



ประกาศจังหวัดนนทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลบางบัวทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์
และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดนนทบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่ จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสมปรางนา วิจิตรกะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการ
ประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมิน
บุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นางสาวปานิสร่า กาญจนะจิตรา)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลบางบัวทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสมปราธนา วิจิตรระกะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๔๒๖๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๔๒๖๕	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเปราะบาง” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาระบบดูแลโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะพร่องโปรตีน ไอโอดีน และส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ” 						๑๐๐%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเปราะบาง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ๔ เดือน (๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) $\geq$ ๑๔๐ มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) $\geq$ ๙๐ มม.ปรอท

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP $>$ ๑๔๐ มม.ปรอท แต่ระดับ DBP $<$ ๙๐ มม.ปรอท

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่า สูง (SBP $>$ ๑๔๐ มม.ปรอทและ/ หรือ DBP $>$ ๙๐ มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้าน จากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่าไม่สูง (SBP $<$ ๑๓๕ มม.ปรอท และ DBP $<$ ๘๕ มม.ปรอท)

Masked hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือ สถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (SBP $<$ ๑๔๐ มม.ปรอทและ DBP $<$ ๙๐ มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิต ที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่าสูง (SBP $>$ ๑๓๕ มม.ปรอท และ/ หรือ DBP $>$ ๘๕ มม.ปรอท) (แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ ,สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย)

สาเหตุโรคความดันโลหิตสูง

๑.ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension หรือ Primary hypertension) มากกว่าร้อยละ ๙๐ จะตรวจไม่พบมักเกิดจาก ๒ ปัจจัย คือ

๑.๑ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์

๑.๒ปัจจัยเสริม ได้แก่

๑.๒.๑ ความอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุ ที่ชัดเจน เชื่อว่าเกิดจากการเพิ่มระดับโซเดียมในร่างกาย ซึ่งมีการคั่งของโซเดียมในร่างกายมาก เกี่ยวข้องกับ การมีข้อบกพร่องในการกำจัดโซเดียม

๑.๒.๒ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับประทานอาหารรสเค็ม ทำให้ร่างกายมีระดับโซเดียมมากขึ้น ในคนที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าไตไม่ สามารถขจัดปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ตามปกติได้

๑.๒.๓ การดื่มสุรา แอลกอฮอล์ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะกระตุ้นให้มีการเพิ่ม ระดับของ Cortisol และCatecholamine ในเลือด ทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุ ทำให้มีไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วขึ้น

๑.๒.๔ การสูบบุหรี่ มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และเกิดความดันโลหิตสูงได้

๑.๒.๕ สิ่งแวดล้อม ภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนที่มีรายได้น้อย และการศึกษาดำเนินการมีความเครียดในการดำรงชีวิต และจัดการความเครียดแบบไม่ถูกวิธี

๒.ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของผู้ ป่วยความดันโลหิตสูง แต่มีความสำคัญ บางสาเหตุรักษาให้หายขาดได้ ได้แก่

๒.๑ การได้รับยาบางประเภท เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนเพศหญิง ยาสเตอรอยด์ ยาดำ การอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ยาแก้คัดจมูก ยาลดความอ้วน ยาอะดรีนาลีน ยาฮอร์โมนไทรอยด์ ยาแก้ซึมเศร้าชนิดไตรไซลิก เป็นต้น

๒.๒ หลั่งตั้งครกร์

๒.๓ โรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบ เป็นต้น

๒.๔ หลอดเลือดหรือลิ้นหัวใจตีบแข็ง เช่น หลอดเลือดแดงเอออร์ตาตีบตัว (Coarctation of aorta) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (aortic insufficiency) มักจะทำให้ความดันโลหิตตัวบนสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันโลหิตตัวล่างเป็นปกติ

๒.๕ โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอกเป็นพิษ จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเฉพาะตัวบน โรคคุชชิง เนื่องจากการต่อมหมวกไตชนิดที่เรียกว่า ฟิโอโครโมไซโตมา (pheochromocytoma) ทำให้มีอาการ ปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม น้ำหนักลดร่วมด้วย เป็นต้น

๒.๖ ภาวะอื่นๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในกะโหลกศีรษะ ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง เป็นต้น

๓. ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มักมีความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว เนื่องจากมีภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ทำให้มีการสูญเสียความยืดหยุ่น (elasticity) ของหลอดเลือด และความต้านทานปลายทางของหลอดเลือด (peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง จะไม่แสดงอาการให้ทราบชัดเจน ส่วนใหญ่การวินิจฉัยจะพบได้ขณะที่มาตรวจตามนัด หรือพบร่วมกับสาเหตุของอาการอื่นที่ไม่ใช่โรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่จะพบในรายที่มีความดันโลหิตสูงมาก หรือสูงในระดับรุนแรง และเป็นมานาน ในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา หรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ พบอาการดังต่อไปนี้

๑. ปวดศีรษะมักพบในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรงโดยลักษณะอาการปวดศีรษะมักปวดที่บริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า ต่อมาอาการจะค่อยๆดีขึ้น จนหายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง และอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวร่วมด้วยโดยพบว่าอาการปวดศีรษะเกิดจากการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะเวลาหลังตื่นนอนเนื่องจากในเวลากลางคืนขณะนอนหลับศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะลดการกระตุ้น จึงทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์มีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขนาดมากขึ้น จึงเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ

๒. เวียนศีรษะ พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

๓. เลือดกำเดาไหล

๔. อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ

๕. อาการที่อาจพบร่วมด้วย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจหนาจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, ๒๕๕๘)

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้เป็น ๔ ระดับดังนี้

ระดับที่ ๑ High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ และ หลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น

หากตรวจว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง ใช้ผลการประเมิน และตรวจพบหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งต่อไปนี้ อย่างน้อย ๑ หัวข้อ

๑. มี target organ damage (TOD)

๒. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD)

๓. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน (diabetes mellitus, DM)

๔. ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ๑๐ ปีข้างหน้าได้ มากกว่า

ร้อยละ ๑๐

ระดับ ๒ Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง ๑๖๐/๑๐๐ มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ ๓ Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๖๐/๑๐๐ มม.ปรอทขึ้นไป แต่ ยังไม่ถึง ๑๘๐/๑๑๐ มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดัน โลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคนหรือมี ความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ ๔ Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดัน โลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ ๑๘๐/๑๑๐ มม.ปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่า อาจไม่มีอาการใด ๆ และ แม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี ๒ วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลด ความดันโลหิต

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต จะพิจารณาจากปัจจัยหลัก ๔ ประการได้แก่

๑.ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล

๒.ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล

๓.โรคร่วม โดยเฉพาะโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

๔.สภาพของการเกิด target organ damage (TOD)

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุ (ระหว่าง ๖๕-๗๔ ปี) ให้พิจารณาเช่นเดียวกับผู้ที่อายุน้อยกว่า ๖๕ ปี แต่หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไป ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมี SBP ตั้งแต่ ๑๖๐ มม. ปรอทขึ้นไป และ/หรือ DBP ตั้งแต่ ๙๐ มม.ปรอทขึ้นไป อย่างไรก็ตามถ้าหาก ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากเนื่องจากเคยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้วไม่ว่าจะเคยเป็น coronary artery disease (CAD) stroke หรือ transient ischemic attack (TIA) และมีอายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไปก็อาจพิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีค่า SBP ตั้งแต่ ๑๔๐ มม.ปรอท เป็นต้นไป

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ meta-analysis แสดงว่าการ ลด SBP ลงมาต่ำกว่า ๑๓๐ มม.ปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้ มีข้อพึงระวังอยู่ ๒ ประการ

