

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	น.ส.น้ำค้าง พิทักษ์เดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	๑๕๖๔๘๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	๘๘๖๗๓	เลื่อนระดับ
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กรณีศึกษา ”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ อำเภอ สว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ”</p> <p>รายละเอียดค่าโครงการ “ แผนท่ายประกาศ ”</p>						
						๑๐๐%

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๒.๘.งานดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนตำบลสว่างอารมณ์ โดยเยี่ยมติดตาม ประเมินสภาวะสุขภาพ และให้บริการครอบคลุมในด้านส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชน (หมอครอบครัว)

๒.๙.ออกตรวจคลินิกโรคเรื้อรัง(DM/HT) รพ.สต.ทุ่งมน ตำบลไม้เขียว รพ.สว่างอารมณ์

๓.ด้านวิชาการ

๓.๑.งานการสรุปวิเคราะห์ ผลการดำเนินการและแผนงาน/โครงการในงานที่รับผิดชอบ

๓.๒ งานการฝึกอบรม และเป็นวิทยากรแก่ชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ

๓.๔ เป็นพี่เลี้ยงในด้านการพยาบาล แก่เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานใหม่

๔. หน้าที่พิเศษอื่นๆ (งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย)

๔.๑ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อปท. ๕ แห่ง ในอำเภอสว่างอารมณ์

๔.๒ ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ

๔.๓ ประสานงานร่วมกับหน่วยงาน องค์กรต่างๆในอำเภอสว่างอารมณ์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนเมษายน ๒๕๖๕ ถึง เดือนมิถุนายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในภัยคุกคามที่สำคัญต่อสุขภาพทุกๆ ไปของประชากรทั่วโลก การเป็นโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออาจเสี่ยงต่อการเกิดอาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพในทุกช่วงเวลาของการรักษา (ณัฐนิช เกศริน หอมหวาน และอรุณี รัตนนิเทศ,๒๐๒๑) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องถูกวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในทุกกรณี การเตรียมความพร้อมทั้งระบบการแพทย์และการดูแลส่วนบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้การสร้างบรรยากาศ การเสริมพลังและสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระหว่างการรักษา

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก

๑.หลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เกิดจากการหลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง พบร้อยละ ๗๐ ของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถพบพยาธิสภาพได้ ๓ กลุ่ม คือ

๑) thrombosis or atherothrombotic stroke คือ การมีพยาธิสภาพในส่วนเส้นเลือดแดงหรือดำที่มีผลทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือด เช่น การเกิด Atherosclerotic plaque

๒) embolism or embolic stroke พยาธิสภาพในกลุ่มนี้มีการอุดตันของเส้นเลือดที่มีสาเหตุมาจากวัตถุหรือลิ่มเลือดที่อยู่ในส่วนต้นกว่าตำแหน่งหลอดเลือดหลุดลอยมาอุดตัน(embolus) และ

๓) systemic hypoper fusion or hemodynamic stroke or low flow state กลุ่มนี้มักมีอาการจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง (cerebral blood flow) ซึ่งการเกิดหลอดเลือดสมองขาดเลือดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอัมพาตเฉียบพลันมักพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน หรือขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุด

ล้มลงไป อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว อาจกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนหรือมีความรู้สึกสับสนมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขน ขา อาการอัมพาตมักจะเป็นอย่างยาวนานกว่า ๒๔ ชั่วโมงขึ้นไปและจะเป็นอย่างยาวนานเป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต

๒. หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากหลอดเลือดในสมองแตกของหลอดเลือดสมองพบร้อยละ ๓๐ ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑) หลอดเลือดสมองแตกโดยเลือดที่แตกเข้าไปในเนื้อของสมอง เรียกว่า spontaneous intracerebral hemorrhage (ICH) พบในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน

๒) หลอดเลือดสมองแตก โดยเลือดที่แตกเข้าไปในช่องใต้อะแรคนอยด์ (subarachnoid space) ก็จะเรียก subarachnoid hemorrhage (SAH) มักเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดคือ cerebral aneurysm เป็นสาเหตุที่มีอันตรายร้ายแรงอาจทำให้ผู้ป่วยตายได้ในเวลารวดเร็วการแตกของหลอดเลือดจากความดันโลหิตสูงซึ่งพบมากถึงร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แล้วก็มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขา ค่อย ๆ อ่อนแรง อาจชัก และหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าแตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็งรูมานตาเล็กทั้ง ๒ ข้าง ซึ่งมักตายใน ๑-๒ วัน ถ้าแตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสรักษาฟื้นหรือถ้าได้รับการผ่าตัดได้ทันทีที่อาจช่วยให้รอดได้ (ยูทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, ๒๕๖๑).

ดังนั้น พยาธิสภาพทั้งจากหลอดเลือดสมองขาดเลือดและหลอดเลือดสมองแตก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาต และผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียว นั่นคือถ้ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองซีกซ้าย ก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา ถ้าเกิดพยาธิสภาพขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย ถ้าได้รับการรักษาอย่างทันที่ก็จะสามารถลดความพิการหรือช่วยให้รอดชีวิตได้

พยาธิวิทยาของโรค

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เกิดจากภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลมาจาก Atheroma Thrombi หรือ Emboli ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดการขาดเลือด ในหลอดเลือดบริเวณนั้น ซึ่งถ้าเกิดการอุดตันที่สมบูรณ์จะทำให้เกิดการ ขัดขวางการนำส่งของ Oxygen และ Glucose ที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดการไหลเวียนที่ลดน้อยลง ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน การไหลเวียนเลือดที่ลดลงจนถึง ๐ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมอง ภายใน ๔-๑๐ นาที โดยมีปริมาณเลือดน้อยกว่า ๑๖-๑๘ ml/ ๑๐๐g/min ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดเนื้อตาย ภายใน ๑ ชั่วโมง และปริมาณเลือดที่น้อยกว่า ๒๐ml/๑๐๐g/min เป็นสาเหตุของการขาดเลือด โดยปราศจากการตายของเนื้อเยื่อ นอกจากจะความยาวนานของการขาดเลือด เป็นเวลาหลายชั่วโมง หรือเป็นวัน ซึ่งถ้าการไหลเวียนเลือดมีการ กลับคืนเหมือนก่อนหน้าที่จะมีการอุดตัน ผู้ป่วยจะมีแค่อาการขาดเลือดชั่วคราว เช่น TIA เนื่องจากการขาดเลือดสามารถเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียหายของเซลล์ เป็นผลจากการไม่มีการไหลเวียนของเลือด ทำให้เกิดการขาดเลือดที่รุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทและสมอง ที่เรียกว่า สมองขาดเลือด โดยพบว่าบริเวณที่ล้อมรอบใจกลางที่มีการตายของเนื้อเยื่อเรียกว่า Ischemic Penumbra ซึ่งพบว่า ค่าปกติของ Cerebral Blood Flow (CBF) จะอยู่ในช่วง ๕๐-๕๕ ml/ ๑๐๐g/ min ส่วนค่าต่ำสุดที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของเยื่อหุ้มระบบประสาทในส่วนของ Penumbra อยู่ในช่วง ๖-๑๐ ml/ ๑๐๐g/ min โดยพบว่าแม้เซลล์ในระบบประสาทของ Penumbra

จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ระหว่างมีการลดลงของการได้รับเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้เร็วพอ ซึ่งต่างจากเซลล์ในบริเวณที่ตายไปแล้ว ที่ถึงแม้จะมีการผ่านของการไหลเวียนและการกำซาบของเลือดก็ไม่สามารถกลับคืนได้ดั้งเดิม และยิ่งสูญเสียการทำงานอย่างถาวร Penumbra จึงเป็นเป้าหมายสำคัญ ในการให้การรักษาดังกล่าว การกำซาบและไหลผ่านของเลือดอย่างเหมาะสม เพื่อการกลับมาทำงาน เป็นปกติอีกครั้งของระบบประสาท

อาการและอาการแสดง

อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย จะแตกต่างกันจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ขาดเลือด และขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ ดังนี้คือ

๑)อาการเตือนผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะมีอาการเตือนแต่ไม่ได้สนใจ ได้แก่ อาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ แขนขาชาหรือเป็นอัมพาตชั่วคราว

๒)อาการที่มาโรงพยาบาล ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใดและจะมากขึ้นเรื่อยๆ ใน ๒-๓ นาทีหรือเป็นชั่วโมง

๓)อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง อาการต่างๆ ไปมักเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันที แต่ระดับความรู้สึกตัวอาจค่อยๆ น้อยลงจนถึงขั้นหมดสติ ในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากเลือดออกในสมอง อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และจะรุนแรงมากขึ้นถ้าหากเลือดยังออกต่อไป และหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้ที่ เป็นโรคเสียชีวิตได้ง่าย สำหรับผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองตีบ อาการที่เกิดขึ้นจะค่อยเป็นค่อยไป มักจะเกิดหลังตื่นนอน ในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองอุดตันจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเป็นอาการนำก่อนเกิดความผิดปกติทางสมอง มีอาการชักบ่อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดอื่นๆ อาการชักจะเกิดติดต่อกัน (serial convulsion) ถ้าลิ่มเลือดที่ลอยมาอุดเป็นก้อนเลือดขนาดใหญ่จะทำให้เกิดอาการรุนแรง

๔)อาการเฉพาะที่ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เสียหายที่

การรักษา

ปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง วิธีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน วิธีหนึ่งได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินการ หลายประการ เช่น มีการตรวจวินิจฉัยและเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๔.๕ ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการ สามารถปฏิบัติได้ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทางด้านบุคลากร เช่น ประสานแพทย์หรือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน / อายุแพทย์ที่ได้รับประกาศนียบัตรฝึกอบรมการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ CT brain ห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น การรักษาขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น หลักการรักษาประกอบด้วย

