

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีโรคร่วม
และภาวะหกล้มซ้ำ

Nursing care for elderly leprosy patients with
comorbidities and recurrent falls

นางอิชญา พงษ์อร่าม

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
พ.ศ. 2567

คำนำ

ภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ภายหลังจากหกล้มส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหากเกิดภาวะหกล้มที่รุนแรงต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุพ้นตัวจากโรคแล้วใช้เวลานานในการรักษาให้กลับสู่ปกติ ทั้งนี้กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม และภาวะหกล้มซ้ำโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม และเพื่อนำความรู้มาพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ โดยเปรียบเทียบ จำนวน 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกตตรวจร่างกาย สัมภาษณ์ผู้ป่วย เวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การรักษา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และบันทึกการพยาบาล นำข้อมูลจากการศึกษามาวางแผนการให้การพยาบาล โดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม การรวบรวมข้อมูล และการประเมินประวัติ การเจ็บป่วย การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การตรวจประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกาย การพยาบาล เพื่อเตรียมก่อนจำหน่าย การปรับสภาพแวดล้อมจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ปลอดภัยเหมาะสม การติดตามเยี่ยม ต่อเนื่องที่บ้าน ให้ความรู้ผู้ดูแลเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การวางแผนการส่งต่อ ติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีเป้าหมายการดูแลตนเองที่บ้านวิธีการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงหกล้ม การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติตามความต้องการการดูแลตามทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ดังนั้นผลจากการศึกษากรณีศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลทั้ง 2 ราย การรับรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหกล้มซ้ำการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อิชญา พงษ์อร่าม

ตุลาคม 2567

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม และภาวะหกล้มซ้ำ

อิชญา พงษ์อร่าม *

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case Study) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม และพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ การศึกษาเปรียบเทียบกรณีตัวอย่าง 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน และบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการ การรักษา และการตอบสนองต่อการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ระยะเตรียมก่อนจำหน่าย มีการติดตามเยี่ยมเหมือนกันทั้ง 2 ราย ได้แก่ ข้อที่ 1 พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และ ข้อที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระยะเยี่ยมติดตามต่อเนื่องที่บ้าน กรณีศึกษาที่ 1 ติดตามเยี่ยม ทั้งหมด 4 ครั้ง กรณีศึกษาที่ 2 ติดตามเยี่ยม ทั้งหมด 3 ครั้ง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน ดังนี้ ข้อที่ 1 ผู้ป่วยพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวด ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติเนื่องจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลกดทับ ข้อที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ ข้อที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ต่างกัันดังนี้ ข้อที่ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวเป็นภาวะญาติ (ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1) และ ข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2) ผลการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันภาวะหกล้มซ้ำได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

การศึกษาค้นคว้านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลรายบุคคล เพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง, โรคร่วม, ภาวะหกล้มซ้ำ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค E-mail: Jookjip@gmail.com

Nursing care for elderly leprosy patients with comorbidities and recurrent falls

Ichaya Phongaram*

Abstract

This case study entitled “Nursing Care for Elderly Leprosy Patients with Comorbidities and Recurrent Falls” aimed to explore nursing practices based on Orem’s Self-Care Deficit Theory and to develop appropriate nursing guidelines for elderly leprosy patients with comorbid conditions and recurrent falls. Two case studies were analyzed using data collected from observation, physical examination, interviews, medical records, and nursing documentation. Comparative analysis focused on pathology, symptoms, treatments, nursing diagnoses, and patient outcomes.

The study results showed that both patients had similar nursing diagnoses, including the pre-discharge phase and similar follow-up visits. These included: 1) unsuitable living conditions for patients with recurrent falls upon returning home, and 2) caregivers lacking knowledge and understanding in caring for patients with recurrent falls upon returning home. For the continuous home follow-up visits, Case Study 1 had 4 visits and Case Study 2 had 3 visits. Common nursing diagnoses include: 1. Impaired ability to perform daily activities; 2. Patient discomfort due to pain; 3. Risk of hypoglycemia due to type 2 diabetes; 4. Pressure ulcers; 5. Risk of recurrent falls; 6. Lack of knowledge and confidence in self-care to delay stage 3 renal failure; 7. Anxiety and fear of recurrent falls. The different nursing diagnoses were as follows: 1. The patient had anxiety and fear of relapsing (Case Study 1), and 2. The patient had depression (Case Study 2). The nursing interventions resulted in improved daily living activities, no complications preventing recurring falls, and improved self-care behaviors.

This study reflects the importance of applying Orem's nursing theory in individualized nursing care planning to monitor and prevent recurrent falls in elderly leprosy patients, enabling their families to effectively care for them at home and improve their quality of life.

Keywords: Elderly leprosy patients, Comorbidities, Recurrent falls, Self-care deficit theory

* Registered Nurse, Professional Level Rajpracha Samasai Institute Department of Disease Control E-mail: Jookjip@gmail.com

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 สถานที่ศึกษา	2
1.4 ระยะเวลาที่ศึกษา	2
1.5 คำจำกัดความ	2
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	3
2 ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome)	4
2.2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	8
2.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง	11
2.4 ภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง	11
2.5 โรคร่วมที่สัมพันธ์กับกรณีศึกษา และการพยาบาล	20
2.5.1 โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3	20
2.5.2 โรคเบาหวาน	23
2.5.3 โรคเข่าเสื่อม	25
2.5.4 แผลกดทับ	29
2.5.5 ภาวะการได้ยินบกพร่องในผู้สูงอายุ	32
2.6 บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย	35
2.7 บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน	38
2.8 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem model of nursing)	39
3 กรณีศึกษา	
กรณีศึกษาที่ 1	55
ข้อมูลทั่วไป	55
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	57
การเปรียบเทียบทฤษฎีการเกิดโรคกับกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ	59

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
3 กรณีศึกษา (ต่อ)	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	66
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 1 เพื่อเตรียมก่อนจำหน่าย	67
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 1 ครั้งที่ 1	77
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 1 ครั้งที่ 2	90
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 1 ครั้งที่ 3	99
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 1 ครั้งที่ 4	107
กรณีศึกษาที่ 2	118
ข้อมูลทั่วไป	118
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	121
การเปรียบเทียบทฤษฎีการเกิดโรคกับกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุ	121
โรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	128
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 2 เพื่อเตรียมก่อนจำหน่าย	129
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 2 ครั้งที่ 1	139
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 2 ครั้งที่ 2	153
การติดตาม กรณีศึกษาที่ 2 ครั้งที่ 3	162
ผลการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย	171
ยาและขนาดยาที่ใช้กับผู้ป่วย(ที่สำคัญ)	205
4 สรุปกรณีศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปกรณีศึกษาที่ 1	211
สรุปกรณีศึกษาที่ 2	212
อภิปรายผลกรณีศึกษา	212
วิจารณ์ผลการศึกษา	216
ข้อเสนอแนะ	218
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	

สารบัญตารางและภาพ ตามบท

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	การประเมินการกลืนการหกล้มซ้ำโดยการสอบถามผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อน	17
ตารางที่ 2	ระยะของโรคไตเรื้อรังและอาการแสดง	21
ตารางที่ 3	แสดงระดับการได้ยิน ระดับความพิการ ความสามารถในการเข้าใจคำพูด	32
ตารางที่ 4	การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษารายที่ 1	57
ตารางที่ 5	การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษารายที่ 2	120
ตารางที่ 6	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	171
ตารางที่ 7	ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2	172
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	175
ตารางที่ 9	ตารางการเปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	176
ตารางที่ 10	การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน	177
ตารางที่ 11	การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ที่ต่างกัน	203
ตารางที่ 12	สรุปปัญหาที่พบในการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม	217

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยโดยมีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 12 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.3 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นร้อยละ 1.8 และ กลุ่มผู้สูงอายุ พึ่งตนเองได้ เป็นร้อยละ 96.9 ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลร้อยละ 10.4 ทั้งนี้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหกล้มเท่ากับอัตรา 50 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนและมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60-69 ปีและ กลุ่มอายุ 70-79 ปีเพิ่มขึ้น 2 เท่า โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีภาวะหกล้มอย่างน้อยปีละครั้ง ร้อยละ 4.2 ภาวะหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 2.2 โดยผู้สูงอายุหญิงมีการบาดเจ็บจากภาวะหกล้ม มีสัดส่วนสูงกว่าชาย 1.6 เท่า มีบาดเจ็บรุนแรงกว่าเพศชาย มีแนวโน้มมีค่าใช้จ่ายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจรุนแรงถึงการเสียชีวิต ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดความทุกข์ทรมาน การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2662)

ภาวะหกล้มซ้ำ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนท่าทางจากทำยืนเป็นทำนั่งหรือทำนอน หรือการอยู่ในท่าพักโดยไม่ตั้งใจในระดับที่ต่ำกว่าเดิมอย่างรวดเร็วทันทีทันใดโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นมากกว่า 1 ครั้งในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหกล้มซ้ำ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย มีภาวะพร่องด้านการรับรู้และสติปัญญา การใช้ยา มากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป การทรงตัว และการเดินลดลง มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ มีภาวะมีนังง เกิดการหน่วมีด/วงเวียน ร้อยละ 6.4 ภาวะนอนไม่หลับ มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ระบบประสาทส่วนกลางที่มีผลต่อการทรงตัว เช่นพาร์กินสัน สายตามองไม่ชัด มีภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดภาวะหกล้มที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ มีร้อยละ 2.9 และปัจจัยภายนอก สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ล้อรถเข็นทำให้เกิดภาวะหกล้ม ร้อยละ 57 ระดับพื้นที่ต่างระดับ ร้อยละ 9.9 การสะดุด ร้อยละ 42.8 รองลงมา การลื่น ร้อยละ 35.5 และสถานที่หกล้ม ได้แก่ หกล้มบริเวณตัวบ้านมากที่สุด 43.1 รองลงมาเป็นบริเวณบ้านร้อยละ 31.6 และ ภายในบ้าน ร้อยละ 25.3 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2662)

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นองค์กรที่เป็นเลิศด้านโรคเรื้อรังในระดับนานาชาติ มีภารกิจหลักในการบริการสุขภาพโรคเรื้อรังในประเทศไทยและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสงเคราะห์ในชุมชนราชประชาสมาสัย โดยให้บริการตรวจดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพเฝ้าระวังควบคุมโรค เริ่มตั้งแต่แรกรับสู่กระบวนการดูแลรักษาจนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ (อรอนงค์ น้อยเจริญ และคณะ, 2565) จากสถิติการสำรวจภาวะสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่พำนักอาศัยในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย ในปีพ.ศ. 2564 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังพักอาศัยทั้งหมด 307 ราย 308 ราย และ 306 ราย ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังดังกล่าวมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังร่วม จำนวน 226 ราย 228 ราย และ 230 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังร่วมเพิ่มมากขึ้น มีความพิการที่ตา มือหรือเท้า ทำให้มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง ทั้งยังเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ การดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเหล่านี้ยังคงเข้ารับบริการในสถาบันราชประชาสมาสัยอย่างต่อเนื่อง

หน่วยงานการพยาบาลชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย มีหน้าที่จัดบริการสุขภาพเยี่ยมบ้าน มีการวางแผนการเยี่ยมหลังจากได้รับข้อมูลตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อนภายใน 7 วัน และกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อนมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์/ไม่เป็นไปตามแผนการเยี่ยมบ้านที่กำหนด พยาบาลชุมชนจะมีการประชุมหารือร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (Case Conference) เพื่อปรับแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน มีการประเมินอาการและปัญหาของผู้ป่วยซ้ำ ติดตามเยี่ยมตามมาตรฐานการเยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการซ้ำซ้อนทางร่างกายมือเท้ากุด แขนขาด้วน ตามองไม่เห็น ตาหลับไม่สนิท ไม่มีญาติ และเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อน และครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูสมรรถภาพ หายจากความเจ็บป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดีหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด จากสำรวจข้อมูลการเยี่ยมบ้านมีอุบัติการณ์หกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนชุมชน ในปี 2564 2565 และ 2566 พบว่า มีจำนวน 3 ราย 4 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการเกิดภาวะหกล้มซ้ำเพิ่มมากขึ้น เมื่อสอบถามพบว่า มีการบาดเจ็บทำให้กระดูกหักและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.33 ทั้งยังพบว่าการบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 เมื่อทบทวนสาเหตุการเกิดภาวะหกล้มซ้ำมีสาเหตุจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนได้แก่ โครงสร้างเท้าผิดรูปจากความพิการโรคเรื้อน การทรงตัวไม่ดี การมีโรคร่วม การรับประทานยา มากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพบ้านที่ไม่ปลอดภัย เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นต่างระดับ ห้องน้ำห้องส้วมไม่เหมาะสม ขาเทียมชำรุด รองเท้าชำรุด เป็นต้น จากความเสี่ยงต่างๆเหล่านี้จึงทำให้เกิดภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ในการที่จะป้องกันภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีโรคร่วม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีตามศักยภาพของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลชุมชนจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีโรคร่วม และภาวะหกล้มซ้ำโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัยและเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ได้ถูกต้องเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีโรคร่วม และภาวะหกล้มซ้ำโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

1.2.2. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีโรคร่วม และภาวะหกล้มซ้ำ

1.3 สถานที่ศึกษา : หน่วยงานการพยาบาลชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย

1.4 ระยะเวลา

- กรณีศึกษาที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 73 วัน

- กรณีศึกษาที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 52 วัน

1.5 คำจำกัดความ

1.5.1 ภาวะหกล้มซ้ำ หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของท่าทางร่างกายที่เกิดขึ้น มีการล้มลงบนพื้นทุกชนิดรวมทั้งการตกเตียง ตกจากเปล หรือรถเข็นนั่ง โดยเกิดมากกว่า 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1.5.2. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรคเบาหวาน โรคเข้าเสื่อม แผลกดทับ และภาวะการได้ยินบกพร่องในผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เคยป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้รับการรักษาแล้ว ไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และได้รับการส่งเคราะห์ตามระเบียบกรมควบคุมโรคด้วยการส่งเคราะห์ ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2557 โดยพักอาศัยในชุมชน และมารับการตรวจรักษาเคยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่สถาบันราชประชาสมาสัย

1.5.3 ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย หมายถึง สถานที่ภายในสถาบันราชประชาสมาสัยที่จัดให้ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาศัยอยู่

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6.2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน หรือ อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

1.6.3 พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำเพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ

บทที่ 2

ความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรมมีโรคร่วมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในประเด็น ความรู้เรื่องโรค ได้แก่ ความหมาย พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาภาวะแทรกซ้อน ทฤษฎี แนวคิดทางการพยาบาลที่ใช้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และการพยาบาลดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome)
- 2.2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเรื้อรม
- 2.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรม
- 2.4 ภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรม
- 2.5 โรคร่วมที่สัมพันธ์กับกรณีศึกษา และการพยาบาล
 - 2.5.1 โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3
 - 2.5.2 โรคเบาหวาน
 - 2.5.3 โรคเข้าเสื่อม
 - 2.5.4 แผลกดทับ
 - 2.5.5 ภาวะการได้ยินบกพร่องในผู้สูงอายุ
- 2.6 บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรมในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
- 2.7 บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรมในชุมชน
- 2.8 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

2.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) (ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ, 2566)

พยาธิสรีรวิทยา ในการเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ

กลไกการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุไม่ชัดเจน เป็นผลรวมของกลุ่มอาการย่อยหลายอย่างที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน พยาธิสภาพหลายอย่างร่วมกัน ผู้สูงอายุมักมีอาการผิดปกติของอวัยวะต่างๆ หลายๆ อย่างพร้อมกัน อาการและอาการแสดงทางคลินิกไม่ชัดเจน อาการไม่จำเพาะกับโรค อาการไม่ชัดเจน การวินิจฉัยช้า ส่งผลให้การรักษาอย่างเดียวยังไม่สามารถแก้ปัญหาอื่นได้หมด และความผิดปกติรุนแรงหากไม่ได้รักษาที่ครบถ้วน ทั้งยังการป่วยหลายโรคมีการใช้ยาหลายขนาน การได้รับยาหลายชนิดที่รักษาโรคต่างๆ มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ อีกทั้งปฏิกิริยาระหว่างยาดังกล่าวด้วยตนเอง และระหว่างยากับโรค นำไปสู่การดูแลไม่เหมาะสมบางอย่างไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน นำไปสู่อาการทางคลินิกที่ไม่จำเพาะที่มีลักษณะเหมือนๆ กัน เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ มีปัจจัยหลายอย่างมารวมกัน และเกิดผลกระทบทางคลินิกเชิงลบ เช่น ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพิง และการเสียชีวิต

แนวทางการประเมินผู้สูงอายุที่จำเพาะต่อกลุ่มอาการผู้สูงอายุ

การประเมินผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกลุ่มอาการผู้สูงอายุต้องอาศัยกระบวนการหลายมิติ ทั้งร่างกายจิตใจ สังคม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินผู้สูงอายุมีการใช้เครื่องมือหลายอย่างผสมผสานกัน ได้แก่ ภาวะหกล้ม การสูญเสียการเคลื่อนไหว ภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้

ภาวะโภชนาการ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการดูแลเฉพาะเป็นการสื่อสาร การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ การวางแผนจำหน่าย และการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของผู้สูงอายุ ที่มีกระบวนการของการเสื่อม การเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาค และทางสรีรวิทยา โดยพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง (ปณิตาติมปะวิณะ, 2566) ดังนี้

1. ผิวหนังมีการสูญเสียคอลลาเจน และไขมันชั้นลึก ทำให้เกิดรอยเหี่ยวย่น ต่อมเมือกที่ผิวหนัง สามารถผลิตสารหล่อลื่นลดน้อยลง ส่งผลให้ผิวหนังแห้ง กระด้าง ต่อมเหงื่อจะสามารถผลิตเหงื่อได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิได้ไม่ปกติ และการขาดน้ำของผิวหนังทำให้ความยืดหยุ่น ของผิวหนังลดน้อยลง การสูญเสียเซลล์เม็ดสีทำให้ผิวหนังของผู้สูงอายุมีจุดต่างด่างหลุดลอกได้ง่าย เกิดจาก ไขมันใต้ผิวหนังลดลงผิวแห้ง

2. ระบบสมองและประสาทที่มีระบบประสาทสัมผัสลดลงระบบประสาทอัตโนมัติลดลง จำนวนประสาทซิมพาเทติก และอัตราการนำพลังของเส้นประสาทลดลง ระบบประสาท สมองและไขมันหลัง มีการสูญเสียเซลล์ประสาท สมองมีขนาด และน้ำหนักลดน้อยลง นอกจากนั้น ความสามารถด้านความจำของผู้สูงอายุลดลง โดยพบสมรรถนะด้านความสนใจ การจดจำชื่อสิ่งของ การพูดสื่อความหมาย การจดจำภาพ และการวิเคราะห์ตรรกะลดลงอย่างชัดเจน ทั้งนี้มีความแตกต่างของระดับความเสื่อมด้าน ความจำในผู้สูงอายุ แต่ละราย หากมีความเสื่อมมากจะเรียกว่าโรคสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างปกติ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวความสามารถในการรับรู้ตำแหน่ง ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง มีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าเชิงซ้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ทำให้ผู้สูงอายุหน้ามืด วิงเวียน เกิดการหกล้มตามมา ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ 2 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะ สมองเสื่อม จะหกล้มได้ง่ายจากการตัดสินใจที่ไม่ดี การกระระยะผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย

3. เส้นผมเปลี่ยนสี นอกจากนั้นยังส่งผลให้การ เจริญเติบโตของเส้นผมช้าลง ผมร่วง เนื่องจากการสูญเสียเซลล์สร้างขน ซึ่งเกิดได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง เกิดจากรากผมไม่สร้างเม็ดสีเส้นผม จำนวนเส้นผมจะน้อยลงบางลงและหลุดร่วงง่ายการดูแลตนเอง ควรใช้แชมพู ชนิดอ่อนโยนต่อเส้นผม ตัดผมสั้น สระผมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้งความสะอาดผมอย่างสม่ำเสมอ อาจใช้มีอนวดศีรษะเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

4. สายตา และการมองเห็น ประสาทสัมผัสในการมองเห็นลดลง การรับรู้ความตื้นลึกลดลง การปรับตัวต่อความมืดจอตาลดลง หรือสถานที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ เล่นสตาแข็งขึ้น ความสามารถในการมองเห็นลดลง การปรับสายตาเกี่ยวกับความชัดเจน ซึ่งลดลงในช่วงอายุ 70-79 ปี ผิวหนังรอบดวงตา จะมีสีคล้ำขึ้น เนื่องจากการสูญเสียไขมันรอบเบ้าตา ซึ่งส่งผลให้ตาสึก รอยตีนกาเกิดขึ้น บริเวณทางตา ความยืดหยุ่น ของเปลือกตาลดลง ประกอบกับการผลิตน้ำตาลดลง ส่งผลให้ตาแห้ง คันตา และเพิ่ม โอกาสการติดเชื้อ ในลูกตาได้ นอกจากนั้นตาขาว (Sclera) จะมีสีเหลืองเพิ่มมากขึ้น จากการฝังตัวของไขมัน ซึ่งแปรผันตามปริมาณ ไขมันในกระแสเลือด เลนส์ตา มีความขุ่นเพิ่มมากขึ้น เกิดต้อกระจก (Cataract) ทำให้สามารถรับแสงได้ลดลง รูม่านตา (Pupil) มีขนาดลดลงตามอายุ ทำให้ไม่สามารถมองเห็นช่วงกลางคืนได้ปกติ ส่วนจอประสาทตา (Retina) จะมีการถูกทำลายบริเวณศูนย์กลาง (Macula) ทำให้ไม่สามารถมองภาพชัดได้ และทำให้เกิดสายตาสั้น หรือยาวได้ จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาในการตัดแว่นสายตา เพื่อให้การมองเห็นเป็นปกติ สายตายาว มองในระยะใกล้ไม่ชัดเจน ลานสายตาแคบ การแยกสี ส้ม แดง เหลือง ได้ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วง เขียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การดูแลตนเองควรระมัดระวัง

การเดินในที่ที่มีแสงสว่างน้อยหรือตอนมืด เก็บข้าวของให้เป็นระเบียบ ไม่ขวางทางเดิน และผู้สูงอายุตรวจตาปีละ 1 ครั้ง รับประทานอาหารที่บำรุงสายตา งดการใช้แว่นตาที่เสื่อมสมรรถภาพ หรือใช้เลนส์ไม่เหมาะสม

5. หู และการได้ยิน จะเพิ่มความยาวมากขึ้นการผลิตขี้หู ลดน้อยลง แต่ยังมีโอกาสอุดตันในรูหูได้ จากการทำความสะอาดที่ไม่เหมาะสม เยื่อแก้วหู มีความหนาตัวมากขึ้นในหูชั้นกลาง ประกอบกับความเสื่อมของประสาทหู ทำให้การได้ยินลดน้อยลง โดยเฉพาะเสียงสูง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้ การรับเสียงเสื่อมลงจากเส้นประสาทเสื่อมลง มีอาการ หูตึง ได้ยินระดับเสียงต่ำชัดกว่าระดับเสียงสูง การได้ยินลดลงการใช้เสียงพูดคุยกับผู้สูงอายุควรพูดใกล้ๆ ไม่ใช่เสียงดัง ไม่ควรตะโกน แต่ควรพูดด้วยเสียงทุ้ม พูด ช้าๆ และชัดเจน การดูแลตนเอง งดการใช้ของแหลม แคหู เป็นอันตราย เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเยื่อหูได้

6. จมูกมีการได้กลิ่นต่างๆ ลดลงไม่สามารถแยกกลิ่นที่คุ้นเคยได้ บางครั้งอาจไม่ได้กลิ่นอาหารที่เริ่มบูดเน่า หากรับประทาน เข้าไปทำให้ท้องเสียการดูแลตนเองควรรับประทานอาหารสดใหม่เสมอ และไม่ควรรับประทานอาหารที่ค้างคืนไว้นาน

7. ปาก ฟัน ลิ้นการรับรสหรือรสชาติอาหารลดลงทำให้การรับรสชาติของอาหารได้ไม่ดี มีการเติมน้ำตาล หรือน้ำปลาปรุงรสมากเกินไป มีปัญหาสุขภาพต่างๆการดูแลตนเอง ให้ปรุงอาหารด้วยน้ำตาลและน้ำปลาให้เหมาะสม และควรดูแลทำความสะอาดลิ้นด้วยแปรงที่นุ่ม เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคภายในช่องปาก

8. หัวใจ และหลอดเลือด ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หัวใจไม่สามารถยืดขยายได้เต็มที่ ประกอบกับเนื้อเยื่อบริเวณลิ้นหัวใจมีการสะสมของแคลเซียม ทำให้เกิดการถ่างเทเลือด ระหว่างห้องหัวใจ เป็นไปอย่างไม่ปกติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุพบโรคหัวใจ หรือหัวใจวายได้ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตามอายุ จากความแข็งตัวที่เพิ่มขึ้น และความยืดหยุ่นที่ลดลงของหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ โรคสมองเสื่อม หรือการเสียชีวิต แต่ในผู้สูงอายุบางรายอาจพบความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่าทาง เช่น จากนั่งเป็นยืน หรือจากนอนเป็นนั่ง ซึ่งเกิดจากการได้รับยาบางประเภท หรือความสามารถในการรับรู้ความดันโลหิต (Baroreceptors) ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้ มีหลอดเลือดแดงแข็งตัวมี ความเสื่อมและยืดหยุ่นน้อยลง บางคน มีไขมันมากทำให้ผนังหลอดเลือด หนาตัวมากขึ้น หลอดเลือดที่ยืดหยุ่นน้อยลง มีความเสื่อมทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เมื่อหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มี โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และหน้า มีดเป็นลมได้ง่าย อีกทั้งผู้สูงอายุมีหลอดเลือดฝอยเปราะ ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่ายขึ้น การดูแลตนเองควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และ ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ควรเลือกรับประทานอาหารที่มี ไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควรตรวจสุขภาพร่างกายประเมินการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การพบแพทย์ตามนัด

9. ปอดและช่องอก การทำงานของปอดลดลงทำหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยง เซลล์ต่างๆในร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นและความจุ ปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง ขนาดของทางเดินหายใจแคบลงในผู้สูงอายุ ถุง ลม (Alveoli) ตื้นขึ้น มีการสะสมแคลเซียมที่กระดูกอ่อนบริเวณซี่โครงทำให้การขยายของทรวงอกลดลง และความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแอลง ทำให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุทำงานได้ไม่เต็ม ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ อาทิ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ หรือวัณโรคได้มากขึ้น

10. ระบบย่อยอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงการรับรส กลิ่น การผลิต น้ำลายที่ลดลงและปัญหาสุขภาพช่องปาก ความเสื่อมของระบบย่อยอาหารเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อเคี้ยว อาหารกลืนไม่ช่วยกลืนในหลอดอาหาร กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะอาหารทำงานลดลง การหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร

และการดูดซึมสารอาหารในกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดสารอาหารทั้งโปรตีน วิตามินบี 12 วิตามินดี โฟลิก และแคลเซียมได้ง่าย นอกจากนั้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะและลำไส้ลดน้อยลง ส่งผลให้ระยะเวลาอาหารในกระเพาะอาหารยาวนานขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอิ่มนาน จึงรับประทานอาหารลดน้อยลง เกิดท้องอืด แน่นท้อง และท้องผูกได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงควรเคี้ยวให้ละเอียดและจัดอาหารที่อ่อนโยนง่าย เพิ่มอาหารที่มีกากใยสูง ขยับเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อ ป้องกันท้องผูก

11. กระดูกและกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อลีบ เล็ก ไม่ค่อยมีแรง เดินช้าและเคลื่อนไหวได้ช้าลง ทำให้เคลื่อนไหว ไม่คล่องตัว แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น การเสื่อมของข้อต่อและเอ็นรอบๆ ข้อ ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวของข้อและความเร็ว ในการตอบสนองลดลง กล้ามเนื้อ และพลังงานลดลง ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ มวลกระดูก และความหนาแน่นของกระดูกลดลง ตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากอัตราการสะสมแคลเซียมใน กระดูกลดลง โดยเฉพาะในกระดูกสันหลัง และกระดูกท่อนยาว นอกจากนั้นยังพบว่าฮอร์โมนกระดูกสันหลังบาง และแห้งลงทำให้ช่องระหว่างกระดูกสันหลังแคบลง ส่งผลให้ความสูงในผู้สูงอายุลดลง และเพิ่มโอกาสกดทับ เส้นประสาทของหมอนรองกระดูกได้ ข้อต่อต่างๆ ของร่างกายเกิดการเสื่อม จากความสึกหรอของกระดูกอ่อนรองข้อโดยเฉพาะข้อเข่า และกระดูกสันหลังทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดบริเวณข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักมาก จะพบความรุนแรงของโรค ข้อเสื่อมได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักน้อยกว่า กระดูก เปราะและหักง่าย หมอนรองกระดูกบางลง ทำให้ผู้สูงอายุหลังค่อม น้ำในข้อกระดูกต่างๆลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อ ไม่สะดวก เกิดการแข็งตึงและอักเสบได้ง่าย ที่พบได้มากคือ ข้อเข่าเสื่อม การดูแลตนเอง ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพื่อเสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรง ควรระวังอุบัติเหตุจากการหกล้มอย่างใกล้ชิดออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อควรตรวจสุขภาพประเมินกระดูกและกล้ามเนื้อ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

12. ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ไต มีหน้าที่ในการกรองและขับของเสียจากร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีขนาดไตลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะ ปัสสาวะลดลงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน ความสามารถบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะและความจุในกระเพาะ ปัสสาวะลดลง ร่วมกับกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อรอบๆ ท่อปัสสาวะอ่อนกำลังลง และตัวรับการ กระตุ้นต่อการยืดขยายในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลงไต และระบบปัสสาวะ ไตมีการเปลี่ยนแปลง พบว่าไตมีขนาดเล็กและมีน้ำหนักน้อย ประมาณร้อยละ 20-30 ทำให้อัตราการกรอง และการกำจัดยาจากร่างกายลดลงพบภาวะอุดกั้นระบบทางเดินปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต ทำให้มีปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะคั่ง ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะต้องแบ่งขณะเริ่มปัสสาวะ หรือปัสสาวะ กลางคืน ปัสสาวะลำบาก ในเพศหญิง ช่องคลอดแคบสั้นลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อและอักเสบได้ง่าย ปัญหาคลื่นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นสาเหตุต้องเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้นและมีความเร่งรีบเข้า ห้องน้ำไม่ทัน ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุหญิงควรฝึกขับบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ไม่สวมใส่กางเกงที่รัดแน่นเกินไป ฝึกปัสสาวะให้เป็นเวลา ไม่กลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ และงดการดื่มน้ำจำนวนมากก่อนเข้านอน

13. เต้านม และระบบสืบพันธุ์ ผู้หญิงที่อายุเพิ่มมากขึ้น จะสูญเสียความยืดหยุ่น ไขมันใต้ผิวหนังบริเวณเต้านม ทำให้เต้านมหย่อนยาน และ ขนาดลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดประจำเดือน เพศหญิงจะมีรังไข่ มดลูก และปากมดลูกฝ่อลง แต่รังไข่ยังสามารถผลิตฮอร์โมน เอสโตรเจน และเทสโทสเตอโรนได้ในปริมาณเล็กน้อย นอกจากนั้นช่องคลอดจะบาง แห้ง และขาดความยืดหยุ่น ทำให้ผู้หญิงวัยนี้มีปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์ ที่จะมีอาการเจ็บ จากการเสียดสีของช่องคลอดได้บางคนพบว่ามีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ จนบางคนต้องได้รับฮอร์โมนทดแทน เพื่อรักษา อาการของภาวะ

หมดประจำเดือน ส่วนในผู้ชาย มีการผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน และเอสโตรเจนลดลง ทำให้พบภาวะความต้องการทางเพศ

14. ด้านจิตใจ การเปลี่ยนบทบาททางสังคม การพบปะกับผู้คนลดลง การได้รับยกย่องจากบุคคลอื่นในสังคมลดลง การขาดรายได้ รายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ต้องมีรายจ่ายเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพที่เสื่อมลงมากขึ้นจากเดิม จึงก่อให้เกิดปัญหาทาง เศรษฐกิจได้ การเสื่อมตามวัยและเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณค่า ในตนเองลดลง รู้สึกเหงาและว้าเหว่ หากปรับตัวไม่ได้จะรู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า ขาดความพึงพอใจต่อสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันมีผลต่อสภาพจิตใจการดูแลตนเองควรปรับตัวและยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ผู้ดูแลควรจะทำความเข้าใจและยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ มีการวางแผนการเงินไว้ ใช้ในวัยเกษียณ การเข้าร่วมกิจกรรม พบปะกับสังคมภายนอกทำงานอดิเรก ที่ชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัย

2.2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Mycobacterium leprae* (M. leprae) เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีความสำคัญทางสาธารณสุข เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะเกิดความพิการ ซึ่งมีผลกระทบทางจิตใจ เศรษฐฐานะก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา ด้านร่างกายตาหลับไม่สนิท ตาบอด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถเดินได้ การทรงตัวไม่ดี ด้านจิตใจผู้ป่วยอาจมีความทุกข์กังวลอย่างมากกับสภาพร่างกาย หลบซ่อนจากสังคม ด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติขาดรายได้เลี้ยงครอบครัว ถูกครอบครัวหรือชุมชนรังเกียจ (กรมควบคุมโรค,2553)

กลไกการเกิดโรค (กรมควบคุมโรค,2567)

เชื้อโรคเรื้อนหรือไมโครแบคทีเรีย เลแป (Mycobacterium leprae) เชื้อโรคเรื้อนมีลักษณะเป็นแท่งย้อมติดสีทนกรด (acid fast staining) ในระยะที่เชื้อยังมีชีวิตที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับยาเคมีบำบัด รูปร่างเชื้อจะติดสีสม่ำเสมอเป็นแท่งโค้งยาว (Solid Form) ขนาดยาว 2-7 ไมครอน และกว้าง 0.3-0.4 ไมครอน แต่เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดหรือเสื่อมสลายตายลงเชื้อจะติดสีไม่สม่ำเสมอ โดยอาจแตกเป็นท่อน (Beaded or Fragmented Form) และในที่สุดจะป่นเป็นผง (Granular or Duty Form) ก่อนที่จะถูกทำลายโดยเม็ดเลือดขาว เชื้อของโรคเรื้อนชอบอาศัยและเจริญเติบโตภายในเซลล์ประสาท (Schwann cells) และเซลล์ในระบบเรติคูลูเอนโดเธียล (Reticulo endothelial system) มีความสามารถในการติดเชื้อได้สูง (Highly infectious) แต่มีฤทธิ์ในการก่อให้เกิดโรคต่ำ (Low pathogenicity) การที่ผู้ติดเชื้อจะป่วยเป็นโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell mediated immunity) ต่อเชื้อโรคเรื้อนเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายผู้รับเชื้อ M. leprae มีเพียงร้อยละ 3 จะเกิดอาการของโรคเรื้อน

แหล่งแพร่เชื้อ พบว่าคนเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ ผู้ที่สามารถแพร่เชื้อได้คือผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy) อย่างไรก็ตามพบว่ายาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อนในปัจจุบัน คือ Rifampicin มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาจะไม่สามารถแพร่เชื้อโรคต่อไปได้อีก การแพร่เชื้อของโรคเรื้อนสามารถเป็นไปได้ 2 ทาง คือ ทางเยื่อบุจมูก และทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (Lepromatous ulcer) แต่เชื้อโรคเรื้อนที่ออกจากเยื่อบุจมูกจะมีความสำคัญในทางระบาดวิทยา วิธีการแพร่เชื้อที่เป็นไปได้มากที่สุดคือการแพร่เชื้อจากฝอยละออง (Droplet) จากทางเดินหายใจส่วนบน เชื้อสามารถมีชีวิตอยู่นอกร่างกายได้นาน 9 วัน โดยเฉพาะในบริเวณร่มไม้ ในดินที่ชุ่มชื้น อุณหภูมิห้อง มีชีวิตอยู่ได้ถึง 46 วัน นอกจากนั้นยังพบว่าในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสที่ยังไม่เคยรักษาจะตรวจพบเชื้อ โรคเรื้อนที่ผิวหนัง

บริเวณรอยโรคได้มากถึง 7 พันล้านตัวต่อผิวหนัง 1 กรัม ทางที่เชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายคน ปัจจุบันเชื่อว่าเข้าโดยทางเดินหายใจ ส่วนทางอื่นๆ โดยเฉพาะทางบาดแผลที่ผิวหนังยังมีโอกาสเป็นไปได้

อาการของโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค,2567)

โรคเรื้อนเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้ต่างๆ กัน รอยโรคที่ผิวหนังอาจเป็นเพียงวงต่างขาวขนาดเล็กซึ่งอาจหายได้เองหรือ มีตุ่มและผื่นกระจายทั่วร่างกาย อาการแสดงของโรคเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันชนิดที่เซลล์ที่จำเพาะต่อเชื้อโรคเรื้อน เมื่อเชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกาย ถ้าภูมิคุ้มกันของผู้ได้รับเชื้อปกติจะสามารถค้นหาและทำลายเชื้อได้และไม่เกิดอาการของโรคเรื้อน แต่ถ้าภูมิคุ้มกันผิดปกติ เชื้อจะเจริญและแบ่งตัวจนปรากฏอาการต่างๆ รวมทั้งความพิการ ผู้ที่ได้รับเชื้อส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันต่อต้านต่อเชื้อโรคเรื้อนปกติ มีเพียงประมาณร้อยละ 3 ของผู้ที่ได้รับเชื้อ ที่จะมีภูมิคุ้มกันผิดปกติ และมีอาการแสดงของโรคเรื้อน

อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ที่ใช้วินิจฉัยโรคเรื้อน คือ

1. ตรวจพบรอยโรคที่ผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน เป็นลักษณะเฉพาะของของโรคเรื้อนแบ่งได้เป็น

1.1 มีวงต่างขาว ผื่นวงแดงราบ ผื่นวงแหวนและผื่นนูนแดง พบการกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ผื่นเหล่านี้ มักตรวจพบอาการภายในผื่นร่วมด้วย

1.2 ตุ่มและผื่นนูนแดง มีขนาดต่างๆ กันจำนวนมากกระจายอยู่ทั่วร่างกาย ไม่มีอาการคัน ผื่นลักษณะนี้มักตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคโดยการตรวจด้วยวิธีกรีดผิวหนัง (Slit skin smear)

2. ตรวจพบอาการชาเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย เชื้อโรคเรื้อนจะทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการต่างๆดังต่อไปนี้

2.1 เส้นประสาทรับความรู้สึก (sensory nerve) มีหน้าที่รับความรู้สึกที่ผิวหนังจากส่วนปลายที่เส้นประสาทนั้นเลี้ยงอยู่ เช่น ตา มือ เท้า เป็นต้น เมื่อเสียไปก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับความรู้สึกต่างๆได้

2.2 เส้นประสาทอัตโนมัติ (autonomic nerve) มีหน้าที่เลี้ยงต่อมต่างๆ เช่น ต่อมเหงื่อและต่อมไขมัน เมื่อเสียไปจึงทำให้ไม่มีเหงื่อ ผิวหนังของผู้ป่วยขาดความชุ่มชื้น แห้ง และแตกง่าย

2.3 เส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (motor nerve) มีหน้าที่สั่งกล้ามเนื้อต่างๆ ให้ทำงานเมื่อเสียไปก็ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตได้

3. ตรวจพบเส้นประสาทโต

4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear) เกณฑ์วินิจฉัย ได้แก่ อาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก (ข้อ 1 ถึง 3) หรือข้อ 4 เพียงข้อเดียวจะให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

ระยะพักตัวของโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค,2567)

เชื้อแบคทีเรีย M. Lepae โดยทั่วไปใช้เวลาในการแบ่งตัวนาน 11 ถึง 14 วัน เป็นระยะพักตัวโดยประมาณ 5-7 ปี เชื้อโรคเรื้อนชนิดทูเบอร์คูรอยด์ (tuberculoid) มีระยะพักตัว 2-5 ปี และชนิดเลโปรมาตัส (lepromatous) ประมาณ 8-12 ปี เมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการของโรคเรื้อน เชื้อ M. Lepae ยังคงแบ่งตัวต่อไปอย่างช้าๆ จนกว่าจะได้รับการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ได้รับการรักษาจะค่อยๆเกิดความพิการซึ่งอาจจะใช้เวลาเป็นปี ดังนั้นหากค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนก่อน 1 ปี จะมีโอกาสป้องกันความพิการได้จึงกล่าวได้ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง แต่ถ้ารักษาที่ถูกต้องและทันเวลาโรคจะหายขาดได้

การจำแนกชนิดของผู้ป่วยโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค, 2567)

ภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติในโรคเรื้อนที่แตกต่างกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนแสดงอาการแตกต่างกัน จำแนกตามภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อนของผู้ป่วย ลักษณะการกระจายของรอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในทางปฏิบัติเพื่อให้การจำแนกลักษณะทางคลินิกง่ายขึ้น และใช้ประโยชน์ในการรักษา และการดำเนินงาน ควบคุมโรค จึงจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. โรคเรื้อนประเภทเชือน้อย (Paucibacillary leprosy : PB) หมายถึงโรคเรื้อน

1.1 อินดิเทอร์มิเนต (Indeterminate : I)

1.2 ทูเบอร์คูลอยด์ (Tuberculoid : TT)

1.3 บอร์เดอร์ลายน์ ทูเบอร์คูลอยด์ (Borderline tuberculoid : BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ *M. leprae* ปานกลาง ภูมิคุ้มกันไม่มากเท่ากับคนปกติที่รับเชื้อ แล้วไม่เกิดอาการโรคเรื้อน ภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถหยุดแบ่งตัวของเชื้อ *M. leprae* ได้แต่ยังสามารถสกัดกั้นมิให้เชื้อ *M. leprae* แบ่งตัวมากเกินไปจนกระทั่งกระจายทั่วร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีอาการ และอาการแสดง เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น

2. โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy : MB) หมายถึงโรคเรื้อนชนิด

2.1 บอร์เดอร์ลายน์ทูเบอร์คูลอยด์ (Borderline tuberculoid : BT) ที่ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน

2.2 บอร์เดอร์ลายน์ ทูเบอร์คูลอยด์ (Borderline tuberculoid : BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อแต่มี รอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย

2.3 มิต บอร์เดอร์ลายน์ (Mid – Borderline : BB)

2.4 บอร์เดอร์ลายน์ เลปโพรมาตัส (Borderline lepromatous : BL)

2.5 เลปโพรมาตัส (Lepromatous : LL)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ *M. leprae* น้อยมาก หรือ ไม่มีเลย เชื้อ *M. leprae* สามารถแบ่งตัว ได้อิสระในร่างกายมักพบเชื้อมากมายในผู้ป่วยชนิดนี้การตรวจจากผิวหนัง (Slit skin smear)

การรักษาโรคเรื้อน (กรมควบคุมโรค, 2567)

การให้ยารักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ใช้ระยะเวลาที่แน่นอน (Fixed duration treatment) คือ เมื่อผู้ป่วยรับยาครบตามที่กำหนดให้หยุดยาได้และจำหน่ายผู้ป่วยจากทะเบียนการรักษาทุกรายโดยไม่ต้องรอ จนอาการทางคลินิกไม่กำเริบและ/หรือตรวจไม่พบเชื้อ มีหลักเกณฑ์ในการให้ยา ดังนี้

1. ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย (Paucibacillary leprosy : PB) รับยารักษาโรคเรื้อน 6 เดือน (รับยาประจำเดือนครบ 6 ครั้งในระยะเวลา 9 เดือน) ได้แก่

1.1 ยากินเดือนละครั้ง : Rifampicin (RFP) 600 มก.

1.2 ยากินทุกวัน : Dapsone(DDS) 100 มก./วัน

2. ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (MB) รับยารักษาโรคเรื้อน 24 เดือน หรือ 2 ปี (รับยาประจำเดือนครบ 24 ครั้งในระยะเวลา 36 เดือน)

2.1 ยากินเดือนละครั้ง : Rifampicin (RFP) 600 มก. และ Clofazimine(CLO) 300 มก.

