

รายงานกรณีศึกษา (Case Study)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

นางทัศนีย์ จินสุกแสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะทุพพลภาพ เกิดการสูญเสียความสามารถทางร่างกาย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงถือเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

วิธีการดำเนินการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนจำนวน 1 ราย โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 51 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลบางใหญ่ด้วยอาการปากเบี้ยวด้านขวา พูดไม่ชัด แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เดินเซ E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE, Right facial palsy, motor power Right grade III all and left grade IV all การวินิจฉัย Ischemic stroke ย้ายไปรับการรักษาตามสิทธิที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง รับการรักษาด้วยการให้อาหาร, on TT tube , on NG tube for feed, retained Foley's catheter รับการรักษาในโรงพยาบาล 7 เดือน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเข้ารับการดูแลต่อที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล 3 เดือน หลังจากนั้นดูแลต่อที่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยติดเชื้อรู้สึกตัวดี มีมุมปากขวาตก E4VTM6 ,on Tracheostomy tube room air, on NG tube, retained Foley's catheter c bag , motor power Right arm grade III, Right leg grade I , Left arm grade I, Left leg grade I ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ 3) เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน 4) เกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดกล้ามเนื้อลิ้นและเท้าตก 5) ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง 6) ไม่สุขสบายจากอาการแน่นท้อง ท้องผูก 7) ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยเสียงจากการเจาะคอ 8) วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 9) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตกเตียง หลังเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ นอนโรงพยาบาล 5 วัน , เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบปัญหาเพิ่มคือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในช่องท้องปริแตกจากหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเป็นๆหายๆ ได้รับการตรวจ CTA พบ abdominal aortic aneurysm ขนาด 4.5x5.0x9 cm และ หลังจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นเวลา 6 เดือนโดยติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน และแนวคิดการจัดการรายกรณี พบผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น E4VTM6, motor power Right arm grade IV, Right leg grade I ,Left arm grade II, Left leg grade I, สามารถนั่งได้ ครั้งละ 30 นาที ไม่พบการติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม จัดแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 1 – 2 เดือน/ครั้ง

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งการประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล รวมทั้งประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆในแต่ละระยะ จำเป็นต้องมีการดูแลอย่างมีระบบ ซึ่งการจัดการรายกรณีให้ผลลัพธ์ที่ดีเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ (Keywords) การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ การฟื้นฟูสภาพในชุมชน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายสำคัญอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคนและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน (American Stroke Association, 2023) จากรายงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 203,950 ราย มีอัตราตายร้อยละ 7.69 โดยเป็นอัตราตายของหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 3.78 จากสถิติโรงพยาบาลบางใหญ่ ปี 2565 - 2566 พบผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลางจำนวน 40 และ 70 ราย อัตราตาย ร้อยละ 7.3 และ 9.7 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะทุพพลภาพและความพิการทางกาย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางร่างกายใน การเคลื่อนไหว การดูแลช่วยเหลือตนเอง ความบกพร่องในด้านความจำ ความนึกคิดในด้านต่างๆ อีกทั้งยังจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่นการใส่สายให้อาหาร การเจาะคอ ใส่สายสวนปัสสาวะซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลในระยะยาว

โรงพยาบาลบางใหญ่ได้มุ่งเน้นการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน ตามแผนยุทธศาสตร์ของชาติ โดยมีขอบเขตการให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีพันธกิจ ในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทุกมิติ รวมทั้งพัฒนาความเป็นเลิศในการบริหารจัดการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลปฐมภูมิ ในการบริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยในระยะปรับเปลี่ยนจากดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน เป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ในการให้คำแนะนำวิธีการดูแล ความรู้เรื่องโรค และการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล โดยร่วมกันวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มจำเป็นต้องใช้รูปแบบการพยาบาลที่เฉพาะ โดยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูงและต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามภารกิจประจำวันทั่วไป ได้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันให้กับผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งลดค่ารักษาพยาบาล การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเวลารวดเร็ว มีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลชัดเจนมากขึ้น ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในบทบาทของพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคให้ได้มากที่สุด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกและศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย และโรคประจำตัว
3. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนที่เข้ารับการรักษจากเวชระเบียน โดยรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การรักษา และผลทางห้องปฏิบัติการ
4. ทบทวนเนื้อหาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
5. รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ เรียบเรียง จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

พยาธิสรีรวิทยาและการพยาบาลที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จากหลอดเลือดแดงแตกหรือตีบตันอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง เมื่อมีการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนใดของหลอดเลือดสมอง จะเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง ระยะแรกร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ มีการไหลเวียนไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสานกัน เพื่อเบนทิศทางไหลไปจากบริเวณที่อุดตัน เมื่อการตีบหรืออุดตันมีมากขึ้นจึงทำให้สมองมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจน อาการที่พบจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือด จะเกิดอาการผิดปกติทางสมองเฉพาะที่หากสมองส่วนใดส่วนหนึ่งถูกทำลายจะส่งผลต่อหน้าที่ที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ ทำให้เนื้อสมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไปและหยุดสั่งงานเกิดอาการอัมพาตของร่างกายส่วนนั้นๆ พยาธิสภาพของการขาดเลือดไปเลี้ยงจะเปลี่ยนไปตามระยะเวลา ถ้าสมองขาดเลือดมาเลี้ยงนานก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวรก็จะทำให้เกิดอาการอย่างถาวรโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของสมองที่ขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น คือถ้าการตีบตันของหลอดเลือดเกิดขึ้นในสมองซีกซ้าย ก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา และอาจมีปัญหากับการพูด พูดไม่ได้ติดขัด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย ปัญหาเรื่องการทรงตัว เดินเซ หรือเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็น เห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยวหรือกลืนไม่ได้ อาการเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน อาจเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว อาจจะมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ ซึม ชัก อาการของหลอดเลือดสมองตามตำแหน่งที่ตีบ ได้แก่ 1) หลอดเลือดแขนง Anterior cerebral artery บริเวณสมองส่วนที่เสียหายคือ สมองส่วนหน้า จะมีอาการอ่อนแรงของแขนขาตรงกันข้ามกับสมองส่วนที่เกิดโรค โดยจะมีลักษณะที่สำคัญคือขาจะอ่อนแรงมากกว่าแขนและใบหน้า สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ 2) หลอดเลือดแขนง Middle cerebral artery บริเวณสมองส่วนที่เสียหายคือ Posterior frontal, temporal, parietal lobes จะมีอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขน ขาโดยการอ่อนแรงของใบหน้าและแขนมากกว่าขา มีอาการชาครึ่งซีก หากอ่อนแรงข้างขวาจะมีอาการพูดไม่ได้ ไม่เข้าใจคำพูด อ่านหนังสือไม่ออก 3) หลอดเลือดแขนง Posterior cerebral artery ส่วนที่เสียหาย Occipital lobe อาการ ตาบอด (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2565)