๑. การรักษาทางยา

สำหรับผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอ เพื่อปรับขนาดยาตามแผนการรักษา

การให้ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) การให้แอสไพริน ควรให้เร็วที่สุดในผู้ป่วยที่มี Ischemic Stroke ระยะเฉียบพลัน ภายในเวลา ๔๘ ชั่วโมง ในขนาด ๓๒๕ มก./วัน หลังจากมีอาการ นอกจากนั้นยังพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน และในกรณีที่ได้รับยา rt-PA การให้ยา Aspirin ควรให้หลังได้รับ rt-PA ไปแล้ว ๒๔ ชั่วโมง การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulate) ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดโดยเฉพาะ heparin เป็นยาที่ใช้กันมานานในการรักษาโรคสมองขาดเลือด สำหรับจุดประสงค์ของการใช้ยาในกลุ่มนี้ก็เพื่อรักษา และป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองเป็นมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ในการป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุมาจากลิ้มเลือดหัวใจ ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มนี้คือการเกิดเลือดออกในตำแหน่งต่าง ๆ โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง

๒. การรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางราย โดยเฉพาะรายที่มีเลือดออกในสมองสมองบวม หรือในรายที่มีการ ตีบตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอมากกว่า ๗๐% แพทย์อาจพิจารณารักษาโดยการผ่าตัด

๓. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

๔. การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การพยาบาล

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายต่อสมองและความผิดปกตินั้นจะมีอาการคงอยู่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว โดยสามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ออกเป็น ๒ ระยะ ได้แก่การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

๑. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

๑.๑ การดูแลระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากตำแหน่งต่าง ๆ ของการขาดเลือดในสมองของผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้มีปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจ และยังทำให้รีเฟล็กซ์ที่ป้องกันการสำลักลดลง และการที่มีภาวะขาดออกซิเจน จะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นต้องคอยดูแลและประเมินการหายใจของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ oxygen ตามแผนการรักษา โดยถ้าระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำกว่าร้อยละ ๙๒-๙๕ ควรดูแลให้ O_2 canular ๓-๕ ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube)

๑.๒ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการติดตามการประเมิน สัญญาณชีพอย่าง ใกล้ชิด ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดสามารถทำให้เกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติ และความดันที่สูงหรือต่ำเกินไปจะมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง

๑.๓ การดูแลด้านสารน้ำและเกลือแร่โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา โดยให้ในรูป Isotonic Solution ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะขาดน้ำได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการกลืน ลำบาก และไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคส เนื่องจากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจมีผลทำให้ภาวะ สมองขาดเลือดเลวลง ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อยหรืออยู่ใน ระหว่างการงดน้ำและอาหาร และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไปเพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้นได้

๑.๔ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เมื่อพบว่าถ้าผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การดูแลเพื่อ ให้อุณหภูมิของ

ร่างกายลดลง ซึ่งพบว่า การลดไข้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของโรคที่ดีขึ้น เนื่องจากการที่มีอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นเกินปกติ มีผลทำให้บริเวณของสมองขาดเลือดกว้างขึ้น และทำให้ผลการรักษาแยกลง ทั้งนี้เนื่องจากทำให้สมองต้องใช้พลังงานมากขึ้น และมีการหลั่งของสารสื่อประสาท และอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น

๑.๕ การดูแลและประเมินการกลืน ในผู้ป่วยบางรายความผิดปกติในสมองอาจ ปัญหาด้านการกลืน โดยเฉพาะการกลืนของเหลวอันจะนำมาซึ่งการสำลัก และติดเชื้อในปอด ดังนั้นจึงควรมีการดูแลและประเมินการกลืนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มี ระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้จำเป็นต้องงดอาหารและน้ำทางปาก ในช่วงแรกจนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤต

๒. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะนั้นฟูสภาพ ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่า ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จะสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้น การพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูสภาพจึงมีประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เองให้มากที่สุดตามศักยภาพ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย โดยสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ คือ การฟื้นฟูระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) และการฟื้นฟูระยะหลังหรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery) ดังนี้คือ

๒.๑ การฟื้นฟูระยะแรก หรือระยะเฉียบพลัน (Acute Stage)

การฟื้นฟูในระยะนี้ สามารถเริ่มฟื้นฟูสภาพได้ทันทีที่ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทาง ระบบประสาทเพิ่มขึ้น ร่วมกับภาวะทางอายุรกรรมที่คงที่ภายในช่วง ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เกิน ๑๘๐/๑๑๐ mm/hg ซึ่งการดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้แก่

๒.๑.๑ การป้องกันข้อยึดติดโดยการทำให้ Passive Range of Motion ในส่วนแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต โดยให้ผู้ดูแลช่วยขยับข้อต่อจนสุดพิสัยของข้อทุกข้อ ๓-๕ ครั้ง ในแต่ละทิศทางของการเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ ๒ รอบ และให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ตีช่วย บริหารข้างที่เป็นอัมพาตด้วย

๒.๑.๒ การจัดท่านอนให้ถูกต้องเหมาะสมและทำการพลิกตัวทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๒.๑.๓ การป้องกันความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้นั่งบ่อย ๆ ครั้งละ ๑๕-๓๐ นาที วันละ ๓-๔ รอบ นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยได้อีกด้วย

๒.๒ การฟื้นฟูระยะหลัง หรือระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ (Late Recovery)

การฟื้นฟูในระยะหลังนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ในด้านต่าง ๆ คือ การทรงตัว การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนย้ายตัวเอง การกระตุ้นการ ควบคุมระบบสั่งการ และทักษะการสื่อสาร โดยการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และกลับไปใช้ ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้ผู้ดูแลสามารถทำ การฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยตัวเองที่บ้านได้ ทั้งนี้ยังขึ้น อยู่กับระดับความพิการของผู้ป่วย และระดับความสามารถผู้ดูแลด้วย เนื่องจาก การฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อีกด้วย

แนวความคิดการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถสรุปได้ ดังนี้

๑). เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อมรวมเป็นหนึ่งเดียว หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ก็จะส่งผลให้จิตใจไม่มีความสุข และหากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางจิต ก็จะส่งผลกระทบต่อปัญหาการเจ็บป่วยทางกายภาพได้

๒). บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่นครอบครัวเป็นระบบย่อยของชุมชน ในระบบเปิด มนุษย์มีความสามารถที่จะแสวงหาความรู้สร้างวิถีคิดของตนเองเพื่อใช้เลือกกลยุทธ์ในการจัดการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดีคือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดีรู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใด รู้จักจัดระบบระเบียบของตนเองในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพและมีเป้าหมายในชีวิตว่าต้องการมีสุขภาพแบบใด

๓). เจตคติค่านิยม การรับรู้และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยนำที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพได้

๔). การพยาบาลมุ่งช่วยเหลือบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่มีอยู่มาใช้ตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุกและการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณา เฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจำกัดความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี โดยให้ การดูแลแต่ละด้าน ดังนี้

- ด้านร่างกาย (Physical) คือ ดูแลให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากสภาวะของโรคและภาวะแทรกซ้อน ดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงสภาพเดิมให้มากที่สุด
- ด้านจิตใจ (Mental) คือ ดูแลจิตใจให้มีความสุข สามารถปรับตัวต่อสภาวะของร่างกายได้ดี
- ด้านสังคม (Social) คือ มีการประเมินผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวการให้คำปรึกษาส่งเสริมให้มีความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
- ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถกลับมาแข็งแรงและใช้ชีวิตได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) กำหนดให้วันที่ ๒๙ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันอัมพาตโลก หรือวันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ทุกประเทศทั่วโลกตระหนักให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นโรคที่มีความรุนแรงเรื้อรังโรคหนึ่ง ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยรวม ซึ่งโรคนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต หรือเกิดความพิการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการแตก ตีบ หรือตัน ทำให้สมองขาดเลือดและเนื้อสมองตาย จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน โดยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๖.๖ ล้านคน และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของโลก (WSO, ๒๐๒๑) ส่วนประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่มีการตายอันดับต้นๆของประเทศ พบ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (๒๐-๒๖) ต่อประชากรแสนคน

ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ -๒๕๖๓ เท่ากับ ๔๗.๘, ๔๗.๑, ๕๓.๐ และ ๕๒.๘ ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ ๓ พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๐ -๒๕๖๓ เท่ากับ ๕๘.๔๐, ๕๘.๓๐, ๖๖.๙๐, ๖๔.๕๐ ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔)

โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในความดูแลจำนวน ๗๔ ราย ผู้เขียนในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลงานรักษาพยาบาลในชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษากรณีการพยาบาล เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) และแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้านให้มีภาวะสมดุลและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้เป็นเรื่องที่สามารถทำได้โดยคนเดียว การทำงานร่วมกันระหว่างทีมงานทางการแพทย์, พยาบาล, ผู้ดูแล, และผู้ป่วยเองเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิตประจำวันของตนต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกรื่องที่มีปัญหาสำคัญและมีความยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
๒. ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง
๓. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประวัติจากแบบประเมิน และสอบถามผู้ป่วย ญาติ
๔. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนให้การพยาบาล
๕. ปฏิบัติการพยาบาล ติดตาม ประเมินผล
๖. สรุปกรณีศึกษา จัดทำรูปเล่ม

เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๒. พยาบาลชุมชนสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ ๘๖ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ ๔ ไม่สามารถประกอบอาชีพ อาศัยอยู่ บ้านเลขที่ ๑๔/๑ หมู่ที่ ๘ ตำบลสว่างอารมณ์ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี น้ำหนัก ๔๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๗ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๑๗.๘๘ อาการสำคัญ แผนกผู้ป่วยในแจ้งประสานให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนืองที่บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๑๘ วันก่อน หลังตื่นนอนมีอาการพูดไม่ชัด ซึม เดินเซ ล้ม แขนขาข้างขวาไม่มีแรง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน วินิจฉัยโรคเป็น Stroke ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายให้นอนโรงพยาบาล ทำ CT brain ครั้งที่ ๑ พบ old infarction left parietal lobe, not seen ICH

