



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน

สุรีย์รัตน์ ธนากิจ , พย.ม.

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคลองใหญ่

E-mail: sureerat2506@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ทันเวลา จะลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน

รูปแบบการศึกษา : เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักวิชาการและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา : หญิงไทยอายุ 59 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน ได้รับการวินิจฉัย หลอดเลือดสมองส่วนกลางด้านซ้ายอุดตัน ผ่าตัดเปิดส่วนของกะโหลกศีรษะ มีภาวะติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ใส่ท่อเจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง คาสายสวนปัสสาวะ และมีแผลกดทับ จากการศึกษาพบว่า มีกระบวนการพยาบาลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน ดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมก่อนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 2) การพยาบาลที่บ้าน ให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย ทุกหัตถการอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขปัญหาย่างทันเวลา ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล 3) การประสานให้เกิดความช่วยเหลือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลสามารถก้าวผ่านความยากในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น พยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง และในด้านเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

คำสำคัญ : หลอดเลือดสมอง , ภาวะติดเตียง , การพยาบาลที่บ้าน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาการที่รุนแรงจนเกิดภาวะติดเตียงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยสถานการณ์ของประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561-2563 เท่ากับ 303.20, 318.89 และ 328 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โดยอัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยต่อประชากรแสนคนในปี 2562-2564 เท่ากับ 10.24, 10.34 และ 10.58 ตามลำดับ แต่อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยภายหลังการออกจากโรงพยาบาลไป 30 วันในปี 2562-2564 เท่ากับ 15.84, 16.21 และ 16.63 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ 30 วัน สูงกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาล บ่งชี้การดูแลในระยะ Intermediate care โดยหน่วยปฐมภูมิ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2564) สำหรับโรงพยาบาลคลองใหญ่ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดเตียงในชุมชนระยะ Intermediate care ปี 2562-2564 เท่ากับ 9, 9 และ 10 คนตามลำดับ และในปี 2562-2564 พบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะปอดอักเสบ 1, 1 และ 2 คน การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2, 2 และ 2 คน และ แผลกดทับ 2, 3 และ 2 คน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้องนอนโรงพยาบาล 2, 3 และ 3 คน ตามลำดับ ไม่พบการเสียชีวิต (สถิติผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลคลองใหญ่, 2562-2564) ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา เสริมพลัง และเฝ้าระวังทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ทันเวลา จะลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียง

วิธีดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน จำนวน 1 ราย โดยเลือกผู้ป่วยระยะ Intermediate care ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองใหญ่ โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงอย่างต่อเนื่อง ในช่วงเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนตุลาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลคลองใหญ่ ตำรา เอกสารวิชาการ และปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว นำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการพยาบาล

พยาธิสภาพการรักษและการพยาบาลที่สำคัญ

คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดสมอง คือโรคที่มีการผิดปกติของระบบประสาทเป็นอาการของแขนขาหรือใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง ขา อ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างทันทีทันใด และมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง โรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพันธุกรรม ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ และอาหาร ล้วนมีส่วนทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก หลังการรักษาการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย คือการมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ (รุ่งนิภา จ่างทอง, 2564)

พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองส่วนกลาง (The middle cerebral artery : MCA) เป็นหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงสมองส่วน frontal, temporal และ parietal lobes ดังนั้น กรณีของความผิดปกติที่เกิดกับหลอดเลือดสมองส่วนกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการกลืนน้ำลายลำบากหรือกลืนอาหารลำบากและแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาจมีอาการชาร่วมด้วย อาจมีความผิดปกติของการมองเห็นด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดตัน อาจมีอาการกลืนลำบากและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ร่วมด้วย (จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, 2560) ถ้ามีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะติดเตียง โดย



ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ได้คะแนน ADL 0-4 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แสดงถึงภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (สำนักการพยาบาล, 2556) **การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง** ผู้ป่วยติดเตียงมักมีความพิการหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ภาวะติดเตียงอาจนำสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยสำลัก มีการคั่งค้างของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอออกได้เอง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง (ยงชัย นิละนนท์, 2560 อ้างในรุ่งนิภา จ่างทอง, 2564) ลักษณะของผู้ดูแลครึ่งหนึ่งเป็นบุตร และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ดูแลที่จ้างมาดูแล การดูแลโดยเฉลี่ย 11 ชั่วโมง 30 นาทีต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 30 ปี จากการศึกษาถึงภาระการดูแลโดยสรุป พบว่า ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมองต้องรับภาระการดูแลมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการด้านร่างกาย (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2547 อ้างในปรารักษ์ วรรณ วงษ์ไตรรักษ์, 2561) ทำให้พยาบาลต้องมีความตระหนักในการค้นหาปัญหาของทั้งร่างกายผู้ป่วยและจิตใจของผู้ดูแล ตลอดจนมีการสร้างการรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางบวก ได้แก่การตอบแทนบุญคุณความดี จะช่วยส่งเสริมให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงและผู้ดูแลดีขึ้น (ปรารักษ์ วรรณ วงษ์ไตรรักษ์, 2561) ได้แก่

1. ประเมินความต้องการการดูแลจากผู้ป่วยและครอบครัว และแฟ้มประวัติเพื่อเป็นพื้นฐานในการนำมาจัดทำแผนการจำหน่าย วางแผนการช่วยเหลือร่วมกับทีมสุขภาพ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผลของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วย การดูแลที่สำคัญ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น การชัก มีไข้สูง
3. ให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากร เช่น สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งสามารถไปใช้บริการในกรณีฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนตลอด 24 ชั่วโมง
4. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวและเรียนรู้การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังการเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการหาทางเลือกที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น
5. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ทำให้เกิดความสะดวก
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวัง สนับสนุนให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยเลื่อมใสศรัทธา รวมทั้งประเมินอาการปัญหาทางสุขภาพจิต

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ Home ward (กรมการแพทย์, 2565) ด้วยแนวคิดการดูแลแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยและญาติ มีความพร้อมจะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม จะสามารถให้การดูแลรักษาต่อที่บ้านได้ ดังนี้

ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบจากเชื้อในชุมชน (Community acquired pneumonia) มีอาการมีเล็กน้อย ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้ว ดังนี้

