

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคั่งค้างของปัสสาวะ จากการที่ถุงปัสสาวะอยู่สูงกว่าระดับ
กระเพาะปัสสาวะในรายที่คาสายสวนปัสสาวะ จากการมีเลือดหรือน้ำเมือกแห้งติดตรงบริเวณที่สายออกจาก
ร่างกายหรือจากการเคลื่อนที่ไปมาของสายสวนปัสสาวะทำให้เกิดการ เสียดสีขึ้น

5. โรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ อาการท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะรดที่นอน นิ้วในทางเดิน
ปัสสาวะ ปลายเท้าตก ขาแบะ กระดูกกร่อนและเปราะง่าย

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ

1.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และวัดระดับความอิ่มตัว
ของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย (SpO2) >94% ทุก 1-2 ชั่วโมง ตามสภาพอาการผู้ป่วย

1.2 สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และฟังเสียงลมเข้าปอดทั้ง
สองข้างหายใจหอบเหนื่อยมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่าย เหงื่อออก ริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียว
คล้ำ รายงานแพทย์

1.3 สอนและช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการคั่งค้างของ

เสมหะ

1.4 ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ ดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการดูดเสมหะ
และปฏิบัติตามแนวทางการดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ

1.5 กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และปฏิบัติตาม
แนวทาง การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.6 กรณีผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและปฏิบัติตามแนว
ทางการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.7 ดูแลเฝ้าระวังการสูดสำลัก อาหารและน้ำ

2. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.1 ประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden scale และปฏิบัติตาม
แนวทางที่ประเมินได้

2.2 ดูแลความสะอาดร่างกาย ไม่ให้มีการอับชื้น

2.3 กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่รู้สึกตัว พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
อย่างนุ่มนวล สังเกตรอยแดงตามปุ่มกระดูก

2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหาร อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

2.5 ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาการกลืน

3.1 ดูแลความสะอาดปากฟันก่อนรับประทานอาหาร

3.2 จัดอาหารที่มีลักษณะนุ่มเคี้ยวง่ายจัดแบ่งเป็นชิ้นเล็กๆป้อนอาหารครึ่งช้อนชาต่อคำ วาง
อาหารบนลิ้นด้านที่มีแรง ของเหลวที่ให้ความมีลักษณะข้น

3.3 การจัดสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศให้เงียบสงบกำจัดสิ่งรบกวน พุดคุยเท่าที่จำเป็น เช่น อ้า
ปาก เคี้ยวและกลืน

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- 3.4 การจัดทำนั่ง นิ่งตัวตรงประมาณ 90 องศา ลำตัวอยู่ตรงกลาง และจัดศีรษะตั้งตรง
- 3.5 การดูแลการกลืนขณะรับประทานอาหาร
- ถ้าผู้ป่วยไอหรือกลืนได้ช้า ให้โน้มศีรษะไปข้างหน้าเล็กน้อย
 - ถ้าควบคุมลิ้นได้ไม่ดีให้เอนศีรษะไปด้านหลังเล็กน้อย
- ถ้ามีอาหารค้างอยู่ในปากจากการอ่อนแรงของลิ้นให้เอียงศีรษะไปด้านที่ไม่อ่อนแรง
- ถ้ามีเสียงน้ำในคอหลังกลืน ให้ผู้ป่วยไอหลายๆ ครั้ง เพื่อให้คอโล่งก่อน จึงจะรับประทานอาหารต่อ
 - ถ้ามีอาการอ่อนแรงของ Pharyngeal ให้ผู้ป่วยเอียงศีรษะไปด้านที่อ่อนแรง
 - ถ้าผู้ป่วยใช้เวลารับประทานอาหารนาน 45-60 นาทีซึ่งอาจทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนอ่อนแรงเสียงต่อการสำลักอาหารให้แบ่งมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อ
- 3.6 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา โดยวางยาไว้บนลิ้นด้านที่ไม่อ่อนแรง ให้ผู้ป่วยรับประทานยาทีละเม็ด
- 3.7 ให้ความเวลาในการกลืน ไม่เร่งรัด และให้กำลังใจผู้ป่วยในการกลืน
- 3.8 การดูแลความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร
4. กิจกรรมการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ
- 4.1 ดูแลเรื่อง การขับถ่ายปัสสาวะ ดังนี้
- กระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะ โดยใช้หมอนอน ทุก 2 ชั่วโมง และค่อยๆขยายเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะออกไป ในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ รายงานแพทย์
 - กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) แต่ไม่ควรดื่มปริมาณมากก่อนนอน อาจจะทำให้ขับถ่ายปัสสาวะช่วงนอนหลับ ทำให้รบกวนแบบแผนการนอน
 - ประเมินความสมดุล โดยบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย
 - หลีกเลี่ยงการคายสวนปัสสาวะโดยไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หรือใช้วิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว
 - ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
- 4.2 ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระดังนี้
- กระตุ้นให้ขับถ่ายอุจจาระ โดยให้หมอนอนหลังอาหารเช้า 30 นาทีทุกวัน หรือ แล้วแต่กิจวัตรของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำได้ ให้พาเข้าห้องน้ำ
 - กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอุ่นๆ อย่างน้อยวันละ 2,000 - 3,000 ซีซี (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)และอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการขับถ่าย
 - กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
 - ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน ให้ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษา
5. กิจกรรมการพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร
- 5.1 ประเมินความสามารถการสื่อสารของผู้ป่วย เช่น พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้
- ถามคำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่” เช่น คุณรู้สึกร้อนใช่ไหม ถามคำถามตรงกันข้าม เช่น คุณรู้สึกหนาวใช่ไหม เป็นการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจจริงหรือไม่ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ให้พยักหน้าแทน