ครั้งที่ ๒ พบ A๑.๕X๑.๑X๑.๔ cm faint hyperdense lesion at left lentiform nucleus ๑.๒ ml subacute hemorrhage is suspected, Encephalomalacia change at left temporal lobe, chronic infarction of left MCA territory is suggested

ครั้งที่ ๓ Resolved hemorrhage at left lentiform nucleus ระหว่างนอนโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่อง urinary tract infection ได้ยา ceftazidime ๒ gm iv ครบ ๗ วัน ผล urine culture พบ Staphylococcus coagulase negative อาการใช้ลดลง

แผนการรักษาขณะนอนในโรงพยาบาลเริ่ม start warfarin ๒ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน INR ๑.๐๘-๑.๑๙ step warfarin ๓mg ทุกวันศุกร์ถึงวันอาทิตย์ รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน และ Warfarin ๒mg ทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน keep INR ๒-๓ , ASA(๘๑) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน เมื่อ INR เริ่มได้ระดับ ให้ off Metoprolol ๑๐๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งหลังอาหาร atorvastatin ๔๐mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน famotidine ๒๐mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้งเช้า-เย็นหลังอาหาร Folic acid รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งหลังอาหาร อาการดีขึ้น ไม่มีไข้ จึงส่งตัวกลับบ้านมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามสิทธิ์เพื่อให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) และให้ยา Antibiotic ต่อให้ครบ ๗ วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา ๒๐ ปี และโรคหัวใจมา ๒๕ ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านมีขาดยา บางครั้ง เป็นโรค Stroke เมื่อปี ๒๕๖๒

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการใช้สารเสพติด บุหรี่ / เหล้า

ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และ การใช้สารเสพติด

ประวัติการปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาและมารดาเสียชีวิตแล้วไม่ทราบข้อมูลการเจ็บป่วย สามีเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยมีบุตรทั้งหมด ๕ คน

คนที่ ๑. ผู้หญิงอายุ ๖๘ปี โรคประจำตัว HT/CVA

คนที่ ๒. ผู้ชายอายุ ๖๖ปี โรคประจำตัว ภาวะดุกทับเส้น

คนที่ ๓. ผู้ชายอายุ ๖๔ปี โรคประจำตัว HT

คนที่ ๔. ผู้หญิงอายุ ๖๐ปี โรคประจำตัว DM

คนที่ ๕. ผู้หญิงอายุ ๕๕ปี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนบุคคล

แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (Personal history and health behavior)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง พูดน้อย พูดได้เต็มประโยคแต่ออกเสียงไม่ชัดเจน ช่วยเหลือตนเองได้ บนเตียง ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ และยังคงต้องเป็นแบบนี้ไปอีกนาน การดูแลสุขภาพมีลูกสาวคอยช่วยเหลือ ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระของลูก

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหาร On Nasogastric Tube ถูกสาวดูแลให้น้ำและFeed อาหารเหลวได้วันละ ๔ ครั้ง มีผลละ๓๐๐ ซีซี ขณะให้อาหารทางสายยางบางครั้งไม่จัดทำผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ถูกสาวทำอาหารเหลวได้ ผู้ป่วยสามารถใช้มือซ้ายยกแก้วน้ำจิบน้ำได้ ไม่สำคัญ น้ำหนัก ๔๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๗ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๑๗.๘๘ ขอปรับประทานอาหารรสจัดเช่น น้ำพริก

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

ผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะ ใส่มาประมาณ ๑ เดือน ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม

ผู้ป่วยต้องมีคนช่วยดูแลในเรื่องการกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยถ่าย อุจจาระ ๒-๓ วันครั้ง ท้องผูกบางครั้ง

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้เฉพาะบนเตียง ต้องให้ลูกสาวช่วยทำกายภาพบำบัดและออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดข้อต่างๆ ติดให้กับผู้ป่วยทุกวัน ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายได้ และมีอาการกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการเดินน้อยมาก และให้ลูกสาวช่วยทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วยและช่วยพุงเข้าห้องน้ำและรถเข็นนั่ง

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

ผู้ป่วยนอนพักผ่อนเวลาคืน วันละ ๕-๗ ชั่วโมง บางคืนนอนไม่ค่อยหลับคิดมากเรื่องการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการมานั่งเล่นบ้าง กลางวันหลับบ้างบางครั้ง ตื่นมาดูโทรทัศน์บ้างลูกสาวเปิดไว้ตลอด

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้

จากการที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุพูดคุยได้น้อย ถามตอบรู้เรื่องบ้างเป็นบางครั้ง จากภาวะ ของโรคที่เป็น จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีภาวะหลงลืม ตามัวมองภาพไม่ชัดเจน หูได้ยินดี การได้กลิ่นและการรับรสดี การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนังสามารถรับรู้ได้ดี มีอาการเจ็บปวด และมีอาการชาปลายมือปลายเท้าข้างซ้ายร่วมด้วย

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมเป็นบางครั้ง แต่สามารถบอก สถานที่ บุคคลซึ่งเป็นลูกสาว ได้ตามจริง ไม่มีประสาทหลอนหรือหูแว่ว รู้สึกว่าตนเองเป็นภรรยาของครอบครัวและกังวลเรื่องการต้องมีสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดอยู่กับตัว รู้สึกอายเมื่อมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยมีบุตร ๕ คน อยู่กับบุตรสาวคนที่๔ บุตรชายแต่งงานแยกครอบครัวไป และมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีลูกหลานและสะใภ้ช่วยดูแล ผู้ป่วยยังคงเป็นที่รักของบุตรหลานมีบทบาทเป็นยาย ย่า

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีปัญหาแทรกซ้อนเรื่องอวัยวะเพศ

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

ผู้ป่วยไม่ค่อยแสดงความรู้สึกหรือบอกความต้องการของตนเอง บุตรสาวเป็นผู้ดูแลคอยถามความต้องการของผู้ป่วยและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและเปิดเครื่องเล่นให้ฟังพระเทศประจำ ในภาวะเจ็บป่วยบุตรสาวและหลานๆคอยชวนผู้ป่วยพูดคุยบ่อยๆ คอยสอบถามอาการของผู้ป่วยทุกวัน และทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลกับภาวะของโรคที่เป็นน้อยลง

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยชอบทำบุญไปวัดทุกวันพระ นับถือศาสนาพุทธ ชอบฟังพระเทศ เพื่อนบ้านนับถือผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยเป็นอัมพาตผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นเวรกรรม และขอพรพระให้หายจากความเจ็บป่วย ไม่มีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ ในการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วยจะรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป หญิงไทยรูปร่างผอม รู้ตัวดี ทำตามคำสั่งได้ มุมปากข้างขวาตก พุดไม่ชัด แขนขาข้างขวาอ่อนแรง อ่อนเพลีย ไม่มีหน้ามืดเป็นลม น้ำหนัก ๔๔ กิโลกรัม สูง ๑๕๗ เซนติเมตร BMI ๑๗.๘๘

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๔/๖๔ มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย ๙๗ % ตรวจพบผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด(DTX) ๑๐๔ mg%

ผิวหนัง ผิวสีคล้ำ ขาดความยืดหยุ่นของผิวหนัง ผิวหนังค่อนข้างแห้ง ไม่มีผื่นคัน ไม่มีบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีง้ำเลือด ไม่มีผื่นคัน ไม่มีนิ้วป้อม เล็บมือสะอาดไม่ซีด ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

ศีรษะ กะโหลกศีรษะขนาดปกติ หนังศีรษะแห้ง ผมสั้นสีขาว ไม่มีผมร่วง เส้นผมสะอาด ไม่มีรังแค คลำดูปกติ ไม่มีบาดแผล มีความสมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง ต่อมน์น้ำเหลืองที่ท้ายทอย โคนขากรรไกรล่าง ได้กระดูกขากรรไกรล่าง ได้คางไม่มีการอักเสบ คลำไม่พบก้อน กัดไม่เจ็บ

ใบหน้า โครงหน้าปกติ ไม่บวม สีหน้าไม่แจ่มใส

ตา ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี ต่อมน์น้ำตาและท่อน้ำตาปกติ มีการหลั่งน้ำตามาหล่อลื่นลูกตาดี มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง เส้นผ่าศูนย์กลางของรูม่านตา ๒.๕ มิลลิเมตร เลนส์ตาไม่ขุ่น การเคลื่อนไหวของลูกตาในทุกทิศทางปกติ เปลือกตาไม่ซีด ไม่มีหนังตาดก ขนตาปกติ ตมน์มองภาพไม่ชัดเจน

หู ใบหูปกติ การได้ยินชัดเจน ต่อมน์น้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต

จมูก สมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง ไม่มีการอักเสบ กัดไม่เจ็บ ผ่น้ำสั่งจมูกอยู่ตรงกลาง ไม่มีน้ำมูกบริเวณโพรงจมูก ไซนัสที่หน้าและหน้าผากกัดไม่เจ็บ

ปากและช่องคอ มุมปากข้างขวาตก ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด ริมฝีปากไม่เขียว ไม่มีเหงือกอักเสบ ทอนซิลไม่โต คอไม่แดง ไม่มีปากแห้ง ริมฝีปากแห้ง ภายในปากไม่มีแผล เยื่อภายในและกระพุ้งแก้มสีชมพู ลิ้นไม่มีแผล ไม่เป็นฝ้า ไม่มีรอยโรค คอไม่แดง มี Gag reflex ปกติ คอตั้งอยู่แนวของลำตัวและศีรษะ ไม่มีก้อนต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน์น้ำเหลืองบริเวณคอและใต้คางไม่โต กัดไม่เจ็บ