1. ส่งตรวจ Complete blood count (CBC) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค
2. แพทย์พิจารณา รับประทานแบบ home ward เมื่อ 1) ไม่เข้าลักษณะปอดอักเสบแบบรุนแรง 2) คาดการณ์ผู้ป่วยไม่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาลตามดุลพินิจของแพทย์ 3) ในรายที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ปอดอักเสบแบบรุนแรง ต้องมีความพร้อม ที่จะให้ออกซิเจนที่บ้านและมีการติดตามวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (oxygen saturation) ที่บ้านได้ 4) เหมาะสมในการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้ วันละครั้ง เช่น Ceftriaxone, Moxifloxacin, Levofloxacin



3. ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้น ใช้สูง ไอบามาก มีเสมหะ หายใจเร็ว ฟังเสียงปอดพบเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที

ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะแบบไม่ซับซ้อน (Uncomplicated urinary tract infection, UTI) เป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลาอันสั้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา สัญญาณชีพ (Vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปราศจากอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) สามารถรับประทานได้และพร้อมที่จะรับการดูแล แบบ Home ward มีแนวทางการปฏิบัติหลังจากให้การวินิจฉัยแล้วดังนี้ คือ

1. ส่งตรวจ Complete blood count (CBC), Blood urea nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Electrolyte และ urine analysis (UA)

2. แพทย์พิจารณาว่าสามารถให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบยารับประทานหรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ที่สามารถให้วันละครั้ง เช่น Ceftriaxone, Gentamicin, Levofloxacin, Ertapenam (กรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา: การติดเชื้อในโรงพยาบาล, ประวัติได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้, ประวัติได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะก่อนหน้านี้ หรือประวัติติดเชื้อดื้อยาหรือมีเชื้อดื้อยาเป็นเชื้อประจำถิ่น

3. ติดตามสัญญาณชีพร่วมกับปัสสาวะขุ่น มีตะกอน เลือด หรือกลิ่นฉุน หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบเหนื่อย ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที การหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล

4. ตรวจปัสสาวะ (UA) ซ้ำและติดตามผลการเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะเมื่อครบ 72 ชั่วโมง (ถ้ามี) **ผู้ป่วยมีแผลกดทับ (pressure ulcer management) ระยะที่ 1-3** ที่สัญญาณชีพ (Vital signs) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการบวมแดงร้อนบริเวณแผล มีหนองหรือเนื่อตาย เนื้อดำบริเวณแผล ปราศจากอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) สามารถรับประทานยาได้ โดย

1. พยาบาลติดตามสัญญาณชีพพร้อมกับการดูแลแผลและการให้ยาปฏิชีวนะที่บ้าน ในแผลระดับ 1 สามารถให้การดูแลโดยให้คำแนะนำและสอนผู้ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำให้อากาศแห้ง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ส่วนในแผลระดับ 2 หรือระดับ 3 ที่ขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่มีเนื่อตาย ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อช (gauze) หรือ transparent dressing, hydrocolloid dressing, foam พยาบาลติดตามแผลโดยถ่ายรูปผ่านระบบสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วยได้

2. หากพบอาการหรืออาการแสดงที่แย่ลง เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที การหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส แผลมีขนาดใหญ่ขึ้น บวม แดง ร้อน หรือมีเนื่อตายมากขึ้น ให้ส่งตัวผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล

3. พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัวหลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับการยกส้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้ท้อง ถ้านอนตะแคงให้จัดทำกึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก



4. การดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายใจของแผล ต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการ ความต้องการพลังงานและได้รับสารอาหารเพียงพอ เหมาะสม และควรได้รับน้ำอย่างน้อย 2 – 3 ลิตรต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

5. เมื่อแผลผู้ป่วยหายแล้ว พยาบาลให้คำแนะนำ การดูแลแก่ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การพลิกตะแคงตัว การสังเกตเมื่อเกิดแผลบริเวณที่มีความเสี่ยง เช่น ปุ่มกระดูก และให้กำลังใจผู้ดูแล

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 59 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เก๊าท์ และภาวะน้ำหนักเกิน มา 10 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีการเพิ่มขนาดยามากขึ้น 5 ปีก่อนเพิ่มยาแอสไพริน และยาฉีดอินซูลิน ร่วมกับยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมัน ยาเก๊าท์ และยาอื่น ๆ รวม 9 รายการ ต่อมาวันที่ 8 สิงหาคม 2565 เวลา 11.00น. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรง ส่งต่อโรงพยาบาลตราด ได้รับการวินิจฉัย หลอดเลือดสมองส่วนกลางด้านซ้ายอุดตัน (Left MCA occlusion) ซึ่งเนื้อสมองมีความเสียหายเป็นวงกว้าง ทั้งสมองส่วน frontal, temporal และ parietal lobes ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดส่วนของกะโหลกศีรษะไว้เพื่อบรรเทาแรงกดดันภายในสมอง (Left FTP decompression craniectomy) ส่วนของกะโหลกศีรษะถูกเปิดไว้หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตราด 33 วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตราด วันที่ 11 กันยายน 2565 สาเหตุที่ส่งเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีภาวะติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ใส่ท่อเจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง คาสายสวนปัสสาวะ ขณะนอนโรงพยาบาลมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดบวมพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (A.baum), ภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) และมีแผลกดทับ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (วันที่ 11 กันยายน 2565) ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ขยับแขนขาข้างซ้ายได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หายใจไม่เหนื่อย เสมหะทางท่อเจาะคอสีขาว ปัสสาวะในถุงขุ่นเล็กน้อย มีแผลกดทับสะโพกขวา(ระยะที่ 2) มีเนื้อแดงขนาด 4*4 เซนติเมตร ไม่มีเนื้อตาย อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 112/68 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ยาที่ได้รับกลับบ้าน: Mixtard penfill 32-0-20, Levotiracetam (500mg) 2*2 pc, Rosuvastatin (10mg) 2*1hs., Verapamil(40mg) 2*3pc, Enalapril(5mg) 1*2pc., Warfarin (3 mg) 0.5*hs พบปัญหา 1.ความไม่พร้อมของบ้าน พยาบาลร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยออกแบบจัดบ้านชั้นล่าง ปลั๊กไฟและอุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ เตียงเฟาเลอร์ ที่นอนเจล เครื่องดูดเสมหะ ชุดทำแผล ถังมือ ถังขยะติดเชื้อแอลกอฮอล์ 2.ความไม่พร้อมของทักษะผู้ดูแลในการทำหัตถการจำเป็นที่ต้องทำทุกวันที่บ้าน พยาบาลทบทวนและฝึกสอนทักษะแก่ผู้ดูแลให้ถูกต้อง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลและพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงป้องกันแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การฉีดยาอินซูลิน การแยกขยะทุกชิ้นของผู้ป่วยลงถังขยะติดเชื้อ ประสานงานกับหน่วยจ่ายกลางจัดเตรียมรับชุดทำแผลส่งน้ำฆ่าเชื้อและให้ผู้ดูแลนำถังขยะติดเชื้อมาทิ้งที่ถังแดงหน้าหน่วยจ่ายกลางก่อนส่งชุดทำแผลทิ้งทุก 2 วัน 3.ความกังวลใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยลำพัง (ผู้ดูแลหลักเป็นน้องชายที่บวชพระมานาน ลาสิกขาออกมาดูแลพี่สาว ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ส่วนผู้ดูแลเสริมเป็นหลานชายที่มีการศึกษาชั้นมัธยม ใช้สมาร์ทโฟนในการสื่อสารได้ดี และพักอยู่ในบ้านหลังติดกัน) พุดคุยเสริมพลังให้มีความมั่นใจ ประสานงานเชิญอาสาสมัครสาธารณสุขใกล้บ้านผู้ป่วยที่ผ่านการอบรม Care giver (หลักสูตร 70 ชั่วโมง) มารับทราบแนวทางการดูแลต่อเนื่อง แจ้งเบอร์โทรศัพท์และไลน์ทั้งของพยาบาลชุมชน Care giver เทศบาลตำบลคลองใหญ่ และ 1669