การวินิจฉัย

การตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดแดงได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกาย ตรวจทางระบบประสาท และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและทางห้องปฏิบัติการ การ CT Scan / MRI (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2565)

การรักษา การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24 - 48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1 - 14 วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื้อสมองที่ขาดเลือดจะตายทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด การเปิดหลอดเลือดโดยยาละลายลิ่มเลือด ไม่ช่วยให้เนื้อสมองฟื้นตัว แต่อาจทำให้มีโอกา

เลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นได้ จึงห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาป้องกันเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ยาลดความดัน ยาลดไขมัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) เป็นระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียกหลังผ่าน 48 ชั่วโมงกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆเกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรกและระยะฟื้นฟูระยะหลังเป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ระยะนี้อาจใช้เวลา 4 - 6 เดือน บางรายอาจนานถึง 1 ปี (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564) เป็นระยะที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับมาสู่การดำเนินชีวิตปกติโดยสมบูรณ์ การรักษาในระยะนี้มุ่งเน้นที่การฟื้นฟูฟังก์ชันที่เหลือเหล่านี ประกอบด้วย การฟื้นฟูทางกายภาพ การปรับปรุงการสื่อสาร และการช่วยเหลือในการเข้าสังคม (American Heart Association, 018) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในระยะฟื้นฟูในชุมชน ได้แก่ 1) ปัญหาทางสติปัญญา การจำ การเรียนรู้ต่าง 2) ปัญหาทางร่างกาย การเคลื่อนไหว อาการแขนขาอ่อนแรง การขับถ่ายอุจจาระและการปัสสาวะ 3) ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้า เครียด หงุดหงิดหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 4) ปัญหาการสื่อสาร การพูด การเขียน การเข้าใจภาษาและ 5) ปัญหาการเข้าสังคม การปรับตัวกับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง (American Psychiatric Association, 2013)

การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ในการให้คำแนะนำวิธีการดูแลความรู้เรื่องโรคและการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยที่เป็นกิจวัตรประจำวัน การรักษาพยาบาลและการสนับสนุนให้กำลังใจ ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการบริการสุขภาพที่บ้านโดยมุ่งเน้นการดูแล ต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง เน้นการฟื้นฟูมากกว่าการรักษา สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เฉพาะในแต่ละครั้ง เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการวางแผนที่ดีและหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำเนินการ

กระบวนการเยี่ยมประกอบด้วย

1. การเตรียมเพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน จะมีการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว จัดทำแผนภูมิครอบครัว ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว และนัดหมายการออกเยี่ยม

2. การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน คือ การประเมินสมาชิกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม การที่จะประเมินให้ได้ครบถ้วนอาจต้องใช้สิ่งช่วยจำ เช่น INHOMESSS 9 ด้านประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหว (immobility) การประเมินกิจวัตรประจำวัน 2) อาหาร (nutrition) 3) สภาพบ้าน (housing) 4) เพื่อนบ้าน (other people) ความสัมพันธ์ ความสามารถในการช่วยเหลือ 5) การใช้ยา (medication) 6) การตรวจร่างกาย (examination) 7) แหล่งให้บริการ (services) 8) ความปลอดภัย (safety) และ 9) จิตวิญญาณ (spiritual) ความรู้สึกความเชื่อ โดยเริ่มจากทบทวนวัตถุประสงค์ร่วมกับสมาชิกครอบครัว ประเมินปัญหาเดิมของผู้ป่วยและปัญหาใหม่ที่อาจเกิดขึ้น วินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้น วางแผนและให้การช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

3. การสรุปการเยี่ยมบ้าน ทีมงานสรุปปัญหาครอบครัวที่พบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการเยี่ยมแต่ละครั้ง ประเมินตามความจำเป็นและวัตถุประสงค์ที่เยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง รวมถึงสรุปการ

รักษาและความช่วยเหลือที่ให้แกครอบครัว และวางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป (พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ, 2559)

แนวคิดการจัดการรายกรณี

รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วย กำหนดแผนการดูแล กำกับการปฏิบัติ ประเมินผล และติดตามผล รวมทั้งประสานความร่วมมือและสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มเจ็บป่วยซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดี คือเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มความสามารถของญาติ โดยพยาบาลมีบทบาทในการคัดเลือกผู้ป่วย ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ปฏิบัติกำกับการปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์การดูแล โดยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ ตามแผนการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานการดูแลและแนวปฏิบัติตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินผลลัพธ์การดูแลด้านผู้ป่วยและด้านญาติผู้ดูแล ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แพทย์แผนไทย องค์กรประกอบของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย 1) คัดเลือกผู้ป่วย 2) ประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา 3) การวางแผนและการประสานงาน 4) การปฏิบัติและกำกับการปฏิบัติ 5) การประเมินผลและการติดตามผลและ 6) การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2565)

ผลการศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างผอม อายุ 51 ปี ส่วนสูง 168 เซนติเมตร สถานภาพสมรส อาชีพ ค้าขาย/