2.2 ยากินทุกวัน : Dapsone(DDS) 100 มก./วัน และ Clofazimine(CLO) 50 มก./วัน หรือ 100 มก./วันเว้นวัน

2.3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากมีความพิการตา มือ เท้าจากการได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรัง จะรับไว้สงเคราะห์ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ตั้งอยู่ในบริเวณเดียวกัน กับส่วนให้บริการตรวจรักษา (โรงพยาบาล) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจุบันชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังรับไว้สงเคราะห์ จากสถิติการสำรวจภาวะสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่พักอาศัยในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย ในปีพ.ศ. 2564 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังพักอาศัยทั้งหมด 307 ราย 308 ราย และ 306 ราย ตามลำดับ สถาบันราชประชาสมาสัย มีจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย โดยจัดเป็นโซนที่พักอาศัย ลักษณะเป็นแฟลต 4 ชั้นจำนวน 310 ห้อง ห้องแถว จำนวน 164 ห้อง บ้านเดี่ยว จำนวน 50 หลัง ผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่มีความพิการแต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มักจะอาศัยอยู่กับญาติหรือเพื่อน โดยมีหน่วยงานสถานสงเคราะห์กลุ่มอำนวยการ เป็นผู้รับผิดชอบด้านสาธารณูปโภค ที่อยู่อาศัยและการจ่ายเงินสงเคราะห์ การดูแลด้านสุขภาพจะเป็นหน้าที่ของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อมีปัญหา การเจ็บป่วยจะเข้ามารับการรักษาในสถาบันราชประชาสมาสัย ที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยใน เมื่อจำหน่ายกลับบ้านในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยจะได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชนโดยหอผู้ป่วยในจะส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วย ในจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังดังกล่าวมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังร่วม จำนวน 226 ราย 228 ราย และ 230 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังร่วมเพิ่มมากขึ้น มีความพิการที่ตา มือหรือเท้า ทำให้มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง ทั้งยังเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ การดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเหล่านี้ ยังคงเข้ารับบริการในสถาบันราชประชาสมาสัยอย่างต่อเนื่อง

การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องตามแบบบ้านทึบเพื่อการส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีผู้ดูแลและไม่มีผู้ดูแล ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่คนเดียวแต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้สถาบันราชประชาสมาสัย ได้จัดการดูแลให้พักอาศัยในอาคารชรา 5 และ 6 โดยแบ่งเป็น อาคารชรา 5 รับผู้ป่วยหญิง 15 เตียง อาคารชรา 6 รับผู้ป่วยชาย 15 เตียง โดยจ้างผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการน้อยและมีสุขภาพแข็งแรงมาช่วยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และมีพยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชนสังกัดกลุ่มการพยาบาล ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวันละหนึ่งครั้ง (วันราชการ) เพื่อประเมินคัดกรองการเจ็บป่วยและส่งตรวจรักษาของทั้งในสถาบันราชประชาสมาสัย และโรงพยาบาลอื่นๆ ตามแพทย์นัดซึ่งปัจจุบัน

ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เคยป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้รับการรักษาแล้ว ไม่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบกรมควบคุมโรคด้วยการสงเคราะห์ ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2557 โดยพักอาศัยในชุมชนและมารับการตรวจรักษาเคยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่สถาบันราชประชาสมาสัย

2.4 ภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยโดยมีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ มีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 19.6 การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยประเมินจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัยจึงมีโอกาสเกิดการภาวะหกล้มเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เป็นผู้สูงอายุวัยปลายจะเคยหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ 8.9 วัยกลาง ร้อยละ 7.1 วัยต้น ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ) มีสาเหตุหลักที่ทำให้

ให้หกล้ม ได้แก่ การสะดุด ร้อยละ 42.8 รองลงมา การลื่น ร้อยละ 35.5 พื้นที่ต่างระดับ ร้อยละ 9.9 และเกิด การหน้ามืด/วิงเวียน ร้อยละ 6.4 สถานที่ หกล้ม ได้แก่ หกล้มบริเวณตัวบ้านมากที่สุด 43.1 รองลงมาเป็น บริเวณบ้านร้อยละ 31.6 และภายในบ้าน ร้อยละ 25.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

จากสำรวจข้อมูลการเยี่ยมบ้านมีอุบัติการณ์หกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังชุมชน ในปี 2564 ถึง ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีจำนวน 3 ราย 4 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการเกิดภาวะ หกล้มซ้ำเพิ่มมากขึ้น เมื่อสอบสวนพบว่า มีการบาดเจ็บทำให้กระดูกหักและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.33 ทั้งยังพบว่าการบาดเจ็บเล็กน้อย ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 เมื่อทบทวนสาเหตุการเกิดภาวะหกล้มซ้ำมีสาเหตุจากปัจจัยภายในตัว ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โครงสร้างเท้าผิดรูปจากความพิการโรคเรื้อรัง การทรงตัวไม่ดี การมีโรคร่วม การรับประทานยามากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพบ้านที่ไม่ปลอดภัย เช่น แสงสว่างไม่ เพียงพอ พื้นที่ต่างระดับ ห้องน้ำห้องส้วมไม่เหมาะสม ขาเทียมชำรุด รองเท้าชำรุด เป็นต้น จากความเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้จึงทำให้เกิดภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญ อย่างยิ่งในการที่จะป้องกันภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น มีตามศักยภาพของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ความหมายของภาวะหกล้มซ้ำ (ปาณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2565)

ภาวะหกล้มซ้ำ หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคล มีการสูญเสียการทรงตัว หลุดตัวลงกับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่าเดิม โดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุหรือร่างกายลงไปสู่พื้น หรือพื้นผิวอื่นที่อยู่ต่ำกว่าร่างกาย อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับการบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บของร่างกาย แต่ไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากแรง กระทำภายนอก หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย มากกว่า 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่

1. ภายในบุคคล ที่มีความสัมพันธ์หรือเป็นสาเหตุชักนำให้เกิด การหกล้มในผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

1.1 กระบวนการสูงวัย (Aging process) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของ เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย ที่มีการเสื่อมถอยถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่ายโดยในผู้ป่วย สูงอายุโรคเรื้อรังนอกจากการเสื่อมตามวัยจากการเจ็บป่วยผลกระทบจากโรคเรื้อรังมีความพิการ ตา มือ เท้า จึงทำให้เกิดหกล้มซ้ำได้ง่ายมีแนวโน้มมากขึ้น

1.2 การเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรค ได้แก่

จากสถิติการสำรวจภาวะสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่พักอาศัยในชุมชน สถาบัน ราชประชาสมาสัย ในปีพ.ศ. 2564 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังพักอาศัยทั้งหมด 307 ราย 328 ราย และ 306 ราย ตามลำดับ จากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อตรวจรักษานอกสถาบันราชประชาสมาสัยในตั้งแต่ปี 2564 - 2566 พบผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรังดังกล่าวมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังร่วม จำนวน 226 ราย 228 ราย และ 230 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังร่วมเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49 ร้อยละ 50 และร้อยละ 52 ตามลำดับ โรคเบาหวานร้อยละ 35 ร้อยละ 40 และร้อยละ 45 ตามลำดับ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8 ร้อยละ 10 และร้อยละ 15 ตามลำดับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 4 ร้อยละ 6 และร้อยละ 8 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2 ร้อยละ 5 และร้อยละ 6 ตามลำดับ โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 1 ร้อยละ 3 และร้อยละ 5

ตามลำดับ โรคมะเร็ง ร้อยละ 1 ร้อยละ 3 และร้อยละ 5 ตามลำดับมีความพร้อมการได้ยินใช้เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 1 ร้อยละ 2 และ ร้อยละ 3 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความพิการจากผลกระทบจากโรคเรื้อรัง เมื่อมีโรคเรื้อรังร่วมจะทำให้เกิดหกล้มได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้การเจ็บป่วยของโรคเรื้อรัง ดังนี้

1.2.1 ความผิดปกติของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตเป็นสาเหตุสำคัญของการหกล้ม ในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจล้มเหลวได้ซึ่งเป็นอาการนำ และเกิดการหกล้มที่เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า และความดันโลหิตต่ำซึ่งมีผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เป็นผลให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืด เป็นลม เกิดการหกล้ม

1.2.2 โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบสมองและประสาท ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมจากเนื้อสมองตาย โรคหลอดเลือดในสมอง โรคพาร์กินสัน และโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเดินผิดปกติและสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการหกล้มตามมา ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ราว 2 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จะหกล้มได้ง่ายจากการตัดสินใจที่ไม่ดี การระแคะระคายผิดพลาด ทำให้สูญเสียการทรงตัวได้ง่าย

1.2.3 การทรงตัวไม่ดี ความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เกิดปัญหาการทรงตัวไม่มั่นคง เช่น การสูญเสียสมรรถภาพจากการที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน หรือโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคข้อเสื่อม โดยเฉพาะข้อเข่าและข้อสะโพก นอกจากนี้อาการผิดปกติและโรคของเท้า เช่น ตาปลา หูด แผลเป็น หรือโครงสร้างของเท้าผิดปกติ มีความเจ็บปวดขณะเดินหรือเปลี่ยนท่า เกิดการหกล้มตามมาได้

1.2.4 ความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง ทำให้กลไกการทรงตัวลดลง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใจสั่นหรือหน้ามืดเป็นลม เกิดการหกล้มตามมา ระดับโซเดียมที่สูงหรือต่ำกว่าปกติมีผลต่อการทำงานของสมองทำให้เกิดอาการซึมหรือสับสน และระดับ โปตัสเซียมที่ต่ำกว่าปกติทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นเหตุนำไปสู่การหกล้มได้เพิ่มขึ้น

1.2.5 การใช้ยา ผู้สูงอายุมักจะได้รับยาหลายชนิด มีการเปลี่ยนแปลงทาง ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา และทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยาได้ง่ายยาจะมี ผลต่อกลไกการทรงตัว เช่น ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ต่อมจืดและประสาท ได้แก่ ยานอนหลับ และยาด้านซึมเศร้าซึ่งมีผลทำให้ ง่วงซึม เดินเซ กระวนกระวายและสับสน, ยาลดความดันโลหิตและยาขับปัสสาวะ ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า หรือปัสสาวะบ่อย ร่วมกับการได้รับยา ขับปัสสาวะ ทำให้มีความเร่งรีบเข้าห้องน้ำอาจเกิดการลื่นหรือสะดุดล้มตามมาได้

1.2.6 การดื่มแอลกอฮอล์ จะมีผลรบกวนการส่งกระแสประสาท และกดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานเกี่ยวกับกลไกการทรงตัวไม่มั่นคง ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มตามมา

1.3 ปัจจัยที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต เช่น อาการวิตกกังวล หลงลืม และซึมเศร้าทำให้ ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าและมีการตัดสินใจผิดพลาด นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยกลัวจะหกล้มมากเกินไปจนไม่ยอมเดินกลับทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม

1.4 ความพิการจากโรคเรื้อรังมีการติดเชื้อมานานทำให้เกิดความพิการในผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรังมีความพิการตา มือ เท้า ส่งผลต่อการทรงตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำอย่างมาก โดยเฉพาะความพิการทางร่างกาย เช่น นิ้วมือ หงิกงอ ทั้งมือและเท้า ความผิดปกติของข้อต่อและกระดูก มีนิ้วและความบกพร่องทางการเดิน ซึ่งทำให้การทรงตัวไม่มั่นคงและเสียการทรงตัวได้ง่าย นอกจากนี้ ความบกพร่องทางการมองเห็น ตาหลับไม่สนิท การทรงตัวเสียสมดุลและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำได้

สรุปได้ว่า ภาวะหกล้มซ้ำกระบวนกรสูงวัยที่มีการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ ร่วมกับปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนที่มีความพิการ ตา มือ เท้า มักพบว่าจะมีโรคประจำตัวหลายโรค และมีการใช้ยาหลายชนิด เกิดผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการทรงตัวของร่างกายทั้งโดยตรงและโดยอ้อม จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทั้ง ในและนอกที่พักอาศัย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบ้านที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่

2.1 ลักษณะพื้นบ้านเป็นมันลื่น เช่น การปูพื้นด้วยกระเบื้องเคลือบ หินขัด หินแกรนิต พื้นไม้ขัดเงาทำให้เสี่ยงต่อการลื่นหกล้มได้ง่ายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดี

2.2 พื้นบ้านต่างระดับที่สังเกตยาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น และการแยกความแตกต่างของระดับทำได้ลำบาก ทำให้การกระเด้งก้าวทำผิดพลาดเกิดหกล้มได้

2.3 ประตูบ้านที่มีขอบธรณีประตู เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะก้าวอย่างช้า ก้าวสั้นและการยกเท้าต่ำ เมื่อมีขอบธรณีประตูจะทำให้เดินสะดุดเกิดการหกล้มได้ รวมถึงประตูบานที่มีลักษณะใช้เปิดปิดยากลำบาก

2.4 แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา การมองเห็นไม่ชัดเจนอยู่แล้ว เมื่อภายในบ้านมืดสลัว แสงสว่างไม่เพียงพอ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้ง่าย

2.5 การจัดเปลี่ยนเฟอร์นิเจอร์บ่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุจำสภาพแวดล้อมไม่ได้ ซึ่งเสี่ยงต่อการเดินสะดุดหกล้มได้ง่าย รวมถึงการจัดวางสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ พรหมเช็ดเท้าลื่น ขาด หรือขอบสูงเกินไป ทำให้เดินสะดุดลื่นหกล้ม

2.6 บันไดบ้านชันและไม่มีราวบันได ราวบันไดไม่มีความแข็งแรงมั่นคง มีการวางสิ่งของตามขั้นบันได การตกจากบันไดบ้านส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการลื่นหรือก้าวเท้าพลาด ไถล ขณะเดินขึ้นบันได ผู้สูงอายุบางคนอาจมีสิ่งของในมือจนไม่สามารถใช้มือเกาะจับราวบันไดได้ ทำให้เกิด การก้าวพลาดบันไดได้

2.7 ห้องน้ำห้องส้วมไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ที่ตั้ง อยู่ภายนอกบ้าน อยู่ไกลทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้า ห้องน้ำ ที่ตั้ง อยู่ภายนอกบ้าน อยู่ไกล ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้าห้องน้ำ พื้นลื่น ไม่สะอาด ส่วนใหญ่พบว่ามักจะเปียกตลอดเวลา เนื่องจาก ห้องน้ำห้องส้วมในบ้านของคนไทย บริเวณอาบน้ำและสุขาจะอยู่รวมในห้องเดียวกัน และมีได้แบ่งบริเวณที่เปียกและแห้ง เวลาอาบน้ำจึงมักทำให้น้ำไหลเปียกทั่วห้อง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้มได้ ไม่มีราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม ผู้สูงอายุมักมีปัญหากล้ามเนื้อขาดความแข็งแรง มีการเสื่อมของข้อต่อ การลุก การนั่งไม่คล่องแคล่ว จึงมีความยากลำบากในการลุกขึ้นและนั่ง ลงบนโถส้วม ขณะทำกิจกรรมขับถ่าย มีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มได้ ถ้ามีราวจับเกาะจะช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น การวางของใช้เกาะเกาะทางเดินในห้องน้ำเกิดเดินสะดุด ลื่นล้มง่าย ลักษณะโถส้วมไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เป็นส้วมแบบนั่งยอง

2.8 สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ สถานที่ที่ผู้สูงอายุไปเป็นประจำในชุมชน พื้นที่ลื่นหรือขรุขระ ได้แก่ ถนนในชุมชน ทาง ขำรุด ไม่มีบาทวิถี ไม่มีสะพานลอยหรือทางม้าลาย สำหรับข้ามถนน หรือมีสิ่งกีดขวาง เช่น พุ่มไม้ แก้วที่ไม่นั่นคงแข็งแรง วัด รอบเจดีย์เป็นพื้นขัดมัน บันไดปูด้วยหินอ่อนซึ่งทำให้ลื่น ตลาด แผงขายของที่จัดวางไม่เป็นระเบียบและทางเดินแคบ พุงนา มีคันนาคุคลอง ซึ่งมีพื้นไม่สม่ำเสมอ อาจเปียกและ ลื่น

ผลกระทบภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

ผลกระทบของภาวะหกล้มซ้ำทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย อาจได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง เช่น ข้อเคลื่อน กระดูกหัก การบาดเจ็บของสมอง จนถึงอาจเสียชีวิตได้ การบาดเจ็บที่รุนแรง ที่พบบ่อยคือกระดูกสะโพกหัก นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาล และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ เป็นต้น ผลกระทบด้านจิตใจ สังคม เกิดความทุกข์ทรมานทั้งตัวผู้ป่วย การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตลดลง จากความพิการ อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการรักษา และนอนโรงพยาบาล ที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น ผู้ดูแลสูญเสียเวลาทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแล ความต้องการดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ อีกทั้งสูญเสียเศรษฐกิจ เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจรุนแรงถึงการเสียชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2664)

การประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง การประเมินภาวะหกล้มให้ครอบคลุม ได้แก่ การซักประวัติการหกล้ม สาเหตุ อาการ การทรงตัว ความสามารถในการเดิน การมองเห็น การตรวจระดับสติปัญญา รวมถึงการตรวจร่างกายอื่นๆ โดยแบบประเมินความเสี่ยง ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1. Morse Fall Scale เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมใช้ในสถานพยาบาลช่วงเฉียบพลัน รวมทั้งการดูแลระยะยาว ระดับความเสี่ยง คะแนน 0 –24 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม คะแนน 25 –50 หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อการลื่น/ตก/หกล้ม คะแนน ≥ 51 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก การพยาบาลชุมชน หน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติภัย

2. Falls Risk Assessment tool เป็นเครื่องมือซึ่งสามารถแยกกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงได้เป็น 3 ระดับ คือ มีความเสี่ยงน้อย ปานกลาง และมีความเสี่ยงมาก ตามคะแนนที่ได้ (0-10 = มีความเสี่ยงต่ำ 11-20 = มีความเสี่ยงปานกลาง 21-33 = มีความเสี่ยง เสี่ยงมาก) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายลงชุมชนจะมีการส่งต่อข้อมูลในเอกสารส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามต่อเนื่องในรายที่มีความเสี่ยงสูง

3. Berg Balance Test เป็นเครื่องมือที่ใช้ทดสอบความสามารถในการทรงตัว ประกอบด้วย 14 กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้อย่างปลอดภัย ใช้ประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการกายภาพบำบัด เป็นการทดสอบการทรงตัว หรือ เมื่อพยาบาลชุมชนไปเยี่ยมบ้านเพื่อทดสอบการทรงตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

4. การประเมิน Timed Up and Go Test (TUGT) การสังเกตท่าเดินเท่านั้น โดยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน และเดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม เวลาปกติของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังควรน้อยกว่า 10 วินาทีกรณีที่ใช้เวลาเกินกว่า 29 วินาทีถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม หรืออาจใช้การทดสอบการหมุนตัว โดยการนับจำนวนก้าวที่ใช้ในการหมุนตัวครบ 180 องศา

5.การประเมินกำลังกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อ แขน ลำตัว ในการหยิบจับสิ่งของ ใช้ถ่วงน้ำหนัก แล้วขอข้อศอกแบบหงายมือให้ชิดกับลำตัว จนสุดช่วงงอและเหยียดกลับสู่ท่าเริ่มต้น จับเวลา 30 วินาที ทดสอบกำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรงมาก ทำได้ มากกว่า 11 ครั้ง กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรง ทำได้ 11 ครั้ง กำลังกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงมีความเสี่ยงต่อการใช้แขนในชีวิตประจำวัน เช่น การยกของ ทำได้ น้อยกว่า 11 ครั้ง

6. ประเมินกำลังเนื้อร่างกายส่วนล่าง นั่งบนเก้าอี้ ให้ผู้ป่วยลุกยืนตรงและนั่งเก้าอี้ ให้จับเวลา 30 วินาที กล้ามเนื้อขาแข็งแรงมาก ไม่มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้ มากกว่า 8 ครั้ง กล้ามเนื้อขาแข็งแรง มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้ 8 ครั้ง กล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้น้อยกว่า 8 ครั้ง

การกลัวการหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง (วะนิดา น้อยมนตรี, 2561)

ความหมาย

ความกลัวการหกล้ม (Fear of Falling) หมายถึง การรับรู้ที่มีความวิตกกังวลที่อาจจะทำให้เกิดเสียการทรงตัวการหลีกเลียงกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำให้เกิดภาวะหกล้มซ้ำ (วะนิดา น้อยมนตรี, 2561)

ผลกระทบการกลัวการหกล้มซ้ำ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ด้านร่างกาย ความกลัวที่มากเกินไป อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่มั่นใจในการเคลื่อนไหว และมีแนวโน้มที่จะหกล้มซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคย ทำให้เกิดข้อจำกัดทางกายภาพ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่กลัวการหกล้มอาจหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม เช่น การเดินทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงลง และสมรรถภาพทางกายแย่ลง อาจนำไปสู่การหกล้มซ้ำ

ด้านผลกระทบด้านจิตใจและสังคม ความกลัวการหกล้มสามารถนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การแยกตัวจากสังคม การหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต ผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม

การประเมินการกลัวการหกล้มซ้ำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การประเมินภาวะกลัวหรือ กังวลเกี่ยวกับการหกล้มโดยพัฒนามาจาก Falls Efficacy Scale International (FES-I) โดยใช้ แบบประเมิน Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I) เป็นเครื่องมือที่ใช้ ประเมินการกลัวหกล้ม ซึ่งข้อคำถามจะสั้นลงเพื่อ ใช้ในทางคลินิกหรืองานวิจัยได้ง่ายขึ้น มีทั้งหมด 7 ข้อ Short FES-I มีการแปลเป็นหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย การใช้เครื่องมือนี้ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม การตอบคำถามให้คำนิยามว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้มอย่างไร หากปัจจุบัน ไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตัวเอง ให้ตอบว่ามีความกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้มอย่างไรถ้าทำกิจกรรมด้วย ตัวเอง

ที่มา Short FES-I translated to Thai language by Sasiporn Ounjaichon from Kempen GIJM, Zijlstra GAR, van Haastregt JCM, Beyer N, Hauer K, Yardley L, Todd C. The Short FES-I: a shortened version of the Falls Efficacy Scale-International to assess fear of falling. Age&Ageing. 2008. 37 : 45-50. doi:https://doi.org/10.1093/ageing/afm157

การประเมินการกลัวการหกล้มซ้ำโดยการสอบถามผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยให้ระบุถึงระดับความกลัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังตามความรู้สึก ให้คะแนนการกลัวการหกล้ม ดังนี้

ตารางที่ 1 การประเมินการกลั้วการหกล้มซ้ำโดยการสอบถามผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวบรวมทั้งวันนี้ ท่านมีกิจกรรมเหล่านี้	ไม่กลั้ว	กลั้ว เล็กน้อย	กลั้ว ปานกลาง	กลั้วมาก
	1	2	3	4
1. การใส่เสื้อผ้า หรือ ถอดเสื้อผ้า				
2. การอาบน้ำ				
3. การนั่ง หรือลุกจากเก้าอี้				
4. การขึ้นหรือลงบันได				
5. การเอื้อมหยิบของเหนือศีรษะหรือก้มลงเก็บของบนพื้น				
6. การเดินขึ้นหรือลงที่ลาดชัน				
7. การออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น กิจกรรมทางศาสนา การรวมญาติ)				
รวมคะแนน				
รวม				

การแปลผลคะแนน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดโดยแบ่งเป็น 3 ระดับความกลั้วการหกล้มซ้ำได้แก่

- ☐ 7-8 มีความกลั้วการหกล้มระดับน้อย
- ☐ 9-13 มีความกลั้วการหกล้มระดับปานกลาง
- ☐ 14-28 มีความกลั้วการหกล้มระดับมาก

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อจัดการความกลั้วการหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

เมื่อตรวจคัดกรองพบผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความกลั้ว การหกล้ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความกลั้วการหกล้มซ้ำ มีการลดความกลั้วภาวะหกล้ม ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุเอง ได้แก่ การมองเห็นไม่ชัด การทรงตัวไม่ดี ขาไม่มีแรง การใช้ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการ ง่วงซึม ความกลั้วการหกล้ม และการเคยมีประวัติหกล้ม มาก่อน ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีสิ่งกีดขวางทางเดิน ภายในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน ได้แก่ สายไฟ ธรณีประตู การมีพื้นต่างระดับ การมีแสงสว่าง ในบ้านไม่เพียงพอโดยเฉพาะทางเดินบริเวณบันได และ ทางเดินไปห้องน้ำช่วงกลางคืน

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การจัดบ้าน ให้เป็นระเบียบไม่ควรมีสิ่งกีดขวางทางเดินเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม การติดตั้งและเปิดไฟส่องสว่างภายในบ้าน ให้เพียงพอ การติดตั้งราวยึดเกาะในห้องอาบน้ำ และห้องส้วมเพื่อช่วย ในการยึดเกาะพยุงตัว และการติดตั้งแผ่นกันลื่นในห้องอาบน้ำ และบริเวณอ่างล้างหน้า

4. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุแต่ละรายประเมินปัจจัย เสี่ยงต่อการหกล้ม โดยประเมินปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุเอง และประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และบริเวณที่พักอาศัย ว่ามีปัจจัยใดที่เป็นความเสี่ยงที่อาจทำให้ตัวผู้ป่วยสูงอายุหกล้ม หรือเกิดความกลั้วการหกล้ม

5. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปรับมุมมองว่า การหกล้ม และความกลั้วการหกล้มเป็นสิ่งที่ป้องกัน และควบคุมได้ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มกระตุ้น ให้ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายเล่าประสบการณ์ การหกล้มของตนเอง ญาติ หรือเพื่อน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการหกล้มในครั้งนั้น ให้ผู้ป่วยสูงอายุเล่า

ถึงมุมมองของตนเกี่ยวกับการหกล้มและความกลัวการหกล้ม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ สนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดประสบการณ์เกี่ยวกับ การหกล้มและความกลัวการหกล้ม พยาบาลให้ความรู้ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหกล้มและความกลัวการหกล้มและ ส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุว่า การหกล้มและความกลัว การหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ โดยมีการอภิปรายเชื่อมโยงเข้ากับประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ แล้ววิเคราะห์เพื่อหาทางป้องกันและควบคุม การหกล้มและความกลัวการหกล้มร่วมกัน

6. ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ แต่ละรายประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการหกล้ม แล้วสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมาย

สรุปการกลัวการหกล้มเข้าเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งหากปล่อยไว้จะสร้างผลกระทบเชิงลบต่อทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดวงจรความกลัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ การพยาบาลเพื่อจัดการความกลัวการหกล้มซ้ำ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเน้นความสำคัญใน 4 เรื่องหลัก ดังนี้

1. การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเดิน
2. การเยี่ยมติดตามต่อเนื่อง รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม
3. ตรวจสอบการใช้ยาและแก้ไขหากมีปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือมีการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม การจัดยาใส่แผงยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีความพิการ ตา มือ ที่ไม่สามารถจัดยาทานเองได้
4. ประเมินสภาพแวดล้อมก่อนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยใน และประสานความร่วมมือกับญาติ ทีม อสม. ปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เช่น จัดหาผู้ดูแลใกล้ชิดในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำญาติให้กระดิ่งที่สามารถให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ปรับระดับเตียงให้เหมาะสมกับความสูงของผู้ป่วย เปิดไฟให้สว่างเพียงพอทั้งบริเวณเตียง ทางเดินและในห้องน้ำ สังเกตส่งซ่อมอุปกรณ์ช่วยเดินที่ชำรุด รongเท้า ขาเทียม เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มขณะเยี่ยมบ้าน การคัดกรองห้องแผลเรื้อรัง ส่งต่อนอกสถาบันราชประชาสมาสัย วางแผนร่วมมือเป็นทีมจากทุกฝ่ายแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การประเมินและใช้มาตรการป้องกันทั้งหมดร่วมกันโดยหวังผลให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และตรงกับปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเฉพาะแต่ละบุคคล

บทบาทของพยาบาลชุมชนการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ญาติและผู้ดูแล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความปลอดภัย และข้อจำกัดของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่อาจทำให้หกล้ม
2. ผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่าเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ต้องได้รับการให้ความรู้/การสอน ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัย และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ
3. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม ได้แก่ กลุ่มโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ต้องได้รับการสอน/ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในกลุ่มญาติ
4. สอน/ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในการเปลี่ยนอิริยาบถที่ช้าไม่รีบเร่ง
5. พัฒนา/จัดให้มีโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ หรือผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
6. สอน แนะนำข้อมูลที่สำคัญ/จำเป็นแก่ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หากเกิดอุบัติเหตุหกล้มว่าจะทำอย่างไร หากหกล้มแล้วไม่สามารถยืนได้จะอย่างไร ตลอดจนการปฐมพยาบาล

7. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการระวังป้องกันภาวะหกล้ม ความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่ายในกลุ่ม บุคคล ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกเสื่อม/กระดูกพรุน

8. แนะนำวิธีการที่จะช่วยให้กระดูกแข็งแรง การทำกิจกรรมทางกายเพื่อคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

9. กรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติหกล้มมาก่อน ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะหกล้มและการป้องกันจะช่วยลดความกลัวการหกล้ม (fear of fall) และเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (self efficacy) ของการประเมินประเด็นดังต่อไปนี้

1) การตรวจคัดกรองภาวะหกล้ม ผู้สูงอายุทุกราย ควรได้รับการสอบถามเพื่อคัดกรองการหกล้ม ภายใน 1 ปี โดยกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะหกล้มมากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี ทำได้โดยการซักประวัติภาวะหกล้มอย่างครอบคลุมถึงสาเหตุ ความถี่ ความรุนแรง สถานที่ล้ม รวมทั้ง อาการร่วมอื่นๆ ขณะล้ม

2) ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขา การทรงตัว ความสามารถในการเดิน และท่าทางการเดินว่ามีความผิดปกติหรือไม่

3) ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกระดูกพรุน เช่น ผู้ที่อายุเกิน 65 ปี น้ำหนักตัวน้อย มีประวัติกระดูกหักได้รับยาประเภทสเตียรอยด์ เป็นต้น

4) ประเมินความสามารถที่แท้จริงของตนเอง รวมถึงความกลัวที่จะล้ม และสอบถามความรุนแรงของความกลัวด้วยว่ามีมากน้อยเพียงไร

5) ประเมินการมองเห็นว่ามีความผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่

6) ประเมินระดับความสามารถของสมอง (cognitive impairment) รวมทั้งการตรวจร่างกายทางระบบประสาท

หลักในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนในการป้องกันภาวะหกล้ม มีดังนี้

1. บุคลากรทางสุขภาพเอาใจใส่ในการประเมิน และป้องกันภาวะหกล้ม โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความสมัครใจ ส่งเสริมการเห็นคุณค่า และประโยชน์ของการป้องกันภาวะหกล้ม

2. ข้อมูล ความรู้ที่ให้ควรตรงประเด็นและเป็นประโยชน์ภาษาที่ใช้ต้องเหมาะสม เข้าใจง่าย

3. การสร้างโปรแกรมการป้องกันภาวะหกล้ม ควรพิจารณาและคำนึงถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่ำ และความกลัวต่อการหกล้ม ดังนั้น การจัดโปรแกรมจึงอาจจำเป็นต้องกระตุ้น สนับสนุนกิจกรรมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ สามารถเลือกรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมได้

4. ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อน หรือผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ส่วนใหญ่จะลังเลในการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกัน ภาวะหกล้มที่ใช้วิธีการออกกำลังกาย (รวมทั้งการฝึกการทรงตัว) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่สนใจเข้าร่วมโครงการที่ไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ โปรแกรมปรับปรุงบ้าน สิ่งแวดล้อม หรือ สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ

5. ควรคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลไม่ว่าจะเป็นเพศอายุ ความชอบ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะหกล้ม การรับรู้ในความสามารถของตนเอง ความกลัวอุปสรรค ซึ่งควรทำการค้นหาและปรับเปลี่ยนตามสภาพของบุคคล

สรุปได้ว่า การหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนจะมีผลกระทบเกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนเอง ได้แก่ การบาดเจ็บ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ สูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหว กลัวการหกล้ม เป็นภาระของผู้ดูแล

และครอบครัวอีกทั้งยังมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเป็นภาระของสถานพยาบาลที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม รู้สถานะความเสี่ยงของตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่หกล้มจะได้รับอันตรายทั้งทางด้านร่างกาย ตั้งแต่เล็กน้อย รุนแรง จนถึงเสียชีวิต และมีผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจด้วย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มยังมีการสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ส่งผลกระทบต่อจิตใจสูญเสีย ความมั่นใจในตนเอง เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย มีความกังวลว่าตนเองจะเกิดการหกล้มซ้ำทำให้เกิดความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) รวมถึงภาวะซึมเศร้า และการมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การป้องกันภาวะหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ การสร้างความตระหนักให้กับตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ช่วยเหลือดูแล ตัวแทนชุมชน หน่วยงานการพยาบาลชุมชน สถานสงเคราะห์ สวัสดิการสังคม จัดทำสื่อความรู้ การใช้เสียงตามสาย ให้รู้ถึงการป้องกันหกล้ม การประเมินปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ ภาวะหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะราย สิ่งแวดล้อม สังคม การปรับปรุงสำรวจ และจัดการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในแต่ละชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การใช้ยาการจัดยา การประเมินสายตา การประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การประเมินความพร้อมในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

2.5 โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับกรณีศึกษาและการพยาบาล

2.5.1 โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 (กันทพร ยอดไชย, 2562)

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำงานของไตอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน อัตราการกรองของไตอาจปกติหรือผิดปกติ ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน ไม่ว่าจะมีความผิดปกติ ทางโครงสร้างหรือ การทำหน้าที่ของไตก็ตาม โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อย ๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืน คืนสู่ สภาวะปกติ จนถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่ปรากฏ อาการในระยะแรก และจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย

พยาธิสภาพ

ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่างๆ มีสูญเสียเกลือแร่จากร่างกาย จากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น และการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต อัตราการกรองของไตลดลง ร่างกายจึงไม่สามารถขจัดน้ำเกลือของเสียต่างๆ ผ่านไตได้ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 10-20 มล./นาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของเสียในร่างกายเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้น เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต สำหรับและปัจจัยเสี่ยง โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากความผิดปกติใดก็ตาม ที่มีการทำลายเนื้อไต ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ ของไต อย่างถาวร ซึ่งมักค่อยเป็นค่อยไป สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือโรค ความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุอื่น ได้แก่ โรคหลอดเลือดฝอยในไตอักเสบเรื้อรัง ความผิดปกติของไตและ ระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กำเนิด โรคพันธุกรรมต่างๆ เช่น ภาวะอุดกั้นในทางเดินปัสสาวะ ไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ

ระยะของโรคไตเรื้อรังและการแสดง

ระยะของไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรองของไตเป็นตัวกำหนดดังนี้

ตารางที่ 2 ระยะของโรคไตเรื้อรังและอาการแสดง

ระยะ	ลักษณะอาการแสดง
ระยะที่ 1	มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 mL/min/1.73 m ² หมายถึง ความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติหรืออาจค่าลงเล็กน้อย ในระยะนี้ ยัง ไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ แต่อาจตรวจพบอาการไตอักเสบ และภาวะโปรตีนรั่วปนออกมาในปัสสาวะได้
ระยะที่ 2	มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 – 89 90 mL/min/1.73 m ² หมายถึง ความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อยโดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคง มี อาการปกติ ความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้นในระยะนี้ จะเริ่มพบความผิดปกติในผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ต่าง ๆ
ระยะที่ 3	มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30 - 59 90 mL/min/1.73 m ² หมายถึง ความผิดปกติของไต ค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง มักยังไม่แสดงอาการผิดปกติ โดย ส่วนใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟต ในเลือดสูง ผิวสีเหลืองปนเทา ซีด เกิดจากภาวะ โลหิตจาง มีการ ลดลงของต่อมเหงื่อ และไม่มี การขับเหงื่อ ผิวหนังแห้ง มีแคลเซียมฟอสเฟตที่ ผิวหนัง มีอาการคัน การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เกิดจ้ำเลือด ได้ง่าย มีอาการบวม ถ้าไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีเล็บและเส้นผมเปราะบาง และฉีก ขาดง่าย บนเล็บจะมีแถบสีแดง ปรากฏขึ้น หรือมีลักษณะเล็บสองสี โดยบริเวณ โคนเล็บเป็นสีขาวปลายเล็บเป็นสีน้ำตาล ได้ในระยะนี้ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวัง และให้การรักษาสภาพแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
ระยะที่ 4	อัตราการกรองของไตมากกว่า 15 - 29 90 mL/min/1.73 m ² หมายถึง ความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก มีอาการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผิดปกติ พบภาวะ กรดจากการเผาผลาญ และไขมันในเลือดผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจาก การมีฟอสฟอรัส สูง และ แคลเซียมต่ำมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก ทำให้ มีการสลาย แคลเซียมจากกระดูกเกิดภาวะกระดูกพรุนหรือกระดูกพรุณ แคลเซียมที่สลายเกิดการรวมตัวเป็น แคลเซียมฟอสเฟต มักไปเกาะตามอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ผิวหนัง ตา หลอดเลือด หัวใจ ปอด ข้อต่อ กระดูก ทำให้เกิดเกิดอาการเจ็บปวดตามข้อ การเปลี่ยนแปลงของดวงตามีแคลเซียมไปเกาะ ที่เยื่อบุตา หรือ ที่กระจกตา เกิดการระคายเคืองผู้ป่วยมักมีตาแดง ตามัว
ระยะที่ 5	มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 90 mL/min/1.73 m ² ซึ่งถือว่า เป็นระยะไตวาย ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุลน้ำ และ เกลือแร่ในร่างกาย มีอาการ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้อาเจียน สะอึก ตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงผิดปกติของประสาทส่วนปลายมีอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ต่อมน้ำลายทำงานลดลง ปวด แสบปวดร้อนตามปลายประสาท มีอาการขับเหงื่อตลอดเวลา มีการเดินเท้าห่างทำให้การทรงตัวไม่ดีได้ จำเป็นต้องได้รับการบำบัด ทดแทนไต

การรักษา แนวดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การรักษาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ

3 ประการ คือ

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต
2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิดภายหลังภาวะ ไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจาก การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่างๆ
3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วยของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันและรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องการรักษาสาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ค้นหาสาเหตุ และแก้ไขสาเหตุนั้นเท่าที่ทำได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดัน โลหิต ให้ยารักษาภาวะติดเชื้อ หยดยาที่ส่งเสริมให้ภาวะของโรค เป็นมากยิ่งขึ้น หรือ ผ่าตัดรักษา อาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

บทบาททางการพยาบาลในการดูแลโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยมีการการควบคุมความดันโลหิตตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจาก ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การควบคุมความดันโลหิตจึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง ควรได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ คือ ถ้าผู้ป่วยที่มีโปรตีนใน ปัสสาวะน้อยกว่า +1 ควรให้ความดันโลหิตสูงไม่เกิน 130/85 มม.ปรอท ถ้ามีโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ +1 ขึ้นไป ควรให้ความดันโลหิตสูงไม่เกิน 125/75 มม.ปรอท โดยผู้ป่วยมักได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อชะลอการเสื่อมของไต การประเมินความดันโลหิต วัดค่าระดับค่าไตในเลือดเป็นระยะ
2. การควบคุมสมดุลน้ำ ผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำเกิน และมักต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว น้ำท่วมปอด การดูแลจำเป็นต้องประเมิน ให้ความรู้ และติดตามภาวะสมดุลน้ำ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะขาดน้ำได้เช่นกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุการให้น้ำทดแทนต้องทำอย่างระมัดระวัง และคอยประเมินภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย การควบคุมอิเล็กโทรไลต์ หมั่นสังเกต บันทึกรับการขับถ่าย ปัสสาวะออกน้อย
3. การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่เพียงพอเหมาะสมกับระยะของโรค ปริมาณอาหารที่ได้รับควรให้พลังงานประมาณ 30-45 กิโลแคลอรี/กก./วัน โดยร้อยละ 60 ของพลังงาน ควรมาจากอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล อีกร้อยละ 30 มาจากไขมันถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่ให้พลังงานน้อยเกินไป จะทำให้มีการสลายกล้ามเนื้อเพื่อนำพลังงานมาใช้เกิดการคั่งของของเสียเพิ่มมากขึ้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยควรเป็นอาหารที่มีโปรตีน โปรแตสเซียม โซเดียม และฟอสเฟตต่ำ หลีกเลี่ยงการรับประทาน ไข่แดง เนื้อสัตว์ นม เมล็ดพืชต่างๆ เนื่องจากมีปริมาณฟอสเฟตสูง การรับประทาน อาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ หรือ รับประทานสารจับฟอสเฟต จะช่วยลดการดูดซึม ฟอสเฟตในลำไส้ ลดอัตราการเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโปรตีนที่รั่วทางปัสสาวะ ภาวะไขมันใน เลือดสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสัตว์ หรือกะทิมาก ควบคุม ปริมาณ คลอเรสเตอรอลไม่ควรให้ เกิน 300 มก./วัน ควบคุมอาหารกลุ่มโปรตีน โดยการรับประทานอาหารที่มี โปรตีนต่ำ เนื่องจากอาหารที่มีโปรตีน ต่ำจะช่วยลดการทำงานของไต ลดการกรองในโกลเมอรูลัส ลดปริมาณ การรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และลดระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์ ในเลือด ซึ่งมีผลทำให้ ไตเสื่อมช้าลง การรับประทานอาหารโปรตีนต่ำตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของ โรคไตเรื้อรัง สามารถชะลอการ เสื่อมของไตและช่วยลด การสะสมของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย

4. การป้องกันและรักษาตามอาการต่างๆ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามอาการ เช่น ในภาวะซีด ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่ช่วยในการสร้างเสริมเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิกและยาฉีดกระตุ้นไขกระดูกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้รับวิตามินเสริมต่างๆ เช่น วิตามิน B1, B2, B6 และ B12 ได้รับยาลดการหลั่งกรด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น เพื่อชะลอความเสี่ยงของไต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2.5.2 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่พบพบมากในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่ไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินออกมาได้เพียงพอ ที่จะเปลี่ยนน้ำตาลในร่างกายนที่ได้รับจากอาหารกลุ่มแป้ง ไขมัน และโปรตีนให้เป็นพลังงาน ผล คือ ร่างกายจะมีระดับน้ำตาล ในเลือดสูงกว่าปกติ (ระดับ น้ำตาลในเลือดคนปกติ = 60-110 mg/dL) ชนิดโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

ชนิดที่ 1 เป็นภาวะที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ จึงจำเป็นต้องรักษาด้วยการใช้ยาอินซูลินเป็นหลัก
ชนิดที่ 2 พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป หรือช่วงวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงมาจากบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นเบาหวานมาก่อน หรือมีภาวะอ้วน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้น อวัยวะต่างๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอยในผู้สูงอายุจะพบว่า มีการเสื่อมถอยตามวัยของตับอ่อนมีการทำงานที่ลดลง การหลั่งฮอร์โมนอินซูลินของตับอ่อนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และภาวะที่ดื้อต่ออินซูลินที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยความผิดปกติของการควบคุมเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สาเหตุสำคัญของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความเครียด อาจมีการกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดในร่างกาย และทำให้ขัดขวางการทำงานของอินซูลิน โรคติดเชื้อ เมื่อตับอ่อนถูกทำลายจากการติดเชื้อก็จะทำให้อินซูลิน น้อยลง เช่น การติดเชื้อเนื่องมาจากการผ่าตัดต่างๆ การตั้งครุฑในกลุ่มมารดาที่มีการตั้งครุฑหลายๆ ครั้ง ก็จะมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา การใช้ยาบางชนิด การใช้ยาบางอย่างเป็นเวลานานๆ เช่น ยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาสเตียรอยด์ (เพรดนิโซโลน) สารเบื่อหนู พฤติกรรมเสพสุรา ผู้ที่ดื่มสุรา การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรืออื่นๆ เช่น ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ไขมัน HDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 mg/ dL ระดับ ไตรกลีเซอไรด์มากกว่าหรือเท่ากับ 250 mg/ dL) ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 mmHg โรคอ้วนที่มีระดับ1 มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครุฑหรือคลอดบุตร (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ เกิดจากกลไก 2 อย่าง คือ

1) ภาวะดื้อต่อ อินซูลิน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินต่อเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อมีความไวต่ออินซูลินลดลง ซึ่งเชื่อว่าเป็นความผิดปกติหลักที่ทำให้เกิดโรค

2) ภาวะพร่องอินซูลิน เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของเบต้าเซลล์ ซึ่งจะพยายามผลิตอินซูลินให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อทดแทนให้กับการดื้ออินซูลินของเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้เบต้าเซลล์ทำงานหนัก จนสูญเสียหน้าที่ในที่สุด จากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดอินซูลิน หรือภาวะที่ฮอร์โมนต้านฤทธิ์อินซูลินสูงขึ้น เนื่องจากเซลล์ต่างๆ ไม่สามารถใช้และเก็บกลูโคสได้ ร่วมกับมีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสจากตับเพิ่มมากขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ท่อน้ำตาลไม่สามารถดูดกลับได้หมดจึงเหลือทิ้งออกมากับปัสสาวะ ร่างกายมีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ต่างๆ ออกไปกับปัสสาวะมาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน การวินิจฉัยโรคเบาหวาน สามารถทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธีดังต่อไปนี้

1) ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุสามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2) การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่ามากกว่า 126 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

3) การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลมีค่ามากกว่า 200 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4) การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลสูงในเลือดชัดเจน หรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวาน ควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันการวินิจฉัย อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

อาการและอาการแสดงเฉพาะของโรคเบาหวานที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย และกระหายน้ำ น้ำหนักลด ค้นตามผิวหนัง ในผู้สูงอายุมักค้นพบโรคโดยบังเอิญ อาการแสดงที่พบอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลสูง เช่น ภาวะ Stroke ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและขาดเลือด พยาธิสภาพที่ระบบประสาทส่วนปลาย โปรตีนในปัสสาวะ พยาธิสภาพที่ตาพร่ามัว ผิวแห้ง เป็นแผลง่ายแต่หายช้า ติดเชื้อบ่อย การมองเห็นเปลี่ยนแปลง ขาดตามปลายมือปลายเท้า และอาการอ่อนเพลีย นอกจากนั้นอาการและอาการแสดงที่มักพบในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ ภาวะขาดน้ำ อาการสับสน ภาวะสับสนเฉียบพลัน และการมองเห็นลดลง ผลกระทบโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคและดูแลรักษาตลอดชีวิต

ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้ 1. ผลกระทบต่อด้านร่างกาย โรคเบาหวานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่ตาและไต ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจ และสมอง และเป็นแผลที่เท้า (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติอยู่ตลอดเวลา การฝึกให้จัดการและดูแลตนเองเป็นส่วนสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน รูปแบบการรักษาจะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย และต้องนำประเด็นด้าน การแพทย์ จิตสังคม (psychosocial) และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาร่วมใช้ในการรักษาด้วย วิธีการรักษาได้แก่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และในบางกรณีอาจต้องมีการรักษาด้วยยาปรับประเทานและ/หรือฉีดอินซูลินร่วมด้วย ซึ่งมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 40% ที่ต้องฉีดอินซูลินร่วมด้วย

บทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังนี้

1. เป็นผู้ประสาน กับนักโภชนาการ และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เป็นไปตามสัดส่วนที่ผู้ป่วยต้องการเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันใน สัดส่วนที่พอเหมาะ รับประทานอาหารเป็นเวลา และงดดื่มสุรา

2. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทุกวัน และให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรทำในแต่ละวัน ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยที่ออกกำลังกายให้ได้

โดยการกระดกสันเท้า ปลายเท้า การยก และกางแขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย วันละประมาณ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน และในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้ง

3. การให้ความรู้ การประเมินการใช้ยาโรคเบาหวานตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง วันละ 2 ครั้ง

คือ หลังอาหาร เข้า-ก่อนนอน

5. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซิพจรเต้นเร็ว ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์

2.5.3 โรคเข่าเสื่อม

โรคเข่าเสื่อม หมายถึง การที่กระดูกอ่อนของข้อมีการเสื่อมสภาพทำให้กระดูกอ่อนไม่สามารถเป็นเบาะรองรับน้ำหนัก และมีการสูญเสียคุณสมบัติของ น้ำหล่อเลี้ยงเข่า เมื่อมีการเคลื่อนไหวของเข่าก็จะเกิดการเสียดสีและเกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อน ผิวของกระดูกอ่อนจะแข็งผิวไม่เรียบ เมื่อเคลื่อนไหวข้อเข่าก็จะเกิดเสียงดังในข้อเกิดอาการเจ็บปวด

พยาธิสภาพ

กระดูกของข้อเข่าที่เสื่อมเกิดการอักเสบก็จะมีการสร้างน้ำข้อเข่าเพิ่มทำให้เกิดอาการบวมตึง และปวดของข้อเข่า เมื่อมีการเสื่อมของข้อเข่ามากขึ้นข้อเข่าก็จะมีอาการโก่งงอทำให้เกิดอาการ ปวดเข่าทุกครั้งที่มีการเคลื่อนไหว และขนาดของข้อเข่าก็จะมีขนาดใหญ่ขึ้น ในที่สุดผู้ป่วยต้องใช้เท้าช่วยเดินหรือบางคนจะเดินน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อ ต้นขาลีบลงข้อจะติดเหมือนมีสนิมเกาะเหยียดขาได้ไม่สุดเมื่อเกิดเข่าเสื่อมมากขึ้นกระดูกอ่อน (cartilage) จะมีขนาดบางลง ผิวจะขรุขระ จะมีการงอกของกระดูกขึ้นมาที่เรียกว่า osteophytes เมื่อมีการอักเสบเยื่อหุ้มข้อก็จะสร้างน้ำหล่อเลี้ยงข้อเพิ่มขึ้นทำให้ข้อเข่ามีขนาดใหญ่ เอ็นรอบข้อจะมีขนาดใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อจะลีบลง การเปลี่ยนแปลงของข้อจะเป็นไปอย่างช้าๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบ ในรายที่เป็นรุนแรงกระดูกอ่อนจะบางมาก ปลายกระดูกจะมาชนกัน เวลาขยับข้อจะเกิดเสียงเสียดสีในข้อ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดเข่าเสื่อม อายุมากมีโอกาสมากเนื่องจากการใช้งานมาก เพศหญิงจะเป็นโรคเข่าเสื่อมมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า น้ำหนัก ยิ่งน้ำหนักตัวมากข้อเข่าจะเสื่อมเร็วการใช้ข้อเข่า ผู้ที่นั่งยองๆ นั่งขัดขัดสมาธิ หรือนั่งพับเพียบนานๆ จะพบข้อเข่าเสื่อมเร็วการได้รับบาดเจ็บบริเวณข้อเข่า ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่ข้อเข่าไม่ว่าจะกระดูกข้อเข่าแตกหรือเอ็นฉีก จะเกิดข้อเข่าเสื่อมได้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและได้รับแคลเซียมในปริมาณที่พอเพียงจะชะลอการเสื่อมของเข่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