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (วันที่ 12 กันยายน 2565) ผู้ป่วยรู้สึกตัว สืบตาได้เอง ขยับแขนขาข้างซ้ายได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หายใจไม่เหนื่อย เสมหะทางท่อเจาะคอสีขาว ปัสสาวะในถุงขุ่นเล็กน้อย มีแผลกดทับสะโพกขวา(ระยะที่ 2) มีเนื้อแดงขนาด 4*4 เซนติเมตร ไม่มีเนื้อตาย อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 124/64 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที มีความพร้อมของบ้านและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ยังพบปัญหา ความไม่พร้อมของทักษะผู้ดูแลพยาบาลได้วางแผนร่วมกับผู้ดูแลทั้งสองคน ให้มีความมั่นใจและมีทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยปรับให้มีการแบ่งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ได้แก่ผู้ดูแลหลัก(น้องชายอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย) เป็นผู้ดูแลเหตุการณ์ การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลเสมหะ ดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำอาหารและให้อาหารทางสายยาง การพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าให้ถูกต้อง และการทำกายภาพบำบัด ส่วนผู้ดูแลเสริม(หลานชายที่อยู่บ้านติดกัน) ทำหัตถการวัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ทำแผลเจาะคอ ทำแผลกดทับด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อและปิดแผลด้วยผ้าก๊อซ (gauze) จัดชุดทำแผลส่งน้ำเชื้อและส่งขยะติดเชื้อที่โรงพยาบาล บันทึกผลการวัดค่าต่างๆ ถ่ายรูปแผลกดทับและวิดีโอการดูแลของน้องชายผู้ป่วยส่งพยาบาลเสริมพลังและประเมินความถูกต้องทางไลน์ประจำวัน โทรศัพท์ปรึกษาปัญหาต่างๆกับพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดจนประสานกับเทศบาลตำบลคลองใหญ่เพื่อขอรถพยาบาลรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน โดยแจ้งทั้งผู้ดูแลและอสม. Care giver เน้นย้ำการระมัดระวังการติดเชื้อของผู้ดูแลจากการสัมผัสเสมหะของผู้ป่วย ให้แยกขยะทุกชิ้นของผู้ป่วยลงถุงขยะติดเชื้อและนำมาทิ้งที่โรงพยาบาล ไม่ทิ้งลงถังขยะของเทศบาล โดยต้องทำ contact precaution อย่างเคร่งครัด จนถึงวันที่ 27 มกราคม 2566 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (วันที่ 19 กันยายน 2565) ผู้ป่วยรู้สึกตัว สืบตาได้เอง ขยับแขนขาข้างซ้ายได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หายใจไม่เหนื่อย เสมหะทางท่อเจาะคอสีขาว อาหารทางสายยางย่อยได้หมด ปัสสาวะในถุงขุ่นเล็กน้อย มีแผลกดทับสะโพกขวา(ระยะที่ 2) มีเนื้อแดงขนาด 4*4 เซนติเมตร แผลดีขึ้น ไม่มีเนื้อตาย อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 116/64 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 126 mg/dl พยาบาลได้เปลี่ยนสายอาหารทางสายยางและสายสวนปัสสาวะ ส่งปัสสาวะตรวจ ผลปกติ เจาะเลือดติดตามค่า Prothombin time (ผล 19.2 secs) และ INR (ผล 1.7) แพทย์ปรับยา Warfarin จากเดิม 10.5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ เพิ่มเป็น 12 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ ผู้ดูแลทั้งสองคนมีการสื่อสารกับพยาบาลผ่านวิดีโอของหลานชายทุกวัน มีทักษะที่ถูกต้องและมั่นใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 (วันที่ 11 ตุลาคม 2565) ผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น สืบตาทันทีที่ได้ยินเสียงเรียก ขยับแขนขาข้างซ้ายได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หายใจไม่เหนื่อย เสมหะทางท่อเจาะคอสีขาว ไม่มีสำลัก อาหารทางสายยางย่อยได้หมด ปัสสาวะในถุงขุ่นเล็กน้อย แผลกดทับสะโพกขวา(ระยะที่ 2) มีเนื้อแดงขนาด 3*3 เซนติเมตร แผลดีขึ้น ไม่มีเนื้อตาย อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 128/68 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าโดยผู้ดูแลเจาะและบันทึก 128 mg/dl พยาบาลได้เปลี่ยนสายอาหารทางสายยางและสายสวนปัสสาวะ ส่งปัสสาวะตรวจ ผลปกติ พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการนำผู้ป่วยเดินทางโดยรถพยาบาลของเทศบาลตำบลคลองใหญ่ระยะทาง 75 กิโลเมตร ไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลตราดในวันที่ 12 ตุลาคม 2565 ผู้ดูแลประสานกับเทศบาลตำบลคลองใหญ่จัดรถรับส่งเรียบร้อย มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยไปตรวจตามนัด เตรียมวัสดุจำเป็น ได้แก่อาหารและอุปกรณ์ให้อาหารสายยาง ลูกยางแดงดูแลเสมหะ ยางรัดถุงปัสสาวะขณะเคลื่อนไหว ยางพาส ถุงมือ แอลกอฮอล์ ถุงขยะ



