินในข้อบ่งชี้นี้ควรเป็นขนาดยาที่สูง คือ 325-650 มิลลิกรัม5 (บางการศึกษาพบว่า ควรเริ่มด้วยขนาดยา 600-650 มิลลิกรัมขึ้นไปในการบรรเทาอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง2-3 และขนาด 500-1000 มิลลิกรัมเพื่อลดไข้6) รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง ลักษณะของเม็ดยาจะมีขนาดใหญ่และเป็นเม็ดยาที่ถูกเคลือบเพื่อควบคุมให้มีการปลดปล่อยยาที่ลำไส้เล็ก (enteric-coated tablet) ผู้ป่วยควรรับประทานยาทั้งเม็ดหลังอาหารทันทีเพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหารโดยใช้ตามอาการที่เป็น และหยุดใช้ยาเมื่ออาการหมดไป 2.การใช้ยาแอสไพรินเพื่อรักษาภาวะหลอดเลือดอุดตัน ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาแอสไพรินมาก่อน ในวันแรกที่มีอาการแพทย์ผู้ให้การรักษาจะแนะนำให้ผู้ป่วยเคี้ยวยาแอสไพรินขนาด 300-325 มิลลิกรัมเพื่อให้ระดับยาในเลือดมากพอและเกิดการยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดอย่างรวดเร็ว10 เพื่อป้องกันการเกิดการอุดตันหลอดเลือดซ้ำอีก จากนั้นจะลดขนาดยาลงเป็นแอสไพรินขนาดต่ำ คือ 81 มิลลิกรัม และรับประทานตามปกติ (หลังอาหารทันทีและกลืนยาทั้งเม็ด) โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาแอสไพรินขนาดต่ำต่อเนื่องไปตลอดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะหลอดเลือดอุดตัน

1.ยาAspirin 81 mg	
ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา	ยาแอสไพรินอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไปในขณะที่ใช้ยา เช่น ปวดศีรษะ ง่วงซึม ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เป็นต้น ควรหยุดใช้ยา และรีบไปพบแพทย์โดยด่วน และอาจพบอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยได้ดังนี้ - อาการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก ผื่นคัน มีอาการบวมที่ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ - หูอื้อ รู้สึกสับสน หายใจเร็วผิดปกติ ชัก - คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง - อูจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ ไอหรืออาเจียนเป็นเลือด - มีไข้สูงนานติดต่อกันเกิน 3 วัน - อาการปวดหรือบวมนานติดต่อกันเกิน 10 วัน
2.ยา Atorvastatin 40 mg	
ชื่อยาตามแผนการรักษา	Atorvastatin 40 mg
ชื่อสามัญ	อะทอร์วาสแททิน (atorvastatin)
ชื่อการค้า	Lipostat
กลไกการออกฤทธิ์	คือยาในกลุ่มสแตติน (Statins หรือ HMG CoA Reductase Inhibitors) มีคุณสมบัติในการลดระดับคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL) และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (Triglyceride) ในขณะเดียวกันก็ช่วยในการเพิ่มปริมาณคอเลสเตอรอลชนิดที่ดีในร่างกาย (HDL) ได้บ้าง นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ขนาดและวิธีใช้	- เด็ก เพื่อรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม (Familial Hypercholesterolemia) อายุ 10-17 ปี รับประทาน 10 หรือ 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง และสามารถเพิ่มขนาดยาได้ภายใน 4 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 มิลลิกรัมต่อวัน - ผู้ใหญ่ รับประทาน 10 หรือ 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง สามารถปรับขนาดยาได้ภายใน 4 สัปดาห์ และอาจเริ่มรับประทานที่ 40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งหากผู้ป่วยจำเป็นต้องลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดที่ไม่ดีให้ต่ำกว่า 45% แต่ไม่ควรเกินวันละ 80 มิลลิกรัม

2.ยา Atorvastatin 40 mg	
ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา	การใช้ยา Atorvastatin อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยหลายอย่าง เช่น ปวดตามข้อ ท้องเสีย มีอาการอักเสบที่คอและจมูก หรืออาจมีอาการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ นอนไม่หลับ ปวดขา ปวดกล้ามเนื้อแขนและขา กล้ามเนื้อเกร็ง และคลื่นไส้ เป็นต้น
3.ยา Omeprazole (20mg)	
ชื่อยาตามแผนการรักษา	Omeprazole (20mg)
ชื่อสามัญ	โอเมพราโซล (omeprazole)
ชื่อการค้า	Losec mups (tablets 20 mg)
กลไกการออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ลดการผลิตกรดจากกระเพาะอาหาร ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการแสบร้อนยอดอก (Heartburn) อาการกลืนลำบาก และอาการไอเรื้อรังได้ ยายังช่วยในการหายของแผลในกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดแผลใหม่ และอาจช่วยป้องกันมะเร็งของหลอดอาหารด้วย
ขนาดและวิธีใช้	ใช้ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะและลำไส้อาหารจากยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ใหญ่ให้รับประทานครั้งละ 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา	ผลข้างเคียงจากการใช้ยา Omeprazole ที่พบได้ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย หากมีอาการเหล่านี้ไม่หายไปหรือมีอาการแย่ลงควรไปปรึกษาแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรืออาการรุนแรงต่อไปนี้ ควรหยุดใช้ยาแล้วรีบไปพบแพทย์ทันที - มีสัญญาณของการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก ริมฝีปาก ลิ้น ลำคอ และใบหน้ามีอาการบวม เกิดลมพิษ - อาการชัก - ปวดท้องรุนแรง ท้องเสีย ถ่ายท้องเป็นน้ำหรือเป็นเลือด - ปัสสาวะน้อยหรือบ่อยกว่าปกติ ปัสสาวะมีเลือดปน - อาการบวม หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว - มีสัญญาณของภาวะแมกนีเซียมต่ำ เช่น เวียนศีรษะ สับสน อัตราการเต้นหัวใจเร็วและไม่สม่ำเสมอ มีอาการเส้น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อกระตุก รู้สึกกระวนกระวาย เป็นตะคริว กล้ามเนื้อมือและเท้าเกร็ง - ไอหรือสำลัก

บทที่ 4

สรุปกรณีศึกษา อภิปรายผลวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 79 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2565 ด้วยอาการปวดศีรษะ อ่อนแรงซีกขวา เกรด 2 ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan โรงพยาบาลสมุทรปราการตามสิทธิการรักษา CT scan พบ Old lacuna infarction at both basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยโรคภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke) และกลับมารักษาตัวที่หอผู้ป่วย 4 วันที่ 14 สิงหาคม 2565 18 วัน อาการพอทุเลาแพทย์ให้ย้ายมาฟื้นฟูสภาพสภาพต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 2 วันที่ 1 กันยายน 2566 และให้การรักษาโดยให้ยารับประทานและส่งกายภาพบำบัด ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย 2 ได้ให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีจนทำให้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สมอง สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เองไม่ลำบาก แขนขาซีกขวาอ่อนแรงเกรด 3 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้บางส่วนแต่ยังมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวต้องใช้คนช่วยในการเคลื่อนย้าย ประเมิน ADL = 8 คะแนน ไม่มีภาวะท้องผูก หายจากอาการปวดไหล่ข้างขวาและได้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินบ้านผู้ป่วยพบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถอยู่คนเดียวได้และมีปัญหาค่าใช้จ่าย จึงให้ผู้ป่วยเข้าพักที่ อาคารพักชรา 5 จึงวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ในการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยและพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลทั้งหมด 437 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 80 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2566 มาด้วยอาการเวียนศีรษะ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว อ่อนแรงซีกซ้าย เกรด 2 ก่อนมา 3 ชั่วโมง แพทย์ส่งตัวไปทำ CT scan โรงพยาบาลสมุทรปราการตามสิทธิการรักษา พบ lacuna infarction at right basal ganglia and left external capsule แพทย์วินิจฉัยโรคภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke) และกลับมารักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักสถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ 18 ตุลาคม 2566 3 วันอาการพอทุเลา แพทย์ให้ย้ายมาฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย 2 วันที่ 20 ตุลาคม 2566 และให้การรักษาโดยให้ยารับประทานและส่งกายภาพบำบัด ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย 2 ได้ให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีจนทำให้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สมอง สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เองไม่ลำบาก แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ไม่มีภาวะหลงลืมร่างกายซีกซ้าย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้บางส่วนแต่ยังมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวต้องใช้คนช่วยในการเคลื่อนย้าย ประเมิน ADL = 7 คะแนน ไม่มีภาวะท้องผูก หายจากอาการปวดไหล่ข้างซ้าย ได้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินบ้านผู้ป่วยพบสภาพแวดล้อมที่บ้านญาติสามารถปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีผู้ดูแลและได้ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD สามารถตอบคำถามในการปฏิบัติตัวได้

ถูกต้องและได้ส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องกับพยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย 200 วัน