๑.เบื้องต้นควรจะลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้ ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทก่อน และหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดี จึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติม จนได้ระดับ $\leq 130/80$ มม.ปรอท

๒.หากให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไป อาจมีผลเสียโดย เฉพาะในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคอื่น ๆ อยู่แล้ว ดังนั้นจึงแนะนำให้ไม่ควรลด SBP ลงมาจนต่ำกว่า ๑๒๐ มม.ปรอท ส่วนค่า DBP ที่เหมาะสม สมควรจะอยู่ระหว่าง ๗๐-๗๙ มม.ปรอท เนื่องจากค่า DBP ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะต่ำตามสภาพปกติอยู่แล้วตั้งแต่อ่อนให้ยารักษาความดันโลหิต

สำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป และผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำให้เป้าหมาย ของการรักษาความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า ๑๓๕/๘๕ มม.ปรอทเช่นเดียวกัน ยกเว้นผู้ที่อายุมาก (เช่นเกิน ๘๐ ปี) อาจผ่อนผันให้ตั้งเป้าหมายให้ต่ำกว่า ๑๔๐/๘๕ มม. ปรอท

การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ ๕ กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และ ยาขับปัสสาวะ

แนวทางการใช้ยาลดความดันโลหิต

๑.ควรเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงจากยาลดความดันโลหิตใน ๕ กลุ่มหลัก ได้แก่ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาที่ใกล้เคียง

๒.ควรเริ่มยา ๒ ชนิดขึ้นไปในผู้ป่วยส่วนมาก โดยอาจเลือกยาใน กลุ่ม renin angiotensin system blockers (ACEIs หรือ ARBs) ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ หรือ CCBs แต่อาจใช้ยากลุ่มใด มารวมกันก็ได้ตามความเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่ 'สุขภาพไม่แข็งแรง ผู้ที่มีความดันโลหิตเริ่มต้นไม่สูงมาก (๑๔๐-๑๔๙ / ๙๐ - ๙๙ มม.ปรอท) และมีความเสี่ยงต่ำ ควรเลือกใช้ยาเริ่มต้นเพียงชนิดเดียว

๓.ควรเลือกใช้ยาเบื้องต้นเป็นยาผสม ๒ ชนิดในเม็ดเดียวกัน

๔.ควรใช้ยาลดความดันโลหิต ๓ ชนิดหากใช้ยา ๒ ชนิดแล้วยังไม่ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยหนึ่งในยา ๓ ชนิด ควรจะ เป็นยาขับปัสสาวะ

๕.เพิ่ม spironolactone, หรือ beta-blocker หรือ alpha-blocker ทีละชนิด ตามลำดับหากใช้ยา ๓ ชนิดแล้วยังไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ และยังไม่ได้ใช้ยา ๓ ชนิดนี้มาก่อน

๖.ไม่ควรใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมักมีความดันโลหิตสูง ในระยะแรก ส่วนใหญ่แล้วระดับความความดันโลหิตจะลดลงได้เอง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการติดตามระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด และให้การรักษามีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามี ความดันโลหิต และควรประเมินหาภาวะอันตรายอื่นที่อาจเกิด ร่วมในกรณีพบโรคร่วมให้ทำการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคนั้นร่วมไปด้วยและให้ทำการดูแลตาม แนวทางต่อไป

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน ใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังจากเกิดอาการของภาวะสมองขาดเลือด ควรแบ่งผู้ป่วย ออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑.ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการให้ยาละลายลิ่มเลือด tissue plasminogen activator (t-PA) ทางหลอดเลือดดำหรือมีแผนจะให้การรักษาดังกล่าวด้วยการทำหัตถการดึงลิ่มเลือด(mechanical thrombectomy) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า ๑๘๕/๑๑๐ มม.ปรอท ควรรับให้การรักษาลดความดันโลหิตอย่างเร่งด่วน ก่อนเริ่มยา t-PA หรือ ก่อนเริ่ม ทำหัตถการ mechanical thrombectomy โดยเลือกใช้ยา ที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น nicardipine เริ่มให้ทางหลอดเลือดดำ ๒ มก. ในเวลา ๑-๒ นาที จากนั้น หยดเข้าหลอดเลือดดำ ๒ มก. ในเวลา ๑-๒ นาที จากนั้น หยดเข้าหลอดเลือดดำต่อเนื่องในอัตรา ๕ มก.ต่อชม. โดยสามารถปรับขนาด ยาเพิ่มขึ้นตามความต้องการครั้งละ ๒.๕ มก.ต่อชม. ทุก ๆ ๕-๑๕ นาที หรืออาจเลือกใช้ labetalol ในขนาดเริ่มต้น ที่ ๑๐ มก. ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา ๑-๒ นาที จากนั้นให้หยดเข้าหลอดเลือดดำต่อในอัตรา ๒-๘ มก.ต่อ นาที

ภายหลังให้ยา t-PA หรือทำหัตถการ mechanical thrombectomy ให้ติดตามวัดความดันโลหิต อย่างใกล้ชิดทุก ๑๕ นาที เป็นเวลา ๒ ชั่วโมง จากนั้นให้วัดทุก ๓๐ นาที จนครบ ๖ ชั่วโมง และทุก ๑ ชั่วโมง จนครบ ๒๔ ชม.โดยควร ควบคุมความดันโลหิต ให้ต่ำกว่า ๑๘๐/๑๐๕ มม.ปรอท ใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังการรักษา ไม่แนะนำให้ เลือกใช้ยากลุ่มไนเตรทเป็นยาตัวแรกเพื่อลดความดันโลหิต เนื่องจากอาจทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น กรณี

ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ภายหลังการให้ยาดังกล่าวข้างต้น หรือกรณีที่ DBP ยังคงสูงกว่า ๑๔๐ มม.ปรอท อาจเลือกใช้ sodium nitroprusside และห้ามให้ยา nifedipine ชนิดออกฤทธิ์สั้น ทั้งโดยการรับประทาน และบิโอสไคไลน์ เนื่องจากระดับความดันโลหิตอาจลดลงมากเกินไปจนไม่สามารถควบคุม

๒.ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา t-PA หรือทำหัตถการ mechanical thrombectomy

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าความดันโลหิตสูงกว่า ๒๐๐/๑๒๐ มม.ปรอท ให้วัดความดันโลหิตซ้ำภายหลังให้ผู้ป่วยพัก ถ้าระดับความดันโลหิตยังสูงเกิน ๒๐๐/๑๒๐ มม.ปรอท โดยควรควบคุมให้ SBP ต่ำกว่า ๒๒๐ มม.ปรอท และ DBP ต่ำกว่า ๑๒๐ มม.ปรอท โดยให้ยาลดความดันโลหิต สำหรับชนิดและวิธีบริหารยา ให้ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกับที่ได้กล่าวไว้ ในข้อ ๑.โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิตลดลงร้อยละ ๑๕ ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้น หรือ DBP ต่ำกว่า ๑๑๐ มม.ปรอท ภายใน ๓๐-๖๐ นาที เมื่อความดันโลหิตลดลง และอาการทางระบบประสาทคงที่แล้ว อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง จึงเริ่มให้ยาชนิดรับประทาน และค่อยๆ ลดยาให้ทางหลอดเลือดดำระยะที่อาการทางระบบประสาทคงที่ และผ่านพ้นภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันในช่วง ๗๒ ชั่วโมงแรก ควรแบ่งแผนการรักษาเป็น ๒ กรณีคือ

๒.๑ กรณีที่เคยได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงมาก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน และควรเริ่มการรักษาก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