ผู้ใหญบ้าน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สิทธิการรักษา สิทธิประกันสังคม

อาการสำคัญ ผู้นำชุมชนประสานการเยี่ยมบ้านมีผู้ป่วยติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

31/1/2565 ช่วงเย็นมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์วินิจฉัย น้ำในหูไม่เท่ากัน ให้ยามารับประทานต่อที่บ้าน

1/1/2566 เวลา 05.00 น. ตื่นนอนมาแล้วจะเข้าห้องน้ำ มีอาการ ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด อ่อนแรง ด้านขวา เดินเซ ญาติโทรตามรถฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล Coma score E4V5M6 pupil 3 mm. RTLBE Right facial palsy motor power Right grade II all and left grade 5 all, O2 sat 96% DTX 121 mg/dl BP 156/91 mmHg. P 87 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที วินิจฉัย Ischemic stroke ผู้ป่วยและญาติขอไปรักษาตามสิทธิประกันสังคม

ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม (การสัมภาษณ์ญาติ) แพทย์ CT Brain 2 ครั้ง ไม่พบความผิดปกติ ครั้งที่ 3 แพทย์พบว่าเส้นเลือดตีบที่แกนสมอง ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา อาการไม่ดีขึ้นซึมลง หายใจเองไม่ได้ จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถ Try wean ได้ จึงได้รับการเจาะคอ on Tracheostomy Tube, on NG. tube, retained Foley's catheter c bag รับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 7 เดือน ด้วยภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เข้ารับการดูแลต่อที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 3 เดือน และกลับมาดูแลต่อที่บ้าน โดยมีภรรยาเป็นผู้ดูแล

ประวัติสุขภาพของครอบครัว ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อในครอบครัว

แบบแผนการดูแลสุขภาพ

สูบบุหรี่ วันละ 1 ซองมานาน 30 ปี หยุดสูบ มา 1 ปี ปฏิเสธการดื่มสุรา

อาการแรกรับ

ผู้ป่วยชายไทยติดเตียง รู้สึกรู้ตัวดี Glasgow Coma Scale : E4VTM6 , on Tracheostomy tube room air , on NG tube feed เป็น BD 250 ml x 4 feed, retained Foley's catheter c bag, motor power Right arm grade III, Right leg grade I , Left arm grade I, Left leg grade I , ADL = 0

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยชายไทย วัยกลางคน ผิวขาว รูปร่างผอม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร	
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท SpO2 98%
ผิวหนัง	ผิวแห้ง ไม่มีผิวหนังลอก ไม่มีรอยแดงที่ผิวหนัง
ศีรษะ	ศีรษะได้รูป คลำไม่พบก้อน เส้นผมสีขาว
ใบหน้า	ใบหน้า ไม่เบี้ยว มีมุมปากขวาทก
ตา	เยื่อบุตาไม่ซีด การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ ไม่พบต้อกระจก
หู	รูปร่างปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากหู
จมูก	on NG tube, รูปร่างปกติ บริเวณโพรงจมูกกุดไม่เจ็บ ไม่มีสารคัดหลั่ง
ระบบทางเดินหายใจ	on Tracheostomy tube room air , ทรวงอกสมมาตรกัน ทั้ง 2 ข้าง ปอดขยายเท่ากันขณะหายใจและออก หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีเสียง Wheezing และเสียง Crepitation
ลำคอ	on Tracheostomy tube, หลอดลมอยู่ตรงกลาง เคลื่อนไหวปกติ ได้ทุกทิศทาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต , ต่อม้ำไทรอยด์ไม่โต
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่มีเสียง murmur ไม่พบเส้นเลือดโป่งพองบริเวณคอ หรือที่อื่น
ระบบโลหิตและน้ำเหลือง	คลำไม่พบก้อน หรือกุดเจ็บบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ขาหนีบ และเต้านม ไม่มีรอยเขียวช้ำตามลำตัว แขน ขา
ระบบทางเดินอาหาร	on NG tube for feed เป็น BD 250 ml x 4 feed , ท้องไม่บวมโต ท้องไม่อืด กุดไม่เจ็บ คลำหน้าท้องไม่พบก้อน ตับม้ามไม่บวมโต
ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัว E4VTM6 รูม่านตา 3 มม.มีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากับทั้ง 2 ข้าง
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	แนวกระดูกสันหลังไม่คด แขน ขาข้าง 2 ข้างอ่อนแรง ยกไม่ได้ แขนขวา grade 3 ขาขวา grade 1 แขนซ้าย grade 1 ขาซ้าย grade 1
ระบบทางเดินปัสสาวะ	Retained Foley's catheter c bag , อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

การประเมินด้วย INHOMESSS 9 ด้าน

1) การด้านการเคลื่อนไหว (immobility) และ Examinations ประเมิน Activities of daily living ด้วย Barthel ADL index ได้ค่า ADL 0 คะแนน

2) การรับประทานอาหาร (nutrition) on NG tube for Feed BD (1 : 2) 250 ml x 4 feeds.
น้ำ 100 ml

3) การขับถ่าย retained Foley's catheter c bag ปัสสาวะขุ่นเล็กน้อย ไม่มีเลือดปน อุจจาระได้ โดยต้องรับประทานยาระบาย 3 - 4 วันครั้ง ถ่ายอุจจาระแข็ง ท้องผูกบ่อย

4) การประเมินสภาพบ้าน (housing) ของผู้ป่วยตัวบ้านแข็งแรง เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่าง
อากาศถ่ายเท มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกครบ มีเตียงนอนสำหรับผู้ป่วยมีไม้กั้นเตียง อุปกรณ์ทางการแพทย์
เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องพ่นยา มีผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

5) เพื่อนบ้าน (other people) สมาชิกในบ้านช่วยกันดูแลผู้ป่วย จ้างผู้ดูแลผลัดเปลี่ยน 1 คนและ
ญาติอยู่ใกล้กันดูแลให้ความช่วยเหลือกัน