ระบบทรวงอกและปอด ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม การเคลื่อนไหวของทรวงอกสอดคล้องกับลักษณะการหายใจเข้าออก ลักษณะการหายใจปกติ สม่่าเสมอ อัตราการหายใจ ๑๖-๑๘ ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติไม่มีเสียง Crepitation หรือเสียง Wheezing

ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเต้นของหัวใจสมม่่าเสมอ อัตราการการเต้น ๘๘ ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur ซีพจรจิ่งหวะสมม่่าเสมอ

ระบบหน้าท้องและทางเดินอาหาร ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่พบรอยแผลผ่าตัด รูปร่างท้องปกติไม่มี Ascitis ท้องไม่อืด ไม่มี Tenderness การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ๔ - ๕ ครั้ง/นาที ตับ ม้าม คลำไม่ได้ ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้ง ๒ ข้างไม่โต

ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย รู้สึกตัวดี แขนขาไม่สั่น แขนขาข้างซ้ายใช้การได้ดี ระดับ Motor power ๕ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ระดับ motor power ๓

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กระดูกสันหลังอยู่ในแนวไม่ตรง เคลื่อนไหวข้างซ้ายได้ปกติ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ระดับ motor power = ๓ ไม่มีลักษณะผิดปกติของข้อ เข่าทั้ง ๒ ข้างไม่ปวดบวมแดง การเคลื่อนไหวของข้อเท้าปกติ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก มีรอยแดงคล้ำที่สะเกือกข้างขวาขนาด ๔ ซม. ไม่มีบวม ไม่มีแผล ไม่มีผื่นคันที่อวัยวะเพศ ไม่มีริดสีดวงทวารหนัก

การประเมินสภาพด้านสังคม

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน ชอบช่วยเหลือกิจกรรมของชุมชน วัด เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยรูปร่างผอม อายุ ๘๖ ปี มีประวัติ ๑๘ วันก่อน หลังตื่นนอนมีอาการปวดไม่ชัด ซีม เดินเซ ล้ม แขนขาข้างขวาไม่มีแรง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน วินิจฉัยโรคเป็น Stroke และส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายให้นอนรักษาในโรงพยาบาล ทำ CT brain ครั้งที่ ๑ พบ old infarction left parietal lobe, not seen ICH ครั้งที่ ๒ พบ A๑.๕X๑.๑X๑.๔ cm faint hyperdense lesion at left lentiform nucleus ๑.๒ ml subacute hemorrhage is suspected, Encephalomalacia change at left temporal lobe, chronic infarction of left MCA territory is suggested ครั้งที่ ๓ พบ Resolved hemorrhage at left lentiform nucleus ระหว่างนอนโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่อง urinary tract infection รับประทาน ceftazidime ๒ gm iv ครบ ๗ วัน ผล urine culture พบ Staphylococcus coagulase negative อาการไข้ลดลง แผนการรักษาขณะนอนในโรงพยาบาลเริ่ม start warfarin ๒ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน INR ๑.๐๘-๑.๑๙ step warfarin ๓ mg ทุกวันศุกร์ถึงวันอาทิตย์ รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน และ Warfarin ๒mg ทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน keep INR ๒-๓ , ASA (๘๑) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน Metoprolol ๑๐๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งหลังอาหาร atorvastatin ๔๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน famotidine ๒๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้งเช้า-เย็นหลังอาหาร Folic acid รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งหลังอาหาร อาการดีขึ้น ไม่มีไข้ จึงส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านตามสิทธิ์เพื่อให้ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) และให้ยา Antibiotic ต่อให้ครบ ๗ วัน ได้รับข้อมูลประสานส่งต่อให้งานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกสาว ก่อนเป็นอัมพาตผู้ป่วยช่วยทำงานบ้านและช่วยเหลือตนเองได้ และไปวัดทำบุญได้ ตั้งแต่ป่วยเป็นอัมพาตไม่ได้ไปทำบุญที่วัดเลย ลูกสาวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ ช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของลูกหลานต้องดูแลตลอด บางครั้งคิดมากเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองทำให้นอนไม่ค่อยหลับ มีน้ำเมาน้ำตา ปวดหัว เบื่ออาหาร

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living, ADL)

ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ได้ ๕ คะแนน คือเป็นภาวะพึ่งพาปานกลาง: intermediate initial score, moderately severe dependence: ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แขนขาอ่อนแรงข้างขวา

รับประทานอาหารเองได้ ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า = ๑ คะแนน

การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ในระยะเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา ต้องการความช่วยเหลือ = ๐ คะแนน

ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ให้คนช่วยพยุงจึงจะนั่งได้ = ๑ คะแนน

การใช้ห้องน้ำทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง = ๑ คะแนน

การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองเคลื่อนที่ = ๑ คะแนน

การสวมใส่เสื้อผ้า ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ ๕๐ ที่เหลือต้องมีคนช่วย = ๑ คะแนน

การขึ้นลงบันไดไม่สามารถทำได้ = ๐ คะแนน

การอาบน้ำ ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ = ๐ คะแนน

การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน ๑ ครั้งต่อสัปดาห์) = ๑ คะแนน

การกลั้นปัสสาวะในระยะ ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ = ๐ คะแนน)

จากประวัติการรักษาเมื่อ ๑ สัปดาห์ก่อน พบปัสสาวะมีระดับ WBC ๑๐๐-๒๐๐ Cell/HDF ระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) ๑๑๖ mg%, Triglyceride ๑๒๔ mg/dl, Cholesterol ๑๕๖ mg/dl, HDL ๕๖ mg/dl, LDL ๑๔๘ mg/dl, น้ำหนัก ๔๔ กิโลกรัม สูง ๑๕๗ เซนติเมตร BMI ๑๗.๘๘

สัญญาณชีพแรกรับที่บ้าน อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๔/๖๔ มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย ๙๗ % ตรวจพบผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด(DTX) ๑๐๔ mg%

ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน ๒Q ผล ไม่มีความเสี่ยง

ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน ๙Q ผล อยู่ระดับน้อย (๘ คะแนน)

คัดกรองภาวะเครียด(ST ๕) คะแนนระดับเครียดมาก = ๗ คะแนน

การเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่ ๑. จากการรับทราบปัญหาผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลชุมชนงานปฐมภูมิและองค์กรรวมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับทีมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ทีมอาสาดูแล (care giver) เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินปัญหา

ครั้งที่ ๒. ประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วย เพิ่มเติม ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลคือลูกสาวของผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพพร้อมทีมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อสม.

ครั้งที่ ๓. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและให้บริการทำกายภาพบำบัด พบแขนขาอ่อนแรง Motor power = ๓ นักโภชนาการทบทวนการทำอาหารปั่นผสม Blenderized Diet

ครั้งที่ ๔. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลและประเมินอาการจากปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด ทีมอาสาดูแล (care giver) และอสม.

ครั้งที่ ๕. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินการทำกิจกรรมฝึกออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพนักกายภาพบำบัด อสม.

ครั้งที่ ๖. เพื่อติดตามเยี่ยมปัญหาด้านสุขภาพจิต ภาพลักษณ์และคุณค่าในตนเอง และด้านสังคม ร่วมกับทีมนักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ

ครั้งที่ ๗. การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑. มีภาวะพร่องการทำกิจวัตรประจำวัน สุขวิทยาส่วนบุคคล

ข้อมูลสนับสนุน

S: ๑. ผู้ป่วยบอกว่าแขนขาข้างขวาไม่ค่อยมีแรง ไม่สามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำเองได้ลูกต้องช่วยพยุง

๒. ผู้ป่วยบอกถ่ายอุจจาระต้องมีลูกสาวคอยช่วยเหลือและผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ

๓. ลูกสาวบอกต้องทำออกกำลังกายแขนขาให้ทุกวัน

๔. ผู้ป่วยบอกรับประทานอาหารได้แต่กลืนไม่สะดวกต้องใส่สายสวนให้อาหาร

O: ๑. แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ระดับ motor power = ๓ แขนขาข้างซ้ายใช้การได้ ระดับ Motor power = ๕ ไม่มีข้อติด

๒. ประเมิน ADL ได้ ๕ คะแนน

๓. มีมุมปากข้างขวาเบี้ยว พูดไม่ชัด

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี

๒. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. คะแนน ADL มากกว่า/เท่ากับ ๕

๒. มีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีได้แก่ ร่างกายและช่องปากสะอาด สิ่งแวดล้อมสะอาด

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือ Activity of Daily Living(ADL)

๒. อธิบายพูดคุยกับลูกสาวที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกันที่เหมาะสม

๓. ดูแลแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วย ทบทวนวิธีการควบคุมการขับถ่ายทั้งถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

๔. แนะนำญาติให้ดูแลความสะอาดร่างกาย ความสุขสบายหลังผู้ป่วยขับถ่าย ให้จัดหาที่รองขับถ่าย

ไว้ใกล้ผู้ป่วยและสาธิตการทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะวันละ ๒ ครั้ง เช้าเย็น โดยทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือ อย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง และทุกครั้งที่เป็นป้อนอุจจาระให้พอกด้วยน้ำสบู่ล้างด้วยน้ำสะอาดรวมทั้งตรงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ตึงรั้ง ดูแลสายสวนลงระบบปิดที่ปลอดภัย และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่นมีเลือดปนให้โทร ๑๖๖๙ เรียกรถฉุกเฉินรับไปโรงพยาบาล

๕. ทบทวน สาธิตให้ญาติและผู้ป่วย ฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองในการเปลี่ยนท่านอน เช่น จากท่านอนหงายไปเป็นท่าตะแคง