ตารางที่ 19 สรุปกรณีศึกษา 2 ราย

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	79 ปี	80 ปี
วันที่เข้ารับรักษา	14 สิงหาคม 2565	20 ตุลาคม 2566
อาการสำคัญ	ปวดศีรษะ อ่อนแรงซีกขวา ก่อนมา 2 ชั่วโมง	เวียนศีรษะ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว อ่อนแรงซีกซ้าย ก่อนมา 3 ชั่วโมง
การวินิจฉัยและการรักษา	ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke)	ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Acute Ischemic Stroke)
การรักษา	- ทำกายภาพส่งกายภาพบำบัด - แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Atorvastatin (40 mg) 1 x1 oral hs, Omeprazole (20) 1x1 oral ac, ASA gr 1 x1 oral pc	- ทำกายภาพส่งกายภาพบำบัด - แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Atorvastatin (40mg) 1 x1 oral hs, Omeprazole (20) 1x1 oral ac, ASA gr 1 x1 oral pc
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	- อาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สมอง - แขนขาซีกขวามืออ่อนแรงเกรด 3 - สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน (ADL= 8 คะแนน) - จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการเข้าพักที่อาคารพักชรา 5	- อาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สมอง - แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 - สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน (ADL= 7 คะแนน) - จำหน่ายกลับบ้าน
ทฤษฎีและแนวทางที่ใช้การดูแลผู้ป่วย	- การพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) - ใช้ แนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ในการประเมินบ้านและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา เพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย	- การพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) - ใช้ แนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ในการประเมินบ้านและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา เพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย - ญาติและผู้ป่วยได้รับการวางแผนจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากจำหน่าย

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืน ลำบาก 3. ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาซีกขวาอ่อนแรง 4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 5. ผู้ป่วยปวดหัวไหล่ข้างขวา 6. ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก 7. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไปอาคารพักชรา 5	1. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง 2. เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก 3. ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 4. ผู้ป่วยอาจมีหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุดจากปวดหัวไหล่ซ้าย 5. ผู้ป่วยหัวไหล่ซ้ายเคลื่อนหลุด 6. ผู้ป่วยบกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 7. ผู้ป่วยหลงลืมร่างกายซีกซ้าย 8. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 9. ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก 10. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
ระยะเวลาการรักษา	437 วัน	200 วัน

จากกรณีศึกษาทั้งสองรายแสดงให้เห็นถึงการดำเนินการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดซึ่งมีการดูแลที่ครอบคลุมจากทีมแพทย์และการพยาบาล มีกระบวนการติดตามและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้แม้จะต้องการการช่วยเหลือในบางกรณี โดยการวางแผนการจำหน่ายที่มีการประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านและการติดตามผลจากพยาบาลชุมชนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องและการร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

อธิบายผลการศึกษา

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย) พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. ตำแหน่งการตีบของหลอดเลือดสมองมีผลต่อลักษณะอาการและแนวทางการพยาบาลก่อนจำหน่าย

ตำแหน่งการตีบของหลอดเลือดสมอง (ไม่ว่าจะเป็นซีกซ้ายหรือซีกขวา) จะกำหนดรูปแบบของอาการทางร่างกายและความรู้สึก (functional impairment) ที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เช่น การอัมพาตครึ่งซีก การสูญเสียความสามารถในการพูด การรับรู้ หรือการเคลื่อนไหว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อแนวทางการวางแผนพยาบาลเฉพาะบุคคล รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน (วิภาวี คำแก้ว, 2564)

ผลการศึกษา:

- 1.1 กรณีศึกษารายที่ 1 (ตีบซีกซ้ายกับ both basal ganglia + left external capsule) มีอาการอ่อนแรงซีกขวา (Grade 2) ริมฝีปากขวาตก และกลืนลำบากชัดเจน
- 1.2 กรณีศึกษารายที่ 2 (ตีบซีกขวา + left external capsule) มีอาการบ้านหมุน (vertigo) พูดไม่ชัด อ่อนแรงซีกซ้าย (Grade 2) และภาวะหลงลืมร่างกายซีกซ้าย (left-sided neglect)

แสดงให้เห็นว่า “ตำแหน่งการตีบ” กำหนดชุดอาการหลักที่แตกต่างกันจริง ซึ่งต้องใช้แนวทางพยาบาลเฉพาะทางไม่เหมือนกัน ได้แก่ การจัดการภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia Management) สำหรับผู้ตีบซีกซ้าย และการจัดการการทรงตัว/ภาวะหลงลืม (Balance & Cognitive Management) สำหรับผู้ตีบซีกขวาส่งผลให้การพยาบาลแตกต่างกันประกอบกับผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความพิการมีภาวะฟุ้งฟิง และไม่มีผู้ดูแล พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่ระยะฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยมีการประสานการดูแลกับพยาบาลชุมชน สถานสงเคราะห์ ผู้ดูแลผู้ป่วยอาการพักชรา5 และโภชนาการ โดยใช้การวางแผนการจำหน่ายแบบ DMETHOD ดังนี้

- 1) Disease การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
- 2) Medication ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ชื่อยา ข้อบ่งชี้ของการใช้ยาผลข้างเคียง วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง กับพยาบาลชุมชนในการจัดยาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา
- 3) Environment & Economic ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุและจัดสภาพแวดล้อมข้างเตียงให้ปลอดภัย
- 4) Treatment ส่งต่อพยาบาลชุมชนในการดูแลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวหลังการเจ็บป่วย การดูแลตนเองและการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง
- 5) Health ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยได้แก่ ADL ปัจจุบัน ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและข้อจำกัดเพื่อให้พยาบาลชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
- 6) Outpatient referral ส่งต่อพยาบาลชุมชนในการมาตรวจตามนัดและให้ความรู้แก่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการ แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น สูญเสียการทรงตัว มองเห็นภาพซ้อนพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก ปวดศีรษะมาก ซึมลง มีเลือดออกตามร่างกาย ให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทันทีเนื่องจากพยาบาลชุมชนมาตรวจเยี่ยมดูแลผู้ป่วยวันละ1ครั้งในวันราชการ
- 7) Diet ส่งต่อพยาบาลชุมชน นักโภชนาการในการเตรียมอาหารของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากมีความพิการเรื้อรังร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีภาวะฟุ้งฟิงสูง ข้อจำกัดทางสังคมและไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด จึงต้องวางแผนการพยาบาลและการจำหน่ายแบบ DMETHOD เฉพาะรายโดยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.ความแตกต่างในการฟื้นฟูสภาพตามข้างที่อ่อนแรง (Dominant vs. Non-Dominant Hemiplegia):

ผู้ที่มีข้างที่ถนัด (dominant side) จะใช้ระยะเวลาในการฝึก ADL (กิจวัตรประจำวัน) นานกว่า เนื่องจากต้องปรับตัวมาใช้มือข้างที่ไม่ถนัด ขณะที่ผู้ที่มีข้างที่อ่อนแรงฝึ่ไม่ถนัด จะฝึก ADL ได้รวดเร็วกว่า (Denti L et al., 2013)

ผลการศึกษา:

2.1กรณีศึกษารายที่ 1 (อ่อนแรงซีกขวา ข้างที่ถนัดเดิมคือ ขวา) พบว่าการฝึก ADL เป็นไปด้วยความล่าช้า เพราะต้องเปลี่ยนมาใช้มือซ้ายซึ่งเดิมไม่เคยเป็นมือหลัก ทำให้ฝึกทำกิจวัตรพื้นฐาน (เช่น การกิน การแต่งตัว การถือสิ่งของ) ช้ากว่ารายที่ 2

2.2กรณีศึกษารายที่ 2 (อ่อนแรงซีกซ้าย ข้างที่ไม่ถนัดเดิมคือ ซ้าย) สามารถใช้มือขวาทันทีฝึก ADL ได้รวดเร็วกว่า เนื่องจากเพียงปรับมา ไม่ใช้ซีกซ้ายแต่ยังมีมือขวาที่ถนัดใช้งานได้เหมือนเดิม

จากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย สนับสนุนแนวคิดที่ว่า ซีกที่อ่อนแรงเป็นข้างถนัด ทำให้การฝึก ADL ช้าลงจริง ในขณะที่ ซีกที่อ่อนแรงเป็นข้างไม่ถนัด ช่วยให้สามารถฝึก ADL ได้รวดเร็วกว่าการจัดทำคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ควรมุ่งเน้นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวางแผนการจำหน่ายที่ส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้การดูแลแบบ พึ่งพิงส่งเสริมจนผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุดในปีบริบทของตนเอง

3.บริบทครอบครัวและสภาพแวดล้อมบ้านมีอิทธิพลต่อแนวทางการวางแผนจำหน่าย

การมีหรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน และสภาพบ้าน (พร้อม-ไม่พร้อม) จะกำหนดเส้นทางการจำหน่าย (กลับบ้าน หรือส่งต่อไปต๋องดูแลระยะยาว) และเนื้อหาการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายต้องแตกต่างกันตามบริบท(วิภาวี คำแก้ว,2564)