6) ยา (medication) รับประทานยาต่อเนื่อง โดยภรรยาจัดให้ทางสายยาง 7) การประเมินความปลอดภัย (safety) สภาพบ้าน ภายในบ้านมีความปลอดภัย เป็นระเบียบ

8) แหล่งให้บริการ (services) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในพื้นที่ห่างจากบ้านผู้ป่วยไม่มาก ส่วนมากถ้ามีปัญหาการเจ็บป่วย ญาติจะพาไปโรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคมด้วยการจ้างรถเอกชน ถ้าเจ็บป่วยฉุกเฉินจะเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินทาง 1669

9) การประเมินด้านจิตใจจิตวิญญาณ (spiritual) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ด้วยการพูดและภาษามือ ผู้ดูแลเข้าใจได้ ผู้ป่วยมีความกังวลกลัวเกิดแผลกดทับ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX 121 mg/dl วันที่ 1 มกราคม 2566

การวินิจฉัย Ischemic stroke

การรักษา ยาที่ได้รับ

- | | |
|--|--|
| - Somazina 100mg 2 cc.q 12 hr | - Metoprolol 100 mg. 1/ 2 x 2 o pc bid |
| - Baclofen 10mg 1 x 3 o pc tid | - Simethicone 120 mg. 1 x 3 o pc tid |
| - Omeprazole 20 mg 1 x 2 o ac bid | - Levetiracetam 500 mg 1 x 2 o pc bid |
| - Hista - oph eye drop 1 หยอดวันละ 4 ครั้ง | - Flumucil A 600 mg 1 x 1 o pc |
| - Eliquis 5 mg 1 x 2 o pc bid | - clonazepam 0.5 mg 2 x 1 hs |
| - Senolax 7.5 mg 2 x hs. | - Lipostat 40 mg. 1 x 1 hs |

การพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน

ติดตามดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการสำลัก และการคั่งค้างของเสมหะ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective : ผู้ป่วย Bedridden มา 1 ปี มีอาการลิ้นแข็ง กลืนน้ำลำบาก

: การประเมินกิจกรรมในการรับประทานอาหาร (Barthel Index) 0 คะแนน

Objective : ผู้ป่วย On Tracheostomy Tube มีอาการไอ และมีเสมหะมาก

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการสำลัก

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีการการคั่งค้างของเสมหะ ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย และให้อนุศิระสูง 30-45 องศาเพื่อป้องกันการสำลัก
2. ฝึกวิธีการกลืนด้วยการบริหารริมฝีปากและแก้ม โดยการอ้าปากกว้างออกเสียง "อา" เม้มริมฝีปากแน่นๆ แล้วคลายออก กิจกรรมการเป่า ดูด เช่น ดูดน้ำด้วยหลอด เพื่อฝึกบริหารความแข็งแรงของปากและลิ้นโดยแนะนำให้ ทำปากจู๋ สลับ ฝึกยิ้ม ออกเสียง ดู สลับเสียง อี กักลมในปากให้แก้มป้องกันแล้วเป่าลมออกซำๆ บริหารลิ้นโดยให้ผู้ป่วยใช้ลิ้นแตะมุมปากและกระพุ้งแก้มทั้งสองข้างสลับกันให้ผู้ป่วยเดาะลิ้น ให้ผู้ป่วยพูด ลาลาลา กากากา ซ้ำหลายๆ รอบ ใช้น้ำหวานและบริเวณริมฝีปากบนและล่างมุมปาก แล้วให้ผู้ป่วยพยายามใช้ลิ้นเลียหรือแตะบริเวณริมฝีปากและมุมปาก ให้ยกลิ้นแตะเหงือกและเคลื่อนลิ้นจากด้านหน้าไปด้านหลังสลับกันไปมา ดันลิ้นออกมานอกปากให้ญาติใช้ไม้กดลิ้นดันลิ้นไปในทิศทางตรงกันข้ามคือด้านหลังหรือทิศทางซ้ายขวา และการบริหารขากรรไกรโดยอ้าปากกว้างค้างไว้ 5 วินาทีและออกเสียง อา แล้วหุบปากให้ฟันกระทบกัน ปิดริมฝีปากแล้วเคลื่อนขากรรไกรล่างไว้ด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที ทำสลับข้างซ้าย-ขวา และเคี้ยวข้าว ทำซ้ำ 5-10 รอบ และประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมฟื้นฟูผู้ป่วย

3. แนะนำญาติ และผู้ดูแลเรื่องวิธีการเคาะปอด เพื่อ ระบายเสมหะให้ขับออกได้ง่ายขึ้น วิธีการเคาะปอด นำฝ่ามือบริเวณที่เคาะ 1-2 ชั้น เพื่อป้องกันการเจ็บที่ผิวหนังของผู้ป่วย เคาะไปบริเวณทรวงอก การเคาะใช้วิธี สบัดหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือ เคาะลงบริเวณผนังอก อากาศที่อยู่ในอุ้งมือจะถูกอัดลงไป บริเวณที่เคาะ ซึ่งจะทำให้เกิดการสั่นสะเทือน เคาะเป็นจังหวะที่สม่ำเสมอ เสียงที่เคาะควรเป็นเสียงที่กังวานและโปร่ง ประมาณ 3-5 นาที/จุดหรือนานกว่านั้นหากยังมีเสมหะอยู่ ควรเคาะปอดในขณะที่ผู้ป่วยท้องว่าง หรือก่อนผู้ป่วยรับประทานอาหาร แต่หากรับประทานอาหารแล้ว ให้เคาะปอดหลังจากนั้น 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

4. แนะนำผู้ดูแล และญาติเรื่องการ Suction ที่ถูกวิธีเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ โดยจับสายดูดเสมหะ ให้อยู่ ระหว่างหัวแม่มือและนิ้วชี้และสอดสายดูดเสมหะเข้าไปในท่อทางเดินหายใจอย่างนิ่มนวล พยายามอย่าให้ สายดูดเสมหะครูดกับผิวท่อทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ใส่สายให้ลึก 10-15 เซนติเมตร จากปากถึง หลอดคอ เมื่อใส่สายเข้าไปจนพบว่า มีแรงต้านของผนังหลอดลมให้ดึงสายกลับขึ้นมา 1-2 เซนติเมตร แล้วเอามือ อีกข้างปิดรูข้อต่อ finger tip เพื่อให้เกิดแรงดูด หรือพับสาย Suction ให้แน่น แล้วจึงเริ่มดูดเสมหะ การดูดเสมหะ แต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 10 วินาที

