

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน.....

วัน/เดือน/ปี : ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓.....

หัวข้อ : กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในรายที่มีสุขภาวะที่ดี ในเขตเทศบาลนครภูเก็ต ระหว่างผู้ที่มี
ครอบครัวและโสด.....

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)..... ตามเอกสารที่แนบ.....

LINKภายนอก : ไม่มี.....

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

(.....นางเพียงใจ จันทรมณี.....)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....๓.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.๒๕๖๓.....

ผู้อนุมัติรับรอง

(.....นางสาววิจิตา แจ่มเอี่ยม.....)

ตำแหน่งผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ (หัวหน้า)

วันที่.....3 ธ.ค. 2563.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(.....นายคุณิษฐ์ สอนภักดิ์.....)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ

วันที่.....๒1.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๓.....

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในรายที่มีสุขภาพที่ดีในเขตเทศบาลนครภูเก็ต: กรณีศึกษา

เพียงใจ จันทรมณี (ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง)

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บทนำ

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน โดยรับผิดชอบผู้ป่วยโซน B (ชุมชนสามัคคีสามกอง ,สามกองและหมู่บ้านภูเก็ตวิลล่า 1) มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบโรคเรื้อรังจำนวน 26 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียง (Bed Ridden) จำนวน 10 ราย ติดบ้าน จำนวน 10 ราย Case CAPD จำนวน 2 ราย Home Oxygen Therapy จำนวน 1 รายและผู้ป่วย Home Ventilator นอกเขต 2 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) จำนวน 6 ราย การดูแลในรูปแบบหมอบครอบคร้ว เป็นพยาบาลประจำตัวผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหรือมากกว่าในรายที่มีความจำเป็น ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งทางโทรศัพท์ ไลน์ แอปพลิเคชัน ดูแลส่งต่อเมื่อมีความจำเป็นหรือมีภาวะฉุกเฉิน วิกฤติ โดยทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากรและอื่นๆ มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติ ผู้ป่วยที่ดูแลหลายรายเสียชีวิต มีการดูแลครอบครัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ในการดำเนินงานมีผู้รับบริการที่หลากหลายแตกต่างกันทั้งในด้านสถานะทางครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ความพร้อมของผู้ดูแลและอื่นๆ พบประเด็นที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนในเขตเมืองใหญ่และสังคมปัจจุบัน ในการวางแผนการดูแลตัวเองในบั้นปลายของชีวิตเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ที่แต่งงานมีครอบครัว และมีบุคคลในครอบครัว เป็นผู้ดูแลหลักและคนโสดที่มีบุคคลอื่นเป็นผู้ดูแล โดยศึกษาเป็นรายกรณีในผู้ป่วย Home Health Care ในเขตรับผิดชอบดูแลแบบ Long term Care และเข้าสู่ Palliative Care ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก Care giver อย่างดีและมีสุขภาพที่ดี เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้าย จำนวน ๒ ราย

การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นการดูแลผู้ป่วยที่อาการทางคลินิกคงที่แต่มีสภาพเปราะบาง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยสูงมากหากขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและสม่ำเสมอจาก Care giver พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะขั้นสูงในหลายด้าน ทั้งด้านคลินิก กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถประสานและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายใต้บริบทที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดภาระการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เพราะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในแต่ละครั้ง มีเรื่องค่าใช้จ่ายรวมถึงมีอุปสรรคในการเคลื่อนย้ายและลดภาระของผู้ดูแลให้น้อยที่สุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.ศึกษาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านอย่างครอบคลุมทุกมิติ เฉพาะราย จำนวน ๒ ราย
- 2.ศึกษาทัศนคติ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะของ Care Giver หลักต่อการดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เฉพาะราย
- 3.ถอดบทเรียนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้สามารถมีสุขภาพที่ดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย Home Health care ในความดูแลของผู้ศึกษาและดูแลต่อเนื่องโดยตนเองอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1.แฟ้มประวัติผู้ป่วย Home Health Care
- 2.เวชระเบียนผู้ป่วยในระบบปฏิบัติการของโรงพยาบาล
- 3.Family Folder ของผู้ป่วยกรณีศึกษา
- 4.แบบสัมภาษณ์ ผู้ดูแลหลักของกรณีศึกษา



วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล 1.ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยละเอียดเป็นรายกรณี
2.สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและจริยธรรมในการศึกษารายกรณี

- 1.ไม่เปิดเผยตัวตนของกรณีศึกษา
- 2.ขออนุญาตทายาทและผู้ดูแลหลักในการศึกษารายกรณี โดยแจ้งให้ทราบว่าจะปกปิดและเปิดเผยข้อมูลส่วนใด เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะประชากร

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>รับเคสไว้ในความดูแลวันที่ 4 กรกฎาคม 59</p> <p>รับรายงานจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยติดเตียงมานาน รพ. ด้วย GI Hemorrhage แพทย์ส่งต่องานเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง ไปเยี่ยมผู้ป่วย วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับแพทย์พยาบาลเจ้าของไข้ ครอบคลุมผู้ป่วยและรับไว้ในความดูแลเป็นผู้ป่วย Home ward Zone B เมื่อ 6 กรกฎาคม 59 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจาก รพ. มีลูกเป็นผู้ดูแลหลัก 2 คน</p>	<p>รับเคสไว้ในความดูแลต่อเนื่องจากโครงการภูเก็ตแคร์ ของ อบจ.ภูเก็ตเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 59 ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติหกล้มในห้องน้ำ เดินไม่ค่อยได้ เขาไม่มีแรง มีปัญหาปัสสาวะเล็ด มีโรคประจำตัวคือหอบหืด มีหลานเป็นผู้ดูแลหลัก 3 คน</p>
<p>คุณลักษณะประชากร ผู้ป่วยติดเตียงชายไทยอายุ 92 ปี ผิวขาว รูปร่างสูง สถานภาพ หย่า มีบุตร 6 คน นับถือศาสนาพุทธ อาชีพธุรกิจส่วนตัว น้ำหนัก 65 กก.(ก่อนป่วย) ส่วนสูง 167 เซนติเมตร สิทธิการรักษา บัตรทอง(รพ.วชิระภูเก็ต) รับประทานได้เป็นผู้ป่วย Home ward Zone B ของงานรักษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่ 6 ก.ค.2559</p>	<p>คุณลักษณะประชากร หญิงไทย อายุ 84 ปี ผิวขาว รูปร่างสูง สถานภาพโสด อาศัยอยู่กับหลาน 3 คน นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ น้ำหนัก 64 กก. ส่วนสูง 152 เซนติเมตร สิทธิการรักษาบัตรทอง(วชิระภูเก็ต) รับประทานได้เป็นผู้ป่วย Home ward Zone B ของงานรักษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่ 10 มีนาคม 2559</p>