ติดเชื้อ เย็บบ้านครั้งที่ 5 (วันที่ 13 ตุลาคม 2565) หลังกลับจากตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลตราด พบว่าผู้ป่วยอ่อนเพลีย นอนหลับมากขึ้น ไม่ไอ ไม่เหนื่อย อาหารทางสายยางย่อยหมด ไม่มีท้องอืด ปัสสาวะจำนวนและสีคงเดิม อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 124/66 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ได้รับยาเดิมมาต่อเนื่องอีก 1 เดือน พยาบาลได้ให้กำลังใจและเสริมพลังผู้ดูแลทางโทรศัพท์ทุกวัน และนัดหมายการเย็บผู้ป่วยที่บ้านครั้งต่อไปอีก 1 เดือน รวมระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 33 วัน

ผลการศึกษา กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เก๊าท์ และภาวะน้ำหนักเกิน โดยได้รับการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะที่เกิดจากสมองบวม หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีภาวะติดเตียงและมีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลคือคนที่สำคัญที่สุด ทีมสุขภาพได้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลชุมชนร่วมกับครอบครัวเตรียมความพร้อมบ้านให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 1 เตียง พยาบาลและนักกายภาพบำบัดฝึกทักษะผู้ดูแลในหัตถการจำเป็นที่ต้องทำทุกวัน ทีมสุขภาพสอนแนะนำช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสะดวกมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลชุมชนเยี่ยมช่วยเหลือและเสริมพลังผู้ดูแล ทั้งการเยี่ยมบ้าน 1-4 ครั้งต่อเดือน และการเป็นที่ปรึกษาติดตามอาการทางไลน์และโทรศัพท์ทุกวัน มีการแบ่งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่เหมาะสมกับต้นทุนความสามารถของผู้ดูแล ตลอดจนความช่วยเหลือของภาคีเครือข่ายในชุมชน Care giver และ เทศบาลตำบลคลองใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลสามารถก้าวผ่านความยากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชนได้อย่างดี ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ตาราง การเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎี ด้วยการอภิปรายผลในประเด็น การดูแลสุขภาพที่บ้าน การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การประเมินเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
1. การดูแลสุขภาพที่บ้าน 1.1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่บ้าน 1.2 ระดับความรุนแรง	ตรวจพบโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เก๊าท์ และภาวะน้ำหนักเกิน มา 10 ปี ก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษาวันที่ 8 สิงหาคม 2565 ได้รับการผ่าตัดสมอง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพร้อมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 11 กันยายน 2565	ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้พิการที่ลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ควรได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพ ในการจัดระดับความรุนแรง เป็นผู้ป่วยระดับความรุนแรงที่ 3 ที่พยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีการใส่สายท่อ เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ (สำนักการพยาบาล, 2556)



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
2. การประเมิน ภาวะสุขภาพ แบบองค์รวม (INHOM SSS ASSESSMENT) I : การเคลื่อนไหว (Immobility) N : โภชนาการ (Nutrition) H : สภาพบ้าน (Home Environment) O : สมาชิกคนอื่น ในบ้าน/ชุมชน (Other People) M : ยาที่ผู้ป่วยใช้ (Medication) E : การตรวจ ร่างกาย/ติดตาม (Examination) S : ความคุกคาม (Stability) สภาพ เศรษฐกิจ/สังคม S : สุขภาวะทาง จิต วิญญาณ (Spiritual Health) S : ทางเลือกการ รักษาอื่นในชุมชน (Service)	- ADL Score เท่ากับ 1 คะแนน(คะแนน รวม ADL 20 คะแนน) - เดิมอาหารโปรด ส้มตำ ข้าวเหนียวมูล ซื้อมา อาหารปรุงสำเร็จเป็นหลัก ปัจจุบันเป็น อาหารสายยางที่ผู้ดูแลปรุงเองตามแผนการ รักษาทุกวัน - ภายในบ้านและบริเวณบ้านสะอาด เรียบร้อย มีบุตรชาย 2 คน ทำงานอยู่ กัมพูชา สมาชิกในครอบครัวและ Care Giver เป็นน้องชาย 1 คนบวชพระอยู่วัด ใกล้บ้าน ลาสิกขาออกมาดูแลพี่สาว และ หลานชาย 1 คนอยู่บ้านติดกัน ผู้ดูแลทั้งสอง คนมีสุขภาพดี ผู้ป่วยมีเงินเก็บพอใช้จ่ายใน ครอบครัวระยะยาว ไม่มีหนี้สิน - รับประทานยาตรงเวลา แต่มีการเพิ่ม ขนาดยามากขึ้น 5 ปีก่อนเพิ่มยาแอสไพริน และยาฉีดอินซูลิน ร่วมกับยาลดความดัน โลหิต ยาลดไขมัน ยาแก้ปวด และยาอื่น ๆ รวม 9 รายการ ไม่ได้รับประทานสมุนไพรใดๆ - บ้านผู้ป่วยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลตราด 75 กิโลเมตร(ตรวจรักษาตามนัด) โรงพยาบาลคลองใหญ่ 2 กิโลเมตร(ตรวจ รักษาเบื้องต้น) สำนักงานเทศบาลคลอง ใหญ่ 1 กิโลเมตร(รถรับส่งต่อไปตรวจที่ โรงพยาบาล) และบ้านอสม. Care Giver 100 เมตร	-การประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนี บาร์เธลเอ็ดแอต (Barthel Activities of Daily Living : ADL) คะแนน ADL 0-4 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แสดงถึงภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (สำนักการพยาบาล, 2556) - จากการประเมินนิสัยการรับประทานอาหาร และอาหารที่ชอบ พบว่าผู้ป่วย ไม่สามารถปรับพฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหาร โดยต้องเพิ่มขนาด ยามากขึ้น ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลใน เลือดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้มีการทำลาย เสื่อมสภาพ และ การล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่ สำคัญ (จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, 2560) -การประเมินผู้ดูแล พบว่ามีสภาพ เศรษฐกิจดี มีความพร้อมในการดูแล สุขภาพผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิก ในครอบครัว มีการรับรู้ความรู้ถึงผล ด้านบวกต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล คือการตอบแทนบุญคุณในความดีที่ ผู้ป่วยเคยทำให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแล ให้การดูแลด้วยความรัก ไม่ทอดทิ้ง เกิดสัมพันธ์ภาพในการดูแลระยะยาว ต่อเนื่องที่บ้าน (ปรารักษ์ชญาณ์ วงษ์ไตร รักษ์, 2561) - ทางเลือกแรกในการเข้ารับการรักษา ของผู้ป่วย คือ โรงพยาบาลคลองใหญ่ ใกล้บ้านก่อนที่จะมาโรงพยาบาลตราด
3. การประเมิน เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ที่ มีภาวะติดเตียงใน ชุมชน - ประเมินผู้ป่วย สัญญาณชีพ อาการ	-อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส, ความ ดันโลหิต 112/68 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที -ผู้ป่วยรู้สึกตัว สมองได้เอง ชยับแขนขาข้าง ซ้ายได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง -ใส่ท่อเจาะคอ เสมหะทางท่อเจาะคอสีขาว หายใจไม่เหนื่อย	- ผู้ป่วยมีปัญหาเกิดภาวะติดเตียงจาก การผ่าตัดสมองซีกซ้าย ทำให้ร่างกาย ซีกขวาอ่อนแรง มีแผลกดทับ(ระยะที่ 2) ที่สะโพกขวา มีความเสี่ยงต่อการติด เชื้อจากระบบทางเดินหายใจ(ใส่ท่อ เจาะคอและให้อาหารทางสายยาง) ระบบทางเดินปัสสาวะ(คาสายสวน



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
ทั่วไป - การเกิด ภาวะแทรกซ้อน - การประเมิน หัตถการจำเป็น สำหรับผู้ป่วยติด เตียง - การประเมิน ด้าน สุขภาพจิตของผู้ดูแล ด้วยแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 2 ข้อและ9 ข้อ (แบบประเมิน 2 Q และ 9 Q) - การประเมินด้าน เภสัชกรรม การดูแลตนเองด้าน เภสัชกรรม	-ให้อาหารทางสายยาง อาหารย่อยได้หมด -คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะในถุงขุ่น เล็กน้อย -มีแผลกดทับสะโพกขวา(ระยะที่ 2) มีเนื้อ แดงขนาด 4*4 เซนติเมตร ไม่มีเนื้อตาย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ น้องชายได้รับการ training หัตถการจำเป็น หลานชายไม่ได้รับ การ training -ผลการประเมินผู้ดูแล ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่าน มา รวมวันนี้ ไม่รู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง - ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ไม่มี ความรู้สึกลบๆ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน - ได้คะแนนรวม 9 คำถาม เท่ากับ 5 -ยาที่ได้รับกลับบ้าน: Mixtard penfill 32- 0-20, Levotiracetam (500mg) 2*2 pc, Rosuvastatin (10mg) 2*1hs., Verapamil(40mg) 2*3pc, Enalapril(5mg) 1*2pc., Warfarin (3 mg) 0.5*hs ผู้ดูแลแสดงวิธีให้ยาฉีดและยา รับประทานถูกต้อง	ปัสสาวะ) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีภาวะ พึงพิงโดยสมบูรณ์ ผู้ดูแลต้องใช้ทั้ง ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแล ซึ่ง มีทั้งหัตถการจำเป็นหลายประการ การให้ยาสำคัญต่อโรค แม้ผลการ ประเมินด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้า จะยังมีผลที่ ปกติ แต่ผลการศึกษาของ ปิ่นนเรศ ภาศอุดม,2547) อ่างใน ปรารักษ์ญาณ วงศ์ไตรรักษ์, 2561) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การระ การดูแลของญาติผู้ดูแลกับความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ ป่วยเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออก พบว่าลักษณะของผู้ดูแล ครึ่งหนึ่งเป็น บุตรและอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ดูแลที่จ้างมา ดูแล การดูแลโดยเฉลี่ย 11 ชั่วโมง 30 นาทีต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 30 ปี จากการศึกษาถึง การดูแลโดยสรุป พบว่า ญาติที่ ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมองต้อง รับภาระการดูแลมากกว่าการดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องการด้านร่างกาย ทำให้ พยาบาลต้องมีความตระหนักในการ ค้นหาปัญหาของทั้งร่างกายผู้ป่วยและ จิตใจของผู้ดูแล
4. ปัญหาทางการ พยาบาล	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเกร็ง เนื่องจากมี ภาวะหลอดเลือดสมอง ส่วนกลางอุดตันและ เนื้อสมองตาย(Left MCA territory infraction) ผ่าตัด Left FTP decompression craniectomy ได้รับยา Levetiracetam (500mg) 2*2 Rosuvastatin (10mg)2*1hs., Verapamil(40mg) 2*3pc,	การประเมินภาวะสุขภาพจากประวัติ อาการและอาการแสดง สภาพ เศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ ทัศนคติ และสภาวะสิ่งแวดล้อม นำมากำหนดปัญหาทางการพยาบาล ภายใต้ข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ และนำมาวางแผนการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2556)



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	Enalapril(5mg) 1*2pc และ Warfarin (3 mg) 0.5*hs 2. เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากเชื้อในชุมชน (Community acquired pneumonia) จากการคาท่อเจาะคอและมีประวัติปอดอักเสบจากเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital acquired pneumonia) รักษาด้วยยา Fortum 2 gm IV q 8 hr (10-17 สิงหาคม 2565) แต่มีไข้ เสมหะเปลี่ยนสี ปรับยาเป็น Meropenam 2 gm IV q 8 hr (17-26 สิงหาคม 2565) ผลการเพาะเชื้อเสมหะพบ Acinetobacter baumannii (A.baum) 3. เสี่ยงต่อการเกิดทางเดินปัสสาวะติดเชื้อแบบซับซ้อน (Complicated UTI) จากการคาสายสวนปัสสาวะและมีโรคร่วมเป็นเบาหวาน 4. มีแผลกดทับสะโพกขวา(ระยะที่ 2) มีเนื้อแดงขนาด 4*4 เซนติเมตร ไม่มีเนื้อตาย 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) ขณะนอนโรงพยาบาลและยังคงได้รับยา Mixtard penfill 32-0-20 ที่บ้าน 6. ความกังวลใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยลำพัง ผู้ดูแลหลักเป็นน้องชายที่บวชพระมานาน ลาสิกขาออกมาดูแลพี่สาวใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ได้รับการฝึกสอนทักษะมาแล้ว และมีเป็นหลานชายที่มีการศึกษาชั้นมัธยม ใช้สมาร์ทโฟนในการสื่อสารได้และพักอยู่ในบ้านหลังติดกัน	acute stroke MCA พยาธิสภาพของโรคเกิดที่หลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองส่วน frontal, temporal, and parietal lobes ดังนั้นผู้ป่วยจะมีอาการกลืนน้ำลายลำบาก อ่อนแรงครึ่งซีกและแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาจมีอาการชาร่วมด้วย อาจมีความผิดปกติของการมองเห็นด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดตัน อาจมีอาการกลืนลำบาก และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ร่วมด้วย (จุฬาทิพย์ เทพสุวรรณ, 2560) โดยหลังการผ่าตัดสมอง ทำให้เกิดการเสียหน้าที่ของสมองเป็นวงกว้าง และมักทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาต่างๆ เช่น ชัก กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง อวัยวะทำหน้าที่ได้ช้าลงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยสำลัก มีการค้างค้ำของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอออกได้เอง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง (ยงชัย นิละนนท์, 2560 อ้างในรุ่งนิภา จ่างทอง, 2564)
5. การพยาบาล ตามปัญหาสำคัญ 5.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเกร็งเนื่องจากมีภาวะ	กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน 1. ประเมินอาการผู้ป่วยติดตามสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว เข้า เย็น (ไม่มีไข้ ค่าความดันโลหิต ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาความดันโลหิตสูงในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-5 โดยความดันโลหิต 112/68-124/66 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัว สัมผัสทันทันที่ได้ยินเสียงเรียก ไม่มีอาการชักเกร็ง ผู้ดูแลให้



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
หลอดเลือดสมอง ส่วนกลางอุดตันและ เนื้อสมองตาย(Left MCA territory infraction) ผ่าตัด Left FTP decompression craniectomy	ได้แก่ยาควบคุมอาการชัก Levetiracetam (500mg) 2*2 ยาลดความดันโลหิต Verapamil(40mg) 2*3pc, Enalapril(5mg) 1*2pc ยาลดไขมันใน เลือด Rosuvastatin (10mg)2*1hs. และ ยาต้านเกร็ดเลือด Warfarin (3 mg) 0.5*hs 4.จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่ผู้ดูแลสังเกตได้ ง่ายและติดตามอาการชักอย่างใกล้ชิด	อาหารทางสายยางและยาตาม แผนการรักษาตรงเวลา ทำให้ผู้ป่วยลด ความเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิมที่ เคยทำให้อาการรุนแรง โดยผลจากการ ออกฤทธิ์ของยา Levetiracetam ควบคุมอาการชักที่เกี่ยวข้องกับสมอง ยาVerapamil และ Enalapril ลด ความดันที่ทำให้หลอดเลือดคลายตัว หัวใจจึงไม่ต้องสูบน้ำแรง มาก นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณเลือด และออกซิเจนไปยังหัวใจและชะลอ การทำงานของไฟฟ้าในหัวใจเพื่อ ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจและยา Warfarin ด้านการแข็งตัวของเลือด รวมถึงการเกิดลิ่มเลือดที่อาจไปอุดตัน ของหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆที่สำคัญ ดังนั้นการพยาบาลที่ป้องกันการกลับ เป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับ โรคประจำตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะ ปกติ (รุ่งนิภา จ่างทอง, 2564)
5.2 เสี่ยงต่อการเกิด ปอดอักเสบจากเชื้อ ในชุมชน (Community acquired pneumonia) จาก การคาท่อเจาะคอ และมีประวัติปอด อักเสบจากเชื้อใน โรงพยาบาล (Hospital acquired pneumonia) รักษา ด้วยยา Fortum (10-17 สิงหาคม)	กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน 1. ประเมินอาการผู้ป่วยติดตามสัญญาณชีพ เข้า เย็น (ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแสดงของการ ติดเชื้อทางเดินหายใจ คือ ไอ มีเสมหะ หายใจเร็ว ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) เมื่อมีอาการดังกล่าวควร นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที 2. ก่อนให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย ให้ ผู้ดูแลปรับหัวเตียงสูง 30-90 องศา ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร และควรให้ ผู้ป่วยนั่งในท่าเดิมเพื่อให้อาหารย่อย ประมาณ 1-2 ชั่วโมง จึงปรับหัวเตียงลง 3. ทำความสะอาดปากและฟัน ด้วยการใช้ ตะเกียบพันผ้าอ่อนนุ่ม เช็ดภายในปาก อย่างน้อยเช้า ก่อนนอนหรือทุกครั้งที่มีการ	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาปอดอักเสบในการ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-5 โดยอุณหภูมิกาย 36.5- 36.9 องศาเซลเซียส, ชีพจร 64- 68 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อ นาที เสมหะทางท่อเจาะคอสีขาว ไม่ไอ ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงกรอบแกรบ ผู้ดูแลมีทักษะในการทำคว่ำหน้า ช่องปากและให้อาหารทางสายยางที่ ถูกต้องไม่พบการสำลักอาหาร โดยให้ นอนหัวสูง 60 องศาและค้ำท่าหัวสูง ไว้ 1 ชั่วโมงหลังให้อาหาร ส่วนการดูด เสมหะทางท่อเจาะคอ ผู้ดูแลใส่ถุงมือ และเปลี่ยนสายดูดเสมหะทุกครั้ง มี การแยกขยะติดเชื้อมัดถุงแน่นต่อครั้ง และส่งทำลายเชื้อที่โรงพยาบาลทุก 2



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
2565) แต่มีไข้ ปรับ ยาเป็น Meropenam (17- 26 สิงหาคม 2565) ผลการเพาะเชื้อ เสมหะพบ Acinetobacter baumannii (A.baum)	ลำไส้อาหาร 4. ผู้ดูแลต้องระมัดระวังการติดเชื้อ A.baum จากการสัมผัสเสมหะของผู้ป่วย ให้แยกขยะทุกชิ้นของผู้ป่วยลงถุงขยะติดเชื้อและนำมาทิ้งที่โรงพยาบาล ไม่ทิ้งลงถัง ขยะของเทศบาล โดยต้องทำ contact precaution อย่างเคร่งครัดจนถึงวันที่ 27 มกราคม 2566	วัน ซึ่งการให้ความรู้ในการดูแลมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลที่บ้านของ ญาติผู้ดูแล (ปาริยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์, 2561) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ ถูกต้องและเกิดความปลอดภัย
5.3 เสี่ยงต่อการเกิด ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ แบบซับซ้อน (Complicated UTI) จากการคาสาย สวนปัสสาวะและมี โรคร่วมเป็น เบาหวาน	กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน 1. ประเมินอาการผู้ป่วยติดตามสัญญาณชีพ เข้า เย็น (ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแสดงของการ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ คือ ปัสสาวะขุ่น มี ตะกอน เลือด หรือกลิ่นฉุน เมื่อมีอาการ ดังกล่าวควรเก็บตัวอย่างปัสสาวะส่งตรวจดู การติดเชื้อ หรือหากมีไข้หนาวสั่นควรนำ ผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที) 2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด คือ ตั้งแต่ข้อต่อสายสวนปัสสาวะและสายต่อ กับถุงรองรับปัสสาวะ ต้องให้ปิดอยู่ ตลอดเวลา ระมัดระวังไม่ให้ข้อต่อหลุดหรือ เปิดออก เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ระบบ ทางเดินปัสสาวะ หากข้อต่อหลุด ให้ใช้สาลี ชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดปลายข้อต่อที่สาย สวนปัสสาวะและที่ปลายสายข้อต่อกับถุง รองรับปัสสาวะ แล้วจึงต่อสายสวนปัสสาวะ เข้ากับถุงรองรับน้ำปัสสาวะไว้เหมือนเดิม 3. การทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะที่ คาอยู่ โดยใช้ น้ำสะอาด ล้างสายสวน ปัสสาวะ หลังจากนั้นฟอกสายสวนปัสสาวะ ด้วยสบู่ แล้วจึงล้างออกด้วยน้ำสะอาดอีก ครั้งให้สะอาดพร้อมซับสายสวนปัสสาวะ และผืนหนังที่เปียกน้ำให้แห้ง เพื่อลดจำนวน เชื้อโรค 4. การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงรองรับ ปัสสาวะ ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง	ผู้ป่วยไม่พบปัญหาทางเดินปัสสาวะติด เชื้อในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-5 โดย อุณหภูมิกาย 36.5- 36.9 องศา เซลเซียส ผู้ดูแลมีทักษะที่ถูกต้องใน การดูแลความสะอาดของร่างกายและ สายสวนปัสสาวะ พบมีปัสสาวะขุ่น เล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 2 พยาบาลจึง เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและส่ง ปัสสาวะตรวจ ผลปกติ จากนั้นสังเกต ลักษณะปัสสาวะทางวิดีโอไลน์ต่อเนื่อง พบมีปัสสาวะขุ่นเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 3 พยาบาลจึงเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ และส่งปัสสาวะตรวจ ผลปกติ ไม่พบ อาการแสดงของการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ จึงนัดหมายกับผู้ดูแล สังเกต ลักษณะปัสสาวะทางวิดีโอไลน์ต่อเนื่อง และวางแผนเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ในสัปดาห์ที่ 2-3 ตามมาตรฐานการ ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่มี ภาวะติดเชื้อ (กรมการแพทย์, 2565)



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	รองรับปัสสาวะเมื่อพบว่า มีน้ำปัสสาวะประมาณ ¾ ของถุงรองรับปัสสาวะ หรือทุก 6-8 ชั่วโมง การเทปัสสาวะออกต้องไม่สัมผัสบริเวณปลายรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะ และใช้สาลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดบริเวณรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะก่อน และหลังเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง แล้วจึงปิดรูเปิดของถุงรองรับปัสสาวะให้แน่น ทั้งนี้ในช่วงเวลาก่อนนอนตอนกลางคืน ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะให้หมดก่อน จะได้ไม่ต้องกังวลว่าปัสสาวะจะเต็มถุง นอกจากนี้ที่สำคัญอีกประการคือการจัดท่านอนเพื่อระมัดระวังการนอนทับสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการกดทับสายสวนปัสสาวะจนเกิดการคั่งค้างปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ ที่จะเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 5. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและผิวหนังรอบๆ ที่สอดสายสวนปัสสาวะ ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน และทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อช่วยลดจำนวนเชื้อโรค และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายหลังจากการขับถ่าย 6. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 2-4 สัปดาห์ 7. ควรเปลี่ยนถุงปัสสาวะ เมื่อพบว่า ถุงปัสสาวะ รั่ว หรือขาด (สังเกตได้จากมีน้ำปัสสาวะรั่วซึมถุงเปื่อยตลอดเวลา) และโดยทั่วไปควรต้องเปลี่ยนถุงปัสสาวะทุก 1 เดือน หรือเปลี่ยนถุงปัสสาวะเร็วกว่านี้ เมื่อเห็นว่า สกปรก หรือมีตะกอนจับในถุงปัสสาวะ หรือถุงปัสสาวะมีกลิ่นแรง 8. หลีกเลี่ยงการยกถุงรองรับปัสสาวะไว้สูงเหนือระดับเอว	
5.4 มีผลกดทับ สะโพกขวา(ระยะที่	กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน 1. ประเมินอาการผู้ป่วยติดตามสัญญาณชีพ	ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ ผลกดทับ ได้แก่ แผลมีหนอง มีเนื้อ



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
2) มีเนื้อแดงขนาด 4*4 เซนติเมตร ไม่เป็นหนอง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น	เข้า เย็น (ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อแผลกดทับ ได้แก่ แผลมีหนอง มีเนื้อตาย มีกลิ่นเหม็น) 2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการกดทับและช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น ลดการลุกลามของแผลกดทับ และสังเกตลักษณะผิวหนัง 3. ใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด เช่น ที่นอนเจล 4. การทำแผลให้ถูกวิธีเพื่อส่งเสริมการหายของแผล โดยใช้สาลิชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกข้างนอกแผล 5. แนะนำการดูแลเรื่องอาหารตามแผนการรักษาเพื่อช่วยส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น 6. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย 7. ห้ามนวดหรือประคบด้วยความร้อนบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะการนวดหรือการประคบด้วยความร้อนจะเพิ่มการอักเสบของผิวหนังส่วนนั้น เสี่ยงต่อการฉีกขาดของผิวหนัง 8. ทำความสะอาดผิวหนังทุกครั้งหลังการขับถ่ายด้วยน้ำเปล่าโดยไม่ขัดถู ซับให้แห้ง และเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป	ตาย มีกลิ่นเหม็น ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 พบว่าแผลดีขึ้น ขอบแผลเล็กลง ไม่มีแผลใหม่เพิ่มขึ้น ทักษะการทำแผลกดทับและการพลิกตัวของผู้ป่วยดูแลถูกต้อง เป็นไปตามมาตรฐานการทำแผลกดทับ
5.5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากได้รับการรักษาภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) ขณะนอนโรงพยาบาลและยังคงได้รับยา	กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน 1. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ทราบถึงสาเหตุอาการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยมีอาการมือ-เท้าเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ซึม สับสน หมดสติ ชัก) 2. หากมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ก่อนให้	ผู้ป่วยไม่ได้ทานอาหารด้วยตนเอง ได้รับการปรับขนาดยาฉีดอินซูลิน ลดลง เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3-4 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด 126-128 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการมือ-เท้าเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ซึม สับสน หมดสติ ชัก ผู้ดูแลมีความรู้ใน