5. ประเมินอาการติดเชื้อ ไข้ ไอ อาการเหนื่อยหอบ สีและปริมาณของเสมหะ ให้ยา Flumucil A ช่วยให้ ขับเสมหะ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2565)

การประเมินผลการพยาบาล

ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ Both Lung clear ฟังนั้ได้ ประมาณครึ่งชั่วโมงทุกวัน ไอเสมหะสีขาวลดลง สัญญาณชีพปกติ T 37.1°C, P 70 ครั้งต่อนาที, RR 20 ครั้งต่อนาที, BP 121/91 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากแบบแผนการ ขับถ่ายเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective : ผู้ป่วย Bed ridden ใส่สายสวนปัสสาวะมา 1 ปี ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 4 ครั้ง

Objective : ปัสสาวะมีตะกอน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีไข้ ปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินความรู้ในกระบวนการดูแล ตรวจสอบ ทบทวนการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์พร้อม ทั้งให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดย

1. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด ท่อระบายให้อยู่ไม่หักพับกดทับ ดึงรั้งหรือหย่อนเกินไป เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก

2. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้า-เย็นและทุกครั้งหลังการขับถ่ายโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ

3. การล้างมือ ตามหลัก 5 Moment ล้างมือ ก่อน และหลัง ให้การดูแลผู้ป่วย

4. สอนผู้ป่วยหรือญาติเรื่องการดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การเปลี่ยนผ้าอ้อม การทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย

5. สังเกตสี ตะกอน ของปัสสาวะเพื่อประเมินการติดเชื้อ

6. การตรวจสอบตำแหน่งถุงปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่งต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และถุงต้องไม่สัมผัส กับพื้น ตรึงสายสวน ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวกและมีปริมาณในถุงรองรับ ไม่เกิน 3/4 ของถุง

7. ปิด Clamp สายสวนปัสสาวะเฉพาะช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการ Clamp สาย สวนปัสสาวะหรือท่อระบายไว้เป็นเวลานาน

8. เปลี่ยนสายสวนทิ้งชุดหากพบว่าสายสวนรั่วซึมต้องทำการสวนปัสสาวะใหม่และหากพบว่าท่อระบายที่ติดกับถุงเก็บปัสสาวะหลุดหรือมีการรั่วซึม ต้องเปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะใหม่ ตรวจสอบตำแหน่งสายสวนปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ เช็ดทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อด้วย 70% Alcohol

9. การเทน้ำปัสสาวะทิ้งควรเทปัสสาวะทิ้งเมื่อมีปริมาณ 3/4 ของถุง โดย ล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ และสวมถุงมือสะอาดก่อนเทปัสสาวะทุกครั้ง ให้เช็ดบริเวณปลายท่อของถุงเก็บปัสสาวะ แล้วเปิดท่อระบายด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol ๒ ก่อน เทปัสสาวะลงในภาชนะที่สะอาดจนปัสสาวะหมด โดยไม่ให้ปลายท่อถุงปนเปื้อนกับพื้น

10. การพาผู้ป่วยไปเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะอุดตัน สายสวนหรือถุงเก็บปัสสาวะสกปรกหรือรั่ว เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะตามนัด และทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยสม่ำเสมอ (มนิรัตน์ จิรปภา, 2560)

การประเมินผลการพยาบาล พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ครั้ง วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน และไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำอีก ปัสสาวะสีใส มีตะกอนเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในช่องท้องปริแตกจากหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง

ข้อมูลสนับสนุน

Objective : ผล CT Whole Abdomen พบ AAA ขนาด 4.5 x 5.0 x 9 cm และมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดปริแตก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงจากค่าปกติเดิมไม่เกินร้อยละ 20 P 60 - 100 ครั้ง/นาที R 10 - 24 ครั้ง/นาที

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดปริแตก ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการหน้ามืด

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ดูแลประเมิน เฝ้าระวัง สังเกตอาการที่บ่งบอกภาวะหลอดเลือดปริแตก เช่น อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก หรือชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปวดท้องฉิวหนึ่งเย็น ความรู้สึกตัวลดลง ให้กลับมาพบแพทย์

2. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง ลดการออกแรงของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะแก่การพักผ่อน เพื่อให้ผู้ป่วย bed rest ไม่ออกแรงเบ่งอุจจาระ ไม่กระทบกระแทกบริเวณ Aneurysm เพราะทำให้เพิ่มแรงดันในช่องท้อง ทำให้ Aneurysm แตกได้

4. ควบคุม Systolic blood pressure ให้อยู่ระหว่าง 100 - 120 mmHg, MAP อยู่ระหว่าง 60 - 75 โดยวัด BP ทุกวัน ที่แขนทั้งสองข้าง ถ้า BP แตกต่างกัน 10 mmHg ให้ไปพบแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดปริแตก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดปริแตก ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือ หลัง ไม่มีอาการหน้ามืด หายใจลำบาก นัดติดตามอาการ 6 เดือน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตันเนื่องจากขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective : ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ Bed ridden มา 1 ปี

Objective : แขนขาอ่อนแรง motor power Right arm grade III, Right leg grade I, Left arm grade I, Left leg grade I

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis)

เกณฑ์การประเมิน

1. ขาทั้ง 2 ข้างไม่มีอาการบวม ตึง อุ่น แดง ร้อน ชีต
2. คลำ Dorsalis pedis pulse และ Posterior tibial artery pulse ได้
3. Calf enlargement ของขาทั้ง 2 ข้าง ต่างกันน้อยกว่า 2 เซนติเมตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย ที่ลดลง การไหลเวียนเลือดลดลง และโรคของหลอดเลือด โดยประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันทุก 8 ชั่วโมง ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว ปวดที่ขาข้างเดียว Homan's sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดง และอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น และสอบถามอาการปวดบวมขา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบทุกวัน วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่อง ทุกวันวันละ 1 ครั้ง ถ้าพบว่าขาบวมข้างเดียว 2 เซนติเมตร ให้ญาติปรึกษาแพทย์