2.ประวัติการเจ็บป่วย

<p>อาการสำคัญ ถ่ายเหลวเป็นสีน้ำตาลปนแดง หลายครั้ง ร้องครางเสียงดัง กระวนกระวาย 2 วันก่อนมา รพ.</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยติดเตียงตั้งแต่ มกราคม 2557 ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดลำบาก (Dysarthria) ลิ้นแข็ง สื่อสารตอบโต้ได้บ้าง ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ลืมตาได้เอง On NG Tube for feeding แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ข้างขวาทำได้ มีเกร็งเป็นพักๆ ปัสสาวะได้เองใส่ถุงพลาสติก ถ่ายอุจจาระได้เอง ท้องไม่ผูก มีแผลกดทับเกรด 2 บริเวณก้นกบ มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก 2 วันก่อนมา รพ.ผู้ป่วยถ่ายเหลวเป็นสีน้ำตาลปนแดง หลายครั้ง ร้องครางเสียงดัง กระวนกระวาย ไม่หลับ วันนี้มีลม ยังมีถ่ายมีเลือดปน 2 ครั้ง ญาติจึงพามา รพ.</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต HT ,Dementia,Gall stone</p> <p>อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยนอนบนเตียง ฐู้ตัว ลืมตาได้เอง หันตามเสียงเรียก มองสบตา ส่งเสียงในลำคอไม่เป็นคำพูด ร้องครางเป็น</p>	<p>อาการสำคัญ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุดิตบ้าน</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ บางส่วน เดินได้ด้วย walker รับประทานอาหารได้เอง ต้องมีผู้ช่วยระวังตอนอาบน้ำเนื่องจากเกรงอุบัติเหตุซ้ำซ้อน ผิวหนังแห้งมีอาการคันตามร่างกายเวลาอากาศร้อน ขับถ่ายได้เองใส่ผ้าอ้อม บางครั้งควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ไม่มีอาการท้องผูก มีก้อนอุ้งนบบริเวณท้องน้อยข้างขวา(ไส้เลื่อน) ไม่ปวด ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว Asthma ปฏิเสธโรคร้ายแรงอื่น</p> <p>อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน เดินได้ด้วย walker รับประทานอาหารได้เอง ต้องมีผู้ช่วยระวังตอนอาบน้ำเนื่องจากเกรงอุบัติเหตุซ้ำซ้อน ผิวหนังแห้งมีอาการคันตามร่างกายเวลาอากาศร้อน ขับถ่ายได้เองใส่ผ้าอ้อม บางครั้งควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ไม่มีอาการท้องผูก มีก้อนอุ้งนบบริเวณท้องน้อย</p>
--	---

<p>ช่วงๆ On NG Tube for gavage feeding BD 300 ml x 4 feeds แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขาข้างซ้าย เกรด 1-2 ข้างขวา เกรด 2-3 มีอาการเกร็งเป็นพักๆ มีข้อติด บริเวณข้อศอกขวา บัสสภาวะได้เองใส่ถุงพลาสติกไว้ บัสสภาวะใส ไม่มีตะกอน ถ่ายอุจจาระได้เอง ทุก 2-3 วัน ไม่มีแผลกดทับ หายใจ Room air ไม่เหนื่อย</p>	<p>ข้างขวา(ใส่ลิ้น) ไม่ปวด ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ</p>
---	--

3.การตรวจร่างกายแรกรับ

<p>Vital sign : BT = 36.1 °C by axillary, P = 52 times/min full and regular, R = 18 times/min BP = 123/53 mmHg by Lt arm post pandrial BS = 125 mg/dL SPO2 = 97%</p> <p>GA : Thai male, Bed Ridden semiconsciousness, E4V2M3-4, drowsiness, normal growth and body build</p> <p>Positive finding</p> <p>Skin : surgical scar at midline abdominal wall, , poor skin turgor</p> <p>Nose : NG Tube No.16 in left nasal canal</p> <p>Mouth : mild dry lip, Tongue deviated to left</p> <p>Extremity: Normal shape, no deformity, no pitting edema, no clubbing fingers, no rash</p> <p>Neurological: semi conscious, E4 V1-2 M2-3, no orientation and no cooperation, Cranial nerves can't test, Pupil round and equal diameter 2 mm. Rt = Lt, RTL BE, non speech, motor power grade 1-2 all extremities, no stiff neck, Kernig's sign negative</p>	<p>Vital sign : BT = 36.1 °C by axillary, P = 82 times/min full and regular, R = 20 times/min BP = 134/55 mmHg by Lt arm post pandrial BS = 92 mg/dL SPO2 = 98%</p> <p>GA : Thai female, The elderly homebody Good consciousness, E4V5M6, , normal growth and body build</p> <p>Positive finding</p> <p>Skin : Dry and poor skin turgor and irritant contact dermatitis both arms and left axillary</p> <p>Mouth : mild dry lip</p> <p>Extremity: Normal shape, no deformity, no pitting edema, no clubbing fingers, no rash</p> <p>Neurological: Good conscious, E4 V5 M6, Good orientation and cooperation, motor power grade 5 all extremities</p>
--	--

4.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ

<p>CBC :</p> <table border="0"> <tr><td>RBC</td><td>3.3 x 10⁶</td><td>cell/microlit</td></tr> <tr><td>Heamoglobin</td><td>10.4</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>Hct.</td><td>31.4</td><td>%</td></tr> <tr><td>WBC</td><td>4770</td><td>cell/microlit</td></tr> <tr><td>Platelet</td><td>186,000</td><td>cell/microlit</td></tr> </table> <p>Chemistry</p> <table border="0"> <tr><td>BUN</td><td>13</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>Creatinine</td><td>0.8</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>GFR(CKD-EPI)</td><td>78.1</td><td></td></tr> <tr><td>TCO2</td><td>26</td><td>mmol/L</td></tr> </table> <p>Electrolyte</p> <table border="0"> <tr><td>Sodium(Na)</td><td>141</td><td>mmol/L</td></tr> <tr><td>Potassium(K)</td><td>3.28</td><td>mmol/L</td></tr> <tr><td>Chloride(Cl)</td><td>109</td><td>mmol/L</td></tr> </table>	RBC	3.3 x 10 ⁶	cell/microlit	Heamoglobin	10.4	g/dl	Hct.	31.4	%	WBC	4770	cell/microlit	Platelet	186,000	cell/microlit	BUN	13	mg/dl	Creatinine	0.8	mg/dl	GFR(CKD-EPI)	78.1		TCO2	26	mmol/L	Sodium(Na)	141	mmol/L	Potassium(K)	3.28	mmol/L	Chloride(Cl)	109	mmol/L	<p>Biochem :</p> <table border="0"> <tr><td>FBS (NaF)</td><td>77</td><td>mg/dL</td></tr> <tr><td>BUN</td><td>16</td><td></td></tr> <tr><td>Creatinine</td><td>0.64</td><td>mg/dL</td></tr> <tr><td>GFR (CKD-EPI)</td><td>82.79</td><td></td></tr> <tr><td>AST(SGOT)</td><td>22</td><td>U/L</td></tr> <tr><td>ALT(SGPT)</td><td>18</td><td>U/L</td></tr> </table> <p>Lipid Profile</p> <table border="0"> <tr><td>Cholesterol</td><td>282</td><td>Highmg/dL</td></tr> <tr><td>Triglyceride</td><td>99</td><td>mg/dL</td></tr> <tr><td>HDL-c</td><td>65</td><td>HIGH</td></tr> <tr><td>LDL-c</td><td>191</td><td>High mg/d</td></tr> </table> <p>CBC</p>	FBS (NaF)	77	mg/dL	BUN	16		Creatinine	0.64	mg/dL	GFR (CKD-EPI)	82.79		AST(SGOT)	22	U/L	ALT(SGPT)	18	U/L	Cholesterol	282	Highmg/dL	Triglyceride	99	mg/dL	HDL-c	65	HIGH	LDL-c	191	High mg/d
RBC	3.3 x 10 ⁶	cell/microlit																																																																	
Heamoglobin	10.4	g/dl																																																																	
Hct.	31.4	%																																																																	
WBC	4770	cell/microlit																																																																	
Platelet	186,000	cell/microlit																																																																	
BUN	13	mg/dl																																																																	
Creatinine	0.8	mg/dl																																																																	
GFR(CKD-EPI)	78.1																																																																		
TCO2	26	mmol/L																																																																	
Sodium(Na)	141	mmol/L																																																																	
Potassium(K)	3.28	mmol/L																																																																	
Chloride(Cl)	109	mmol/L																																																																	
FBS (NaF)	77	mg/dL																																																																	
BUN	16																																																																		
Creatinine	0.64	mg/dL																																																																	
GFR (CKD-EPI)	82.79																																																																		
AST(SGOT)	22	U/L																																																																	
ALT(SGPT)	18	U/L																																																																	
Cholesterol	282	Highmg/dL																																																																	
Triglyceride	99	mg/dL																																																																	
HDL-c	65	HIGH																																																																	
LDL-c	191	High mg/d																																																																	