อาการและอาการแสดงโรคข้อเสื่อม โรคเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ อาการในระยะแรกจะมีอาการเป็นหายๆ เมื่ออาการเป็นเพิ่มมากขึ้นจะเกิดผลกระทบต่างๆ กับผู้ป่วย โดยอาการที่พบ ดังนี้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

1. ปวดเข่า มีอาการปวดลักษณะปวดตื้อๆ รอบข้อเข่า ระบุตำแหน่งไม่ชัดเจน มักมีการปวดเรื้อรัง และจะปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานในขณะงอเข่า อาจจะเป็นๆ หายๆ โดยอาการดีขึ้นเมื่อพักการใช้เข่าลง แต่จะปวดมากขึ้นเมื่อใช้งาน เช่น ยืน เดิน โดยเฉพาะเดินขึ้นลงบันได ในรายที่โรคเป็นมากแล้ว อาจมีอาการปวดตลอดเวลา จะทำกิจวัตรประจำวันลำบากมีเสียงดัง เวลาขยับงอเหยียดข้อเข่า

2. ข้อฝืดตึง (stiffness) หรือข้อยึด พบได้ในช่วงเช้า หรือหลังจากนั่งพักนานๆ พอได้ขยับเคลื่อนไหวสักระยะหนึ่งจึงจะรู้สึกขยับได้มากขึ้น แต่ระยะเวลาที่เป็นไม่นานเกิน 30 นาทีโดยจะรู้สึกข้อยึดหลังจากหยุดการใช้ข้อเป็นเวลานาน

3. ข้อใหญ่ผิดปกติ (body enlargement) ตรวจพบมีข้อใหญ่บวม ลักษณะข้อเข่าจะผิดรูปร่างจากเดิม อาจคลำพบหินปูนหรือเห็นลักษณะกระดูกเข่าใหญ่ขึ้น หรือมีลักษณะเข่าโก่ง (bow leg) แยกออกจากกันเวลาขึ้นตรง เข่าบวมอาจมีอาการนี้เป็นๆ หายๆ จากนั้นข้อเข่าที่มากผิดปกติบางครั้งอาจมีอาการอักเสบ บวมแดง ร่วมด้วยพิสัยการเคลื่อนไหวลดลง โดยอาจมีอาการงอหรือเหยียดเข้าได้ไม่สุด มักมีอาการเจ็บถ้าพยายามฝืนให้งอเหยียดมากขึ้นข้อเข่าหลวม ไม่มั่นคงในการทรงตัว เวลาขึ้น หรือเดิน

4. มีเสียงกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

5. ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดังปกติ ซึ่งมีความรุนแรงมากน้อยต่างกันไปจากความเสื่อมและการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่วัยหนุ่มสาว การที่มีน้ำหนักตัวมากๆ ทำให้เข่าต้องรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวในทุกขณะที่ก้าวเดิน หรือเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่ามาก่อน บางรายเคยมีอาการอักเสบ ติดเชื้อ หรือเป็นโรคไขข้อ บางชนิด เช่น โรครูมาตอยด์ เป็นต้น มีการบางตัวหรือสึกกร่อน หรือเปื่อยยุ่ยไปของกระดูกอ่อนผิวข้อ อาจมีลักษณะผิวข้อไม่เรียบ ขรุขระ หรือมีหินปูนเกิดขึ้นในข้อ รวมทั้งคุณสมบัติและปริมาณของน้ำหล่อเลี้ยงไขข้อที่เปลี่ยนแปลงไป ตามระยะเวลาของการปวดข้อ

6. การอักเสบของเยื่อข้อ บริเวณรอบเข่าเกิดจากการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้อง เช่น การนั่งพับเข่านานๆ เป็นประจำ การยกน้ำหนักของมากเป็นเวลานานๆ การเล่นกีฬา น้ำหนักตัวมาก การมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุจนเกิดการบาดเจ็บในข้อเข่ามาก่อน มีความพิการผิดรูปของข้อเข่า เป็นต้น

การซักประวัติ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงในการสั่งใช้ยาเพื่อบำบัดโรคข้อเข่าเสื่อม ควรซักประวัติที่จำเป็น ดังนี้

1. ประวัติโรคแผลเปื่อยทางเดินอาหารส่วนต้น (peptic ulcer)
2. ประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
3. ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด 4 ประการ คือ เพิ่งได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary bypass graft) โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heartdisease) อาการปวดเข่าไม่คงที่ (unstable angina) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction)
4. ประวัติโรคความดันเลือดสูง (ความดันเลือดสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท)
5. ประวัติโรคไต ที่มีครีเอตินิน (creatinine) สูงกว่า 2.0 มก./ดล.
6. ประวัติการใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อกระเพาะอาหารถ้ากินร่วมกับยาต้านการอักเสบได้แก่ ยาแอสไพริน ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาสเตียรอยด์ชนิดกิน

การตรวจวินิจฉัยการเป็นโรคเข่าเสื่อม (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

การตรวจวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจร่างกายและการใช้ภาพถ่ายรังสีดังนี้

1. ปวดข้อเข่าและภาพรังสีพบปุ่มกระดูกงอก
2. ปวดข้อเข่าในบุคคลอายุมากกว่า 40 ปี และมีระยะเวลาที่ข้อผิดตึงช่วงเช้า น้อยกว่า 30 นาที ประกอบกับมีเสียงกรอบแกรบเมื่อเคลื่อนไหว
3. ภาพถ่ายรังสีใช้ประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติ เช่น ประเมินความรุนแรงของเข่าเสื่อม เป็นต้น

การประเมินความรุนแรง (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

ในการจำแนกความรุนแรงใช้ตามขั้นของ Kellgren Lawrence:KL (1957) ดังนี้

ขั้น 0 ภาพรังสีไม่พบเข่าเสื่อม

ขั้น 1 มีปุ่มกระดูกงอกไม่ชัดเจนแต่ช่องเข่าไม่ผิดปกติ

ชั้น 2 มีปมกระดูกงอกชัดเจนแต่ช่องเข่าไม่ผิดปกติ

ชั้น 3 มีปมกระดูกงอกชัดเจนแต่ช่องเข่าแคบลงปานกลาง

ชั้น 4 มีปมกระดูกงอกชัดเจน ร่วมกับมีช่องเข่าแคบลงรุนแรง

การรักษาในโรคเข่าเสื่อม (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค บรรเทาอาการปวด การฟื้นฟูสภาพให้ข้อเข่ากลับมาใช้ทำงานได้ปกติ ชะลอการดำเนินการของโรค ฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วย มีดังนี้

1. การบำบัดโดยไม่ใช้ยา

1.1 การให้ความรู้ เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดโรคเข่าเสื่อมควรให้การรักษาร่วมกัน ทั้งการไม่ใช้ยา แนะนำให้ผู้ป่วยเข่าเสื่อมทุกรายได้รับข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา ความสำคัญในการเปลี่ยนลักษณะความเป็นอยู่ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม การลดน้ำหนัก และวิธีการอื่นๆ เพื่อลดแรงกระทำที่เข่า แนะนำให้มีการติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินการดูแลตนเอง (self care) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเด็นหลักคือเน้นการให้ข้อมูลให้ผู้ป่วย เข้าใจและร่วมมือ การให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องด้วย

1.2 หลีกเลี่ยงการงอพับเข่ามากๆ เช่น การนั่งยองๆ ชัดสมาธิ พับเปียบ โดยเฉพาะที่ต้องนั่งเป็นเวลานาน

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพเข่า

2.1 ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic ADL) และความสามารถใช้อุปกรณ์ (instrumental ADL) ซึ่งเป็นการใช้อุปกรณ์ช่วยในชีวิตประจำวัน เช่น การปรุงอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การไปจ่ายตลาด การเดินทางโดยพาหนะ

2.2 ปรับเปลี่ยนรูปแบบชีวิตประจำวัน เช่น เลี่ยงการงอเข่า คูกเข่า หรือชัดสมาธิ แนะนำการขึ้นลงบันไดเท่าที่จำเป็น

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมซึ่งมีเข่าไม่มั่นคง ทั้งขาโก่ง หรือขาฉิ่ง ที่ยังไม่ถึงระดับรุนแรง สวมสนับเข่าแกนเหล็กด้านข้าง หรือใช้อุปกรณ์พยุงเข่า เพื่อลดอาการเจ็บปวด เพิ่มความมั่นคง และลดความเสี่ยงของการหกล้ม

2.4 การใช้แผ่นรองในรองเท้า (lateral/Medial heel wedge) ของผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมแม้บางครั้งอาจช่วยลดอาการเจ็บปวดและทำให้การเดินดีขึ้น

2.5 แนะนำให้ใช้การฝังเข็มในการบำบัดอาการในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

3. กายบริหารบำบัด (Therapeutic exercise) รูปแบบและวิธีการบริหารต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ขึ้น กับความรุนแรง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวและป้องกันการติดของข้อ แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

3.1 กายบริหารแบบใช้ออกซิเจนและแรงกระแทกต่ำ เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การออกกำลังกายในน้ำเพื่อป้องกันแรงที่กระทำต่อข้อเข่ามากเกินไป เป็นต้น

3.2 กายบริหารงอเหยียดข้อเข่า เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ

3.3 กายบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หน้าขา (quadriceps exercise) เพื่อให้กล้ามเนื้อช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่า แนะนำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้รับการสร้างเสริมให้ออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน และการบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ

4. การรักษาด้วยยา

4.1 ยาแก้ปวด การให้ยาบรรเทาปวด (pain relievers เช่น acetaminophen, non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อ ยกเว้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาทั้งสองชนิดได้ โดยให้ยาในขนาดที่ต่ำที่สุด และให้ระวังภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะหากต้องใช้ acetaminophen ขนาดมากกว่า 3 กรัมต่อวัน ร่วมกับ NSAIDs เพื่อบรรเทาปวด ในผู้ป่วยเข่าและข้อสะโพกเสื่อม ปัจจุบันในเอเชียแนะนำให้ใช้ยาการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม เพราะยามีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งอาจใช้ได้ขนาดสูงถึง 4 กรัม/วัน ดังนั้นจึงควรเลือกใช้เป็นยาขนานแรกในการบำบัดอาการปวดระดับน้อยจนถึงปานกลาง และหากได้ผลควรใช้เป็นยาต่อเนื่องเพื่อบรรเทาปวดระยะยาว

4.2. การให้ยากลุ่มบำรุงกระดูกอ่อนผิวข้อ เพื่อช่วยข้อ สามารถสร้างเนื้อเยื่อมาทดแทนส่วนที่ถูกทำลายไปได้ดี

4.3. การฉีดยาหล่อเลี้ยงข้อเทียมเข้าไปในข้อเข่า มักทำภายหลังการเจาะดูดน้ำไขข้อเดิมที่ฉีดปกติออกมีรายงานว่า ช่วยให้อาการปวดจากเข่าเสื่อมลดลงและการขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวข้อที่ดีขึ้น รวมทั้งกระตุ้นกระดูกอ่อนผิวข้อให้ทำงานดีขึ้น

5. การรักษาโดยการผ่าตัด

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม แนะนำอย่างยิ่งให้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ในผู้ป่วยโรคเข่าหรือข้อสะโพกเสื่อมที่อาการปวดไม่บรรเทาเท่าที่ควร หรือการทำงานของข้อไม่ดีขึ้นด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์ร่วมกันทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือมีการทำงานของข้อที่จำกัด และมีคุณภาพชีวิตลดลง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและข้อเข่าได้รับการยอมรับว่า มีความน่าเชื่อถือและเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสม เพื่อช่วยฟื้นฟูการทำงานของข้อและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อสะโพกและข้อเข่าเสื่อมที่อาการปวดไม่ทุเลา หลังจากได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ทั้งการใช้ยาและการใช้ยา

บทบาททางการแพทย์ในการดูแลโรคเข่าเสื่อม (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

การใช้ข้ออย่างถูกวิธี จะช่วยถนอมเข่าให้สามารถใช้งานได้นานขึ้น ชะลอความเสื่อมซึ่งวิธีการนั้นตรงข้ามกับพฤติกรรมซึ่งทำร้ายเข่า ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป เลี่ยงกิจกรรมที่ต้องงอเข่า พับเพียบ ขัดสมาธิ หรือการนั่งยอง ๆ ขึ้นลงบันไดเท่าที่จำเป็น ไม่ต้องขึ้นลงบ่อยๆ เลือกระเบียงของการออกกำลังกายที่ไม่มีผลร้ายต่อข้อเข่า เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน หรือการออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดแรงกระทำที่เป็นอันตรายกับข้อเข่าได้ การใช้อุปกรณ์สนับสนุนเข่าในการประคองเข่าเมื่อใช้เดินเท่าที่จำเป็น

การบริหารกล้ามเนื้อเข่าเพื่อเพิ่มความแข็งแรง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การออกกำลังกายหรือการบริหารนั้น ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยเน้นกล้ามเนื้อหน้าขา หรือกล้ามเนื้อเหยียดเข่าเป็นหลัก การบริหารข้อเข่าอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติเป็นประจำเป็นทางเลือกทำให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า ทำบริหารข้างล่างนี้เริ่มจากง่ายไปยาก ดังนี้

ท่าที่ 1 ทำได้โดยการนอนหงาย เอาหมอนเล็ก ๆ วางใต้เข่า เหยียดเข่าตรง นับ 1-10 ทำได้ในช่วงแรกที่กล้ามเนื้อยังไม่แข็งแรงมากนัก

ท่าที่ 2 การนั่งยกขาข้างหนึ่งวางพาดม้านั่งแล้วเหยียดเข่าตรง เกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา พร้อมกระดกข้อเท้าขึ้น นับ 1-10 หรือเท่าที่ทำได้ ท่านี้เหมาะสำหรับผู้ที่กล้ามเนื้อยังไม่แข็งแรงพอที่จะยกขาตนเองได้ ถ้ามีปัญหาข้อเข่าเหยียดไม่สุด ให้ใช้ถุงทรายถ่วงที่ข้อเข่าร่วมด้วย

ท่าที่ 3 นอนชันเข้าขึ้นข้างหนึ่ง อีกข้างให้ยกขาขึ้น กระดกข้อเท้า งอและเหยียดเข้าขึ้นลง เล็กน้อย ทำสลับไปมาทั้งเข้าซ้ายและขวาท่านี้เหมาะสำหรับผู้ทีกล้ามเนื้อยังไม่แข็งแรงพอที่จะยกขาตนเองได้

ท่าที่ 4 ทำได้โดยการยืนชิดผนังเก้าอี้ เหยียดเข่าตรงพร้อมกระดกข้อเท้าขึ้นเกร็งค้างแล้ว นับ 1-10 ทำสลับข้าง ทั้งสองข้าง

2.5.4 แผลกดทับ (พรเทพ สิริมหาโชกุล และ สืบสิน จีรวรรพณ์, 2564)

แผลกดทับ หมายถึง แผลที่เกิดจากการมีแรงกดทับ และ แรงเสียด ของเนื้อเยื่อผิวหนัง เฉพาะที่ และ/หรือ เนื้อเยื่อใต้ชั้น ผิวหนัง บริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีการกดทับลักษณะผิวหนัง บริเวณใด บริเวณหนึ่งเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณต่างๆ อาจมีหรือไม่มีรอยฉีกขาดบางครั้งอาจ รู้สึกเจ็บปวด ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ บริเวณด้านหลังศีรษะและบริเวณหู บริเวณไหล่ บริเวณข้อพับแขน บริเวณก้น บริเวณสะโพก บริเวณเข่า บริเวณข้อเท้า

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (อิติมา ตั้งพิมพ์จิตต์, 2563)

1. ขาดการเคลื่อนไหวเช่น นอนติดเตียงตลอดเวลาหรือ ไม่สามารถขยับได้ ทำให้ร่างกาย ถูกกดทับเป็นเวลานาน เลือดไหลเวียนได้ไม่เพียงพอ
2. ผิวแห้งเพราะขาดความชุ่มชื้นตามวัย
3. ปัญหาโภชนาการไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเกิดจากปัญหา สุขภาพจิตร่วมด้วย และผู้ที่ขาด สารอาหารและคนกลืนอาหารลำบาก
4. ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ทำให้เกิดความอับชื้นจากการใส่ผ้าอ้อม ขณะนอนหลับ
5. ผิวหนังถูกเสียดสีจากเนื้อผ้าหรือมีการอับชื้น

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นแผลกดทับ (อิติมา ตั้งพิมพ์จิตต์, 2563)

1. กลุ่มผู้ป่วยที่นอนติดเตียงที่ไม่สามารถขยับร่างกายตัวเองได้เลย
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ขยับร่างกายได้ลำบากอาจมีสาเหตุจากโรคหรืออุบัติเหตุ เช่น ผู้ป่วยแขนขา อ่อนแรง หรือผู้ป่วยกระดูกหักทำให้เคลื่อนไหวได้น้อย
3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน
4. กลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคขาดน้ำหรือขาดสารอาหาร ทำให้ผิวหนังบาง
5. กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่จากอาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่ได้ เพราะความชื้นเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

ระดับของแผลกดทับ (พรเทพ สิริมหาโชกุล และ สืบสิน จีรวรรพณ์, 2564)

ระดับของแผลกดทับ แบ่งตามระดับ ความรุนแรงเป็น 4 ระดับ และ 2 ลักษณะดังนี้

ระดับที่ 1 ผิวหนังจะยังไม่เกิดการฉีกขาด จะเกิดเพียงแค่รอยแดงเฉพาะที่ เมื่อใช้มือกด รอยแดงไม่จางหายไป ปกติพบบริเวณ ปุ่มกระดูกอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณผิวหนัง การเปลี่ยนแปลง ของผิวหนังมีลักษณะแข็งหรือนุ่ม ขึ้นอุณหภูมิผิวหนังอาจอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนัง บริเวณข้างเคียง ผิวหนังไม่มีการฉีกขาด ผู้ป่วยอาจเกิดเจ็บ และระคายเคือง

ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนัง บางส่วน ลึกลงชั้นใต้ ผิวหนัง บริเวณแผลกดทับผู้ป่วย จะสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจน มองเห็นชั้นผิวหนังแท้ และอาจจะพบลักษณะของตุ่มน้ำใส หรือตุ่มน้ำใสที่แตก

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียผิวหนัง ทั้งหมดจนมองเห็นชั้นไขมัน อาจมีเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย บริเวณที่มีไขมันมากมักจะเกิดแผลลึก และอาจพบโพรงใต้ ขอบแผลหรือโพรงแผล

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียชั้นผิวหนัง และชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด จะมองเห็นหรือสัมผัสเนื้อเยื่อพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกหรือกระดูกอ่อนหรือกล้ามเนื้อ ในบริเวณพื้นแผลได้หรืออาจมีโพรงใต้ขอบแผล เนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน ส่วนใหญ่มี โพรงและช่องใต้ขอบแผลสามารถมองเห็นกระดูก กระดูกอ่อนและเอ็นหรือสามารถคลำพบกระดูกได้ ความลึกของแผลกดทับระดับ 4 จะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ที่เกิดเช่น บริเวณงูมก หูตาตุ่มและส่วนหลังของ ศีรษะบริเวณท้ายทอยซึ่งบริเวณนี้จะไม่เห็นชั้นเนื้อเยื่อ ใต้ผิวหนังลักษณะของแผลระดับ 4 จะตื้นและสามารถมองเห็นชั้นกล้ามเนื้อเอ็นหรือกระดูกและในกรณีที่มีมองเห็นหรือคลำได้กระดูกอ่อน

แผลกดทับที่ไม่ทราบความลึกและไม่สามารถระบุระดับตามการแบ่งระดับ 4 ระดับข้างต้นสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

ลักษณะที่ 1 unstageable มีการสูญเสีย ผิวหนังทั้งหมด ซึ่งพื้นผิว แผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง จึงทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้จะสามารถระบุระดับแผลกดทับได้เมื่อกำจัดเนื้อตายออกแล้ว และให้ระบุระดับแผลกดทับ ตามการสูญเสียของชั้นผิวหนังที่มองเห็น

ลักษณะที่ 2 deep tissue injury เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาดหรือฉีกขาดแล้วผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้มหรือสีเลือดนกปนน้ำตาล ผิวหนังอาจมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงเสียด ทำให้เกิดความเจ็บปวดผิวหนังแข็งหรือนุ่มขึ้นและอุณหภูมิ อาจอุ่นหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียงลักษณะดังกล่าว จะทำให้ระบุระดับที่ชัดเจนได้ยากขึ้นในผู้ป่วยที่มีผิวสีเข้ม

การประเมินแผลกดทับ (อิติมา ตั้งพิมพ์จิตต์, 2563)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับมีหลายชนิด แต่ละเครื่องมือมีความยากง่ายในการใช้งาน ความไวและความเฉพาะ ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับได้ต่างกัน โดยปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ที่นำมาใช้พัฒนาเป็น เครื่องมือต่างๆ ประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวหรือทำกิจกรรม 2) การมีเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ รวมถึงโรคเบาหวาน และ 3) สภาพของผิวหนัง อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ยังไม่มีเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง ที่สามารถใช้ได้ทุกลักษณะของสถานพยาบาล เนื่องจากแต่ละที่มีปัจจัย ย่อยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดแผลกดทับที่แตกต่างกัน และเครื่องมือที่พัฒนามาก็มาจากลักษณะของผู้ป่วย ที่แตกต่างกัน แบบประเมินแผลกดทับ ดังนี้

1. แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale) แบบประเมินนี้มีตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ 1) ความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้เกิดความไม่สบายของผู้ป่วย 2) ระดับความเปียกชื้นของผิวหนัง 3) ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม 4) ความสามารถในการทำกิจกรรมและ ความสามารถในการควบคุมและการเปลี่ยนแปลงท่าทางของร่างกาย 5) การได้รับอาหารเกี่ยวกับปริมาณที่ได้รับ เน้นปริมาณโปรตีนและการได้รับอาหารเสริม 6) แรงเสียดทานจากการดึงลากและเฉือนจากการเลื่อนไหล ในการประเมินในแต่ละตัวแปร มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยช่วงคะแนนอยู่ ระหว่าง 4-23 คะแนน ค่าคะแนนที่เริ่มบอกว่าเสี่ยง คือ 18 คะแนน หากประเมินความเสี่ยงได้คะแนนยิ่ง น้อยจะยิ่งมีความเสี่ยงมาก

2. แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ (The Waterlow Scale) เป็นแบบประเมินชนิดใช้ตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปรคือ 1) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 2) ความสามารถในการกลืนอาหารและปัสสาวะ 3) สภาพผิวหนังโดยทั่วไป 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย 5) เพศ 6) อายุ 7) ภาวะโภชนาการ 8) โรคประจำตัว 9) ความพร้อมทางระบบประสาท 10) ผลจากการได้รับการผ่าตัดหรือการบาดเจ็บ และ 11) การได้รับยาบางชนิดได้แก่ cytotoxics, ยาสเตียรอยด์โดย แต่ละตัวแปรจะมีค่าคะแนน 0-8 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือคะแนนรวมมากกว่า 10 คะแนน แสดงว่า เริ่มมีความเสี่ยง คะแนนรวมมากกว่า 15 คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงสูง คะแนนรวมมากกว่า 20 คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงมาก

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ (อิติมา ตั้งพิมพ์จิตต์, 2563)

1. การประเมิน ลักษณะผิวหนังซึ่ง ลักษณะเฉพาะของผิวหนังที่ต้องคำนึงถึงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การมีรอยแดงที่ไม่หาย แม้ว่าจะลดแรง กดไปแล้ว การเกิดตุ่มพองตุ่มน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่นร้อน บวม ลักษณะแข็งเป็นไต ต้องมีการประเมินผิวหนัง ที่ถูกกดทับและบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้งที่มีการ เปลี่ยนท่านอน และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่ แม้ว่าไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้วซึ่งปกติรอยแดง ควรหายไปภายใน 30 นาที มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ จะต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น เครื่องมือที่ ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ได้พัฒนามาจากการรวบรวมปัจจัยเสี่ยงและให้ คะแนน เพื่อช่วยในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแต่ละราย และนำไปใช้ในการช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น การดูแลสภาพผิวหนัง และการให้สารอาหาร

2. การป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสี และแรงเฉือน การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่าทาง ที่ถูกต้องตามมาตรฐานและหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ถูกต้องนั้น ต้องมีการจัดทำทางผู้ป่วย เช่น ท่านอน ต้องให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตามข้อ 2 ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข้าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอยส่วนการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอน ตะแคงกึ่งหงาย โดยให้เอียง 30 องศา กับแนวระนาบ ซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่ม กระดูกโคนขา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เองและที่ต้อง นอนบนเตียงตลอด ส่วนการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย การพลิกตัวทุก 2, 3 หรือ 4 ชั่วโมง การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลม สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอย กับที่นอนได้ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ จึงสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้แต่ชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลมนั้น นอกจากจะช่วยกระจายแรงกดแล้วยังสามารถลดระยะเวลาของแรงกดที่กระทำต่อหลอดเลือดฝอยได้

3. การดูแลภาวะโภชนาการ บาดแผลเป็นสาเหตุสำคัญที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่ง ในการส่งเสริมการหายของแผล เนื่องจากสารอาหารที่สมดุลช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางวิชาชีพที่สามารถให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรดูแลการรับประทานอาหาร โดยเพิ่มอาหารประเภท โปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่ว เป็นต้น เพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับควรได้รับคือ 1.25-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วันและควรได้รับสารอาหาร 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน คาร์โบไฮเดรตและไขมันจะช่วยในการเสริมสร้าง พลังงานให้เซลล์และจำเป็นต่อการรวมตัวของเม็ด เลือดขาวหากเกิดภาวะการขาดคาร์โบไฮเดรตและ ไขมันจะมีการสลายโปรตีนเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานเกลือแร่ที่จำเป็นประกอบด้วย โซเดียมโปตัสเซียม คลอไรด์แคลเซียมและฟอสฟอรัสมีความสำคัญต่อ การสร้างคอลลาเจนและกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อ วิตามินซี เช่น ฝรั่ง ส้มโอ มะขามป้อม บล๊อคโคลี สับปะรด เป็นต้น มีความสำคัญในการรวมตัว

ของคอลลาเจนช่วย ต่อต้านการติดเชื้อสังเคราะห์คอลลาเจน สร้างเส้น เลือดฝอยใหม่และสร้างความแข็งแรงของเส้นเลือด ไม่เปราะแตกง่ายนอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในการ ทำงานของนิวโทรฟิลซึ่งหากขาดวิตามินซี จะทำให้ความเสี่ยงในการเกิดแผลติดเชื้อเพิ่มขึ้นและรุนแรง มากขึ้น แร่ธาตุเหล็ก ซึ่งพบมากในปลา ผักบุ้ง ผักโขม ผักคะน้า ไข่แดงส่วนวิตามินเอ เช่น ปลา ผักใบเขียว แครอท มันม่วง แร่ธาตุสังกะสี ซึ่งพบมากในปลา อาหารทะเล เนื้อแดง และถั่วเปลือกแข็ง เป็นต้น ช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจนและการขยายใหม่ของเซลล์ใหม่ของผิวหนังมารวมตัวกันที่รอบแผลเพิ่มมากขึ้น เช่น ลดการติดเชื้อของแผลและสารน้ำจะช่วยให้การคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมความ สมบูรณ์ของผิวหนังดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุควรกระตุ้นให้ได้ ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตรต่อวัน

4. การทำความสะอาดผิวหนัง ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือป่วยเป็นโรคที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับควรหมั่น ตรวจผิวหนังของตนเองว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติใดๆ หรือไม่

5. การดูแลทำความสะอาดแผลแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายยิ่งขึ้น จึงต้องมีการทำความสะอาดแผลเป็นประจำเพื่อกำจัดสิ่งสกปรก และแบคทีเรียที่อยู่บนพื้นแผล มีวิธีการทำความสะอาดจะแบ่งตามระดับความรุนแรงของแผลกดทับ สำหรับแผลกดทับที่ไม่รุนแรงสามารถใช้ผ้าเกลือเช็ดทำความสะอาดบริเวณรอบแผลและดูแลความสะอาดของแผล สำหรับแผลที่เป็นโพรงลึกต้องใช้การฉีดล้างโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2-3 ครั้ง หรือจนกว่าน้ำเกลือจะใส โดยการปิดแผลนั้นจะประเมินตามลักษณะของแผล ได้แก่ พื้นแผล เนื้อตาย ของแผล และภาวะติดเชื้อ เพื่อเลือกวัสดุปิดแผลที่เหมาะสม หรือในบางกรณีอาจต้องเปิดแผลไว้ และขอแนะนำว่าสำหรับผู้ที่มีแผลกดทับ เป็นแผลลึก แผลมีกลิ่นเหม็น หรือแผลมีหนองไหล ควรรับการรักษาในสถานพยาบาลเพื่อรับการดูแลและรักษาที่เหมาะสม

6. การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด การลดแรงกดบริเวณที่เกิดแผลกดทับจะช่วยให้บาดแผลของผู้ป่วยสมานได้เร็วขึ้น โดยสามารถใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยลดแรงกดได้ เช่น ฟูกชนิดพิเศษ เตียงลม แผ่นโฟมลดแรงเสียดสีและกดทับ และสามารถใช้หมอนสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก และอีกบริเวณที่ควรใช้หมอนหรือผ้ารองให้หนี้ออกจากพื้นผิวเตียง คือ บริเวณส้นเท้า

2.5.5 ภาวะการได้ยินบกพร่องในผู้สูงอายุ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับเสียงแย่ง หรือพูดง่าย ๆ ก็คือ หูอื้อ หรือหูตึง เป็นปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ และอาจถือเป็นปัญหาของญาติ หรือคนรอบข้างในการสื่อสาร เป็นคอยไป ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว ญาติของผู้สูงอายุเอง อาจมีปัญหามาตามได้จากการที่ต้องตะโกนสื่อสารกันเป็นเวลานาน ได้แก่ เสียงแหบ เจ็บคอ ไอ และระคายคอเรื้อรัง เป็นต้น (ปารยะ อาศนะเสน, 2567)

ภาวะหูอื้อ หรือหูตึง หมายถึง ภาวะที่ความสามารถในการรับเสียงแย่ง มีการแบ่งระดับความรุนแรงของการเสียการได้ยิน ดังตาราง

ตารางที่ 3 แสดงระดับการได้ยิน ระดับความพิการ ความสามารถในการเข้าใจคำพูด

ระดับการได้ยิน	ระดับความพิการ	ความสามารถในการเข้าใจคำพูด
0-25 dB	ปกติ	ไม่ลำบากในการรับฟังคำพูด
26-40 dB	หูตึงน้อย	ไม่ได้ยินเสียงกระซิบ
41-55 dB	หูตึงปานกลาง	ไม่ได้ยินเสียงพูดปกติ
56-70 dB	หูตึงมาก	ไม่ได้ยินเสียงพูดที่ดังมาก
71-90 dB	หูตึงรุนแรง	ได้ยินไม่ชัด แม้ต้องตะโกน

ระดับการได้ยิน	ระดับความพิการ	ความสามารถในการเข้าใจคำพูด
>90 dB	หูหนวก	ตะโกนหรือใช้เครื่องขยายเสียงก็ไม่ได้ยิน

ภาวะหูตึงในผู้สูงอายุ คือ การเสียการได้ยินจากประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 3 ของโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุ โดยพบได้ถึงร้อยละ 25-40 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามวัย กล่าวคือ อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุที่มีประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 40-60 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี โดยธรรมชาติแล้วการได้ยินจะค่อยๆ เสื่อมลงตามวัย การได้ยินบกพร่องของผู้สูงอายุจะมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป และเสื่อมเท่ากันทั้ง 2 ข้างในช่วงความถี่สูง ซึ่งจะวินิจฉัยในผู้ที่มีอายุเกิน 50 ปี และไม่มีสาเหตุอื่นที่ทำให้การได้ยินบกพร่อง ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ เนื่องจากมีเสียงรบกวนในหู และมักมีปัญหาฟังไม่รู้เรื่อง หรือได้ยินเสียงแต่จับใจความไม่ได้ร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางตามวัย

สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่อความบกพร่องของการได้ยินในผู้สูงอายุ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราภาพ ได้แก่หูชั้นนอก คือใบหู และรูหูชั้นนอก หูชั้นกลาง คือ แก้วหู กระดูกค้อน กระดูกทั่ง และกระดูกโกลน และหูชั้นใน คือกระดูกรูปก้นหอย และเส้นประสาทหู จะมีผลต่อการได้ยินดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของหูชั้นนอก มีการเปลี่ยนแปลงของการสร้างและการเคลื่อนของขี้หู (Cerumen) จะเห็นได้ว่าผิวหนังในรูหูบางลง แห้ง มีการสร้างขี้หูมากขึ้น ต่อมาเหงื่อทำงานลดลง ทำให้ขี้หูแห้ง ขนใบหูจะแข็ง หยิบ โดยในผู้ชายจะมีการขับขี้หูออกถูลดลง กระดูกอ่อนมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้รูหูมีความแคบเกิดขี้หูอุดตัน ทำให้ยากต่อการขับขี้หูออก ในส่วนของรูหูชั้นนอก ทำหน้าที่หล่อลื่นและป้องกันรูหู มีการสะสมของขี้หูมากขึ้นทำให้การผ่านของเสียงลดลงที่จะเข้าสู่หูชั้นกลางและหูชั้นในส่งผลให้การฟังและการสื่อสาร กระดูกอ่อนที่ทำหน้าที่ควบคุมการสะท้อนของเสียงและเป็นการดักจับเสียงโดยเฉพาะการเสียงที่มีความถี่สูง ทำให้ทราบทิศทางเสียงนั้นๆ โดยมีความผิดปกติที่พบบ่อยใน หูชั้นนอก ได้แก่ ขี้หูอุดตัน, เยื่อแก้วหูทะลุ, หูชั้นนอกอักเสบ, เนื้องอกของหูชั้นนอก

2. การเปลี่ยนแปลงของหูชั้นกลาง โดยเสียงจะผ่านความถี่ของเสียง โดยช่วงความถี่ของเสียงพูดปกติจะส่งผ่านได้ดีที่สุด ส่วนเสียงต่ำจะผ่านได้น้อยสุด เสียงจะส่งผ่านเยื่อแก้วหู เข้าไปสู่กระดูกสามชิ้น คือ กระดูกค้อน กระดูกทั่ง และกระดูกโกลนและส่งต่อไปยังกระดูกรูปไข่ ก่อนเข้าสู่หูชั้นใน ในเยื่อแก้วหู ผู้สูงอายุจะมีเนื้อเยื่อลลาเจมาแทนเนื้อเยื่อ อีลาสติค ทำให้เยื่อแก้วหูบางลง มีการแข็งตัวมากขึ้น และยืดหยุ่นได้น้อยลง กล้ามเนื้อและพังผืดรอบเยื่อแก้วหูติดกลับลดลงทำให้การขยายเสียงส่วนนำเสียงของหูชั้นนอกและหูชั้นกลาง เมื่อคลื่นเสียงจากภายนอกผ่านเข้าไปในช่องหูจะไปกระทบแก้วหู และมีการส่งต่อ และขยายเสียงโดยกระดูกหู 3 ชิ้นในหูชั้นกลาง ไปยังส่วนของหูชั้นในต่อไป ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในหูชั้นนอกและหูชั้นกลางของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะหูอื้อ หรือหูตึงได้ สาเหตุมักเกิดจากความผิดปกติของ หูชั้นกลาง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ, น้ำขังอยู่ในหูชั้นกลาง, ท่อที่เชื่อมต่อระหว่างหูชั้นกลางและโพรงหลังจมูกทำงานผิดปกติ, โรคหินปูนในหูชั้นกลาง

3. การเปลี่ยนแปลงของหูชั้นในอวัยวะรูปหอยโข่ง ที่มีเซลล์รับสัมผัส ทำหน้าที่แปลงความหนาแน่นและความถี่ของเสียงไปยังประสาทสองคู่ที่ 8 รับเสียงไปจนถึงสมองเลือดไปเลี้ยงหูชั้นในน้อยลง การสร้างน้ำเหลืองลดลง ความยืดหยุ่นของเยื่อบุผนังลดลง มีการสูญเสียเซลล์ประสาทในอวัยวะรูปหอยโข่งในผู้สูงอายุมีจำนวนลดลงซึ่งเป็นส่วนที่เรารับรู้และเข้าใจเสียงต่างๆ ความผิดปกติประสาทหูเสื่อมตามวัย บริเวณนี้

ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ทำให้เกิดภาวะหูตึง ที่มักเกิดกับหูทั้ง 2 ข้าง หรือหูหนวกถาวรได้ และบางโรคทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ สาเหตุมักเกิดจากความผิดปกติของทำให้เส้นประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน เช่น ไดโนเสียงปืน เสียงระเบิด หรือเสียงประทัด, การได้รับเสียงที่ดังปานกลางในระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ประสาทหูเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป การเข้ายาที่มีพิษต่อประสาทหูเป็นระยะเวลานาน เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม อะมิโนไกลโคไซด์ ยาขับปัสสาวะ ที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ยาแอสไพริน ยาควินิน การบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะ แล้วมีผลกระทบกระเทือนต่อหูชั้นใน การติดเชื้อของหูชั้นใน เช่น จากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อซิฟิลิส หรือไวรัสเอดส์ การผ่าตัดหูแล้วมีการกระทบกระเทือนต่อหูชั้นใน มีรูรั่วติดต่อกันระหว่างหูชั้นกลาง และหูชั้นใน โรคมึนเนย หรือน้ำในหูไม่เท่ากัน โรคที่เกี่ยวกับ สมอ โรคของเส้นเลือด เช่น เส้นเลือดในสมองตีบ เลือดออกในสมองจากไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เนื้องอกในสมอง เช่น เนื้องอกของเส้นประสาทหู และ/หรือ ประสาทการทรงตัวเกิด หกล้มได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ สาเหตุอื่นๆ เช่น โรคโลหิตจาง โรคแพ้ภูมิตัวเอง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโรคเกล็ดเลือดสูงผิดปกติ โรคที่มีระดับยูริกในเลือดสูง โรคไต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตต่ำหรือสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้สามารถทำให้หูอื้อ หรือหูตึงได้ จะเห็นได้ว่าโรคที่ทำให้เกิดปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ มีสาเหตุได้ทั้งจากหูชั้นนอก หูชั้นกลาง และหูชั้นใน

บทบาทของพยาบาลในการประเมินการได้ยินและชะลอเส้นประสาทหูเสื่อม (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

1. การคัดกรองการได้ยิน : Finger rub test เป็นการคัดกรองการได้ยิน ด้วยการถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ หน้าที่ผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหู ประมาณ 1 นิ้ว) ที่ละข้างทั้งหูขวาและหูซ้าย เกณฑ์ การประเมิน ถ้าตอบ “ไม่ได้ยิน” หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่า หูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน

2. การสอบถามด้วยข้อคำถามเบื้องต้น ข้อคำถามในการแบบประเมินด้านการได้ยินในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป การได้ยินของท่านในปัจจุบันไม่ได้ดีเหมือนเมื่อก่อน คนรอบข้างมักเตือนท่านบ่อยๆ ว่ามีเสียงเรียกเข้าจากโทรศัพท์ของท่าน เวลาคุยโทรศัพท์ บางครั้งท่านรู้สึกว่าฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง เวลาพูดคุยกันตัวต่อตัว ท่านรู้สึกว่าคุณสนทนาพูดไม่ชัดเจนจนต้องขอให้พูดซ้ำบ่อยๆ ท่านได้ยินเสียงพูดของคุณสนทนาดังพอแต่จับใจความไม่ได้ว่าพูดอะไร ท่านได้ยินเสียงจิ้งจก คล้ายเสียงจิ้งหรีดหรือเสียงซ่าคล้ายฝนตกในหูข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ท่านมักเปิดวิทยุหรือโทรทัศน์ดังเกินไปจนคนรอบข้างรู้สึกรำคาญ ท่านมีความลำบากในการจับใจความของคำพูดเมื่อมีคนพูดพร้อมๆ กันหลายคน เวลามีคนเรียกท่านไม่รู้ว่าเขาเรียกท่านมาจากทางไหน ท่านมีอาการเจ็บหู ปวดหู หรือมีน้ำในหู มีหนองไหลออกจากหู หรือมีการได้ยินในหูข้างหนึ่งที่ไม่ค่อยได้ยิน ในระหว่างการสนทนาบางครั้งท่านต้องแกล้งทำเป็นพยักหน้าเห็นด้วยทั้งๆ ที่ไม่แน่ใจว่าคุณสนทนาของท่านพูดว่าอะไร บ่อยครั้งในระหว่างการสนทนา ท่านต้องมองปากผู้พูดเพื่อช่วยให้เข้าใจคำพูดมากขึ้น ท่านมีความลำบากในการฟังเสียงสนทนา ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงรบกวนมาก เช่น การพูดคุยในภัตตาคาร หรืองานเลี้ยง หากว่าคำตอบคือ “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป คุณควรเข้ารับการตรวจวัดระดับการได้ยิน และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

3. การแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการบริการสุขภาพ และการวินิจฉัยปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ อาศัยการซักประวัติถึงสาเหตุต่างๆที่เป็นไปได้ การตรวจหูชั้นนอก ช่องหู แก้วหู หูชั้นกลาง และบริเวณรอบหู การตรวจเลือด เพื่อหาความผิดปกติของเคมีในเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจการได้ยิน เพื่อยืนยัน และประเมินระดับความรุนแรงของการเสียการได้ยิน การตรวจคลื่นสมองระดับก้านสมอง และการถ่ายภาพรังสี เช่น เอ็กซเรย์ คอมพิวเตอร์สมอง หรือกระดูกหลังหู หรือตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า และการฉีดสารรังสีเข้าหลอดเลือด กรณีมีข้อบ่งชี้

4. การป้องกันไม่ให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมากขึ้น โดยหลีกเลี่ยงเสียงดัง ถ้าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคกรดยูริกในเลือดสูง โรคซีด โรคเลือด ควบคุมโรคให้ดีเพราะโรค

เหล่านี้ทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทน้อยลง ทำให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมาก หรือเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น หลีกเลียงการใช้อยาที่มีพิษต่อประสาท หลีกเลียงอุบัติเหตุหรือการกระทบกระเทือนบริเวณหู หลีกเลียงการติดเชื้อของหูหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ลดอาหารเค็ม หรือเครื่องดื่มบางประเภทที่มีสารกระตุ้นประสาท เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มน้ำอัดลม (มีสารคาเฟอีน) งดยาสูบ บุหรี่ (มีสารนิโคติน) สารคาเฟอีน ทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทน้อยลง ทำให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมาก หรือเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น พยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดความเครียด วิตกกังวล และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ดังนั้นปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุอาจมีสาเหตุจากประสาทหูเสื่อมจากอายุซึ่งไม่มีอันตรายร้ายแรงใดๆหรือมีสาเหตุจากโรคที่อันตราย เช่น เนื้องอกของสมอง หรือเส้นประสาท ก็ได้

2.6 บทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

1. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ ดังนี้
 - (1) ด้านร่างกาย ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ ประเมินพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่การบริโภคอาหารการออกกำลังกายการพักผ่อน
 - (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด
 - (3) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ภาวะเศรษฐกิจ สัมพันธภาพ ในครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวและวัฒนธรรมชุมชน
2. ค้นหาโรคหรือสภาวะสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ จัดลำดับแก้ไขตามความสำคัญและความจำเป็น
3. วางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เรื่องต่อไปนี้
 - (1) ให้ความรู้การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตและปัจจัยเสี่ยง แก่ผู้ดูแล และครอบครัว
 - (2) การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตและพัฒนาสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
 - (3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนให้มีส่วนร่วมกำหนดแผนการดูแลสุขภาพ และมีการจัดบริการครอบคลุมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
4. ให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนดในประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพด้วยการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคติดเชื้อและโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ส่งเสริมสุขภาพจิตการเผชิญความเครียดและทักษะชีวิต เป็นต้น
5. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไร้ญาติ มีความพิการมีภาวะพึ่งพิง พยาบาลชุมชน ดำเนินการจัดยารับประทาน แบบแผนงนม
6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการจัดแผนงนม แบบแผนงนม โดยจะมีการเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการรับประทานยาและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนในการรับประทานยา
7. ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้การพยาบาล ป้องกัน ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำแนกตามความเร่งด่วน โดยเยี่ยมภายใน 3 วัน 5 วัน และ 7 วันตามลำดับ
8. จัดระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (COC : Continuity of care) เชื่อมต่อจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ประสานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องประเด็นแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ ประสานหน่วยงาน เพื่อเตรียมความพร้อมส่งต่อเคลื่อนย้าย
9. ประสานเครือข่ายจิตอาสา และเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง

10. ประเมินทักษะผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลให้รับประทานอาหารได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อน กระตุ้นให้ออกกำลังกาย กล้ามเนื้อแขนขา มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ตามความสามารถ

11. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การดูแล สุขภาพและอาการผิดปกติ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อนแก่ผู้ดูแลและครอบครัว

12. กำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อนได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมต่อเนื่องตามสภาพปัญหาและความต้องการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

13. ติดตามดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจ สังคม

14. ติดตามผู้สูงอายุโรคเรื้อนให้ได้รับการตรวจตามนัดทั้งในและนอกสถาบันราชประชาสมาสัย

บทบาทพยาบาลชุมชนการดูแลป้องกันภาวะหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อน ได้แก่ การซักประวัติการหกล้ม สาเหตุ อาการ การทรงตัว ความสามารถในการเดิน การมองเห็น การตรวจระดับสติปัญญา รวมถึงการตรวจร่างกายอื่นๆ โดยการประเมินความเสี่ยง ดังนี้

1. การประเมินแรกรับ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนทุกราย เข้ามารับบริการที่แต่ละหน่วยงาน มีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เพื่อประเมินปัญหา การวินิจฉัยความรุนแรง ความเร่งด่วนในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมปลอดภัย วัตถุประสงค์ วิเคราะห์ร่างกาย ซักประวัติ อาการสำคัญ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการหกล้มในอดีต

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การซักประวัติ มาแบ่งระดับความเสี่ยง ภาวะหกล้ม เพื่อให้การพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มระดับน้อย การป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มระดับปานกลาง การป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มระดับมาก การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุการล้ม และกรรารายงาน ปฏิบัติตามระเบียบรายงานความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงาน

3. การวางแผนการพยาบาล มีการจัดการดูแลดังนี้

3.1 กรณีภายหลังมีภาวะหกล้มรุนแรงเกิดความพิการถาวร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านก่อนจำหน่ายพยาบาลวิชาชีพวางแผนร่วมกันกับตัวแทนผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

3.2 กรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนไม่มีผู้ดูแล ภายหลังมีภาวะหกล้มรุนแรงเกิดความพิการถาวรไม่สามารถดูแลตนเองได้ สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพวางแผนร่วมกับผู้ป่วยทีมสหสาขาวิชาชีพให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพบันทึกคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุการล้ม ภาวะหกล้ม ดังนี้

4.1 บันทึกคะแนนรวมความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ โดยใช้แบบประเมิน Morse Fall Risk Assessment เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพที่หน่วยงานการพยาบาลชุมชน วันที่ 1 เมื่อเยี่ยมบ้าน หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้มและ ครบรอบการประเมินซ้ำ 1 ครั้งต่อเดือน

4.2 หน่วยงานการพยาบาลชุมชน กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำสูงจากการประเมินความเสี่ยง และผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะเกิดอุบัติเหตุการล้ม ภาวะหกล้ม (ได้แก่ สับสน

ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ต้องการลุกเดิน นั่ง หรือเข้าห้องน้ำ ให้ญาติดูแลใกล้ชิด และบันทึกในระบบ EMR เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย (Goal / Outcome)