๒.๒ กรณีที่ไม่เคยได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงมาก่อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน เมื่อความดันโลหิตสูงกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท โดยมีระดับความดันโลหิตเป้าหมายคือ ๑๒๐-๑๓๐/๗๐-๗๙ มม.ปรอท โดยเฉพาะผู้ที่มีสมองขาดเลือด ชนิดlacunar (lacunar stroke)การลดความดัน SBP ให้ต่ำกว่า ๑๓๐ มม.ปรอท อาจสามารถลดการเกิดเลือดออกในสมองได้

ในผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การลดความดันโลหิตลงจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มาก มีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นซ้ำๆสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่ลดลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบได้น้อยและมักจะพบร่วมกับการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง การลดความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และอาจต้องพิจารณาระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

มีหลักฐานว่าการใช้ยาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับ ยาขับปัสสาวะมีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงอาจเป็นยาในกลุ่มที่เลือกใช้ ก่อนยาในกลุ่มอื่น ๆ

การควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีเลือดออกในสมอง

ในระยะเฉียบพลัน

๑.กรณีที่ SBP > ๑๘๐ มม. ปรอท อาจลดความดันโลหิตลงด้วยการให้ยาลดความดันโลหิต ทางหลอดเลือดดำ พิจารณานิดของยาเช่นเดียวกับผู้ที่มีสมองขาดเลือด โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิต ลดลงร้อยละ ๑๕ ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้น หรือ SBP ต่ำกว่า ๑๘๐ มม.ปรอท การลดความดันโลหิตดังกล่าว อาจช่วยให้ขนาดของก้อนเลือดในสมองไม่เพิ่มขึ้นใน ๒๔ ชั่วโมงแรก และไม่ครลด SBP ให้ต่ำกว่า ๑๔๐ มม.ปรอท เพราะอาจมีผลเสีย

๒.กรณีที่ SBP ≤ ๑๘๐ มม. ปรอท และไม่มีอาการแสดงของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ อาจใช้วิธีติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดโดยยังไม่ให้ยาลดความดันโลหิต

ระยะที่อาการทางระบบประสาทคงที่แล้ว พิจารณาให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยสมองขาดเลือด (แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒, สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย)

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน

๑.สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

๒.ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สติ ระบบประสาท ประเมินการรับประทานอาหาร ชนิด และปริมาณอาหารในแต่ละวัน กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย ครอบคลุมด้านร่างกาย

จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และ สภาวะแวดล้อมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ และสังเกต ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

๓. ประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะ

๔. ให้คำแนะนำเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

๕. แนะนำการเลือกรับประทานอาหารลดเค็ม และลดไขมัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม

๖. แนะนำความรู้ทางเภสัชวิทยา ในยาที่ผู้ป่วยได้รับ

๗. ติดตามประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการการดูแลที่เหมาะสม

(วิไลวรรณ ทองเจริญ, ๒๕๕๘)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป ชายไทยอายุ ๗๐ ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ภูมิลำเนาเดิม นนทบุรี ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ สถานภาพ แยกกันอยู่กับภรรยา และบุตรชาย อาชีพ พ่อบ้าน

วันที่เข้ารับบริการครั้งแรก ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านตั้งแต่วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ - ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล ๕ เดือน โดยการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน ๕ ครั้ง

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

แหล่งที่มาของข้อมูล ได้จากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเวชระเบียนโรงพยาบาลบางบัวทอง

อาการสำคัญที่รับไว้ดูแล

ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ๑ วัน ขณะอยู่ที่บ้าน ลักษณะอาการปวดจะปวดหลังหลังตื่นนอนตอนเช้า ไม่ได้รับการเกิดอุบัติเหตุ

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

๔ เดือนก่อนผู้ป่วยล้มตกลูกจากเก้าอี้ หลังจากนั้นมีอาการอ่อนแรง ไม่ตอบสนองจากคำสั่งพูดสับสน แรกรับที่โรงพยาบาลบางบัวทอง วัดอุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๗ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๒๐๔/๑๒๖ มิลลิเมตรปรอท และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ไม่ทราบจำนวนวันที่ได้รับการรักษาที่รพ. หลังจากกลับมารักษาตัวที่บ้าน ไม่ได้ไปตามนัดสม่ำเสมอ

๓ วันก่อนพบผู้ป่วยที่บ้านมีอาการปวดศีรษะช่วงกลางวัน นอนพักดีขึ้นเป็นบางครั้ง

๑ วันก่อนพบผู้ป่วย อาการปวดศีรษะเป็นมากขึ้น ผู้ดูแลจึงประสานอสม.ให้ไปตรวจเยี่ยม

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

๑๐ ปีก่อน เคยได้รับการผ่าตัด เนื่องจากมีน้ำท่วมสมอง

๕ ปีก่อน ได้ตรวจพบความดันโลหิตสูง และผ่าตัดหลอดเลือดสมองตีบ หลังจากนั้นไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ปี ๒๕๖๓ ล้มศีรษะกระแทกพื้น ไม่มีอาการสลับ

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา

ไม่มีประวัติแพ้ยาใดๆ

ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (INHOMESSS)

ลักษณะทั่วไป : ผู้ชายไทย ผิวดำแดง รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ รูปร่างสมส่วน

น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI ๒๔.๘๒

ผิวหนัง	สีผิวดำแดง ไม่ซีด ไม่มีผื่น บริเวณหัวเข่า และหน้าแข้งมีแผลถลอก
ศีรษะ	ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง รูปร่างสัณฐานปกติไม่พบก้อนเนื้อ พบรอยโรค
ตา	สมมาตรกัน เยื่อตาปกติไม่มีตาแดง ๒ ข้าง รูม่านตามีขนาดประมาณ ๒ mm เลนส์ตาไม่ขุ่น การเคลื่อนไหวของลูกตาในทุกทิศทางปกติ
หู	ใบหูปกติ ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก ไม่มีรอยโรค การได้ยินปกติทั้ง ๒ ข้าง
จมูก	สมมาตรภายนอกปกติ, เยื่อจมูกบวมเล็กน้อยมีสีชมพู
ปากและลำคอ	ปากรูปร่างสมมาตร เยื่อช่องปากเป็นปกติมีสีชมพู, ไม่มีรอยเขียวม่วง, ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลาง, เพดานอ่อนและเพดานแข็งไม่มีรอยโรค, ต่อมทอนซิลไม่บวม
ต่อมน้ำเหลือง	คลำไม่พบก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
ทรวงอกและปอด	รูปร่างปกติ ฟังเสียงหัวใจ ไม่มีเสียงผิดปกติ (murmur) หายใจไม่หอบเหนื่อย

ท้อง	คลำท้องนิ่ม ไม่มีก้อน ตรวจโดยการเคาะมีเสียงกังวาน คลำไม่พบตับและม้ามโต ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติประมาณ ๔ - ๖ ครั้ง/นาที มีกดเจ็บบริเวณสะดือเล็กน้อย
ทางเดินปัสสาวะ	มีปัสสาวะรดกับพื้น ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่ขุ่น มีกลิ่นเล็กน้อย
กล้ามเนื้อและข้อ	แขนและขาข้างซ้ายขยับได้ ระดับ ๔ ไม่มีภาวะข้อติด บริเวณข้อต่าง ๆ ไม่มีการบวม ไม่มีผิอรูปร่าง พบแผลถลอกบริเวณหัวเข่าและหน้าแข้ง