- ถามคำถามที่สั้นและง่ายและแสดงลักษณะท่าทางประกอบ
- ผู้ประเมินหรือสหประชากรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ หรือ อยู่ในลานสายตาผู้ป่วยที่สามารถเห็นได้- ประเมินการเขียนตามคำพูดโดยให้ผู้ป่วยลองเขียนบนกระดาษ
- ประเมินความเข้าใจจากภาพ โดยให้ผู้ป่วยสื่อความหมายจากภาพที่มองเห็น

5.2 ส่งปรึกษานักแก้ไขการพูด (ถ้ามี) เพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสารและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ

5.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้ พูดลำบาก พูดไม่ชัด (aphasia หรือ dysarthria) ให้ปฏิบัติดังนี้

- ขณะที่มีการสื่อสาร ไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรก หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย
- บรรยากาศในการสื่อสารควรจะสงบเงียบ
- ผู้สหประชากรมีท่าที่สงบ ผ่อนคลายและเป็นกันเอง
- ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหาคำที่จะพูด หรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยตนเอง
- ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร
- ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย
- สนทนาแต่ละครั้งควรใช้ผู้สหประชากรเพียงคนเดียว เพราะผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการตอบสนอง

กับผู้พูดหลายคนหรือคำพูดที่หลากหลาย

- ขณะสื่อสารผู้สหประชากรสบตาและพูดกับผู้ป่วยโดยตรง
- ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ในการสื่อสารหรืออธิบายความหมาย
- ก่อนสนทนา หรือสื่อสารควรให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานานเกินไป
- เตรียมอุปกรณ์ รูปภาพต่างๆ ไว้ในขณะที่สื่อสารเพราะถ้าผู้ป่วยมีความลำบากที่จะพูดอาจ

ใช้การชี้ที่รูปภาพแทน

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำๆ เป็นประโยคหรือวลีสั้นๆ ชัดถ้อยชัดคำ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสาร สามารถตอบคำถามเบื้องต้นด้วยคำว่า "ใช่" หรือ "ไม่"
- ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติบ่อยๆ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่พยาบาลไม่คุ้นเคย

5.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร (aphasia) ควรปฏิบัติดังนี้

- พยาบาลหรือผู้ที่ต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วย มองเห็นริมฝีปากและการแสดงท่าทางของผู้ที่จะสื่อสารชัดเจน

- ในการสื่อสารใช้ท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด
- ใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ พูดซ้ำๆ ชัดถ้อย ชัดคำและเป็นภาษาที่ใช้ประจำ
- ไม่ควรถามคำถามหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
- หลีกเลี่ยงการสนทนาที่เป็นเรื่องการออกความคิดเห็น โต้แย้ง หรือใช้อารมณ์

6. กิจกรรมการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ
6.2 พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและแผนการดูแลของทีมสุขภาพ
6.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ พบแพทย์ ชักถามข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล

6.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม

6.5 แนะนำแหล่งประโยชน์ เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

7. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

7.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

7.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

7.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น

- ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน
- แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น
- มีความผิดปกติของสายตา มากขึ้น
- ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น

- พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

7.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

7.5 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้ความเข้าใจ ชักถามและทำความเข้าใจ

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหน้าที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด

สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

1. สาเหตุจากพันธุกรรม เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulin dependent diabetes, IDDM) และชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1.1 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen, HLA) HLA ที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ HLA-B, BLA-DR ผู้ที่มี HLA มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อน ภายหลังการติดเชื้อ ไวรัสบางตัวทำให้ β -cell ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

1.2 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารรสหวานจัด

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. สาเหตุอื่นที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคเบาหวาน เบาหวานสืบทอดทางพันธุกรรมได้ก็จริง แต่ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นเบาหวาน) ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเบาหวานทุกคน มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้แก่

2.1 ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้การตอบสนองของเนื้อเยื่อร่างกายต่ออินซูลินไม่ดี