4.3 Nursing Progress Note : บันทึก Focus: Risk for fall ในระบบ EMR กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มสูง และผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะเกิดอุบัติเหตุภาวะหกล้ม (ได้แก่ สับสน ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ต้องการลุกเดิน นั่ง หรือเข้าห้องน้ำ ให้ญาติผู้ดูแลใกล้ชิด บันทึกการประเมิน (Assessment) โดยการบันทึกคะแนนรวมความเสี่ยง ต่อภาวะหกล้มที่ประเมินได้ (Fall Risk Score) การเปลี่ยนแปลงสถานะ อาการของผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องบันทึกสิ่งที่ปฏิบัติทันทีต่อผู้ป่วยใน ใบ COC จีงลงระบบ EMR หรือจะปฏิบัติ หรือแผนการดูแลผู้ป่วย ญาติ อย่างเหมาะสม

4.4 บันทึกแบบรายงานอุบัติการณ์ภาวะหกล้ม เพื่อรายงานส่ง คณะกรรมการความเสี่ยง และคณะกรรมการป้องกันภาวะหกล้ม แต่เพื่อรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ภาวะหกล้ม ทุกระดับความรุนแรง แต่ละหน่วยงาน ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

4.5 การติดตามสัญญาณ สัญญาณเฝ้าระวังภาวะหกล้ม ที่ใบ COC กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มระดับสูง ติดตามเยี่ยม เดือนละ 1 ครั้ง 3 เดือน

5. การประเมินซ้ำ

5.1 พยาบาลวิชาชีพ ประเมินอาการของผู้ป่วยสูงอายุหลังจากการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ เมื่อ มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา ภาวะหลังผ่าตัด วันแรกของการเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาการประเมินซ้ำดังนี้

1) การประเมินซ้ำ หอผู้ป่วยใน มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มระดับต่ำประเมินซ้ำ ทุก 7 วัน เวรเช้ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มระดับปานกลาง ประเมินซ้ำ ทุกวัน เวรเช้า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มระดับสูง ประเมินซ้ำทุกเวร

2) การประเมินซ้ำ หน่วยงานผู้ป่วยนอก มีการประเมินผู้ป่วยทุกรายเมื่อเข้ารับ การตรวจรักษา มีการส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยมีภาวะหกล้ม ที่ต้องได้รับการรักษา ตั้งแต่ความรุนแรงระดับ D เพื่อให้พยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

3) หน่วยงานการพยาบาลชุมชน มีการประเมินครั้งแรกเมื่อเข้าเยี่ยมบ้าน มีการติดตาม ต่อเนื่อง 3 ครั้ง โดยในสัปดาห์ครั้งแรกของการส่งต่อข้อมูล ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ถัดไป ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์สุดท้าย ของเดือน หากยังมีอาการแทรกซ้อน หรือยังมีอาการแทรกซ้อนจากภาวะหกล้ม จะมีการเยี่ยมต่อเนื่อง 1 ครั้ง ต่อเดือน ให้ครบ 6 เดือน ถึง 1 ปี จึงจำหน่ายจากการดูแล

6. การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ภายหลังมีภาวะหกล้มรุนแรง เกิดความพิการถาวร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ร่วมกับหน่วยงานการพยาบาล ชุมชน/ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นดังนี้

6.1 การปรับสภาพบ้านที่ปลอดภัย เหมาะสม กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ข้อควรระวัง ถ้าไม่มีการบันทึกทางการพยาบาล ถือว่าไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาล

6.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้ม ปลอดภัยในการดำรงชีวิตประจำวัน

6.3 กรณีภายหลังเกิดภาวะหกล้มมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ใส่เฝือก ถูกตัดขา กระดูกหัก พยาบาลวิชาชีพวางแผนร่วมกับพยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด กายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์ อสม. ญาติ ผู้ดูแล

6.4 กรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ พยาบาลวิชาชีพวางแผนการส่งเสริมดูแลตนเอง ตามแผนการสอน และฝึกทักษะการดูแลตนเองก่อนกลับบ้านบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้แก่พยาบาลชุมชน

6.5 กรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ มี Re admit จากภาวะหกล้มซ้ำ พยาบาลวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลชุมชน

7. การให้ข้อมูลสุขภาพ และความรู้สุขภาพ เพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง

7.1 พยาบาลวิชาชีพ กำหนดแผนการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ให้ผู้ป่วยเฉพาะรายให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และญาติ ผู้ดูแล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ/พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการพยาบาลชุมชน

8. การพยาบาลส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

แผนกิจกรรมทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองจะมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้อย่างเป็นขั้นตอนจำนวน 3 ครั้ง กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาห่างกัน 1-2 สัปดาห์ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วม กิจกรรม ทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติการส่งเสริมความสามารถ ที่ในการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินผลการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ การติดตามต่อเนื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ

2.7 บริบทของสถาบันราชประชาสมาสัยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

สถาบันราชประชาสมาสัยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช (รัชการที่ 9) พระราชทานทรัพย์สินส่วนพระองค์และดำริให้ตั้งหน่วยเพื่อควบคุม บำบัดรักษา ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ชื่อว่า “สถาบันราชประชาสมาสัย” มีหน้าที่ในการศึกษาวิจัยหาแนวทางการควบคุม ป้องกันรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมุ่งหาแนวทางไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคเรื้อรังและได้รับการรักษาให้หายจากโรคเรื้อรัง สถาบันราชประชาสมาสัย จึงได้กำหนดพื้นที่สำหรับให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้พักพิงอยู่แบบชุมชน ปัจจุบันการแพทย์ การสาธารณสุข รวมถึงการป้องกันการเกิดความพิการจากโรคเรื้อรังดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนลดลงอย่างมากจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข รวมทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังไม่มีความจำเป็นต้องถูกกักกันอยู่ในพื้นที่จำกัด หลังการรักษาหายแล้วสามารถพักอาศัยอยู่รวมในสังคมปกติได้

ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ขนาดพื้นที่ประมาณ 40 ไร่ เป็นที่ดินราชพัสดุ จำนวน 558 หลังคาเรือน มีทางเข้าออกชุมชนทางเดียว ไม่มีปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีการตีตรา (Stigma) จากประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณรอบๆ สถาบันราชประชาสมาสัย จัดเป็นชุมชนที่มีลักษณะพิเศษไม่เหมือนชุมชนทั่วไป เพราะสมาชิกทั้งหมดในชุมชน คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ชุมชนแห่งนี้เป็นที่ให้การดูแลหลักแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลักษณะที่พักอาศัยเป็นตัวอาคารบ้านพักอาศัย แฟลตและเรือนแถว (สุมาลี และคณะ, 2566) ผลการสำรวจภาวะสุขภาพของหน่วยงานการพยาบาลชุมชน ปี 2565 มีจำนวนผู้พักอาศัยทั้งหมด 366 ราย ร้อยละ 84 มีลักษณะการแบ่งพื้นที่ในการดูแลตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยในผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีความพิการตามือเท้า จะเข้าอยู่ในโซน 5 โซน บ้านพักอาศัย A-E โดยมีญาติผู้ช่วยเหลือดูแลพักอยู่ด้วยกันที่ โดยจัดเป็นโซนที่พักอาศัย ลักษณะเป็น แฟลต 4 ชั้น จำนวน 310 ห้อง ห้องแถว จำนวน 164 ห้อง บ้านเดี่ยว จำนวน 50 หลัง เมื่อจำแนกตามกลุ่มตามช่วงอายุส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุวัยกลาง คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยต้น คิดเป็นร้อยละ 32 และผู้สูงอายุวัยปลาย

คิดเป็นร้อยละ 22 ในจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มผู้สูงอายุ ดังกล่าว มีความพิการตา มือ เท้า มีภาวะพึ่งพิงโดยเมื่อผู้สูงอายุเหล่านี้มีโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 62 โดยแบ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49 โรคเบาหวาน ร้อยละ 35 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2 โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 1 โรคมะเร็งร้อยละ 1 มีความพร้อมการได้ยินใช้เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 1 มีรายงานอุบัติการณ์เกิดภาวะหกล้มซ้ำ ในปี 2566 หน่วยงานการพยาบาลชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 5 ราย พบว่า มีการบาดเจ็บทำให้กระดูกหักและเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 80 ทั้งยังพบว่าการบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 20 ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคร้อนเกิดอันตรายจากภาวะหกล้มซ้ำมากขึ้น

ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยสถาบันราชประชาสมาสัยและหรือตามสิทธิประกันสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากอยู่ในพื้นที่เดียวกันและมีผู้ปฏิบัติงานให้แก่ทางราชการซึ่งเป็นผู้ป่วยประจำอาคารพาผู้ป่วยไปพบแพทย์และพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย มีช่องทางให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษาโดยเฉพาะกรณีต้องตรวจรักษาเฉพาะทาง มีเจ้าหน้าที่หน่วยงานการพยาบาลชุมชนเป็นผู้พาผู้ป่วยไปตรวจรักษาและติดตามให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง โดยพยาบาลชุมชนเข้าเยี่ยมบ้านและให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานของการพยาบาลชุมชนและการพยาบาลผู้สูงอายุ กรณีผู้สูงอายุที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิตที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยมุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (สุมาลี และคณะ, 2566)

2.8 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสร้างโดยโดโรธีอีโอเร็ม (Dorothea E Orem) เป็นหนึ่งในนักทฤษฎีการพยาบาลที่เรียกว่า Orem model of nursing โดยทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีชื่อเรียกว่า ทฤษฎีการดูแลตนเองบกพร่องทางการพยาบาล หรือทฤษฎีการพยาบาลทั่วไปของโอเร็ม หรือ ทฤษฎีการดูแลตนเองทางการพยาบาลเป็นทฤษฎีระดับกว้างของการพยาบาล (grand theory of nursing) เป็นหนึ่งในรูปแบบการพยาบาลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ที่มีความเชื่อมโยงกัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีการดูแลตนเองบกพร่อง ทฤษฎีระบบการพยาบาล (อรนันท์ หาญยุทธ, 2567)

จุดเน้นของการพยาบาล (วรารวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

คือ บุคคลและเฉพาะเจาะจงไปก็คือความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหรือมีความบกพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

เป้าหมายของการพยาบาล (วรารวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องและช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีเป้าหมายและจุดเน้นที่ชัดเจน ซึ่งช่วยวางขอบเขตความรับผิดชอบของการพยาบาลได้ดีขึ้น

มโนทัศน์หลัก 4 ประการ (Meta parading) (วราวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

1. บุคคล (Person)

บุคคลจะรวมทั้งผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำอย่างตั้งใจ (Capacity for Deliberate Action) มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้คนมีลักษณะเป็นองค์รวมและทำหน้าที่ได้ทั้งด้านชีวภาพด้านสังคมด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และคนยังเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัต

นอกจากนั้นโอเร็มยังได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับคน (Human Beings) ไว้อย่างละเอียดดังต่อไปนี้

1. บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและตั้งใจ (Deliberate Inputs) ให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อการมีชีวิตอยู่รอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล

2. ความสามารถของบุคคล (Human Agency) ซึ่งเป็นความสามารถในการกระทำอย่างตั้งใจ โดยมีระบบแบบแผนและมีขั้นตอนจะกระทำในรูปแบบของการดูแลตนเองและบุคคลอื่น

3. บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

4. บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา การพัฒนาและถ่ายทอดวิธีการสนองตอบต่อความต้องการของตนเองและของบุคคลอื่น

5. บุคคลที่อยู่ร่วมกันและมีสัมพันธภาพต่อกันอย่างมีโครงสร้าง และมีระบบจะแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม

โอเร็มมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐาน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาและมีความต้องการดูแลเพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนซึ่งทัศนะในการมองคนเช่นนี้สอดคล้องกับนักสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โอเร็มได้เล็งเห็นว่าในบางสภาวะการณ์หรือบางโอกาสบุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบซึ่งในสภาวะเช่นนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะพยาบาลนอกจากนั้นบุคคลยังเป็นเจ้าของตนเอง จึงมีสิทธิที่จะรับรู้ถึงสภาพของตนเอง

2. สิ่งแวดล้อม (Environment)

โอเร็ม ได้กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการคือสิ่งแวดล้อมที่มีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถและความต้องการดูแลตนเอง นอกจากนี้โอเร็มยังมองว่าคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้

3. สุขภาพ (Health)

เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพคือคนที่มีทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ การดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล นอกจากนี้โอเร็มยังกล่าวถึงความผาสุก (Well-Being) ว่าต่างจากสุขภาพแม้จะมีความสัมพันธ์กัน ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจความยินดีและการมีความสุข

คนที่เจ็บป่วยอาจจะรับรู้ถึงความผาสุกได้ งานวิจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน

4. การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาล เป็นบริการทางด้านสุขภาพที่เฉพาะอย่างหนึ่งและแตกต่างจากบริการอื่นๆ คือการพยาบาลมีจุดเน้นที่ความสามารถ และความต้องการดูแลตนเองของบุคคล การช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ตลอดจนการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพ

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (รารวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กันคือ

1. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่สำคัญของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาล ที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดังนี้ “การกระทำทั้งหมดซึ่งประกอบเป็นระบบการพยาบาลนั้น (Nursing Action System) ได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถที่เรียกว่า ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Action System) ภายใต้ข้อตกลงกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลนั้นเป็นที่ทราบและได้รับการสนองตอบ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ได้ถูกปกป้องหรือได้นำมาใช้หรือได้รับการพัฒนา”

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีระบบการพยาบาลเสนอแนวคิด เพื่อที่จะตอบคำถาม 2 ประการคือการช่วยเหลือที่พยาบาลกระทำคืออะไร และมีผลต่อผู้รับบริการอย่างไร

2. ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit)

การที่จะเข้าใจทฤษฎีระบบการพยาบาล จะต้องเข้าใจความสัมพันธ์ของทฤษฎีนี้กับทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองนี้ อธิบายว่าทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองได้อธิบายไว้ดังต่อไปนี้

“ความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือเติบโตอย่างเต็มที่ที่สามารถจะถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วนหรือไม่สามารถจะใช้ได้เลยหรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดดังนั้นบุคคลนั้นจึงต้องการ การพยาบาล”

3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นเป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) การที่จะเข้าใจทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องเข้าใจทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งอธิบายไว้ดังต่อไปนี้

“บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่ และพัฒนาการของตนเองตลอดจนปกป้อง ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง” ทฤษฎีนี้ได้ อธิบายการดูแลตนเอง ในลักษณะของการปรับหน้าที่ซึ่งเปรียบได้กับกระบวนการของระบบประสาทและ ต่อมไร้ท่อแตกต่างกันตรงที่การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ได้ในสิ่งแวดล้อม และชนบธรรมเนียม ประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (รราวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (Self-Care) ความต้องการ การดูแลทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) และมโนทัศน์ ประกอบคือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Condition Factors) ซึ่งมโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็นทฤษฎี การดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล

รายละเอียดของทฤษฎีมีดังนี้ (รราวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care)

การดูแลตนเอง หมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง ชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไป ได้ถึงขีดสุดกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ชนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่ มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและ สังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญา เสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือใน การดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิต รอดอยู่ มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึงการที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่มีส่วนใน การส่งเสริมความอยู่รอดสุขภาพและสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการ การพึ่งพา (dependent member)

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม ที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็น ว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้น เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็น ด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสมหรือไม่ จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมาย ของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรม ที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตาม ผลงานของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อ จะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามที่ได้เลือกจะกระทำอย่างไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใดการที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้น จะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึง เป้าประสงค์ของการกระทำที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะ ทำได้ โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง ว่าเป็นการกระทำของบุคคล ที่จริงจังและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลใน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการพยาบาล ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเองตาม ที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำ การดูแลตนเองตามที่ได้เลือกนั้น

จะเห็นได้ว่าแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎี ทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์กล่าวคือ การดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาเป็นกิจกรรม ที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง หรือต่อบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพา อย่างไม่รู้ก็ตาม ได้ให้ข้อคิดว่าแม้เป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาบางอย่าง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ซึ่งโอเร็ม เรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น “Nontherapeutic” ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็น “Therapeutic” (Therapeutic Self-Care) ต่อเมื่อเกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดเซียวภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) (วราวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้น เมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความ ต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของ ผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองของบุคคล ผู้ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอ ดังนั้น บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย เด็ก หรือผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือ

มีความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้วย หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การที่จะเข้าใจแนวคิดของความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand)

การดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็มนั้น มีทั้งที่เป็น “Therapeutic” และ “Nontherapeutic” และสิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพคาดหวังคือการดูแลตนเอง ควรจะเกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะกระทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisite) 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม การรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการ ในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3. รักษาความสะอาดระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการ การพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการ ของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อายุในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลายหรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของ

ตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเอง ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกาย ผิดปกติได้แก่ เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็น ในภาวะมีดังนี้คือ

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย เป็นต้น
- 3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนรักษา การวินิจฉัยการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเอง ในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัยและการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง การที่พยาบาลจะเข้าใจและตอบสนอง ต่อความต้องการ การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพได้นั้นจะต้องมีพื้นฐานของความรู้ ทางด้านการแพทย์ และพยาธิสรีรภาพต่างๆ รวมทั้งทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด ตลอดจนเทคโนโลยีต่างๆ เป็นอย่างดีและจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับผิชอบผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเขาจะได้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้จะเห็นว่าความสามารถของพยาบาลในการพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นเพราะความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นเกณฑ์ในการประเมินว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมใดได้ด้วยตนเอง กิจกรรมใดที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ได้แก่ การเตรียมของใช้ เช่น ขวดหรือแก้วตวง สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลอาจไม่สามารถกระทำได้ พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลควรจะเป็นผู้กระทำทดแทน การพิจารณาถึงกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ แม้ว่าจะดูเหมือนมีรายละเอียดมากแต่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติ เพราะจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสิน ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการได้เฉพาะเจาะจง และช่วยให้พยาบาลสามารถ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง ในกิจกรรมที่เขาสามารถจะกระทำได้ และแก้ความเข้าใจผิดที่ว่า การดูแลตนเอง เป็นการผลักภาระให้ผู้ป่วยหรือญาติดูแลตนเอง หรือดูแลกันเองหรือช่วยเหลือตนเองแต่เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพ โดยพยาบาลจะต้องใช้สัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

4. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) (วราวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency)

เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษา ฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาล ได้วินิจฉัยความต้องการ การดูแล และจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง แนวคิดของความสามารถทางการพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล

คือระบบที่ได้มาจาก การใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หรือการปรับปรุงการใช้และพัฒนาความสามารถ ของผู้รับผิดชอบในการสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

ตามแนวคิดของโอเร็มนั้น การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ คือ ระบบทางสังคม (Social System) ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal System) และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Professional Technological System) ระบบทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมาพบกัน โดยที่ผู้รับบริการมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง และระบบทางสังคมจะกำหนดให้มีวิชาชีพการพยาบาลต่างๆ การใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการมีศีลธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพ ส่วนระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปได้ เพื่อการสนองต่อความต้องการการดูแล ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และปรับการใช้หรือพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโอเร็ม ได้ชี้ให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ภายใต้ระบบทางสังคม

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล สามารถแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) หรือตามชนิดของการดูแล ดังนี้

ก. การแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ (Unit of Service) ได้แก่

1. บุคคลแต่ละคน (Individual)
2. กลุ่มบุคคล (Multiperson Unit) ได้แก่ ชุมชน หรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน
3. ครอบครัวหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน (Family) หรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน

ข. การแบ่งตามชนิดของการดูแล

อาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of Movement and Manipulation) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) จะใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ ระบบพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือท่าทางของตนเองได้

1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลแต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ทั้งสิ้น

1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรงในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้คือ

1. สนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย
2. ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)

ในระบบนี้กับผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบ ในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย พยาบาลอาจตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย อาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ที่เกี่ยวข้องกับการสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) กิจกรรมของพยาบาลในระบบนี้ได้แก่

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง
2. ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น
3. ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

สำหรับลักษณะของผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การดูแลในระบบทดแทนบางส่วนมีดังนี้คือ

1. ต้องกำจัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์
2. ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น
3. ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้ว ยังต้องคอยกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยทั่วไปซึ่งอาจจะใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ เช่น ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล แต่พยาบาลให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธีคือ

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding Another)
3. การสนับสนุน (Supporting Another)
4. การสอน (Teaching)
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคล ได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบ

ต่อความต้องการดูแลตนเอง

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or Doing for)

เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาล สนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบและต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูล ตัดสินใจและวางแผน การกระทำและบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ พยาบาลต้องคอยปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยการกระทำให้ หรือกระทำทดแทนอาจจะไม่เหมาะสม ที่จะใช้ในการปรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่หรือการผ่อนคลายความเครียด แต่อาจจะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤตหรือผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด หรือวิธีการดูแลตนเองนั้นยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีและเทคนิคเฉพาะวิธีการกระทำให้หรือกระทำทดแทนนี้ยังมีความจำเป็นในทารกหรือเด็กเล็ก แต่ควรจะใช้วิธีอื่นทดแทน เมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

2. การชี้แนะ (Guiding Another)

การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3. การสนับสนุน (Supporting Another)

เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบสามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งหัดเดินเป็นครั้งแรก หลังจากป่วยหนักมาเป็นเวลานาน การที่พยาบาลอยู่ด้วยและพูดให้กำลังใจ มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยลุกเดิน การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง การสัมผัส หรือ การช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางร่างกายเช่น การช่วยเหลือในการลุกเดิน และคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง บิดา มารดา ครู นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลมักจะใช้วิธีนี้บ่อย และใช้กันมากในการดูแลเด็กที่อยู่ระหว่างเปลี่ยนวัย การสนับสนุนยังรวมถึงการให้เหตุผลของสิ่งแม้จะไม่ใช่วิธีที่ของพยาบาลโดยตรง แต่พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในสิ่งเหล่านี้จากนักสังคมสงเคราะห์ในสถาบันหรือมูลนิธิต่างๆ ถ้ามีความจำเป็นการสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

4. การสอน (Teaching)

วิธีนี้เหมาะที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนผู้ป่วยหรือ

ผู้รับบริการให้ได้ผลนั้นต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล การสอนโดยถือว่าหลักว่า พยาบาลหรือแพทย์ เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจ บิดา มารดา หรือครูของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของตนเอง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่อาจสูญเสียความนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการสอนผู้ป่วยจึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเองในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้น ถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจาก พยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะต้องเลือกกระทำตามความรู้ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของเขา พยาบาลจะต้องประเมินในสิ่งเหล่านี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอน และให้คำปรึกษา

หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้ (วรารวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

1. สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ บุคคลโดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมากแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการ การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคหรือ การรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือผู้ป่วยบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดหรือรักษาทางยา พยาบาลต้องถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2. เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

3. ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลียจากการได้รับยา กล่อมประสาท มีไข้สูง เสียความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะเครียดที่มากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้จะต้องสอนให้ชัดเจนอย่างเฉพาะเจาะจงและใช้เวลาเพียงสั้นๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ พยาบาลควรสอน แนะนำ และเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

ในบางสถานการณ์ผู้ป่วย อาการหนักจนเกินกว่าที่จะเรียนรู้ได้แก่ ผู้ป่วยหมดสติ ช็อค หรือ ภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน ซึ่งได้รับการพยาบาลในระบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลจะเป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ผู้ป่วยในเรื่องการสนองตอบต่อความต้องการการดูแล แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นอยู่ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องตัดสินใจร่วมกันในการเรียนรู้การดูแลตนเอง และพยาบาลควรนำญาติเข้ามามีส่วนในการเรียนรู้เสมอ โดยเฉพาะเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาให้ถึงระดับที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

4. การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งกระทำได้โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับ พยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดการกระทำต่างๆ ในดูแลตนเอง และควรให้ผู้ผู้ป่วยหรือญาติผู้รับผิดชอบ ได้ริเริ่มและมีส่วนร่วมเมื่อพยาบาลกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้กับผู้ป่วย เช่น การฉีดยาอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

ในกระบวนการเรียนการสอนผู้ป่วยนั้นต้องรวมกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องกระทำเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โรงพยาบาลไม่เพียงแต่สอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้องให้ผู้ป่วยทราบว่า จะต้องทำอะไร ให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกและเรียนรู้จากความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหนเพราะเหตุใดการลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำมากขึ้น

5. การประเมินโดยการถามผู้ป่วยจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ และปรับตัวพฤติกรรมพยาบาล ต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ดีขึ้น

ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจง และแก้ไขแต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตำหนิหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความสัมพันธ์ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นได้จากสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและพยาบาลที่เข้าใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไว้วางใจอยู่แล้ว การรู้จักดีเพื่อก่อ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้อย่างมาก

6. เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับความเข้าใจกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่เป็นปัจจัยเดียว ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเรียนรู้ พยาบาลต้องคอยสังเกตและถุกคิด ถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอน แนะนำ หรือทำอะไรให้ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยหรือไม่ยอมรับก็ได้ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7. การมีสิ่งรบกวนในหอผู้ป่วยหรือคลินิกตรวจผู้ป่วย จะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อม ให้ส่งเสริมการเรียนรู้ ต้องมีห้องหรือกั้นมาให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

8. สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอนดังได้กล่าวมาแล้วว่าความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความสัมพันธ์จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย การเกิดความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ด้วยเหตุนี้เองบุคคลที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกวันหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ที่ไม่เคยรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อน เช่น ผู้ตรวจการหรืออาจารย์พยาบาล อาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจก่อน จึงจะสอนผู้ป่วยได้ดี

แม้ว่าการใช้สื่อการสอน เช่น สไลด์ เทป หรือวีดีทัศน์ (Video Tape) จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ แต่การใช้มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงจากโรคและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากต้องการสัมพันธภาพที่อบอุ่น จากพยาบาลในการเรียนรู้ซึ่งจะหาไม่ได้จากการใช้สื่อการสอน

9. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ปัญหาการสอนผู้ป่วยที่มักจะพบอยู่เสมอ คือผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เหมือนกับพยาบาลที่ตั้งใจสอนวิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผนเป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

ดังจะเห็นได้ว่าที่ผู้ป่วยได้รับการสอน ในลักษณะที่พยาบาลให้เกียรติและยอมรับผู้ป่วย ในฐานะปัจเจกบุคคลซึ่งอาจมีทัศนคติ และความเชื่อแตกต่างไปจากพยาบาล การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และในโรคเรื้อรังจะช่วยลดจำนวนครั้งที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อทั้งเศรษฐกิจของผู้ป่วยและของประเทศชาติ และช่วยให้ผู้รับบริการมีเจตคติที่ดีต่อสถาบัน และระบบบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการพยาบาลกับวิธีการช่วยเหลือ (วราวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

ผู้ป่วยที่ต้องการระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด หรือทดแทนบางส่วนอาจต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในทั้ง 5 วิธี ส่วนในระบบการให้ความรู้และสนับสนุน วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมักจะเป็นการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม มักจะไม่ใช้วิธีการช่วยเหลือชนิด กระทำให้ หรือกระทำทดแทน

สำหรับสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลนั้น เป็นการช่วยเหลือทางเดียว คือ พยาบาลช่วยผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Unilateral) มีระบบ ระเบียบและจำกัดด้วยเวลาโดยพยาบาลใช้ความสามารถเพื่อปรับระบบการพยาบาลในการวิจัย กำหนดออกแบบ จัดกระทำและกำกับเพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีความพร้อมในการดูแลตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ มีปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองดังนี้

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) (วราวรรณ อุดมสุขความสุข, 2565)

ปัจจัยพื้นฐานนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบทชนเมืองประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ระบบครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ การประเมินปัจจัย

ทั้งสามอย่างนี้จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึง

- ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ

- ระยะการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น เด็กเล็กๆ อาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงเป็นต้นศักยภาพในการริเริ่มหรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

- สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้พยาบาลรู้จักปรับวิธีการที่สนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองเช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องฉีดอินซูลินให้ตนเองที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดควรจะปรับวิธีการฉีดยาตนเองอย่างไรให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งวิธีการอาจแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีฐานะดี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการฉีดยาในตนเองอย่างพร้อมมูล

- ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและ

จะช่วยบ่งชี้ ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นอาจใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ แหล่งประโยชน์ทั้งเงินและเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเองและเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเลือกวิธีการช่วยเหลือและจัดระบบการพยาบาล

สรุปทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ได้เน้นการปฏิบัติการพยาบาลตามความเป็นจริงทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีก็คือ การให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลที่ชัดเจน คือ พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลและพึ่งพาตนเอง ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยและญาติจะสามารถกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนทั้งหมดในขณะที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถกระทำได้

การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการปฏิบัติการพยาบาล

การสร้าง และรักษาความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือกลุ่มคน การออกแบบ วางแผน การบริหารจัดการงาน และการวางระบบงานพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วย ในการให้การช่วยเหลือ ประสานงานการดูแลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นไปที่ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และความต้องการในการดูแลตนเอง สิ่งที่พยาบาลควรทราบว่าผู้ป่วยมีความพร่องในการนำไปใช้ดังแนวทาง ดังนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2567)

ขั้นตอนที่ 1 พยาบาลรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงสุขภาพ ความต้องการเป้าหมาย และความสามารถของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเป็นการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยตามความสามารถในการดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองในระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่เปราะบางทางสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลนำไปวางแผนเพื่อตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อนำแผนการพยาบาลไปช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะการดูแลตนเองบกพร่องในประเด็นต่างๆที่รวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด พยาบาลระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วย

กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2567)

1. การรวบรวมข้อมูล (Collect data) ขั้นตอนนี้ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วิถีชีวิต การดำรงชีวิต ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง

2. การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล (Nursing diagnosis and planning) การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองบกพร่องของผู้ป่วยที่ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลจากความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยกับความสามารถในการดูแลตนเองได้ นำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาออกแบบระบบการพยาบาล ว่าเป็นแบบชดเชยทั้งหมด ชดเชยบางส่วน หรือการสนับสนุนหรือให้ความรู้วางแผนสำหรับความต้องการของผู้ป่วย

3. การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล (Implementation and evaluation) พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วย หรือครอบครัวในความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่มีผลต่อสุขภาพในเชิงบวก และผลเกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นไปตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และทำการประเมินผล ตามเป้าหมาย ผลลัพธ์ จากการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย

สรุป ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในการนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง

และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนถ้าความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีผลทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนมีความพร่องในด้านต่างๆ จากการรวบรวมข้อมูลสุขภาพ นำไปวินิจฉัยทางการแพทย์ และวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามที่กำหนด พยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อนในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความพร่องในการดูแลตนเองตามระบบการพยาบาล ว่าเป็นแบบชดเชยทั้งหมด ชดเชยบางส่วน หรือการสนับสนุน หรือให้ความรู้ วางแผนสำหรับความต้องการของผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

บทที่ 3

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ

กรณีศึกษา ที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิง อายุ 77 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพหม้าย ภูมิลำเนา จังหวัดสมุทรปราการ มีญาติดูแล พักอาศัยในสถาน สงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย มีความพิการนิ้วมือขวา หงิกงอทั้ง 2 ข้าง นิ้วเท้าผิดรูป นิ้วโป้งเท้าเอียง ทั้ง 2 ข้าง ข้อศอกนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง มีอาการเท้าชา เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566 เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดขาขวาที่น่องบริเวณหน้าแข้ง เนื่องจากหกล้มขณะเดินด้วย Walker เพื่อไปห้องน้ำ ไม่สลบ ไม่มีบาดแผล ญาตินำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ประเมินความปวด ผล 6 คะแนน ตรวจ X-Ray : Closed fracture right Tibia แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right Tibia จึงให้นอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 แพทย์ให้การรักษาเพื่อสังเกตอาการ และให้พักขาขวา โดย Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 29 มกราคม 2566) และ On Short leg slab ขา ขวามานาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566) ในระหว่างพักรักษาตัวมี อาการปวดขาขวามากจึงใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีการประเมินอาการปวดซ้ำติดตามอาการอาการดีขึ้น มี แผลกดทับที่ก้น ขนาดขนาด 3 *2*0.2 เซนติเมตร ผู้ป่วยต้องการนอนพักรักษาตัวที่บ้านแพทย์อนุญาตให้ จำหน่ายได้ รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ในวันที่ 19 มกราคม 2566

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น (First Diagnosis)

- Closed fracture right Tibia
- Chronic Kidney disease Stage 3
- Diabetes Mellitus type 2
- Osteoarthritis of the knee
- Pressure Ulcer on buttock

การวินิจฉัยโรคสุดท้าย (Last Diagnosis)

- Closed fracture right Tibia
- Chronic Kidney disease Stage 3
- Diabetes Mellitus type 2
- Osteoarthritis of the knee
- Pressure Ulcer on buttock

วันที่รับไว้ดูแล 18 มกราคม 2566 (วางแผนจำหน่าย 19 มกราคม 2566)

วันที่จำหน่ายจากความดูแล 1 เมษายน 2566

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

2.1.1 ภาวะสุขภาพ

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยดังนี้

อาการสำคัญ

1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ขาขวาที่ข้อกลางบริเวณหน้าแข้ง แพทย์วางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหัก ที่ขาขวาที่ข้อกลางบริเวณหน้าแข้ง หกล้มขณะเดินด้วย Walker ไปห้องน้ำ ไม่สลบ ไม่มีบาดแผล มีอาการปวดขาขวา ญาตินำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตรวจ X-Ray : Closed fracture right Tibia แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right Tibia จึงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 แพทย์รักษาโดยให้ พักขาขวา โดย Absolute bed rest และ On Short leg slab ที่ขาขวา ร่วมกับใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด 1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยกระดูกหักที่ขาขวาที่ข้อกลางบริเวณหน้าแข้ง แพทย์วางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

55 ปีก่อน ผู้ป่วยมีผื่นนูนแดงที่ขึ้นที่แขนและ ขา 2 ข้าง ลักษณะเป็นวงต่างขามีขอบชัดเจน รักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย และ ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน รับประทานยารักษาและไม่เคยพบเชื้อโรคเรื้อน มีความพิการนิ้วมือนิ้วเท้าผิดปกติ ทั้ง 2 ข้าง

20 ปีก่อน ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย

10 ปีก่อน ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคเอดส์ รักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย

3 ปีก่อน ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 รักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย

12 เดือน ผู้ป่วยเคยมีประวัติลื่นหกล้มในห้องน้ำ ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่า มีกระดูกหักที่ขาขวาบริเวณข้อเข่าจึงเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูกขาขวาบริเวณข้อเข่า) ไว้ หลังจากฟื้นฟูกายสามารถเดินได้อีกครั้งโดยใช้ Walker

6 เดือน ผู้ป่วยเคยมีประวัติหกล้ม เนื่องจากเดินสะดุดพื้นต่างระดับที่บ้าน พบว่าเข้าทั้ง 2 ข้างกระดูกหัก มีรอยฟกช้ำ มีแผลถลอกเล็กน้อยที่ขาซ้าย ตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ตรวจ X-Ray ไม่มีกระดูกหัก ได้รับยาบรรเทาปวด และทายานวด อาการทุเลา

3 เดือนก่อน ผู้ป่วยเคยมีประวัติหกล้ม เดิน สะดุดผ้าเช็ดเท้า ก้นกระดูกหัก ตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ตรวจ X-Ray ไม่มีกระดูกหัก ตรวจรักษา ที่สถาบันราชประชาสมาสัย ได้รับยาบรรเทาปวด และทายานวด อาการทุเลา

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี

ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ยา Actifed มีอาการใจสั่น (23 เมษายน 2551) มียาที่ต้องระวังการใช้ Neurontin มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ (20 สิงหาคม 2554)

2.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 3 คน ผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 1 คน พี่สาวคนที่ 1 อายุ 70 ปี เสียชีวิต น้องชายคนที่ 3 อายุ 65 ปี เสียชีวิต ผู้ป่วยเป็นคนที่ 2 บิดามารดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรคชราทั้งคู่ ผู้ป่วยแต่งงาน 1 ครั้ง สามีเสียชีวิตด้วยโรคชราเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา มีบุตร 3 คน ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย

2.1.3 ประวัติส่วนตัวและแผนการดำเนินชีวิต

นิสัยส่วนตัวเป็นคนเรียบร้อย บางครั้งชอบพูดคุยกับเพื่อนบ้าน โดยมีเพื่อนบ้านแวะมาหาเป็นประจำ บางครั้งก็ให้จ้างเพื่อนมาช่วยตามตัวให้ มีความรักต่อบุตรมาก มีการแบ่งทรัพย์สินให้กับบุตร ทั้งยังส่ง

เสียให้เรียนในระดับปริญญาตรี มีความภาคภูมิใจทุกครั้งที่ได้ให้ฟัง ชอบฟังเพลง ชอบรับประทานอาหารอ่อนรสจืด และผลไม้รสเปรี้ยว การเตรียมอาหารจัดอาหารโดยบุตรชายเป็นผู้ช่วยเหลือเมื่อเวลารับประทานทุกมื้อ

2.1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ มีทรัพย์สินมรดกโดยยกให้บุตร และเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อน การจ่ายค่ารักษาเมื่อไปตรวจโรงพยาบาลเอกชนผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่ารักษาเอง เมื่อการเจ็บป่วยโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่องหลายปีทำให้สภาพคล่องตัวของบที่มีอยู่ลดลง จึงตัดสินใจปรึกษากับบุตรย้ายการรักษามาอยู่ในโรงพยาบาลตามสิทธิรักษาผู้พิการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ และสถาบันราชประชาสมาสัย ไม่มีหนี้สิน

2.1.5 ความสัมพันธ์ในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวทั้ง 3 คนมีความเคารพ รักใคร่กันดี เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล ในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมาเยี่ยม เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

2.1.6 สถานที่อยู่อาศัย

เป็นบ้านของผู้ป่วยเอง ลักษณะเป็นเรือนเดี่ยว ทำด้วยไม้ชั้นเดียว อยู่ในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัยอยู่ในแหล่งชุมชนเนื้อที่บริเวณบ้านพักทั้งหมดประมาณ 20 ตารางวา ลักษณะบ้านเรือนไม้ชั้นเดียว พื้นกระเบื้อง พื้นต่างระดับบริเวณหน้าบ้าน ห้องน้ำเป็นชักโครก อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่แออัด ภายในบ้านแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นห้องน้ำลื่น มีพื้นต่างระดับ

2.1.7 สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมในการดูแลตนเอง

บุตรพาไปเที่ยวบ้าง โดยบุตรจะมารับให้ไปเที่ยวด้วยกัน ฟังธรรมที่บ้าน ไม่ได้เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มสวดมนต์จากเคลื่อนย้ายลำบาก จะออกไปตรวจตามนัดโดยญาติจะเป็นผู้เข็นรถนั่งให้ บุตรพาไปทำบุญบางครั้ง ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาดูแล สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ป่วยครั้งนี้ มีความเชื่อเกี่ยวกับบุญกรรมและเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวกับกรรม บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยคือ ครอบครัว

2.1.8 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อยามเจ็บป่วยคือ ลูกชาย ให้ความช่วยเหลือในการดูแลตนเองระหว่างเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิผู้พิการจังหวัดสมุทรปราการ

2.1.9 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 4 การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษาครั้งที่ 1

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ทางชีวภาพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130 / 60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร
สภาพร่างกาย	รูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง อ่อนเพลียและวิตกกังวล
ศีรษะ ใบหน้า	รูปร่างศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง เส้นผมร่วงเปราะบาง ผมหงอกขาว

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ผิวหนัง เล็บ	ผิวหนังแห้ง และหยาบกร้าน เทียบวัน ตกกระ มีอาการคัน มีจำเลือดที่แขน ทั้ง 2 ข้าง ขนาดเล็กๆ มีแผลกดทับที่ก้น เล็บตื้นสั้นสะอาด
ตา	ตาทั้งสองข้าง หลับตาได้สนิท ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด VA 1/60 หนึ่งตาดก เปลือกตาล่างทั้ง 2 ข้างไม่ซีด ทั้ง 2 ข้าง ตาไม่แดง ทั้ง 2 ข้าง
หู	หูตึง ใบหูสองข้างลักษณะปกติสมมาตรกันทั้งสองข้าง
ปาก	ริมฝีปากแห้ง ไม่ซีด รู้สึกคอแห้ง กระหายน้ำบ่อย ดื่มน้ำมาก
ฟัน	สีเหลืองเล็กน้อย สะอาด ฟันเขี้ยวด้านล่างหัก 1 ซี่ และฟันกัดด้านบนหัก 4 ซี่ ฟันไม่ผุ รู้สึกเบื่ออาหาร
คอ	ไม่มีก้อนที่คอโต ตรวจไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง
ระบบทางเดินหายใจส่วนบน	จมูก มีความสมมาตร ตั้งจมูกไม่ยุบ ไม่บิดเบี้ยว ไม่พบเยื่อจมูกบวมแดง กดไม่เจ็บ ไม่มีประวัติเป็นไซนัส หายใจได้ปกติ สม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แต่ เหนื่อยง่าย เมื่อออกแรง การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้างไม่มีประวัติเป็นโรคปอด
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก และใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจปกติ จังหวะสม่ำเสมอ
ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง	หน้าท้องอ่อนนุ่ม ไม่พบอาการกดเจ็บ คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3 ครั้ง/นาที
การรับความรู้สึก	ซาตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีอาการแสบขัด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ไม่มีผื่นหรือแผลที่อวัยวะเพศ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ จาม กลั้นอุจจาระได้ปกติ ใช้แอมเพิสตลอดเวลา
ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก	แขนทั้งสองข้างขยับได้ดี ไม่มีอาการอ่อนแรง เข้าขวาโก่งออกมีความพิการนิ้วมือขวา หัก งอ และนิ้วเท้า เท้าขวา นิ้วเท้าผิดรูป 2 ข้าง นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าทั้ง 2 ข้างมีผิวนูนหนา มี Closed fracture right Tibia ใส่เฝือกไว้ที่ขาขวา มีปวดอาการปวด 4 คะแนน กำลังกล้ามเนื้อขาขวาเกรด 4 กำลังกล้ามเนื้อขาซ้าย เกรด 5
ด้านจิตใจและอารมณ์	ความรู้สึกตัวดี รับรู้เวลา สถานที่ สิ่งของ บุคคลได้ถูกต้องสีหน้า อ่อนเพลียและวิตกกังวล ความรู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ ไม่มีคุณค่าในตนเอง รู้สึกกลัวว่าจะเดินไม่ได้มีความวิตกกังวลจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ กลัวว่าจะเดินไม่ได้ รู้สึกเป็นภาระที่พึ่งพาบุตรชาย ในการช่วยเหลือในการกิจวัตรประจำวัน กลัวการหกล้มกลับเป็นซ้ำ

การเปรียบเทียบทฤษฎีภาวะหกล้มซ้ำ กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	ภาวะหกล้มซ้ำ หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของท่าทางร่างกายที่เกิดขึ้น มีการลื่นล้มลงบนพื้นทุกชนิดรวมทั้งการตกเตียง ตกจากเปล หรือรถเข็นนั่ง โดยเกิดมากกว่า 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ - มีปัญหาการเดินและการทรงตัวบกพร่อง - ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป - เพศหญิง มีโอกาสหกล้มบ่อยกว่าผู้ชาย - มีโรคของกล้ามเนื้อ ข้อ ผิดปกติ - มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค - มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ทางระบบประสาท ได้แก่ ตาพร่ามัว ผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน - มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลัวการหกล้ม - โรคเรื้อรังทางจิตใจ อารมณ์เศร้า - มีการใช้ยาตั้งแต่ ชนิดใดก็ได้ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป	ผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะหกล้ม 4 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้ - Closed fracture right Tibia ให้ Absolute bed rest และ On Short leg slab - ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงอายุ 77 ปี - ผู้ป่วยนิวโปงเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าทั้ง 2 ข้างมีผิวนั้นหนา การทรงตัวไม่ดี - ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และ โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรคเข้าเสื่อม - ตาทั้ง 2 ข้างมองไม่ชัด VA1/60 หูตึงทั้ง 2 ข้าง - ผู้ป่วยภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ด เมื่อไอ จาม - บ่นกลัวการหกล้ม - มีความวิตกกังวลกลัวเป็นภาระญาติ - ผู้ป่วยใช้ยาทั้งสิ้น 5 ชนิด ได้แก่ - NPH 16U SC ac เย็น - Glipizide 1 tab oral bid ac - ASA (81) 1 tab oral OD เช้า - Simvastatin (10) 1 tab oral OD ก่อนนอน - Norgesic 1 cap oral bid pc - Tramadol 1 cap pm for pain ทุก 6 ชั่วโมง - จากการสำรวจสภาพบ้านผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยที่บ้าน

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	2) ป้ายกายนอก เป็นป้ายที่เปลี่ยนแปลง - สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นลื่น ไม่คุ้นเคยการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน - พฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย ได้แก่ การสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม	ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีผ้าเช็ดเท้าวางขวางทางเดิน พื้นที่ต่างระดับ - ผู้ป่วยมีรองเท้าชำรุดสภาพรองเท้าไม่เหมาะสม
ผลกระทบของภาวะหกล้มซ้ำ	1. ด้านร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ดังนี้ 1.1 การบาดเจ็บทางร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ ได้แก่ อาการฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก มีแผลฉีกขาดกระดูกหัก 1.2 สมองได้รับการกระทบกระเทือนเลือดออกในสมอง 1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง 2. ด้านจิตใจ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของการหกล้มซ้ำจะเกิดความกลัว มีอาการวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจรู้สึกอับอาย เสียใจ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับบุตรหลาน และทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ	- ผู้ป่วยบาดเจ็บทางร่างกาย ได้แก่ Closed fracture right Tibia ให้ Absolute bed rest และ On Short leg slab - ผู้ป่วยรายนี้มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะพึ่งพา ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเคลื่อนย้ายตัวไม่ได้ การเตรียมอาหารไม่ได้ ไปอาบน้ำเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง - ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการหกล้มซ้ำ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการตนเองเป็นภาระให้กับบุตรชาย
การรักษา	1. รักษาเบื้องต้น โดยไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินอาการบาดเจ็บ ให้การรักษาตามอาการ 2. การรักษาโดยการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการ หรือมีภาวะกระดูกหัก เข้ารับการใส่เฝือก หรือ การผ่าตัด	- ผู้ป่วย เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการใส่เฝือก Absolute bed rest และ Short Leg Slab

การเปรียบเทียบทฤษฎีโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	ภาวะการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง นานเกิน 3 เดือน จนไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร สามารถตรวจพบความผิดปกติได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีวิทยาโดยอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 60 มล/นาที/1.73ตรม. มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยมีการแบ่ง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a : eGFR : 45-59: ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลางระยะที่ 3b : eGFR : 30-44: ลดลงปานกลางถึงมาก	-แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3a พบว่า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีค่าeGFR 55.11 มล./นาที/1.73 ตรม.ในช่วง 3 เดือนติดต่อกัน
อาการและอาการแสดง	โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 มีอาการ และอาการแสดง ดังนี้ -มีภาวะ โลหิตจาง หรือซีด -การเปลี่ยนแปลงของการขับปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะน้อยลงในช่วงกลางวัน -มีอาการแสบร้อนเวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะขัดสะดุด หรือมีนิ่วปนออกมา -ผิวหนังแห้ง มีอาการคัน -การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีจ้ำเลือดได้ง่าย -เส้นผมเปราะบาง และฉีก ขาดง่าย ผมร่วง - บวมบริเวณหน้า ท้อง หลังเท้า - ปวดบั้นเอวหรือด้านหลัง - มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มาจากสาเหตุอื่น	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 มีอาการ และอาการแสดง -ตรวจพบ Hematocrit 30 % -กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ จาม -ผิวหนังแห้ง มีอาการคัน -มีจ้ำเลือดที่แขน 2 ข้าง -เส้นผมร่วงเปราะบาง และฉีก ขาดง่าย
การรักษา	โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 คือ การรักษาตามสาเหตุ การชะลอการเสื่อมของไต รักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 1.การรักษาตามสาเหตุ ได้แก่ ปริมาณการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ การอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ 2.การชะลอไต เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ -ภาวะซีด ขาดธาตุเหล็ก ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีอาการซีดระดับ Hemoglobin ต่ำกว่า 13	ผู้ป่วยสูงอายุกรณีศึกษาได้รับการรักษาเพื่อชะลอไต และรักษาภาวะแทรกซ้อนของไตเรื้อรัง ได้แก่ -การรักษาตามสาเหตุที่ได้รับให้ได้รับยาทานเพื่อชะลอไตเสื่อม -Folic acid 1tab OD -FBC 1 tab tid pc