Urine Analysis within normal limit	Red Blood Cell (RBC)	3.5710 ⁶ /uL
	Hemoglobin (HB)	11.2 Lowg/dL
	Hematocrit (Hct)	32.1 Low%
	White Blood Cell (WBC)	3610 Lowcells/uL
	Platelet count	222000 cells/uL
Urine Analysis within normal limit		
Prolactin 61.220 mg/dl		
MRI brain - Large pituitary mass with suprasellar extension to compression optic chiasm; Pituitary apoplexy is suggested.		

5.การวินิจฉัย

HT with Dementia with Cerebral Infarction(Bed Ridden) with GI Hemorrhage	HT with Asthma with Elderly Bed Ridden with Pituitary macroadenoma
--	--

6.พยาธิสภาพ

<p>ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ HT และ Dementia รับการรักษา รพ. วชิระภูเก็ต เมื่อ มกราคม 2557 ป่วยด้วย Cerebral Infarction มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดลำบาก (Dysarthria) ลิ้นแข็ง สื่อสารตอบโต้ได้บ้าง ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด และทำให้ผู้ป่วยติดเตียงและมา Admit ภาวะ GI hemorrhage</p> <p>Hypertension เป็นชนิดปฐมภูมิเนื่องจากไม่พบโรคอื่นที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง น่าจะเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน ที่สำคัญ คือ อิทธิพลของเอนไซม์ Renin และฮอร์โมน Angiotensin จากไต ซึ่งทั้งสองสารนี้จะทำงาน ร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำ โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย เพื่อการควบคุมความดันโลหิต และมีประวัติบิดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย</p> <p>Dementia เป็นอาการสมองเสื่อมจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหน้าตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัว ผิดปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมี ความดันโลหิตสูง และในที่สุดผู้ป่วยมีภาวะ Cerebral Infarction</p> <p>Cerebral Infarction เกิดการอุดตันของหลอดเลือด (Ischemic stroke) จากการที่มีไขมันในเลือดสูง ไขมันจึงไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว รุหลอดเลือดตีบแคบและอุดตัน หรือมีลิ่มเลือดอุดตัน เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง แรงแค้น ออกซิเจนในสมองลดลง แรงแค้นคาร์บอนไดออกไซด์ในสมองเพิ่มขึ้น เกิดกรดแลคติก สมองและเซลล์ ประสาทขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย</p> <p>GI Hemorrhage ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเกิด</p>	<p>ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ HT และ Asthma รับการรักษาที่คลินิกโรคปอดที่ รพ.วชิระภูเก็ต โดยสามารถควบคุมโรคได้ เมื่อ กันยายน 2559 ผู้ป่วยหกล้มในห้องน้ำและมีภาวะ Osteoporosis ทำให้เดินไม่สะดวก การเคลื่อนไหวและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน มาในช่วงระยะท้ายของการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดเตียงและมีอาการของ Pituitary macroadenoma</p> <p>Hypertension เป็นชนิดปฐมภูมิเนื่องจากไม่พบโรคอื่นที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง น่าจะเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน ที่สำคัญ คือ อิทธิพลของเอนไซม์ Renin และฮอร์โมน Angiotensin จากไต ซึ่งทั้งสองสารนี้จะทำงาน ร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำ โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย เพื่อการควบคุมความดันโลหิต และมีประวัติบิดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย</p> <p>Asthma ในผู้ป่วยหอบหืดทั้งมีอาการและไม่มีอาการจะพบพยาธิสภาพที่สำคัญ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กล้ามเนื้อของหลอดลมหนาขึ้น กล้ามเนื้อที่หนาขึ้นจะพบ ทั้งในหลอดลมขนาดใหญ่และ ขนาดเล็ก เป็นสาเหตุให้หลอดลมแคบลงกว่าคนปกติเมื่อกกล้ามเนื้อหดตัวในขนาดเท่ากัน 2. ต่อมมูก (mucous glands) เพิ่มขึ้น ต่อมสร้างมูกในชั้นเยื่อบุหลอดลม (epithelial goblet cells) มีปริมาณเพิ่มขึ้น หลังมูกออกมาอยู่ในหลอดลมจำนวนมากขึ้น อาจจะอุดตันหลอดลมได้เป็น จำนวนมาก 3. Reticular basement membrane หนาขึ้น และเส้นเลือดใต้
--	---

<p>จากทางเดินอาหารอักเสบหรือเป็นแผล ปกติทางเดินอาหารจะมี Mucosal Barrier เพื่อป้องกันการย่อยตัวเอง (Acid autodigestion) เมื่อมีการหลั่งกรด โดยมี Prostaglandin เป็นตัวช่วยป้องกัน แต่ถ้ากลไกการป้องกันล้มเหลวหรือขาดความสมดุล จะทำให้ทางเดินอาหารอักเสบ มีการทำลาย Mucosa ทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นเลือดเล็กๆ (small vessel) ทำให้เกิดการบวม มีเลือดออกและรอยถลอก เลือดที่ออกมาจะทำปฏิกิริยากับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร จึงทำให้เป็นสีดำ ทำให้อาเจียนเป็นเลือดสดหรือเลือดเก่าและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ</p>	<p>ต่อผนังหลอดลมระดับนี้ จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นขยายใหญ่ขึ้น และอาจจะมีการสร้างเส้นเลือดใหม่ ๆ เกิดขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้ผนังหลอดลมหนาขึ้น พยาธิสภาพดังกล่าวจะทำให้หลอดลมทั้งเล็กและใหญ่แคบลง บางแห่งจะอุดตันเกิด ความผิดปกติในการระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้พบความผิดปกติในการตรวจสมรรถภาพ ปอดดังนี้</p> <p>3.1 แรงต้านในหลอดลมเพิ่มขึ้น (Raw) ขณะมีการจับหืด โดยเฉพาะแรงต้านใน หลอดลมส่วนปลาย (peripheral airway resistance) อาจเพิ่มขึ้น แม้แรงต้านรวมในหลอดลม (Raw) และ FEV₁ จะปกติและผู้ป่วยไม่มีอาการ</p> <p>3.2 ความเร็วของลมหายใจออกลดลง คือ REF, FEV₁, FEV_{25-75%} และ FEV₁ / FVC% ลดลงความผิดปกตินี้จะพบในผู้ป่วยหอบหืดที่มีอาการมากกว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการก็อาจพบความผิดปกติใน FEV₁ ได้</p> <p>3.3 ลมค้างอยู่ในปอด แม้จะหายใจออกเต็มที่ ทำให้ความจุส่วน RV เพิ่มขึ้น</p> <p>3.4 แรงดันออกซิเจนในเลือดแดงต่ำลง ส่วนแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงอาจปกติ หรือสูง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของหลอดลมตีบ การเปลี่ยนแปลงกรดต่าง ในเลือดแดงนั้น ขึ้นอยู่กับแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์</p> <p>4. กล้ามเนื้อหายใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อย</p> <p>Pituitary macroadenoma มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์ต่อมใต้สมองทำให้เกิดเป็นเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้นมาได้ ซึ่งถ้าขนาดของเนื้องอกต่อมใต้สมองมีขนาดมากกว่า 1 ซม. เราจะเรียกว่า Macropituitary adenoma เนื้องอกชนิดนี้ ส่วนใหญ่ไม่ใช่เนื้อร้าย แต่เป็นเนื้อดี ที่โตช้า โดยเนื้องอกต่อมใต้สมองนั้นสามารถทำให้มีอาการได้ 2 แบบหลัก คือแบบที่เกี่ยวกับความผิดปกติของฮอร์โมน (functioning) และแบบที่ไม่เกี่ยวกับความผิดปกติของฮอร์โมน (non-functioning) กรณีศึกษาเป็นแบบแรกพบฮอร์โมนโปรแลคตินสูง (Prolactinoma)</p>
--	--

7.การรักษาที่ได้รับที่บ้าน

<p>AMLODIPINE (5 mg) ครั้งละ 1 เม็ด PC เข้า</p> <p>LOSARTAN (50 mg) ครั้งละ 1 เม็ด PC เข้า</p> <p>HYDRALAZINE (25 mg) 1 เม็ด PC เข้า-กลางวัน-เย็นและก่อนนอน</p>	<p>Montelukast (10mg) ครั้งละ 1 เม็ด PC เข้า</p> <p>ยาระบายมะขามแขก (450mg) ครั้งละ 2 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนนอน</p> <p>Seretide Accuhaler (50+250 mcg/dose) ฟัน 1 puff เข้า-เย็น</p>
---	---

<p>QUETIAPINE (1 25 mg) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน</p> <p>RISPERIDONE (1 mg) ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า</p> <p>SIMETHICONE (80 mg) เคี้ยวให้ละเอียดแล้วกลืน 1 เม็ด PC เช้า-กลางวัน-เย็น-ก่อนนอน</p> <p>OMEPRAZOLE (20 mg) ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า 30 นาที</p> <p>BACLOFEN (10 mg) ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า</p> <p>ยาระบายโบทะซามแซก(450 mg) ครั้งละ 2 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนนอน</p> <p>การรักษาที่ได้รับเมื่อเข้าสู่ Palliative Care</p> <p>MORPHINE SULFATE SYRUP (10 mg/5 mL) กินครั้งละ 5 ซีซี (ml) ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวด</p> <p>FENTANYL (25 mcg/hr) แปะผิวหนังบริเวณหน้าอก 2 แผ่นทุก 72 ชม</p>	<p>Berodual MDI(20+50 mcg/dose) ฟัน 1 puff ทุก 4-6 ชม.</p> <p>Meptin(50mcg) ½ เม็ด PC เช้า-เย็น</p> <p>Vitamin B complex 1 เม็ด PC เช้า-กลางวัน-เย็น</p> <p>Folic Acid(5mg) ครั้งละ 1 เม็ด PC เช้า</p> <p>การรักษาที่ได้รับเมื่อเข้าสู่ Palliative Care</p> <p>Fentanyl(25mcg/hr) แปะผิวหนังบริเวณหน้าอก 1/2 แผ่น ทุก 72 ชั่วโมง</p> <p>Morphine sulfate syrup (10mg/5ml) กินครั้งละ 5 ซีซี (ml) ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวด</p>
--	---

8. รายงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

<p>ตั้งแต่ 16 กรกฎาคม 2559- 21 กรกฎาคม 2562</p> <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง Admit เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 6 ครั้ง สาเหตุจาก Pneumonia 5 ครั้ง และ Gastrointestinal Hemorrhage 1 ครั้ง เข้าสู่ Palliative Care เมื่อ 17 เมษายน 2562 ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ เมื่อ 21 กรกฎาคม 2562 	<p>ตั้งแต่ 10 มีนาคม 2559- 31 สิงหาคม 2562</p> <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง Admit เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1 ครั้ง สาเหตุจาก Acute Asthmatic attack Bed ridden เมื่อ กรกฎาคม 2562 ด้วย Pituitary macro adenoma เข้าสู่ Palliative Care เมื่อ 28 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ เมื่อ 31 สิงหาคม 2562
---	--

9. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

<p>1. ด้านร่างกาย</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1. ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง มา 2 ปี ประวัติป่วยด้วยโรค CVA <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล จากผลการตรวจร่างกายผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> การพูดคุยซักถามผู้ดูแลถึงการช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรคและตอบข้อซักถามในข้อสงสัยต่างๆ ให้คำแนะนำในเรื่องที่ผู้ดูแลทำได้ไม่ดีและไม่เข้าใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล <p>การประเมินผล ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่มีกลิ่นรบกวนผิวหนัง ไม่มีคราบสกปรก ห้องผู้ป่วยสะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี</p>	<p>1. ด้านร่างกาย</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเดินไม่ค่อยได้ เข้าไม่มีแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ผู้ป่วยมีประวัติล้มในห้องน้ำ เดินได้ด้วย Walker</p> <p>วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล มีการเฝ้าระวังอุบัติเหตุสม่ำเสมอโดยผู้ดูแล</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> การพูดคุยซักถามผู้ดูแลถึงการช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรคและตอบข้อซักถามในข้อสงสัยต่างๆ เน้นย้ำการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบและโล่ง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Active exercise บริหารความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อน
---	---

<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) เนื่องจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 เสียหน้าที่</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง On NG Tube for feeding BD ๓๐๐ ml x ๔ feeds 2. กลืนอาหารและน้ำไม่ได้ มีอาการสำลัก 3. บางครั้งผู้ดูแลไม่มีสมาธิในขณะที่ให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย (ป่วยทางจิตเวช schizophrenia) <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการติดเตียงและการสำลัก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. On NG tube และเปลี่ยน NG Tube เมื่อครบกำหนดตามแผนการรักษา (พยาบาล) เดือนละ 1 ครั้ง 2. สอนผู้ดูแลทั้ง 2 คน เรื่องเทคนิคการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง ให้ทำให้ดูและประเมินผล 3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติและอาการที่ต้องรายงานพยาบาลเจ้าของไข้ 4. เยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมประเมินผลการดูแลโดยผู้ดูแลทั้ง 2 คน <p>ประเมินผล เกิดภาวะแทรกซ้อน Hypostatic Pneumonia ในรอบ 3 ปี จำนวน 3 ครั้ง คือ 17 ก.ค.60, 20 ธ.ค.60, 14 ก.พ.61 และ Aspirated Pneumonia จำนวน 2 ครั้ง คือ 7 เม.ย. และ 12 ก.ค.62</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2 เสี่ยงต่อการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลัน (Acute Asthmatic Attack) เนื่องผู้ป่วยขาดความรู้ถึงวิธีป้องกันและควบคุมไม่ให้โรคกำเริบ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ที่พักผู้ป่วยอยู่ติดถนน มีมลภาวะจากฝุ่นและควันจากท่อไอเสียเกือบตลอดเวลา 2. มีประวัติไอมีเสมหะบ่อยๆ 3. เมื่อถูกเก็ตมีสภาพอากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อหืดกำเริบเฉียบพลันและปัจจัยเสี่ยงต่อหลอดลมตีบถาวร 2. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการหืดกำเริบเฉียบพลันและหลอดลมตีบถาวร <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและฝึกทักษะการดูแลรักษาโรคหืดในด้านสาเหตุ การดำเนินโรคและการรักษา การติดตามการดำเนินโรคด้วยตนเองและฝึกสังเกตอาการ การปฏิบัติตนเมื่อมีการกำเริบของโรค การมาตรวจติดตามการรักษาและการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นชนิดต่างๆ การสำรองออกซิเจนไว้กรณีเหนื่อยหอบและ การเก็บรักษาถังออกซิเจน 2. การเยี่ยมบ้านติดตาม ประเมินอาการ ติดตามว่าผู้ป่วยใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวนครั้งของการใช้ยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการ 3. ติดตามการรักษาในเวชระเบียนควบคู่กับการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินระดับความสำเร็จของการดูแล <p>ประเมินผล เกิดภาวะหืดเฉียบพลัน 1 ครั้ง ในช่วงระยะ Palliative Care เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนแอจากโรคที่เกิดขึ้นใหม่ Pituitary macro adenoma</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3 เสี่ยงต่อการเกิด GI hemorrhage เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเครียดสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง On NG Tube for feeding BD 300 ml x 4 feeds 2. ผู้ป่วยได้รับยาหลายตัว 3. ผู้ป่วยมีความเครียด ส่งเสียงร้องครางและกระวนกระวาย <p>วัตถุประสงค์ ลดการระคายเคืองในกระเพาะอาหารและลดความเครียดของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3 เสี่ยงต่อการเกิด Dermatitis เนื่องจากผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งและบาง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยผิวหนังแห้งและแห้ง 2. มีรอยแผลจากการเกาบริเวณข้อพับแขน ขา 3. ผู้ป่วยบอกรู้สึกคันและขอยาแก้คันบ่อยครั้งของการเยี่ยมบ้าน 4. มีประวัติภูมิแพ้และมีอาการผื่นคัน แพ้ง่ายมาตั้งแต่วัยเด็ก <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังอักเสบ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีอาการคันลดลง ไม่ใช้ยาแก้คัน

<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เน้นย้ำการให้ยาและอาหารครบตามแผนการรักษา 2. แนะนำเรื่องการให้อาหารทางสายยางในปริมาณที่ครบถ้วน 3. แนะนำการให้น้ำและเครื่องดื่มระหว่างมื้อ 4. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติเช่นปวดท้องกระสับกระส่าย ร้องครางมากขึ้น ถ้าอุจจาระเป็นสีคล้ำหรือมีเลือดปน <p>ประเมินผล Case admit ด้วย GI Hemorrhage 1 ครั้งเมื่อ พฤษภาคม 2562</p>	<p>2. ไม่มีผื่นอักเสบคันที่ผิวหนัง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการของโรคมาวยาวนาน การให้การพยาบาลที่บ้านเป็น Secondary Prevention</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้ผื่นคันต่างๆ 2. แนะนำการรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังโดยการทาโลชั่นบำรุงผิว และการดื่มน้ำมากๆ 3. แนะนำผู้ดูแลให้ตัดเล็บผู้ป่วยให้สั้นอยู่เสมอ 4. แนะนำการพอกสบู่ชนิดอ่อนในการอาบน้ำ 5. แนะนำการใช้เสื้อผ้าที่ไม่ระคายเคือง 6. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด <p>ประเมินผล พบมีผื่นคันเป็นระยะ ผู้ดูแลให้ยาแก้คันในช่วงที่มีอาการมากและสามารถหยุดใช้ยาได้เป็นช่วงๆ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.4 เสี่ยงต่อการเกิด Bed sore เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ เพราะ Quadriplegia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง 2. คะแนน Braden Score = 14 คะแนน(เสี่ยงสูง) <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผิวหนังสะอาด ไม่มีแผลกดทับ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลเยี่ยมบ้านประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ร่วมกับผู้ดูแลหลัก(ผู้ป่วยสูงอายุ นอนติดเตียง จำกัดการเคลื่อนไหว ความสะอาดผิวหนังและ Unit มีความเครียดและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ) 2. แนะนำการใช้และการดูแลอุปกรณ์ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ(ที่นอนลม) 3. แนะนำการรักษาความสะอาดร่างกาย ผิวหนังและเตียงผู้ป่วยให้สะอาดและเรียบตึง 4. แนะนำการจัดทำผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและการพลิกตะแคงตัว 5. แนะนำการให้อาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย 6. พยาบาลประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทุกๆ ๓ เดือน ร่วมกับการส่งปรึกษาโภชนาการ <p>ประเมินผล แผลกดทับเดิมที่มีหายภายใน 1 เดือนและไม่มีแผลกดทับใหม่เกิดขึ้น</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.4 เสี่ยงต่อการเกิด perineal dermatitis และไม่สุขสบายเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีปัสสาวะเล็ด มีอาการมากขึ้นเมื่อไอหรือจาม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สอนผู้ป่วยทำ Stress Urinary Incontinence โดยให้ทำ pelvic floor exercise 2. สอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการดูแลความสะอาด perineum ให้สะอาดและแห้ง 3. แนะนำการควบคุมการดื่มน้ำและการกำหนดเวลาปัสสาวะ 4. การใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพื่อลดกลิ่นรบกวนและรักษาภาพลักษณ์ 5. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วนขึ้น <p>ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถกลั้นปัสสาวะได้นานขึ้นแต่ยังมีปัญหาปัสสาวะเล็ดเมื่อมีอาการไอหรือจาม และไม่เกิด perineal dermatitis</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.5 เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะข้อติด เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้เพราะ Quadriplegia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มากกว่าข้างขวา แขนขาขวาเกร็งงอเป็นพักๆ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.5 เสี่ยงต่อการเกิด Bed sore เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ระดับความรู้สึกตัวลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง

<p>วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดภาวะข้อติดแข็ง ที่เกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็นเป็นเวลานานๆ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะข้อติดแข็ง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อประเมินและสอนผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 2. แนะนำและกำชับผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของนักกายภาพ 3. ประเมินภาวะข้อติดทุกครั้งที่ยเยี่ยมบ้านร่วมกับแพทย์แผนไทย <p>การประเมินผล ข้อศอกขวาและข้อเท้าขวาติดแข็ง ดึงเหยียดลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเกร็งของแขนขาข้างซ้ายบ่อยๆ เนื่องจากพยาธิสภาพในสมอง สำหรับข้อต่อส่วนอื่น ๆ ไม่มีข้อติด</p>	<p>2. คะแนน Braden Score = 14 คะแนน(เสี่ยงสูง)</p> <p>วัตถุประสงค์ ไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผิวหนังสะอาด ไม่มีแผลกดทับ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลเยี่ยมบ้านประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับร่วมกับผู้ดูแลหลัก(ผู้ป่วยสูงอายุ นอนติดเตียง จำกัดการเคลื่อนไหว ความสะอาดผิวหนังและ Unit มีความเครียดและได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ) 2. แนะนำการใช้และการดูแลอุปกรณ์ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ที่นอนลม) 3. แนะนำการรักษาความสะอาดร่างกาย ผิวหนังและเตียงผู้ป่วยให้สะอาดและเรียบตึง 4. แนะนำการจัดทำผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและการพลิกตะแคงตัว 5. แนะนำการให้อาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย 6. พยาบาลประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทุกๆ 3 เดือนร่วมกับการส่งปรึกษาโภชนาการ <p>ประเมินผล ไม่มีแผลกดทับ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.6 เสี่ยงต่อการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปัสสาวะได้เองใส่ถุงพลาสติก</p> <p>วัตถุประสงค์ ป้องกันการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ มีสัญญาณชีพปกติ ปัสสาวะปริมาณปกติ สีใส</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพเมื่อเยี่ยมบ้านทุกครั้ง 1. สอนผู้ดูแลวิธีใช้ด้วยปรอทดิจิตอลหากมีอุณหภูมิร่างกายเกิน 38 องศาให้รายงาน 3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่นปัสสาวะออกน้อย สีขุ่นหรือมีตะกอน 4. แนะนำการให้น้ำอย่างเพียงพอหลังให้ BD และระหว่างมื้อ รวมแล้วไม่น้อยกว่า 1 ลิตร/วัน 5. แนะนำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยบ่อยๆทุก 2 ชั่วโมง <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.6 เสี่ยงต่อการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการมีปัสสาวะเล็ด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีปัสสาวะเล็ด มีอาการมากขึ้นหากเป็นหวัด ไอ หรือจาม</p> <p>วัตถุประสงค์ ป้องกันการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ มีสัญญาณชีพปกติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพเมื่อเยี่ยมบ้านทุกครั้ง 2. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่นมีไข้ ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัด 3. แนะนำการรักษาความสะอาดสม่ำเสมอ การเปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัยทุกครั้งที่เปียก 4. สอนผู้ป่วยทำ Stress Urinary Incontinance โดยให้ทำ pelvic floor exercise เพื่อให้สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.7 เสี่ยงต่อภาวะ malnutrition เนื่องจากผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง On NG Tube และได้รับอาหารทางสายยาง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.7 เสี่ยงต่อภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียงเนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวจาก Pituitary macro adenoma</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ระยะ ๑ เดือนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยติดเตียง</p>

<p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทุกมื้อ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำผู้ดูแลเรื่องวิธีการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง ปริมาณครบถ้วน 2.ประสานนักโภชนาการเพื่อการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยติดเตียง ทุก ๒ เดือน <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะ malnutrition</p>	<p>ไม่รู้สึกลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง เกร็งกระตุกเป็นพักๆ On NG Tube และได้รับอาหารทางสายยาง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเตียง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แนะนำผู้ดูแลเรื่องวิธีการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง ปริมาณครบถ้วน 2.แนะนำการเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิด Bed sore ข้อติด ปอดอักเสบจากการสำลักและการขาดสารอาหาร <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะ แทรกซ้อน</p>
<p>2.ด้านจิตใจ</p>	<p>ด้านจิตใจ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1 ผู้ป่วยเกิดความเครียดเนื่องจากยังรับรู้แต่ไม่สามารถสื่อสารและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรู้ตัว เรียกสบตา ส่งเสียงในลำคอฟังไม่เป็นคำ บางครั้งหงุดหงิด ภาวะวุ่นวาย ร้องครางเสียงดัง</p> <p>วัตถุประสงค์ ลดความเครียดของผู้ป่วยและลดสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ดี ร้องครางลดลง ไม่หงุดหงิด ภาวะวุ่นวาย</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.กล่าวทักทายผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยมและบอกเวลาเมื่อกลับ 2.พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ดูแลและญาติให้ทราบว่า ผู้ป่วยรับรู้ได้ยินและเข้าใจแต่ไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่ควรทะเลาะหรือพูดคุยในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือกังวลให้ผู้ป่วยได้ยิน 3.บริเวณห้องพักผู้ป่วยไม่ควรมีเสียงดังเกินไป อากาศถ่ายเทได้ดี 4.เน้นย้ำพยาบาลและผู้ดูแลให้บอกกล่าวผู้ป่วยทุกครั้งในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆให้ผู้ป่วยรับรู้และให้ความร่วมมือเท่าที่สามารถทำได้ 5.expose ผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็นเท่านั้น 6.เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย <p>การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้มาก แต่ยังมีร้องครางเสียงดัง ภาวะวุ่นวายประปราย</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1 ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัวการเกิดภาวะที่ดก้าเจ็บเฉียบพลัน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยบอกว่ากลัว เมื่อมีอาการเหนื่อยมาก หายใจลำบากเหมือนจะขาดใจตาย 2. ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง <p>วัตถุประสงค์ สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการควบคุมอาการกำเริบของโรค</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยสดชื่นแจ่มใส สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำได้ดี 2.สามารถตอบคำถามเรื่องลำดับขั้นตอนการปฏิบัติตัว เมื่อมีอาการผิดปกติได้ถูกต้อง <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวตามแนวทางการวินิจฉัยรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ 2. ประเมิน ทบทวนความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกครั้งที่ยเยี่ยมบ้าน 3.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ตามหลักสูตร 70 ชม.ของกรมอนามัย <p>การประเมินผล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.2 ผู้ดูแลวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน 1.จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ค่อนข้างวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยและมีการโทรศัพท์มาสอบถามบ่อยครั้ง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.2 ผู้ดูแลวิตกกังวลเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยติดเตียงและระดับความรู้สึกลดลงเนื่องจาก Pituitary macro adenoma</p>

<p>ในช่วงต้นของการดูแล</p> <p>วัตถุประสงค์ สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยการพูดคุย ชักถาม ให้ทำให้อุณหภูมิและทำให้ดูเป็นตัวอย่าง 2. ชื่นชมเมื่อสามารถทำได้ดีและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลพยายามฝึก 3. สอนการดูแลต่างๆที่จำเป็น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแนะนำผลิตภัณฑ์ต่างๆ <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ประเมินทักษะการดูแลสามารถตอบได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ pneumonia สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง 4 ครั้งและจากเหตุสุดวิสัย 2 ครั้ง (ในรอบ 3 ปี) และมีข้อติดในแขนขาข้างขวาเนื่องจากพยาธิสภาพ 	<p>วัตถุประสงค์ สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยการพูดคุย ชักถาม ให้ทำให้อุณหภูมิและทำให้ดูเป็นตัวอย่าง 2. ชื่นชมเมื่อสามารถทำได้ดีและให้กำลังใจเมื่อยังไม่สามารถทำได้ <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ประเมินทักษะการดูแลสามารถตอบได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ Acute Asthmatic Attack 1 ครั้งในรอบ 3 ปี
<p>3. ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ</p>	<p>3. ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.1. ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากสูญเสียสถานะทางสังคมกะทันหัน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ดูแลหลักตัดขาดจากสังคมภายนอกเพื่ออยู่ดูแลบิดา</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมใหม่ทดแทนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โครงการ Long term Care และให้กำลังใจผู้ดูแล 2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาพูดคุยและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือเป็นธุระประสานการดูแลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด 3. กำหนดช่องทางการสื่อสารและตกลงบริการที่ชัดเจน ทำความเข้าใจร่วมกัน <p>การประเมินผล ผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับความเปลี่ยนแปลง มีเครือข่ายของภาคีหลายภาคส่วน เข้าเยี่ยมผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้ง Care giver ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลประจำจาก Care Manager ของโครงการ Long term care อปท. เหล่ากาชาด พม. และจิตอาสาต่างๆ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน เนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแลประกอบอาชีพค้าขายที่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยในระหว่างการประกอบอาชีพได้และมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน ที่คอยช่วยเหลือสลับกัน โดยผู้ดูแลหลักได้รับการอบรมหลักสูตร Care Giver 70 ชม. ของกรมอนามัยและเป็นสมาชิก อสม. ของเทศบาลนครภูเก็ตและยังสามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมทางสังคม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โครงการ Long term Care และให้กำลังใจผู้ดูแล 2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาพูดคุยและเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือเป็นธุระประสานการดูแลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด <p>การประเมินผล ครอบครัวผู้ป่วยมีวิถีชีวิตตามปกติ จนกระทั่งผู้ป่วยติดเตียงและเข้าสู่ระยะ Palliative Care ไม่นานผู้ป่วยก็เสียชีวิต</p>

4. ทางด้านจิตวิญญาณ	4. ทางด้านจิตวิญญาณ
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4.1 ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามประเพณีและทางศาสนาต่างๆ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรับรู้ จะกระสับกระส่ายเมื่อผู้ดูแล/พยาบาลได้ตอบสนองความต้องการจะสงบลง</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมตามความเชื่อ ตามประเพณีและตามหลักศาสนา</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล มีการจัดกิจกรรมตามประเพณีที่บ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยการมีส่วนร่วมของญาติและบุตรทุกคน</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยถึงความจำเป็นของกิจกรรมตามความเชื่อและประเพณีต่างๆของผู้ป่วย 2. ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยโดยการบอกถึงวาระวันสำคัญต่างๆเช่นวันขึ้นปีใหม่ วันตรุษจีน เทศกาลกินเจ ฯลฯ และให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมเท่าที่ทำได้ 3. แนะนำการเปิดเทปบันทึกเสียงกิจกรรมต่างๆเช่น เทศกาลกินเจ ที่มีเสียงประทัดที่ผู้ป่วยคุ้นเคย บทสวดภาษาจีนและบทธรรมมะ <p>การประเมินผล ครอบครัวมีการจัดกิจกรรมต่างๆที่บ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัยเช่นตรุษจีน สารทจีน มีการบอกกล่าวผู้ป่วยในวาระต่างๆ เป็นประจำ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามประเพณีและทางศาสนาต่างๆ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นคนไทยเชื้อสายจีน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมตามความเชื่อ ตามประเพณีและตามหลักศาสนา</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล มีการจัดกิจกรรมตามประเพณีที่บ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยการมีส่วนร่วมของญาติ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยถึงความจำเป็นของกิจกรรมตามความเชื่อและประเพณีต่างๆของผู้ป่วย 2. ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยโดยการบอกถึงวาระวันสำคัญต่างๆเช่นวันขึ้นปีใหม่ วันตรุษจีน เทศกาลกินเจ ฯลฯ และให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรม <p>การประเมินผล ครอบครัวมีการจัดกิจกรรมต่างๆที่บ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัยเช่นตรุษจีน สารทจีน ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทุกครั้ง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4.2 ญาติต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยกระสับกระส่ายและร้องครางมากขึ้นในช่วงระยะท้ายของชีวิต ญาติแจ้งความประสงค์ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน จากอาการรบกวนต่างๆ</p> <p>วัตถุประสงค์ ประคับประคองจิตใจญาติและรักษาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำการดูแลให้ยาตามแผนการรักษาแบบประคับประคอง 2. แนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต 3. ร่วมแสดงความเสียใจและเป็นกำลังใจให้ญาติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต 4. ไปร่วมงานบำเพ็ญกุศลศพเพื่อแสดงความเคารพในผู้ป่วย <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4.2 ญาติต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Pituitary macro adenoma มีอาการหวัด ร้อง เกร็งกระตุก ระดับความรู้สึกตัวลดลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเป็นช่วงๆ แพทย์ได้อธิบายแนวทางการรักษา ญาติรับทราบและเลือกการดูแลแบบประคับประคอง 2. ญาติแจ้งความประสงค์ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน จากอาการรบกวนต่างๆ <p>วัตถุประสงค์ ประคับประคองจิตใจญาติและรักษาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำการดูแลให้ยาตามแผนการรักษาแบบประคับประคอง 2. แนะนำวิธีปฏิบัติเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต 3. ร่วมแสดงความเสียใจและเป็นกำลังใจให้ญาติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

<p>2. ผู้ดูแลประสิทธิภาพสูญเสียเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต</p> <p>3. ญาติบริจาคทรัพย์สิน อุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย ติดเตียงรายที่ต้องการเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้กับบิดา โดยผ่านกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน รพ.วชิระภูเก็ต</p>	<p>4. ไปร่วมงานบำเพ็ญกุศลศพเพื่อแสดงความเคารพในผู้ป่วย</p> <p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยติดเตียงประมาณ ๑ เดือนและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน</p> <p>2. ผู้ดูแลประสิทธิภาพสูญเสียเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต</p>
---	---

ทัศนคติ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะของ Care Giver หลักต่อการดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เฉพาะราย

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ทัศนคติ	<p>1. สายสัมพันธ์พ่อ-ลูกและสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวเป็นแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแลหลัก</p> <p>2. เป็นการแสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่และตอบแทนบุญคุณแก่บิดา</p>	<p>1. ดูแลเพราะรักและผูกพัน</p> <p>2. ความกตัญญูต่อพ่อแม่ที่มีพระคุณ คนที่เลี้ยงดูเรา</p> <p>3. ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว</p>
ปัญหา อุปสรรค	<p>1. ไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยพูดไม่ได้ การดูแลและให้การช่วยเหลือเป็นตามดุลยพินิจของผู้ดูแล</p>	<p>ไม่มี</p>
ข้อเสนอแนะของ CG	<p>ควรมีผู้ดูแลผลัดเปลี่ยนกัน (อยากให้ญาติพี่น้องคนอื่น ๆ มาช่วยเรา สลับให้เราพักบ้าง)</p>	<p>ญาติพี่น้องในครอบครัวควรเอื้อเฟื้อ ช่วยเหลือกันและพูดคุยกันบ่อยๆ</p>

ถอดบทเรียนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีศึกษา

1. การเปิดใจคุยกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้รับรู้ถึงความรู้สึกของกันและกันอยู่เสมอเพื่อความเข้าใจอันดีต่อกัน
2. ผู้ดูแลต้องรู้จักระงับสติอารมณ์กับความฉุนเฉียวของผู้ป่วย
3. ผู้ดูแลต้องศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในเรื่องโรคที่เป็น ยาที่ใช้ อาหารและวิธีปฏิบัติตัวต่างๆ รวมถึงมีเครือข่ายที่จะขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน
4. ญาติพี่น้องที่อยู่ไกลไม่ควรรับปากผู้ป่วยในสิ่งที่ทำไม่ได้ ผู้ป่วยจะคอยเมื่อผิดหวังปัญหาจะตกแก่ผู้ดูแลที่อยู่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
5. ญาติพี่น้องควรมีการติดต่อไปมาหาสู่กัน ปัจจุบันติดต่อกันได้ง่าย ไม่ควรทอดทิ้งกัน เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย
6. การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยแทนบุคลากรทางการแพทย์ได้ การปรับวิธีการดูแลให้เข้าวิถีชีวิตประจำวันของครอบครัวจะช่วยลดความกดดันและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลให้มากขึ้น
7. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องมีองค์ความรู้หลายด้าน ทั้งทางวิชาการและทักษะทางสังคม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครบทุกมิติ
8. การสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
9. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว มีความสำคัญมาก ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

10. การเลือกผู้ป่วยเพื่อศึกษาเป็นรายกรณี เน้นเลือกที่สภาวะผู้ป่วยที่เหมือนหรือคล้ายกันมากกว่าเลือกโรคเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพคงที่ ซึ่งแตกต่างจากหอผู้ป่วย
11. ปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านคือการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการควบคุมการทำเจ็บของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
12. การดูแลแบบองค์รวมเป็นหัวใจหลักของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. โกศล สอดส่อง . (2561). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** . วารสาร "ศึกษาศาสตร์ มมร" คณะศึกษาศาสตร์ มหามกุฏราชวิทยาลัย . ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2561, หน้า 162-175
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ . (2562) . **มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมผู้สูงอายุ 6 Sustainable 4 Change (ฉบับปรับปรุง)** . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).
3. นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ. **Common Skin Problem For Primary Care Practitioner Part II** . (ม.ป.ป). ค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2563, http://medinfo2.psu.ac.th/commed/conference/skin_part%202.pdf
4. ชนิษฐิตา ดุษฎี พูลศิริ ปร.ด., รัชนี สรรเสริญ PhD, วรรณรัตน์ ลาวัจ พย.ม. (2554). **การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง** . วารสารการพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2554, หน้า 62-75
5. พว. นลินี แซ็งสาวิกิจ . **Pressure Injury** . (2562) . ค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2563 , https://www.crhospital.org/web_nurse/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%81%E0%B8%94%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%AD%E0%B8%99%202562%20RM.pdf
6. นพ. นภสินธุ์ เถกิงเดช. **เนื้องอกต่อมใต้สมอง: เนื้องอกที่เกิดตรงส่วนเล็กๆ ของสมองแต่กลับต้องให้แพทย์ทีมใหญ่ในการรักษา**. (ออนไลน์) . (2562). ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2564 , https://ram-hosp.co.th/html/smf/index.php/news_detail/710
7. ปารีย์ชญา วงษ์ไตรรักษ์. (2561). **รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว** . ดุษฎีนิพนธ์ ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
8. นพ. พิษฐานนท์ งามเฉลียว . (2555) . **โรคหลอดเลือดสมอง : การดูแลที่บ้าน Prevention and Treatment of Stroke Complication at Home**. ประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้เวชปฏิบัติ "การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ในยุคเปลี่ยนผ่านบริการปฐมภูมิ" Home Care for Chronic Disease and Palliative Care: The Transition in Primary Care) วันที่ 11 - 13 กรกฎาคม 2555 , <http://medinfo2.psu.ac.th/commed/document/conf/2012/>
9. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคภูมิแพ้ และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย . (2560) . **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พศ.2560** . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด .
10. พญ. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, รศ. รศ. ศิริพันธ์ สาสดี, นพ. สันติ ลาภเบญจกุล, พญ. อัญญาพร สุทัศน์วรฤทธิ, ผศ. ดร. ศุภลักษณ์ เข็มทอง, นายสมคิด เพื่อนรัมย์ และผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข. (2559) . **คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับหมอ**

ครอบครัว . พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : บริษัท ไชเบอร์ ปริ้นท์ กรุป จำกัด

11.สุนทรี่ ภานุทัต,จำลอง ชูโต,เฉลิมศรี นันทวรรณ,อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์,ทัศนีย์ พุกษาชีวะ.(2017). **การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ.Caring For The Elderly With malnutrition.**Jurnal of Ratchatani Innovative Health Service.Vol.1 No.1 April-June, หน้า 1-15

12.โรงพยาบาลเปาโล .**5 สิ่งต้องระวังเมื่อผู้สูงอายุที่บ้านนอนติดเตียง.**(ออนไลน์).(2018).ค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2563,
<https://www.paolohospital.com/>

13. โรงพยาบาลเปาโล .**สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง.**(ออนไลน์).(2564).ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2564 ,
[https://www.paolohospital.com/th-\(Vascular-Dementia\)](https://www.paolohospital.com/th-(Vascular-Dementia))

14.พญ.วีจนา ลีละพัฒนะ,ผศ.พญ.สายพิน หัตถ์รัตน .**เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว.**(ออนไลน์).2015-2018.ค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2563
https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4

15.วาสิณี ชาญศรี พย.บ.,วทม.,พรเลิศ ชูบชัย พย.บ.,วทม.(2562).**บทบาทพยาบาลชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว.**เวชนันท์กสิริราช.ปีที่ 12 ฉบับที่ 2,หน้า 10- 107

16. ผศ.พญ.อาัยชะห์ ดาเด๊ะ(ออนไลน์) ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2564 .**การดูแลรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนในแผนกฉุกเฉิน ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,**
https://meded.psu.ac.th/binla/class05/388_581_2/Management_of_upper_gastrointestinal_hemorrhage_in_Emergency_Department/index1.html