การตะแคงไปข้างที่ดี

- ให้จับแขนข้างอัมพาตวางไว้บนทรงวงหรือหน้าห้อง
- สอดปลายขาที่ดีเข้าที่เป็นอัมพาต เลื่อนเท้าที่ติดลงไปถึงข้อเท้าที่เป็นอัมพาต
- ใช้ขาที่ดีค่อยๆยกขาข้างอัมพาตขึ้น แล้วค่อยๆตะแคงไปด้านที่ดี
- ยกศีรษะ ไหล่ และตะแคงตัวไปด้านดี โดยใช้แขนข้างที่ดียันลงบนที่นอน มือจับขอบที่นอนไว้

การตะแคงตัวไปข้างที่เป็นอัมพาต

- ใช้มือข้างดี อ้อมมาจับราวขอบเตียงหรือขอบที่นอนด้านตรงข้าม
- ใช้แขนที่ดีดึงตัวให้ตะแคงไปด้านที่เป็นอัมพาต

๖. ทบทวนและสาธิต ให้ญาติ ฝึกให้ผู้ป่วยนั่งโดยการพยุงผู้ป่วยลุกนั่ง อย่่าตั้งแขนหรือจับแขนข้างที่เป็นโดยเด็ดขาดเพราะไหล่จะเคลื่อน หรือหลุด ให้สอนไหล่พยุงขึ้นนั่งโดยที่ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ปกติช่วยดันตัวขึ้นนั่ง หากยังทรงตัวนั่งเองไม่ได้ ควรนั่งโดยมีที่พิง เมื่อลุกนั่งไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด ควรนั่งให้ตรงประมาณ ๗๐ - ๙๐ องศา หากนั่งเอน ๆ ลำตัวมักไม่มั่นคงเกิดการงูไหลไปกับที่นอน จะทำให้มีแผลกดทับเกิดตามมา ระยะแรกอาจให้นั่งไม่นาน เมื่อทนได้ดีขึ้น ควรเพิ่มความถี่ของการนั่งให้มากขึ้น ระยะเวลาของการนั่งต่อครั้ง ค่อย ๆ ปรับให้มากขึ้นตามความทนทานของผู้ป่วย ตั้งแต่เวลาน้อย ๆ เช่น ๕ นาที และควรนั่งได้อย่างน้อย ๓๐ นาที ต่อการลุกนั่ง ๑ ครั้ง แต่ไม่ควรเกิน ๑ ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยนั่งได้อย่างน้อย ๓๐ นาที อาจย้ายมานั่งรถนั่ง

๗. ทบทวนและให้ผู้ป่วยและญาติสาธิต การยืนและเดิน ดึงนี้การเคลื่อนตัวจากท่านอนไปสู่ท่านั่ง และวิธีการเดิน

๘. ทบทวนความสามารถในการกลืนพบว่ากลืนได้ไม่สะดวกเนื่องจากติดสายสวนให้อาหาร แนะนำให้ญาติเตรียมอาหารสำหรับให้ทางสายสวน และให้ระวังการสำลักโดยให้ผู้ปวยนอนให้ศีรษะสูงขณะให้อาหารทางสายสวน

๙. นัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไปและให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษาและเบอร์โทรหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้างแต่ต้องมีญาติช่วย เช่น ลุกยืนข้างเตียงนอนได้ สวมใส่เสื้อผ้าช่วยตัวเองได้บ้างเช่น ล้างหน้า หวีผม

๒. ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ช่วยเคลื่อนตัวจากท่านอนไปสู่ท่านั่ง พยุงผู้ป่วยเดิน พาเข้าห้องน้ำ เตรียมอาหาร Feed ให้ผู้ป่วย

๓. คะแนน ADL = ๕

การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อ แขน ขา ขวาท่อนแรง เนื่องจากสภาวะหลอดเลือดในสมองแตกเดิม

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติบอกแขนขาข้างขวาท่อนแรงยกหรือหรือหยิบแก้วน้ำไม่ได้

O: Motor Power แขนและขาข้างขวา = ๓

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีข้อติด

๒. ญาติสามารถช่วยผู้ป่วยในการทำ passive exercise ได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีข้อติด

๒. ญาติสามารถช่วยผู้ป่วยในการทำ passive exercise ได้

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมิน motor power

๒. สาธิตการทำ passive exercise ให้ผู้ป่วยและสอนญาติในการทำ passive exercise โดย

๒.๑ ช่วยยกแขนข้างขวาที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอแขน เข้าออกทำสลับกัน ๒๐ ครั้ง ทำเช้า-เย็น ทุกวัน

๒.๒ ช่วยยกขาข้างขวาที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอขาเข้าออกและ ให้เกร็งกล้ามเนื้อ สลับกัน ๒๐ ครั้ง

ทำเช้า-เย็น ทุกวัน

๓. สอนผู้ป่วยทำ passive exercise โดย

๓.๑ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือขวา ยกขึ้นลง ครั้งละ ๒๐ ครั้ง ทำ เช้า - เย็น

๓.๒ ให้ผู้ป่วยใช้เท้าข้างซ้ายยกเท้าข้างขวาขึ้น ทำ ๒๐ ครั้ง ทำ เช้า - เย็น

๓.๓ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือขวา หมุนข้อมือทำ ๒๐ ครั้ง ทำ เช้า - เย็น

๔. ทบทวนและสาธิตการทำ Passive exercise และการทำ Active exercise

๕. ทบทวน อธิบายวิธีการแก่ตัวผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจและปฏิบัติตาม ดังนี้

๕.๑ การเคลื่อนไหวข้อให้ผู้ป่วยควรทำช้าๆ

๕.๒ ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ

๕.๓ ในแต่ละท่าทำซ้ำๆท่าละ ๑๐-๒๐ ครั้ง วันละ ๒ รอบ

๕.๔ ระหว่างทำให้ผู้ป่วยคิดอยู่เสมอว่ากำลังทำการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง

๕.๕ ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ

๕.๖ ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวดหรือพบปัญหาอย่างอื่นตามมา ญาติควรหยุดทำและขอ

คำปรึกษาจากพยาบาลผู้ดูแล

๖. แนะนำและช่วยติดตั้งรถเข็นเตี้ยตายตัวไว้บริเวณที่นอนประจำของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเอง ในระหว่างวันหลังจากที่ญาติทำไปแล้ว หรือในวันที่ญาติไม่ว่างทำกายภาพให้ พร้อมทั้งสาธิตการทำให้ผู้ป่วยทำตาม

๗. ทบทวนให้ญาติและผู้ป่วยทำ passive exercise ให้ดูเพื่อประเมินการทำ passive exercise ของ ผู้ป่วย และญาติ

๘. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้และพยามผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

๙. ให้ญาติเตรียมดินน้ำมันหรือลูกโป่งที่ใส่น้ำเพื่อให้ผู้ป่วยใช้มือข้างขวาที่อ่อนแรงบีบปั้นดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งที่ใส่น้ำ เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือให้แข็งแรง

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่มีข้อติด กล้ามเนื้อไม่ลีบ
 ๒. ญาติผู้ป่วยทำ passive exercise ได้ถูกต้อง
 ๓. Motor Power แขนและขาข้างขวา = ๓ แขนและขาข้างซ้าย = ๕
- การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอกเริ่มมีรอยแดง คล้ำบริเวณสะโพกข้างขวา เนื่องจากส่วนใหญ่นอนบนเตียง ขยับตัวเองลำบาก เคลื่อนไหวไม่สะดวก ลูกสาวต้องพยุงลุกจากเตียงนั่งรถเข็น

O: ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการ แขนขาขวาอ่อนแรง ระดับ ๓ มีรอยแดงคล้ำบริเวณสะโพกข้างขวาขนาด ๔ ซม.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
๒. ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณก้นกบ ปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆ
๒. ไม่เกิดแผลกดทับ ผิวหนัง ไม่มีบาดแผล
๓. ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผิวหนังโดยการสังเกต ว่ามีรอยแดงหรือรอยกดทับหรือไม่ โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณที่มีปุ่มกระดูก เช่น ก้น หลัง สะโพกเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ
๒. อธิบายให้ผู้ป่วย ญาติเข้าใจเรื่องแผลกดทับ สาเหตุและการป้องกัน
๓. สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติ ดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน จัดให้เรียบตึงแห้งและสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย และสะอาดปราศจากฝุ่นละออง เศษผงหรืออื่นๆ เพื่อป้องกันการระคายเคือง
๔. แนะนำญาติดูแลผิวหนังของผู้ป่วย ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ถ้าอากาศร้อนควรเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าปูเพื่อลดแบคทีเรียที่อยู่บนผิวหนัง
๕. แนะนำญาติหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ควรทำความสะอาดและเช็ดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้ง
๖. แนะนำให้ญาติใช้โลชั่นหรือน้ำมันมะกอกทาผิวหนังบริเวณผิวหนังที่แห้ง เช่นก้น แผ่นหลัง เพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง
๗. สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติกรนวดบริเวณก้นกบ หลังและปุ่มกระดูกเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด
๘. สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติกรพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าบ่อยๆ อย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับผิวหนังเป็นเวลานานพลิก โดยใช้ผ้ารองยกตัวหลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกส้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้ท้อง กรณีนอนตะแคงตัว ให้จัดท่านอนตะแคงกึ่งหงายโดยใช้หมอนช่วยในการจัดท่านอนตะแคง ๓๐ องศาเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอนผ้าหรือเบาะสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก และใช้หมอนป้องกันปลายเท้าตก

๙. จัดหาที่นอนลมให้ผู้ป่วยนอน เพื่อลดแรงกดทับของผิวหนังช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการนอนนานๆได้

การประเมินผล

ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอกบริเวณ ปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนัก ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีรอยถลอกหรือฉีกขาด ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๔. มีภาวะทุพโภชนาการ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอกผู้ป่วยเบื่ออาหาร ไม่อยากกินอะไร