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ	เป็นคนอารมณ์ดี
อัตมโนทัศน์	ไม่มีความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างนี้ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และคิดว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้ภรรยาและบุตรชายทิ้งตนเองไป
ความทรงจำ	มีความจำในอดีตดีสามารถเล่าเรื่องราวต่างๆบอกเล่าของครอบครัวได้ แต่ประวัติเจ็บป่วยในอดีตไม่สามารถบอกได้
การรับรู้	สามารถระบุเวลาสถานที่บุคคลได้ตามจริงไม่มีประสาทหลอนหรือหูแว่ว
กระบวนการคิด	มีกระบวนการคิดที่ไม่สมเหตุสมผลในบางสิ่ง
การดูแลตนเองด้วย ๓๐.๒๕.	อาหารกินสารพัดที่มี ไม่ได้ควบคุม อารมณ์ มีเศร้าบ้าง การออกกำลังกาย ไม่เคยออกกำลังกาย ไม่ได้มีสุรา ไม่สูบบุหรี่ การดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันของตนเองทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง ไม่ดูแลตนเอง ชอบปัสสาวะลงพื้น
แบบแผนการเผชิญปัญหา	ใช้การแก้ไยอย่างไม่มีเหตุผล โดยเมื่อทราบว่าตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยได้ และรับสภาพความเป็นจริง

ประเมินสภาพผู้ป่วย INHOMESSS

๑. I: Immobility การเคลื่อนไหว

กิจวัตรประจำวัน ADL = ๘ คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีปัญหาด้านการทรงตัว/การเดิน

๒. N: Nutrition อาหาร ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการปกติ อาหารที่รับประทานในแต่ละวันเป็นอาหารธรรมดา รับประทานจำนวน ๓มื้อ/วัน อาหารที่ชอบรับประทานจะเป็นอาหารที่เป็นประเภทเส้น ของผัด และของทอด

รับประทานน้ำเปล่าประมาณ ๖๐๐ มล. และน้ำอัดลม วันละ ๑ ขวดแก้ว

ที่มาของอาหาร ซื้อมาจากตลาดโดยผู้ดูแล

ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่

๓. H: Home Environment สภาพแวดล้อมในบ้าน/รอบบ้าน

บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัย เป็นตึกพาณิชย์ขนาด ๓ ชั้น ชั้นที่อยู่เป็นหลักจะเป็นบริเวณชั้น ๒ ซึ่งบริเวณทางเดินจะมีพื้นที่ค่อนข้างแคบ ไม่สะอาด และค่อนข้างมืด แสงสว่างไม่เพียงพอ

๔.O: Other people สมาชิกในครอบครัว

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง เวลากลางวันจะมีผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างมาดูแล ช่วงเวลากลางคืนจะอยู่ตามลำพังการตัดสินใจของผู้สูงอายุจะเป็นผู้ตัดสินใจหลักด้วยตนเอง ผู้สูงอายุมีภรรยา และบุตรชาย ๑ คน มีปัญหาขัดแย้งกับครอบครัว ไม่ได้รับการติดต่อกันหลายปี

๕. M: Medication การใช้ยา

ยาที่ผู้สูงอายุใช้ในปัจจุบัน Vitamin B complex ๒x๓๐ pc

ยาที่ซื้อกินเอง มะขามแขก ๒ x hs.

การบริการยา ผู้ดูแลเป็นคนจัดเตรียมยาให้ รับประทานยาสม่ำเสมอ

๖.E: Examination การตรวจร่างกาย

V/S: BT ๓๖.๗ C BP ๒๐๐ / ๑๑๐ mmHg PR ๖๘ /min RR ๒๐ /min

น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI ๒๔.๘๒

การตรวจร่างกายตามระบบ

System	Results
Skin	Tan color, dry skin, poor skin turgor, scar at left leg no rashes, no mass, no lesion and no jaundice, not pale, no pitting edema, capillary refill = ๒ sec, Warm to touch.
Head	Black in color, thin, fine, Normal distribution, Normal shape and size, symmetry, no mass, surgery scar.
Psychiatry	Alert, Good conscious, good orientation to time and place, good orientation to person
Eyes	Eyes is symmetry. Normal external configuration, no edema. Eyebrows and eye lashes are presented and normal distribution. Conjunctivae pink. No conjunctivitis. Sclera white, no jaundice. Pupils ๓ mm reactive to light both eyes. Extra ocular movement intact, no nystagmus
ENT	Ear: Inspection: Normal shape and size, no swelling, no redness or no discharge Palpate: no mass, no tenderness at Targus and mastoid Nose: Nose is symmetric, in the midline, no deformity, no lesion, no mass, no swelling, no discharge, no epistaxis, no sinusitis

	Mouth and throat: Lips dry, no cyanosis. Uvula in midline. Soft palate and hard palate no lesion, Pharynx not injected, Tonsils not enlarged and not injected
Neck	Trachea in midline, thyroid gland not palpated, no engorgement of neck vein
Lymph Nodes	Palpate: preauricular, postauricular, occipital, tonsillar, submandibular, submental, superficial cervical, posterior cervical, deep cervical chain, supraclavicular: no tenderness, not enlarged
Cardiovascular	No bulging, HR ๕๔ BPM, normal rhythm PMI at ๕th ICS, no murmur, regular
Lung	Normal chest contour, AP diameter: lateral diameter= ๑:๒, lung: no wheezing, no crepitation, no rhonchi
Abdomen	Abdomen symmetric bilaterally, no lesion. Abdomen auscultation reveals bowel sounds active. Percussion sounds are hyperresonance in all quadrants. Palpate abdominal: soft, no tenderness, no guarding, no rebound tenderness. Not palpable spleen and liver. CVA negative.
Genito Urinary	Not done
Rectal	Not done
Musculo Skeletal	No deformity of joint or spine, no edema, no mass, no tenderness, motor power grade V all except left lower grade IV.
Neurological	neologism speech, no facial palsy, normal tone, Slapping foot. Scraping of toe of shoe. Uncoordinated or unsteady gait. Loss of balance.

ผล Lab วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Complete Blood Count :CBC)

รายการสิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	๗,๐๘๐ cells/ul	๔,๐๐๐ – ๑๐,๐๐๐ cells/ul	ปกติ
RBC	๔.๗ cells/ul	๔ – ๖ cells/ul	ปกติ
Hemoglobin	๑๑.๙ g/dL	๑๒.๕ – ๑๕.๔ g/dL	ต่ำกว่าปกติ
hematocrit	๓๖ %	ญ. ๓๗ - ๔๗, ข. ๔๐ - ๕๔	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	๑๘๒,๐๐๐ cells/ul	๑๕๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ cells/ul	ปกติ
Neutrophil	๕๔.๖ %	๔๐ - ๗๐%	ปกติ
Lymphocyte	๓๕.๒ %	๒๐-๔๐ %	ปกติ
Monocyte	๕.๘ %	๓ - ๑๒ %	ปกติ
Eosinophil	๔.๐ %	๓.๕ - ๕.๐ %	ปกติ
MCV	๗๖.๐ fl	๘๐ - ๑๐๐ fl	ต่ำกว่าปกติ
MCH	๒๕.๑ pg	๒๗ - ๓๔ pg	ต่ำกว่าปกติ
MCHC	๓๓.๐ g/dL	๓๐ - ๓๖ g/dL	ปกติ
RDW	๑๔.๙ %	๑๑ - ๑๖ %	ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Blood sugar	๑๐๑ mg/dl	๗๖ – ๑๐๖ mg/dl	ปกติ
Creatinine(enzyme)	๐.๗๗ mg/dl	ช. ๐.๘๐ – ๑.๓๐, ญ. ๐.๕๐ – ๐.๙	ต่ำกว่าปกติ
eGFR(CKD-EPI)	๙๒		
K	๔.๖๒ mmol/L	๓.๕ – ๕.๕ mmol/L	ปกติ
Cholesterol	๒๒๕ mg/dl	๑๔๐ – ๒๐๐ mg/dl	สูงกว่าปกติ
Triglyceride	๑๔๒ mg/dl	๕๐ – ๑๕๐ mg/dl	ปกติ
HDL	๔๗	๓๓ – ๙๒	ปกติ
LDL-c	๑๕๐ mg/dl	๕๒ – ๑๓๐ mg/dl	ปกติ