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายชนิด active range of motion โดยใช้ท่ากระดกข้อเข่าขึ้นลง การหมุนข้อเท้าและเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียงอย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบต่อวัน

3. ดูแลให้ยา Eliquis (Apixaban) เพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดและลิ่มเลือด ลดการเกิดโรคหลอดเลือดดำอุดตัน ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และหลอดเลือดปอดอุดตัน (Pulmonary embolism)

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ deep vein thrombosis ขาทั้ง 2 ข้างไม่มีอาการบวม ตึง อุ่น แดง ร้อน ชีตคลำ Dorsalis pedis pulse และ Posterior tibial artery pulse ได้ Calf enlargement ของขา 2 ข้าง ไม่ต่างกัน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบและเท้าตก เนื่องจากการเคลื่อนไหวได้น้อย
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective : ผู้ป่วยมีอาการเจ็บ ไม่สามารถขยับไหล่ขวาได้

Objective : ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พบข้อไหล่ด้านขวาติด กล้ามเนื้อลีบ เท้าตก การรับรู้ต่อความเจ็บปวดอุณหภูมิ การสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้านขวาที่ขาลง

เกณฑ์การประเมินผล สามารถเคลื่อนไหวแขนขาด้านขวาได้มากขึ้น กล้ามเนื้อลีบและเท้าตก ไม่เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตัวเองได้มากขึ้น และการออกกำลังกายได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว เกี่ยวกับการดำเนินโรคและการดูแลด้านต่างๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ให้ข้อมูล และ ความรู้เกี่ยวกับลักษณะโรค และการส่งเสริมสุขภาพ
3. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและ ญาติ ในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม
4. ให้คำปรึกษาด้านการดูแลการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและเสริมกำลังใจกับผู้ดูแลและครอบครัว
5. สอน และสาธิตวิธีการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงโดยการ สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัดและจัดทำร่างกายของผู้ป่วยโดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพกและข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง
6. กำหนดแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปกับผู้ดูแล

ประเมินผลการพยาบาล

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย bedridden good consciousness E4VTM6 ได้รับการช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อจากนักกายภาพติดตามประเมิน ผู้ป่วยทำ active exercise ได้บ้าง ผู้ดูแลช่วยทำ Passive exercise ให้ ผูกนั่งได้ ประมาณครึ่งชั่วโมงทุกวัน ข้อไหล่ขวาติดน้อยลง ขยับแขนได้มากขึ้น เหยียดก้นได้บ้างนิ้วได้ทั้ง 2 มือ

ยังมี Foot drop เท่าเดิม มีกำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น motor power Right arm grade IV, Right leg grade I, Left arm grade II, Left leg grade I

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรง
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective : ผู้ป่วย Bedridden ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

Objective : ADL = 0 คะแนน , motor power Right arm grade III, Right leg grade I , Left arm grade I, Left leg grade I

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันทดแทน

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยร่างกายสะอาด 2. ได้รับอาหารและยาตามแผนการรักษา 3. BMI ไม่ลดลง 4. ADL > 5 คะแนน 5. ได้ตรวจตามแพทย์นัดและ 6. ได้รับการช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ไม่พบแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index ระยะแรกรับและติดตามทุก 1 - 2 เดือน แนะนำผู้ป่วยและญาติในการช่วยส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวโดยเร็วและการทำกิจวัตรประจำวัน

- ให้ผู้ดูแล ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ช่วยกระตุ้นถาม พูดคุย กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว กระตุ้นการรับรู้ บุคคล วันเวลา สถานที่และสิ่งของอย่างสม่ำเสมอ

- ให้อาหาร Somazina เพื่อกระตุ้นกระบวนการรับรู้ของสมองโดยมีกลไกเพิ่มสารสื่อประสาทที่มี Dopamine และ Phosphatidylcholine ในสมอง มีเพื่อลดความเสียหายของเนื้อเยื่อสมอง

- การทำความสะอาดร่างกาย ให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยเช็ดตัว แนะนำวิธีการเตรียมอุปกรณ์ การจัดสภาพแวดล้อมและวิธีการเช็ดตัวที่ถูกต้อง การดูแลหลังการขับถ่ายการแต่งตัว

- การดูแลสุขภาพช่องปาก สอนวิธีการช่วยเหลือในการดูแลและทำความสะอาดโดยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำทำความสะอาดในช่องปากบริเวณช่องข้างกระพุ้งแก้มได้ลิ้นและเพดานปากซ้ำ หรือแปรงฟัน ทบทวนวิธีการให้อาหาร การตรวจสอบตำแหน่งสายยางและอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร ขณะให้อาหารถ้าไอหรือสำลักให้หยุดทันที ถ้าหยุดให้อาหารต่อ สังเกตหากสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมเกิน 2 นิ้ว ให้ดันสายอาหารกลับเข้าตำแหน่งเดิมและทดสอบดูว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่หากสังเกตเห็นว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมมากกว่า 2 นิ้ว ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวทาง NG tube BD (1 : 2) 250 ml x 4 Feed น้ำ 100 ml/feed ตามแผนการรักษา ถ้ามีอาการเวียนศีรษะ ซึ่มลมริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย ให้รีบปรึกษาเจ้าหน้าที่

- การส่งเสริมการเคลื่อนไหวของแขน มือและขา การออกกำลังกาย

- การดูแลผิวหนัง ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น หลังทำความสะอาดร่างกายทาโลชั่นเพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายและขับให้แห้ง ทาวาสลีน ผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้มกันเพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อยขึ้น

2. การพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- ดูแลผู้ป่วยที่นอนให้สะอาดแห้งและเรียบตึงเสมอ เพื่อลดความเปียกแฉะแรงเสียดทาน จัดเสื้อผ้าให้เรียบ หลีกเลี่ยงการนอนทับตะเข็บเสื้อและปมผูกต่างๆ เพื่อลดแรงกดบริเวณผิวหนังการจัดท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่รับแรงกดนานเกินไป โดยมีการหมุนเวียนเปลี่ยน ท่านอน ควรจัดให้นอนตะแคงกึ่งหงาย ใช้หมอนยาวรับตลอดแนวลำตัว รวมทั้งบริเวณข้อเข่า ข้อเท้า ให้สะโพก ท่ามุม 30 องศา ใช้หมอนรองตามปุ่มกระดูกและใบหู การนอนหงาย ควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า ตาตุ่มทั้ง 2 ข้างขา 2 ข้าง และรองใต้ท้องและขาเพื่อให้เท้าลอยพ้นพื้นไม่กดที่นอน การเคลื่อนย้าย ใช้แรงยกไม่ใช้วิธีลาก

- การส่งเสริมให้มีการไหลเวียนโลหิตโดยการท่า ROM ของข้อเท้า และ isometric exercise

- ดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เพียงพอ
- การจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา แต่ถ้าจำเป็นศีรษะสูงเพื่อให้อาหาร หลังจากให้อาหาร 30 นาที - 1 ชั่วโมง ควรลดระดับลงเหลือ 30 องศาการนั่งรถเข็น ควรให้มีเบาะรองกัน และกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัว หรือยกกันลอยพื้นพื้นที่นั่งทุก 30 นาที
- จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ให้ผิวหนังอับชื้น หลีกเลี่ยงการนวดปมกระดูกโดยเฉพาะที่มีรอยแดงจะทำให้การไหลเวียนลดลง หลีกเลี่ยงการใช้ความร้อนประคบบริเวณผิวหนังที่มีความรู้สึกน้อยหรืออ่อนแรง
- การดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติหรือผู้ดูแล สอบถามถึงอาการป่วย อาการทางอารมณ์เพื่อเตรียมตัวและสร้างความเข้าใจต่อพฤติกรรมหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2565)

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยร่างกายสะอาด ได้รับอาหารและยาตามแผนการรักษา รับประทานอาหารทางสายยาง ยังมีอาการลำไส้เมือกขึ้น ผิวหนังและริมฝีปากไม่แห้ง ADL 0 คะแนน ประเมินBMI ไม่ได้ ได้รับการตรวจตามแพทย์นัด ไม่พบแผลกดทับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบายจากอาการแน่นท้อง ท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน Subjective : มีอาการแน่นท้อง ถ่ายอุจจาระแข็ง 3-4 วัน/ครั้ง

เกณฑ์การประเมินผล

ถ่ายอุจจาระได้อย่างน้อยทุก 2 - 3 วัน สุขสบายท้อง ไม่แน่นอึดอัด Bowel Sound 6-12 ครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน หลังจากทานอาหาร จิบน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้น gastrocolic reflex การใช้ยาหรือสบู่นั้นบักัน ให้ยาระบาย Senolax 7.5 mg ช่วยให้ถ่ายอุจจาระโดยการกระตุ้นหรือเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ ใช้เป็นยาระบายระยะสั้นเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก ถ้าผู้ป่วยมีอาการ Fecal impact ให้ล้างเอาอุจจาระออกจากลำไส้ใหญ่ ควรทำทุก 2 - 3 วัน โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวา จะทำให้ลำไส้ใหญ่ถ่ายออกได้ง่ายขึ้น และให้ยา Simethicone เพื่อลดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาการจุกเสียดอันเนื่องมาจากแก๊สที่เกิดขึ้นในกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น แก๊สไฮโดรเจน แก๊สมีเทน

2. การรับประทานยาระบายโดยที่ยามีคุณสมบัติในการกระตุ้นลำไส้ เป็นสารอัมมุน้ำ เพิ่มมวลอุจจาระ

3. การกระตุ้นทวารหนักด้วยนิ้วมือ โดยการสอดนิ้วมือเข้าทางช่องทวารหนักเพื่อเพิ่มการหดตัวของลำไส้ใหญ่และอุจจาระลงมาทวารหนักร่วมกับการล้างอุจจาระ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ทุก 2 - 3 วัน โดยรับประทานยาระบายเป็นครั้งคราวไม่แน่นอึดอัดท้อง ท้องไม่อึด Bowel Sound 6 - 8 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยเสียงเนื่องจากได้รับการเจาะคอ

ข้อมูลสนับสนุน Objective : ผู้ป่วย On Tracheostomy tube

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย มีความใจเย็นและอดทนที่จะช่วยเหลือ
2. แนะนำใช้วิธีสื่อสารอื่นๆ ทดแทน เช่น การเขียน การชื่รูปภาพ สัญลักษณ์ที่สื่อความต้องการหรือความหมายแทนคำพูด วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยควรหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยเมื่อต้องการจะพูดด้วย พยายามพูดกับผู้ป่วยด้วยคำง่ายๆ และพูดช้าๆ ชัดๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ ใช้ท่าทางหรือภาษามือช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความสนใจกับผู้ป่วยตอบคำถาม อย่างพูดแทน

3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนรักษา ชมเชยในภาวะที่เหมาะสมช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยมากขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้โดยการพูดแต่ไม่มีเสียง ผู้ดูแลอ่านจากปากสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ยังไม่สามารถเขียนได้เองจากข้อนิ้วมือติดแข็ง ได้รับการตอบสนองจากผู้ดูแลตามความต้องการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ครอบครัวยึดติดกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและการดูแลที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective : ผู้ป่วยเรียกผู้ดูแลตลอด เพื่อให้พลิกตะแคงตัวให้ เพราะกลัวเกิดแผลกดทับ

Objective : ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรักษา และกิจกรรมในการบำบัดได้

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวคลายความกังวล และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล ครอบครัวลดความวิตกกังวล และมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและการดูแลที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้อย่างละเอียด และสอนแนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน แผนการพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