O: ผู้ป่วยรูปร่างผอม มีมุมปากข้างขวาเปื่อย กลืนอาหารไม่ค่อยสะดวกใส่สายยางให้อาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนัก ๔๔ กิโลกรัม BMI ๑๗.๘๘

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ให้อาหารทางสายยางได้ ไม่มีการสำลักอาหารหรืออาเจียน

๒. น้ำหนักไม่ลดลงจากเดิม ๔๔ กิโลกรัม หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ กิโลกรัมต่อเดือน

๓. ผู้ป่วยดูสดชื่นไม่อ่อนเพลีย

กิจกรรมพยาบาล

๑. แนะนำผู้ป่วยและญาติการดูแลรักษา ความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อย วันละ ๒ ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน

๒. ให้อบอุ่นปากด้วยน้ำยาบ้วนปากหรือน้ำเกลือเพื่อป้องกันปากเป็นแผลและเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร

๓. แนะนำญาติ ทำอาหารทางสายยางให้ครบ ๕ หมู่ทุกมื้อ Feed ครั้งละ ๓๐๐ ml วันละ ๔ มื้อ

๔. ระหว่างมีอาหารให้ผู้ป่วยจิบนมหรือโอวัลติน น้ำผลไม้ หรือน้ำซุบที่ผู้ป่วยชอบรับประทานที่ละช้อนได้เพื่อกระตุ้นให้อยากอาหาร โดยจัดให้นั่งศีรษะสูง ระมัดระวังการสำลักหากกลืนลำบากให้หยุดทันที

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ไม่มีการสำลักอาหาร

๒. น้ำหนักไม่ลดลงจาก ๔๔ กก.

๓. ผู้ป่วยดูสดชื่นไม่อ่อนเพลีย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๕. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกไม่สามารถดูแลความสะอาดบริเวณที่คาสายสวนปัสสาวะได้เอง

O: การขับถ่ายปัสสาวะ กลั้นไม่ได้และใส่สายสวนปัสสาวะตลอด ปัสสาวะสีเข้ม

มีประวัติ ๑ สัปดาห์ก่อน พบปัสสาวะมีระดับ WBC ๑๐๐-๒๐๐ Cell/HDF

อุณหภูมิ ๓๗.๗ องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง ๓๖.๐-๓๗.๔ องศาเซลเซียส
๒. น้ำปัสสาวะใส ไม่มีตะกอนขุ่น
๓. บริเวณ perineum สะอาดไม่อับชื้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยการซักถามเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ลักษณะสีปัสสาวะขุ่นมากน้อยเพียงใด วัดอุณหภูมิของร่างกายเพื่อดูว่ามีไข้หรือไม่ มีอาการปวดบริเวณนั้นแฉะหรือไม่
๒. ให้ความรู้ญาติและผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังนี้
 - ๒.๑ สังเกตลักษณะปริมาณและสีของน้ำปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะออกน้อย ขุ่นมีตะกอน เลือดปน หรือมีไข้หนาวสั่น ปวดนั้นแฉะ ให้โทร๑๖๖๙ เพื่อเรียกรถการแพทย์ฉุกเฉินรับมาโรงพยาบาล
 - ๒.๒ ให้ดื่มน้ำหรือ Feed น้ำทางสายยาง อย่างเพียงพออย่างน้อย ๗-๘ แก้วต่อวันหรือ ๑๕๐๐ ซีซี-๒๐๐๐ ซีซี
 - ๒.๓ ให้ผู้ป่วย สวมเสื้อผ้า กางเกงที่โปร่งสบาย เพื่อความสบายและระบายความร้อนไม่อับชื้น
 - ๒.๔ ให้ความสำคัญสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณรอบๆสายสวนปัสสาวะ บริเวณหัวหน่าว อวัยวะเพศ ทวารหนัก โดยอาบน้ำฟอกสบู่วันละ ๒ ครั้ง เช้า-เย็น
 - ๒.๕ ให้ความสำคัญสะอาดรอบๆข้อต่อของสายสวนปัสสาวะกับถุงรองรับน้ำปัสสาวะด้วย ๗๐% Alcohol
 - ๒.๖ ดูแลให้สายสวนปัสสาวะ ให้อยู่ในระบบปิดอยู่เสมอโดยไม่ปลดข้อต่อระหว่างสายสวนปัสสาวะกับถุงรองรับน้ำปัสสาวะ
 - ๒.๗ ดูแลให้ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและจัดให้ถุงรองรับน้ำปัสสาวะอยู่สูงกว่าระดับพื้นห้องเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากน้ำปัสสาวะจากถุงรองรับน้ำปัสสาวะไหลย้อนเข้าไปในสายสวนปัสสาวะ
๓. แนะนำให้เปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะเมื่อถุงชำรุด สีถุงเปลี่ยน หรือทุก๑-๒ เดือน

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง ๓๖.๗ องศาเซลเซียส
๒. น้ำปัสสาวะใส ไม่มีตะกอนขุ่น ไม่มีเลือดปน
๓. บริเวณ perineum สะอาดไม่อับชื้น

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๖. ผู้ป่วยมีความเครียด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกบางครั้งเครียดคิดเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองทำให้นอนไม่ค่อยหลับ มีน้มาหัวปวดหัว เป็นภาระของลูกสาว ทำให้ลูกสาวต้องมาดูแลตนเองตลอด

O : ๑. สีหน้าผู้ป่วย ไม่ค่อยสดชื่น

๒. คัดกรองภาวะเครียด (ST ๕) คะแนนระดับเครียดมาก=๗ คะแนน

วัตถุประสงค์

ลดความเครียดของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสบายใจขึ้น
2. คัดกรองภาวะเครียด (ST ๕) คะแนนระดับเครียดน้อย ๐-๔ คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้การช่วยเหลือความเต็มใจเท่าที่เป็นมิตร
 ๒. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก ออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง
 ๓. อธิบายเรื่องโรค เป้าหมายและขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ
 ๔. วางแผนการพยาบาลเสริมพลังใจให้ผู้ผู้ป่วย อธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล
 ๕. ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์
 ๖. ตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล
 ๗. ผู้ป่วยชอบทำบุญ แนะนำให้ลูกสาวนิมนต์พระมาให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำบุญต่กบาตรที่บ้าน
 ๘. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูทีวี ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ
 ๙. แนะนำญาติให้จัดหาวิทยุหรือเครื่องเสียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงธรรมะ หรือรายการที่ผู้ป่วยชอบมาให้ฟัง
 ๑๐. แนะนำลูกหลาน ญาติให้ดูแลเอาใจผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ ให้ลูกหลานหรือเพื่อนบ้านมาพูดคุยด้วยเป็นประจำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีมีพลังใจ
- การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีหน้าตาสดชื่นขึ้น พูดคุยได้มากขึ้น
๒. คัดกรองภาวะเครียด (ST ๕) ระดับเครียดปกติ = ๒ คะแนน

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๗. ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่แจ่มใส พูดน้อย บอกเครียดบางครั้ง รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวและกังวล เรื่องการต้องมีสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดอยู่กับตัว รู้สึกอายเมื่อมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยม ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้างบนเตียง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ลูกเดินต้องให้ลูกสาวพยุง เจ็บป่วยครั้งนี้ไม่สามารถไปทำบุญที่วัดได้

ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน ๙Q ผล อยู่ระดับน้อย (๘ คะแนน)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและให้ความร่วมมือในการรักษา
๒. ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน ๙Q ผล อยู่ระดับปกติ
๓. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่ารู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นไม่ท้อแท้ มีกำลังใจมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจพร้อมกับกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง และความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ข้อข้องใจ
๒. ประเมินผู้ป่วยโดยสังเกตพฤติกรรมและซักถาม ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการพยายามปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเพื่อชะลอภาวะของโรคไม่ให้ทรุดลง
๓. แนะนำญาติและสาธิตการดูแลผู้ป่วยด้วยท่าที่ไม่รังเกียจ ใส่ใจและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
๔. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในเรื่องราวต่างๆของครอบครัวและให้ความสำคัญ เคารพนับถือในวันสำคัญต่างๆเช่น วันสงกรานต์
๕. สร้างบรรยากาศในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย พุดชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ชื่นชมญาติที่ใส่ใจและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย
๖. แนะนำให้ญาติและลูกหลานมีส่วนร่วมในการดูแล อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย
๗. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้รู้จักกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่สามารถปรับตัวได้ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดี เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเสริมอำนาจให้ผู้ป่วยยอมรับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีกำลังใจยอมปฏิบัติตนตามแผนการรักษา
๘. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่ารู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นไม่ท้อแท้ มีกำลังใจมากขึ้น เข้าใจถึงโรคที่เป็นอยู่ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สามารถบอกถึงการดูแลตัวเองได้
ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน ๙Q ผล อยู่ระดับปกติ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ ๘๖ ปี ดัชนีมวลกาย ๑๗.๘๘ แผนกผู้ป่วยในแจ้งประสานให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนืองที่บ้าน มีประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันคือ ๑๘ วันก่อน หลังตื่นนอนมีอาการพูดไม่ชัด ซึม เดินเซ ล้ม แขนขาข้างขวาไม่มีแรง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน วินิจฉัยโรคเป็น Stroke ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายให้นอนโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้น จึงส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามสิทธิ์เพื่อให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) และให้ยา Antibiotic ต่อให้ครบ ๗ วัน หลังจากนั้นไปรักษาตัวต่อที่บ้าน โดยมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะแรกได้ทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านตามคำแนะนำจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ได้ใส่สายสวนปัสสาวะและสายยางให้อาหารทางจมูกคาไว้ ร่างกายอ่อนเพลีย แขนขาไม่ค่อยมีแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สูญเสียสภาพลักษณะและรู้สึกคุณค่าตนเองลดลง เป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนพยาบาลได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมให้บริการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้าน ใช้กระบวนการพยาบาลโดยประเมินด้วยแบบประเมิน ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน การตรวจร่างกายตามระบบ และใช้แบบประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า ดำเนินกิจกรรมตามการวางแผนการพยาบาล จำนวนการเยี่ยมบ้าน ๗ ครั้ง