๗. S: Safety ความปลอดภัย

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

๘. S: Spiritual Health สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุนับถือศาสนาพุทธ มีโต๊ะหมู่บูชา และพระพุทธรูปสำหรับกราบไหว้ การได้อยู่กับครอบครัว ภรรยาและบุตร

๙. S: Service แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน

ผู้สูงอายุอยู่ใกล้โรงพยาบาลบางบัวทอง และมีสม.ประจำชุมชนร่วมดูแล

การวินิจฉัยของแพทย์

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคหลอดเลือดสมองเดิม (Old hemorrhagic stroke)

แผนการรักษา

Amlodipine (๑๐) ๑x๑ ๐ pc

Doxazosin (๒) ๑x๒ ๐ pc

Sertraline HCl (๕๐) ๑/๒x๑

Senokot ๓๕๐ mg. ๒xhs

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่าย

โรงพยาบาลบางบัวทองได้รับการประสานงานจากทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาการผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยทำตามคำสั่งได้ สามารถลุกนั่งได้เอง เดินเองได้โดยใช้ Walker และต้องมีผู้ดูแลช่วยพยุง ไม่มีภาวะข้อติดแข็ง มีปัสสาวะราดอยู่บ่อยครั้ง ปัสสาวะมีกลิ่นฉุน และบางครั้งต้องใช้แรงเบ่ง มีการถ่ายอุจจาระยาก ต้องใช้ยาช่วยในการถ่าย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๒๑๐/๑๐๐ มม.ปรอท หายใจไม่หอบเหนื่อย วัด SpO₂ = ๙๙ % Room air ประเมิน Activities of Daily Living = ๘ คะแนน

จากข้อมูลของอสม.ที่พบทำให้ทราบปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พร่องไปบางส่วน และอาศัยอยู่ลำพังช่วงเวลากลางคืน

จากข้อมูลที่ได้รับจึงได้จัดทำตารางเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ เพื่อติดตามประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผู้สูงอายุชายไทย อายุ ๗๐ ปี พักอาศัยในบ้านอาคารพาณิชย์ ๔ ชั้น อยู่บริเวณชั้น ๓ ของบ้าน อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอ มีช่องว่างที่พื้นไม่เป็นระเบียบ พื้นที่ค่อนข้างคับแคบ ผู้สูงอายุนอนบริเวณหน้าบันไดทางขึ้นลง ประเมินอาการผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี หน้าที่ไม่ค่อยสดชื่น ขาข้างขวาอ่อนแรง motor power ขาข้างขวาระดับ ๔ แขน-ขา ซีกซ้าย และแขน ข้างขวา motor power ระดับ ๕ ไม่มีข้อติด รับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ขาข้างขวาลดลง ผู้ป่วยลุกนั่งเองได้แต่ต้องมีคนช่วยบางครั้ง เดินเองได้โดยใช้

walker และต้องมีคนช่วยพยุง ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารเองได้ มีผู้ดูแลเตรียมอาหารไว้ให้ ผู้ป่วยมีปัสสาวะรดบ่อยครั้ง บางครั้งต้องเบ่งปัสสาวะถึงจะออก อุจจาระ ๕ วัน ๑ ครั้ง มีอุจจาระแข็ง ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง จะมีผู้ดูแลมาดูแล ๐๗.๐๐ น. – ๑๘.๐๐ น. ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด และทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลแจ้งว่าผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะไปโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เนื่องจากการเดินทางที่ต้องมีค่าใช้จ่าย และยังแจ้งว่าทุกครั้งที่ไปโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ความดันโลหิตอยู่ที่ช่วงตัวบน ๑๒๐-๑๓๐ และตัวล่างไม่เกิน ๙๐ แต่ ๓ วันก่อน มีอาการปวดหัว และเวียนหัวบ่อย

ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมพบว่า (CGA) พบภาวะที่มีความเสี่ยงและมีปัญหา คือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) ได้ ๘ คะแนน ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ประเมินการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินในชุมชนได้ ๙ คะแนน ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒Q พบมีภาวะเหนื่อยล้า ประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยด้วยแบบประเมิน Modified MSRA-๕ ได้ ๓ คะแนน พบว่ามีความเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย ประเมินภาวะเปราะบางด้วย (FRAIL scale) ได้ ๓ คะแนน มีภาวะเปราะบาง

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต ๒๐๐/๑๑๐ มม.ปรอท อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ความดันโลหิต ๒๐๒/๑๐๘ มม.ปรอท วัดซ้ำครั้งที่ ๓ ความดันโลหิต ๑๙๗/๑๐๐ มม.ปรอท

สรุปผลประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และการฟื้นฟูร่างกายเมื่ออยู่บ้าน

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖

สภาพร่างกายทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี หน้าตาไม่ค่อยสดชื่น อาการปวดศีรษะลดลงจากเดิม ญาติแจ้งว่าพยายามเปลี่ยนอาหารให้ไม่ใช้น้ำมันเยอะ และไม่เค็ม ให้ยากินตามแผนการรักษาของแพทย์

ตรวจร่างกายพบ ผู้สูงอายุรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI ๒๔.๘๒ ขาข้างขวาอ่อนแรง motor power ขาข้างขวาระดับ ๔ แขน-ขา ซีกซ้าย และแขน ข้างขวา motor power ระดับ ๕ ไม่มีข้อติด รับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ขาข้างขวาลดลง ผู้สูงอายุลุกนั่งเองได้ เดินเองได้โดยใช้ walker และต้องมีคนช่วยพยุง ประเมิน Activities of Daily Living = ๘ คะแนน สามารถรับประทานอาหารเองได้ มีผู้ดูแลเตรียมอาหารไว้ให้ มีปัสสาวะรดอยู่เหมือนเดิม บางครั้งต้องเบ่งปัสสาวะถึงจะออก อุจจาระ ๕ วัน ๑ ครั้ง มีอุจจาระแข็ง ผู้ดูแลเป็นคนจัดยา และอาหารให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทานยาได้สม่ำเสมอไม่ขาด อาหารมีจัดไว้ให้จะไปขอมาจากวัด และเลือกอาหารเป็นแบบต้มจืด ที่ปรุงรสไม่จัด ลดการดื่มน้ำอัดลมลง และให้ดื่มน้ำดื่มขวดใหญ่ ๑,๕๐๐ มล. มีนมและผลไม้เสริม ผู้ดูแลสามารถตอบข้อซักถามด้านสุขภาพจากครั้งก่อนได้ และสอบถามการออกกำลังกายสามารถทำให้ทำที่แนะนำไว้จากครั้งก่อนได้

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต ๑๘๑/๑๐๕ มม.ปรอท อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ความดันโลหิต ๑๗๙/๙๖ มม.ปรอท ชีพจร ๖๑ ครั้ง/นาที

สรุปผลประเมินภาวะสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖ พบว่า ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ยังพบความดันโลหิตสูง จากการประเมินยังไม่พบปัญหาใหม่เพิ่ม และผู้สูงอายุผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

สภาพร่างกายทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี หน้าตาไม่ค่อยสดชื่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ผู้ดูแลบอกว่าผู้สูงอายุพยายามออกกำลังกายบนเตียงมากขึ้นหลังจากที่ได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพ

ตรวจร่างกายพบ ผู้สูงอายุรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI ๒๔.๘๒ ขาข้างขวาอ่อนแรง motor power ขาข้างขวาระดับ ๔ แขน-ขา ซีกซ้าย และแขน ข้างขวา motor power ระดับ ๕ ไม่มีข้อติด รับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ขาข้างขวาลดลง ผู้สูงอายุลุกนั่งเองได้ เดินเองได้โดยใช้ walker และต้องมีคนช่วยพยุง ประเมิน Activities of Daily Living = ๘ คะแนน สามารถรับประทานอาหารเองได้ มีผู้ดูแลเตรียมอาหารไว้ให้ มีปัสสาวะราดอยู่เหมือนเดิม บางครั้งต้องเบ่งปัสสาวะถึงจะออก อุจจาระ ๔-๕ วัน ๑ ครั้ง มีอุจจาระนิ่มขึ้นจากเดิม ผู้ดูแลเป็นคนจัดยา และอาหารให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทานยาได้สม่ำเสมอไม่ขาด หลังจากที่ได้รับประทานยามา ๓ เดือน เริ่มมีอาการไอมากขึ้น เริ่มพยายามเดินด้วย walker เยอะขึ้น ทำให้เกิดการหกล้ม มีแผลถลอกที่เข่าซ้าย ผู้ดูแลบอกรอบนี้จะอยู่ดูแลเดือนสุดท้ายเนื่องจากพี่สาวไม่มีเงินจ้าง และได้ติดต่อสถานสงเคราะห์ไว้แล้ว แต่ผู้สูงอายุปฏิเสธที่จะไปอยู่ พูดเพียงแค่ว่าบ้านหลังนี้เป็นของตนเอง

สัญญาณชีพ : ครั้งที่ ๑ ความดันโลหิต ๑๖๒/๙๓ มม.ปรอท อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที่ หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที วัดซ้ำครั้งที่ ๒ ความดันโลหิต ๑๖๐/๙๒ มม.ปรอท ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที

สรุปผลประเมินภาวะสุขภาพจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ พบว่า ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ยังพบความดันโลหิตสูง ปัญหาจากครั้งที่ ๓ ปัญหาที่หมดไปแล้วคือ ผู้สูงอายุรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากพร่องความรู้ของโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่มีความเสี่ยงลดลงคือ ผู้สูงอายุมีภาวะท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลง ผู้ป่วยอุจจาระมีความนิ่มเพิ่มขึ้นและสามารถถ่ายได้ ๔-๕ วัน/๑ ครั้ง ส่วนปัญหาที่ผู้สูงอายุยังคงมีความเสี่ยงอยู่นั้นคือ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเดิมที่เป็นอยู่ ผู้สูงอายุมีอาการเศร้าเนื่องจากแยกกันอยู่กับภรรยาและบุตร ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากขาข้างขวาอ่อนแรง ต้องเฝ้าระวังและแก้ปัญหาต่อไป จากการประเมินพบปัญหาใหม่คือ การเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งเนื่องจากพี่สาวไม่สามารถจ้างผู้ดูแลต่อได้ และแพทย์ได้มีการปรับยาความดันโลหิตที่รับประทานอยู่ ปัจจุบันเป็นยาตัวใหม่ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มยาที่ช่วยเรื่องของปัสสาวะและยาที่ช่วยปรับอารมณ์ในผู้สูงอายุ

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน

Amlodipine (๑๐) ๑x๑ ๐ pc

Doxazosin (๒) ๑x๒ ๐ pc

Sertraline HCl (๕๐) ๑/๒x๑

Senokot ๓๕๐ mg. ๒xhs

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

สภาพร่างกายทั่วไปปกติ อาการโดยรวมดีขึ้นกว่าเดิม ไม่มีอาการปวดศีรษะ สีหน้ายิ้มแย้ม พูดคุยได้มากขึ้น ผู้ดูแลบอกว่าผู้สูงอายุอาการดีขึ้นจากครั้งก่อนๆมา

ตรวจร่างกายพบ ผู้สูงอายุรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก ๗๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI ๒๕.๑๗ ขาข้างขวาอ่อนแรง motor power ขาข้างขวาระดับ ๔ แขน-ขา ซีกซ้าย และแขน ข้างขวา motor power ระดับ ๕ ไม่มีข้อติด รับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ขาข้างขวาลดลง ผู้สูงอายุลุกนั่งเองได้เองมากขึ้นจากเดิม เดินเองได้โดยใช้ walker แต่ยังคงมีคนช่วยพยุง ประเมิน Activities of Daily Living = ๑๑ คะแนน สามารถรับประทานอาหารเองได้ มีผู้ดูแลเตรียมอาหารไว้ให้ ปัญหาปัสสาวะราดลดลง ผู้สูงอายุยอมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไม่ต้องเบ่งปัสสาวะ อุจจาระ ๓-๔ วัน / ๑ ครั้ง มีอุจจาระนิ่มขึ้นและถ่ายง่ายจากเดิม ผู้ดูแลเป็นคนจัดยา และอาหารให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทานยาได้สม่ำเสมอไม่ขาด ไม่มีผลข้างเคียงจากการทานยา ไม่มีเท้าและขาบวม ผลจากเดิมแห้งจางลงและไม่มีแผลใหม่เกิดขึ้น ผู้ดูแลยังคงเป็นคนเดิมอยู่ แต่พี่สาวกำลังหาผู้ดูแลคนใหม่ บ้านมีการจัดเพิ่มมากขึ้น

โดยการนำของที่ไม่ใช่ไปเก็บในห้อง วันที่เข้าไปเยี่ยมคนไข้ไม่มีกลิ่นปัสสาวะและไม่มีน้ำปัสสาวะที่พื้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลช่วยกันทำกายภาพบำบัดวันละ ๒ ครั้ง เข้าและเย็น และสามารถบอกทำการบริหารเบื้องต้นได้ถูกต้อง

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต ๑๔๖/๘๙ มม.ปรอท อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ปัญหาที่แก้ไขหมดแล้วคือ ผู้สูงอายุมีภาวะท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลง และ ผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเดิมที่เป็นอยู่

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ ถึงครั้งที่ ๔

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ ผู้สูงอายุรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากพร่องความรู้ของโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ ผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะไม่อยู่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเดิมที่เป็นอยู่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๕ ผู้สูงอายุมีภาวะท้องผูกจากการเคลื่อนไหวลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ ผู้สูงอายุมีอาการเศร้าเนื่องจากแยกกันอยู่กับภรรยาและบุตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากขาข้างขวาอ่อนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๘ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งที่สวไม่สามารถจ้างผู้ดูแลต่อได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้สูงอายุชายไทยอายุ ๗๐ ปี ๔ เดือนก่อนได้พลัดตกจากเก้าอี้ และอ่อนแรง ไม่ตอบสนองจากคำสั่ง พูดสับสน แกร็บที่โรงพยาบาลบางบัวทอง วัดอุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๗ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๒๐๔/๑๒๖ มิลลิเมตรปรอท และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ไม่ทราบจำนวนวันที่ได้รับการรักษาที่รพ. หลังจากกลับมารักษาตัวที่บ้าน ไม่ได้ไปตามนัดสม่ำเสมอ