ผลการศึกษา

3.1 กรณีศึกษารายที่ 1 (อาศัยคนเดียว ไม่มีผู้ดูแล) พบว่า บ้านไม่ปลอดภัย (พื้นลื่น ไม่มีราวจับในห้องน้ำ ไม่มีใครช่วยเหลือตลอดเวลา) จึงไม่สามารถกลับบ้านได้ ต้องส่งต่อไป อาคารพักชรา 5 เพื่อดูแลต่อเนื่อง

3.2 กรณีศึกษารายที่ 2 (สมรส มีญาติคอยดูแล) สามารถปรับสภาพบ้านได้ (ติดราวจับ จัดเก้าอี้สูง จัดทางเดินโล่ง) ทำให้สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ภายใต้การดูแลของครอบครัว

จากผลการศึกษาการมีผู้ดูแลพร้อมกับบ้านที่ปรับเปลี่ยนได้ ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้จริง ส่วนผู้ที่อยู่คนเดียวและบ้านไม่พร้อม จึงต้องส่งต่อไปดูแลต่อ เนื้อหาการให้ความรู้จึงต้องปรับตามกลุ่มเป้าหมาย (เจ้าหน้าที่และญาติ)

4.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยและบริบทการดูแล โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเปราะบางทางร่างกายและสังคม การมีผู้ดูแล/ไม่มีผู้ดูแลและความพร้อมของบ้านเป็นปัจจัยสำคัญต่อการวางแผนจำหน่ายและแนวทางการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยทั้งสองรายผ่านการดูแลทั้ง 3 ระบบของโอเร็ม ได้แก่ Wholly, Partly และ Supportive-Educative Nursing System ระบบนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะพึ่งพิง และวางแผนจำหน่ายให้สอดคล้องกับความสามารถของผู้ป่วยได้ชัดเจน โดยพยาบาลมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายจึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและใช้

ชีวิตในบ้านได้อย่างปลอดภัยตามสภาวะโรคของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นไปตามวัตถุประสงค์และตามเป้าหมายที่ผู้ศึกษาตั้งไว้

วิจารณ์ผลการศึกษา

ในกรณีศึกษา 2 รายผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มทั้ง 3 ระบบจากการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 79 ปี Stroke ขวา การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็ม ระยะเฉียบพลัน (Acute Phase) ขณะนอนโรงพยาบาลใช้ระบบ Wholly Compensatory Nursing System เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวา ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ระยะฟื้นตัว (Recovery Phase) อาการดีขึ้นเปลี่ยนเป็นใช้ระบบ Partly Compensatory Nursing System โดยพยาบาลให้การช่วยเหลือร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) ใช้ระบบ Supportive-Educative Nursing System เน้นการส่งเสริมการเรียนรู้และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องกับทีมสหสาขา ผลลัพธ์จากการพยาบาลประเมิน ADL = 8 คะแนน ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้บางส่วนไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม สามารถรับประทานทางปากโดยไม่สำลัก ผู้ป่วยจำหน่ายไปยังอาคารพักชรา 5 เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและไม่มีผู้ดูแล

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 80 ปี Stroke ซ้าย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)ของการรักษา ใช้ระบบ Wholly Compensatory Nursing System ระยะฟื้นตัว (Recovery Phase) ใช้ระบบ Partly Compensatory Nursing System ระยะเรื้อรัง (Chronic Phase) ใช้ระบบ Supportive-Educative Nursing System โดยให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติ พร้อมประสานการดูแลต่อเนื่องกับพยาบาลชุมชนผลลัพธ์จากการพยาบาลประเมิน ADL = 7 คะแนน ทำกิจวัตรได้บางส่วนไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สมอง แขนขาสายยังอ่อนแรง ต้องใช้คนช่วยเคลื่อนย้ายญาติสามารถดูแลที่บ้านและปรับสิ่งแวดล้อมได้จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ปัญหาที่พบในการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

1. การขาดผู้ดูแลที่บ้านซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อความต่อเนื่องในการดูแล
2. ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้บกพร่อง ซึ่งส่งผลต่อการปรับใช้ทฤษฎีให้เหมาะสม
3. ความไม่สมบูรณ์ในการใช้ระบบสนับสนุนและการฟื้นฟูในระยะยาว
4. การประเมินผลการดูแลยังมีความท้าทาย เนื่องจากความแตกต่างในแต่ละรายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การเสริมสร้างระบบสนับสนุนและเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง
 - 1.1 ควรจัดให้มีการวางแผนและสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และชุมชน เพื่อให้เกิดการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.2 จัดทำแนวทางการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ดูแล (caregiver) ทั้งในบ้านและในสถานพักฟื้น เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย

1.3 พัฒนาแผนสนับสนุนในด้านการดูแลระยะยาว เช่น การติดตามผล การปรับปรุงแผนการดูแลตามความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2. การจัดการภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม

2.1 ควรมีแนวทางการประเมินและดูแลภาวะแทรกซ้อนอย่างละเอียด เช่น อ่อนแรง ชักขาหรือขยับ ปวดไหล่ ท้องผูก เพื่อปรับแผนการฟื้นฟูและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

2.2 จัดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดกิจกรรมและการดูแลที่เน้นการพัฒนาและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

3. การปรับเปลี่ยนการสื่อสารและการรับรู้

3.1 จัดทำแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะรับรู้บกพร่อง โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น ภาพเสียง หรือลายลักษณ์ เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถรับข้อมูลได้อย่างเต็มที่

3.2 ฝึกอบรมบุคลากรด้านการพยาบาลและผู้ดูแลให้มีทักษะในการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านความเข้าใจ

4. การพัฒนาระบบประเมินและวัดผลที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายระยะยาว

4.1 ควรสร้างเครื่องมือและแนวทางการประเมินผลที่สามารถสะท้อนความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละรายอย่างละเอียดและเป็นระบบ

4.2 ควรเน้นการติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้สามารถปรับปรุงแผนการดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกช่วงเวลาของการฟื้นฟู

5. การสร้างคู่มือปฏิบัติการที่ครอบคลุมและปรับได้ง่าย

5.1 จัดทำคู่มือที่เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง การบริหารความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนผู้ดูแล

5.2 จัดทำคู่มือควรเป็นคู่มือที่สามารถปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบริบทและสามารถอัปเดตข้อมูลได้ง่ายเพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าและเทคโนโลยีใหม่ๆ

บรรณานุกรม

1. วันดี โตสุขศรี. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
2. สถาบันราชประชาสมาสัย. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกลุ่มการพยาบาล ปีงบประมาณ 2564–2566.
3. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาล. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
4. ปราณี ทุไพบระ, คณะ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
5. วรารัตน์ อุดมสุขความ. เอกสารประกอบการสอนหัวข้อทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเอมและการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
6. วารุณี มีเจริญ. แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. สระบุรี: โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2; 2550.
7. ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช; 2556.
8. อรอนงค์ น้อยเจริญ, คณะ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565.
9. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
10. Orem DE. Nursing concepts of practice. 4th ed. USA: Mosby Year Book; 1991. p. 64.
11. ปราณี ทุไพบระ. คู่มือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ NP Pre Partnership; 2566.
12. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู: ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล. ชลบุรี: ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2554.
13. เทพสุวรรณ จ, ทิพย์ จ. การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 มี.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://publication.npru.ac.th/jspui/handle/123456789/493>
14. สมศักดิ์ เทียมเก่า, et al. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำไปปฏิบัติได้จริง โรงพยาบาลทุกระดับ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 มี.ค. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5501>
15. อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรงพยาบาลระนอง. Region 11 Med J. 2016;30(4):335–343. เข้าถึงจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/179842>
16. ณัฐนิช เกศริน หอมหวาน, อรุณี รัตนนิเทศก์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิเวชสาร. 2021;32(1–3):63–74. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sanpasit_medjournal/article/view/252649
17. Dechpichai P, Sattabun T, Mekwan R, Arunyapal A. การเปรียบเทียบตัวแบบการจำแนกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. Health Sci Sci Technol Rev. 2023;16(1):56–70. เข้าถึงจาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/journalup/article/view/253438>

18. อินทรีรา ภูสง่า, รัตนา มั่นคง, อุไรรักษ์ ผาชา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023;8(2):450–459. เข้าถึงจาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1556>
19. Jaiwongpab S, Ruangwattana S, Jitnarin T, Matcha K. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน. Thai J Nurs. 2020;69(2):37–45. เข้าถึงจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/242623>
20. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย; 2563.
21. วิลาวัลย์ ผ่องแผ้ว. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
22. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
23. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing. 9th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2017.
24. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) [อินเทอร์เน็ต]. [ไม่ทราบปีที่เผยแพร่] [เข้าถึงเมื่อ 7 มิ.ย. 2025]. เข้าถึงจาก: https://www.ns.mahidol.ac.th/nursing_knowledge/stroke/
25. สมาคมพยาบาลระบบประสาท. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ; 2564.
26. อรุณี โพธิ์อุดม, จริยา อุดมผล. ภาวะพียงพียงและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในบ้านพักคนชราแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(4):212–224.
27. วิไลวรรณ บุญยะสิทธิ์. การดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อน: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง
28. ศิราณี ศรีมหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง. การศึกษาภาวะการพียงพียงของผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
29. สุภาพร พิชิตพงษ์. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเริ่มในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(2), 45-52.
30. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
31. American Heart Association/American Stroke Association. (2021). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke, 52(4), e15–e109.
32. วิภาวี คำแก้ว. (2564). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพียงพียง: แนวทางการดูแลและฟื้นฟู. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 45(3), 112–125.
33. บรรจง มไหสวริยะ. (2563). การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในทางพยาบาล. วารสารพยาบาลไทย, 39(1), 85-92.
34. กรมควบคุมโรค. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป.
35. World Health Organization. (2020). Global Leprosy Strategy 2021–2030: Towards Zero Leprosy. Geneva: WHO.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบกรณีศึกษา (Case Study)

ชื่อ/สกุล..... อายุ..... ปี HN..... AN..... หน่วยงาน.....

วันที่		เวลา		
COMA SCORE	ปฏิกิริยา	การลืมตา (eye opening)	ลืมตาได้เอง	4
			ลืมตาเมื่อเรียก	3
			ลืมตาเมื่อเจ็บ	2
			ไม่ลืมตาเลย	1
	การสื่อสาร (verbal response)	พูดคุยนับสิบสน	5	
		พูดคุยได้แค่สิบสน	4	
		พูดเป็นคำ ๆ	3	
		ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2	
		T=Tube ไม่ออกเสียงเลย	1	
	การเคลื่อนไหว (best motor response)	ทำตามสั่งได้	6	
		ทราบตำแหน่งเจ็บ	5	
		ชักแขนขาหนี	4	
		งอแขน (abnormal flexion)	3	
		เหยียดแขน (extension-decerebrate)	2	
		ไม่เคลื่อนไหวเลย	1	
รวม Score		15		
		Rt. Eye	Size	
		Rt. Eye	Reaction	
		Lt. Eye	Size	
		Lt. Eye	Reaction	
Motor Power	กล้ามเนื้อทำงานปกติ	5	แขน	Rt.
	ยกต้านแรงได้เกือบปกติ	4		Lt.
	ยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้	3		
	ขยับได้ตามแนวราบ	2	ขา	Rt.
	กระดิกนิ้วได้	1		Lt.
	ไม่มีการเคลื่อนไหว	0		
	Vital Signs	Temperature		
Pulse				
Respiration				
Blood Pressure				
ลงชื่อ				



สถาบันราชประชาสมาชัย

เลขที่ใบประเมิน 1397/67

แบบประเมินผู้ป่วยเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม
(Fall Risk Assessment tool)

ชื่อ	อายุ ปี	Ward
HN	AN	วันที่ Admit
สิทธิ		วันที่ประเมิน

ลำดับ	รายการประเมิน	เข้า	ป่วย	ตึก
1.	วันนอนนับจากแรกเข้า	0	0	0
2.	อายุ	0	0	0
3.	ประวัติการหกล้ม	0	0	0
4.	การทรงตัว	0	0	0
5.	การรับรู้	0	0	0
6.	สภาพร่างกายทั่วไป	0	0	0
7.	การมองเห็น	0	0	0
8.	การพูด	0	0	0
9.	การใช้ยา	0	0	0
10.	ภาวะโรคเรื้อรัง	0	0	0
11.	ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย	0	0	0
คะแนนรวม		0	0	0
ผู้ประเมิน		น.ศ. จันทรา ชมแก้ว 2024-10-23 15:30:07น. หอผู้ป่วย 2	น.ศ. จันทรา ชมแก้ว 2024-10-23 15:30:07น. หอผู้ป่วย 2	น.ศ. จันทรา ชมแก้ว 2024-10-23 15:30:08น. หอผู้ป่วย 2

หมายเหตุ : ถ้ามีคะแนนการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม = 33 หรือ > 33 คะแนน ให้ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม



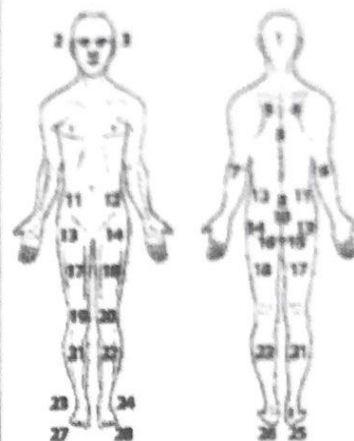
สถาบันราชประชานุบาล

HRP-001-1-01 (2/55) Rev. 01

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
(Braden Risk Assessment pressure scale)

ชื่อ	อายุ ปี	Ward	
HN	AN	วันที่ Admit	
นิติ		วันที่ประเมิน	

ลำดับ	Parameter	1	2	3	4	Score
1.	การรับรู้ความรู้สึก	☐ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด	☐ ตอบสนองต่อการกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด / Hemiplegia หรือ Paraplegia	☐ ทำตามสิ่งได้บ้าง แต่ไม่สามารถบอกได้เมื่อต้องการพลิกตัว	☐ ปกติ	
2.	ความเปื่อยกรันของผิวหนัง	☐ ตรวจพบความชื้นตลอดเวลาทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	☐ เปื่อยกรันบ่อยครั้งแต่ไม่โชติตลอดเวลา มีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน	☐ เปื่อยกรันเป็นบางครั้ง เปลี่ยนผ้าปูอย่างน้อย 1 ครั้งในวัน	☐ ผิวหนังแห้งปกติ	
3.	การทำกิจกรรม	☐ ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา	☐ เดินได้แต่ค่อนข้างมีข้อจำกัดมาก	☐ เดินได้บ้าง	☐ ถูกเคลื่อนออกจากเตียงอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน	
4.	ความสามารถในการเคลื่อนไหว	☐ ไม่สามารถขยับเปลี่ยนท่าหรือแขนขาได้ ถ้ามีคนช่วย	☐ เปลี่ยนท่าหรือแขนขาได้เล็กน้อยเป็นบางครั้ง แต่ไม่สามารถทำได้อบหรืออย่างอิสระ	☐ ขยับเปลี่ยนท่าได้เล็กน้อยและทำได้บ่อยแต่ไม่สามารถขยับแขนขาอย่างอิสระ	☐ ทำได้เองเป็นส่วนใหญ่และบ่อยครั้ง ไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย	
5.	ภาวะโภชนาการ	☐ ได้รับอาหารอย่างน้อย 1/3 ของภาคอาหารที่จัดให้	☐ ได้รับอาหารเพียง 1/2 ของอาหารที่จัดให้	☐ ได้รับอาหารมากกว่า 1/2 หรือเกือบหมดของอาหารที่จัดให้	☐ ได้รับอาหารทุกมื้อ ไม่เคยปฏิเสธอาหารที่จัดให้	
6.	แรงเสียดสี	☐ ต้องช่วยเหลือในการเลื่อนตัวและพลิกตัว มีการกดค้างของกล้ามเนื้อข้อต่อ	☐ พลิกตัวเองได้บ้าง เกิดแรงเสียดสีเวลาเคลื่อนย้าย ส่วนใหญ่ทรงตัวได้ดีเมื่ออยู่บนเตียงหรือเก้าอี้ แต่บางครั้งอาจล้มไถลลงมา	☐ เคลื่อนย้ายตัวเองได้ตลอดเวลา ทรงตัวได้ดีตลอดเวลา ทั้งบนเตียงหรือเก้าอี้		
รวม						



ลำดับ ตำแหน่ง ขนาด Stage

แปลผล				
ไม่มีความเสี่ยง Braden = 19 - 23	ความเสี่ยงต่ำ Braden = 15 - 18	ความเสี่ยงปานกลาง Braden = 13 - 14	ความเสี่ยงสูง Braden = 10 - 12	ความเสี่ยงสูงมาก Braden = 6 - 9

ระดับของแผลกดทับ (Pressure Ulcer Staging) ให้ภาคนี้อย่างไร ✓ ตรงกับระดับที่เป็นจริง ☐ ไม่มีแผล ☐ มีแผลก่อน Admit

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ลำดับ	รายการ	สรุปคะแนน
1	Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ☐ 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ ☐ 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักหรือมือไว้ให้หรือดัดเป็นส้อมไว้ส่งหน้า ☐ 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2	Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) ☐ 0. ต้องการความช่วยเหลือ ☐ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3	Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ☐ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น ☐ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ ☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้างเช่นบอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ☐ 3. ทำได้เอง	

4	Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ☐ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ ☐ 1. ทำเองบ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5	Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ☐ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ☐ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ ☐ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่นพยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย ☐ 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6	Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ☐ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย ☐ 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7	Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ☐ 0. ไม่สามารถทำได้ ☐ 1. ต้องการคนช่วย ☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	