ภายในระยะเวลา ๓ เดือน ดำเนินกิจกรรมพยาบาลตามปัญหาตามข้อวินิจฉัย ยังคงมีปัญหาทางการพยาบาลในเรื่อง การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเนื่องจากขาดทักษะและการต่อเนื่องในการออกกำลังกาย การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้จัดทำแนวทางปฏิบัติของการเยี่ยมบ้านแบบผสมผสานสหวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุอัมพาตเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบผสมผสานเป็นองค์รวมตามปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลโดยอ้อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสูญเสียความสามารถ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากขึ้นเนื่องจากความพิการดังกล่าวส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ วัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มากที่สุด โดยการสอนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลแขน ขาข้างที่อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตให้สามารถเคลื่อนไหวและ ใช้งานได้ดีขึ้น จนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ตลอดจนเป็นการป้องกันความพิการผิดรูปที่อาจจะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยความร่วมมือประสานงานกับทีมสุขภาพ เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด รวมถึงตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล โดยพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะเป็นผู้คอยสอนและฝึกให้ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลได้รู้ถึงขั้นตอนและวิธีการฟื้นฟู โดยจะเน้นให้ผู้ป่วยรู้วิธีการช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ และจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามที่ฝึกมา พร้อมส่งเสริมการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยให้เหมาะสมรวมทั้งการดูแลแบบองค์รวมฟื้นฟูทั้งด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้กำลังใจและส่งเสริมคุณค่าด้วยการเสริมพลัง ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโรค และไม่เกิดการกำเริบซ้ำ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เกิดความร่วมมืออย่างมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชน

๖.การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

- ๖.๑ ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- ๖.๒ ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- ๖.๓ สามารถจัดทำเป็นเอกสารหรือผลงานวิชาการและนำเสนอเพื่อนำความรู้ไปใช้ในเชื่อมโยงส่งต่อการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลระดับชุมชนเป็นการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการแก่ผู้สนใจ

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การเคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว พุดไม่ชัด การกลืนอาหารลำบากใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ใส่สายสวนปัสสาวะ มีความบกพร่องทางความรู้สึกร่างกาย สภาพจิตใจ และอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อเหนียวลึบ มีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง ต่อต้าน จึงเป็นความยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องให้การพยาบาลอย่างรอบคอบ สร้างความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือฟื้นฟูศักยภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยัง ต้องทำให้อาญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผนการจำหน่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้รู้จักดูแลตนเองตลอดจนการประคับประคองพยาบาลต้องประเมิน ความจำเป็น ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้อย่างรอบคอบ ต้องวางแผนการช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองเท่าที่จะสามารถ จะกระทำได้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่ละปัญหาต้องการการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดย อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีความชำนาญในการประเมิน ผู้ป่วยและญาติควรมีความรู้เรื่องโรคพยาธิสรีระของโรค การพยากรณ์โรค เพื่อวางแผนการดูแล ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสมการฟื้นฟู สมรรถภาพจะสำเร็จได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ ญาติมีส่วนร่วม ในเบื้องต้นญาติจะขาดความมั่นใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย การฟื้นฟูผู้ป่วยจึงไม่เพียงพอแต่ด้านร่างกายเท่านั้น ยังต้องเสริมพลังเพื่อฟื้นฟูด้านจิตใจ และให้การสนับสนุนทางสังคม โดยให้ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพเข้ามาให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ และให้ลองปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ในที่สุด ทำให้ช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคและช่วยให้อาญาติมีชีวิตอยู่ที่บ้านโดยใช้ความสามารถ ของตนเองให้ได้มากที่สุดและลดการที่จะต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยแม้ว่าโรคของผู้ป่วยจะไม่หายขาด แต่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรคเกิดจากปัจจัยส่วนตัวของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นวัยชรา มีความแปรปรวนทางอารมณ์และ ท้อแท้ เปื่อหน่ายง่าย อีกทั้งต้องมียุทธศาสตร์ทางการพยาบาล เช่น สายยางทางจมูกและทางเดินปัสสาวะ ทำให้ การยอมรับภาพลักษณ์และความกังวลต่อสิ่งที่มีบนร่างกาย ผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้ระยะเวลาที่จะ ยอมรับได้ พยาบาลต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่หลากหลาย และใช้ระยะเวลา ในการสร้างความมั่นใจ ให้ความรู้ เกี่ยวกับอุปกรณ์ ตลอดจนสอนทักษะการดูแลสำหรับกลุ่มเปราะบาง คือ ผู้สูงอายุอย่างละเอียด และต้องให้ ความรู้ซ้ำ ๆ เพื่อทบทวนและเน้นย้ำในเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้านเพื่อฟื้นฟู สภาพ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกันและทันต่อ เหตุการณ์ พยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญและชำนาญ เพื่อให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง ลด อัตราการเสียชีวิต พิกัดของผู้ป่วย

๙.๒ ควรมีการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

๙.๓ ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและควบคุมปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๙.๔ ด้านบริหารบุคลากรควรมีการวางแผนพัฒนาบุคลากร ให้การเข้าอบรม ศึกษาต่อและจัด
ผู้รับผิดชอบรายการหรือพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน


๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วางแผนเสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีเพื่อเผยแพร่บนเว็บไซต์

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวน้ำค้าง พิสิทธิ์เดช ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางสาวน้ำค้าง พิสิทธิ์เดช)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

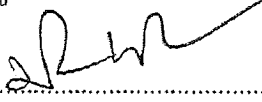
(วันที่) ๙ / ๗ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางสาวน้ำค้าง พิสิทธิ์เดช	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นายปริญญา พวงศรีทอง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างอารมณ์

(วันที่) ๙ / ๗ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(นายรัฐวิษ แซงแก้ว)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
(ตำแหน่ง).....

(วันที่) ๙ ม.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์
อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

๒.หลักการและเหตุผล

๑. ข้อมูล

ทศวรรษนี้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก คือ การสูงวัยของประชากรโดยจะเห็นได้จากใน พ.ศ. ๒๕๕๙ โลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ ๗,๔๓๓ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุจำนวน ๙๒๙ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ ของประชากรทั้งหมด (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙) ระดับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก ๑๐ ประเทศ มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ มีจำนวน ๓ ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ (ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗) ประเทศไทย (ร้อยละ ๑๖.๕) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ ๑๐.๗) (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕) โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อย ๆ การสูงวัยของประชากรจึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕)

จังหวัดอุทัยธานีเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคเหนือตอนล่าง มีประชากรทั้งสิ้น ๓๒๙,๔๓๓ คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน ๖๓,๑๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๒๒ ของจำนวนประชากรทั้งหมด จากการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี มีจำนวนทั้งสิ้น ๕,๙๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๓๓ ของจำนวนประชากรทั้งหมด จึงถือว่าเป็น “ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)” ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ๒๐ ของประชากรทั้งหมด (อำเภอสว่าง, ๒๕๖๕) โดยอำเภอสว่างอารมณ์ เป็นเขตพื้นที่ชนบท สภาพสังคมเริ่มเปลี่ยนเป็นเมืองมากขึ้น ส่งผลทำให้โครงสร้างเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ลดน้อยลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากลูกหลานที่อยู่ในวัยแรงงานได้เปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพเกษตรกรรมไปสู่การทำงานในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ และพบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๖๕)

๒. สภาพปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ผ่านมา

จากการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๗.๑๒ เพศชาย ร้อยละ ๔๒.๘๗ จำแนกเป็นผู้สูงอายุ อยู่ในช่วง ๖๐ – ๖๔ ปี ร้อยละ ๒๙.๙๔ ผู้สูงอายุอยู่ในช่วง ๖๕ – ๖๙ ปี ร้อยละ ๒๑.๔๓ ผู้สูงอายุอยู่ในช่วง ๗๐ – ๗๔ ปี ร้อยละ ๑๙.๗๙ ผู้สูงอายุอยู่ในช่วง ๗๕-๗๙ ปี ร้อยละ ๑๔.๒๕ และผู้สูงอายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๔.๕๖ ผู้สูงอายุมีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๓๘.๐๐ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๐.๐๐ โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ ๕.๐๐ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๓.๐๐ และโรคมะเร็ง ร้อยละ ๔.๐๐ (โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี, ๒๕๖๕) จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อ การมีอายุที่ยืนยาว โดยเฉพาะในด้านผลกระทบต่อสุขภาพในผู้สูงอายุทำให้

เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดขึ้น ทั้งนี้สาเหตุอาจมาจากปัจจัยหลายอย่างเช่น พฤติกรรมการบริโภคเนื่องจากเริ่มเปลี่ยนเป็นชุมชนเมือง ทำให้ผู้สูงอายุมีวัฒนธรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ย่อมส่งผลถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เงินรายได้ที่ต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลานในการดำรงชีพ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น พบว่า ผู้สูงอายุนั้นมีอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ขึ้นทุกปีโรคที่พบบ่อยและมากที่สุดนั้นคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ

๓. สิ่งที่ต้องการจะพัฒนา

ดังนั้น ผู้ขอประเมินจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาดังกล่าว เพื่อนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี เพื่อเป็นวางแผนระยะยาวในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว และปัญหาอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ให้เกิดความพร้อมในการที่จะรองรับและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