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	กรัม/ เดซิลิตรในผู้ชาย หรือ 12 กรัม/ เดซิลิตร ในผู้หญิง -การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ค่า HbA1C อยู่ในระดับ 7 -การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ -การจำกัดเกลือในอาหารลดปริมาณ ให้เหลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน (1 ช้อนชา) -การออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยไตเรื้อรัง -หลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต -ความผิดปกติของกระดูกด้านเมแทบอลิซึม ภาวะกระดูกพรุน	-Calcium Carbonate 1tab OD -การได้รับยารักษาโรค NPH16U SC ac เย็น และยา Glipizide 1tab oral bid ac เพื่อรักษาโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C อยู่ในระดับ 7.5 -ผู้ป่วยชอบกินอาหารรสเค็ม -ผู้ป่วยออกกำลังกาย ไม่สม่ำเสมอ

การเปรียบเทียบทฤษฎีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุการเสื่อมของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จากการสูงอายุส่งผลให้ระดับอินซูลินลดลงไม่เพียงพอที่จะนำกลูโคสเข้าเซลล์ และไม่เพียงพอในการยับยั้งกระบวนการผลิตอินซูลินที่ตับทำให้ร่างกายเพิ่มความต้องการใช้กลูโคสมากขึ้นส่งผลให้แอลฟาเซลล์ หลั่งกลูคาโกรอนซึ่งเพิ่มระดับกลูโคสในกระแสเลือดหรือด้านอินซูลินเพิ่มขึ้นพบว่าในผู้สูงอายุพื้นที่เบต้าเซลล์ในตับอ่อนลดลงร้อยละ 50 พบว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นส่วนใหญ่การตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1C level) มากกว่า หรือเท่ากับ 6.5 %	-ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 77 ปี ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวาน 10 ปี -ผลตรวจ HbA1c พบ 7.5 % เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566 - ผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือด FBS พบ 76 mg% เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566
อาการและอาการแสดง	อาการและอาการแสดงในผู้สูงอายุ ได้แก่ -ปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน และปริมาณมาก -หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย	-ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้งมีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ จาม ใส่ памเพิสไว้ตลอด - ผู้ป่วยกระหายน้ำบ่อย

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	-อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย -น้ำหนักลด ผอมลง -ติดเชื้อง่าย เกิดแผลได้ง่าย หายช้า -คันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา หรือ มีการอักเสบของผิวหนัง -เห็นภาพไม่ชัด ตาพร่ามัว -ชาไม่มีความรู้สึก เจ็บตามแขน ขา	-ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย -ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น ขนาด 3*2*0.2 เซนติเมตร -ผู้ป่วยคันตามผิวหนัง -ผู้ป่วยตาพร่ามัว การมองเห็นไม่ชัด VA 1/60 -ผู้ป่วยมีชาตามปลายมือปลายเท้า
การรักษา	1.การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด -การใช้ยารับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด -การใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยยาจะมีฤทธิ์ในการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด นำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ 2. การปรับพฤติกรรม ในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อควบคุมให้มีระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าใกล้เคียงปกติที่สุด	-ผู้ป่วยใช้ยารับประทาน Glipizide(5)1*2 ac เข้า เย็น -ผู้ป่วยใช้ยาฉีด NPH 16 Unit Subcutaneous ก่อนอาหาร มื้อเย็น

การเปรียบเทียบทฤษฎีโรคเข้าเสื่อม กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	โรคเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการผู้สูงอายุ ข้อเข้า เป็นข้อที่รับน้ำหนักมากตลอดเวลาที่เดินหรือยืน ซึ่งทำให้ผิวกระดูกอ่อนมีการสึกกร่อน บางลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงที่ของข้อเข้า เกิดกระดูกงอกและการสะสมของหินปูนหรือแคลเซียม บริเวณผิวกระดูกและช่องว่างระหว่างข้อ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อ ข้อติดแข็งและเคลื่อนไหวข้อได้น้อยมาก พยาธิสภาพเกิดขึ้น เช่น กระดูกหักที่ผ่านผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเรียงตัวไม่เรียบเหมือนเดิม มีการติดเชื้อมาในข้อ	ผู้ป่วยมีประวัติรักษาโรคเข้าเสื่อมนาน 10 ปี รักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
อาการและอาการแสดง	-มีไข้ ไอ จาม และงอผิดรูป -ปวดตื้อๆ รอบข้อเข่า ระบุตำแหน่งไม่ชัดเจน -ปวดเรื้อรัง ปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานในขณะงอเข่า อาจจะเป็นๆหายๆ ข้อฝืดตึง หรือข้อยึด -ข้อใหญ่ผิดรูป ตรวจพบมีข้อใหญ่บวม ลักษณะข้อเข่าจะผิดรูปร่างจากเดิม มีเสียงกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว	-ผู้ป่วยเข้า ไอ จาม -ผู้ป่วยปวดเข่า ปวดตื้อๆ รอบ
การรักษา	การรักษาโรคเข่าเสื่อม ได้แก่ 1. การไม่ผ่าตัด ดังนี้ -การใช้ยาปวด ลดการอักเสบ ยาแคลเซียม -ทำกายภาพบำบัด การงดใช้เข่า 2.การรักษาโดยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อเข่าเทียม	ผู้ป่วยรักษาอาการโดยการไม่ผ่าตัด ได้แก่ -ยา Calcium Carbonate 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง -กายภาพบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

การเปรียบเทียบทฤษฎีผลกดทับ กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือ เนื้อเยื่อใต้ชั้น ผิวหนัง มักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มี การกดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มี รอยฉีกขาดบางครั้งอาจรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นผลมา จากแรงกดที่รุนแรง และ/หรือระยะเวลาที่ถูกกดนาน ร่วมกับแรงเสียด ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและ แรงเสียดขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนเลือด โรคร่วมและสภาวะของผิวหนัง ตำแหน่งที่เกิดผลกดทับ ส่วนใหญ่จะอยู่ที่บริเวณบริเวณด้านหลังศีรษะและบริเวณหู บริเวณไหล่ บริเวณข้อพับแขน บริเวณก้น บริเวณสะโพก บริเวณเข่า บริเวณข้อเท้า	ผู้ป่วยมีผลกดทับ บริเวณก้น
อาการและอาการแสดง	การสูญเสียผิวหนัง ทั้งหมดจนมองเห็นชั้นไขมัน อาจมีเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย บริเวณที่มีไขมันมากมักจะเกิดแผลลึก และอาจพบโพรงใต้ ขอบแผล หรือโพรงแผล ผ้าอ้อมขณะนอนหลับผิวหนังถูกเสียดสีจากเนื้อผ้าหรือมีการอับชื้น	มีผลกดทับบริเวณก้น ขนาดขนาด 3 * 2*0.2 เซนติเมตร

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา	วิธีการรักษาแผลกดทับ ได้แก่ 1. การทำแผล 2. ลดแรงกดทับ โดยจัดท่านอนผู้ป่วยให้พลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง นอนหนุนศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา ไม่นั่งหรือนอนกดทับแผล การทำแผล ทั้งนี้ ขึ้นกับระดับของแผลกดทับ ร่วมกับแผลมีการติดเชื้อหรือไม่ 3. การรับประทานยาปฏิชีวนะ	- ญาติเป็นผู้ทำแผลให้ผู้ป่วยทุกวัน - ผู้ป่วยขยับท่าทางเปลี่ยนทางทุก 2 ชั่วโมง - ญาติจัดหาฟูกชนิดพิเศษรองที่เตียงให้ผู้ป่วย ลดแรงเสียดสี

การเปรียบเทียบทฤษฎีภาวะพร่องการได้ยิน กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	หูตึง เป็นภาวะที่ความสามารถในการรับเสียงลดลง เส้นประสาทหู, และระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย ได้ยินจะค่อยๆ เสื่อมลงตามวัย การได้ยินบกพร่องเสื่อมเท่ากันทั้ง 2 ข้างในช่วงความถี่สูงหูชั้นในอวัยวะรูปหอยโข่ง ที่มีเซลล์รับสัมผัส มีการแปลงความหนาแน่นและความถี่ของเสียงไปยังประสาทสองคู่ที่ 8 มีความผิดปกติ เส้นประสาทหูเสื่อม เลือดไปเลี้ยงหูชั้นในน้อยลง การสร้างน้ำเหลืองลดลง หูตึงทั้ง 2 ข้าง หรือหูหนวกถาวรได้	ผู้ป่วยมีภาวะหูตึง 2 ข้าง
อาการและอาการแสดง	การไม่ได้ยินเสียงพูดปกติการคัดกรองการได้ยิน : Finger rub test เกณฑ์ การประเมิน ถ้าตอบ “ไม่ได้ยิน” หูข้างใดข้างหนึ่ง การฟังคำถามในการได้ยินในปัจจุบันไม่ได้ดีเหมือนเมื่อก่อน คนรอบข้างมักเตือนท่านบ่อยๆ ว่ามีเสียงเรียกเข้าจากโทรศัพท์ของท่าน เวลาคุยโทรศัพท์บางครั้งท่านรู้สึกว่าการฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง	- ผู้ป่วยมีภาวะหูตึงทั้ง 2 ข้าง - ผู้ป่วยเคยมีประวัติรักษาเกี่ยวกับน้ำในหูไม่เท่ากัน คัดกรอง Finger rub test ผู้ป่วยตอบ “ไม่ได้ยิน” ทั้ง 2 ข้าง
การรักษา	รักษาตามสาเหตุ อย่างไรก็ตาม ปัญหาการได้ยินที่เกิดจากพยาธิสภาพของหูชั้นใน, เส้นประสาทหู, และระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย มักจะรักษาไม่หายขาด ไม่รบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันมากนัก คือยังพอสื่อสารกับผู้อื่นได้ หรือเป็นเพียงหูข้างเดียวอีกข้างยังดีอยู่ไม่จำเป็นต้องรักษา เพียงแต่ทำใจยอมรับ	ผู้ป่วยรักษาตามสาเหตุให้การดูแลโดยการสื่อสารญาติพูดเสียงดัง ช้าๆ ชัดๆ ยังไม่รบกวนคุณภาพชีวิตประจำวัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่	ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
16 ม.ค. 2566	White Blood Cell	4,000-10,00 cell/mm ²	7,000 cell / mm ²	ปกติ
	Hematocrit	37 – 51 %	30 %	ผิดปกติ
	Hemoglobin	12 – 17 mg %	11.6 mg %	ผิดปกติ
	Platelet	100,000-400,000 10 ³ /UL	150,000 10 ³ /UL	ปกติ
	Neutrophil	20-70 %	72 %	ผิดปกติ
	Lymphocyte	0.8 – 40 %	10 %	ปกติ
	Eosinophil	0.02-.05 %	18 %	ผิดปกติ
	FBS	80 – 100 mg %	76 mg%	ผิดปกติ
	BUN	7-21 mg/dl	20.7 mg /dl	ปกติ
	Creatinine	0.6 – 1.5 mg/dl	0.9 mg /dl	ปกติ
	eGFR	>90ml/min/1.73 ²	55.11ml/min/1.73 ²	ผิดปกติ
	Serum K+	3.5-5.0 mEq/L	4.2 mEq/L	ปกติ
	Serum Na+	135-150 mEq/L	145 mEq/L	ปกติ
	Serum Cl-	95-110 mEq/L	103 mEq/L	ปกติ
	Tco ₂	22-29 mEq/L	28 mEq/L	ปกติ
	Albumin	3.5-5.0	4.7 g/dl	ปกติ
	HbA1C	6-8 MMOL/L	7.5 MMOL/L	ปกติ

ผลการตรวจด้วย X-Ray

วันที่ 16 มกราคม 2566 ผลการตรวจ X-Ray : Closed fracture right Tibia

แผนการรักษา

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
16 มกราคม 2566 เวลา 19.00 น.	-X-Ray ผล X-ray : Closed fracture right Tibia -เจาะเลือด CBC BUN CRE E'lyte -Admit อ.4	-DM diet -V/S -ASA (81) 1tab oral OD pc -Simvastatin (10) 1tab oral OD -Glipizide (5) 2tab oral bid ac -Tramadol (50) 1cap oral tid pc - NPH 16 U SC ac เย็น ตื่นเช้า -Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain
17 มกราคม 2566 เวลา 11.30 น.	-Tramadol (50) M PRN Severe pain q 8 hr. -มีอาการปวดเข่ามากขึ้น	-วาง Cold pack เวลาปวด - Norgescic 1x2 oral pc
18 มกราคม 2566	-จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 19/1/66	

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
เวลา 10.00 น.	-นัดตรวจตามนัด OPD ศัลยกรรมกระดูกและข้อ 1 เดือน (วันที่ 21 กพ 66) -Absolute bed rest 2 สัปดาห์ -On Short slab leg ขาขวา 1 เดือน -นัดทำกายภาพบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง - Home Med -Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด -ASA (81) 1tab oral OD pc -Simvastatin (10) 1tab oral OD -Glipizide (5) 2tab oral bid ac - NPH 16 U SC ac เย็น ดันชาซ้าย -Tramadol (50) 1cap oral tid pc -Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain - Norgesic 1x2 oral pc -Folic acid oral OD pc เช้า -FBC 1 tab bid pc -Calcium Carbonate 1 tab OD pc เช้า	

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มโดยรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษา 2 ราย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแล ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ในการนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและได้วางแผนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ได้แก่

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)
2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

กรณีศึกษาตอนที่ 1 วันที่ 18 ม.ค. 2566 เวลา 13.30 น. ที่หอผู้ป่วยใน 4 เพื่อเตรียมก่อนจำหน่าย

สภาพทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิง อายุ 77 ปี นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ยกไม้กั้นเตียงไว้ทั้ง 2 ข้าง มีกระดูกหักที่ขาขวาใส่เฝือก Short leg slab ไว้ สีหน้าวิตกกังวล บ่นปวดขาขวา กลัวว่าจะเดินไม่ได้ รู้สึกเป็นภาระญาติ หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตักอาหารรับประทานได้เอง สวมเสื้อได้เอง ทำความสะอาดร่างกายเช็ดตัวบนเตียง กลั้นอุจจาระได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอจาม ใช้แอมป์ไฟฟ้าตลอดเวลา มีปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีแสบขัด

ตรวจร่างกาย ตามองไม้ชัดทั้ง 2 ข้าง ตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง VA1/60 หนึ่งตาตก ตาหลับได้สนิททั้ง 2 ข้าง ตาไม่แดง มีความพิการนิ้วมือและนิ้วเท้าผิดรูป 2 ข้าง นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่มือเท้าทั้ง 2 ข้าง มีผิวหนังหนา กำลังกล้ามเนื้อที่ขาขวา เกรด 4 กำลังกล้ามเนื้อขาซ้าย เกรด 5 ปกติ

วัดสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิทางกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจปกติ 18 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 70 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 130/60 มิลลิเมตรปรอท มีแผลกดทับบริเวณก้น ขนาดขนาด 3 * 2*0.2 เซนติเมตร แพทย์วางแผนจำหน่ายในวันที่ 19 /1/66 ให้Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ ถึงวันที่ 29 /1/ 66 และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน

- ประเมิน pain score เท่ากับ 4 คะแนน: ความเจ็บปวดระดับปานกลาง

- ประเมิน ADL ผลเท่ากับ 6 คะแนนได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้า หวีผมต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้(0) การใช้ห้องน้ำ(0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(0) การกลั่นอุจจาระ(2) การกลั่นปัสสาวะ (1)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ในการนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception): รู้สึกตัวดี สำนวนวิถกกังวล ถามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การได้กลิ่นและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้่ว่าตนเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง แพทย์ให้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และมีแผลกดทับอยู่ที่ ขาขวา นาน 1 เดือน

1.2 ความจำ (Memory): ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น เหตุการณ์ก่อนมาโรงพยาบาลว่าตนเองมีอาการอย่างไร และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้ แพทย์ให้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และ มีแผลกดทับอยู่ที่ ขาขวา นาน 1 เดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วน ประเมิน ADL เท่ากับ 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหวีผมต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้ (0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลั่นอุจจาระ (2) การกลั่นปัสสาวะ ไม่ได้บางครั้ง (1) ใช้แปมเพิสใส่ไว้ตลอดเวลาปัสสาวะเล็ด เมื่อไอ จาม มีภาวะฟุ้งพา ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) : ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง แพทย์ให้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และใส่แผลอยู่ที่ขาขวา นาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปีและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นาน 1 ปี ตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest): ผู้ป่วยมีความตั้งใจประสงค์ที่จะนอนพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านเนื่องจากบุตรชายต้องการดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน

1.6 ความตระหนักในสถานะของตนเอง (Self Awareness): ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์ให้นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และต้องเฝือกใส่ที่ขาขวา นาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance): ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และต้องเฝือกใส่ที่ขาขวา นาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรคเข่าเสื่อม มีแผลกดทับที่ก้น ตรวจตามนัดสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอโดยญาติจัดยาให้

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern): ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองเนื่องจาก การสวมรองเท้าชำรุด การวางผ้าเช็ดเท้าที่พื้น ทำให้มีความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การรับประทานอาหารรสหวาน เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits): ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองสูง ไม่สูงส่งกับเพื่อนบ้าน ชอบอยู่คนเดียว มีความรับผิดชอบสูงไม่ชอบขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น

2. ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ประมาณ 10 ปีก่อนในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานผู้ป่วยเอาใจใส่ดูแลตนเองดี สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5 ปี ต่อมาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรค รับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้ที่ชอบทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงปรับยาโรคเบาหวานให้ทั้งยารับประทานและยาชนิดฉีด

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วย มีความสามารถ การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย แต่มีข้อจำกัดในการใส่เฝือกที่ขาขวา และนอนบนเตียง นาน 2 สัปดาห์ กำลังกล้ามเนื้อขาซ้ายปกติ กำลังกล้ามเนื้อขาขวาเกรด 4 ขาดตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้างและมีอาการปวดที่ขาขวา ประเมิน pain score 4 คะแนน

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วย Closed fracture right Tibia มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวแพทย์ให้ On Short leg slab ที่ขาขวา นาน 2 สัปดาห์ และ Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ญาติเป็นผู้ช่วยเหลือ ได้แก่ การเตรียมอาหาร การเตรียมอุปกรณ์เช็ดทำความสะอาดตัว ใส่แอมเปสไว้ตลอด

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลที่แพทย์ให้ใส่เฝือกและนอนพักบนเตียงตลอดเวลา 2 อาทิตย์ และใส่เฝือก 1 เดือน เพื่อให้กระดูกและข้อที่หักอยู่นิ่งให้กระดูกสมานตัวเร็วขึ้น

2.5 แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปเดินได้อีกครั้ง

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยยินยอมกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดย Absolute bed rest 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน โดยภายหลัง Absolute bed rest อีก 2 สัปดาห์ จึงให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัด

2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติในบางครั้งจะซื้อยาทานเอง หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองจาก มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาเพราะกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง อยู่ในระหว่าง Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ใส่เฝือกไว้ที่ขาขวานอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา รับประทานยาตามแผนการรักษา

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยหลังจากเจ้าหน้าที่ และญาติช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยใช้มือชูมือทั้ง 2 ข้างสลับไปมาในตอนเช้า เย็น ทุกวัน

3.ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand: TSCD)
เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง เป็นอาหารธรรมดาจัดได้หมดทุกทั้ง 3 มื้อ และรับประทานขนมหวานและผลไม้ระหว่างมื้อ ดื่มน้ำวันละ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน โดยมีการแบ่งช่วงเวลาในการดื่มน้ำช่วงเช้า ถึงเย็น ดื่ม 6-8 แก้ว และดื่ม 1 แก้วในช่วงก่อนนอน

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และ ระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอจาม ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ เปลี่ยนแพมเพิส วันละ 4-5 ครั้ง

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร่องในการกลั้นปัสสาวะ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน: คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วย ตักอาหารเองได้ แต่ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟันได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ลูกนั่งได้แต่ต้องมีญาติช่วยพยุงนั่ง การสวมใส่เสื้อผ้าสวมเสื้อได้ แต่สวมผ้าถุงต้องมีญาติช่วย กลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง แพทย์ให้ Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน พักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาการนอนหลับๆ ตื่นๆ จากเปลี่ยน

สถานที่นอนและมีอาการปวดขาขาที่นอนล่างบริเวณหน้าแข้ง นอนเวลา 22.00 น. หลับๆ ตื่นๆ ตื่นนอนเวลา 05.30 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป: ผู้ป่วยขาดสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองสูง ไม่สูงส่งกับเพื่อนบ้าน ชอบอยู่คนเดียว มีความรับผิดชอบสูงไม่ชอบขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น

สรุป : ผู้ป่วยมีความไม่สมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ขาข้างขวาที่นอนล่างบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มใส่ Short leg slab

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL เท่ากับ 6 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการความช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้(0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(0) การกลืนอาหาร (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

- ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น มีความวิตกกังวลช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

-เตียงไม่มีที่กั้น แสงสว่างทางเดินไปห้องน้ำไม่สว่าง พื้นต่างระดับ

-ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น ขนาดขนาด 3 *2*0.2 เซนติเมตร

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลขาดความรู้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและสภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต

ข้อมูล : ในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาอย่างเหมาะสม ได้เข้าเรียนรับการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยจนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ปัจจุบันสามีเสียชีวิตสถานภาพสมรสหม้าย ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยคนพิการ ไม่มีหนี้สินมีเงินเหลือเก็บจากมรดกบิดามารดาสามารถส่งเสียบุตรเรียนหนังสือได้ระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยมีความภูมิใจในชีวิตมาก

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในเรื่อง ความต้องการระดับการพัฒนาการตามวัย

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ข้อมูล : เมื่อสามีเสียชีวิตผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ แม้จะเสียใจเนื่องจากสามีป่วยอยู่หลายปี ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักที่ขาขวาที่นอนล่างบริเวณหน้าแข้ง

ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน การเตรียมความพร้อมของบ้าน เมื่อจำหน่ายครั้งนี้ต้องปรับสิ่งแวดล้อมมีความเสี่ยง หกล้มซ้ำ

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล: ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป: ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล: ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นภาวะกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง แต่ยังไม่ทราบข้อมูลการเตรียมบ้าน เตรียมผู้ดูแล รับรู้การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีความวิตกกังวล

สรุป: ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล: ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบวิธีการเตรียมบ้าน เตรียมผู้ดูแล ขาดความรู้ความเข้าใจการลดความเสี่ยงต่างๆ ในการป้องกันการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

สรุป: ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล: ผู้ป่วยและญาติทราบว่ากระดูกหักขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง แต่ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดความรู้การเตรียมความพร้อมที่พักอาศัยเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วย On Short leg slab การจัดท่ากระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายบนเตียง การป้องกันแผลกดทับ การเปลี่ยนแพนเปสการทำ ความสะอาดร่างกายการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

สรุป: ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการรับรู้การเตรียมความพร้อมที่พักอาศัยเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วย On Short leg slab การจัดท่ากระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การดูแลแผลกดทับ การเปลี่ยนแพนเปส การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล: ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่มีกระดูกหักอีกครั้งเพราะคิดว่าเป็นจากการไม่ระวังในการเดิน กลัวเดินไม่ได้และเป็นภาระบุตรชาย

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมกลัวเดินไม่ได้และเป็นภาระบุตรชาย

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล: ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหัก มีภาวะพึ่งพาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

สรุป: ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนจำหน่าย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ในกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้อง on short leg slab ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย สภาพบ้านไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนจำหน่ายเพื่อวางแผนให้การพยาบาล ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
1	ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ทดแทนบางส่วน (Partially Compensatory) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative)
2	ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing)

TSCD การป้องกันอันตรายต่อชีวิต: การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยมีประวัติหกล้ม 4 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
2. ผู้ป่วยมีกระดูกหักบริเวณหน้าแข้งขวา แพทย์ให้ Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 19 มกราคม 2566
3. บ้านมีพื้นต่างระดับ และมีสิ่งกีดขวาง เช่น ผ้าเช็ดเท้า สายไฟ
4. ไม่มีราวจับบริเวณห้องน้ำ ไม่มีไม้กั้นเตียง พื้นห้องน้ำลื่น แสงสว่างไม่พอ
5. ไม่มีระบบเรียกขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อเตรียมความพร้อมที่อยู่อาศัยก่อนจำหน่าย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่

- เตียงปรับระดับได้
- มีไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้
- พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น
- แสงสว่างในบ้านเพียงพอ
- ห้องน้ำมีราวจับ
- ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู
- มีสัญลักษณ์บอกพื้นที่ต่างระดับ
- ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน
- ห้องน้ำ ติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ

2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และที่เตียงในตำแหน่งที่เอื้อมถึง

ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความพร้อมที่อยู่อาศัยผู้ป่วยร่วมกับสถานสงเคราะห์ พยาบาลหอผู้ป่วย 4

2. ประสานงานหน่วยงานสถานสงเคราะห์ ให้ปรับปรุงสภาพทางเดินเข้าห้องน้ำเป็นทางลาด

ทำราวจับบริเวณทางเข้าห้องน้ำและภายในห้องน้ำ หาอุปกรณ์ปูกันลื่นในห้องน้ำ

3. จัดระเบียบการวางของในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน

4. เปิดดูไฟในบ้านผู้ป่วยเพื่อดูว่ามีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่ แจ้งเปลี่ยนหลอดไฟเมื่อพบว่าชำรุด

5. ประสานทีมอสม. จัดหาเตียงที่มีไม้กั้นเตียง ปรับระดับได้ สามารถใช้กับที่นอนเดิมของผู้ป่วย

และจัดหาโต๊ะวางอาหารให้ผู้ป่วย

6. ประสานสังคมสงเคราะห์ ในการจัดหารถเข็นในการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำภายหลังจำหน่าย

สู่ชุมชน

การประเมินผล :

1. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่

- เตียงปรับระดับได้
- มีไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้
- พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น
- แสงสว่างในบ้านเพียงพอ
- ห้องน้ำมีราวจับ
- ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู
- มีสัญลักษณ์บอกพื้นที่ต่างระดับ
- ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน
- ห้องน้ำ ติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ

2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และที่เตียงในตำแหน่งที่ผู้ป่วยเอื้อมถึง

TSCD การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี
การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Self care deficit : SCD)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีกระดูกหักขาขวาที่ข้อกลางบริเวณหน้าแข้ง On Short leg slab ขาขวา และ Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL เท่ากับ 6 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ประเมิน ADL ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผ้มต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้(0) การใช้ห้องน้ำ(0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(0) การกลืนอาหาร(2) การกลืนปัสสาวะ (1)

3. ผู้ดูแลสอบถามวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังนี้

1. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การขับถ่าย ได้ถูกต้อง

2. ผู้ดูแลบอกวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยใส่เฝือก On Short leg slab

3. ผู้ดูแลบอกการจัดเตรียมยารับประทานยาให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา ได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

1. สอน สาธิต ฝึกให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

1.1 สอนการเปลี่ยนแพมเพิส ให้เปลี่ยนทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยขับถ่ายหรือเปียกชื้น ควรทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และก้นด้วยสบู่อ่อนๆ และล้างด้วยน้ำสะอาด ใช้ผ้านุ่มๆ ซับให้แห้ง โดยเฉพาะบริเวณที่อาจเกิดการอักเสบได้ง่าย หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ที่มีส่วนผสมของน้ำหอม หรือสารเคมีที่อาจก่อให้เกิดการระคายเคือง และสังเกตผิวหนังบริเวณที่ใส่แพมเพิสเป็นประจำ หากมีรอยแดง หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ให้รีบแจ้งพยาบาลชุมชน

1.2 การดูแลป้องกันแผลกดทับ แนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณปุ่มกระดูก(เช่น ส้นเท้า, ข้อศอก, สะโพก) เพื่อลดแรงกดทับและป้องกันการเสียดสี เลือกที่นอนที่ช่วยระบายอากาศได้ดี เช่น ที่นอนฟองน้ำ เพื่อลดการอักเสบและแรงกดทับ

1.3 แนะนำการทำความสะอาดผิวหนัง ไม่ให้เปียกชื้น ทาโลชั่นหรือวาสลีนเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง หลีกเลี่ยงการขัดถูผิวหนังแรงๆ เพราะอาจทำให้ผิวหนังถลอกและเกิดแผลได้ง่าย

1.4 ดูแลความสะอาดบริเวณที่นอน ปูเตียงให้เรียบ ตึง แน่น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดรอยย่นบริเวณที่นอน ซึ่งหากผู้ป่วยนอนทับจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย

2. ให้ความรู้ผู้ดูแล สิ่งที่ควรให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติขณะใส่เฝือก ขาข้างขวา ดังนี้

2.1 ให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ได้แก่ การสังเกตลักษณะสีผิว การบวม และการรับรู้ความรู้สึกนิ้วเท้า ชา ปวดเท้า หรืออาการปวดผิดปกติ หากพบอาการผิดปกติ เช่น นิ้วเท้าซีด เย็น ชา ปวดมาก ควรแจ้งแพทย์ทันทีหากผิดปกติ ให้รีบพบแพทย์

2.2. แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้ผิวหนังบ่อยๆ และเคลื่อนไหวส่วนที่อยู่ภายนอกผิวหนังหรือข้อต่างๆที่อยู่ใกล้เคียงผิวหนังขาขวา ได้แก่ ให้ฝึกขยับนิ้วเท้า เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

2.3 รักษาความสะอาดของผิวหนัง โดยใช้ถุงพลาสติกคลุมผิวหนังขณะเช็ดตัว หรือเมื่อขับถ่าย เพื่อป้องกันการอักเสบ

2.4 ให้ผู้ดูแลประคบผิวหนังทุกครั้งในระหว่างการเคลื่อนย้ายตัว

2.5 แนะนำผู้ดูแลจัดหาหมอน 1 ใบโดยหนุนบริเวณข้อเท้า ให้ผู้ป่วยไม่นอนกดทับบริเวณ On Short leg slab ขาขวา ช่วยให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ดี

2.6 เคลื่อนไหวอวัยวะส่วนที่อยู่นอกผิวหนังบ่อยๆ ได้แก่ การขยับนิ้วเท้าข้างขวา

2.7 การตรวจตามนัดทุกครั้ง

3. ให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้าม ในขณะใส่แผล ที่ขาข้างขวา ดังนี้

3.1 ไม่ควรให้แผลออกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนแผลแตก ช้ำรูด

3.2 ห้ามให้พื้นแผลเปียก หรือ ถูน้ำ หรือ ถูความร้อน

3.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในแผล จะทำให้ผิวหนังลอก เกิดบาดแผล บริเวณแผลได้

3.4 ห้ามตัดทำลายแผล หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับแผลออกเอง

3.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในแผล ห้ามขีด ห้ามถ่างแผลออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆ เข้าไป เพราะจะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้

3.6 ห้ามผู้ป่วยนั่งห้อยขาขวาที่เข้าแผลเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ขาข้างขวาบวม

4. สอนวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในขณะใส่แผล ที่ขาข้างขวา ดังนี้

4.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการขา ผิวหนังนิ้วเท้าข้างขวา หรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่แผลมีสีเขียว หรือซีดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วเท้าข้างขวาได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือ น้ำหนองไหลออกมาจากแผล

4.2 สังเกต ตรวจดูลักษณะแผล หากลักษณะแผล ช้ำรูด ได้แก่ แผลคับแน่นเกินไป แผลหลวม แผลบวม แผลแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในแผล

4.3 ผู้ป่วยไม่ควรลงน้ำหนักขาข้างขวา ในขณะใส่แผล

5. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่

5.1 ยานวด Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด

5.2 ยาแก้ปวด และคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหารเข้า-เย็น

5.3 ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 ชั่วโมงหากมีอาการปวด ในช่วง 4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน

5.4 ยา Tramadol (50) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง หากมีอาการปวด เท่ากับหรือมากกว่า 6 คะแนน ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก

5.5 ยาด้านเกร็ดเลือด ASA (81) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้าทันที ระวังอย่าให้ผู้ป่วยมีแผลเนื่องจากเลือดจะหยุดช้ากรณีมีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกาย

5.6 ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง Simvastatin (10) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน สังเกตอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด และเกิดภาวะดีซ่าน

5.7 ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Glipizide (5) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า -เย็น สังเกตอาการ ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีโคลน และตัวเหลือง ตัวซีด มีไข้ มีอาการมึนงง

5.8 ยาฉีดรักษาโรคเบาหวาน Insulin Isophane Suspension: NPH 16 U SC ac เย็น ออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น เริ่มออกฤทธิ์ 1-4 ชั่วโมง หลังฉีดยา ออกฤทธิ์สูงสุด 4-10 ชั่วโมง และยาอยู่ได้นาน 12-20 ชั่วโมง ใช้ฉีดได้ผิวหนังได้อย่างเดียว ตอนเย็น ออกฤทธิ์สูงสุดตอนกลางคืน

5.9 ยา Folic acid 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า ยาช่วยรักษาอาการซีด

5.10 ยา FBC 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า ยาช่วยรักษาภาวะโลหิตจาง

5.11 ยา Calcium Carbonate 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลช่วยให้การเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การขับถ่าย ได้ถูกต้อง
2. ผู้ดูแลบอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะ on Short leg Slab ได้ถูกต้อง
3. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การติดตาม กรณีศึกษา ที่ 1 ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 เวลา 10.30 น. ที่บ้าน

สภาพทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิง อายุ 77 ปี นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่กินเตียงยกไว้ทั้ง 2 ข้าง มีกระดูกหักที่ขาข้างขวาใส่เฝือก Short leg slab ไว้ สีหน้าวิตกกังวล หน้ามืดวิงเวียน บ่นปวดขาขวา กลัวว่าจะเดินไม่ได้ รู้สึกเป็นภาระญาติ หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตักอาหารรับประทานได้เอง สวมเสื้อได้เอง ทำความสะอาดร่างกายเช็ดตัวที่เตียงได้ กลืนอุจจาระได้ กลืนปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอจาม ใช้แฟมเพสไว้ตลอดเวลา มีปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีเสบขัด

ตรวจร่างกายพบว่า ตามองเห็นไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง เปลือกตาล่างทั้ง 2 ข้างไม่ซีด หูตึงทั้ง 2 ข้าง ขาตามปลายมือปลายเท้า 2 ข้าง มีความพิการนิ้วมือและนิ้วเท้าอัมพาตทั้ง 2 ข้าง ผิวหนังแห้ง บวมบริเวณหลังเท้าทั้ง 2 ข้าง นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าทั้ง 2 ข้างมีผิวหนังหนา สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 66 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอทมีแผลกดทับบริเวณก้น ขนาดขนาด 3 * 2*0.2 เซนติเมตร

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL เท่ากับ 6 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้ (0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

- ประเมิน pain score เท่ากับ 5 คะแนน : ความเจ็บปวดระดับปานกลาง
- ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 12 คะแนน : มีความวิตกกังวลปานกลาง
- ประเมิน 9 Q เท่ากับ 7 คะแนน : มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception) : รู้สึกตัวดี สีน้าวิตกกังวล ตามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนบนเตียง ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การไต่กลืน และการรับรสปกติ สามารถดกกลืนอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองป่วยมีกระดูกหน้าแข้งหัก แพทย์ให้นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ ถึงวันที่ 29/1/66 และ มีแผลที่ใส่อยู่ที่ขาขวา นาน 1 เดือน ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566

1.2 ความจำ (Memory) : ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น บอกถึงอาหารที่รับประทานมื้อต่างๆ ในระหว่างวันได้ และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้ แพทย์ให้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และ มีแผลที่ใส่อยู่ที่ขาขวา นาน 1 เดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วนประเมิน ADL เท่ากับ 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้ (0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (1) ใส่แอมเปสไว้ตลอดเวลาต้องให้ญาติช่วยเหลือ

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) : ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง แพทย์ให้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และมีแผลที่ใส่อยู่ที่ขาขวา นาน 1 เดือนและมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปี และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นาน 1 ปี ตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest): ผู้ป่วยมีความตั้งใจประสงค์ที่จะนอนพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านเนื่องจากบุตรต้องการดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน

1.6 ความตระหนักในสภาวะของตนเอง (Self Awareness): ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์ให้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และ ต้องใส่เฝือกที่ขาขวา นาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 แต่ยังคงมีความวิตกกังวลกลัวกลับมาเดินไม่ได้

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance): ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาที่อ่อนล้า บริเวณหน้าแข้งจากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์ให้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และต้องเฝือกใส่ที่ขาขวา นาน 1 เดือน มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและรับประทานยาสม่ำเสมอโดยญาติจัดยาให้และรับประทานอาหารรสหวาน เค็ม แต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern): ผู้ป่วยมีความสนใจเอาใจใส่ตนเอง โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลในการนอนอยู่บนเตียง Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน และมีการออกกำลังกายตามที่พยาบาลแนะนำ

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits): ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองสูง ไม่สูงส่งกับเพื่อนบ้าน ชอบอยู่คนเดียว มีความรับผิดชอบสูงไม่ชอบขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น

2. ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ประมาณ 10 ปีก่อนในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานผู้ป่วยเอาใจใส่ดูแลตนเองดี สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5 ปี ต่อมาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรค รับประทานอาหารหวาน ผลไม้ ที่ชอบทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงปรับยาโรคเบาหวานให้ทั้ง ยารับประทานและยาชนิดฉีด

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถ การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย แต่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว จากการใส่เฝือก ที่ขาขวา ตามกำหนดถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 และ นอนบนเตียง นาน 2 สัปดาห์ จนถึงวันที่ 29 มกราคม 2566 กำลังกล้ามเนื้อขาซ้ายปกติ กำลังกล้ามเนื้อขาขวาเกรด 4 ขาตามปลายมือ ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง และประเมิน pain score เท่ากับ 5 คะแนน : ความเจ็บปวดระดับปานกลาง

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วย Closed fracture right Tibia มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวแพทย์ให้ On Short leg slab ที่ขาขวา นาน 2 สัปดาห์ และ Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ญาติเป็นผู้ช่วยเหลือ ได้แก่ การเตรียมอาหาร การเตรียมอุปกรณ์เช็ดทำความสะอาดตัว ใช้แพนเพิสไว้ตลอด

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลที่แพทย์ให้ใส่เฝือก นาน 1 เดือน และนอนพักบนเตียงตลอดเวลา 2 สัปดาห์ และใส่เฝือก 1 เดือน เพื่อให้กระดูกและข้อที่หักอยู่นิ่งให้กระดูกสมานตัวเร็วขึ้น

2.5 แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปเดินได้อีกครั้ง

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดย Absolute bed rest 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน โดยให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัดหลัง Absolute bed rest 2 สัปดาห์

2.7 การแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ญาติที่ดูแลผู้ป่วยซักถามพยาบาลชุมชนในการดูแลตนเอง โดยนำกริ่งมาติดข้างเตียงผู้ป่วย พร้อมติดกล้องวงจรปิด เนื่องจากญาติกับผู้ป่วยพักอยู่คนละห้องเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจะกรดกริ่ง เรียกญาติ รวมทั้งวิธีการจัดยาเป็นม็อบ โดยแยกซองยาไว้จัดให้ผู้ป่วยรับประทาน

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้นโดยมีการออกกำลังกายนิ้วเท้าและข้อเท้าข้างที่ On Short leg slab ขาขวา เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดีและป้องกันข้อติด

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในขณะที่ On Short leg slab ขาขวา เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยมีผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จ ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงโดยใช้มือชูมือทั้ง 2 ข้างสลับไปมา และออกกำลังกายนิ้วเท้าและข้อเท้าข้างที่ On Short leg slab ขาขวา เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดีและป้องกันข้อติดในตอนเช้า เย็น ทุกวัน

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand: TSCD)
เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง เป็นอาหารธรรมดาจัดได้หมดทุกทั้ง 3 มื้อ และรับประทานขนมหวานและผลไม้ระหว่างมื้อ ดื่มน้ำวันละ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน โดยมีการแบ่งช่วงเวลาในการดื่มน้ำช่วงเช้า ถึงเย็น ดื่ม 6-8 แก้ว และดื่ม 1 แก้วในช่วงก่อนนอน

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และ ระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอจาม ใส่แพมเพิสไว้ตลอด เปลี่ยนวันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในการกลั้นปัสสาวะ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน : คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยกระดูกหักที่ขาขวา มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว แพทย์ให้ Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ตักอาหารเองได้ แต่ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองโดยผู้ดูแลเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ลูกนั่งได้แต่ต้องมีญาติช่วยพยุงนั่ง การทำความสะอาดร่างกายต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ การสวมใส่เสื้อผ้าสวมเสื้อได้ แต่ผู้ดูแลช่วยใส่กางเกงให้ กลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง พักผ่อนเพียงพอ ไม่มีปัญหาการนอนหลับ นอนเวลา 22.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.30 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยขาดสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองสูง ไม่สุงสิงกับเพื่อนบ้าน ชอบอยู่คนเดียว มีความรับผิดชอบสูงไม่ขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น

สรุป : ผู้ป่วยมีความไม่สมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ขาข้างขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ใส่ Short leg slab

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้ (0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอาหาร (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

- ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น มีความวิตกกังวล ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

สรุป : ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลขาดความรู้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต

ข้อมูล : ในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาอย่างเหมาะสม ได้เข้าเรียนรับการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัยจนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ปัจจุบันสามีเสียชีวิตสถานภาพสมรสหม้าย ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยคนพิการ ไม่มีหนี้สินมีเงินเหลือเก็บจากมรดกบิดามารดาสามารถส่งเสียบุตรเรียนหนังสือได้ระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยมีความภูมิใจในชีวิตมาก

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่อง ความต้องการระดับการพัฒนาการตามวัย

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ข้อมูล : ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการปรับตัวการนอนบนเตียงที่จัดหามาใหม่โดยต้องนอนนิ่งบนเตียงเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร่องในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป: ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองเป็นภาวะกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ต้องนอนนิ่งบนเตียงเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สรุป : มีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการเตรียมบ้าน เตรียมญาติ พยาบาลชุมชนได้ให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติและติดตามเยี่ยมที่บ้าน

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยมี สีหน้ามีความวิตกกังวลกลัวเป็นภาระญาติทราบว่าจะถูกหักขา ขวาบริเวณหน้าแข้ง แต่ยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีอาการปวดขาขวาที่หน้าแข้ง

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับรู้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีอาการปวดขาขวาบริเวณหน้าแข้ง มีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่มีกระดูกหักอีกครั้งเพราะคิดว่าเป็นจากการไม่ระวังในการเดิน กลัวเดินไม่ได้และกลัวเป็นภาระบุตรชาย

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมกลัวเดินไม่ได้และเป็นภาระบุตรชาย

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหัก มีภาวะพึงพาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

สรุป : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

ขั้นตอนที่ 2 ชี้แจงแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหานี้หมดไปญาติผู้ดูแลได้มีการปรับปรุงสภาพบ้านให้ปลอดภัย เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหานี้หมดไปญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ขาขวาบริเวณหน้าแข้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาที่หน้าแข้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ

ขั้นตอนที่ 3 ชี้แจงปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation

nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ในกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้อง on short leg slab ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนจำหน่ายเพื่อวางแผนให้การพยาบาล ดังนี้

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม เยี่ยมครั้งที่ 1 ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
1	ผู้ป่วยพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ขาขวาบริเวณหน้าแข้ง	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
2	ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาที่น่องบริเวณหน้าแข้ง	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
3	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
4	ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
5	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ	ระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

TSCD 1 คงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ขาขวาที่น่องบริเวณหน้าแข้ง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ X-ray เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566 พบ Close Fracture right tibia
2. แผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วย Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน
3. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL เท่ากับ 6 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้ (0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย สวมเสื้อผ้า/การแต่งตัว การกลั้นปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมเสื้อผ้า การกลั้นปัสสาวะ
2. คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL มากกว่า 6 คะแนน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร โดยญาติเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า การทำความสะอาดร่างกาย การขยับร่างกาย การเปลี่ยนอิริยาบถ การขับถ่าย

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้ ได้แก่

2.1 ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร 3 มื้อ ให้ตรงเวลา เช้า กลางวัน เย็น ให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร ซ้อน ซามไว้ให้ผู้ป่วย ทานอาหารบนเตียงในระหว่างที่ ยัง Absolute bed rest

2.1 ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย วันละ 2 ครั้ง เช้า และ เย็น โดยบริเวณขาขาตั้งแต่ส่วนเข่าลงไปถึงปลายเท้า ให้น้ำอุ่นพลาสติกคลุมไว้เพื่อป้องกันเปื้อนขึ้น

2.2 ให้ผู้ป่วยการสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว โดยการสวมกางเกง หรือ ผ้าถุง ให้สวมข้างขวาที่ใส่เผือกก่อน แล้วจึงสวมขาซ้าย การเลือกเสื้อผ้าที่หลวม ใส่สบาย กางเกงขาขว้าง หรือใส่ผ้าถุง

2.3 ให้ผู้ป่วยฝึกปัสสาวะ/อุจจาระ ดังนี้

1) กลางวันโดยใช้แฟมเพิสให้เปลี่ยนแฟมเพิสถ่ายปัสสาวะทุก 3-4 ชั่วโมงและเช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่ต้องรอให้รู้สึกว่ามีปัสสาวะเต็ม

2) สอน แนะนำผู้ป่วยให้นวดคลึงหน้าท้องและเหนื่อหัวหน่าวด้วยแรงพอสมควรด้วยตนเองพร้อมทั้งออกแรงเบ่งปัสสาวะ

3) สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงโดยใช้ท่ายกกันขึ้น-ลง ให้เกร็งค้างไว้ นับในใจ 1-5 แล้วค่อยๆ คลายวางกันลงโดยทำก่อนมื้ออาหาร ช่วงเช้า-กลางวัน- เย็น โดยทำตั้งแต่ 10 ครั้ง เพื่อช่วยให้ขับปัสสาวะได้มากขึ้นและมีปัสสาวะเหลือค้างน้อยที่สุด

4) แนะนำญาติผู้ดูแลสังเกตลักษณะและช่วงเวลาขับถ่ายปกติและช่วยให้ผู้ป่วยปัสสาวะและอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวันหากผู้ป่วยมีอาการแสบขัดเวลาขับถ่ายปัสสาวะ สีที่เปลี่ยนไป มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวควรให้ญาติพาไปแพทย์ ในเวลาพาไปคัดกรองตรวจที่หน่วยงานการพยาบาลชุมชนเพื่อไปตรวจคลินิกโรคทั่วไป นอกเวลาพาไปหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3. สอนแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนท่าทางการนอนบนเตียงโดยมีการขยับท่าทาง และการจัดท่าบนเตียงได้ถูกต้องตลอดเวลา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ดังนี้

- ผู้ป่วยตักอาหารการรับประทานอาหารได้เอง รับประทานอาหารตรงเวลา โดยญาติเป็นผู้เป็นผู้จัดเตรียมอาหาร ซ้อน ซามไว้ให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทานอาหารบนเตียงในระหว่างที่ ยัง Absolute bed rest

- ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดร่างกายบนเตียง ได้บางส่วน วันละ 2 ครั้ง ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมได้ การสวมเสื้อผ้า แต่ต้องให้ผู้ดูแลช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ ไว้ให้

- การกลั้นปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถกลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง เมื่อไอจาม ยังมีปัสสาวะเล็ด

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ADL เท่ากับ 7 คะแนน สิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มเติม ได้แก่ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การสวมเสื้อผ้า

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะกระดูกหักขาขวาที่ข้อกลางบริเวณหน้าแข้งและการพักผ่อนได้ การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการเจ็บปวดบริเวณกระดูกหักที่ขาข้างขวาบริเวณหน้าแข้ง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยกระดูกหักขาข้างขวา บริเวณหน้าแข้ง On Short leg slab ขาขวา
2. ประเมิน Pain score =5 คะแนน
3. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย หน้ามืดวิงเวียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอาการปวดขาข้างขวาบริเวณหน้าแข้ง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน

1. pain score น้อยกว่า 5 คะแนน
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีหน้า ท่าทางสดชื่นขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกต และประเมินอาการปวด บวม ขา บริเวณขาข้างขวาที่ใส่เฝือกไว้เป็นประจำทุกวัน โดยการ กระจกนิ้วเท้า ขยับปลายนิ้วเท้า หากเริ่มมีอาการ ปวด บวม ขา หรือหากไม่สามารถขยับนิ้วเท้าข้างขวาได้ ควรให้พบแพทย์

2. แนะนำให้ญาติและผู้ป่วย จัดท่าทางการนอนที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยหนุนหมอน1 ใบ บริเวณขาข้างขวาที่ใส่เฝือกให้สูงจากระดับหัวใจเล็กน้อย โดยเฉพาะในช่วงเวลา 3 วันแรก จะทำให้ มีการไหลเวียนเลือดได้ดี ลดอาการ ปวด บวม ลดความแน่นของเฝือก

3. ทบทวน เน้นย้ำ ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้าม ในขณะที่ใส่เฝือก ที่ขาข้างขวา ดังนี้

3.1 ไม่ควรให้เฝือกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนเฝือกแตก ชำรุด

3.2 ห้ามให้พื้นเฝือกเปียก หรือ ถูน้ำ หรือ ถูความร้อน

3.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในเฝือก จะทำให้ผิวหนังถลอก

เกิดบาดแผล บริเวณเฝือกได้

3.4 ห้ามตัดทำลายเฝือก หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับเฝือกออกเอง

3.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในเฝือก ห้ามขีด ห้ามถ่างเฝือกออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆเข้าไปเกา เพราะจะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ถลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้

3.6 ห้ามผู้ป่วยนั่งห้อยขาขวาที่เข้าเฝือกเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ขาข้างขวาบวม

4. แนะนำให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อ ขาขวา ที่อยู่ใต้เฝือกบ่อยๆ วันละ 2-3 รอบ และ กระจกข้อเท้า ขึ้นและลงค้างไว้ 5-10 วินาที และ การฝึกการขยับข้อต่างๆ นิ้วเท้าข้างขวา ให้ฝึกทำบ่อยๆเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

5. ทบทวน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล วิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในขณะที่ใส่เฝือกที่ขาข้างขวา ดังนี้

5.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการชา ผิวหนังนิ้วเท้าข้างขวา หรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่เฝือกมีสีเขียว หรือซีดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วเท้าข้างขวาได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือ น้ำหนองไหลออกมาจากเฝือก

5.2 สังเกต ตรวจดูลักษณะเฝือก หากลักษณะเฝือก ชำรุด ได้แก่ เฝือกคับแน่นเกินไป เฝือกหลวม เฝือกบุบ เฝือกแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในเฝือก

5.3 ผู้ป่วยไม่ควรลงน้ำหนักขาข้างขวา ในขณะที่ใส่เฝือก

6. แนะนำการใช้ยาให้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวด ดังนี้

- ยาแก้ปวดและคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหารเช้า-เย็นสังเกตอาการคลื่นไส้ ปากแห้ง มองเห็นภาพไม่ชัด
 - ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 ชั่วโมง หากมีอาการปวดในช่วง 4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน
 - กรณีรับประทานยาแก้ปวด Paracetamol นาน 4 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น หากมีอาการปวดเท่ากับหรือมากกว่า 5-6 คะแนน ให้ใช้ยา Tramadol (50 mg) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง
- กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก

7. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ ฝึกการสังเกตภาวะแทรกซ้อน และ อาการผิดปกติของผิวหนังโดยรอบแผลที่ขาข้างขวา เป็นประจำทุกวัน ได้แก่ ปวด บวม ชา อ่อนแรง มีแผลลอก ควรพบแพทย์ก่อนวันนัด

การประเมินผล

1. อาการปวดขาขวาบริเวณหน้าแข้งลดลง pain score 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักได้

TSCD 3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยการรักษาโดยใช้ยาฉีดอินซูลิน NPH 16 Unit Subcutaneous ก่อนอาหารมื้อเย็น ผู้ป่วยใช้ยารับประทาน Glipizide (5) 1*2 ac เข้า เย็น
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลา บางวันไม่หิว ก็จะไม่รับประทานอาหารเช้า ชอบดื่มน้ำหวาน และรับประทานผลไม้
3. ผลตรวจเลือด FBS เท่ากับ 76 mg/% เมื่อวันที่ 16 ม.ค. 2566

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น ชีพ สับสน หายใจตื้นซ้ำ ชักเกร็ง
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลตนเองโรคเบาหวานเพื่อทราบพื้นฐานความรู้และ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใช้เป็นข้อมูลวางแผนการให้คำแนะนำ
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมผู้ป่วยควรรับประทานอาหารเช้าให้ตรงเวลาและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย บอกผู้ป่วยให้ทราบว่าอาหารเช้าเบาหวานอาจแบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้ ประเภทที่ 1 ควรรับประทานได้แก่ ขนมหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น ประเภทที่ 2 รับประทาน

ได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ ขนมปัง และให้จำกัดข้าว 3-4 ถ้วย/มื้อ ประเภทที่ 3 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทานยารับประทาน Glipizide ให้ตรงเวลาก่อนอาหาร 30 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีผื่นแดงตามผิวหนัง มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้นและคอ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีอาการอื่น ๆ เช่น มีรอยฟกช้ำ เลือดออกง่าย มีอาการเหนื่อย หายใจสั้นและหัวใจเต้นเร็ว มีอาการคัน ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีเข้ม มึนงง ปวดศีรษะ หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์ทราบ หากมีอาการผิดปกติ ให้พบแพทย์

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการใช้ฉีดยาให้ฉีด INH 16 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ทุกวันในช่วงเวลาก่อนมื้อเย็น และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักรับตัวขึ้น ทั้งนี้หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นควรรีบไปพบแพทย์โดยด่วน ได้แก่ รู้สึกวิงเวียนศีรษะ มึนงง ซึมเศร้า ตาพร่ามัว มีอาการหนาวสั่น และมีเหงื่อออก ตัวเย็น เกิดอาการชัก หรือตัวสั่น ผิวหนังซีด หรือมีผื่นขึ้น ปากแห้ง ไอ กลืนลำบาก ปัสสาวะน้อยลง หัวใจเต้นผิดปกติ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หิว หรือกระหายน้ำบ่อยขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง แขนงอก เหนื่อย อ่อนแรง หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์ทราบ หากมีอาการผิดปกติ ให้พบแพทย์

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ หากมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่

6.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึ่พจรเต้นเร็ว เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หนาวง่าย วิงเวียนศีรษะ สายตาพร่ามัว เหงื่อออกมาก ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ใจสั่นหวิวหรือคล้ายจะเป็นลม มีตัวเย็นขึ้น ถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์

6.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม สับสน หายใจมีกลิ่นคาว ชักเกร็ง หดสติ ให้รีบส่งโรงพยาบาลทันที

7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยบุตรชายช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม เพราะการสนับสนุน จากครอบครัวเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง

8. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องและติดตามผล โดยการให้บุตรชายบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ได้แก่ อาการผิดปกติต่างๆ ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด การรับประทานยา เป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองเช่น ให้ผู้ป่วยบันทึกอาหารย้อนหลัง 3 วัน/สัปดาห์ การทบทวนปัญหา อุปสรรค และ ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรายสัปดาห์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้ถูกต้อง

TSCD 4 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากความเสี่ยงแผลกดทับการป้องกันอันตรายต่อชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และมีความเป็นอยู่ที่ดี

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 4 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง จำกัดการเคลื่อนไหว Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์
2. ผู้ป่วย On Short leg Slab ขาขวา นาน 1 เดือน
3. ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลา เดินไม่ได้ มีแผลกดทับบริเวณก้นขนาด $3 \times 2 \times 0.2$ เซนติเมตร

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการหายของแผลกดทับและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมิน

1. ลักษณะแผลกดทับดีขึ้นจากเดิม ได้แก่ แผลไม่มีหนอง ไม่มีอีกเสบวมแดง ไม่มีกลิ่น ไม่มีเนื้อตาย พบเนื้อเยื่อแผลสร้างใหม่ ขนาดพื้นที่แผลเล็กลง
2. ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอก บริเวณปุ่มกระดูก หรืออวัยวะที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆเพิ่ม

ปฏิบัติการกรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน ทุก 2 ชั่วโมง โดยการขยับไม้ให้มีแรงกดที่เตียงนานเกินไป เป็นการช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดแผลกดทับในช่วงที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
2. แนะนำผู้ป่วยใช้หมอนหนุน 1 ใบ สอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตามข้อเท้า 2 ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข่า และส้นเท้าลดส่วนการกดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอน โดยให้เอียง เล็กน้อย ให้อยู่แนวระนาบกับขาที่ใส่เฝือก ซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกขา
3. แนะนำการประเมิน ลักษณะผิวหนัง ในขณะที่ญาติเปลี่ยนแพมเพิส ในขณะที่ทำความสะอาดร่างกาย การสังเกตลักษณะรอยแดง และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่ แม้ว่าไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้วซึ่งปกติรอยแดง ควรหายไปภายใน 30 นาที ตุ่มพุพองตุ่มน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่นร้อน บวม ต้องมีการประเมินผิวหนัง ที่ถูกกดทับและบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้ง
4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยมีการให้เตรียมน้ำใสในขวดน้ำ 1.5 ลิตร จำนวน 1 ขวด ไว้ใกล้เตียง โดยแบ่งดื่มน้ำทั้งวัน เช้า กลางวัน และเย็น ส่วนในช่วงก่อนนอน ให้ทาน 2 ครั้ง โดยจัดเตรียมน้ำใสขวดน้ำขนาด 600 มิลลิลิตร 1 ขวด
5. ให้แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ดังนี้
 - 5.1 อธิบายญาติในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน โดยจำกัดอาหารประเภทแป้ง ข้าวสุก ให้รับประทานมื้อละ 1 ทัพพี งดอาหารที่มีน้ำตาลสูงทุกชนิด เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายผู้ป่วยไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้แผลติดเชื้อ เลือดไปเลี้ยง ได้ไม่ดี จะทำให้แผลหายช้า
 - 5.2 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยและญาติจัดเตรียมและรับประทานอาหารที่มีโปรตีน ได้แก่ ไข่ขาว ปลา อาหารทะเล เนื้อแดง และถั่วเปลือกแข็ง การรับประทาน ผัก ผลไม้ ที่มีวิตามินซี เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผิวหนังมีความแข็งแรง ยืดหยุ่น ได้ดียิ่งขึ้น สร้างเนื้อเยื่อใหม่ เช่น ฝรั่ง ส้มโอ มะขามป้อม บล็อกโคลี ผักบุ้ง ผักโขม ผักคะน้า ไข่แดงส่วนวิตามินเอ เช่น ปลา ผักใบเขียว แครอท มันม่วง
6. แนะนำการทำความสะอาดผิวหนัง การเปลี่ยนแพมเพิส ทุก 3-4 ชั่วโมง หรือภายหลังจากการขับถ่ายทันที หรือไม่เกิน 30 นาที เป็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

7. แนะนำการใช้อุปกรณ์ลดแรงกด พุกชนิดพิเศษ เตียงลม แผ่นโฟมลดแรงเสียดสีและกดทับ และสามารถใช้หมอนสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก และอีกบริเวณที่ควรใช้หมอนหรือผ้ารองให้เหนือจากพื้นผิวเตียงการลดแรงกดบริเวณที่เกิดแผลกดทับ

8. แนะนำญาติใช้ผ้าขวางเตียงรองตัวผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยด้วยผ้าขวางเตียงเพื่อป้องกันการเสียดสีกับที่นอน โดยให้ผู้ป่วยช่วยขยับหยิบจับราวกันเตียงช่วยญาติผู้ดูแล

9. ญาติทำแผลทุกวันโดยใช้น้ำเกลือล้างแผลทำความสะอาดรอบแผล อย่างเบามือ โดยเช็ดจากด้านในแผลออกนอกแผลห่างจากขอบแผลประมาณ 1 นิ้ว แล้วปิดด้วยก๊อสปิดแผล

การประเมินผล

1. แผลกดทับดีขึ้นไม่มีหนอง ไม่มีเนื่อตาย ไม่มีกลิ่น ไม่มีบวมแดงร้อน
2. ผู้ป่วยมีผิวหนังสะอาด มีความยืดหยุ่นดีไม่เกิดแผลกดทับเพิ่ม ในอวัยวะอื่นๆไม่เกิดรอยแดง หรือ รอยถลอก บริเวณปุ่มกระดูก หรืออวัยวะที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆ

TSCD 5 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น วิตกกังวลกับโรคที่เป็นบอกว่าจะเดินได้เหมือนเดิมหรือเปล่า
2. ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 12 คะแนน : มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
3. ประเมิน 9 Q เท่ากับ 7 คะแนน : มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
4. ประเมินความวิตกกังวล GAD – 7 มีคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน
5. ประเมิน 9 Q มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่อ่อนโยนทุกครั้งเพื่อลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆ และตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเพื่อประเมินการรับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถ และสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วย

3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของภาวะกระดูกหักที่ขาขวาที่นอนล่างบริเวณหน้าแข้ง การรักษาพยาบาลคร่าวๆและแนะนำวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านกับการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

4. ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์การตรวจตามนัด ในระหว่างที่ผู้ป่วยต้องใช้ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 16 ม.ค. 2566 ถึง วันที่ 16 ก.พ. 2566) การรักษาพยาบาล โดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล

5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่ร่วมกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบาย ถึงวัตถุประสงค์ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

6. สังเกตพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาลในครั้งถัดไปและ ให้การช่วยเหลือได้อย่าง เหมาะสม

7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นขณะพูดคุย
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
4. ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 9 คะแนน : มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
5. ประเมิน 9 Q เท่ากับ 6 คะแนน : ไม่มีภาวะซึมเศร้า

การติดตาม กรณีศึกษา ที่ 1 ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 10.00 น) ที่บ้าน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิง อายุ 77 ปี นั่งอยู่บนเตียง สีหน้าเรียบเฉย มีกระดูกหักที่ขาขวา ใส่เฝือก ตาทั้ง 2 ข้างมองไม่ชัด หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย มีความพิการมือและเท้า ผิดรูปนิ้วเท้าหิ้งอง 2 ข้าง นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าทั้ง 2 ข้างมีหนังหนา ผิวหนังแห้ง ขาดตามปลายมือปลายเท้า ยัง On Short leg slab ที่ขาขวา บ่นปวดขาขวาเล็กน้อย สามารถใช้ walker นั่งข้างเตียงได้ แต่ยังไม่สามารถเดินได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง กลั้นอุจจาระได้ ใส่แอมเปสไว้ตลอด มีแผลที่ก้น ขนาดขนาด 2.5 * 1.5*0.2 เซนติเมตร

สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 76 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ประเมินADL เท่ากับ 8 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหรือผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ ห้อยน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1)

- ประเมิน pain score เท่ากับ 3 คะแนน : มีความเจ็บปวดระดับน้อย

- ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 6 คะแนน : มีความวิตกกังวลระดับน้อย

- ประเมินกลไกการกลืนฉบับสั้น ผล 11 คะแนน : มีความกลไกการกลืนระดับปานกลาง

- ประเมิน 9 Q เท่ากับ 6 คะแนน : ไม่มีภาวะซึมเศร้า

- ประเมินความเสี่ยงต่อหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 55 คะแนน มีความเสี่ยงสูง ต่อภาวะหกล้มซ้ำ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception) : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีสหน้าวิตกกังวล ถามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การไต่กลืนและการรับรสปกติ สามารถดมกลืนอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยและทราบว่าเป็นตนเองป่วยมีกระดูกหน้าแข้งหัก แพทย์ให้ใส่เฝือกที่ขาขวา นาน 1 เดือนความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม

1.2 ความจำ (Memory) : ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น บอกถึงอาหารที่รับประทานมื้อต่างๆ ในระหว่างวันได้ และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้ แพทย์ให้ใส่เฝือกที่ ขาขวา นาน 1 เดือน ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL เท่ากับ 8 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผ้มต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้(1) การใช้ห้องน้ำ(0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(1) การกลืนอาหาร(2) การกลืนปัสสาวะ (1)

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition): ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง แพทย์ให้ใส่เฝือกที่ขาขวา นาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปีและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นาน 1 ปี ตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest) : ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนา

1.6 ความตระหนักในสภาวะของตนเอง (Self Awareness) : ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา ต้องใส่เฝือกที่ขาขวานาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 แต่ยังมีคามวิตกกังวลกลัวกลับมาเดินไม่ได้ กลัวการหกล้มปานกลาง

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance) : ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้งจากการหกล้ม 4 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์ให้นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา นาน 2 สัปดาห์ และต้องใส่เฝือกที่ขาขวา นาน 1 เดือน มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและรับประทานยาสม่ำเสมอโดยญาติจัดยาให้และรับประทานอาหารรสหวาน เค็ม แต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) : ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี การวางผ้าเช็ดเท้าที่พื้น ทำให้มีความเสี่ยงสูงภาวะหกล้มซ้ำ การรับประทานอาหารรสเค็มเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) : ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลที่ต้องเป็นภาระของบุตรชายกลัวเดินไม่ได้ มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีรายได้จากเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อรัง

2. ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ประมาณ 10 ปีก่อนในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานผู้ป่วยเอาใจใส่ดูแลตนเองดี สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5 ปี ต่อมาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรค รับประทาน

อาหารรสหวาน ผลไม้ ที่ชอบทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงปรับยาโรคเบาหวานให้ทั้งยารับประทานและยาชนิดฉีด

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกาย แขนทั้งสองข้างขยับได้ปกติสามารถตักอาหารรับประทานเองได้ส่วนขา2ข้างยังไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เนื่องจาก ผู้ป่วย On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน (ครบวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566)

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วย มีกระดูกหักที่ขาขวาแพทย์ให้ On Short leg slab ที่ขาขวา 1 เดือน มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน สิ่งที่ทำไม่ได้ คือ การเคลื่อนย้ายตัวภายในบ้าน การเตรียมอาหารสิ่งที่ทำได้แต่จำเป็นต้องมีคนช่วย คือ ตักอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การเปลี่ยนแพมเพิสใส่ไว้ตลอด จำเป็นต้องมีคนช่วยมี และมีอาการปวดประเมิน pain score 3 คะแนน

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน การบริหารร่างกายบนเตียงในท่าออกกำลังกายที่เหมาะสม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน

2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปเดินได้อีกครั้ง

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการใส่เฝือก On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน

2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมีการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจรักษาทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังมีข้อจำกัดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนเพราะกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยออกกำลังกายนี้หัวเท้าและข้อเท้าข้างที่ On Short leg slab ขาขวา เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดีและป้องกันข้อติดแข็ง

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ การทำความสะอาดร่างกายการรับประทานอาหาร การลูกนั่ง การออกกำลังกาย

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand: TSCD) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ญาติจัดเตรียมมาให้บริเวณที่โตะวางจานข้าว ใกล้ๆเตียงสามารถดื่มน้ำได้ อาหารธรรมดา รสจัดผู้ป่วยเติมน้ำปลาเองเป็นบางครั้ง ระหว่างมื้อ รับประทานขนมและผลไม้บ้างบางครั้ง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน การดื่มน้ำในช่วงวันมีการแบ่งช่วงเวลาในการดื่มน้ำ ช่วงเช้า ถึงเย็น ดื่ม 6-8 แก้ว และดื่ม 1 แก้วในช่วงก่อนนอน

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง เมื่อไอจาม มีปัสสาวะเล็ดใส่แพมเพิส ไว้ตลอดเปลี่ยน วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในการกลั้นปัสสาวะ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน: คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยกระดูกหักที่ขาขวา มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้บางส่วน ได้แก่ ตักอาหารเองได้ แต่ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองโดยผู้ดูแลเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ลูกนั่งได้แต่ต้องมีญาติช่วยพยุงนั่ง การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านไม่ได้ การทำความสะอาดร่างกายต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ การสวมใส่เสื้อผ้าสวมเสื้อได้ แต่ผู้ดูแลช่วยใส่กางเกงให้ กลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง พักผ่อนเพียงพอ ไม่มีปัญหาการนอนหลับ นอนเวลา 22.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.30 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยขาดสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองสูง ไม่สูงลิ้งกับเพื่อนบ้าน ชอบอยู่คนเดียว มีความรับผิดชอบสูงไม่ชอบขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น วันนี้เพื่อนบ้านมาหาผู้ป่วยขณะที่พยาบาลมาเยี่ยมโดยเพื่อนบ้านมาหาที่บ้านเป็นประจำ ผู้ป่วย มีน้ำใจ แบ่งปันสิ่งของ รวมทั้งผลไม้ที่ปลูกไว้แบ่งให้กับเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ ต้องให้บุตรชายอยู่เป็นเพื่อนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

สรุป : ผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ขาข้างขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มใส่ Short leg slab มี อาการปวด 3 คะแนน

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL 8 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหวีผมต้องการความช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1)

- ผู้ดูแลสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น มีความวิตกกังวลช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

- ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น ขนาด 2.5 * 1.5*0.2 เซนติเมตร

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตไม่เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุน กระบวนการของชีวิต

ข้อมูล : ในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาอย่างเหมาะสม ได้เข้าเรียนรับ การศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชา สมาย์จนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ปัจจุบันสามีเสียชีวิตสถานภาพสมรสหม้าย ได้รับการสงเคราะห์เบี้ย คนพิการ ไม่มีหนี้สินมีเงินเหลือเก็บจากมรดกบิดามารดาสามารถส่งเสียบุตรเรียนหนังสือได้ระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยมีความภูมิใจในชีวิตมาก

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่อง ความต้องการระดับการพัฒนาการตามวัย

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ข้อมูล : ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการปรับตัวการนอนบนเตียงที่จัดหามาใหม่โดยต้องนอน นิ่งบนเตียงเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร่องในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีภาวะกระดูกหักที่ขาขวาที่ข้อล่างบริเวณหน้าแข้ง ต้องนอนนิ่งบนเตียงเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สรุป : ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใส่เฝือกที่ขาขวา สามารถใช้ walker นั่งข้าง เตียงได้ แต่ยังไม่สามารถเดินได้ พยาบาลชุมชนได้ให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ และติดตามเยี่ยมที่บ้าน

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยมี สีนหน้ามีความวิตกกังวลกลัวเป็นภาระญาติ ทราบว่ากระดูกหักขา ขวาบริเวณหน้าแข้ง แต่ยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีอาการปวดขาขวาที่ข้อ ล่างบริเวณหน้าแข้ง

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับรู้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีอาการปวดที่ขาขวาบริเวณหน้าแข้ง มีความวิตกกังวล

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่มีกระดูกหักอีกครั้งเพราะคิดว่าเป็นจากการไม่ระวังในการเดิน กลัวเดินไม่ได้และเป็นภาระบุตรชาย

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมกลัวเดินไม่ได้และเป็นภาระบุตรชาย

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหัก มีภาวะพึ่งพา ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

สรุป : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

ขั้นตอนที่ 2 ชี้แจงแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ขาขวาบริเวณหน้าแข้ง ปัญหายังคงมีอยู่ยังมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL 8 คะแนน แผนการพยาบาลคงเดิม มีการพยาบาลเพิ่มเติม ดังนี้

กิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติม

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ทุกครั้งเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย
2. แนะนำ สาธิต ทบทวน ผู้ป่วยและญาติการช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายโดยการเช็ดตัวเข้าและเย็น และช่วยสวมเสื้อผ้า จัดของใช้ที่จำเป็นต้องใช้ประจำมาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เช่น แก้วน้ำ ช้อน เป็นต้น
3. แนะนำ สาธิต ผู้ป่วยให้ออกกำลังกายบนเตียงให้แข็งแรง ออกกำลังกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง เพราะกล้ามเนื้อส่วนนี้ เป็นหลักในการทรงตัว ยึดเหยียดกล้ามเนื้อได้ทั้งท่านอนและท่านั่ง ให้สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

ท่าที่ 1 นอนหงาย ใช้หมอน หรือม้วนผ้าขนหนูวางใต้เข่าเกร็งสะบ้าเหยียดเข่าตึงค้างไว้ นับ 1-10 แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง 5-10 ครั้ง ทำวันละ 2-4 รอบท่านี้นี้เป็นท่าพื้นฐาน

ท่าที่ 2 นอนหงาย พยายามเหยียดเข่าตรง โดยการเกร็งลูกสะบ้า นับ 1-10 หรือท่าที่ทำได้ในรายที่มีปัญหาข้อเหยียดไม่สุด ให้ใช้ถุงทรายถ่วงที่ข้อเข่าซ้าย

ท่าที่ 3 นอนหงาย กระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างนับ 1-10 หรือท่าที่ทำได้ แล้วกระดกข้อเท้าลง นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่งทำวันละ 2-4 รอบ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ การกลั้นปัสสาวะ
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ดีขึ้น มีภาวะพึ่งพาลดลง คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน สิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มเติมได้แก่ การดื่อกาแฟได้ การล้างหน้าหิวผม สามารถนั่งได้ การเคลื่อนไหวที่ภายในบ้าน การสวมเสื้อผ้า การกลั้นอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะได้

3. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายบนเตียงได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวา ท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ปัญหายังคงมีอยู่ อาการปวดลดลงประเมิน pain score 3 คะแนน : ความเจ็บปวดเล็กน้อย แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ ปัญหาหมดไปผู้ป่วยให้ความร่วมมือ สิ้นหน้าเรียบเฉย ประเมิน 9Q เท่ากับ 6 : ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ได้แก่

จากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 พบว่าบทบาทของพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ได้แก่ พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง มีแผลกดทับ มีความวิตกกังวลกลัวเป็นภาระญาติ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) พบว่าบทบาทพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังรายนี้ เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการ การดูแลตนเองบางส่วนและการกระทำการดูแลตนเองผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำตามปัญหา และสนับสนุนจากพยาบาล การให้ความรู้ฝึกทักษะ จะต้องรวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลกับผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเยี่ยมครั้งที่ 2 เพิ่มเติมข้อวินิจฉัยข้อที่ 6 ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
6	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

TSCD คงไว้ซึ่งความปลอดภัยและมีการป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำอันตรายต่อชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และมีความเป็นอยู่ที่ดี

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุเคยมีประวัติหกล้มซ้ำ 4 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
2. ผู้ป่วย กระดูกหักที่ขาขวาตอนล่างบริเวณหน้าแข้งใส่เฝือก On Short slab
3. ผู้ป่วยสูงอายุมีความพิการ ที่นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้า 2 ข้าง
4. ผู้ป่วยสูงอายุ มองไม่ชัด ตาพร่ามัว ทั้ง 2 ข้าง V/A 1/60
5. ผู้ป่วยสูงอายุใช้ยามากกว่า 5 ชนิด ได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวานทั้งยาฉีด NPH 16U SC ac เย็น และยาทาน Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ASA(81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ยา Simvastatin(10) วันละครั้ง ก่อนนอน ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ยา Tramadol 1 เม็ด prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง
6. ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อขาขวาขาขวาเกรด 4 ขาขวาสามารถยกได้แต่ต้านแรงที่กดได้น้อยกว่าปกติ เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566
7. ผู้ป่วยกลัวการหกล้มซ้ำ เท่ากับ 11 คะแนน : ระดับปานกลาง
8. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 55 คะแนน มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมิน ป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ
2. ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้
2. คะแนนความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มลดลง น้อยกว่า 55 คะแนน
3. คะแนนการกลัวการหกล้มลดลง น้อยกว่า 11 คะแนน
4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การกลัวภาวะหกล้ม พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อวางแผนการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยใช้คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะหกล้มและการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ
 3. การสอนสาธิตผู้ป่วย ร่วมกันการฝึกวิธีการฝึกการทรงตัว ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังใส่เฝือก แนะนำให้ผู้ป่วยการออกกำลังกายบนเตียง ในท่านอน โดยออกกำลังกายอย่างง่ายทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง ตามความสะดวกของผู้ป่วย เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อมือและขา เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้
 - 3.1 ทำฟ่อนคลายฝ่ามือทำฟ่อนคลายฝ่ามือ ใช้มือจับนิ้วทั้ง 4 นิ้ว ได้แก่ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย จากนั้นเหยียดให้ตรงและใช้มืออีกข้างกลางนิ้วโป้งของผู้ป่วยออก นับ 1-20 ทำนี้ช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อฝ่ามือและทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น
 - 3.2 ทำกางนิ้วกางนิ้วมือแต่ละนิ้วออกนับ 1-20 ทำให้ครบทุกนิ้วและทำทั้ง 2 ข้าง ทั้งนิ้วมือข้างซ้ายและนิ้วมือข้างขวา ถ้านี้ไม่ยากเลยแต่เน้นความสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของมือ ป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและข้อต่อ
 - 3.3 ทำวาดแขนออกด้านข้างใช้มือจับที่ข้อศอกและข้อมือ หลังจากนั้นหมุนไปเหนือศีรษะค้างไว้ 20 วินาที และหมุนแขนลงถ้านี้ช่วยบริหารหัวไหล่ ให้ทำแบบเดียวกันไปทางด้านซ้าย ทำซ้ำกัน 10 ครั้ง

3.4 ทำกำมือและแบมือนอนหงายกำมือและแบมือ ข้อมือและนิ้วมือโดยทำซ้ำ 20 รอบ ทั้งมือด้านซ้ายและด้านขวา

3.5 จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง การออกกำลังกายโดยการกระดิกนิ้วเท้าข้างขวาที่ใส่ฝือกไว้ พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อ ค้างไว้ นับ 1-5 แล้วจึงค่อยๆคลายกล้ามเนื้อนิ้วเท้า

3.6 การออกกำลังกายบนเตียงขา และ เท้าข้างซ้ายที่ปกติ สามารถทำได้ โดยการ ยกขาซ้าย ทำท่าปั่นจักรยานบนอากาศ ให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ทำ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น ทำวันละหลายๆ ครั้ง เท้าที่ผู้ป่วยต้องการ

3.7 จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง ใช้ผ้าขาวม้า พันรอบปลายเท้าข้างซ้ายที่ปกติ มือทั้ง 2 ข้างจับ ปลายผ้าแล้วจึงค่อยงอเท้าเข้าหาลำตัวให้มากที่สุด ค้างไว้ นับ 1-5 แล้วค่อยๆคลายตัวปลายเท้าให้อยู่ในท่า เริ่มต้น ทำซ้ำ 10 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง เท้าที่ผู้ป่วยต้องการ

3.8 จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง หมุนข้อเท้าข้างซ้ายที่ปกติ ให้เริ่มต้นหมุนไปตามเข็มนาฬิกา ให้ทำซ้ำ 20-30 ครั้ง แล้วจึงเปลี่ยนทิศทางการหมุนข้อเท้าเป็นทวนเข็มนาฬิกา ทำทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง หรือทำบ่อยๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ส่วนข้างขวาที่ใส่ฝือกผู้ป่วยทำท่าหมุนข้อเท้าขวา ค่อยๆหมุนเท่าที่ทำได้

4. แนะนำญาติในเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากการหกล้มซ้ำ ได้แก่

4.1 ห้ามวางสิ่งกีดขวางทางเดินไม่ให้มี ผ้าเช็ดเท้า สายไฟ

4.2 เปิดไฟให้สว่างเพียงพอทั้งบริเวณเตียง ทางเดินและในห้องน้ำ

4.3 การจัดหาติดยางกันลื่นในส่วนของที่อาบน้ำ

4.4 การจัดหาเก้าอี้ที่นั่งที่มีความสูงพอเหมาะกับสรีระผู้ป่วย

4.5 จัดให้มีอุปกรณ์กระดิงไว้ที่ห้องน้ำ เตียงผู้ป่วยสามารถให้ผู้ป่วยใช้เรียกญาติผู้ดูแลได้ตลอดเวลา

5. ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเพื่อเพิ่มกล้ามเนื้อ จากข้อมูล ผู้ป่วยสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ในแต่ละมื้อ ควรรับประทานเนื้อสัตว์ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ดังนั้นในหนึ่งวันควรรับประทานเนื้อสัตว์ 9 ซ่อนโต๊ะต่อวัน

6. ให้คำแนะนำการสังเกต ฝ้าระว่างการใช้ยา และผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยใช้ยา มากกว่า 5 ชนิด ขึ้นไปหากผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ มึนงง เหนื่อยล้า ง่วงนอนบ่อย ตาพร่ามัว หากมีอาการให้มีการจดบันทึก เพื่อประเมินความเสี่ยงการใช้ยา แจ้งให้แพทย์ทราบ ยาที่ผู้ป่วยใช้ ต้องฝ้าระวังได้แก่

6.1 ยาฉีด NPH 16U SC ac เย็น ผลข้างเคียงที่ฝ้าระวัง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ มีอาการเหนื่อย อ่อนแรง

6.2 ยา Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ผลข้างเคียงที่ฝ้าระวัง ได้แก่ มีอาการเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว มึนงง ปวดศีรษะ

6.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด Aspirin(81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ผลข้างเคียงที่ฝ้าระวัง ได้แก่ ปวดศีรษะ ง่วงซึม รู้สึกสับสน

6.4 ยา Simvastatin(10) วันละครั้ง ก่อนนอน ผลข้างเคียงที่ฝ้าระวัง ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจตื้น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ

6.5 ยา Norgesic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ผลข้างเคียงที่ฝ้าระวัง ได้แก่ มองเห็นภาพไม่ชัด มึนงง ง่วงซึม

6.6 ยา Tramadol 1 เม็ด prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่ฝ้าระวัง ได้แก่ ง่วงซึม วิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ

7. ประสาน อสม. เพื่อการวางแผนร่วมกันในการช่วยเฝ้าระวังหกล้มซ้ำ การให้การช่วยเหลือติดตาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ การสำรวจสิ่งของที่เป็นอันตรายในบ้าน และรอบๆบ้าน การจัดวางและการใช้เครื่องเรือนที่เหมาะสม การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสิ่งแวดล้อมประจำทุกเดือนเป็นการช่วยกำกับติดตามการลดความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้ถูกต้อง
2. คะแนนประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ลดลง ผล เท่ากับ 51 คะแนน
3. คะแนนการกลั้วการหกล้มลดลง ผลเท่ากับ 8 คะแนน
4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม

การติดตาม กรณีศึกษา ที่ 1 ครั้งที่ 3 (วันที่ 3 มีนาคม 2566 10.00 น) ที่บ้าน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิง อายุ 77 ปี สิ้นหายใจเฉย นั่งบนเตียงที่บ้าน ถอด slab ที่ขาขวา ออกตั้งแต่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน เคลื่อนย้ายตัวภายในบ้านโดยใช้ Walker กลั้วการหกล้มเล็กน้อย พูดคุยโต้ตอบได้ หูตึงทั้ง 2 ข้าง ญาติแจ้งว่าเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยไปฉีดยาเบาหวาน ที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ พยาบาลได้เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ 74 mg% จึงไม่ได้ฉีดยาวันนี้ไม่มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะทุเลาลง

ตรวจร่างกาย พบตาพร่ามัว ตามองเห็นไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง หูตึง มีความพิการมือนิ้วมือและนิ้วเท้า ผิดรูปทั้ง 2 ข้าง นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง มีหนังหนา รับประทานอาหารได้เองได้ 1/2 ถ้วย 2 มื้อ ชอบทานอาหารรสจืด ชอบทานขนมหวาน กลืนปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง กลืนอุจจาระได้ ใส่แอมเพรสช่วงกลางคืน สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท มีแผลกดทับบริเวณก้น ขนาด 2 * 1*0.1 เซนติเมตร

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ADL เท่ากับ 10 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 9-11 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหัวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

- ประเมินกลั้วการหกล้มฉบับสั้น ผล 8 คะแนน การกลั้วการหกล้มเล็กน้อย

- ประเมิน pain score เท่ากับ 1 คะแนน

- ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน มีความเสี่ยงสูง

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัตินำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception) : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สิ้นหายใจขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การได้กลิ่นและ

การรับรสปกติ สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองป่วย เคยมีภาวะกระดูกหักขาขวา บริเวณหน้าแข้ง มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้มซ้ำ

1.2 ความจำ (Memory) : ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น บอกถึงอาหารที่รับประทานมื้อต่างๆ ในระหว่างวันได้ และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วนมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ประเมิน ADL เท่ากับ 10 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวต้องการความช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืน อุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1) มีภาวะพึ่งพา ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) : ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าตนเองป่วยเคยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง หลังถอดเฝือกที่ ขาขวา และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปี และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นาน 1 ปี ตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest): ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจ ทุกครั้งที่มีการสนทนา

1.6 ความตระหนักในสถานะของตนเอง (Self Awareness): ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมี ภาวะกระดูกหักขาข้างขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้ม 4 ครั้ง ในรอบปีที่ผ่านมา ถอดเฝือกออกไปทำกายภาพ ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัดได้ต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เริ่มใช้ Walker ลงจากเตียงยืนได้ ยังไม่ก้าวเดิน กลัวการหกล้มปานกลาง และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance) : ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหัก ขาขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 กลัวการหกล้ม

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) : ผู้ป่วยมีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ทำกายภาพตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัดได้ต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) : ผู้ป่วยรู้สึกริक्तกังวลที่ต้องเป็นภาระของบุตรชาย มีความรับผิดชอบ ต่อครอบครัว มีรายได้จากเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อรัง

2. ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ประมาณ 10 ปี ก่อนในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานผู้ป่วยเอาใจใส่ดูแลตนเองดี สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5 ปี ต่อมาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรค รับประทานอาหารหวาน ผลไม้ ที่ชอบทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงปรับยาโรคเบาหวานให้ทั้ง ยารับประทานและยาชนิดฉีด

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกาย ใช้มือ 2 ข้างตักอาหารได้ ใช้เท้าข้างซ้ายขยับเปลี่ยนท่าทางได้

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ผู้ป่วย มีกระดูกหักที่ขาขวาภายหลังถอดเฝือก ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน สิ่งที่ได้ทำคือ ตักอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้ายตัว ลูกนั่งจากเตียงใช้ Walker ลูกยืนได้ก้าวเดินได้ การเตรียมอาหาร ทำได้แต่จำเป็นต้องมีคนช่วย คือ การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การเปลี่ยนแพมเพิสใส่ไว้ช่วงกลางคืน และมีอาการปวดเล็กน้อย ประเมิน pain score 1 คะแนน

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การตรวจตามนัด ติดตามอาการ การให้ความร่วมมือในการรักษานาน 1 เดือน ทำให้กระดูกสมานดีแพทย์จึงให้ถอดเฝือกออก เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน

2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ผู้ป่วยแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปเดินได้อีกครั้ง

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม หลังจากนั้นทำกายภาพตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัดได้ต่อเนื่อง

2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมีการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติในบางครั้งจะซื้อยาทานเอง หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังมีข้อจำกัดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนเพราะกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ภายหลังถอด slab ขาขวาออก ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ โดยการออกกำลังกายทุกวัน การใช้รองเท้าที่เหมาะสม

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การรับประทานยา

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand : TSCD) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางญาติจัดเตรียมมาให้บริเวณที่โต๊ะวางจานข้าวใกล้ๆ เพียงสามารถตักทานข้าวได้ อาหารธรรมดา รสจัดทุกครั้งผู้ป่วยเติมน้ำปลาเองเป็นบางครั้ง ระหว่างมื้อรับประทานขนมและผลไม้บ้างบางครั้ง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา บางวันไม่หิว

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ จาม ไม่มีปัสสาวะแสบขัด กลั้นอุจจาระได้ ใส่แอมเพิสในช่วงกลางคืน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกลั้นปัสสาวะบางครั้ง

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน : คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วย ตักอาหารเองได้ แต่ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟันได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ลูกนั่งได้ ใช้ห้องน้ำได้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านได้ การสวมใส่เสื้อผ้าสวมเสื้อได้ การอาบน้ำต้องมีญาติช่วย กลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ จาม พักผ่อนเพียงพอ อาการปวดขาขาดีขึ้น มีปวดขาขาเล็กน้อย นอนเวลา 22.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.30 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยขาดสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองสูง มีความรับผิดชอบสูง ผู้ป่วย มีน้ำใจ แบ่งปันสิ่งของให้เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ ต้องให้บุตรชายอยู่เป็นเพื่อนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

สรุป : ผู้ป่วยขาดความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยเคยมีกระดูกหักที่ขาข้างขวาตอนล่างบริเวณหน้าแข้ง ภายหลังถอด slab มีอาการปวด 1 คะแนน

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ADL 10 ได้แก่ ตักอาหารได้ (1) การล้างหน้าหวีผมต้องการความช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้(1) การใช้ห้องน้ำ(1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(1) การสวมใส่ผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(1) การกลั้นอุจจาระ(2) การกลั้นปัสสาวะ (1)

- ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น มีความวิตกกังวล ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

- ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น ขนาด 2 * 1*0.1 เซนติเมตร ขนาดแผลที่ก้นเล็กลง แผลดีขึ้น

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตไม่เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต

ข้อมูล : ในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาอย่างเหมาะสม ได้เข้าเรียนรับการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชา

สมาสัย จนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ปัจจุบันสามีเสียชีวิต สถานภาพสมรสหม้าย ได้รับการสงเคราะห์ เบี้ยคนพิการ ไม่มีหนี้สินมีเงินเหลือเก็บจากมรดกบิดามารดาสามารถส่งเสียบุตรเรียนหนังสือได้ระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยมีความภูมิใจในชีวิตมาก

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในเรื่อง ความต้องการระดับการพัฒนาการตามวัย

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ข้อมูล : ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการปรับตัวการนอนบนเตียงที่จัดหามาใหม่โดยต้องนอนนิ่งบนเตียงเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป: ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นภาวะกระดูกหักที่ขาขวาที่อนาล่งบริเวณหน้าแข้ง อยู่ในระหว่างฝึกการทรงตัว ใช้ walker ลุกยืนได้ยังไม่ยอมเดิน

สรุป : ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ภายหลังผู้ป่วยถอด slab เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2568 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ADL เท่ากับ 10 คะแนน ขาดความรู้ความเข้าใจการลดความเสี่ยงต่างๆในการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ โดยมีญาติเป็นผู้ให้การสนับสนุน กระตุ้นผู้ป่วยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

สรุป : ผู้ป่วยขาดความรู้ป้องกันหกล้มซ้ำ

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่ากระดูกหักขาขวาที่อนาล่งบริเวณหน้าแข้ง ขาดการเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการรับรู้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เฝือก

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้แล้วเดินไม่ได้และเป็นภาระบุตรชาย

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมแล้วเดินไม่ได้และเป็นภาระบุตรชาย

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหักมีภาวะฟัองขา ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใช้walker เพื่อฝึกการทรงตัว ลุกเดิน ยังไม่ยอมเดิน

สรุป : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเองฝึกการทรงตัว

ขั้นตอนที่ 2 ชี้แจงแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร่องในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัด การเคลื่อนไหว จากเดิมมีกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ภายหลังถอดเฝือกกระดูกสมานดีผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวภายในบ้านโดยใช้ walker ปัญหาหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวา ท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ปัญหานี้ยังคงอยู่อาการปวดลดลงประเมิน pain score 1 คะแนน : ความเจ็บปวด เล็กน้อย การพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น ปัญหายังคงมีอยู่ แผลดีขึ้น แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ ปัญหานี้หมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี ปัญหายังคงมีอยู่ และให้การพยาบาลตามแผนเดิม เพิ่มเติมการพยาบาล ดังนี้

กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม

1. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) การกลิ้งการหกล้ม พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วย และญาติรับทราบ เพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

2. สอน สาธิต ให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการประเมินกำลังกล้ามเนื้อเนื้อกล้ามเนื้อ แขน ลำตัว ในการหยิบจับสิ่งของ การจับด้ามwalker ภายหลังถอดเฝือก 2 สัปดาห์ จัดทำนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง เท้าทั้ง 2 ข้าง วางราบกับพื้น แล้วใช้ขวดน้ำใส่ถุงหิ้วแล้วคล้องหู้งในมือให้ผู้ป่วยถนัดผู้ป่วยที่มีน้ำเต็มขวดขนาดพอเหมาะกับมือผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ผู้ป่วยถนัดให้ปล่อยมือข้างลำตัว แล้วขอข้อศอกแบบหงายมือให้ชิดกับลำตัว จนสุดช่วงข้อและเหยียดกลับสู่ท่าเริ่มต้น ให้ผู้สูงอายุทำ 2 ครั้ง จับเวลา 30 วินาที แปลผลดังนี้

2.1 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรงมาก ทำได้ มากกว่า 11 ครั้ง

2.2 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรง ทำได้ 11 ครั้ง

2.3 กำลังกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงมีความเสี่ยงในการหยิบจับสิ่งของ ทำได้ น้อยกว่า 11 ครั้ง

3. สอน สาธิต ให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการประเมินกำลังเนื้อร่างกายส่วนล่างภายหลังถอดเฝือก 2 สัปดาห์ เดินเข้าห้องน้ำใช้ Walker จัดทำนั่งบนเก้าอี้ ไม่พนักพิง เท้าทั้ง 2 ข้าง วางราบกับพื้น ประสานมือทั้ง 2 ข้าง ไว้ที่อกให้ผู้ป่วยลุกยืนตรงและนั่งเก้าอี้ นับเป็น 1 ครั้ง ให้จับเวลา 30 วินาที

3.1 กล้ามเนื้อขาแข็งแรงมาก ไม่มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้ มากกว่า 8 ครั้ง

3.2 กล้ามเนื้อขาแข็งแรง มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้ 8 ครั้ง

3.3 กล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้น้อยกว่า 8 ครั้ง

4. การสอนสาธิตผู้ป่วย ร่วมกันการฝึกวิธีการฝึกการทรงตัวโดยออกกำลังกายอย่างง่าย ทุกวัน วันละ 1-2 ครั้งตามความสะดวกของผู้ป่วย ภายหลังถอดเฝือก 15 วันผู้ป่วยเคลื่อนที่ภายในบ้านใช้ Walker

ในการเสริมสร้างเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและขา เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ เพิ่มความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อและข้อเท้า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้กล้ามเนื้อและข้อเท้าแข็งแรงขึ้น และลดความเสี่ยงในการหกล้มทำบริหารความแข็งแรงและทรงตัว ดังนี้

- ทำบริหารข้อเท้า:นั่งบนเก้าอี้ ยกขาขาขึ้น กระดกปลายเท้าเข้าหาตัวแล้วกระดกปลายเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง จากนั้นทำซ้ำกับขาซ้าย

- ทำบริหารลำตัว : ยืนตรง มือเท้าเอว ค่อยๆ บิดลำตัวช่วงบนไปด้านขวาเท่าที่ทำได้ โดยไม่บิดสะโพก จากนั้นบิดไปด้านซ้าย ทำซ้ำ 10 ครั้ง

การประเมินผล

1. ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มลดลง คะแนน 50 คะแนน เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง
2. การกัลการหกล้มลดลง ผล 7 คะแนน : มีความกลัวการหกล้มระดับน้อย
3. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ได้แก่

จากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 พบว่าบทบาทของพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังรายนี้ กระดูกหักที่ขาขวา ท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง จึงทำให้มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว จากการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การดูแลความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เรียนรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 การสร้างความเข้าใจภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ให้เกิดการพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสมไม่เกิดอาการผิดปกติจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะต้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้ว ยังต้องคอยกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองดีขึ้น

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 3 เพิ่มเติมข้อวินิจฉัยข้อที่ 7 ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
7	ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

TSCD 7 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อย่อยที่ 7 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย สอบถาม“การเป็นโรคไต ระยะที่ 3 ต้องปฏิบัติตนอย่างไร”
2. ตรวจพบ ค่า eGFR เท่ากับ 56.10ml/min/1.73² วันที่ 16 มกราคม 2566

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 และอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจรักษาก่อนวันนัด

2. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ร่วมกัน

3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติตนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้

3.1 จัดเตรียมอาหาร ประเภทโปรตีน ประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยน้ำหนัก 55 กิโลกรัม สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ 55 กรัม เท่ากับ 6-7 ช้อนโต๊ะ ต่อวัน รับประทานอาหารที่มีโปรตีนในแต่ละมื้อควรแบ่งรับประทานทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรทานโปรตีนในมื้อเดียวดังนี้ การเลือกโปรตีนควรเน้นอาหารที่มีโปรตีนย่อยง่าย เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา เป็นต้น สามารถใช้เนื้อสัตว์สลับกับไข่ขาวในสัดส่วน 1 ต่อ 1 เช่น ไข่ขาว 2 ฟอง เท่ากับ เนื้อสัตว์ 2 ช้อนโต๊ะ

3.2 การดื่มน้ำในแต่ละวัน ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อช่วยให้ไตขับของเสียประมาณ 1.5 ถึง 2 ลิตร หรือประมาณ 6-8 แก้ว

3.3 สังเกตอาการผิดปกติ หากพบว่ามีอาการ ผิดปกติต่างๆ ให้พบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีอาการ บวม กดบวม ตามร่างกาย เช่น หน้า เท้า เบื้องอกตา เป็นต้น ปัสสาวะเป็นฟอง หรือสีผิดปกติ ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย ซีด คันตามร่างกาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หากมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ปัสสาวะลดลงมาก หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วผิดปกติ ชัก หหมดสติ ให้รีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

3.4 การจัดเตรียมยาโรคประจำตัวให้กับผู้ป่วยได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาไขมัน ให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง เช่น ความดันโลหิต ควรอยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 mmHg หรือ โรคเบาหวาน ควรให้ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 70-110 mg/dL หรือน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HBA1c) น้อยกว่า 6.5-7.0

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้

4.1 ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูปทุกชนิด ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก หมูยอ และเนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ เนย น้ำมันมะพร้าว และไข่แดง เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง ธัญพืชต่างๆ ปูม้า ปลาซาติน ปลาไส้ตัน น้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องในสัตว์

4.2 ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยาชุด ยาแก้ปวดเมื่อยที่ไม่มีทะเบียนยา สมุนไพร อาหารเสริมที่ไม่ได้มาตรฐาน การใช้ยาชนิดต่างต้องอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามและปฏิบัติตนเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง

การติดตามกรณีศึกษา ที่ 1 ครั้งที่ 4 (วันที่ 1 เมษายน 2566 10.00 น) และยุติการดูแล ที่บ้าน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิง อายุ 77 ปี นั่งอยู่บนเตียง สีหน้าสดชื่น มีความพิการมือและเท้า ผิดรูป 2 ข้าง นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างมีหนังหนานั่งอยู่บนเตียง หูตึงทั้ง 2 ข้าง พูดคุยโต้ตอบได้โดยใช้เสียงดัง ช่วยเหลือตัวเองได้ เดินเคลื่อนที่ภายในบ้านได้ โดยใช้ walker บ่นกลัวหกล้ม เล็กน้อย ตาพร่ามัว ตามองเห็นไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง กลั้นอุจจาระได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง ใส่แพมเพิส ช่วงเวลากลางคืน แผลกดทับที่ก้นใกล้หยาขนาด 0.5*0.5*0.2 เซนติเมตร

สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.5 องศาเซลเซียสอัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 72 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 130/60 มิลลิเมตรปรอท

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ADL เท่ากับ 10 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 9-11 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้(1) การใช้ห้องน้ำ(1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ(1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1)

- ประเมินกลัวการหกล้ม ผล 8 คะแนน : มีความกลัวหกล้มระดับน้อย

- ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception) : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การได้กลั้นและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองป่วยเคยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้มซ้ำ

1.2 ความจำ (Memory): ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น บอกถึงอาหารที่รับประทานมื้อต่างๆ ในระหว่างวันได้ และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้ จากกระดูกหักที่ขาขวาตอนล่างบริเวณหน้าแข้ง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วน ประเมิน ADL เท่ากับ 10 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลง

บันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1) โดยผู้ป่วยลุกจากเตียงนอนไปยังเก้าอี้เดิน Walker ได้ การใช้ห้องน้ำ ใช้แปรงฟันเฉพาะเวลากลางคืนเท่านั้น ให้ญาติช่วยเหลือ การกลั้นปัสสาวะ ไม่ได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ด เมื่อไอ จาม

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition): ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าตนเองป่วยเคยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง หลังถอดเฝือกที่ขาขวา และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานนาน 10 ปี และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นาน 1 ปี ตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest): ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนา

1.6 ความตระหนักในสภาวะของตนเอง (Self Awareness): ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา ถอดเฝือกออกไปทำกายภาพตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 2 ครั้งเริ่มใช้ Walker ลงจากเตียงยืนได้ กลัวการหกล้มเล็กน้อย สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้ และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance) : ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยเคยมีภาวะกระดูกหักขาขวาบริเวณหน้าแข้ง จากการหกล้มครั้งที่ 4 ในรอบปีที่ผ่านมา การทรงตัวไม่ดี นั่งเอง ลงเตียงได้เอง ลุกเดินโดยใช้ walker ไปห้องน้ำ และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 สามารถเปลี่ยนมารับประทานอาหารสัจตามคำแนะนำของพยาบาลชุมชน กลัวการหกล้มเล็กน้อย

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) : ผู้ป่วยมีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจาก ลุกเดินเข้าห้องน้ำ โดยใช้ Walker

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) : ผู้ป่วยรู้สึกริวกังวลที่ต้องเป็นภาระของบุตรชาย มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีรายได้จากเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อรัง

2. ความสามารถในการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ประมาณ 10 ปีก่อนในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานผู้ป่วยเอาใจใส่ดูแลตนเองดี สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5 ปี ต่อมาผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรค รับประทานอาหารหวาน ผลไม้ที่ชอบทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงปรับยาโรคเบาหวานให้ทั้งยารับประทานและยาชนิดฉีด

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกาย ลุกเข้าห้องน้ำได้โดยใช้ Walker

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ภายหลังถอดเฝือก ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน สิ่งที่ทำได้ คือ การเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงลงมาใช้ Walker นั่งกับเก้าอี้ใกล้ๆเตียง ก้าวเดินไปเข้าห้องน้ำได้ การทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า ตักอาหารได้ การล้างหน้า แปรงฟัน สิ่งที่ไม่ได้ คือ ได้การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การเตรียมอาหาร สิ่งที่ทำได้แต่จำเป็นต้องมีคนช่วยช่วงเวลากลางคืน

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การตรวจตามนัดติดตามอาการ การให้ความร่วมมือในการใส่เฝือก รักษานาน 1 เดือน ทำให้กระดูกสมานดีแพทย์จึงให้ถอดเฝือกออก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ลูกเข้าห้องน้ำได้โดยใช้ Walker

2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปเดินได้อีกครั้ง

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม หลังจากนั้นทำกายภาพตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัดได้ต่อเนื่อง

2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมีการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติในบางครั้งจะซื้อยาทานเอง หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังมีข้อจำกัดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนเพราะกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ภายหลังถอด slab ขาขวาออก ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อฝ่อ โดยการออกกำลังกายทุกวัน การใส่รองเท้าที่เหมาะสม

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การรับประทานยา

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand: TSCD) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางญาติจัดเตรียมมาให้บริเวณที่โต๊ะวางจานข้าวใกล้ๆ เพียงสามารถตักทานข้าวได้ อาหารธรรมดารสจืดทุกครั้งผู้ป่วยเติมน้ำปลาเองเป็นบางครั้ง ระหว่างมื้อรับประทานขนมและผลไม้บ้างบางครั้ง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และ ระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองได้บางครั้ง มีปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ จาม ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้ ลูกเดินโดยใช้ Walker เข้าห้องน้ำได้

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกลั้นปัสสาวะ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และพักผ่อน : คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้ แต่ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ลูกนั่งได้ ใช้ห้องน้ำได้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านได้ การสวมใส่เสื้อผ้า สวมเสื้อได้ การขึ้นลงบันได 1 ชั้นไม่ได้ การอาบน้ำต้องมีญาติช่วย กลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง พักผ่อนเพียงพอ นอนเวลา 22.00 น. ตื่นนอนเวลา 05.30 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยขาดสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองสูง ไม่สูงส่งกับเพื่อนบ้าน ชอบอยู่คนเดียว มีความรับผิดชอบสูงไม่ชอบขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น สามารถอยู่คนเดียวได้

สรุป : ผู้ป่วยมีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยมั่นใจในการเคลื่อนย้ายตัวเองไปห้องน้ำได้ มีความเสี่ยงภาวะหกล้มจากการทรงตัวไม่ดีต้องใช้ Walker เข้าห้องน้ำได้

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตเหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการ ของชีวิต

ข้อมูล : ในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาอย่างเหมาะสม ได้เข้าเรียนรับ การศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชา สมาย์จนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ปัจจุบันสามีเสียชีวิตสถานภาพสมรสหม้าย ได้รับการสงเคราะห์ เบี้ยคนพิการ ไม่มีหนี้สินมีเงินเหลือเก็บจากมรดกบิดามารดาสามารถส่งเสียบุตรเรียนหนังสือได้ระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยมีความภูมิใจในชีวิตมาก

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในเรื่อง ความต้องการระดับการพัฒนาการตามวัย

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัว ทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ข้อมูล : ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการปรับตัวอยู่ในระหว่างการฝึกการทรงตัวลุกเดินโดยใช้ Walker

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองเป็นภาวะกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง อยู่ในระหว่างฝึกการทรงตัว ใช้ walker ลุกยืนได้และเดินเข้าห้องน้ำได้

สรุป : ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ADL เท่ากับ 10 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวห้มต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืนอาหาร (2) การกลืนปัสสาวะ (1) ขาดความรู้ความเข้าใจการลดความเสี่ยงต่างๆ ในการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำโดยมีญาติเป็นผู้ให้การสนับสนุน กระตุ้นผู้ป่วยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

สรุป : ผู้ป่วยขาดความรู้ป้องกันหกล้มซ้ำ

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยทราบว่ากระดูกหักขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ขาดการเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถเดินโดยใช้ Walker เข้าห้องน้ำได้ มีความกลัวการหกล้มเล็กน้อย

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องการรับรู้และสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้มีกระดูกหักอีกครั้งต้องใช้ walker 4 ขา เข้าห้องน้ำ และใช้รถเข็นนั่งให้บุตรชายไปพบทำกายภาพบำบัด และการไปรับยาฉีดโรคเบาหวานประจำวัน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหัก มีภาวะพึ่งพาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใช้walker เพื่อฝึกการทรงตัว ลุกเดินเข้าห้องน้ำโดยใช้ Walker

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ต่อการดูแลตนเองขณะใช้ Walker

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นวางแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ภายหลังการรักษาตามแผนการรักษา การติดตามเยี่ยมให้ความรู้ การสอนสาธิต กระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านได้ เข้าห้องน้ำได้โดยใช้ walker กระดูกหักสมานดีดี ปัญหาหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง ปัญหานี้หมดไปไม่มีอาการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้น ปัญหายังคงมีอยู่ แผลดีขึ้น
แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ ปัญหานี้หมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี
ปัญหายังคงมีอยู่ และให้การพยาบาลตามแผนเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอ
ภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ปัญหานี้หมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไป
ลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD)
รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแล
ตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation
nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมา
ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง
ที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ได้แก่

จากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 พบว่าบทบาทของพยาบาลระบบ
ทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ในกรณีศึกษาเรื่องนี้ มีกระดุกหักที่ขาขวาท่อน
ล่างบริเวณหน้าแข้ง ทำให้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดีขึ้น มีการเยี่ยมบ้านดูแลติดตามต่อเนื่องพบว่า ADL
เท่ากับ 11 คะแนน ไม่มีอาการปวด มีความวิตกกังวลกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
(Universal Self-Care Requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลที่
จำเป็น ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพต่างๆเหล่านี้ พบว่าบทบาทพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative
Supportive Nursing System) พยาบาลชุมชนยังต้องคอยกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง
รายนี้คงไว้ซึ่งความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำพยายามในการดูแลตนเองดีขึ้น

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ครั้งที่ 4 เพิ่มเติมข้อวินิจฉัยข้อที่ 7 ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
8	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และ ระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

TSCD 8 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย บ่นกลัวการหกล้ม การทรงตัวไม่ดี ใช้ walker ในการเคลื่อนย้ายตัวภายในบ้าน
2. ประเมินกลัวการหกล้ม ผล 8 คะแนน : กลัวหกล้มเล็กน้อย
3. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของตนเอง
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม น้อยกว่า 8 คะแนน
4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) น้อยกว่า 51 คะแนน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่อ่อนโยนทุกครั้งเพื่อลดความกลัวภาวะหกล้มซ้ำ และจัดกิจกรรม Family meeting
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆ ให้ผู้ป่วยระบายนความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อความกลัวการหกล้มซ้ำเพื่อประเมินการ รับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถ การดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย
3. พยาบาลชุมชนประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ ความกลัวต่อภาวะหกล้ม ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
4. ให้ความรู้ และเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ถึงการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเอง ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองได้แก่ การมองเห็นไม่ชัดการทรงตัวไม่ดี ขาไม่มีแรง การใช้ Walker ที่ปลอดภัย การใช้ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการ ง่วงซึม ความกลัวการหกล้ม และการเคยมีประวัติหกล้ม มาก่อน ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน ได้แก่ สายไฟ ธรณีประตู การมีพื้นต่างระดับ การมีแสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอโดยเฉพาะทางเดิน โดยใช้ walker ไปห้องน้ำ

4.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การจัดบ้านให้เป็นระเบียบไม่ควรมีสิ่งกีดขวางทางเดินเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม การติดตั้งแผ่นกันลื่นในห้องอาบน้ำ และบริเวณอ่างล้างหน้า

4.3 ให้คำแนะนำการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

4.4 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ สังเกต เฝาระวัง การใช้ยาเกี่ยวกับภาวะหกล้มซ้ำ หากผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ มึนงง เดินโซเซ ง่วงนอนบ่อย ตาพร่ามัว หากมีอาการให้มีการจดบันทึก เพื่อประเมินความเสี่ยงการใช้ยา แจ้งให้แพทย์ทราบ ยาที่ต้องเฝาระวัง ได้แก่ ยาฉีด NPH 16U SC ac เย็น ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ มีอาการเหนื่อย อ่อนแรง ยาทาน Glipizide 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ได้แก่ มีอาการเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว มึนงง ปวดศีรษะยาต้านการแข็งตัวของเลือด Aspirin(81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ได้แก่ ปวดศีรษะ ง่วงซึม รู้สึกสับสน ยา Simvastatin(10) วันละครั้ง ก่อนนอน ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจตื้น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ

5. ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะหกล้ม โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายนี้ประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ แล้วสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

6. ส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุว่า การหกล้มและความกลัว การหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ การให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ แล้ววิเคราะห์เพื่อหาทางป้องกันและควบคุม การหกล้มและความกลัวการหกล้มร่วมกัน

7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของตนเอง มีความมั่นใจมากขึ้น
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม เท่ากับ 7 คะแนน : มีความกลัวการหกล้มระดับน้อย
4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 50 คะแนน : มีความเสี่ยงภาวะหกล้มระดับปานกลาง

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

สรุปกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศหญิง อายุ 77 ปี ผู้ป่วยหกล้มมีกระดูกหักเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566 ผลตรวจ X-Ray : Closed fracture right Tibia แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right Tibia Chronic Kidney disease Stage 3 Diabetes Mellitus type 2 Osteoarthritis fo the knee Pressure Ulcer on buttock รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ และให้พักขาขวา โดย Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 29 มกราคม 2566) และ On Short leg slab ขาขวานาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566) ในระหว่างพักรักษาตัวมีอาการปวดขาขวามากจึงใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีการประเมินอาการปวดซ้ำติดตามอาการอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้ รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ในวันที่ 19 มกราคม 2566 รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม 2566 ถึง 1 เมษายน 2566 ทั้งหมด 4 ครั้ง ตั้งแต่ การเข้ารับการรักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จนกระทั่งสามารถจำหน่ายจากการดูแล โดย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ ผลการดูแลพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาจึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังนี้

ระยะก่อนจำหน่าย

TSCD 1 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต: การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผลลัพธ์ จากเดิมที่พักอาศัยไม่เหมาะสม ได้แก่ เติงไม่มีราวกัน แสงสว่างไม่เพียงพอ การวางของที่พื้นไม่เป็นระเบียบ ภายหลัง ผู้ป่วยได้รับการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฝ้าระวังการหกล้มซ้ำระยะฟื้นฟู ได้แก่การปรับปรุงราวจับในห้องน้ำ จัดหาไม้กั้นเตียงการจัดระเบียบบ้านจัดหา Walker ในการช่วยพยุงการเดิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผลลัพธ์ จากเดิมผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำ มีการเฝ้าติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจากการจำหน่ายสู่ชุมชนในเรื่องการรับประทาน

เฉพาะอาหารเบาหวาน การบริหารกล้ามเนื้อแขนและขาซ้าย การรับประทานยาสม่ำเสมอ และอาการผิดปกติที่มาพบแพทย์

ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

TSCD 1 คงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหัก ขาขวาบริเวณหน้าแข้ง

ผลลัพธ์ จากผู้ป่วยมีข้อจำกัด Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ ถึงวันที่ 29 /1/66 และ On Short leg slab นาน 1 เดือน ถึงวันที่ 16/2/66 พบว่าการพยาบาลทดแทนบางส่วนและสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว เดินเข้าห้องน้ำได้โดยใช้ Walker กลั้นปัสสาวะได้ดีขึ้น ตามขีดจำกัดของผู้ป่วย จากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL= 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้(0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(0) การกลั้นอุจจาระ(2) การกลั้นปัสสาวะ (1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ADL=11 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้(1) การใช้ห้องน้ำ(1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(1) การกลั้นอุจจาระ(2) การกลั้นปัสสาวะ (2)

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะกระดูกหักขาขวาที่น่องบริเวณหน้าแข้งและการพักผ่อนได้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง

ผลลัพธ์ จากเดิมผู้ป่วยมีอาการปวดขาขวาท่อนล่าง ระดับคะแนนช่วง 4-5 คะแนน มีการประเมินอาการปวด แนะนำวิธีบรรเทาอาการ การบริหารจัดการให้ได้รับยาแก้ปวดอย่างถูกวิธี อาการปวดลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งไม่มีอาการปวดที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง หลังจากถอดเฝือก กระดูกสมานดี ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดที่กระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้งได้

TSCD 3 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะกระดูกหักขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้งและการพักผ่อนได้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้น

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้นจากเดิมความกว้าง ขนาดความยาว 3 cms. กว้าง 2 cms. และลึก 0.2 cms. มีการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง มีแผลดีขึ้นขนาดแผลเล็กลงใกล้หาย ขนาดความยาว 0.5 cms. กว้าง 0.5 cms. และลึก 0.1 cms. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลแผลกดทับ ไม่เกิดแผลกดทับตามร่างกายเพิ่ม

TSCD 4 ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลลัพธ์ มีการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง จำนวน 4 ครั้ง หลังให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติได้ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติจากน้ำตาลในเลือดผิดปกติ

TSCD 5 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 . ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ

ผลลัพธ์ จากเดิมมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ผลคะแนน เท่ากับ 12 คะแนน หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และประเมิน 9Q เท่ากับ 7: ภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย ภายหลังให้การพยาบาลอธิบายการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วม การดูแลตนเองร่วมกัน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือ ทำให้ ความวิตกกังวล เท่ากับ 6 คะแนน : มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย และประเมิน 9Q เท่ากับ 6 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า

TSCD 6 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยและมีการป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และมีความเป็นอยู่ที่ดี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี

ผลลัพธ์ จากเดิมมีความกลัวการหกล้ม ระดับปานกลาง มีการทรงตัวไม่ดี เมื่อพยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติการสอนสาธิต การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ การออกกำลังกล้ามเนื้อเพื่อให้การทรงตัวดีขึ้น พบว่าผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจได้รับการฝึกหัดเดินโดยใช้ Walker สามารถเดินได้ โดยมีญาติช่วยเฝ้าระวังทุกครั้ง มีความกลัวการหกล้มลดลง ระดับน้อย

TSCD 7 ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

ผลลัพธ์ จากเดิมความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระยะที่ 3 เมื่อพยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติการสอนสาธิต การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อ ชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 การให้คำแนะนำเพื่อการปรับพฤติกรรม การออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจ มีความรู้และมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

TSCD 8 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

ผลลัพธ์ จากเดิมผู้ป่วย มีกลัวการหกล้ม ผล 8 คะแนน : กลัวหกล้มเล็กน้อย มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม ภายหลังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยต่างๆ การให้ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อลดความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายนี้ประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ แล้วสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ทำให้ความวิตกกังวลต่อภาวะหกล้มซ้ำลดลงมีกลัวการหกล้ม ผล 7 คะแนน : กลัวหกล้มเล็กน้อย มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 50 คะแนน : มีความเสี่ยงปานกลางต่อภาวะหกล้ม

สรุป หลังจากพยาบาลได้ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 4 เดือน ปัญหาของผู้ป่วยทุเลาลง จนไม่เกิดปัญหา หรือ อันตรายผู้ศึกษาจึงยุติการดูแลวันที่ 1 เมษายน 2566 และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชนในการติดตามต่อเนื่องเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลของพยาบาลเยี่ยมบ้านต่อไป

กรณีศึกษา ที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศชาย อายุ 80 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรสคู่ การศึกษา ประถมศึกษา ภูมิลำเนา จังหวัดสมุทรปราการ มีญาติดูแลพักอาศัยในสถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย ผู้ป่วยมีความพิการที่มือทั้ง 2 ข้าง นิ้วมือหักงอ หดสั้น ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิทขนาด 1 เซ็นติเมตร ตัดขาดระดับใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง เมื่อ 30 มิถุนายน 2566 เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยเส้นโลหิตลงจากเตี๋ย อาการปวดต้นแขนขวา ยกหัวไหล่ไม่ขึ้น ญาตินำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย มีอาการประหม่นความปวดผล 6 คะแนน ตรวจ X-Ray : Closed fracture right humerus แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right humerus จึงให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 แพทย์ให้การรักษาเพื่อสังเกตอาการและให้พักแขนขวา โดย On U slab ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 28 กรกฎาคม 2568) งดใช้ขาเทียม 1 เดือน ในระหว่างพักรักษาตัวมีอาการปวดต้นแขนขวามากจึงใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีการประหม่นอาการปวดซ้ำติดตามอาการอาการดีขึ้น มีแผลเรื้อรังที่เข่าขวา ขนาด 2 * 1 * 0.2 เซ็นติเมตร แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้ อาการทุเลาลงรวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น เวลา 20 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2566

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น (First Diagnosis):

- Closed fracture right humerus
- Chronic Kidney disease state 3
- Diabetes Mellitus type 2
- Osteoarthritis of the knee
- Chronic Ulcer on right knee

การวินิจฉัยโรคสุดท้าย (Last Diagnosis) :

- Closed fracture right humerus
- Chronic Kidney disease stage 3
- Diabetes Mellitus type 2
- Osteoarthritis of the knee
- Chronic Ulcer on right knee

วันที่รับไว้ดูแล 18 กรกฎาคม 2566 (วางแผนจำหน่าย 19 กรกฎาคม 2568)

วันที่จำหน่ายจากความดูแล 8 กันยายน 2566

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

2.1.1 ภาวะสุขภาพ

ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยดังนี้

อาการสำคัญ

1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ 19 กรกฎาคม 2566

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

15 วันก่อน ก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีอาการปวดต้นแขนขวา ยกหัวไหล่ไม่ขึ้น ลื่นไถลลงจากเตียง ไม่สลับ ญาตินำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน สถาบันราชประชาสมาสัย ประเมินความปวดผล 6 คะแนน ตรวจ X-Ray : Closed fracture right humerus แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right humerus จึงให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 แพทย์ให้การรักษาโดยให้ พักแขนขวา โดย On U slab ไหล่ขวานาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 28 กรกฎาคม 2568) ร่วมกับให้ยาบรรเทาอาการปวด อาการทุเลาลง

1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหัก ที่ต้นแขนขวา แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:

58 ปีก่อน ผู้ป่วยมีผื่นนูนแดงที่ขึ้นที่แขน 2 ข้าง ลักษณะเป็นวงต่างขามีขอบชัดเจน ได้มาตรวจรักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย และ ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน รับประทานยารักษาปัจจุบันหายและไม่พบเชื้อโรคเรื้อน มีความพิการนิ้วมือ ทั้ง 2 ข้าง

20 ปีก่อน ผู้ป่วยถูกตัดขาระดับใต้เข่า ทั้ง 2 ข้าง ใส่ขาเทียม

15 ปีก่อน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

10 ปีก่อน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน รักษาด้วยยาต่อเนื่อง ที่ สถาบันราชประชาสมาสัย

5 ปีก่อนผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง รักษาด้วยยาต่อเนื่อง ที่ สถาบันราชประชาสมาสัย

12 เดือนก่อนผู้ป่วยเคยลื่นไถล ตกเตียงที่บ้าน มีฟกช้ำที่ต้นแขนขวาเล็กน้อย ไปตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ไม่มีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ได้มารับประทานอาการทุเลาลง

3 เดือน ก่อนผู้ป่วยเคยหกล้มหน้าห้องน้ำล้างมือบาดเจ็บเล็กน้อยที่แขนซ้าย ไปตรวจรักษา ที่สถาบันราชประชาสมาสัย ไม่มีกระดูกหักที่แขนซ้าย ได้มารับประทานอาการทุเลาลง

ประวัติการแพทย์และสารเคมี ปฏิเสธการแพทย์ อาหารและสารเคมี

2.1.2 ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว: ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 2 คนผู้หญิง 1 คน เสียชีวิตผู้ชาย 1 คน บิดามารดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรคชราทั้งคู่ ไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง น้องชายคนที่ 3 อายุ 65 ปี เสียชีวิต ผู้ป่วยแต่งงาน 2 ครั้ง ภรรยาเก่าเสียชีวิต ปัจจุบันอยู่กับภรรยาใหม่มีลูกติด 2 คน ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ห้องแพลตคนเดียว โดยภรรยา และบุตรบุญธรรม 2 คนจะอยู่ในห้องใกล้เคียงกัน

2.1.3 ประวัติส่วนตัวและแผนการดำเนินชีวิต: นิสัยส่วนตัวเป็นคนเรียบร้อย พูดไม่เก่ง ชอบฟังเพลง มีความรักต่อภรรยามาก มีหลายครั้งที่ภรรยาเยี่ยมเงินเพื่อนก็ได้ใช้เบี้ยเลี้ยงของตัวเองหักเพื่อใช้หนี้สินให้ นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ตื่นนอนประมาณ 05.30 – 06.30 น. ทุกวัน บุตรชายบุญธรรมและภรรยาเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล ชอบอาหารรสหวาน เค็ม รับประทาน อาหารได้ทุกชนิดรับประทานอาหารครบ 3 มื้อไม่ตรงเวลา ดื่มน้ำ วันละ 1-2 ลิตร จะดื่มน้ำเมื่อรู้สึกกระหาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วน ประเมิน ADL เท่ากับ 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหัวผมต้องการการช่วยเหลือ (0) ไม่สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (1)

2.1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ: ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ มีเพียงเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อนไม่มีเงินเหลือเก็บ

2.1.5 ความสัมพันธ์ในครอบครัว: สมาชิกในครอบครัวทั้ง 3 คนมีความเคารพ รักใคร่กันดี เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล ในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.1.6 สถานที่อยู่อาศัย : ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่เป็นบ้านของสวัสดิการสงเคราะห์ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรัง ลักษณะเป็นห้องพักในแฟลต 2 ชั้น 1 อยู่ในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย บริเวณห้องขนาดเล็กมีสิ่งของวางไว้มากมาย ห้อง ทำให้ขนาดห้องคับแคบมีวางของไว้เกลื่อนห้อง ผู้ป่วยนอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ห้องน้ำเป็นชักโครก พื้นบ้านเสมอกัน อากาศถ่ายเทสะดวกไม่แออัด

2.1.7 สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมในการดูแลตนเอง: อยู่ในแหล่งชุมชน ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสวดมนต์จากเคลื่อนย้ายลำบาก จะออกไปตรวจตามนัดโดยญาติจะเป็นผู้เข็นรถนั่งให้ ภรรยาและบุตรพาไปทำบุญบางครั้ง ช่วงสงกรานต์ที่ผ่านมาบุตร หลานมาไหว้รดน้ำคำหัว ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกดีใจ ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการให้การรักษาดูแล สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ป่วยครั้งนี้ได้ เชื่อว่าเกิดจากกรรม บุตรมีความกตัญญู

2.1.8 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว : บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย คือ ครอบครัว

2.1.9 การประเมินสภาพร่างกายตาม ระบบดังนี้

ตารางที่ 5 การซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบกรณีศึกษาครั้งที่ 2

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ทางชีวภาพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที ฟังได้ชัดเจน เต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาทีที่สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 120 / 60 มิลลิเมตรปรอท
สภาพร่างกาย	รูปร่างผอม ผิวคล้ำ สีหน้าอ่อนเพลียและวิตกกังวล
ศีรษะ ใบหน้า	รูปร่างศีรษะและใบหน้าที่สมมาตรกันทั้งสองข้าง เส้นผมร่วงเปราะบาง ผมหงอกขาว
ผิวหนัง	ผิวหนังแห้งคล้ำ เทียบเย็น มือ 2 ข้างพิการนิ้วมือหงิกงอ หดสั้น
ตา	ตาข้างซ้าย หลับไม่สนิท ขนาด 1 เซนติเมตร มีน้ำตาไหล ตาข้างขวาตา หลับสนิท ตาพร่ามัว VA1/60 ทั้ง 2 ข้าง การมองเห็นไม่ชัดเจน ไม่มีอาการระคายเคืองตา เปลือกตาล่าง 2 ข้างไม่ซีด
หู	หูตึง ใบหูสองข้างลักษณะปกติสมมาตรกันทั้งสองข้าง
จมูก	มีความสมมาตรกัน ปกติไม่พบเยื่อจมูกบวมแดง จมูกไม่ยุบ ไม่บิดเบี้ยว ไม่มีประวัติเป็นไซนัส
ปาก ฟัน	สีเหลืองเล็กน้อย สะอาด ฟันหน้าบน 1 ซี่ และฟันกัดด้านบนหัก 4 ซี่ ริมฝีปากแห้ง
ศีรษะ ใบหน้า คอ	รูปร่างศีรษะและใบหน้าที่สมมาตรกันทั้งสองข้าง การกลืนอาหารปกติ ไม่มี ก้อนที่คอโต ตรวจไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง
ปอด	หายใจได้ปกติ ไม่มีประวัติเป็นโรคปอด ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ เสียง หายใจปกติ การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก และใจสั่น อัตราการเต้นของหัวใจปกติ จังหวะ สม่ำเสมอ
ระบบทางเดินอาหาร	หน้าท้องอ่อนนุ่ม ไม่พบอาการกดเจ็บ คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต

การตรวจร่างกายระบบต่างๆ	ข้อมูลผลการตรวจ
ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก	มีความพิการที่มือ 2 ข้าง นิ้วมือหักงอ หดสั้น ต้นแขนขวา On U Slab บ่นปวดเวลาเคลื่อนไหว ตัดขา ระดับได้เข้า ทั้ง 2 ข้าง งดใช้ขาเทียม เดินไม่ได้เคลื่อนที่โดยใช้รถเข็นนั่งล้อเลื่อน
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	กลั้นปัสสาวะได้ ใช้กระบอกปัสสาวะได้ ไม่มีอาการแสบขัด กลั้นอุจจาระได้ปกติ
ด้านจิตใจและอารมณ์	ความรู้สึกตัวดี รับรู้เวลา สถานที่ สิ่งของ บุคคลได้ถูกต้องสีหน้าอ่อนเพลีย และวิตกกังวล เคยมีประวัติซึมเศร้าปานกลาง 9Q 15 คะแนน ความรู้สึก วิตกกังวล ท้อแท้ ไม่มีคุณค่าในตนเอง กลัวการหกล้มกลับเป็นซ้ำ รู้สึกปวดที่ต้นแขนขวา ปานกลาง ประเมิน pain score 4 คะแนน

การเปรียบเทียบทฤษฎีภาวะหกล้มซ้ำ กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	ภาวะหกล้มซ้ำ หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของท่าทางร่างกายที่เกิดขึ้น มีการล้มลงบนพื้นทุกชนิดรวมทั้งการตกเตียง ตกจากเปล หรือรถเข็นนั่ง โดยเกิดมากกว่า 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ - ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป - เพศหญิง มีโอกาสหกล้มบ่อยกว่าผู้ชาย - มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค - มีปัญหาการเดินและการทรงตัวบกพร่อง - มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ทางระบบประสาท ได้แก่ ตาพร่ามัว ผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน การรับรู้ตำแหน่งของร่างกายบกพร่อง - โรคเรื้อรังทางจิตใจ อารมณ์เศร้า - มีการใช้ยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ หรือ กินยาชนิดใดก็ได้ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป	ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะหกล้ม 3 ครั้ง ใน 1 ปีที่ผ่านมา - ผู้ป่วยสูงอายุวัย 80 ปี - ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 โรค โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และ โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรคเข้าเสื่อม - ผู้ป่วยกระดูกต้นแขนข้างขวา หัก ใส่เฝือก U slab มีความพิการตัดขา ระดับได้เข้าทั้ง 2 ข้าง งดใช้ขาเทียม 2 ข้าง - ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิท ขนาด 1 เซนติเมตร - เคยมีประวัติซึมเศร้า ระดับปานกลาง ประเมิน 9Q ผล 15 คะแนน เมื่อ 18/7/69 - ผู้ป่วยใช้ยาทั้งสิ้น 5 ชนิด ได้แก่ - Glipizide 1 tab oral bid ac - ASA (81) 1 tab oral OD เช้า

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	- กลัวการหกล้ม 2) ปังจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลง - สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นลื่น ไม่คุ้นเคยการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน - พฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย ได้แก่ การใช้ขาเทียมชำรุด	-Simvastatin (10) 1 tab oral OD ก่อนนอน -Norgesic 1 cap oral bid pc -paracetamol (500) 1 cap pm for pain ทุก 6 ชั่วโมง -ผู้ป่วยบ่นกลัวหกล้มซ้ำ -จากการสำรวจสภาพบ้าน ผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยที่บ้านได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ เติงไม่มีที่กั้น -ขาเทียมข้างขวาชำรุด
ผลกระทบของภาวะหกล้มซ้ำ	1. ด้านร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ดังนี้ 1.1 การบาดเจ็บทางร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ ได้แก่ อาการฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก มีแผลฉีกขาดกระดูกหัก 1.2 สมองได้รับการกระทบกระเทือนเลือดออกในสมอง 1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง 2. ด้านจิตใจ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของการหกล้มซ้ำจะเกิดความกลัว มีอาการวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกอับอาย เสียใจ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับบุตรหลาน และทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ	-ผู้ป่วยบาดเจ็บทางร่างกายได้แก่ Closed fracture right humerus และ On U slab -ผู้ป่วยรายนี้มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะพึ่งพา ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเคลื่อนย้ายตัวไม่ได้ การเตรียมอาหารไม่ได้ ไปอาบน้ำเองไม่ได้ -ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการหกล้มซ้ำ ผู้ป่วยรู้สึกว่ตนเองเป็นภาระให้กับบุตรชาย
การรักษาภาวะหกล้มซ้ำ	1. รักษาเบื้องต้น โดยไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินอาการบาดเจ็บ ให้การรักษาตามอาการ 2. การรักษาโดยการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการ หรือมีภาวะกระดูกหัก เข้ารับการใส่เฝือก หรือ การผ่าตัด	-ผู้ป่วย เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการใส่ U Slab

การเปรียบเทียบทฤษฎีโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 คือ ภาวะงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง นานเกิน 3 เดือน จนไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร สามารถตรวจพบความผิดปกติได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีวิทยาโดยอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตรม. มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยมีการแบ่ง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a : eGFR : 45-59: ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง ระยะที่ 3b : eGFR : 30-44: ลดลงปานกลางถึงมาก	-ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 พบว่า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีค่า eGFR 55.11 มล./นาที/1.73 ตรม.ในช่วง 3 เดือนติดต่อกัน
อาการและอาการแสดง	โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 มีอาการ และอาการแสดง ดังนี้ -การเปลี่ยนแปลงของการขับปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะน้อยลงในช่วงกลางวัน -มีอาการแสบร้อนเวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะขัดสะดุด หรือมีนิ่วปนออกมา - บวมบริเวณหน้า ท้อง หลังเท้า - ปวดบั้นเอวหรือด้านหลัง - มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มาจากสาเหตุอื่น -มีภาวะภาวะ โลหิตจาง หรือซีด -ผิวแห้ง มีอาการคัน -การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีจ้ำเลือดได้ง่าย -เส้นผมเปราะบาง และฉีก ขาดง่าย ผมร่วง	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 มีอาการ และอาการแสดง ผิวหนังแห้ง มีอาการคัน -ตรวจพบ Hematocrit 30 %
การรักษา	โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 คือ การรักษาตามสาเหตุ การชะลอการเสื่อมของไต รักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 1.การรักษาตามสาเหตุ ได้แก่ ปริมาณการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ การอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ 2.การชะลอไต เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ -การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ค่า HbA1C อยู่ในระดับ 7	ผู้ป่วยสูงอายุกรณีศึกษาได้รับการรักษาเพื่อชะลอไต และรักษาภาวะแทรกซ้อนของไตเรื้อรัง ได้แก่ -การได้รับยารักษา Glipizide (5)1*2 ac เข้า เย็น เพื่อรักษาโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C อยู่ในระดับ 7.6 -ผู้ป่วยชอบกินอาหารรสเค็ม -ผู้ป่วยได้รับยา Tramal(50) 1 Cap oral tid pc

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	-การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยการใช้ยาให้ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท -การจำกัดเกลือในอาหารลดปริมาณ ให้เหลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน (1 ช้อนชา) -การออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยไตเรื้อรัง -หลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต-ภาวะซีด -ขาดธาตุเหล็ก ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีอาการซีด ระดับ Hemoglobin ต่ำกว่า 13 กรัม/เดซิลิตรในผู้ชาย -ความผิดปกติของกระดูกด้านเมแทบอลิซึม ภาวะกระดูกพรุน	-ผู้ป่วยมีระดับ Hematocrit ร้อยละ 30 -ผู้ป่วยมีระดับ Hemoglobin ต่ำกว่า 11.6 กรัม/ เดซิลิตร -รักษาภาวะซีด -Folic acid 1tab OD -FBC 1 tab tid pc -Calcium Carbonate 1tab OD

การเปรียบเทียบทฤษฎีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุการเสื่อมของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จากการสูงอายุส่งผลให้ระดับอินซูลินลดลงไม่เพียงพอที่จะนำกลูโคสเข้าเซลล์ไม่เพียงพอในการยับยั้งกระบวนการผลิตอินซูลินที่ตับทำให้ร่างกายเพิ่มความต้องการใช้กลูโคสมากขึ้นส่งผลให้แอลฟาเซลล์ หลั่งกลูคากอนซึ่งเพิ่มระดับกลูโคสในกระแสเลือดเบต้าเซลล์ในตับอ่อนลดลงร้อยละ 50 พบว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นส่วนใหญ่การตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1 C level) มากกว่า หรือเท่ากับ 6.5 %	-ผู้ป่วยสูงอายุ วัย 80 ปี ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ป่วยเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปี -ผลตรวจ HbA1c พบ 7.6 % -ผลตรวจเมื่อ 30 มิ.ย.66
อาการและอาการแสดง	อาการและอาการแสดงในผู้สูงอายุ ได้แก่ -ปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน และปริมาณมากจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้น ไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการเก็บกักไว้ได้ มีน้ำตาลถูกขับทางปัสสาวะ -กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก มีอาการคอแห้ง -น้ำหนักลด ผอมลง จาก ภาวะขาดอินซูลินร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงาน	- ผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือด FBS พบ 75 mg% -ผลตรวจเมื่อ 30 มิ.ย.66 -ผู้ป่วยรู้สึกคอแห้ง

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	ได้ ร่วมกับปัสสาวะบ่อร่างกายจึงนำโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน-หิวบ่อย เนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจากไม่สามารถนำกลูโคสที่ได้จากเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตไปใช้เป็นพลังงานได้	กระหายน้ำบ่อยผู้ป่วยคันตามผิวหนัง ตาพร่ามัว การมองเห็นลดลง
การรักษา	1.การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด - การใช้ยารับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด - การใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยยาจะมีฤทธิ์ในการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด นำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ 2. การปรับพฤติกรรม ในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อควบคุมให้มีระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าใกล้เคียงปกติที่สุด รักษากระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติอยู่ตลอดเวลา การฝึกให้จัดการและดูแลตนเองในการรักษาโรคเบาหวาน รูปแบบการรักษาจะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการรักษาได้แก่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และในบางกรณีอาจต้องมีการการรักษาด้วยยารับประทานและ/หรือฉีดอินซูลินร่วมด้วย	-ผู้ป่วยรักษาโดยใช้ยา Glipizide(5)1*2 ac เข้า เย็น

การเปรียบเทียบทฤษฎีโรคเข้าเสื่อมกับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการผู้สูงอายุ ข้อเข่า เป็นข้อที่รับน้ำหนักมาตลอดเวลาที่เดินหรือยืน ซึ่งทำให้ผิวกระดูกอ่อนมีการสึกกร่อนบางลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงที่ของข้อเข่า เกิดกระดูกงอกและการสะสมของหินปูนหรือแคลเซียม บริเวณผิวกระดูกและช่องว่างระหว่างข้อ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อ ข้อติดแข็งและเคลื่อนไหวข้อได้น้อยมาก พยาธิสภาพเกิดขึ้น เช่น กระดูกหักที่ผ่าน	ผู้ป่วยมีประวัติรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมนาน 5 ปี รักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	ผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเรียงตัวไม่เรียบเหมือนเดิม มีการติดเชื้อมาในข้อ	
อาการและอาการแสดง	มีปวดเข่า ปวดตื้อๆ รอบข้อเข่า ระบุตำแหน่งไม่ชัดเจน ปวดเรื้อรัง ปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานในขณะงอเข่า อาจจะเป็นๆหายๆ ข้อฝืดตึงหรือข้อยึด ข้อใหญ่ผิดรูป ตรวจพบมีข้อใหญ่บวม ลักษณะข้อเข่าจะผิดรูปร่างจากเดิม มีเสียงกรอบแกรบ ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว	ปวดเข่า ปวดตื้อๆ รอบข้อเข่า
การรักษา	การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด การใช้ยา ทำกายภาพบำบัด การงดใช้ข้อเข่า และการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อเข่าเทียม	ผู้ป่วยรักษาอาการโดยการรับประทานยา แคลเซียม Calcium Carbonate 1tab OD

การเปรียบเทียบทฤษฎีผลกดทับ กับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือ เนื้อเยื่อใต้ชั้น ผิวหนัง มักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มี การกดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มี รอยฉีกขาดบางครั้งอาจรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นผลมา จากแรงกดที่รุนแรง และ/หรือระยะเวลาที่ถูกกดนาน ร่วมกับแรงเฉือน ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกด	ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรัง บริเวณเข่าข้างขวา
อาการและอาการแสดง	การสูญเสียผิวหนัง ทั้งหมดจนมองเห็นชั้นไขมัน อาจมีเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย บริเวณที่มีไขมันมากมักจะเกิดแผลลึก และอาจพบโพรงใต้ ขอบแผล หรือโพรงแผล ผ้าอ้อมขณะนอนหลับผิวหนังถูกเสียดสีจากเนื้อผ้าหรือมีการอับชื้น	มีแผลที่เข่าขวา ขนาด 2 * 1*0.2 เซนติเมตร
การรักษา	วิธีการรักษาแผลกดทับ ได้แก่ ลดแรงกดทับ โดยจัดท่านอนผู้ป่วยให้พลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง นอนหนุนศีรษะไม่สูงเกิน 30 องศา ไม่นั่งหรือนอนกดทับแผล การทำแผล ทั้งนี้ขึ้นกับระดับของแผลกดทับ ร่วมกับแผลมีการติดเชื้อหรือไม่ ดังนั้นในการทำแผลแพทย์จะพิจารณาดูให้เหมาะสมกับแผล โดยมีการ	ญาติเป็นผู้ทำแผลให้ผู้ป่วยทุกวัน และมีการจัดทำทางเปลี่ยนทางลดแรงกดใช้หมอนหนุนให้ผู้ป่วย ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	ประเมินแผลและเลือกวัสดุปิดแผลให้เหมาะสม การตัดเนื้อตาย แพทย์จะทำการตัดเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายออกไป เพราะเนื้อตายจะขัดขวางการหายของแผล แผลกดทับจะหายได้ต้องไม่มีการติดเชื้อหรือเนื้อเยื่อตาย และแพทย์อาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ตามความเหมาะสม	