2. ให้คำแนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง การผ่อนคลายความเครียด การดูแลให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

บุคคลในครอบครัว และผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินโรคและสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective : ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองได้น้อย แขนขาอ่อนแรง จับราวข้างเตียงไม่ได้

Objective: motor power Right arm grade III and leg grade I, left arm grade I and leg grade I

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง

เกณฑ์การประเมินผล ร่างกายไม่ได้รับการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุตกเตียง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เตียง จัดวางของที่จำเป็นให้อยู่ในตำแหน่งที่สะดวก ปรับระดับเตียงให้ต่ำ และล็อกเตียงไว้ไม่ให้เลื่อนไถ่ยกไม้กั้นเตียงขึ้น และตรวจสอบความเรียบร้อยหลังการดูแล

2. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้ารวังติดตามและประเมินภาวะเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

3. จัดออกสัญญาณเรียกต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งานตามความเหมาะสม และอยู่ใกล้มือผู้ป่วย

4. แนะนำให้มีญาติดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งร่างกาย อาหาร การขับถ่าย การเปลี่ยนท่า

5. ดูแลที่พักไม้ให้มีสิ่งของระเกะระกะ และมีแสงสว่างเพียงพอ

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วย ญาติ เพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ควรสวมเสื้อผ้าไม่หลวมเกินไป กางเกงหรือผ้าถุงไม่ยาวเกินไป หรือมีสายยาวรุ่มร่าม และให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยซ้ำๆ โดยมีผู้ช่วยเหลืออย่างน้อย 2 คน

การประเมินผลการพยาบาล ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง มีผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี ภูมิลำเนา ต.บางม่วง อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการปากเบี้ยวด้านขวา พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงด้านขวา เดินเซ E4V5M6 pupil 3 mm RTLBE, Right facial palsy, motor power Right grade III all and left grade IV all ประวัติเป็น HT, DLP มา 10 ปี รับประทาน Enalapril 5mg 1 x 2 pc, Atenolol 50 mg 1 x 2 pc, ประวัติสูบบุหรี่ วันละ 1 ซองมานาน 30 ปี หยุดสูบบุหรี่ 1 ปี แพทย์วินิจฉัย Ischemic stroke ผู้ป่วยและญาติขอย้ายไปรับการรักษาตามสิทธิประกันสังคม รับรักษาด้วยการให้ยา อาการไม่ดีขึ้น on ET tube , on NG. tube , retained Foley's catheter หลังรับการรักษาอาการคงที่ จึงได้รับการ on Tracheostomy tube รับการรักษาในโรงพยาบาล 7 เดือน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเข้ารับการดูแลต่อที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล 3 เดือน และกลับมาดูแลที่บ้าน

ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง รู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale : E4VTM6 , on Tracheostomy tube room air , on NG tube feed เป็น BD 250 mlx4 feed, retained Foley's catheter c bag, motor power Right arm grade III, Right leg grade I , Left arm grade I, Left leg grade I , ADL = 0 ติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ใน 6 เดือน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคท้องถิ่นช่วยเหลือเรื่องรับเบี้ยผู้พิการ ระหว่างติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีปัญหา คือ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ,ทางเดินปัสสาวะ และ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการติดเตียง จากการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 พบปัญหาเพิ่มคือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในช่องท้องปริแตกจากหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเป็นๆหายๆ ได้รับการตรวจ CTA พบ abdominal aortic aneurysm ขนาด 4.5x5.0x9 cm แพทย์นัดติดตามอาการ 6 เดือน ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยให้การดูแล ให้คำแนะนำ เสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดูแลและติดตามผล ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อซ้ำและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและผู้ป่วยมีกำลังใจทำกายภาพเพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวได้มากที่สุด

ประเมินผลการเยี่ยมบ้าน หลังติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 6 เดือน อาการดีขึ้นเรื่อยๆ E4VTM6, motor power Right arm grade IV, Right leg grade I , Left arm grade II, Left leg grade I นั่งได้ครั้งละ 30 นาที ไม่พบการติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาเพิ่มเติม จัดแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 1 – 2 เดือน/ครั้ง

วิเคราะห์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่มานาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งเมื่อเกิดอาการในช่วงแรกอาการไม่ชัดเจนจึงไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางของ Stroke Fast track ส่งผลให้สมองมีพยาธิสภาพ ร่างกายสูญเสียความสามารถในการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาหลายระบบ รวมทั้งต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายอย่าง โดยเฉพาะการใส่สายสวนปัสสาวะที่ยาวนาน ประกอบกับผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญคือผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายเนื่องจากขออยู่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา ส่งผลให้ขาดข้อมูลการรักษาและการเตรียมการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลต่อความล่าช้าในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนแนวทางปฏิบัติในการเตรียมพร้อมบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการจำหน่ายก่อนส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน
2. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ ความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดซ้ำซ้อน สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเพื่อลดความพิการ จึงควรให้ความสำคัญในการจัดอบรม

ให้ความรู้เชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องทั้งบุคลากรเก่าและใหม่ รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ต้องประสานความร่วมมือในการติดตามการรักษาในชุมชนได้มีทักษะความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน

3. การดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยนอกจากทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ควรทำร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน เพื่อเป็นแรงผลักดันในการสนับสนุนให้มินักบริหารของตำบลรวมทั้งได้รับการสนับสนุนและดูแลด้านอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก <https://www.moph.go.th>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ*. สืบค้นจาก <https://www.moph.go.th>.
- กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562).*คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ*. บริษัทบอร์นูปิ๊ปลิชชิงจำกัด
- พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cinical Proctice Guidelines for Stroke Rehabilitation)*. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2564). *โรคหลอดเลือดสมอง: การป้องกันและการดูแลรักษา*. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2565). *คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง*. สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2565). *การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี: แนวทางและแนวปฏิบัติ*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันแผลกดทับ*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: DC Author.
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). *Stroke: a global response is needed. Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 634-634A. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636>