๓.บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

บทวิเคราะห์

การวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ครั้งนี้ ผู้ขอประเมิน ได้นำเทคนิคการวิเคราะห์แบบ SWOT Analysis (จีราวิจน์ จันทสิทธิ์ และคณะ, ๒๕๖๑) มาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม (ดังตารางที่ ๑) เพื่อนำผลการวิเคราะห์มากำหนด เป็นกลยุทธ์ด้วยเทคนิค TOWS matrix และนำเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมการ เข้าสู่สังคมสูงอายุของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ต่อไป

ตารางที่ ๑ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคามของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานีด้วยเทคนิค SWOT Analysis

Strengths-จุดแข็ง	Weaknesses-จุดอ่อน
๑. มีการจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุครอบคลุมทุกตำบล ๒. มีกองทุนสวัสดิการสุขภาพตำบลสำหรับผู้สูงอายุ ๓. มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง ๔. ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้สะดวก ๕. ผู้สูงอายุมีศักยภาพและมีความพร้อมในการพัฒนา	๑. ผู้สูงอายุไม่ตระหนักในเรื่องของสุขภาพ ๒. ผู้สูงอายุขาดความรู้ ความเข้าใจ และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ ๓. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ๔. ผู้สูงอายุบางส่วนยังขาดความร่วมมือในการทำกิจกรรม
Opportunities-โอกาส	Threats-ภัยคุกคาม
๑. ปีแห่งการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ๒. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพได้ ๓. มีบุคลากรที่มีความรู้ ความความสามารถ ในการดูแลสุขภาพ ๔. มีนโยบายการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุ	๑. ภาวะเศรษฐกิจมีการถดถอยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ๒. ลักษณะทางสังคมเป็นเขตเมืองส่งผลให้พฤติกรรมการดำเนินวิถีชีวิตเปลี่ยนไป

จากผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคามของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานีด้วยเทคนิค SWOT Analysis ผู้ขอประเมินได้นำข้อมูลผลการวิเคราะห์ดังกล่าวมากำหนดเป็นกลยุทธ์ด้วยเทคนิค TOWS matrix ดังตารางที่ ๒ ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์กลยุทธ์ด้วยเทคนิค SWOT Analysis

<p style="text-align: center;">S + O (จุดแข็ง+โอกาส)</p> <p>๑. จัดหางบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุจากหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบ</p> <p>๒. จัดให้มีการประชุมพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุทุกเดือน</p> <p>๓. สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ</p>	<p style="text-align: center;">W + O (จุดอ่อน+โอกาส)</p> <p>๑. จัดกิจกรรม/โครงการ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านการศึกษาดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น</p> <p>๒. จัดอบรมแกนนำผู้สูงอายุให้สามารถถ่ายทอดความรู้แก่สมาชิกในชมรม ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง</p> <p>๓. จัดหางบประมาณเพื่อทำโครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้มีความหลากหลาย</p>
<p style="text-align: center;">S+T (จุดแข็ง+ภัยคุกคาม)</p> <p>๑. จัดให้ชมรมผู้สูงอายุมีการพบปะปรึกษาพูดคุยกันเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดความเครียด</p> <p>๒. เครือข่ายสุขภาพร่วมกันรณรงค์พฤติกรรมกรรบริโภคอาหาร</p>	<p style="text-align: center;">W+T (จุดอ่อน+ภัยคุกคาม)</p> <p>สร้างความตระหนักให้แก่ผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมกรรบริโภค หลีกเลี้ยงวัฒนธรรมสังคมเมือง ลดภาระหนี้สินค่าใช้จ่ายในครัวเรือน</p>

จากตารางที่ ๒ การวิเคราะห์กลยุทธ์ด้วยเทคนิค SWOT Analysis ทำให้กลยุทธ์ทั้ง ๔ ด้าน โดยผู้ขอประเมินสนใจที่จะนำกลยุทธ์เชิงรุก (S+O) จุดแข็ง+โอกาส ในข้อที่ ๓ “สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ” นำมาใช้ในการจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ต่อไป

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ผู้ขอประเมินได้ทำการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. แนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก

มาสรีน ศกุลปักษ์ และ กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ (๒๕๖๐) ได้อธิบายถึงแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก ไว้ว่า องค์ประกอบสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง ประกอบด้วย ๓ ประการ ได้แก่ ๑) มีสุขภาพที่ดี (Healthy) ๒) มีความมั่นคง หรือการมีหลักประกันในชีวิต (Security) และ ๓) มีส่วนร่วม (Participation)

กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO’s Active Ageing framework) Active Ageing เป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสาธารณสุข การมีส่วนร่วมและได้รับความปลอดภัย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการวางแผนนโยบาย บริหารจัดการการให้บริการ การจัดสภาพแวดล้อมและโครงสร้างเมืองของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มี พหุฒิพลัง (Active Ageing) เริ่มจากผู้สูงอายุต้องส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่มี ตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และ มีกลุ่มในสังคมโดยอาศัยเทคโนโลยีมาเชื่อมต่อสังคมให้กับผู้สูงอายุเหล่านี้

๒. ปฏิญญาบรูไนดารุสซาลามว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว: การดูแลผู้สูงอายุ (Brunei Darussalam Declaration on Strengthening Family Institution: Caring for the Elderly) ได้รับการรับรองใน พ.ศ. ๒๕๕๓ ณ กรุงบันดาร์เสรีเบกาวัน ประเทศบรูไนดารุสซาลาม โดยมีสาระสำคัญดังนี้ (พระครูวินัยธรเอนก เตชวโร และคณะ, ๒๕๕๙)

๑) พัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมและกระตุ้นให้มีแผนงานด้านการศึกษา เพื่อเพิ่มพูนความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

๒) ให้การดูแลและสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงในรูปแบบของอาสาสมัครชุมชน และรูปแบบอื่น ๆ ของการดูแลแบบทางเลือกโดยครอบครัวและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

๓) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสร้างเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพึ่งพาตนเองและความสามารถในการทำงานเชิงเศรษฐกิจ

๔) ส่งเสริมโอกาสในทุกช่วงวัยในการพัฒนาตนเอง การบรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีผ่านทางช่องทางต่าง ๆ รวมถึง การเข้าถึงสวัสดิการ และบริการทางสังคม แหล่งทรัพยากร การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะตลอดชีวิต และการมีส่วนร่วมในชุมชน

๕) ให้ผู้สูงอายุมีรายได้มั่นคง ภาระดีหรือวัน และมีสุขภาพดี ด้วยการลดอัตราความยากจนในผู้สูงอายุ

๖) ส่งเสริมการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ การสนับสนุนและการคุ้มครองทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ที่รวมถึงการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและการบำบัดฟื้นฟู

๗) สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมูลฐาน นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ดูแลและอาสาสมัครในการให้การดูแลผู้สูงอายุ

๘) ส่งเสริมการตระหนักรู้และความสามารถของเยาวชนในการใช้ชีวิตอย่างถูกสุขลักษณะ และเตรียมสำหรับการก้าวสู่วัยผู้สูงอายุและสามารถรับมือกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงวัยได้

๙) ส่งเสริมการดำเนินงานและการแลกเปลี่ยนงานวิจัยและการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุ

๑๐) เสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรข้ามสาขาของอาเซียนที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนที่ใกล้ชิดยิ่งขึ้นกับภาคประชาสังคม ภาคเอกชน สมาคมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

๓. นโยบายของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ

คณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบายต่อสภา นิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน ๑๑ ด้าน โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ ๓ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๕๗)

ข้อที่ ๓ ในระยะต่อไป จะพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม ระบบการออมและระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบการกักขังที่เป็นธรรมและการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาสผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็ก

ข้อที่ ๔ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรคและไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อสรุปแนวคิดของผู้ขอประเมิน

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าหน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับโลกจนถึงประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญ กับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ขอประเมินจึงสนใจที่จะนำนโยบายของรัฐบาลไทย ด้านผู้สูงอายุ “ข้อที่ ๔ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและ การมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบ การดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ” มาใช้ร่วมกับกลยุทธ์เชิงรุก (S+O) จุดแข็ง+โอกาส ในข้อที่ ๓ “สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ” ในการจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่ สังคมสูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี ต่อไป

ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผู้ขอประเมินขอเสนอ “ข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี” ดังนี้

๑. สร้างแรงจูงใจด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ
ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุต้นแบบในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ให้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้สูงอายุต้นแบบ การอบรมถ่ายทอดความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. พัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ
ดำเนินการพัฒนาโครงข่ายและเชื่อมโยงระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิและตติยภูมิในพื้นที่อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นเฉพาะกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ

๓. ปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ
ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชน และโครงสร้างพื้นฐานเดิม ให้เหมาะสมและ เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เน้นการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่น โดยมีการกำหนดมาตรการเพื่อจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามาเป็นกลไกในการขับเคลื่อน รวมทั้งพัฒนาชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ

๔. ปฏิรูประบบข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ
ดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้สูงอายุในภาพรวม ตั้งแต่สภาพปัญหา ความต้องการ และบริการที่ผู้สูงอายุได้รับจากภาครัฐ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
เชิงปริมาณ

๑. เกิดโครงข่ายเชื่อมโยงระบบบริการและดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
๒. มีนวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต
๓. ผู้สูงอายุและกลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ
๔. เกิดชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
๕. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เชิงคุณภาพ

ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือ ความเจ็บป่วยที่มี ตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามศักยภาพของตนเอง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๕๐ ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
๒. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ ร้อยละ ๙๐
๓. ร้อยละ ๗๐ ของผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพและสังคม
๔. มีชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างน้อยตำบลละ ๑ ชุมชน
๕. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครบทุกหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล และอำเภอ

(ลงชื่อ)
.....

(นางสาวน้ำค้าง พิสิทติเดช)

(ตำแหน่ง)...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...

(วันที่) ๒๕ / ๑๑ / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน