

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะติดเตียงในชุมชน (Nursing care for Hemorrhagic stroke with Hypertension patients and Bed ridden in community)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 6 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รับไว้ในการดูแล 120 วัน ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบแคบ อุดตันหรือแตก พบได้ทั้งในเพศหญิงเป็นอันดับ1และชายเป็นอันดับ2 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 5.5 ล้าน มีผู้ป่วยรายใหม่ 13.7 ล้านคนต่อปี คน (World Stroke Organization, 2018) ในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิต 42.68 คนต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที จะทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือเกิดความพิการถาวรได้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงและอายุมากกว่า 50 ปี หากสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2565 จำนวน 198 ราย เป็นหญิง ร้อยละ 52.27 ชาย ร้อยละ 47.73 มีอายุมากกว่า 60ปี คิดเป็น ร้อยละ 61.36 และพบว่า ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและหรือเบาหวานหรือไขมัน มีปัจจัยเสี่ยงเรื่องสูบบุหรี่ ตั้มสุรา ร้อยละ 20.45 ขาดยา ร้อยละ 13.64 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บางรายเกิดความพิการหลงเหลืออยู่ (ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และอาเมินะห์ เจาะปอ, 2561) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตก มีเลือดออกในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพคือ ติดเตียง อ่อนแรง ด้านใดด้านหนึ่ง การเบี่ยงเบนทางใบหน้า การคิดตัดสินใจช้า การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ ได้แก่ หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน มีภาวะสมองเสื่อมวิตกกังวล ซึมเศร้า หลับยาก เป็นต้น (American Stroke Association, 2021)

ความหมายของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบแคบ อุดตัน หรือแตก (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561)

พยาธิสภาพและสาเหตุ

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามสาเหตุการเกิด ได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) พบประมาณ ร้อยละ 75 - 80 เกิดจากมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงในสมองจากลิ่มเลือด (thrombosis) หรือสิ่งหลุดอุดหลอดเลือด (embolism) หรือสิ่งหลุดอุดหลอดเลือด (embolism) วินิจฉัยโรคหัวใจ เพื่อตรวจหาความเสี่ยง เพราะอาจเกิดลิ่มเลือดในหัวใจหลุดเข้าไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะเลือดออกในสมองจากภาวะเส้นเลือดสมองแตกเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแพทย์จะทำการซักประวัติและตรวจประเมินอาการเพื่อวินิจฉัยโรคเลือดออกในสมอง เช่น การปวดศีรษะรุนแรง ร่างกายอ่อนแรงอย่างเฉียบพลัน มีอาการอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มีอาการชักหรือเป็นลมหมดสติ เป็นต้น โดยแพทย์จะทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียดด้วยวิธีการดังนี้

1. การประเมินร่างกายเบื้องต้นโดยแพทย์
2. การเอกซเรย์ CT scan เพื่อให้เห็นตำแหน่งเลือดออกในสมองหรือบริเวณที่สมองได้รับความเสียหาย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคและแยกโรคเพื่อเป็นแนวทางในการหาสาเหตุของภาวะเลือดออกในสมอง
3. การทำ MRI Scan หรือ การตรวจหลอดเลือดโดยใช้เครื่องถ่ายภาพสนามแม่เหล็ก ซึ่งเป็นการตรวจเพื่อหาความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง โดยการทดสอบจะระบุตำแหน่ง ขอบเขต และอาจรวมถึงระบุสาเหตุของเลือดออกในสมอง
4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง EEG (Electroencephalography) เพื่อตรวจการทำงานของเซลล์ประสาทสมองในผู้ที่ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เวียนศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือวินิจฉัยโรคลมชัก (Epilepsy)
5. การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC (Complete blood count)
6. การเจาะน้ำไขสันหลัง (Spinal tap test) เพื่อตรวจสอบภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus)
7. การตรวจสอบภาวะเส้นเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) หรือตรวจภาวะหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำผิดปกติ (Arteriovenous malformations)

การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกในสมองขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกในสมอง สาเหตุ ตำแหน่ง และรวมถึงขอบเขตที่เลือดออก การรับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะช่วยให้ลดความเสียหายที่เกิดขึ้นที่สมองและช่วยให้สามารถฟื้นตัวจากภาวะเลือดออกในสมองได้เร็ว โดยแพทย์จะทำการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลดังนี้

1. การผ่าตัด (Surgery) หากเลือดออกในสมองเป็นบริเวณกว้าง มีการคั่งค้างของเลือดในสมองจนทำให้สมองบวม แพทย์อาจใช้วิธีทำการผ่าตัดชนิดใดชนิดหนึ่งเพื่อลดอาการสมองบวม เช่น
 - 1.1 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy incision) เพื่อนำลิ้มเลือดหรือก้อนเลือดออก ออกจากสมอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้สมองบวมออก และช่วยลดความดันในสมอง การผ่าตัดใส่สายระบายเลือดและน้ำจากโพรงสมอง (Burr hole procedure) เพื่อทำการระบายเลือดที่คั่งในสมองให้ไหลออก
 - 1.2 การผ่าตัดโดยใช้คลิปหนีบบริเวณเส้นเลือดโป่งพอง (Clipping) หลอดเลือดสมองโป่งพองที่ยังไม่แตก แพทย์อาจใช้วิธีผ่าตัดใช้คลิปหนีบบริเวณเส้นเลือดโป่งพอง ทั้งนี้แพทย์อาจพิจารณาฉีดสารทึบรังสี (Angiography) ที่เส้นเลือดพร้อมกับเอกซเรย์บันทึกภาพของหลอดเลือดสมองไว้เพื่อการพยากรณ์โรคในอนาคต
 - 1.3 การผ่าตัด “รูปผิดปกติของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ”(Arteriovenous malformation) ที่ยังไม่แตก โดยจะทำการผ่าตัดตัดเอาก้อนเลือดภายในเส้นเลือด AVM ออก โดยใช้ระบบภาพนำวิถีช่วยเพื่อปิดหลอดเลือดที่ผิดปกติ และใช้กาวชนิดพิเศษ หรือสารพิเศษที่ช่วยปิดกั้นการไหลเวียนของเส้นเลือดขนาดเล็กที่นำเลือดเข้าสู่เส้นเลือด AVM โดยจะเป็นการผ่าตัดที่ปราศจากแผลผ่าตัด
2. การรักษาโดยใช้ยา (medications treatment) หากบริเวณเลือดออกในสมองเป็นจุดเล็ก ๆ และไม่มีอาการอื่นร่วม แพทย์อาจพิจารณาให้ยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดสมองบวมเพื่อลดอาการบวมและลดความเสียหายจากภาวะเลือดออกในสมอง ยาลดความเครียด (Anti-anxiety medicine) ยาต้านโรคลมชัก (Anti-epileptic

medicine) ยาบรรเทาอาการปวดหัวรุนแรง หรือยาช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่มเพื่อป้องกันไม่ให้ท้องผูกและเกิดการเบ่งอุจจาระ ทั้งนี้แพทย์อาจทำ CT Scan สมอ่งเป็นระยะเพื่อประเมินผลการรักษา

3. การปรับยา/และสั่งยาใหม่ (Medication adjustment or new prescriptions) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และมีภาวะเลือดออกในสมอง แพทย์อาจพิจารณาปรับยาหรือสั่งยาใหม่เพื่อไม่ให้มีเลือดออก

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่อยู่ใน ICU หรือในระยะเฉียบพลัน (Early Rehabilitation) การวางแผนจำหน่ายและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยให้การฟื้นตัวทางด้านสมอ่งและกำลังกล้ามเนื้อเร็วขึ้น และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

1. กิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมและเตรียมความพร้อมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

1.1 ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการให้อาหาร แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

1.2 สอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (caregiver) เกี่ยวกับ

1.2.1 การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดจนการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย

1.2.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน แนะนำและฝึกวิธีการกลืนอย่างถูกวิธีสอนและแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรง 90 องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางจะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

1.2.3 การสอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำหรือ เช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า

1.2.4 สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เช่น ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active - passive exercise อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย ดูแลประคับประคองแขน-ขาข้างที่อ่อนแรง ทุกครั้งที่ผู้ป่วยทำกิจกรรม ไม่ควรดึงแขน-ขาข้างที่อ่อนแรง กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่างๆ และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการหยิบอุปกรณ์และของใช้

2. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

2.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น มีความผิดปกติของสายตามากขึ้น ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

2.5 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้ความเวลาในการซักถามและทำความเข้าใจ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะติดเตียงในชุมชน (Nursing care for Hemorrhagic stroke with Hypertension patients and Bed ridden in community)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยรูปร่างสันทัด สูงอายุ 66 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพค้าขาย ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดสระแก้ว

วันที่รับไว้ดูแล/จำหน่ายออกจากการดูแล

รับไว้ดูแล วันที่ 6 พฤศจิกายน 65 จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 6 มีนาคม 66 รวมวันที่รับไว้ในการดูแล จำนวน 120 วัน ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ครั้งที่ 2 วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ครั้งที่ 3 วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ.2565

ครั้งที่ 4 วันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2566

ครั้งที่ 5 วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ.2566

แหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และระบบ Thai COC

อาการสำคัญที่รับไว้ขณะดูแล
รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้ป่วยมีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย และฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้รับการตรวจสมอง CT (computer tomography) : A 2.2 X 2.7 X 3.7 cm, acute hematoma with mild perilesional edema involving deep white matter of right frontal lobe, right basal ganglia, posterior limb of Right internal capsule and right thalamus with mild pressure effect. Few small hypodense lesions at right caudate nucleus and left basal ganglia, probably old lacunar infarction. Small amount of acute IVH in bilateral and third ventricles. Mild hydrocephalus. แพทย์ได้ผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง 4 ครั้ง ใส่ท่อช่วยหายใจ และผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลม ใส่สายยางให้อาหารและใส่สายสวนปัสสาวะ รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 เดือน และได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ Thai COC อาการผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตอบสนองได้บ้าง สื่อสารได้น้อย E4 VT M5 อ่อนแรงทั้งสองข้าง ช่วยเหลือตนเองน้อย Barthel ADL Index 20

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีขาดยา ขาดนัดไปนาน 4 เดือน ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร

ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และแพ้สารเคมี

การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (IN HOME SSS Assessment)

1. I : การเคลื่อนไหวร่างกาย (Immobility) : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย Barthel ADL Index 20 คะแนน (เต็ม100 คะแนน)

2. N : ภาวะโภชนาการ/อาหาร (Nutrition) : ภาวะโภชนาการปกติ น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 20.09 kg/m^2 รอบเอว 74 เซนติเมตร

3. H : สภาพบ้าน (Home Environment) : บ้านเป็นปูน 2 ชั้น แข็งแรง สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จัดสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ ไม่สะอาดและมีฝุ่นละออง เสียงนอนผู้ป่วยอยู่บริเวณกลางบ้านชนิดหน้าต่าง อากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงไฟสว่าง

4. O : สมาชิกคนอื่นในบ้าน/ชุมชน (Other people) : จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือน 4 คน มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน

5. M : การใช้ยา (Medications) : บริหารยาโดยญาติผู้ดูแล การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน ได้แก่

- Manidipine 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า
- Hydralazine HCl 25 Mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

ก่อนนอน

- Metoprolol 100 Mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า เย็น
- Furosemide 40 Mg รับประทานครั้งละ ครั้ง เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า
- Doxazosin 2 mg รับประทานครั้งละ 4 เม็ดวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า เย็น
- Minoxidil 5 Mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า
- Simvastatin 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน
- Paracetamol 500 Mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดทุก 4 - 6 ชั่วโมงเวลาปวดหรือมีไข้

6. E : การตรวจร่างกาย (Examination) : ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างสันทนต์ ผิวดำแดง รู้สึกตัวดี สมองได้เอง พูดไม่ได้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 20.09 kg/m² สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/96 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายตามระบบดังนี้

ผิวหนัง : สีผิวดำแดง ไม่ซีด มีผื่นแดง มีแผลกดทับที่ก้นกบ ขนาด 2X2X1 เซนติเมตร แผลแดงดี ปิดผ้าก๊อช มี discharge สีเหลืองใส

ศีรษะ : ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง รูปร่างสันฐานปกติ ไม่พบก้อนเนื้อและรอยโรค, มีรอยแผลเป็นที่ด้านขวาของศีรษะจากการทำ Ventriculostomy

ตา : สมมาตรกัน เยื่อบุตาปกติ สมองได้เอง 2 ข้าง รูม่านตามีขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร เลนส์ตาไม่ขุ่น การเคลื่อนไหวของลูกตาในทุกทิศทางปกติ

หู : ใบหูปกติ ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก ไม่มีรอยโรค การได้ยินปกติทั้ง 2 ข้าง

จมูก : สมมาตร ภายนอกปกติ, เยื่อบุจมูกบวมเล็กน้อย มีสีชมพู, มีใส่สายยางให้อาหาร

ปากและลำคอ : ปากเบี้ยวด้านซ้าย เยื่อบุช่องปากเป็นปกติมีสีชมพู, ไม่มีรอยเขียวม่วง, ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลางเพดานอ่อนและเพดานแข็งไม่มีรอยโรค, ต่อมทอนซิลไม่มีอาการบวม มีท่อใส่ที่คอ แผลแห้งดี ไม่มี discharge

ต่อมน้ำเหลือง : คลำไม่พบก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ทรวงอกและปอด : รูปร่างปกติ ฟังเสียงหัวใจ ไม่มีเสียงผิดปกติ(murmur) หายใจไม่หอบเหนื่อย

ท้อง : คลำท้องนิ่ม ไม่มีก้อน ตรวจโดยการเคาะมีเสียงกังวานคลำไม่พบตับและม้ามโต ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติประมาณ 4 - 6 ครั้ง/นาที มีกดเจ็บบริเวณสะดือเล็กน้อย

ทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีสีเหลืองมีตะกอนปน มีปัสสาวะในถุงปริมาณ 600 มล.

กล้ามเนื้อและข้อ : แขนขวาและขาข้างขวา ขยับได้ อ่อนแรงเล็กน้อย แขนซ้ายและขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีภาวะข้อติดบริเวณข้อต่าง ๆ ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีอาการบวม ไม่มีผิรุขส

ระบบประสาทและสมอง : ผู้ป่วย E4VTM5 แขนขาซ้ายอ่อนแรงมากกว่าแขนขาข้างขวา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนขาข้างขวา Motor power อยู่ระดับ 4 แขนขาข้างซ้าย Motor power อยู่ระดับ 1

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 106 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง Murmur หลอดเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

7. S : **ความคุกคาม (Safety/Stability)** สภาพเศรษฐกิจ/สังคม/ค่าใช้จ่ายในการดูแล

รายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรชาย มีอาชีพค้าขาย และเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากการจัดสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบมีฝุ่นละออง

8. S : **สุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual health):** ผู้ป่วยและผู้ดูแลเชื่อว่าความจำป่วยที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากกรรมที่ดี และไม่ดี หากมีความเครียด หรือทุกข์ใจจะกราบไหว้ขอพรพระที่บ้าน หรือไปทำบุญไหว้พระที่วัด

9. S : **ทางเลือกการรักษาอื่นในชุมชน (Service) :** ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาบัตรทอง ผู้ป่วยและญาติยอมรับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยและครอบครัวไปรับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้วทั้งการเจ็บป่วยทั่วไปและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีคลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้วใกล้บ้าน มีทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้การดูแล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจวันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลการตรวจพิเศษ

การตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT: computer tomography) วันที่ 31 สิงหาคม 2565

CT brain พบ A 2.2x2.7x3.7 cm, acute hematoma with mild perilesional edema involving deep white matter of right frontal lobe, right basal ganglia, posterior limb of right internal capsule and right thalamus with mild pressure effect.

- Few small hypodense lesions at right caudate nucleus and left basal ganglia, probably old lacunar infarction.

- Small amount of acute IVH in bilateral lateral and third ventricles.

- Mild hydrocephalus.

การวินิจฉัยสุดท้ายของแพทย์

Hemorrhagic stroke, Rt. Basal ganglia with Hypertention

การวินิจฉัยสุดท้ายของแพทย์เมื่อรับเข้าดูแล

Hemorrhagic stroke, Hypertention and Bedriden

การผ่าตัด

ผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง (Ventriculostomy) วันที่ 31 สิงหาคม 2565

ผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลม (Tracheostomy) วันที่ 15 กันยายน 2565

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565

เยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยหญิงไทย นอนบนเตียงผู้ป่วย อยู่บริเวณชั้นล่างของบ้าน ผู้ป่วยรูปร่างสันทัด ผิวดำแดง น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 20.09 kg/m^2 Glasgow Coma Scale E4VTM5 ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายบนเตียง มีสีหน้ากังวล หน้าตาไม่สดชื่น แขนข้างขวาถูกรัดอยู่กับที่ก้นเตียง ขยับไปมาได้ ลืมตาได้เอง พูดไม่ได้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย Barthel ADL Index 20 คะแนน (เต็ม 100 คะแนน) แขนขวาและขาข้างขวาขยับได้ อ่อนแรงเล็กน้อย ยกต้านแรงได้พอควร Motor power อยู่ระดับ 4 แขนซ้ายและขาข้างซ้ายอ่อนแรง กล้ามเนื้อมีการหดตัว Motor power อยู่ระดับ 1 ผู้ป่วยลุกนั่งเองไม่ได้ ไม่มีภาวะข้อติดบริเวณข้อต่าง ๆ ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีปลายเท้าตก ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ หายใจไม่หอบเหนื่อย เสมหะสีใส

ปริมาณเล็กน้อย ใส่สายให้อาหารทางสายยางเบอร์ 16 ญาติ feed อาหารปั่นเองมีอิสระ 250 มิลลิลิตร จำนวน 4 มื้อต่อวัน มีให้น้ำระหว่างมื้อและบดยาfeedให้ ผู้ป่วยรับได้ดี ไม่มีสำลัก ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะในถุงสีเหลือง มีตะกอนปน มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 2 มีขนาด 2X2X1 เซนติเมตร แผลแดงดี ปิดด้วยผ้าก๊อช มี discharge สีเหลือง ขับถ่ายอุจจาระใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแล้ว 1 ครั้ง จากการสอบถามญาติ พบว่าญาติมีสีหน้ากังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย ญาติบ่นและสอบถามบ่อยๆว่า “ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ ช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ ต้องดูแลรักษาไปนานแค่ไหน” สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 %

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565

เยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างสันทัด ผิวดำแดง มีสีหน้ากังวล หน้าตาไม่สดชื่น ลืมตาได้เอง พูดไม่ได้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง Glasgow Coma Scale E4VTM5 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย Barthel ADL Index 20 คะแนน แขนขวาและขาข้างขวาขยับได้ อ่อนแรงเล็กน้อย ยกต้านแรงได้พอควร Motor power อยู่ระดับ 4 แขนซ้ายและขาข้างซ้ายยังอ่อนแรง กล้ามเนื้อมีการหดตัว Motor power อยู่ระดับ 1 ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ เสมหะสีใสปริมาณเล็กน้อย ใส่สายให้อาหารทางสายยางเบอร์ 16 ผู้ป่วยรับอาหารได้ดี ไม่มีสำลัก ไม่อาเจียน ญาติผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล จากการสอบถาม ญาติบอกว่าผู้ตัวร้อน มีไข้ ทำอย่างไรได้บ้างคะ เกิดได้ยังไงคะ” ตรวจพบว่าผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะในถุงมีสีเข้ม และมีตะกอน มีแผลกดทับที่ก้นกบ ขนาด 2X2X1 เซนติเมตร แผลแดงดี ปิดผ้าก๊อช ขอบแผลเรียบ ไม่มี discharge ขับถ่ายอุจจาระใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/85 มิลลิเมตรปรอท. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 %

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 16 ธันวาคม 2565

พบผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าตาสดชื่นขึ้น สภาพสิ่งแวดล้อมสะอาดมากขึ้น ผู้ป่วย Glasgow Coma Scale E4VTM5 ลืมตาได้เอง พูดไม่ได้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย Barthel ADL Index 20 คะแนน แขนขวาและขาข้างขวาขยับได้ อ่อนแรงเล็กน้อย ยกต้านแรงได้พอควร Motor power อยู่ระดับ 4 แขนซ้ายและขาข้างซ้ายยังอ่อนแรง กล้ามเนื้อมีกำลังเพิ่มขึ้น Motor power อยู่ระดับ 1 ญาติบอกว่าผู้ป่วยใช้มือข้างขวาช่วยทำกายภาพได้ดีมากขึ้น ใส่สายให้อาหารทางสายยาง รับได้ดี ไม่มีท้องอืด ไม่มี content เหลือ ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ขับถ่ายอุจจาระได้เอง มีแผลกดทับที่ก้นกบ มีขนาดเล็ก 1.5X1.5X0.8 เซนติเมตร แผลแห้งแดงดี ขอบแผลเรียบ สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/70 มิลลิเมตรปรอท. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 %

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 13 มกราคม 2566

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าตาสดชื่น ยิ้มทักทาย ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ผู้ป่วย Glasgow Coma Scale E4VTM5 พูดไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น Barthel ADL Index 35 คะแนน แขนขวาและขาข้างขวาขยับได้ อ่อนแรงเล็กน้อย ยกต้านแรงได้พอควร Motor power อยู่ระดับ 4 แขนซ้ายและขาข้างซ้ายยังอ่อนแรง กล้ามเนื้อมีกำลังเพิ่มขึ้น Motor power อยู่ระดับ 2 สามารถเคลื่อนไหวได้ในแนวราบ แต่ต้านแรงโน้มถ่วงไม่ได้ ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีไข้ ขับถ่ายอุจจาระได้ ไม่มีท้องผูก ท้องไม่อืด มีแผลกดทับที่ก้นกบ ขนาด 1.5X1.5X0.5 เซนติเมตร แผลแดง ปิด ผ้าก๊อช ไม่มี discharge สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37

องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 %

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 วันที่ 6 มีนาคม 66

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามนัด สภาพแวดล้อมภายในบ้านสะอาด เรียบง่าย พบผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าตาสดชื่น ผู้ป่วยตามคำสั่งได้ รู้สึกตัวดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น Glasgow Coma Scale E4VTM5 สามารถบริหารร่างกายได้ด้วยตนเองโดยใช้แขนข้างขวาช่วยและมีญาติคอยช่วยเหลือทำกายภาพทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและ เย็น แขนและขาข้างขวา Motor power อยู่ระดับ 5 แขนซ้ายและขาข้างซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น Motor power อยู่ระดับ 4 ผู้ป่วยสามารถนั่งข้างเตียงได้ ADL Index 55 คะแนน ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลกดทับที่ก้นกบเล็กน้อย มีขนาด 0.5X0.5X0.2 เซนติเมตร แผลแห้งดี ผิวหนังบริเวณอื่นๆ ไม่มีรอยแดง ไม่มีแผลกดทับใหม่ หลังจากการเยี่ยมทั้งหมด 5 ครั้ง พบว่าทุกปัญหาได้รับการแก้ไข และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สามารถฝึกทำกายภาพบำบัดที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และยังสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ได้ถูกต้อง สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 % จึงได้ยุติการเยี่ยมบ้าน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติจนครบ 6 เดือน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง
2. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับติดเชื้อ และมีแผลกดทับเพิ่มขึ้น เนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย
3. เสี่ยงต่อภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง และความสามารถ

ในการเคลื่อนไหวลดลง

4. ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาไม่ถูกต้องและครอบคลุม
5. ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่สายสวนปัสสาวะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยรูปร่างสันทัด สูงอายุ 66 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพค้าขาย ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัดสระแก้ว ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้รับการตรวจสมอง CT (computer tomography) : A 2.2 X 2.7 X 3.7 cm, acute hematoma with mild perilesional edema involving deep white matter of right frontal lobe, right basal ganglia, posterior limb of Right internal capsule and right thalamus with mild pressure effect. Few small hypodense lesions at right caudate nucleus and left basal ganglia, probably old lacunar infarction. Small amount of acute IVH in bilateral and third ventricles. Mild hydrocephalus. แพทย์ได้ผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง 4 ครั้ง ใส่ท่อช่วยหายใจและผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อหลอดลม ใส่สายยางให้อาหารและใส่สายสวนปัสสาวะรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 เดือน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ Thai COC คลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว ได้รับประสานงานจากทีมดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว อาการผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ ตอบสนองได้บ้าง สื่อสารได้น้อย ใส่ท่อหลอดลมคอ อ่อนแรงทั้งสองข้าง ช่วยเหลือตนเองน้อย ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ ไม่มีข้อติด มีแผลกดทับ มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 2 ใส่สายให้อาหารทางสายยางเบอร์ 16 ใส่สายสวนปัสสาวะค้ำไว้ ปัสสาวะในถุงสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88

ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 166/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 % room air Barthel ADL Index 20 คะแนน จากข้อมูลดังกล่าวจึงได้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 6 มีนาคม 2566 โดยครั้งที่ 1 ลงเยี่ยมบ้านวันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 ครั้งที่ 2 ลงเยี่ยมบ้านวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 ครั้งที่ 3 ลงเยี่ยมบ้านวันที่ 16 ธันวาคม 2565 ครั้งที่ 4 ลงเยี่ยมบ้านวันที่ 13 มกราคม 2566 และครั้งที่ 5 ลงเยี่ยมบ้านวันที่ 6 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลา 120 วัน พบว่า สภาพแวดล้อมภายในบ้านสะอาด ระเบียบเรียบร้อย พบผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าตาสดชื่น ทำผู้ป่วยตามคำสั่งได้ รู้สึกตัวดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น Glasgow Coma Scale E4VTM5 ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายได้ด้วยตนเองโดยใช้แขนข้างขวาช่วยและมีญาติคอยช่วยเหลือทำกายภาพทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า และ เย็น แขนและขาข้างขวา Motor power อยู่ระดับ 5 แขนซ้ายและขาข้างซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น Motor power อยู่ระดับ 4 ผู้ป่วยสามารถนั่งข้างเตียงได้ ADL Index 55 คะแนน ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกายได้ด้วยตนเอง โดยใช้แขนข้างขวาช่วยและมีญาติคอยช่วยเหลือทำกายภาพทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า และ เย็น แขนและขาข้างขวา Motor power อยู่ระดับ 5 แขนซ้ายและขาข้างซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น Motor power อยู่ระดับ 4 ผู้ป่วยสามารถนั่งข้างเตียงได้ ADL Index 55 คะแนน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ผลกดทับที่ก้นกบเล็กน้อย มีขนาด 0.5X0.5x0.2 เซนติเมตร แผลแห้งดี ผิวหนังบริเวณอื่นๆ ไม่มีรอยแดง ไม่มีแผลกดทับใหม่ หลังจากการเยี่ยมทั้งหมด 5 ครั้ง พบว่าทุกปัญหาได้รับการแก้ไข และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สามารถฝึกทำกายภาพบำบัดที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และยังสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ได้ถูกต้อง สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 128/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 % จึงได้ยุติการเยี่ยมบ้าน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติจนครบ 6 เดือน รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 120 วัน ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ครั้ง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่ทำการศึกษาจากผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ โดยเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลและพยาบาลผู้ดูแล
4. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการ ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคม จิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ ปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และสรุปวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยต่อไป
5. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
7. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
8. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
9. รวบรวมและเรียบเรียงเนื้อหาทั้งหมด จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม
10. เผยแพร่ผลงานในวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะติดเชื้อในชุมชน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะติดเชื้อในชุมชน จำนวน 1 ราย รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 6 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รับไว้ในการดูแล 120 วัน ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงาน เชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะติดเชื้อในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะติดเชื้อในชุมชน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ญาติผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะ และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและความพิการ

2. ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในระยะยาว

3. ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านการสื่อสารอาการและอาการแสดงภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้พยาบาลและผู้ดูแลต้องใช้ทักษะประสบการณ์และความละเอียดรอบคอบในการประเมิน จึงต้องสังเกตอาการผิดปกติและดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลับเป็นซ้ำ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ดูแลขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากมีผู้ดูแลจำนวนหลายคน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีหลายคน มีการผลัดเปลี่ยนกันดูแล ยังไม่มีผู้ดูแลเป็นหลักชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยการใช้ทักษะความรู้ในการดูแลไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระยะแรกที่กลับสู่ชุมชนนั้นมีความยุ่งยาก สำหรับผู้ป่วยรายนี้ขาดผู้ดูแลที่ชัดเจนจึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมการดูแล การตั้งศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น

2. พยาบาลจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องร่วมกับผู้ดูแล

3. จัดมีการฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

4. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองแตก ควรทำงานในรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม โดยอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานเป็นทีม เพื่อการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก (จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วินัส สัพพกุล, และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2561) และควรจัดโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ การพบแพทย์ตามนัด การควบคุมอาหาร และมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม (Burnier & Egan Brent, 2019)

5. จัดให้มีกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงต่างๆเพื่อลดความรุนแรงโรค
ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและประเทศชาติ (ณิรันุช วรโธสง, อนุวัฒน์ สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์
และคณะ, 2565)

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานในวารสาร : วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1). นางไลทอง ภัทรปรียากุล ผู้เสนอมีสัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

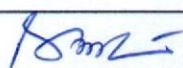
(นางไลทอง ภัทรปรียากุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... 28 ธ.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางไลทอง ภัทรปรียากุล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายชัยรัตน์ สมบูรณ์ธนกิจ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม

(วันที่) 12 / 08 / 66

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายวิทยา หอมฉุน)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ

(วันที่) 09 / 08 / 66

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 28 / ธันวาคม 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายธราพงษ์ กัปก)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(ตำแหน่ง).....

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

- 1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยใช้การบริการการแพทย์ทางไกล
- 2.หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดย ในปี พ.ศ. 2562 มีกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึง ร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ และก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุนับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 28 (กรมอนามัย, 2563) ส่วนในเขตอำเภอเมืองสระแก้ว มีประชากรทั้งหมด 111,567 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 17,235 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2566) โดยมีแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากข้อมูลสถิติของกรมอนามัย (2563) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิง และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแล ถึงร้อยละ 13 รัฐบาลให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุหรือบุคคลกลุ่มอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้าหมายสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุหรือบุคคลกลุ่มอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยให้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และคาดหวังให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สามารถจัดบริการและให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคน โดยมีกลไกที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community: CC) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุและอนามัย ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เหมาะสม ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ สามารถใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีสมัยใหม่ในกระบวนการทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันและอนาคต (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และถาวร สกฤตพณิชย์, 2563)

จากสถิติศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งหมด 3,335 ราย ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living) ≤ 11 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 85 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2566) ที่ต้องดูแลระยะยาว (Long term care) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะไตเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ รวมทั้งการมีปัญหาในการเคลื่อนไหว ปัญหากระดูกและข้อ ปัญหาสุขภาพจิตและการสื่อสาร (ประภารัตน์ มโนรัตน์, 2558) ต้องการการช่วยเหลือในการกิจวัตรประจำวัน และต้องเข้ามารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญพบปัญหาการเข้าถึงที่ยากลำบากของผู้สูงอายุ การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการเดินทางที่ต้องใช้ยานพาหนะต้องมีอุปกรณ์ต่างๆทำให้เกิดความไม่สะดวกต่อผู้สูงอายุและครอบครัวในการมารับการบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล อีกทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความเครียด ความวิตกกังวลในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีปัญหาที่ยู่ยากสำหรับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และถาวร สกฤตพณิชย์, 2563)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/ แนวคิดข้อเสนอ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะการดูแลต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีปัญหาสุขภาพที่ยั่งยืนที่ต้องดูแลต่อเนื่องและระยะยาว เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลแผลกดทับ การดูแลแผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดสายปัสสาวะ การเคาะปอด การทำกายภาพบำบัด เหล่านี้เป็นทักษะที่ต้องการการฝึกฝนและมีประสบการณ์และมีบุคลากรด้านสุขภาพในการช่วยเหลือให้คำแนะนำและคำปรึกษา เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และมีทักษะต่างๆ และต้องได้รับการประเมินผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ในช่วงที่ผ่านสถานการณ์ของปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัญหาที่สำคัญคือการเดินทางมาโรงพยาบาลที่ยากลำบาก ปัญหาการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลไม่มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม ขาดที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ต้องเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาล (ทัศนาศ นุญทอง และคณะ, 2562; ศิริพันธ์ สาสัตย์ และถาวร สกุกพานิชย์, 2563)

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศผนวกกับบริการทางการแพทย์พยาบาล หรือระบบแพทย์ทางไกล (Telehealth) ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่เดินทางไม่สะดวกและกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลได้รับ บริการด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษาและติดตามผลการรักษาภายหลังจากการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทำให้รักษาอย่างถูกต้อง แม่นยำ และต่อเนื่อง โดยไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สกลนันท์ หุ่นเจริญ, ณมน จีรังสุวรรณ และปณิตา วรรณพิรุณ, 2557) นอกจากนี้ลดการแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาในโรงพยาบาล การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลทำให้เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์พยาบาลสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแลทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น กลุ่มที่มีแผลกดทับแพทย์พยาบาลสามารถประเมินผิวหนังป้องกันการเกิดแผลกดทับที่รุนแรงได้ (Mamom & Daovisan, 2022) ซึ่งการจัดบริการการแพทย์ทางไกล หมายความว่า การให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (ประกาศกฎกระทรวง ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีการกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ด้วยการพัฒนาสถานพยาบาลให้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการขยายการให้บริการ รวมทั้งยกระดับคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานสากลทั่วทุกพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) นอกจากนี้ ยังมีสถานการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลงและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหาร การรักษาพยาบาลที่บ้านและชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงนำเป้าหมายการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการโดยการมีส่วนร่วม มีการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและชุมชนโดยใช้ telemedicine, telenursing ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อเพิ่มช่องทางการดูแลรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการใช้บริการ

การแพทย์ทางไกล

ระยะเวลาดำเนินการ

เมษายน - ธันวาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ care manager ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสระแก้ว
2. อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล (care giver) และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

1. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและแกนนำชุมชน ร่วมกันทบทวนปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ทบทวนรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เป็นแนวปฏิบัติเดิม

2. ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยใช้บริการการแพทย์ทางไกล

3. พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยใช้บริการการแพทย์ทางไกล และจัดทำคู่มือแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ขั้นดำเนินการ

1. จัดอบรมและฝึกทักษะ เรื่องการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกับการใช้การบริการการแพทย์ทางไกลแก่เจ้าหน้าที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และอาสาสมัครสาธารณสุข

2. จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทะเบียนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. นำแนวทางการไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

4. นิเทศติดตามการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

ขั้นประเมินผล

1. การติดตามวัดผลของการดำเนินงาน โดยวัดจากความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

2. วิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนการดำเนินการเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องเดินทางมาสถานพยาบาล

2. ผู้ดูแลมีช่องทางในการขอรับการปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ลดภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยใช้บริการการแพทย์ทางไกล จำนวน 1 รูปแบบ

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 80

3. ร้อยละการใช้บริการการแพทย์ทางไกลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างน้อย 2 ครั้ง/ราย/ปี
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80
4. ร้อยละของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการการแพทย์ทางไกล
ร้อยละ 80

(ลงชื่อ)..... 

(นางไลทอง ภัทรปรียากุล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 28 / 9 / 2566

ผู้ขอประเมิน