2.2 ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง

2.3 โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน

2.4 การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับอ่อน

2.5 การได้รับยาบางชนิด สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิดทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้น หรือการตอบสนองของอินซูลินไม่ดี

2.6 การตั้งครรภ์ เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิดซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

ประเภทของเบาหวาน (Classification of Diabetes Mellitus)

องค์การอนามัยโลก โดย Expert committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus ปี พ.ศ. 2543 ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก (Clinical classes) โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1 Diabetes) หรือประเภทพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานในเด็ก (Juvenile onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือเกือบไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ HLA ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis, DKA)

2. โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 Diabetes) หรือประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานผู้ใหญ่ (Maturity onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้ พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 95-97 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักอ้วน มีประวัติเป็นเบาหวานในครอบครัว อายุมากกว่า 40 ปี ตับอ่อนยังพอผลิตอินซูลินได้บ้างแต่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินในระยะแรกอาจรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาล แต่เมื่อเป็นนาน ๆ ในผู้ป่วยบางรายมีเบต้าเซลล์เสื่อมหน้าที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีอาจจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน

3. โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Other specific type) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ (Genetic defects of β -cell function) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Genetic defects of insulin action) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน (Diseases of the exocrine pancreas) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคทางต่อมไร้ท่อ (Endocrinopathies) โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี (Drug - or chemical - induced) โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

(Infection) โรคเบาหวานที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย (Uncommon forms of immune-mediated diabetes) และโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมอื่นๆ (Other genetic syndromes sometimes associated with diabetes)

4. โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus : GDM) โรคเบาหวานชนิดนี้ผู้ป่วยจะไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน เป็นผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลิน ถ้าไม่สามารถเพิ่มการสร้างอินซูลินให้เพียงพอ จะทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้ หลังคลอดมักพบว่าอาการโรคเบาหวานหายไปแต่จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้มาก จึงควรมีการตรวจเช็คเป็นระยะและมีพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดเบาหวาน การวินิจฉัยโรคเบาหวานมี 3 วิธีได้แก่

1.FPG \geq 126 มก./ดล.

2.Casual (Random) plasma glucose \geq 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

3.Plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ Oral glucose tolerance test (OGTT) \geq 200 มก./ดล.

ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยแต่ละวิธีข้างต้น อยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน ควรตรวจในวันอื่นอีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่มี Plasma glucose สูง อาการชัดเจน ร่วมกับมี Acute metabolic decompensation ในการตรวจซ้ำ ถ้าค่า FPG \geq 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเกิดได้ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

1.ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรงรวดเร็วต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตราย ผู้ป่วยอาจมีระดับน้ำตาลต่ำเกินไป หรือสูงมากเกินไป ได้แก่

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากจนมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยที่ไม่มีกรดคีโตนคั่ง ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่งในเลือด

3) ภาวะการณติดเชื้

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการอะไรในระยะแรก แต่ถ้าได้รับการตรวจค้นวินิจฉัยและรักษา รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก ก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย โรคแทรกซ้อนเรื้อรังอาจแบ่งได้เป็นประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

2.1 โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบโรคหลอดเลือด

สมองอุดตัน โรคความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดตีบที่เท้า

2.2 โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็กโรคแทรกซ้อนทางตาโรคแทรกซ้อนทางไต

2.3 โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความดันโลหิตสูง

ความหมาย

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือดแดงซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ (คล้ายแรงลมที่ดันผนังของยางรถเมื่อเราสูบลมเข้า) ซึ่งสามารถวัดได้โดยการใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขน และมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ

ความดันช่วงบน หรือ ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัวซึ่งอาจจะสูงตามอายุ และความดันช่วงบนของคนคนเดียวกันอาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย

ความดันช่วงล่าง หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัวในปัจจุบันได้มีการกำหนดค่าความดันโลหิตปกติและระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. เป้าหมายของการลดความดันโลหิต คือ ควรลดความดันช่วงบน < 130 และความดันช่วงล่าง < 80 mmHg ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบนอยู่ระหว่าง 120-129 และความดันช่วงล่าง < 80 มม.ปรอท แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่ต้องให้ยาลดความดันและติดตามวัดความดันใน 1 ปี ส่วนในผู้ที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย (น้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท) แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่ำ (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน เป็นระยะเวลา 6-12 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงปานกลาง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง และระดับที่ 2 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ หรือมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง (เช่น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ) ร่วมไปกับการติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน นาน 3-6 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่มีความดันช่วงบน ≥ 180 และ/หรือช่วงล่าง ≥ 110 ทุกราย และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปหรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงหรือมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ที่ระดับใดก็ตาม) ในกลุ่มนี้แพทย์จะเริ่มให้ยาลดความดันตั้งแต่แรกพบ ร่วมไปกับการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ

3.1.2 การประเมินสภาพผู้ป่วย

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2564 ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ Ischemic stroke มีโรคประจำตัวเป็น DM

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. อาการสำคัญ

ซีมลง พูดไม่ชัด ตัวแข็งแรง ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีแขน-ขาอ่อนแรง 11 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมา เดินเองได้ โดยใช้ไม้พยุง ทานข้าวได้ปกติ และเข้านอนเวลา 20.00 น. หลังจากตื่นนอน เวลา 06.00 น. มีอาการ ซีมลง พูดไม่ชัด ตัวเกร็งๆ ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีแขน-ขาอ่อนแรง ไม่มีไข้ บุตรรอดอาการแต่ไม่ทุเลา รอลงเย็น จึงแจ้งกู้ชีพตำบลดอกกรับ นำส่งโรงพยาบาลปราสาท

4. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธแพ้ย่า อาหารทะเล หรือสารเคมีใดๆ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน 40 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง รับประทานที่โรงพยาบาลปราสาท เคยดื่มสุราแต่เลิกมากกว่า 20 ปี ปฏิเสธการสูบบุหรี่

5. ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

มารดา เป็นเบาหวาน แต่เสียชีวิตแล้ว และน้องสาวเป็นเบาหวาน ยังมีชีวิตอยู่

ข้อมูลการประเมินสภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

สรุปได้ดังนี้

- ด้านการรับรู้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ สถิติปัญญาและการรับรู้และการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด มีอาการหลงลืมเป็นบางครั้ง ช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง รับทราบเข้าใจที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ผิวหนังแห้งบอบบางมีรอยง้ำเลือดพบบริเวณ ขา ทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ADL 11 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาแขนขา ข้างซ้ายอ่อนแรง และกลัวเป็นภาระของภรรยาที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน

- ด้านกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย อาหารและการเผาผลาญอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่ายผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน เดินได้ในห้องส่วนตัว โดยใช้ไม้เท้า ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องเคลื่อนไหวไม่มั่นคง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยไม่มีน้ำหนักตัวเพิ่มหรือลด ผิดปกติ โดยชอบรับประทานอาหารรสเค็ม และรสหวาน ดื่มน้ำน้อยวันละ 5-6 แก้วต่อวัน เนื่องจากไม่ยอมเดินไปปัสสาวะบ่อย ขับถ่ายวันทุกวันไม่มีท้องอืด และนอนไม่ค่อยหลับ

- ด้านความเชื่อและการปรับตัว แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด และคุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยมีภรรยาและลูกสาวคอยดูแลอย่างใกล้ชิด สัมพันธภาพกับภรรยารักใคร่กันดี บุตรทุกคนให้ความเคารพรักช่วยกันดูแล รายได้มาจากบุตรทุกคนมีส่วนช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การปรับตัวหลังเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองถึงแม้แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเนื่องจากไม่ยอมเป็นภาระของภรรยา ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันโดยไม่ใช้สมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกในการรักษาโรค

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติ เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2564 ผลตรวจผิดปกติ ดังนี้ FBS = 150.30 mg/dl (ค่าปกติ 75 - 115 mg/dl) แผลผล ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งสนับสนุนที่ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เดิมอยู่แล้ว Hb = 10.0 g/dl และ Hct = 30.4 % (ค่าปกติ ชาย 42-54, หญิง 37 - 47) แผลผล ผู้ป่วยมีภาวะซีดเล็กน้อย

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.1.3 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (HOME HEALTH CARE)

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพ ที่จัดให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการรักษาโรคเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตามความต้องการ และสามารถดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีความบกพร่องหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ อาจมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างต่อไปนี้

- 1) มีความพิการหลงเหลืออยู่
- 2) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนมาได้เหมือนเดิม
- 3) ต้องการฝึกฝนเป็นพิเศษเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 4) ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 2) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเผชิญปัญหา การปรับตัวต่อโรค และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
- 3) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการ
- 4) เพื่อลดการกลับเข้าไปนอนโรงพยาบาล
- 5) เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล

เป้าหมาย

1. จัดแบ่งกลุ่มตามระบบของโรค โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ
 - 1.1 โรคที่ไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบการไหลเวียนเลือด ล้มเหลว มะเร็ง เป็นต้น
 - 1.2 โรคติดต่อ ได้แก่ โรคเอดส์ วัณโรค ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส เป็นต้น
2. จัดแบ่งกลุ่มตามกลุ่มบุคคล ดังต่อไปนี้
 - 2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
 - 2.2 กลุ่มมารดาและเด็ก
 - 2.3 กลุ่มผู้พิการหรือมีปัญหาอวัยวะบางส่วนไม่ทำงานหรืออัมพาต
 - 2.4 กลุ่มผู้ติดยาเสพติด
 - 2.5 กลุ่มรกร่วมเพศ
 - 2.6 กลุ่มผู้พิการแต่กำเนิด
3. กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามผู้ป่วย (Follow up) เพื่อให้การรักษา พยาบาลและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
4. ให้บริการสาธารณสุขแก่ครอบครัวตามปัญหา และความต้องการของแต่ละหน่วยงานในรูปแบบการบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม (Holistic Care)

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.1.4 การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความบกพร่องการดูแลตนเองเนื่องจากอัมพาตซีกซ้ายของร่างกาย การพยาบาล ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลัง D/C 1 สัปดาห์โดยประเมิน motor power แนะนำญาติให้ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันดูแลทำ Passive exercise ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการดูแลระยะฟื้นฟู

3.1.5 แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ดูแลผู้ป่วย

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์เจอร์ซรี กอร์ดอน (Majorj Gordon)

2. กระบวนการพยาบาลขั้นตอน ประกอบด้วย ประกอบด้วยการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

3. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory)

3.1ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) ประกอบด้วย 1) การดูแล หมายถึง กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระของบุคคล เพื่อส่งเสริมและดำรงซึ่งความอยู่ดีตลอดชีวิต 2) ผู้ที่จะดูแล (Self-careagency) เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล อาจหมายถึงบุคคลซึ่งดูแลตนเอง (Self-careagent) และบุคคลซึ่งต้องดูแลผู้อื่น (Dependent care agent) เช่น มารดา ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ 3) ความต้องการการดูแล (Self-carerequisites) เป็นกิจกรรมที่คนจำเป็นต้องดูแลตนเองให้สำเร็จ 4) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อสนองความต้องการดูแลตนเอง ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมที่ใช้เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและการอยู่ดี

3.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care theory) เป็นแกนกลางของทฤษฎีที่อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องให้การพยาบาลและวิธีการที่บุคคลจะรับการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดเนื่องจากบุคคลไม่สามารถสนองความต้องการในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติการในการดูแลตนเองได้สำเร็จ3.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system theory) เป็นกิจกรรมหรือชุดของกิจกรรมที่พยาบาลจัดหาให้เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองได้สำเร็จ

3.4 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system theory) เป็นกิจกรรมหรือชุดของกิจกรรมที่พยาบาลจัดหาให้เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเอง

4. ทฤษฎีความต้องการ (Need Theory) ของ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) ความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการรักษาด้วยการฟอกไต (predialysis phase) 2) ระยะระหว่างการรักษาด้วยการฟอกไต (during dialysis phase) และ 3) ระยะปฏิเสธ/ยุติการรักษาด้วยการฟอกไต (non-dialysis or withdrawal of dialysis phase)

5. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ของโนลาห์ เจ เพนเดอร์ (Nola J. Pender) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theor) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (AlbertBandura) ที่เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน ซึ่งบุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญาผ่านการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ และมีผลต่อการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 2015)

6. หลัก 3 อ. 2 ส. ประกอบไปด้วย 3 อ หมายถึง ข้อปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 3 ด้าน อาหาร ออกกำลังกาย และ 2 ส หมายถึง ข้อห้ามด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสูบบุหรี่ สุรา

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากการสำรวจประชากรขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้นจากรายงานโรงพยาบาลปราสาท พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง แดก ตีบอดตัน เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก มีอัตราป่วยเท่ากับ 123 และ 112 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 4,244 และ 4,885 บาท ต่อราย ผู้ป่วยใน 269 และ 183 ต่อ ประชากรแสนคน ค่ารักษาเฉลี่ย 28,684 และ 32,247 บาทต่อราย ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและตีบรวมกัน จำนวน 121 และ 113 ตามลำดับ เป็นอันดับที่ 3 ของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลปราสาท, 2559) ซึ่งจะเห็นว่าอัตราตายยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบันโรงพยาบาลปราสาท สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีจำนวนมากขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาการคงที่และเข้าสู่ระยะฟื้นฟูแพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มประสิทธิผลกับองค์กรได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหรือมีปัญหาซับซ้อนที่กลับมาอยู่ที่บ้าน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การรักษา แนวทางการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลชุมชนที่มีสมรรถนะในการทำงานย่อมทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพในระยะยาว ให้มีการพึ่งพาน้อยที่สุดและมีความสุขสูงสุดตามศักยภาพที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลชุมชนที่มีสมรรถนะในการทำงานย่อมทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพในระยะยาว ให้มีการพึ่งพาน้อยที่สุดและมีความสุขสูงสุดตามศักยภาพที่สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการประสานงานระหว่างเครือข่ายและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและมีภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายในชุมชน ตั้งแต่พยาธิสภาพของโรค อาการแสดง การรักษา ตลอดจนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน

4.3 เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ศึกษาคือการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและมีภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายในชุมชน

<p>3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>4.4 สารสำคัญ</p> <p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี เพศชาย HN 000107595 ภูมิลำเนา ตำบลก้งแอน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สิทธิการรักษาบัตรทอง</p> <p>การวินิจฉัยโรค Hemorrhagic stroke with left hemiplegia</p> <p>ระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล กันยายน 2564 – ธันวาคม 2564</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญดังนี้ 1)ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเคี้ยวกลืนลำบากจาก กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอ่อนแรง 2) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากมีอัมพาตซีกซ้ายของร่างกาย 3) มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองแตกซ้ำ4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย 5) การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่อง</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการกลืนและเคี้ยวลำบากจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอ่อนแรง</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล สอนญาติจัดทำในการให้อาหารทางสายอาหาร ให้อยู่ในท่านอนศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลัก สังเกตอาการไอ หรือการสำลักระหว่างการให้อาหารและน้ำ ดูแลความสะอาดปากฟัน ก่อนและหลังการให้อาหาร ดูแลให้ได้รับอาหารผสม (BD) (1:1) 300 cc x 4 feed + น้ำตาม 50cc/feed ตามแผนการรักษา พร้อมประเมินว่าผู้ป่วยสามารถรับอาหารได้หรือไม่ มี Content เหลือมากหรือไม่ ท้องอืดท้องเฟ้อ แน่นท้องหรือไม่ ประสานนักกายภาพบำบัดในการสอนญาติประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง (Reflex) การขย้อน ความสามารถในการกลืน กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน</p> <p>การประเมินผล 1. ญาติสามารถให้อาหารทางสายอาหารได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรับอาหารผสมได้ครบทุกมื้อ ไม่มี content 2. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย 3. ริมฝีปากไม่แห้ง</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีอัมพาตซีกซ้ายของร่างกาย</p> <p>วัตถุประสงค์ 1.เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงหรือเป็นปกติดังเดิม 2.ไม่เกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมินmotor power 2.สอนผู้ป่วยทำ passive exercise โดย 2.1 ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างขวาจับมือซ้ายยกขึ้นยกลง ทำ 20 ครั้ง ทำ เข้า-เย็น 2.2 ให้ผู้ป่วยใช้เท้าข้างขวายกเท้าซ้ายยกขึ้น ทำ 20 ครั้ง ทำ เข้า-เย็น 2.3 ให้ผู้ป่วยใช้มือขวาจับมือซ้ายหมุนข้อมือทำ 20 ครั้ง เข้า-เย็น 3.สอนญาติในการทำ passive exercise โดย 3.1 ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลง งอแขนเข้าออกทำสลับกัน 20 ครั้ง เข้าเย็นทุกวัน 3.2 ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ 3.3 พยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ 3.4 ช่วยกระตุ้นทำกิจกรรมต่าง ๆ 3.5 ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรงบีบปั้นดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งใส่ น้ำ เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือ 4.ประสานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อลงประเมินและทำกายภาพบำบัดที่บ้านตามแผนการรักษา 5.ประเมินการทำ passive exercise ของผู้ป่วยและญาติว่าทำถูกต้องหรือไม่ ร่วมกับการประเมินโดยนักกายภาพบำบัด 6.ประเมินผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนที่รับน้ำหนัก ที่ถูกกดทับเพื่อค้นหารอยขีด ข้ำแดง หรือบวม7.สอนญาติพลิกตะแคงตัววนครบบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณรอบๆด้วยความนุ่มนวลอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง 8.สอนญาติในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ใช้ผ้าหรือแผ่นช่วยเลื่อนพลิกตัวผู้ป่วย หรือ</p>