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
Mixtard penfill 32-0-20 ที่บ้าน	น้ำหวานทางสายยาง โดยหาระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย -ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว โทรศัพทเรียก 1669 หรือโรงพยาบาลเทศบาลตำบลคลองใหญ่ นำส่งโรงพยาบาลทันที -ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้น้ำหวานเข้มข้น 2 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ ½ แก้ว ตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วอีกครั้งหลังให้น้ำหวานนาน 15 นาที ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังคงน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้น้ำหวานอีก ½ แก้ว ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นให้นำส่งโรงพยาบาล	การสังเกตอาการ และมีทักษะที่ต้องในการตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าและการฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา
5.6 ความกังวลใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยลำพัง ผู้ดูแลหลักเป็นน้องชายที่บวชพระมานาน ลาสิกขาออกมาดูแลพี่สาว ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ได้รับการฝึกสอนทักษะมาแล้ว และมีเป็นหลานชายที่มีการศึกษาชั้นมัธยม ใช้สมาร์ทโฟนในการสื่อสารได้ และพักอยู่ในบ้านหลังติดกัน	กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน 1.ปรับให้มีการแบ่งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ได้แก่ 1.1ผู้ดูแลหลัก (น้องชายอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย) เป็นผู้ดูแลหัตถการ การทำความสะอาดร่างกาย ดูดเสมหะ การทำอาหารและให้อาหารทางสายยาง การพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดทำให้ถูกต้อง ดูแลสายสวน ปัสสาวะ และการทำกายภาพบำบัด 1.2 ผู้ดูแลเสริม (หลานชายที่อยู่บ้านติดกัน) ทำหัตถการ วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลในเลือด ทำแผลเจาะคอ ทำแผลกดทับ จัดชุดทำแผลส่งนั่งฆ่าเชื้อและส่งขยะติดเชื้อที่โรงพยาบาล บันทึกผลการวัดค่าต่างๆ ถ่ายรูปแผลกดทับและวิดีโอการดูแลของน้องชายผู้ป่วย 2.พยาบาลมีการเยี่ยมบ้าน เสริมพลังและประเมินความถูกต้องของการดูแลผู้ป่วยทางไลน์ประจำวันของผู้ดูแล โทรศัพท์ปรึกษาปัญหาต่างๆกับพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง 3.อสม. Care giver ใกล้บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยทุกสัปดาห์หรือได้รับการร้องขอ 4.ประสานงานกับเทศบาลตำบลคลองใหญ่	ผู้ป่วยมีความเสียหายของเนื้อสมองด้านซ้ายเป็นบริเวณกว้าง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะติดเตียงยาวนาน หากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่มีคุณภาพ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตรายนำไปสู่การนอนโรงพยาบาลบ่อยและเสียชีวิตได้ ซึ่งครอบครัวมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลภาวะสุขภาพ และเป็นหลักในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูงมาก ผู้ดูแลเองก็ต้องพึ่งพิงภาคีเครือข่ายในสังคมสูงมากเช่นกัน การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนานต้องการระบบที่ดีของทีมงานสุขภาพและชุมชน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง มีการเสริมพลังตลอดจนมีช่องทางให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดจนมีการสร้างการรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางบวก ได้แก่การตอบแทนบุญคุณความดี จะช่วยส่งเสริมให้สัมพันธ์ภาพระหว่าง



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	อภิปรายผล
	เพื่อขอรถพยาบาลรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน หรือรับส่งไปตรวจตามนัด	ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงและผู้ดูแลดีขึ้น (ปาริยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์, 2561)

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน พบว่าหลังการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยมีภาวะติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ใส่ท่อเจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง คาสายสวนปัสสาวะ และมีแผลกดทับ ผู้ดูแลคือคนที่สำคัญที่สุด ทีมสุขภาพได้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลชุมชนร่วมกับครอบครัวเตรียมความพร้อมบ้านให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 1 เตียง พยาบาลทบทวนและฝึกทักษะผู้ดูแลในหัตถการจำเป็นที่ต้องทำทุกวัน ทีมสุขภาพสอนแนะนำช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสะดวกมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลชุมชนเยี่ยมบ้านช่วยเหลือและเสริมพลังผู้ดูแลทั้งการไปเยี่ยมบ้าน 1-4 ครั้งต่อเดือน และการเป็นที่ปรึกษาทางไลน์และโทรศัพท์ทุกวัน พยาบาลช่วยให้คำปรึกษาในการแบ่งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่เหมาะสมกับต้นทุนความสามารถของผู้ดูแล ตลอดจนประสานให้เกิดความช่วยเหลือของภาคีเครือข่ายในชุมชน อสม.Care giver และ เทศบาลตำบลคลองใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลสามารถก้าวผ่านความยากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชนได้อย่างดี ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

- 1.ผู้ป่วยระยะ Intermediate care มีการจัดการที่เข้มข้นและทุ่มเท เพื่อลดความพิการให้เหลือน้อยที่สุด การสื่อสารกันในทีมสุขภาพและชุมชนที่ดี จะสร้างผลลัพธ์ที่ดีตามมา
2. อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านมีราคาสูง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถซื้อได้ เช่น เตียงเฟลเลอร์ เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนเจล เป็นต้น จึงควรมีการจัดตั้งธนาคารอุปกรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยยืมอุปกรณ์กลับบ้าน



เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward). ฉบับที่ 1. กรกฎาคม หน้า 6-19.

จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ.(2560).ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน หน้า 33-34.

ปาริยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์.(2561).รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว.ดุษฎีนิพนธ์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หน้า 62, 159-163.

รุ่งนิภา จ่างทอง.(2564).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี.ปีที่4 ฉบับที่ 1 มกราคม-พฤษภาคม หน้า 55-73.

โรงพยาบาลคลองใหญ่.รายงานสถิติผู้ป่วยระยะกลาง ปี 2562-2564.ตราด : โรงพยาบาลคลองใหญ่.

สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2564).สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.ปีที่37 ฉบับที่ 4 หน้า 54-60.

สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2556).การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.พิมพ์ครั้งที่ 3.หน้า 73-83.