โรงพยาบาลบางบัวทองได้เข้ามาดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้านในชุมชน ตั้งแต่วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ แกร็บผู้สูงอายุรู้สึกลัวตัวดี หน้าตาไม่ค่อยสดชื่น ขาข้างขวาอ่อนแรง motor power ขาข้างขวาระดับ ๔ แขน-ขา ซีกซ้าย และแขน ข้างขวา motor power ระดับ ๕ ไม่มีข้อติด รับรู้ต่อการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกลัมน้ำที่ขาข้างขวาลดลง ผู้ป่วยลุกนั่งเองได้แต่ต้องมีคนช่วยบางครั้ง เดินเองได้โดยใช้ walker และต้องมีคนช่วยพยุง ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารเองได้ มีผู้ดูแลเตรียมอาหารไว้ให้ ผู้ป่วยมีปัสสาวะราดบ่อยครั้ง บางครั้งต้องเบ่งปัสสาวะถึงจะออก อุจจาระ ๕ วัน ๑ ครั้ง มีอุจจาระแข็ง ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมพบว่า (CGA) พบภาวะที่มีความเสี่ยงและมีปัญหาคือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) ได้ ๘ คะแนน ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน กลืนปัสสาวะไม่ได้ ประเมินการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินในชุมชนได้ ๙ คะแนน พบแผลบริเวณหน้าแข้ง ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒Q พบมีภาวะเหนื่อยล้า ประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยด้วยแบบประเมิน Modified MSRA-๕ ได้ ๓ คะแนน พบว่ามีความเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย ประเมินภาวะเปราะบางด้วย (FRAIL scale) ได้ ๓ คะแนน มีภาวะเปราะบาง วัดความดันโลหิตมีค่าความดันโลหิตที่สูงเนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ค่าที่วัดได้คือความดันโลหิต ๒๐๐/๑๑๐ มม.ปรอท โดยมีการวัดซ้ำอีก ๒ ครั้ง ค่าความดันโลหิตยังคงใกล้เคียงเดิมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัววินิจฉัย โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคหลอดเลือดสมองเดิม (Old hemorrhagic stroke) จึงได้วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน ๔ ครั้ง

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ หลังให้การดูแลผู้ป่วยระยะเวลา ๔ เดือน พบว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มมากขึ้น ปัสสาวะราดลดลง ไม่ต้องเบ่งและสามารถใช้แผ่นรองขับได้ ลดภาระความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้มากขึ้น ขับถ่ายอุจจาระได้ดีกว่าเดิม ไม่มีอาการท้องผูก ทำกายบริหารได้ด้วยตนเอง

ได้เพิ่มมากขึ้น ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมพบว่า (CGA) พบภาวะที่มีความเสี่ยงและมีปัญหาคือความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) ได้ ๑๑ คะแนน ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ไม่พบแผลบริเวณขา และบ้านได้จัดเป็นระเบียบมากขึ้น ค่าความดันโลหิตลดลงวัดค่าได้ความดันโลหิต ๑๔๕/๘๙ มม.ปรอท เมื่อสอบถามผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้น และให้คำแนะนำการควบคุมสภาวะของโรคโดยการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และคำแนะนำอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อที่จะได้รับพบแพทย์โดยทันที

การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่องคือ มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดสมองซ้ำ และหลอดเลือดหัวใจ มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกล้ามเนื้อขาซ้ายอ่อนแรงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ติดตามการปรับเปลี่ยนผู้ดูแลเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ให้กำลังใจผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน สรุปรวมการเยี่ยมทั้งหมด ๔ ครั้ง รวมระยะเวลา ๔ เดือนและติดตามวางแผนการเยี่ยมต่อทุก ๓ เดือน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจำนวน ๑ ราย รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาการดูแล ๔ เดือน รวมติดตามการเยี่ยมบ้านจำนวน ๔ ครั้ง

๕.๒ ผลสำเร็จของงาน เชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ ค่าความดันโลหิต < ๑๕๐/๙๐ มม.ปรอท

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑.เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ในบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน

๒.นำไปวางแผนเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเปราะบางในชุมชน กับหน่วยงาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑.มีปัญหาเรื่องครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพังจะมีผู้ดูแลที่พี่สาวเป็นผู้ว่าจ้างมาดูแลแค่ ๐๗.๐๐-๑๘.๐๐ น. ทำให้ข้อมูลบางอย่างต้องสอบถามจากหลายฝ่ายถึงจะได้ข้อเท็จจริง เช่น ข้อมูลสุขภาพในช่วงอดีตและปัจจุบันก่อนที่จะพบผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒.ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะได้รับเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ ๗๐๐ บาท และไม่มียาชีพเนื่องจากสภาพร่างกายที่ถดถอยลง จึงส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในเรื่องต่าง เช่น ค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ เป็นต้น

๓.ผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากภรรยาและบุตรอยู่แยกกัน จึงทำให้ไม่ต้องการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง และไม่ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาดีขึ้นจากที่เป็นอยู่

๙. ข้อเสนอแนะ

๑.จัดระบบติดตามการประเมินความรู้ของผู้ดูแล เพิ่มพูนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความชำนาญ ดูแลได้อย่างเหมาะสม ให้กำลังใจผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒.จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม.เพื่อให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

๓. นำมาสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเปราะบาง เพื่อใช้ดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชน

๔. ประสานงานกับหน่วยพัฒนาสังคมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเข้ามาช่วยเหลือในผู้สูงอายุที่อาจถูกทอดทิ้งหรืออยู่เพียงลำพัง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-ไม่ได้เผยแพร่

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวสมปราธนา วิจิตรระกะ. สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ (ระบุร้อยละ)

๒)สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

๓)สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สมปราธนา วิจิตรระกะ

(นางสาวสมปราธนา วิจิตรระกะ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๘ / ก.ค. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางสาวสมปราธนา วิจิตรระกะ	<u>สมปราธนา วิจิตรระกะ</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) Or ✓

(นางสาวอรทัย กิตตินุกุลกิจ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๘ / ก.ค. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ๒๑ / ๓.๑ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๗

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราว ไปหมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบดูแลโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะพร่องโปรตีน ไอโอดีน และส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติประมาณการว่าจำนวนประชากรโลกที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๒ ในปี พ.ศ.๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๒๑ ในปี พ.ศ.๒๕๙๓ จากรายงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี พ.ศ.๒๕๗๓ ดัชนีการเติบโตของประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๔๓ ถึง ๒.๗ เท่า (นภาพร เพ็ชสอน, ๒๕๖๑) จากข้อมูลในปี พ.ศ.๒๕๖๕ พบประชากรผู้สูงอายุไทยคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๒๑ ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจและการมีโรคประจำตัว สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ง่ายซึ่งผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ในทุกระบบของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จึงเสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่สมดุล กับความต้องการของร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาจทำให้มีข้อจำกัดในการบริโภคอาหารหรือทำให้การเผาผลาญสารอาหาร เปลี่ยนแปลง จึงอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ ภาวะ ทุพโภชนาการ หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการบริโภคที่ไม่ สมดุลกับความต้องการของร่างกาย หรือใช้ประโยชน์ จากสารอาหารบกพร่อง แบ่งได้ ๒ ลักษณะ คือ ภาวะพร่องโภชนาการ และภาวะโภชนาการเกิน ภาวะพร่องโภชนาการเกิดจากการบริโภคอาหาร น้อยกว่าความต้องการของร่างกายหรือเผาผลาญสาร อาหารมากเกินไป ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากเม็ดเลือดขาวทำงานลดลง การหายของแผลช้าลงจากการที่ ร่างกายขาดโปรตีน และสมองเสื่อม ส่วนภาวะโภชนาการเกินเกิดจาก การบริโภคอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกาย หรือเผาผลาญสารอาหารน้อยเกินไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี โรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และ โรคความดันโลหิตสูง (ฐิตินันท์ ดวงจินา และศิริรัตน์ ปานอุทัย, ๒๕๖๓)

จากสถิติข้อมูลจังหวัดนครพนม มีประชากรผู้สูงอายุในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒๔๙,๗๒๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ ๙๗.๐๑, ๒.๒๔ และ ๐.๗๕ ตามลำดับ มีการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน ๑๐ ประเด็น ๓ปีที่ผ่านมา ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๒๓.๐๑, ๔๐.๒๔, ๓๗.๖๐ ภาวะหกล้ม ร้อยละ ๒๔.๐๑, ๔๐.๗๓, ๔๓.๒๕ สมองเสื่อม ร้อยละ ๒๓.๔๗, ๓๓.๓๙, ๓๘.๓๕ และการพร่องโภชนาการ ร้อยละ ๓๔.๘๓, ๓๐.๒๓, ๓๙.๓๙ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) อำเภอ บางบัวทอง มีประชากรผู้สูงอายุในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓๘,๗๐๑ คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ ๙๙.๓๔, ๐.๔๗ และ ๐.๓๒ ตามลำดับ มีการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน ๑๐ ประเด็น ๓ปีที่ผ่านมา ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๒๓.๐๑, ๔๔.๑๑, ๓๑.๘๑ ภาวะหกล้ม ร้อยละ ๒๓.๐๐, ๔๔.๐๙, ๓๙.๙๒ สมองเสื่อม ร้อยละ ๒๓.๐๑, ๓๗.๑๖, ๓๙.๔๙ และการพร่องโภชนาการ ร้อยละ ๓๓.๐๐, ๔๒.๔๖, ๓๙.๙๗ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

จากการสำรวจข้อมูลของศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง ๑ มีประชากรมีประชากรผู้สูงอายุในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘,๑๓๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ ๔๐.๓๑, ๑.๖๖ และ ๐.๑๙ ตามลำดับ มีการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน ๑๐ ประเด็น ๓ปีที่ผ่านมา ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๐.๖๙, ๓.๒๕, ๓.๑๕ ภาวะหกล้ม ร้อยละ ๐.๖๙, ๑.๘๒, ๖.๙๐ สมองเสื่อม ร้อยละ ๐.๖๙, ๑.๓๐, ๖.๗๘ และการพร่องโภชนาการ ร้อยละ ๑๘.๐๔, ๓๗.๙๒, ๓๐.๖๓ ตามลำดับ (กลุ่มงาน ศูนย์ฟื้นฟูและดูแลบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง๑, ๒๕๖๖)

จากปัญหาดังกล่าวเมื่อค้นหาปัญหาเชิงลึกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโภชนาการ หรือได้รับโปรตีน ไอโอดีน ไม่เพียงพอจะมีผลต่อสุขภาพ การฟื้นตัวช้าหลังจากอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม หรือภาวะตีบแตกตันของหลอดเลือดสมอง เมื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ การขาดโปรตีน ไอโอดีน จะทำให้ภาวะสมองเสื่อมได้เร็วมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้าลง

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะพร่องโปรตีน ไอโอดีน และส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุที่มาฟื้นฟูและลดอาการหรือโรคที่จะเกิดกับผู้สูงอายุที่พร่องโภชนาการขึ้น การดูแลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีความรู้จัดหาอาหารที่มีโปรตีน ไอโอดีน อย่างเพียงพอ ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจและการมีโรคประจำตัว สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ง่ายซึ่งผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ในทุกระบบของร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องกับ การบริโภคอาหาร จึงเสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่สมดุล กับความต้องการของร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาจทำให้ข้อจำกัดในการบริโภคอาหารหรือทำให้การเผาผลาญสารอาหาร เปลี่ยนแปลงจึงอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ ภาวะ ทุพโภชนาการ หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการบริโภคที่ไม่ สมดุลกับความต้องการของร่างกาย หรือใช้ประโยชน์ จากสารอาหารบกพร่อง แบ่งได้ ๒ ลักษณะ คือ ภาวะพร่องโภชนาการ และภาวะโภชนาการเกิน ภาวะพร่องโภชนาการเกิดจากการบริโภคอาหาร น้อยกว่าความต้องการของร่างกายหรือเผาผลาญสาร อาหารมากเกินไป ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากเม็ดเลือดขาวทำงานลดลง การหายของแผลช้าลงจากการที่ ร่างกายขาดโปรตีน และสมองเสื่อม ส่วนภาวะโภชนาการเกินเกิดจาก การบริโภคอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย หรือเผาผลาญสารอาหารน้อยเกินไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี โรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และ โรคความดันโลหิตสูง (ฐิตินันท์ ดวงจินา และศิริรัตน์ ปานอุทัย, ๒๕๖๓) หากบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่ตระหนักและใส่ใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพร่องโภชนาการ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการให้การพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม เพื่อป้องกันและลดปัญหาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

ผู้เสนอผลงาน จากการคัดกรองและสำรวจข้อมูลปัญหาเชิงลึกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโภชนาการ หรือได้รับโปรตีน ไอโอดีน ไม่เพียงพอจะมีผลต่อสุขภาพ การฟื้นตัวช้าหลังจากอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม หรือภาวะตีบแตกตันของหลอดเลือดสมอง เมื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ การขาดโปรตีน ไอโอดีน จะทำให้ภาวะสมองเสื่อมได้เร็วมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้าลง ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self - Care) ของโอเรม Orem กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค รวมทั้งวิธีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในด้านต่างๆจากกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพก็จะให้ความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะพร่องโปรตีน ไอโอดีน และส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยการจัดทำระยะสั้น ใช้เวลาในการทำ ๓ เดือน โดยให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุบ้านเอื้ออาทร๑ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ถูกต้อง และครอบคลุม นำไปปฏิบัติต่อบ้านและในชุมชนได้ และทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องโภชนาการและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องฟื้นฟูในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบ้านเอื้ออาทร บางบัวทอง ๑ ได้รับความรู้และกิจกรรมด้านโภชนาการอย่างเพียงพอ ถูกต้อง เหมาะสม

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๘ - กรกฎาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๘ ครั้ง/เดือน รวม ๒๔ ครั้ง

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการฟื้นฟูในศูนย์ดูแลและฟื้นฟูบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง๑ จำนวน ๓๐ คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

- ๑.ศึกษาค้นคว้าเรื่องโภชนาการในผู้สูงอายุจากตำราและงานวิจัย
 - ๒.ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
 - ๓.ดำเนินการเขียนแผนการพัฒนาระบบดูแลโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะพร่องโปรตีน ไอโอดีน และส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ
 - ๔.ประชุมชี้แจงทีมสาธารณสุขในศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง๑ ให้เข้าใจและรับรู้การดำเนินงาน
 - ๕.หากกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่เข้ารับการฟื้นฟูในศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุบ้านเอื้ออาทรบางบัวทอง๑ จำนวน ๓๐ คน
 - ๖.วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ต่อเนื่อง
๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- ๑.ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมไม่เกิดภาวะพร่องโภชนาการโปรตีน และไอโอดีน
 - ๒.ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย เข้าถึงบริการและได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบ Home Program และนวัตกรรมโภชนาการนำร่อง ป้องกันการพร่องโปรตีน และไอโอดีน อย่างต่อเนื่อง
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- ๑.ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องโภชนาการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ ๗๐
 - ๒.ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องโภชนาการมีโภชนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ ๘๐
 - ๓.ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องโภชนาการมีค่าHematocrit อยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) สมปภัท โพธิ์แก้ว

(นางสาวสมปภัทนา วิจิตรกะ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๕ / ก.ค. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวสมปรางดา วิจิตรระกะ

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๒๐
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๙
๓. คำโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๙
๔. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	๑๐	๑๐
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๑๐
รวม	๑๐๐	๙๘

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล)..... มีผลงานดี มีความสามารถเหมาะสมกับตำแหน่ง
 (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นางสาวอรทัย กิตตินุกุลกิจ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๕ / ๓.๑ / ๒๕๖๗

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

- (☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง
 (วันที่) ๒๑ / ๓.๓. / ๒๕๖๗

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
 (วันที่) ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๗

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
 เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
 (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นางสาวปณิสรา กาญจนะจิตร)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

(วันที่) ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

๕๒ ธ.ค. ๒๕๖๗