<p>3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆเพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างผิวหนังกับผ้าปูที่นอน 9.ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายและดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง</p> <p>การประเมินผล 1.ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อขาซ้ายลีบ ผู้ป่วยและญาติสามารถช่วยผู้ป่วยทำ passive exercise ได้บ้าง 2.ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ 3.ADL = 2/20</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3.มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองแตกซ้ำ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติ2.อธิบายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคและวิธีการหลีกเลี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 3.อธิบายแผนการรักษา และความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง แนะนำผู้ป่วยและญาติ ตามแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.แนะนำอาการสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสน พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น 5.ให้ความรู้เกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยติดต่อที่เบอร์โทร 1669 6.แนะนำญาติให้ยาผู้ป่วยตามแผนการรักษา ดังนี้ MFM 1x2 pc, Simvas 1 hs, ASA 300 mg 1x1 pc.</p> <p>การประเมินผล1.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เกี่ยวกับอาการเตือนของการเกิดโรค รู้จักช่องทางการขอความช่วยเหลือ</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล 1.ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่แสดงถึงความวิตกกังวล 2.ญาติสามารถบอกอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาที่ได้รับได้</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินระดับความวิตกกังวล โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าที่เป็นมิตรเห็นอกเห็นใจ ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษา เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของญาติในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2.ประสานงานกับแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางที่ดี และให้คาดหวังหรือผลลัพธ์ในการรักษาตามความเป็นจริง 3.ให้กำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดวิตกกังวล 4.ของบประมาณจากกองทุนLTC ช่วยเหลือในการซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหารเสริม เป็นต้น</p> <p>การประเมินผล 1.ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่แสดงถึงความวิตกกังวล 2.ญาติสามารถบอกอาการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาที่ได้รับได้ 3.ญาติให้ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5.การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่อง</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถมีวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมในการบอกความต้องการของตนเอง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.จัดให้ผู้ป่วยมีการฝึกพูดหรือฟื้นฟูพูดๆ และเลือกเรื่องที่จะพูดคุยที่อยู่ในความสนใจของผู้ป่วยเสริมสร้างความเข้าใจโดยการแสดงออกทางสีหน้าการใช้การประสานสายตา หรือท่าทางที่เหมาะสม2.ขณะสื่อสารต้องอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัด เนื่องจากผู้ป่วยมีลานสายผิดปกติแคลง ยืนหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย สบตาขณะพูดและพูดโดยตรงกับผู้ป่วย พูดช้าๆ ชัดๆ น้ำเสียงนุ่มนวลใช้คำพูดหรือคำถามสั้นๆ เข้าใจง่าย</p>

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

และไม่เร่งรัดคำตอบ 3.ตั้งใจฟังผู้ป่วย ทวนข้อความที่ผู้ป่วยพูด ไม่แสดงท่าทีว่าเข้าใจเมื่อไม่เข้าใจ ต้องถามและพูดซ้ำๆ 4.ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความคับข้องใจต่อการสื่อสาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อการสื่อสารพัฒนามากขึ้น 5.สอนเทคนิคการพูดเป็นประโยคสั้นๆ และให้หายใจเข้าก่อนที่จะพูด อาจใช้อุปกรณ์ต่างๆช่วยเช่นกระดาษ ดินสอรูปร่างประกอบการสื่อสารที่เหมาะสม 6.แนะนำให้ญาติใช้ความพยายามและอดทน ส่งเสริมและให้กำลังใจในการสื่อสารกับผู้ป่วย

การประเมินผล 1.ผู้ป่วยสามารถใช้ภาษาในการสื่อสารถึงความต้องการ และพยายามที่จะสื่อสารได้ โดยการพยักหน้า และการใช้ท่าทาง 2.ผู้ป่วยสามารถฝึกกล้ามเนื้อลิ้นและริมฝีปากได้ตามการสาธิตอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

สรุปการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 : 4 ตุลาคม 2564

จุดประสงค์การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินสภาพร่างกาย : สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้ สัญญาณอาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลืนอาหาร ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ

การประเมินขณะเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง หายใจได้เอง รับประทานอาหารทางสายยาง on NG tube ไว้ ไม่มีแผลกดทับ ดึงสายอาหารออก ญาติต้องมัดมือข้างขวาไว้ กำลังกล้ามเนื้อแขนขวา ระดับ 4 ขาขวา ระดับ 4 กำลังกล้ามเนื้อแขนซ้ายระดับ 3 ขาซ้ายระดับ 3, ADL=0/100

กิจกรรมการพยาบาล 1.ทีมเยี่ยมบ้านแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ญาติสงสัย เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ การดูแลเรื่องอาหารผสม 2.ประเมินเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในทุกๆเรื่อง เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดสายให้อาหาร การทำอาหารผสม และการทำกายภาพบำบัด 3.ตรวจสัญญาณชีพ สัญญาณชีพ BP 123/60 mmHg, PR 90/min, RR 20/min, BT 36 °c, O2 sat 96% แพทย์ให้รับประทานยาตามเดิม 4.ให้ความมั่นใจกับญาติว่าจะมีทีมเยี่ยมบ้านดูแลช่วยเหลือ และประเมินอาการที่บ้านเป็นระยะๆ หากพบปัญหาที่สามารถที่จะโทรปรึกษาไปทำงานเยี่ยมบ้านได้ตลอดซึ่งในขั้นตอนนี้จะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างทีมเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและญาติให้ดีขึ้น 5.แนะนำญาติให้ผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ 2,000 –3,000 มล. สอนญาตินวดหน้าท้องช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่าย 6.ประสานกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะยาวองค์การบริหารส่วนตำบลก้งแอน ในการสนับสนุน care giver เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 : 15 ตุลาคม 2564

จุดประสงค์การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อประเมินอาการทั่วไปของผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อติดตามเกี่ยวกับการหายใจ อาการท้องผูกและการพักผ่อนนอนหลับและเพื่อประเมินทั่วไปเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆเพิ่มเติม และเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแล

การประเมินขณะเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง หายใจได้เอง รับประทานอาหารทางสายยาง on NG tube ควบคุมกับการฝึกรับประทานอาหารทางปากเอง ไม่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น ไม่เอะอะโวยวาย รับรู้และตอบคำถามโดยพยักหน้าเป็นบางครั้ง บุตรสาวของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว กำลังกล้ามเนื้อแขนขวา ระดับ 5 ขาขวา ระดับ 5 กำลังกล้ามเนื้อแขนซ้าย ระดับ 3 ขาซ้ายระดับ 4, ADL=20/100,BP108/86 mmHg,PR 88/min, RR 20/min, BT36.7 °c

กิจกรรมการพยาบาล 1.ทีมเยี่ยมบ้านได้พูดให้กำลังใจและชื่นชมญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี 2.เภสัชกรแนะนำการให้ยาอย่างถูกวิธี 3.แนะนำญาติเรื่องการป้องกันการตกเตียง 4.เปลี่ยนสายให้อาหาร 5.นัดหมายการ

<p>3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>เยี่ยมบ้านครั้งต่อไป</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 : 9 พฤศจิกายน 2564</p> <p>จุดประสงค์การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เพื่อประเมินอาการทั่วไปของผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อประเมินทั่วไปเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆเพิ่มเติม</p> <p>การประเมินขณะเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยพอช่วยเหลือตนเองได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง หายใจได้เอง สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ โดยมีบุตรสาวคอยป้อนและคอยดู เพื่อป้องกันการสำลัก ไม่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยนอนหลับได้ รับประทานอาหารได้ บุตรสาวทดลองให้นั่งข้างเตียงก็สามารถนั่งได้นานประมาณ 15 นาที กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ระดับ 5 ขา ขวาระดับ 5 กำลังกล้ามเนื้อแขนซ้าย ระดับ 5 ขาซ้ายระดับ 4, ADL=50/100, BP 156/75 mmHg, PR 76/min, RR 20/min, BT 36.8 °c</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล 1.ทิมเยี่ยมบ้านได้พูดให้กำลังใจและชื่นชมญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี 2.เภสัชกรแนะนำการให้ยาอย่างถูกวิธี 3.แนะนำญาติเรื่องการป้องกันการตกเตียง 4.นัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป และเตรียมยุติการเยี่ยม</p> <p>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 : 12 ธันวาคม 2564</p> <p>จุดประสงค์การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 1.เพื่อประเมินอาการทั่วไปของผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 2.เพื่อประเมินทั่วไปเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆเพิ่มเติม</p> <p>การประเมินขณะเยี่ยมบ้าน</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองพอได้บ้าง ยืนเองได้ บุตรสาวเริ่มหัดให้เดินรอบๆเตียง โดยใช้ Walker สามารถเดินได้ 6-7 ก้าว บุตรสาวจะคอยพยุงอยู่ใกล้ๆ เนื่องจากกังวลเพราะเคยมีประวัติล้มเอง กินอาหารได้ 3 มื้อ/วัน กินเองไม่มีสำลัก นอนหลับพักผ่อนได้ บุตรสาวและภรรยาช่วยทำกายภาพสม่ำเสมอ กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ระดับ 5 ขา ขวาระดับ 5 กำลังกล้ามเนื้อแขนซ้าย ระดับ 5 ขาซ้ายระดับ 5, ADL=75/100, BP 137/65 mmHg, PR 90/min, RR 20/min, BT 37 °c</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล1.ทิมเยี่ยมบ้านได้พูดให้กำลังใจและชื่นชมญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี 2.เภสัชกรทบทวนญาติ เรื่องการจัดยาและการกินยาของผู้ป่วย ญาติสามารถตอบได้ถูกต้อง แนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามขาดยา 3.สอนญาติให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อย วันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตร 4.แนะนำญาติหาอาชีพเสริม เพื่อหารายได้ เช่น การปลูกผัก เลี้ยงไก่ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและเพื่อเพิ่มรายได้ให้ครอบครัว 5.แจ้งญาติเพื่อยุติการเยี่ยม และแนะนำถึงอาการผิดปกติฉุกเฉินที่ต้องรีบไปพบแพทย์ และถ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สามารถโทรสอบถามปรึกษา ทิมเยี่ยมบ้านได้ในเวลาราชการ</p> <p>ผลการติดตามดูแลเมื่อครบ 4 เดือน</p> <p>1.ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ADL=10/100, on NG tube รับประทานอาหารทางสายยางได้ดี 2.สามารถยกแขนขาข้างขวาได้เอง กำลังกล้ามเนื้อแขน-ขา ทั้ง 2 ข้าง อยู่ในระดับ 5 3.ขับถ่ายได้เอง กลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ 4.ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลและได้รับข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากทิมเยี่ยมบ้าน สามารถยอมรับกับการเจ็บป่วยและการจากไปของผู้ป่วยได้ 5.ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีพัสติดกหกหลั้ม</p>