ลำดับ	รายการ	สรุปคะแนน
8	Bathing (การอาบน้ำ) ☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	
	☐ 1. อาบน้ำเองได้	
9	Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	
	☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	
	☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ	
10	Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	
	☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	
	☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ	

แบบประเมินความพร้อมในการกลืน (Standardized Swallowing Assessment: SSA)

ใช้ในการประเมินความพร้อมในการกลืนก่อนเริ่มฝึกการกลืนและเริ่มให้ผู้ป่วยกลืนอาหาร

คำชี้แจง ให้พยาบาลผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อ ความเป็นคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงในแต่ละข้อ

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวและตื่นหรือมีการตอบสนองต่อคำพูดได้ดี
() ใช่ () ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยควบคุมศีรษะให้ตรงเวลานั่งได้
() ใช่ () ไม่ใช่
3. ผู้ป่วยโอตามที่บอกได้
() ใช่ () ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยควบคุมน้ำลายไม่ให้ไหลออกจากปากตนเองได้
() ใช่ () ไม่ใช่
5. ผู้ป่วยใช้ลิ้นเลียริมฝีปากบนและล่างได้
() ใช่ () ไม่ใช่
6. ผู้ป่วยหายใจได้เองทางจมูกหรือปากหรือท่อหลอดลมคอหรือรูเปิดที่ผนังคอด้านหน้า
() ใช่ () ไม่ใช่
7. ผู้ป่วยออกเสียงโดยเสียงในคอโล่งไม่มีเสียงคล้ายน้ำหรือเสมหะในคอ
() ใช่ () ไม่ใช่

วิธีให้คะแนนดังนี้

- ถ้าตอบ ไม่ใช่ หมายถึง คะแนนเท่ากับ 0
- ถ้าตอบ ใช่ หมายถึง คะแนนเท่ากับ 1

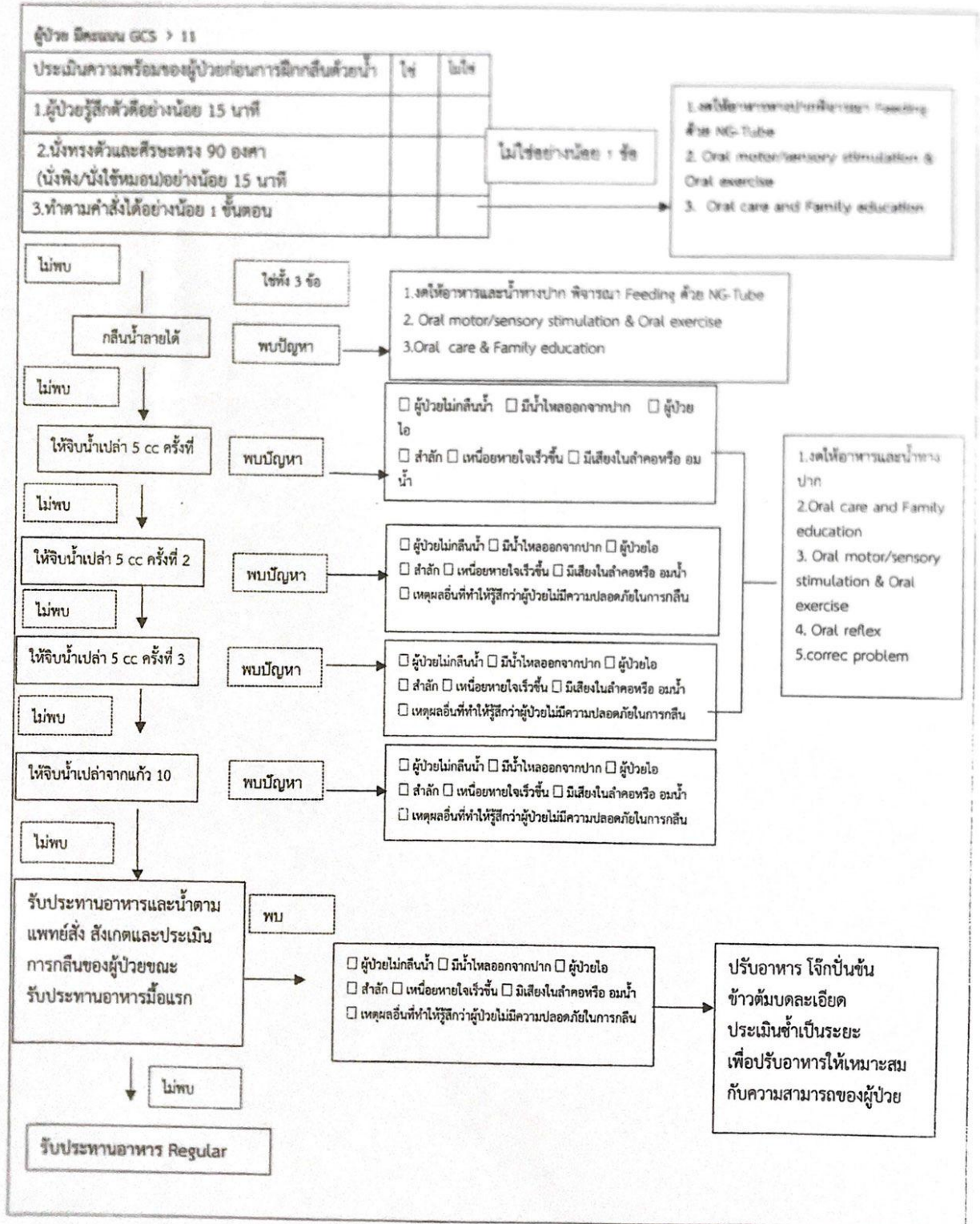
รวมคะแนน ทั้งหมด 7 ข้อ เท่ากับ..... คะแนน

คะแนนรวมต่ำ สุดและสูงสุด เท่ากับ 0 และ 7 คะแนน ตามลำดับ

แปลผลคะแนนดังนี้ : ผู้ป่วยที่พร้อมจะกลืน ต้องมีคะแนนรวม เท่ากับ 7 คะแนน โดยตอบว่า “ใช่” ทุกข้อ

ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะกลืน ต้องมีคะแนนรวม น้อยกว่า 7 คะแนน โดยตอบว่า “ไม่ใช่” เพียงข้อใดข้อหนึ่ง

แบบประเมินการทดสอบการกลืนด้วยน้ำ Water swallowing test



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกรณีศึกษา (Case Study)

แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย โรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....หน่วยงาน.....

ว.ค.ป. / เวลา	เป้าหมายการดูแล	กิจกรรมการพยาบาล	เวลา / ประเมินผล
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Medication 1. มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา และสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา 2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา	1.อธิบายการออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ 2.อธิบายวิธีการ : ขนาด ปริมาณ ความถี่ วิธีทาง ระยะเวลา และข้อห้ามเฉพาะในการใช้ยา 3.ควรรับประทานยา ตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัดให้ถูกต้อง ถูกวิธีและต่อเนื่อง เช่นยากลุ่มเสฟาริน แอสไพริน ยาลดความดันเลือด เป็นต้น 4.ถ้ามีอาการผิดปกติจากการใช้ยา ควรหยุดยาและให้รีบมาพบแพทย์ทันที	เวลา.....น. () ผู้ป่วย ()ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ขอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Diet ได้รับอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ	1.ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงเพราะจะส่งเสริมการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและอุดตัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงเพราะโซเดียมควบคุมสมดุลของน้ำในร่างกาย ถ้ามีโซเดียมมากขึ้นจะทำให้มีน้ำมากขึ้นและส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนเพิ่มขึ้น 2.แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินภาวะอ้วน เนื่องจากภาวะอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น 3.งดสูบบุหรี่ เนื่องจาก การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้นและหลอดเลือดแข็ง	เวลา.....น. () ผู้ป่วย ()ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ขอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Health : มีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ	1.แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจำกัดและเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม โดยควรเปลี่ยนท่าทุกๆ 2 ชั่วโมง -ใช้หมอนเล็กทรงโค้งสี่เหลี่ยม สะโพก และไหล่ให้อยู่ในแนวตรง ที่นอนต้องแน่นเรียบพองร่างกายได้ทั้งตัว -ในท่านอนหงายจัดท่าให้คอตรงเอียงหน้าไปด้านที่ไม่เป็นอัมพาต ไม่ควรรองใต้เข่าที่เป็นอัมพาตเพราะจะกระตุ้นให้เกิดการชักกระตุก -ในท่านอนตะแคงด้านปกติ ควรวางขาข้างอัมพาตบนหมอนหน้าขาข้างปกติและงอเข่า งอสะโพก 90 องศา หากนอนตะแคงด้านที่เป็นอัมพาต ขาข้างปกติของเข่าและสะโพก 90 องศาบนหมอนด้านหน้า โดยหลีกเลี่ยงการทับขาข้างที่เป็นอัมพาต วางแขนข้างที่เป็นอัมพาตค้ำฉากกับลำตัวและหงายฝ่ามือขึ้นบน 2.กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อ และข้อทั้งข้างที่ดี และข้างที่เป็นอัมพาต โดยให้ทำ active exercise ทำเท่าที่ทำได้ ญาติช่วยทำ passive exercise ร่วมด้วย วันละ 4-5 ครั้ง ขณะออกกำลังกายสังเกตอาการผิดปกติและหยุดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เขียว ชีพจรเพิ่ม หายใจผิดปกติ เป็นต้น 3.สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น เขียนหนังสือ รับประทานอาหาร เป็นต้น โดยใช้แขนข้างที่ยังดีอยู่ 4.ญาติควรเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยทางด้านที่มีอัมพาต เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ 5.กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด	เวลา.....น. () ผู้ป่วย ()ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ขอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Treatment : ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดูแลรักษา และอาการที่ควรมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง	1.ระมัดระวังอุณหภูมิที่ใช้อาบ 2.ตรวจดูบริเวณแขน – ขา ทุกวันเพื่อตรวจหาการบาดเจ็บที่สังเกตได้ยาก 3.รักษาเท้าให้อบอุ่นและแห้ง และทำให้ผิวหนังชุ่มชื้นโดยการทาครีมทาผิว เนื่องจากผู้ป่วย CVA อาจได้รับอันตรายหรือมีการบาดเจ็บได้จากการสูญเสียหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกร้อนหรือเย็น 4.อธิบายถึงอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนและเน้นถึงความจำเป็นของการรับมาพบแพทย์อย่างทันที่ -เริ่มมีอาการหรือมีความรุนแรงมากขึ้นของอาการอ่อนแรง ชีพจร กลืนลำบากพูดไม่ได้ มีความผิดปกติในการมองเห็นและมีภาวะสับสน - อาการชัก เพราะอาการแสดงเหล่านี้อาจบ่งบอกถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือมีเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน	เวลา.....น. () ผู้ป่วย ()ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ขอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....

ว.ด.ป./เวลา	เป้าหมายการดูแล	กิจกรรมการพยาบาล	เวลา / ประเมินผล
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Environment &Economic : สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	1.แนะนำให้อุณหภูมิพื้นไม้ให้เย็น และไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่นเสาค้ำขาโต๊ะ หรือสิ่ง หกเปื้อนระเบือนบนพื้น เป็นต้น 2.จัดทำราวทางเดินและจัดทำที่สำหรับนั่งถ่ายให้สูงขึ้นในกรณีที่จะเป็น 3.จัดทำพื้นห้องน้ำหรือบริเวณที่อาบน้ำให้เย็น และปูอุปกรณ์สำหรับกันลื่น 4.จัดทำราวสำหรับจับยึดตามทางเดินขึ้น –ลงบันได 5.จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในทุกที่	เวลา.....น. () ผู้ป่วย ()ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Out patient referral : ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการมาตรวจตาม นัด และการส่งต่อการรักษาอย่าง ถูกต้อง	1.มารับบริการทุกครั้ง ควรนำหลักฐานสิทธิการรักษา เช่น บัตรทอง บัตร ประชาชน มาด้วย 2.กรณีที่ยาหมดก่อนวันนัด ควรมาตรวจก่อนวันนัด และแจ้งแพทย์ว่ายาหมดก่อน วันนัด 3.ถ้าต้องการตรวจรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ให้แจ้งแพทย์ เพื่อสรุป การรักษา และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านต่อไป 4.สามารถขอคำแนะนำ หรือข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ทุกแห่ง 5.แนะนำเบอร์ที่ติดต่อได้เพื่อให้สามารถสอบถามข้อมูลที่สงสัยหรือซักถามอาการ ผิดปกติได้ที่สถาบันราชประชาสมาสัย ในเวลาราชการ 02-3868153 ต่อ 249 นอกเวลาราชการ 02-3868153 ต่อ 266	เวลา.....น. () ผู้ป่วย ()ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....



แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย

- คำชี้แจง : - ได้เครื่องหมาย ✓ ใน () หรือหน้าข้อความหรือเขียนเพิ่มเติมในรายละเอียดในช่องว่างตามความเหมาะสมในช่องต่างๆ
- การวางแผนเพื่อการจำหน่ายครอบคลุม 6 เรื่อง คือ Medication / Diet ที่วันที่ 2 ของการ Admit , Health / Treatment / Environment & Economic
- Out patient referral ที่วันที่ 3 ของการ Admit และวันที่เหลือทบทวน / ติดตาม / อธิบายหรือสอนเพิ่มเติมตามความเหมาะสม
- ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายทุกเวชระเบียน ภายหลังจากได้รับไว้ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง หรืออาจทำก่อนเวลาที่กำหนดตามความเหมาะสม

ว.ด.ป. / เวลา	ปัญหาของผู้ป่วยเรื่อง	กิจกรรมการพยาบาล	เวลา / ประเมินผล
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Medication : () Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า () ขาดความรู้/ข้อมูลเรื่องยา () ไม่มีความรู้เพียงพอในการใช้ยา () อื่นๆ.....	1.อธิบายชื่อยาฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการรับประทานยา และข้อระวังอาการข้างเคียง ข้อห้ามการใช้ยา 2.อธิบายวิธีการ:ขนาด ปริมาณ ความถี่ วิธีการ ระยะเวลา 3.สอน/สาธิตการบริหารยาที่ต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน 4.ให้กำลังใจญาติและผู้ป่วยในการใช้ยา 5.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการใช้ยา	เวลา.....น. () ผู้ป่วย () ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Diet : () Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า () ขาดความรู้/ข้อมูล () ไม่มีประสบการณ์ () อื่นๆ.....	1.อธิบายความคิดปกติของภาวะ โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร/การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรับประทานอาหารของผู้ป่วย 2.แนะนำชนิดและแหล่งอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3.อธิบายปริมาณของอาหารที่ได้รับแต่ละวัน 4.แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ 5.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	เวลา.....น. () ผู้ป่วย () ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Health : () Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า () ขาดความรู้/ข้อมูล () ไม่มีประสบการณ์ () อื่นๆ.....	1.อธิบายเป้าหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง/ ผู้ป่วย 2.อธิบายให้ข้อมูล/ส่งเสริม/การดูแลตนเอง/ผู้ป่วยเรื่อง -การออกกำลังกาย /การป้องกันความพิการ /การดูแลแผล -การหลีกเลี่ยงสิ่งบ่งชี้บ่งบอกต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา เป็นต้น 3.สอน/สาธิตให้แก่ผู้ป่วย/ญาติในเรื่องการดูแลตนเอง/ต่อเนื่องที่บ้าน 4.ให้กำลังใจผู้ป่วย/ญาติในการฝึกปฏิบัติดูแลตนเองตามเรื่องการสอน 5.ร่วมวางแผนกับผู้ป่วย /ญาติ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน/ชุมชน	เวลา.....น. () ผู้ป่วย () ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Treatment : () Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า () ขาดความรู้/ข้อมูล () ไม่มีประสบการณ์ () อื่นๆ.....	1.อธิบายเป้าหมายและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ 2.อธิบาย สอน/สาธิตวิธีปฏิบัติกรรักษาพยาบาลที่ต้องใช้ต่อเนื่อง เช่น การ ทำแผล การฉีดยา/การให้ยา การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ ในกรณีที่ต้อง กลับไปดูแลที่บ้าน 3.ให้กำลังใจผู้ป่วย/ญาติในการฝึกปฏิบัติกรตามแผนการรักษาที่สอน ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในเรื่อง.....	เวลา.....น. () ผู้ป่วย () ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Environment & Economic : () Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า () ขาดความรู้/ข้อมูล () ไม่มีประสบการณ์ () อื่นๆ.....	1.อธิบายประโยชน์และวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อม 2.อธิบายการจัดที่พัก/ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 3.อธิบายสิทธิในการรับการรักษา 4..... 5.....	เวลา.....น. () ผู้ป่วย () ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....
วันที่...../...../..... เวลา.....น. ลงชื่อ.....	Out patient referral : () Pt. () ญาติ/ผู้ดูแลบอกว่า () ขาดความรู้/ข้อมูล () ไม่มีประสบการณ์ () อื่นๆ.....	1.อธิบายผู้ป่วย/ญาติเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจความนัด 2.อธิบายผู้ป่วย/ญาติเข้าใจและทราบแหล่งสถานบริการสาธารณสุขที่สามารถ ให้ความช่วยเหลือ หรือเมื่อกรณีฉุกเฉิน 3.ร่วมวางแผนกับญาติ/หน่วยงาน พัฒนาสุขภาพชุมชน/นิคมต่างๆในเรื่องรับส่งดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน/ชุมชน/นิคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ 4.แนะนำเบอร์ที่ติดต่อได้เพื่อให้สามารถสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือซักถาม อาการผิดปกติได้ที่สถานบริการสาธารณสุข ในเวลาราชการ 02-3868153 ต่อ 249 นอกเวลาราชการ 02-3868153 ต่อ 266	เวลา.....น. () ผู้ป่วย () ญาติ/ผู้ดูแล บอกว่า () เข้าใจ / ยอมรับ () ปฏิบัติตามคำแนะนำ () อื่นๆ.....

ผู้รับคำแนะนำการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

() ผู้ป่วย () ญาติ ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ผู้วางแผนจำหน่าย.....วันที่.....เวลา.....น

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....โรค/ภาวะ.....

หมายเหตุ รายละเอียดที่นอกเหนือจากระบุในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย ให้เขียนเพิ่มเติมในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล



Raj Pracha Samasai Institute

แบบสรุปการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี HN..... AN..... หอผู้ป่วย.....
วันที่รับใหม่/รับย้าย..... วันที่จำหน่าย..... รวมเวลา..... วัน
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย..... การทำหัตถการ.....
โรคประจำตัว..... การรักษา ☐ กินยาอยู่ ☐ หยุดรักษา
ที่อยู่ห้องจำหน่าย อ. ห้อง โจน A B C D E
แพลตฟอร์ม ☐ 1. พุทธรักษา ☐ 2. ปาริชาติ ☐ 3. ราชพฤกษ์ ☐ 4. ธารบุปผา ☐ 5. พินบุปผา ☐ 6 ธารทอง (มีเจ้าหน้าที่อยู่ชั้น 2-3)
สถานที่ใกล้เคียง เบอร์โทรศัพท์.....
ผู้ป่วยกลับบ้านโดย () กลับเอง () อาศัยมารับ () ส่งกลับระบุ.....
ชนิดของการจำหน่าย () แพทย์อนุญาต () เสียชีวิต () หนีกลับ () ส่งต่อ / ย้ายไปรักษาต่อเนื่องที่.....
เหตุผลที่ส่งต่อ / ย้าย () ต้องการการดูแลต่อเนื่อง () ไม่สมควรได้รับการรักษาต่อ เหตุผล.....
() อื่นๆ.....
สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
T=.....°C (กรณีไม่มีไข้) P=.....ครั้ง/นาที R=.....ครั้ง/นาที BP=..... mmHg Fall Risk Score
Palliative Care ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ PPS% อาการรบกวนที่ยังคงมี ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
() รู้สึกดี () สับสน () ซึมไม่รู้สึกตัว () แขนขาแข็งแรงดี () แขนขาอ่อนแรง ระบุ.....
() มีบาดแผลที่ () มือ () เท้า () อื่นๆ ระบุตำแหน่ง.....
ชนิดของแผล () Simple () Complicated () แผลกดทับ () อื่นๆ.....
รูปแผล..... สภาพกระดูก..... สภาพก่อนจำหน่าย/โอนย้าย.....

ขนาด..... ขนาด.....
กรณีเป็นเบาหวาน ตรวจ FBS ครั้งสุดท้าย เมื่อ..... ผล..... mg/dl
ปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับการส่งต่อ ☐ พยาบาลชุมชน ☐ ญาติ / ผู้ดูแล ☐ ผู้ป่วย ☐ อื่น.....

Raj Pracha Samasai Institute

การให้คำแนะนำหรือบทวนคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย ในเรื่อง.....

- () ความต้องการดูแลต่อเนื่อง () ไม่ต้องการผู้ดูแล () ต้องการผู้ดูแลบ้าง () ต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา
 () จำนวนครั้งในการทำแผล.....ครั้ง/วัน () วิธีการทำแผลระบุคร่าวๆ.....
 () ยากลับบ้าน ผู้ได้รับคำแนะนำ () ผู้ป่วย ()ญาติ () ผู้เกี่ยวข้องได้แก่.....
 () อุปกรณ์ () Foley 's catheter () Slab/Cast () Prosthesis () NG tube () อื่นๆ.....
 () อาหาร () ธรรมดา () อ่อนย่อยง่าย () อาหารทางสายยาง () ลดเค็ม () ลดมัน () ลดหวาน
 () การออกกำลังกาย () ปกติ () จำกัด ระบุ.....
 () การพักผ่อนให้เพียงพอ
 () การงดเว้นสิ่งเสพติดต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ ยาเส้น เป็นต้น () อื่นๆระบุ.....
 () การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด คือ.....
 () การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม
 () คำแนะนำอื่นๆ.....

ยากลับบ้าน (ระบุชื่อยา/ขนาดยา/วิธีใช้/จำนวนเม็ด)

วันที่นัดครั้งต่อไป

- 1.วันที่นัด.....เวลา.....น. แพทย์.....การตรวจก่อนพบแพทย์.....
 2.วันที่นัด.....เวลา.....น. แพทย์.....การตรวจก่อนพบแพทย์.....

วันที่นัดตรวจนอกโรงพยาบาล

- 1.วันที่นัด.....เวลา.....น. สถานที่นัด.....
 การตรวจก่อนพบแพทย์.....นัดเพื่อ.....
 1.วันที่นัด.....เวลา.....น. สถานที่นัด.....
 การตรวจก่อนพบแพทย์.....นัดเพื่อ.....

เมื่อมีอาการผิดปกติหรือสงสัย กรุณาติดต่อสถาบันราชประชาสมาสัย ในเวลาราชการ (02) 3868153 ต่อ 1034
 นอกเวลาราชการ (02) 3868153 ต่อ.....

การประเมินผลการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย () เข้าใจ/สามารถปฏิบัติได้ () ไม่เข้าใจ/ไม่สามารถปฏิบัติได้
 การเยี่ยมบ้าน () ไม่ส่งต่อ () ส่งต่อหน่วยงานระบุ.....
 ลงชื่อผู้รับคำแนะนำ.....เกี่ยวข้องเป็น.....วันที่.....เวลา.....น.
 ลงชื่อพยาบาลผู้ให้คำแนะนำ.....วันที่.....เวลา.....น.
 ลงชื่อผู้รับการส่งต่อ.....วันที่.....เวลา.....น.

ภาคผนวก ค

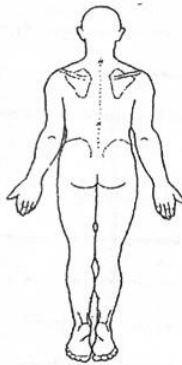
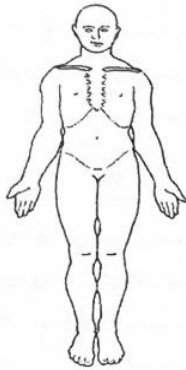
เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารกับทีมกายภาพและโภชนาการกรณีศึกษา(Case Study)



Physical Therapy Record

ชื่อ-สกุล..... ☐ ชาย ☐ หญิง
Date of Birth Age..... H.N..... A.N.....
Referral: GP / Orth / Self / Otherแพทย์ผู้ส่งปรึกษา.....
Underlying/โรคประจำตัว..... ข้อห้าม/ข้อควรระวัง.....
Chief Complaint.....
Hx.....

Subjective Examination



Symptom of :

- ☐ Neck ☐ Shoulder ☐ Elbow
☐ Wrist/Hand ☐ Back ☐ Hip
☐ Knee ☐ Ankle/Foot ☐ Spine

Work: Mechanical stresses.....

Leisure: Mechanical Stresses.....

Pain scale (0-10) : ☐ Rest..... ☐ Activity.....

Symptomology : ☐ Constant ☐ Intermittent.....

Activity : ☐ Worse..... ☐ Better.....

24 hours pattern: ☐ Morning ☐ Duration the day ☐ Night

Gait pattern : ☐ Normal ☐ Abnormal

X-ray/MRI/CT.....

Objective Examination

PT Dx.....

Physical Therapy Record

ชื่อ.....HN.....

[illegible]

แบบสอบถาม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วย โปรดตอบแบบสอบถามโดยสมบูรณ์และสามารถ
 ชักถามข้อสงสัยจากนักกายภาพบำบัดได้(แบบสอบถามนี้จะถูกบันทึกเป็นประวัติการเจ็บป่วยส่วนตัวของท่าน)

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เพศ.....ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.

ประวัติอาการเจ็บป่วย (ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องเคยหรือไม่เคย)

ท่านเคยมีประวัติการเจ็บป่วยเหล่านี้หรือไม่	เคย	ไม่เคย	ข้อมูลบันทึกเพิ่มเติม(เฉพาะนักกายภาพบำบัด)
1. ความดันสูง			
2. โรคเบาหวาน			
3. โรคหัวใจหรือเสียง ตื่นหัวใจผิดปกติ			
4. เจ็บหน้าอก (angine) ขณะพัก หรือทำกิจกรรม			
5. โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด หลอดลมอักเสบ เรื้อรัง			
6. โรคภูมิแพ้ หรืออาการแพ้ต่างๆ			
7. โรคไต			
8. อุบัติเหตุต่างๆ			
9. น้ำตาลในเลือดต่ำ			
10. โรคเมะเร็ง			
11. อาการบวม หรืออักเสบตามข้อต่างๆ			
12. วันโรคปอด หรือวันโรคกระดูก			
13. โรคกระดูกพรุน			
14. ภาวะกระดูกหัก หรือร้าว			
15. น้ำหนักตัวเพิ่ม หรือลดลงมากผิดปกติ			
16. เลือดไหลไม่หยุด			
17. การสูญเสียการทรงตัว หรือปัญหาล้มบ่อยๆ			
18. ปัสสาวะบ่อย, ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้			



แบบคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ
งานโภชนาการ กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สถาบันราชประชาสมาสัย

หอผู้ป่วย.....

วันที่..... (ดีดสัปดาห์)	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง: วัน/เดือน/ปี ที่รับ.....
ชื่อ-สกุล.....	การวินิจฉัย.....
HN..... AN..... อายุ..... ปี	ข้อมูลจาก ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ☐ อื่นๆ.....
ส่วนที่ 1 สำหรับพยาบาล	น้ำหนัก..... Kg ส่วนสูง..... cm BMI..... Kg/m ²

แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (SPENT Nutrition Screening Tool)

หัวข้อการคัดกรอง	ใช่	ไม่ใช่	ผู้คัดกรอง วันที่.....
1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ตั้งใจในช่วง 5 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่			
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้ (มากกว่า 7 วัน)			
3. BMI < 18.5 หรือ ≥ 25.0 Kg/m ² หรือไม่			
4. ผู้ป่วยมีอาการโรคเรื้อรัง หรือถึงวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่			

หากตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อ หรือปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมโภชนาการ

ส่วนที่ 2 สำหรับทีมโภชนาการ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ช่อง 1 ช่อง และส่งกลับ

แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form)

1. ส่วนสูง/ความยาวตัว/ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm span)
☐ วัดส่วนสูง ☐ วัดความยาวตัว ☐ วัดความยาวแขน ☐ วัดความยาวแขน..... ซม. ☐ วัดความยาวแขน..... ซม.

2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ม.)²

2.1 น้ำหนัก	☐ ฝั่งน้ำหนักน้อย (1)	☐ ฝั่งน้ำหนักปกติ (0)	☐ ฝั่งน้ำหนักมาก (0)	คะแนน
2.2 BMI	☐ < 17.0 Kg/m ² (1)	☐ 17.0-18.0 Kg/m ² (1)	☐ 18.1-29.9 Kg/m ² (0)	

*หากไม่ทราบน้ำหนัก ใช้ผล ALBUMIN หรือผล Total Lymphocyte Count (TLC)

2.1 Albumin	☐ ≤ 2.5 g/dl (3)	☐ 2.6-2.9 g/dl (2)	☐ 3.0-3.5 g/dl (1)	☐ ≥ 3.6 g/dl (0)	คะแนน
2.2 TLC	☐ ≤ 1,000 cells/mm ³ (3)	☐ 1,001-1,200 cells/mm ³ (2)	☐ 1,201-1,500 cells/mm ³ (1)	☐ ≥ 1,501 cells/mm ³ (0)	

3. รูปร่างของผู้ป่วย ☐ ผอมมาก (2) ☐ ผอม (1) ☐ อ้วนมาก (1) ☐ ปกติ-อ้วนปานกลาง (0)

4. น้ำหนักภายใน 4 สัปดาห์ ☐ ลดลง (2) ☐ อ้วนขึ้น (1) ☐ ไม่ทราบ (0) ☐ คงเดิม (0)

5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

5.1 ลักษณะ	☐ อาหารน้ำ (2)	☐ อาหารเหลว (2)	☐ อาหารอ่อน (1)	☐ อาหารธรรมดา (0)	คะแนน
5.2 ปริมาณ	☐ กินน้อยมาก (2)	☐ กินน้อยลง (2)	☐ กินมากขึ้น (1)	☐ กินเท่าปกติ (0)	

6. อาการต่อเนื่อง > 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

6.1 ปัญหาการเคี้ยว/กลืนอาหาร	☐ สำลัก (2)	☐ เคี้ยวเคี้ยวลำบาก/กินทางสาย (1)	☐ กลืนลำบาก (0)	คะแนน
6.2 ปัญหาการรับประทานอาหาร	☐ ห้อเสียง (2)	☐ บวมท้อง (1)	☐ ปกติ (0)	
6.3 ปัญหาการหายใจ	☐ อาเจียน (2)	☐ คลื่นไส้ (1)	☐ ปกติ (0)	

7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร ☐ ดีเยี่ยม (2) ☐ ต้องมีผู้ช่วยบ้าง (1) ☐ พึ่งตนเองได้ (1) ☐ ปกติ (0)

8. โรคที่เป็นอยู่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ Diabetes Mellitus (เบาหวาน) (3)	☐ CKD-ESRD (ไตเรื้อรัง) (3)	คะแนนรวมทั้งหมด
☐ CLD/Cirrhosis/Hepatic encephalopathy (ตับเรื้อรัง) (3)	☐ Solid Cancer (มะเร็งทั่วไป) (3)	
☐ Chronic heart failure (หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง) (3)	☐ Severe head injury (บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง) (3)	
☐ Hip fracture (ข้อสะโพกหัก) (3)	☐ COPD (โรคถุงลมโป่งพอง) (3)	
☐ > 2° of burn (แผลไหม้ระดับ 2 ขึ้นไป) (3)	☐ Stroke/CVA (อัมพาต) (6)	
☐ Septicemia (ติดเชื้อในกระแสเลือด) (3)	☐ Multiple fracture (กระดูกหักหลายตำแหน่ง) (6)	
☐ Critically ill (ผู้ป่วยวิกฤต) (6)	☐ Severe pneumonia (ปอดบวมรุนแรง) (6)	
☐ Malignant hematologic disease/Bone marrow transplant (มะเร็งเม็ดเลือด/ปลูกถ่ายไขกระดูก) (6)		

ผลการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น

☐ 0 - 5 คะแนน ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ทราบผลจะต้องคัดกรองภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 7 วัน

☐ 6 - 10 คะแนน พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และเฝ้าระวังแพทย์ ภายใน 3 วัน

☐ ≥ 11 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และปรึกษาแพทย์ ภายใน 24 ชั่วโมง

ชื่อ/นามสกุล.....

ผู้ทำการประเมิน

วัน/เดือน/ปี

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยไปอาคารพัชรา 5 กรณีศึกษา (Case Study)

เกณฑ์การให้คะแนนผู้ขอเข้าพักในหอผู้ป่วยสูงอายุ

วันที่(ประเมิน).....ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....ชื่อผู้ประเมิน.....

หมวดที่ 1 กิจวัตรประจำวัน				
กิจวัตรประจำวัน	คะแนน	ลักษณะ	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1.Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจาก เตียงไปยังเก้าอี้)	0	ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกัน ยกขึ้น		
	1	ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่ แข็งแรงหรือมีทักษะ ๑ คน หรือใช้คนทั่วไป ๒ คนพยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้		
	2	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุง เล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย		
	3	ทำได้เอง		
2.Mobility การเดิน (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือ บ้าน)	0	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้		
	1	ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และ จะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้		
	2	เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือ ต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย		
	3	เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง		
3.Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	0	ช่วยตัวเองไม่ได้		
	1	ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง		
	2	ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้ เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)		
4.Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา ๒๔- ๒๔ ชั่วโมงที่ผ่านมา)	0	ต้องการความช่วยเหลือ		
	1	ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)		
5.Bladder (การกลั้น ปัสสาวะในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ ผ่านมา)	0	กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้		
	1	กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ ๑ ครั้ง)		
	2	กลั้นได้เป็นปกติ		
6.Bowels (การกลั้นการ ถ่ายอุจจาระในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา)	0	กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ		
	1	กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า ๑ ครั้งต่อสัปดาห์)		
	2	กลั้นได้เป็นปกติ		

7.Bathing (การอาบน้ำ)	0	ต้องมีคนช่วยหรือทำให้		
	1	อาบน้ำเองได้		
8.Feeding (รับประทาน อาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ เรียบร้อยแล้ว)	0	ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้		
	1	ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตักเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า		
	2	ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ		
ชนิดของกิจวัตร	คะแนน	ลักษณะ	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
9.Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	0	ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย		
	1	ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย		
	2	ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)		
10.Stairs (การขึ้นลงบันได ๑ ชั้น)	0	ไม่สามารถทำได้		
	1	ต้องการคนช่วย		
	2	ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)		
คะแนนรวม				

หมวดที่ 2 แบบคัดกรองโรคจิต

ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ โดยให้ถามจากญาติที่ดูแลใกล้ชิดและถามจากผู้ป่วย

อาการที่พบเห็น	สัมภาษณ์จากญาติ/เจ้าหน้าที่	
	ไม่มี(0คะแนน)	มี(1คะแนน)
1. พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่นๆที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
อาการที่พบเห็น	สัมภาษณ์จากผู้ป่วย	
	ไม่มี(0คะแนน)	มี(1คะแนน)
9. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
10. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
11. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		