การเปรียบเทียบทฤษฎีภาวะพร่องการได้ยินกับ กรณีศึกษา

รายการเปรียบเทียบ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพ	หูตึง เป็นภาวะที่ความสามารถในการรับเสียงลดลง เส้นประสาทหู, และระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย ได้ยินจะค่อยๆ เสื่อมลงตามวัย การได้ยินบกพร่องเสื่อมเท่ากันทั้ง 2 ข้างในช่วงความถี่สูงหูชั้นในอวัยวะรูปหอยโข่ง ที่มีเซลล์รับสัมผัส มีการแปลงความหนาแน่นและความถี่ของเสียงไปยังประสาทสองคู่ที่ 8 มีความผิดปกติ เส้นประสาทหูเสื่อม เลือดไปเลี้ยงหูชั้นในน้อยลง การสร้างน้ำเหลืองลดลง หูตึงทั้ง 2 ข้าง หรือหูหนวกถาวรได้	ผู้ป่วยมีภาวะหูตึง 2 ข้าง
อาการและอาการแสดง	การไม่ได้ยินเสียงพูดปกติการคัดกรองการได้ยิน : Finger rub test เกณฑ์การประเมิน ถ้าตอบ “ไม่ได้ยิน” หูข้างใดข้างหนึ่ง การฟังคำถามในการได้ยินในปัจจุบันไม่ได้ดีเหมือนเมื่อก่อน คนรอบข้างมักเตือนท่านบ่อยๆ ว่ามีเสียงเรียกเข้าจากโทรศัพท์ของท่าน เวลาคุยโทรศัพท์บางครั้งท่านรู้สึกว่าคุณฟังไม่ค่อยรู้เรื่อง	ผลการคัดกรองการได้ยิน : Finger rub test เมื่อภาวะหูตึงทั้ง 2 ข้าง
การรักษา	รักษาตามสาเหตุ อย่างไรก็ตาม ปัญหาการได้ยินที่เกิดจากพยาธิสภาพของหูชั้นใน, เส้นประสาทหู, และระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย มักจะรักษาไม่หายขาด ไม่รบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันมากนัก คือยังพอสื่อสารกับผู้อื่นได้ หรือเป็นเพียงหูข้างเดียวอีกข้างยังดีอยู่ไม่จำเป็นต้องรักษา เพียงแต่ทำใจยอมรับ	ผู้ป่วยรักษาตามสาเหตุให้การดูแลโดยการสื่อสารญาติพูดเสียงดัง ช้าๆ ชัดๆ ยังไม่รบกวนคุณภาพชีวิตประจำวัน ยังพอสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และญาติได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่	ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	การแปลผล
30 มิ.ย. 2566	White Blood Cell	4,000-10,00 cell/mm ²	8,000 cell / mm ²	ปกติ
	Hematocrit	37 – 51 %	30 %	ผิดปกติ
	Hemoglobin	11 – 16 mg %	10.6 mg %	ปกติ
	Platelet	100,000-400,000 10 ³ /UL	150,000 10 ³ /UL	ปกติ
	Neutrophil	20-70 %	72 %	ปกติ
	Lymphocyte	0.8 – 40 %	10 %	ปกติ
	Eosinophil	0.02-.05 %	18 %	ปกติ
	FBS	80 – 100 mg %	75 mg%	ผิดปกติ
	BUN	7-21 mg/dl	20.7 mg /dl	ปกติ
	Creatinine	0.6 – 1.5 mg/dl	0.9 mg /dl	ปกติ
	egFr	>90ml/min/1.73 ²	56.10ml/min/1.73 ²	ผิดปกติ
	Serum Na+	135-150 mEq/L	145 mEq/L	ปกติ
	Serum K+	3.5-5.0 mEq/L	3.1 mEq/L	ผิดปกติ
	Serum Cl-	95-110 mEq/L	103 mEq/L	ปกติ
	Tco ₂	22-29 mEq/L	28 mEq/L	ปกติ
	Albumin	3.5-5.0	4.7 g/dl	ปกติ
	HbA1C	6-8 MMOL/L	7.6 MMOL/L	ปกติ

ผลการตรวจ X-Ray : Closed fracture right humerus

แผนการรักษาของแพทย์

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
30 มิ.ย. 2566 เวลา 10.00 น.	-X-Ray ผล X-ray: Closed fracture right humerus -เจาะเลือด CBC BUN CRE E'lyte -Admit อ.4 -Tramadol (50) M PRN Severe pain q 8 hr.	-U slab 1 เดือน -DM diet -V/S -ASA (81) 1tab oral OD pc -Simvastatin (10) 1tab oral OD -Glipizide (5) 1tab oral bid ac -Trama dol (50) 1cap oral tid pc -Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain
5 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.30 น.	-มีอาการปวดไหล่ยกไหล่ไม่ขึ้นมากขึ้น	- bed rest 2 สัปดาห์
18 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.30 น.	-จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 19 กค 66 -นัดตรวจตามนัด OPD ศัลยกรรมกระดูก และข้อ 1 เดือน (21 ส.ค. 66) -U slab ตันแขนขวา 1 เดือน	-วาง Cold pack เวลาปวด -Tramal (50 mg) 1 cap oral PRN Severe pain q 4-6 hr

วัน เดือน ปี	ORDER FOR ONE DAY	ORDER FOR CONTINUOUS
	-งดใช้ขาเทียม 1 เดือน -Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด -ASA (81) 1tab oral OD pc -Simvastatin (10) 1tab oral OD -Glipizide (5) 1tab oral bid ac -Trama dol (50) 1cap oral tid pc - Norgesic 1x2 oral pc -Folic acid 1tab OD -FBC 1 tab tid pc -Calcium Carbonate 1tab OD -Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain	

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มโดยรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษา ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแล ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ในการนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและได้วางแผนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ได้แก่

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)
2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 เวลา 13.30 น. ที่หอผู้ป่วยใน 4 เพื่อเตรียมก่อนจำหน่าย

สภาพทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศชาย 80 ปี นั่งอยู่บนเตียง มีกระดูกหักที่แขนขวาใส่เฟือก On U slab สีหน้าวิตกกังวล บ่นปวดต้นแขนขวา บ่นกลัวเป็นภาระญาติ ยกแขนข้างขวาไม่ได้ บ่นกลัวหกล้ม มีหูตึงทั้ง 2 ข้าง พูดคุยโต้ตอบได้โดยใช้เสียงดัง มีความพิการตัดขาดเข้าทั้ง 2 ข้าง งดใส่ขาเทียมทั้ง 2 ข้าง มีความพิการที่มือทั้ง 2 ข้าง นิ้วหักงอหดสั้น ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตักอาหารรับประทานได้เองโดยใช้มือซ้าย สวมเสื้อต้องให้ญาติช่วยเหลือ ทำความสะอาดร่างกายเช็ดตัวบนเตียงได้ กลั้นอุจจาระได้ กลั้นปัสสาวะได้ มีแผลที่เข้าข้างขวา ขนาด 2 * 1*0.2 เซนติเมตร

ตรวจร่างกาย ตาพร่ามัว ทั้ง 2 ข้าง มองเห็นไม่ชัด VA1/60 ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิทขนาด 1 เซนติเมตร มีน้ำตาไหล ตาข้างขวาหลับตาปกติ เปลือกตาล่างทั้ง 2 ข้างไม่ซีด สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 86 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนจำหน่ายในวันที่ ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2568

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL เท่ากับ 6 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหรือผมต้องการการช่วยเหลือ (0) สามารถนั่งได้ (1) การใช้

ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

- ประเมิน pain score เท่ากับ 4 คะแนน : ความเจ็บปวดระดับปานกลาง
- ประเมินก้นการหกล้มฉบับสั้น ผล 10 คะแนน : มีความกลัวการหกล้มปานกลาง
- ประเมิน 9Q ผลเท่ากับ 15 คะแนน : มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ในการนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception) : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีสหน้าวิตกกังวล รู้สึกเบื่อชีวิต ถามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มีการรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยครั้งนี้จากภายหลังหกล้มมีกระดูกหักต้นแขนขวา On U slab ต้นแขนขวานาน 1 เดือน งดใช้ขาเทียม นาน 1 เดือน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิทขนาด 1 เซนติเมตร มีน้ำตาไหล ตาข้างขวา หลับตาปกติ เปลือกตาล่างทั้ง 2 ข้างไม่ซีด การไต่กลืนและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหัก

1.2 ความจำ (Memory) : ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ มีอาการหลงลืม เช่น ลืมอาหารที่รับประทานมื่อต่างๆ ในระหว่างวันได้ ต้องใช้เวลาในการนึก และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability): ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้ แพทย์ให้ มีแผล U Slab ที่ ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน และงดใช้ขาเทียม 1 เดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วน ประเมิน ADL เท่ากับ 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (0) ไม่สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) : ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นภายหลังหกล้มมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา On U slab นาน 1 เดือน งดใช้ขาเทียมนาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 15 ปีและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นาน 6 เดือน ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ โดยภรรยาและบุตรชาย เป็นผู้จัดเตรียมยา

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest): ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนา รู้สึกเบื่อชีวิต กลัวเป็นภาระญาติ

1.6 ความตระหนักในสถานะของตนเอง (Self Awareness) : ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา จากการหกล้มครั้งที่ 3 ในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์ให้ ต้องใส่ U Slab ที่ต้นแขนขวานาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance): ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเอง ภายหลังหกล้มมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา On U slab ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน งดใช้ขาเทียม นาน 1 เดือน มีโรคประจำตัวเป็น

โรคเบาหวานและรับประทานยาสม่ำเสมอโดยญาติจัดยาให้ และรับประทานอาหารเสริมแต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) : ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตัวเองเนื่องจาก จับเตียงพลาสติกจึงตกจากเตียง ทำให้มีความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การรับประทานอาหารเสริมเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) : ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า ที่ต้องเป็นภาระของภรรยา มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีรายได้จากเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อรัง มีหนี้สิน

2. ความสามารถในการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ภายหลังหกล้มมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา On U slab ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน งดใช้ขาเทียม นาน 1 เดือน จึงรับฟังการให้คำแนะนำของพยาบาล การเจ็บป่วยโรคประจำตัวในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเอาใจใส่ดูแลตนเองดี ประมาณ 10 ปี ก่อนผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชอบรับประทานของหวานรู้สึกเบื่อที่ถูกจำกัดการทานชอบเช่น เครื่องดื่มชูกำลัง วันละ 1 ขวด แพทย์ให้รับประทานยาต่อเนื่อง มีการติดตามอาการเป็นระยะ ผู้ป่วยทานยาสม่ำเสมอและเริ่มรับประทานอาหารรสหวานเค็มที่ชอบเพราะคิดว่าอาการปกติมีรับประทาน

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยภายหลังหกล้มมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา On U slab ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน งดใช้ขาเทียม นาน 1 เดือนความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกาย ใช้มือข้างซ้ายตักอาหารได้ ขยับเปลี่ยนท่าทางได้

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ผู้ป่วยมีข้อจำกัดเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ บริเวณต้นแขนขวา เนื่องจากกระดูกหัก On U slab ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน งดใช้ขาเทียม นาน 1 เดือน ส่วนด้านซ้ายได้ปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้เคลื่อนไหวที่ภายในห้องได้เอง

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้มือข้างซ้ายตักข้าวได้ ใช้เท้าข้างซ้ายขยับเปลี่ยนท่าทางได้

2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปใช้แขนขวากลับครั้ง

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม คือ เมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน

2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติในบางครั้งจะซื้อยาทานเอง หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนเพราะกระดูกหักที่ต้นแขนขวา On U slab นาน 1 เดือน งดใช้ขาเทียม 1 เดือน

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมี เคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปห้องน้ำ โดยใช้รถเข็นนั่ง จากการงดใช้ขาเทียม มีการออกกำลังกายบนเตียงเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ในตอนเช้าทุกวันและลูกนึ่งเคลื่อนที่ภายในบ้านได้

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยหลังจากเจ้าหน้าที่ ญาติช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จผู้ป่วยมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand : TSCD)
เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางญาติจัดเตรียมมาให้บริเวณที่โต๊ะวางจานข้าวใกล้ๆ เตียงสามารถดื่มน้ำได้โดยใช้มือซ้าย อาหารธรรมดา เติมน้ำปลาเองเป็นบางครั้ง

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และ ระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระปกติ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน : คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วย ตักอาหารเองได้ แต่ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟันได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ลูกนึ่งได้แต่ต้องมีญาติช่วยพยุงนั่ง ใช้ห้องน้ำไม่ได้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านได้โดยใช้รถเข็นนั่ง งดใช้ขาเทียม 1 เดือน การสวมใส่เสื้อผ้าสวมเสื้อไม่ได้ ต้องให้ญาติช่วยใส่เสื้อ การขึ้นลงบันได 1 ชั้นไม่ได้ การอาบน้ำต้องมีญาติช่วย กลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง มีปัญหาการนอนหลับๆ ตื่นๆ จากเปลี่ยนสถานที่นอนและมีอาการปวดต้นแขนขวา นอนเวลา 22.30 น. หลับๆ ตื่นๆ ตื่นนอนเวลา 05.00 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยขาดสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเจ็บเฉย ชอบอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งสิ่งกับเพื่อนบ้าน มีความรับผิดชอบ ไม่ขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น สามารถอยู่คนเดียวได้

สรุป : ผู้ป่วยขาดความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา จากการหกล้มใส่ U slab มี อาการปวด 4 คะแนน

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL เท่ากับ 6 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวต้องการการช่วยเหลือ (0) ไม่สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอาหาร (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

- ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น และจากรถเข็นนั่งมีล้อเลื่อนภายในห้อง มีความวิตกกังวล ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ขาดความรู้เข้าใจในเรื่องการความพร้อมการเตรียมที่อยู่อาศัย

- ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า 9Q เท่ากับ 15 คะแนน มีการประสานให้คำปรึกษาของพยาบาลหอบผู้ป่วยใน พยาบาลให้คำปรึกษา และญาติ ในการจัดการความซึมเศร้า ก่อนการจำหน่าย

- งดใช้ขาเทียม 1 เดือน

สรุป: ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตไม่เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต

ข้อมูล : ผู้ป่วยเข้าเรียนรับการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัยจนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยคนพิการ มีหนี้สิน

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่อง หนี้สิน

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน การเตรียมความพร้อมของบ้าน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองเป็นภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนขวาต้องใส่เฝือก U Slab เป็นระยะเวลา 1 เดือน

สรุป : ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการเตรียมที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ เตรียมญาติพยาบาลชุมชนได้ให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติและติดตามเยี่ยมที่บ้าน

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติทราบว่ากระดูกหักต้นแขนขวา On U slab แต่ยังไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เฝือกขาดความรู้การเตรียมความพร้อมที่พักอาศัยเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำและญาติขาดความรู้ความเข้าใจมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วย On U slab การจัดทำ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการรับรู้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่มีกระดูกหักอีกครั้งเพราะคิดว่าเป็นจากการไม่ระวังในการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถนั่งล้อเลื่อนทำให้เกิดจากเตียง

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหักต้นแขนข้างขวาหัก มีภาวะพึ่งพาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

สรุป : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นวางแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนจำหน่าย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยจุดมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ได้แก่

จากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 พบว่าบทบาทของพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง มีกระดูกต้นแขนขวาหัก On U Slab มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน งดใช้ขาเทียม 1 เดือน ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการ การเตรียมที่อยู่อาศัย และการเตรียมผู้ดูแล เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการในการเตรียมที่อยู่อาศัย และผู้ดูแลเป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนจำหน่าย ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
1	ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system)
2	ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system)

TSCD การป้องกันอันตรายต่อชีวิต: การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี
การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ใส่ U slab แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 19 กรกฎาคม 2566
2. เตียงผู้ป่วยเป็นเตียงไม้ที่ไม่มีไม้กั้นเตียง
3. มีสิ่งขวางทางเดินระหว่างห้องน้ำ พื้นบ้านผ้าเช็ดเท้า
4. ไม่มีอุปกรณ์เรียกขอความช่วยเหลือบริเวณเตียง ห้องน้ำ

วัตถุประสงค์:

เพื่อเตรียมความพร้อมที่อยู่อาศัยก่อนจำหน่าย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่
 - เตียงปรับระดับได้
 - มีไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้
 - พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น
 - แสงสว่างในบ้านเพียงพอ
 - ห้องน้ำมีราวจับ
 - ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู
 - มีสัญลักษณ์บอกพื้นต่างระดับ
 - ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน

- ห้องน้ำ ติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ

2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และ ที่เตียง ในตำแหน่งที่เอื้อมถึง

ปฏิบัติการกรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความพร้อมที่อยู่อาศัยผู้ป่วยร่วมกับสถานสงเคราะห์ พยาบาลหอผู้ป่วย 4
2. ประสานงานหน่วยงานสถานสงเคราะห์ ให้ปรับปรุงสภาพทางเดินเข้าห้องน้ำเป็นทางลาด ทำราวจับบริเวณทางเข้าห้องน้ำและภายในห้องน้ำ หาอุปกรณ์ปูกันลื่นในห้องน้ำ
3. จัดระเบียบการวางของในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน
4. เปิดดูไฟในบ้านผู้ป่วยเพื่อดูว่ามีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่ แจ้งเปลี่ยนหลอดไฟเมื่อพบว่าชำรุด
5. ประสานทีมอสม. จัดหาเตียงที่มีไม้กั้นเตียง ปรับระดับได้ สามารถใช้กับที่นอนเดิมของผู้ป่วย และจัดหาโต๊ะวางอาหารให้ผู้ป่วย
6. ประสานสังคมสงเคราะห์ ในการจัดหารถเข็นในการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำภายหลังจำหน่ายสู่ชุมชน

การประเมินผล:

1. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่
 - เตียงปรับระดับได้
 - ไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้
 - พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น
 - แสงสว่างในบ้านเพียงพอ
 - ห้องน้ำมีราวจับ
 - ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู
 - มีสัญลักษณ์บอกพื้นที่ต่างระดับ
 - ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน
 - ห้องน้ำ ติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ
2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และที่เตียงในตำแหน่งที่ผู้ป่วยเอื้อมถึง

TSCD การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Self care deficit : SCD)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้นแขนขวาให้ On U slab นาน 1 เดือน แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 19 กรกฎาคม 2566
2. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL เท่ากับ 6 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวหมต้องการความช่วยเหลือ (0) ไม่สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอาหาร (2) การกลืนปัสสาวะ (1)

3. ญาติผู้ดูแล บอกว่าไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ U slab ต้นแขนขวา
4. ผู้ป่วยดื่มน้ำชาเทียม นาน 1 เดือน
5. ผู้ป่วยยกแขนขวาได้ไม่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังนี้

1. การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายตัว
2. ผู้ดูแลบอกวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยใส่ฝือก U Slab
3. ผู้ดูแลบอกการจัดเตรียมยารับประทานยาให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา ได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

1. สอน สาธิต ผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายตัว ดังนี้
 - 1.1 สอนวิธี การจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน ในระหว่างที่ผู้ป่วยใส่ฝือก
 - 1.2 สอน สาธิต การเคลื่อนย้ายตัว ขณะที่ใส่ฝือก On U slab ต้นแขนขวา โดยการจัดทำทางให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ใส่ฝือกที่ต้นแขนขวา จากเตียงไปรถเข็นนั่งและจากรถเข็นนั่งไปเตียง โดยมีขั้นตอนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น และจากรถเข็นนั่งไปเตียง ดังนี้
 - 1.2.1 จัดเตรียมพื้นที่และรถเข็น: เคลียร์พื้นที่บริเวณเตียงและรถเข็นให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวาง นำรถเข็นมาจอดข้างเตียงทำด้านซ้าย ล็อคล้อรถเข็นนั่ง โดยให้ด้านซ้ายที่ผู้ป่วยแข็งแรงเข้าหาเตียงมากที่สุด ล็อคล้อรถเข็นให้มั่นคง ป้องกันรถเลื่อน
 - 1.2.2 จัดทำผู้ป่วยและประคองตัว ให้ผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง โดยให้เข่าทั้งสองข้างวางราบกับพื้นให้ผู้ป่วยนำมือซ้ายข้างที่แข็งแรงจับที่วางแขนของรถเข็นผู้ดูแลอยู่ข้างที่ On Slab ของผู้ป่วยใช้มือจับบริเวณสะโพกด้านหลัง เพื่อช่วยประคองตัวในการเคลื่อนย้ายตัว
 - 1.2.3 ให้ผู้ป่วยขยับเคลื่อนที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายน้ำหนักได้ดีขึ้นผู้ป่วยออกแรงยกตัวขึ้นโดยใช้แขนข้างซ้ายที่แข็งแรงช่วยดันตัวขึ้นจากที่วางแขนรถเข็นนั่ง ผู้ดูแลช่วยประคองตัวผู้ป่วยได้อย่างมั่นคง
 - 1.2.4 ให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักและนั่งลงบนรถเข็น: ให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักไปทางด้านซ้ายที่ผู้ป่วยแข็งแรงผู้ป่วยหมุนตัวหันหลังให้ตรงกับรถเข็นอย่างช้าๆ ค่อยๆ หย่อนตัวผู้ป่วยลงนั่งบนรถเข็น โดยโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยเพื่อรักษาสสมดุลกรณผู้ป่วย เมื่อนั่งเรียบร้อยแล้ว ของรถเข็นลง และช่วยจัดให้เข่าทั้งสองข้างของผู้ป่วยวางอย่างสบาย ใช้สายรัดตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่เคลื่อนย้าย
 - 1.3. สอน สาธิต ให้ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วย ในการหยิบ จับ สิ่งของต่างๆ การเพิ่มแรงบีบของการใช้มือข้างขวา ในระหว่างที่ใส่ฝือก U Slab โดยให้ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยทุกวันบ่อยๆเท่าที่ผู้ป่วยต้องการในแต่ละครั้ง ให้ใช้เวลา 5-10 นาที ให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งของที่หยิบจับในมือขวา เช่น การหยิบช้อน แก้วน้ำ ปากกา เป็นต้น
 - 1.4. สอนวิธีให้ผู้ดูแล กระตุ้นให้ผู้ป่วยกำลูกบอลที่มีขนาดพอดีกับมือ โดยเริ่มจากมือขวาที่ใส่ฝือกก่อนแล้วจึงสลับมือซ้าย ในทุกครั้งให้ออกแรงกำมือให้แน่นที่สุด นับเลข 1-5 แล้วค่อยๆ คลายมือออกออกแรงบีบเป็นจังหวะค้างไว้ ให้ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆ เพิ่มจำนวนทำเท่าที่ต้องการ

2. ให้ความรู้ผู้ดูแล สิ่งที่ต้องให้ผู้ป่วยปฏิบัติขณะใส่ฝือก แขนขวา ดังนี้

2.1 ให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ได้แก่ การสังเกตลักษณะสีผิว การบวม และการรับรู้ความรู้สึกนิ้วมือขวา ขา ปลายมือ หรืออาการปวดผิดปกติ หากพบอาการผิดปกติ เช่น นิ้วมือขวาชืด เย็น ขา ปวดมาก ควรแจ้งแพทย์ทันทีหากผิดปกติ ให้รีบพบแพทย์

2.2 แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้ฝือกบ่อยๆ และเคลื่อนไหวส่วนที่อยู่ภายนอกฝือก หรือข้อต่างๆที่อยู่ใกล้เคียงฝือกมือขวา ได้แก่ ให้ฝึกขยับนิ้วมือ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

2.3 รักษาฝือกความสะอาด โดยใช้ถุงพลาสติกคลุมฝือกขณะเช็ดตัว หรือเมื่อขับถ่าย เพื่อป้องกันการอับชื้น

2.4 ให้ผู้ดูแลประคองฝือกทุกครั้งในระหว่างการเคลื่อนย้ายตัว

2.5 เคลื่อนไหวอวัยวะส่วนที่อยู่นอกฝือกบ่อยๆ ได้แก่ การขยับนิ้วมือข้างขวา

2.6 การตรวจตามนัดทุกครั้ง

3. ให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้าม ในขณะที่ใส่ฝือก ที่แขนข้างขวา ดังนี้

3.1 ไม่ควรให้ฝือกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนฝือกแตก ชำรุด

3.2 ห้ามให้ฝือกเปียก หรือ ถูกน้ำ หรือ ถูกความร้อน

3.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในฝือก จะทำให้ผิวหนังถลอก เกิดบาดแผล บริเวณฝือกได้

3.4 ห้ามตัดทำลายฝือก หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับฝือกออกเอง

3.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในฝือก ห้ามงัด ห้ามถ่างฝือกออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆเข้าไปเกา เพราะ จะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ถลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้

4. สอนวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในขณะที่ใส่ฝือก ที่แขนข้างขวา ดังนี้

4.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการชา มือข้างขวา หรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่ฝือกมีสีเขียว หรือชืดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วมือข้างขวาได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือ น้ำหนองไหลออกมาจากฝือก

4.2 สังเกต ตรวจดูลักษณะฝือก หากลักษณะฝือก ชำรุด ได้แก่ ฝือกคับแน่นเกินไป ฝือกหลวม ฝือกบวม ฝือกแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในฝือก

5. การประเมิน และสอนการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่

- ยานวด Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด

- ยาแก้ปวด และคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้า-เย็น

- ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 hr หากมีอาการปวดในช่วง

4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน

- ยา Tramadol (50) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง หากมีอาการปวด เท่ากับหรือมากกว่า 6 คะแนน ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก

- ยาต้านเกร็ดเลือด ASA (81) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้า ระวังอย่าให้ผู้ผู้ป่วยมีแผลเนื่องจากเลือดจะหยุดช้ากรณีมีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกาย

- ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง Simvastatin (10) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน สังเกตอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด และเกิดภาวะดีซ่าน

- ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Glipizide (5) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า -เย็น สังเกตอาการ ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีโคลน และตัวเหลือง ตัวซีด มีไข้ มีอาการมึนงง

- ยาFolic acid 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า ยาช่วยรักษาอาการซีด
- ยาFBC 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า ยาช่วยรักษาภาวะโลหิตจาง
- ยาแคลเซียม Calcium Carbonate 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลช่วยให้การเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายตัว ได้ถูกต้อง
2. ผู้ดูแลบอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะ on U Slab ได้ถูกต้อง
3. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การติดตาม กรณีศึกษา ที่ 2 ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.30 น. ที่บ้าน

สภาพทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศชาย อายุ 80 ปี นั่งอยู่บนเตียง สีหน้าเรียบเฉย บ่นเบื่ออาหาร บ่นรู้สึกเบื่อชีวิต มีความพิการขาถูกตัดขาได้เข้าทั้ง 2 ข้าง งอใส่ขาเทียมทั้ง 2 ข้าง มือทั้ง 2 ข้าง มีความพิการนิ้วหักงอหดสั้น ทั้ง 2 ข้าง ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิทขนาด 1 เซนติเมตร มีน้ำตาไหล ตาข้างขวาหลับตาปกติ มองเห็นไม่ชัด มีหูตึงทั้ง 2 ข้าง พูดคุยโต้ตอบได้โดยใช้เสียงดัง บ่นปวดต้นแขนขวา ยังใส่เฝือกที่แขนขวา U slab จะครบกำหนดถอดเฝือกออกวันที่ 28 กรกฎาคม 2566 ยกแขนขวาได้ไม่สุด บ่นกลัวหกล้ม รับประทานอาหารได้เอง โดยใช้แขนซ้าย มีแผลที่เข้าข้างขวา ขนาด 2 * 1*0.2 เซนติเมตร

สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 78 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

- ประเมิน pain score เท่ากับ 4 คะแนน : ความเจ็บปวดระดับปานกลาง
- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL เท่ากับ 8 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้(1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1)
- ประเมิน 9Q ผลเท่ากับ 12 คะแนน : มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
- ประเมินกลัวการหกล้มฉบับสั้น ผล 10 คะแนน : มีความกลัวการหกล้มระดับปานกลาง
- ประเมินความเสี่ยงภาวะหกล้ม ผล 55 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception): ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีน้าวิตกกังวล บ่นรู้สึกเบื่อชีวิต ถามตอบรู้เรื่อง ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีภาวะกระดูกหัก ยังใส่เฝือกที่แขนขวา U slab จะครบกำหนดถอดเฝือกออกวันที่ 28 กรกฎาคม 2566 ยกแขนขวาได้ไม่สุด งดใช้ชาเทียม นาน 1 เดือน ตาทั้ง 2 ข้างมัวมองไม่ชัด ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิทขนาด 1 เซนติเมตร มีน้ำตาไหล ตาข้างขวา หลับตาปกติ เปลือกตาล่างไม่ชัด ทั้ง 2 ข้าง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การดื่กลืนและการรับรสปกติ สามารถดื่กลืนอาหารและรับรสอาหารได้

1.2 ความจำ (Memory) : ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น บอกถึงอาหารที่รับประทานมื้อต่างๆ ในระหว่างวันได้ และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้ แพทย์ให้ มีเฝือกใส่อยู่ที่ ต้นแขนนาน 1 เดือน งดใช้ชาเทียม 1 เดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้บางส่วน ประเมิน ADL เท่ากับ 8 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้า หวีผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (0) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition): ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา แพทย์ให้ ใส่เฝือก U Slab นาน 1 เดือนและมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปี และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 นาน 6 เดือน ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ตรวจสอบน้ำตาลทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest): ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนา

1.6 ความตระหนักในสภาวะของตนเอง (Self Awareness): ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา จากการหกล้มครั้งที่ 3 ในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์ให้ ต้องเฝือกใส่ U Slab ที่ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance): ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองภาวะกระดูกหักต้นแขนขวาจากการหกล้มครั้งที่ 3 ในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์ให้ใส่เฝือกที่ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและรับประทานยาสม่ำเสมอโดยญาติจัดยาให้ ชอบเติมน้ำปลา แต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) : ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจาก การสวมรองเท้าชำรุด การวางผ้าเช็ดเท้าที่พื้น ทำให้มีความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การรับประทานอาหารรสเค็ม เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) : ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลที่ต้องเป็นภาระของภรรยา บุตรชาย มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีรายได้จากเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อรัง

2. ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ยาวนานเอาใจใส่ดูแลตนเองดี ควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติบางครั้ง รู้สึกเบื่อชีวิต รู้สึกเบื่อชีวิต กลัวเป็นภาระญาติ ผู้ป่วยทานยาสม่ำเสมอ โดยญาติเป็นผู้จัดยา ให้รับประทานและชอบรับประทานอาหารรสหวานเค็มเพราะคิดว่าอาการปกติ บางครั้งให้ญาติซื้อเครื่องต้มชูกำลังดื่มวันละ 1 ขวด

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกายใช้มือ 2 ข้าง ตักอาหารได้ ใช้เท้าข้างซ้ายขยับเปลี่ยนท่าทางได้

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยข้อจำกัดเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายบริเวณต้นแขนขวา เนื่องจากกระดูกหัก On U slab ต้นแขนขวานาน 1 เดือน แต่เคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายด้านซ้ายได้ปกติ

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้มือซ้ายตักข้าวได้

2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปใช้แขนขวาได้ปกติ

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยยินยอม ต้นแขน On U slab นาน 1 เดือน หลังจากนั้นทำกายภาพตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ญาติพาไปตรวจตามนัด

2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติในบางครั้งจะซื้อยาทานเอง หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังมีข้อจำกัดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนเพราะกระดูกหักที่ต้นแขนขวา On U slab นาน 1 เดือน ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียง การยกแขนซ้าย ขา 2 ข้างในตอนเช้าทุกวันลุกนั่งได้

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ ญาติช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียงในตอนเช้า ยืน ทุกวัน

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand: TSCD) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางญาติจัดเตรียมมาให้บริเวณที่โต๊ะวางจานข้าวใกล้ๆ เพียงสามารถตักทานข้าวได้โดยใช้มือซ้าย อาหารธรรมดา รสจืดทุกครั้งผู้ป่วยเติมน้ำปลาเองเป็นบางครั้ง

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และ ระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระปกติ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และพักผ่อน : คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วย ตักอาหารเองได้โดยใช้มือซ้ายให้ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ ยังใส่เสื้อที่แขนขวา U slab จะครบกำหนดถอดเพื่อออกวันที่ 28 กรกฎาคม 2566 ยกแขนขวาได้ไม่สุด ลูกนั่งได้บนเตียง On U Slab มีความยากลำบากในการลุกนั่ง การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านได้โดยใช้รถเข็นนั่ง งดยา 1 เดือน การสวมใส่เสื้อผ้าสวมใส่ไม่ได้ ต้องให้ญาติช่วยใส่เสื้อ การขึ้นลงบันได 1 ชั้นไม่ได้ การอาบน้ำต้องมีญาติช่วย กลั้นอุจจาระได้เป็นปกติ กลั้นปัสสาวะได้ มีปัญหาการนอนหลับๆ ตื่นๆ จากมีอาการปวดต้นแขนขวา นอนเวลา 22.30 น. ตื่นนอนเวลา 05.00 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยขาดสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเจียบเฉย ชอบอยู่คนเดียว ไม่สูงส่งกับเพื่อนบ้าน มีความรับผิดชอบไม่ชอบขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น สามารถอยู่คนเดียวได้

สรุป : ผู้ป่วยขาดความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา จากการหกล้มใส่ U slab มี อาการปวด 4 คะแนน
- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL เท่ากับ 8 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหวีผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมใส่เสื้อผ้า (0) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน
- ผู้ดูแลมั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็นนั่ง และจากรถเข็นนั่งมีล้อเลื่อนภายในห้อง มีความวิตกกังวล ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน
- ผู้ป่วยยกแขนขวาได้ไม่สุด
- ผู้ป่วยมีความซึมเศร้าเล็กน้อย ประเมิน 9Q ผลเท่ากับ 12 คะแนน
- ประเมินกลัวการหกล้มปานกลาง ผลเท่ากับ 10 คะแนน
- ผู้ป่วยมีแผลที่เข่าขวา โดยขนาดขนาด $2 \times 1 \times 0.2$ เซนติเมตร

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตไม่เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุน กระบวนการ ของชีวิต

ข้อมูล : ผู้ป่วยเข้าเรียนรับการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัยจนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ได้รับการสงเคราะห์ เบี้ยคนพิการ มีหนี้สิน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่อง หนี้สิน

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัว ทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนข้างขวา ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนข้างขวาต้องใส่เฝือก U Slab เป็นระยะเวลา 1 เดือน

สรุป : ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับ โรคการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีเคยมีภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ยังต้องใส่เฝือก U Slab เพื่อให้ กระดูกต้นแขนติดดี การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลเฝือก ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ พยาบาลชุมชนได้ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่บ้าน

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติทราบว่ากระดูกหักที่ต้นแขนข้างขวา แต่ยังไม่มีความพร้อมใน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เฝือก U Slab ต้นแขนขวาแต่ยังขาดความรู้ในการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เฝือก U Slab ต้นแขนขวาแต่ มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ป้องกันการหกล้มซ้ำ มีความไม่สุขสบายจากอาการปวดต้นแขนข้างขวา ยกแขนขวาไม่ได้ การจัดการ อาการซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ ความเสี่ยงจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ และการทรงตัว การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่มีกระดูกหักอีกครั้งเพราะคิดว่าเป็นจากการไม่ระวังในการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถนั่งล้อเลื่อนทำให้ตกจากเตียง

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหัก มีภาวะพึ่งพาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก U Slab ที่บ้าน

สรุป : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก U Slab ที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นวางแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ที่พักอาศัยเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ญาติผู้ดูแลได้มีการปรับปรุงสภาพบ้านให้ปลอดภัย เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหานี้หมดไปญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ต้นแขนขวา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ต้นแขนขวา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เข้าข้างขวา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า จากโรคที่เป็นอยู่ กลัวเป็นภาระญาติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการ

พยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ได้แก่

จากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 พบว่าบทบาทของพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง มีกระดูกต้นแขนหัก On U Slab ไร้มีปัญหา พร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ต้น

แขนขวา มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้า ตามความต้องการการดูแลบางส่วนของผู้ป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) การสนับสนุนจากพยาบาล การให้ความรู้ฝึกทักษะในการดูแลตนเองในเรื่องป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดภาวะซึมเศร้า จะต้องรวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองดีขึ้น

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม การเยี่ยมครั้งที่ 1 ที่บ้าน ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
1	ผู้ป่วยพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ต้นแขนขวา	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
2	ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ต้นแขนขวา	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
3	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
4	ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เข้าข้างขวา	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
5	ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า กลัวเป็นภาระญาติ	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
6	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำเนื่องจากการทรงตัวไม่ดี	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

TSCD คงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ต้นแขนขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ X-ray เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566 พบ Close Fracture right humerus

2. แผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วย On U Slab และ งดใช้ขาเทียม นาน 1 เดือน

3. ผู้ป่วยบอกว่ายกแขนขวาได้ไม่สุด

4. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL เท่ากับ 8 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน) ได้แก่

รับประทานอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหรือความต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (0) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว การขับถ่าย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว การขับถ่าย
2. ประเมิน ADL มากกว่า 8 คะแนน

ปฏิบัติการกรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร โดยญาติเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายตัว การขับถ่าย
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้ ได้แก่
 - 2.1 ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร 3 มื้อ ให้ตรงเวลา เช้า กลางวัน เย็น ให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร ช้อน ชามไว้ให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยทานอาหารบนเตียงในระหว่างที่ยังใส่เฝือกแขนขวา
 - 2.1 ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย วันละ 2 ครั้ง เช้า และ เย็น โดยบริเวณแขนขา ตั้งแต่ส่วนไหล่ขาลงไปถึงปลายมือ ให้น้ำอุ่นพลาสติกคลุมไว้เพื่อป้องกันเปียกชื้น
 - 2.2 ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว โดยการใช้อุปกรณ์คลุมผ้าหน้า หลวม สวมใส่สบาย โดยการสวมแขนข้างขวาที่ใส่เฝือกก่อนแล้วจึงใส่แขนเสื้อด้านซ้าย
 - 2.3 ให้ผู้ป่วยใช้ผ้าคล้องแขน การดึงผ้าสายคล้องให้แขนอยู่เหนือระดับอก ให้แขนตรง
3. ให้คำแนะนำญาติจัดสิ่งของและเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันที่จำเป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่ายโดยวางโต๊ะใกล้เตียงผู้ป่วย
4. สอน สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วย หยิบ จับ สิ่งของต่างๆ การเพิ่มแรงบีบของการใช้มือข้างขวา ในระหว่างที่ใส่เฝือก U Slab โดยให้ผู้ป่วยฝึกทุกวัน บ่อยๆ เท่าที่ผู้ป่วยทำได้ ในแต่ละครั้ง ให้ใช้เวลานาน 5-10 นาที ให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งของที่หยิบจับในมือขวา ได้แก่ การฝึกกำลูกบอลที่มีขนาดพอดีกับมือโดยเริ่มจากมือขวาที่ใส่เฝือกก่อนแล้วจึงสลับมือซ้าย ในทุกครั้งให้ออกแรงกำมือให้แน่นที่สุด นับเลข 1-5 แล้วค่อยๆคลายมือออก ออกแรงบีบเป็นจังหวะค้างไว้ ให้ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนท่าเท่าที่ต้องการ
5. สอน สาธิต กระตุ้น ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อไหล่ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว เพิ่มความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น ใช้แรงเล็กน้อย ในแต่ละท่าให้ทำท่าละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง ได้แก่
 - 5.1 ท่าหมุนแขนออก จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขนออกทั้ง 2 ข้าง ให้กางแขนออกเท่าที่ทำท่าได้ ส่วนแขนขวาภายหลังถอดเฝือกให้งอข้อศอก 90 องศา ออกแรงหมุนแขนไปทางด้านศีรษะเท่าที่ทำท่าได้ ให้ทำซ้ำๆ เมื่อกางแขนสุดให้ค้างไว้ นับ 1-5 แล้วจึงให้แขนแนบชิดลำตัว
 - 5.2 ท่ายกไหล่ไปด้านหน้า จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกแขนข้างขวาขึ้นเหนือศีรษะ โดยใช้มือข้างซ้ายพยุงบริเวณข้อศอก ออกแรง ดันแขนให้ยืดมากที่สุดเท่าที่ทำท่าได้
 - 5.3 ท่าหมุนแขนเข้า จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขนเท่าที่ทำท่าได้ แขนขวาให้งอข้อศอก 90 องศา ออกแรง หมุนแขนไปทางปลายเท้า ท่าที่ทำท่าได้
 - 5.4 ท่าเอื้อมแขนไปด้านหลังข้าม ในท่านอนหงาย ยกแขนขวาแล้ววางมือบนไหล่ด้านซ้าย ใช้มือซ้ายพยุงบริเวณข้อศอก ออกแรงดึงไปทางไปทางด้านซ้ายเท่าที่ทำท่าได้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ กลั้นปัสสาวะได้

2. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ประเมิน ADL เท่ากับ 10 คะแนน สิ่งที่ได้เพิ่มเติม ได้แก่ ตักอาหารได้ การล้างหน้า หวีมต้องการการช่วยเหลือ สามารถนั่งได้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมเสื้อผ้า การอาบน้ำ

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะกระดูกหักต้นแขนขวาและการพักผ่อนได้ **การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 2 (Self care deficit : SCD)**

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการเจ็บปวดบริเวณกระดูกหักที่ต้นแขนขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีกระดูกต้นแขนขวาหัก On U slab ต้นแขนขวา นาน 1 เดือน
2. ผู้ป่วยบ่นปวดต้นแขนขวา ประเมิน Pain score =4 คะแนน
3. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย หน้ามืดวิงเวียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอาการปวดต้นแขนขวา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน

1. pain score น้อยกว่า 4 คะแนน
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีหน้า ทำทางสดชื่นขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาล **สนับสนุนและให้ความรู้**

1. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกต และประเมินอาการปวด บวม ชา บริเวณแขนขวาใส่เฝือกไว้เป็นประจำทุกวัน โดยการกระดกนิ้วมือ ขยับปลายนิ้วมือ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติจัดทำทางนอนให้ถูกต้องโดยการนอนหงายใช้หมอนรอง 1 ใบ โดยวางแขนขวาที่ใส่เฝือกบนหมอนข้างลำตัว หรือถ้าผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ให้ประคองวางบนหมอน ให้แขนสูงจากระดับหัวใจเล็กน้อย ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดลดอาการปวด บวม

3. แนะนำให้ญาติผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆ ให้ปลอดภัย แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

4. ทบทวน เน้นย้ำ ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้ามในขณะที่ใส่เฝือกที่แขนขวา ดังนี้

4.1 ไม่ควรให้เฝือกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนเฝือกแตก ขำรุด

4.2 ห้ามให้พื้นเฝือกเปียก หรือ ถูกน้ำ หรือ ถูกความร้อน

4.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในเฝือก จะทำให้ผิวหนังถลอก

เกิดบาดแผล บริเวณเฝือกได้

4.4 ห้ามตัดทำลายเฝือก หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับเฝือกออกเอง

4.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในเฝือก ห้ามจิก ห้ามถ่างเฝือกออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆเข้าไปเกา เพราะ จะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ถลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้

5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้เฝือกบ่อยๆ วันละ 2-3 รอบ และ กระดกนิ้วมือที่อยู่ใต้เฝือกบ่อยๆ วันละ 2-3 รอบ และ กระดกข้อเท้าขึ้นและลงค้างไว้ 5-10 วินาที และ การฝึกการขยับข้อมือให้ฝึกทำบ่อยๆเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

6. ทบทวน เน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล วิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในขณะที่ใส่เฝือกที่แขนขวา ดังนี้

6.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการชา ผิวหนังนิ้วมือหรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่ฝีกมีสีเขียว หรือซีดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วมือได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือน้ำหนองไหลออกมาจากฝีก

6.2 สังเกต ตรวจดูลักษณะฝีก หากลักษณะฝีก ช้ำ รุด ได้แก่ ฝีกคับแน่นเกินไป ฝีกหลวม ฝีกบวม ฝีกแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในฝีก

7. แนะนำการใช้ยาให้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวด ดังนี้

- ยาแก้ปวด และคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหารเช้า-เย็นสังเกตอาการคลื่นไส้ ปากแห้ง มองเห็นภาพไม่ชัด

- ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 hr หากมีอาการปวดในช่วง 4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน

- กรณีรับประทานยาแก้ปวด Paracetamol นาน 4 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น หากมีอาการปวด เท่ากับหรือมากกว่า 5-6 คะแนน ให้ใช้ ยา Tramadol (50 mg) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก

8. แนะนำ ให้ผู้ป่วยและญาติ ฝึกการสังเกตภาวะแทรกซ้อน และ อาการผิดปกติของผิวหนัง โดยรอบฝีกที่แขนข้างขวา เป็นประจำทุกวัน ได้แก่ ปวด บวม ชา อ่อนแรง มีแผลลอก ควรพบแพทย์ก่อนวันนัด การประเมินผล

1. ปวดต้นแขนขวา pain score 2 คะแนน

2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักได้

TSCD 3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 3 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยการรักษาโดยใช้ยา รับประทาน Glipizide (5)1*2 ac เข้า เย็น

2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา บางวันไม่หิว ก็จะไม่รับประทานอาหารเช้า

3. ผู้ป่วยทานอาหารรสเค็ม รับประทานข้าวเยอะ ชอบดื่มน้ำหวานและรับประทานผลไม้

4. ผลตรวจเลือด FBS เท่ากับ 76 mg/% เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น ชีพ สับสน หายใจตื้นซ้ำ ชักเกร็ง

2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองโรคเบาหวานเพื่อทราบพื้นฐานความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใช้เป็นข้อมูลวางแผนการให้คำแนะนำ

3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสมผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย บอกผู้ป่วยให้ทราบว่าอาหารเบาหวานอาจแบ่งได้ 3 ประเภทดังนี้ ประเภทที่ 1 ควรรับประทานได้แก่ ขนมหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น ประเภทที่ 2 รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ ขนมปัง และให้จำกัดข้าว 3-4 ทัพพี/มื้อ ประเภทที่ 3 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทานยา Glipizide (5) 1 tab oral bid ac ให้ตรงเวลาก่อนอาหาร 30 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีผื่นแดงตามผิวหนัง มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้นและคอ นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีอาการอื่น ๆ เช่น มีรอยฟกช้ำ เลือดออกง่าย มีอาการเหนื่อย หายใจสั้นและหัวใจเต้นเร็ว มีอาการคัน ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีเข้ม มึนงง ปวดศีรษะ หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์ทราบ หากมีอาการผิดปกติ ให้พบแพทย์

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ หากมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่

5.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึ่พจรเต้นเร็ว เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หนาวสั่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด สายตาพร่ามัว เหงื่อออกมาก ซึม อ่อนเพลีย ผิวกายแห้งกร้าน น้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ใจสั่นหวิวหรือคล้ายจะเป็นลม มีตัวเย็นขึ้น ถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์

5.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม สับสน หายใจมีกลิ่นคาว ชักเกร็ง หหมดสติ ให้รีบส่งโรงพยาบาลทันที

6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยบุตรชายช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม เพราะการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง

7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องและติดตามผล โดยการให้บุตรชายบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ได้แก่ อาการผิดปกติต่างๆ ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหารเป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองเช่น ให้ผู้ป่วยบันทึกอาหารย้อนหลัง 3 วัน/สัปดาห์ การทบทวนปัญหา อุปสรรค และ ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรายสัปดาห์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้ถูกต้อง

TSCD 4 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากความเสี่ยงแผลกดทับการป้องกันอันตรายต่อชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และมีความเป็นอยู่ที่ดี

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังบริเวณเข่าข้างขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้นแขนขวา On U Slab นาน 1 เดือน จำกัดการเคลื่อนไหว
2. ผู้ป่วยสูงอายุพิการตดระดับได้เข้าทั้ง 2 ข้าง
3. งดใช้ยาเทียม 1 เดือน

4. ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เข้าข้างขวา ขนาด 2 *1*0.2 เซนติเมตร

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรังที่เข้าขวา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมิน

1. ลักษณะแผลเรื้อรังที่เข้าขวาดีขึ้นจากเดิม ได้แก่ ไม่มีหนอง ไม่มีอีกเสบวมแดง ไม่มีกลิ่น ไม่มีเนื้อมีตาย
2. ขนาดแผลที่เข้าเล็กลง พบเนื้อเยื่อแผลสร้างใหม่

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติการดูแลแผลเรื้อรังที่เข้าขวา ดังนี้
 - 1.1 สังเกตลักษณะแผลทุกวัน หากพบว่า มีอาการ บวม แดง ร้อน ปวดมากขึ้น มีหนอง มีเนื้อมีตายที่แผล ให้พบแพทย์ก่อนวันนัด
 - 1.2 จัดหาอุปกรณ์ซับเข้าเมื่อต้องเคลื่อนย้ายตัว เป็นการลดแรงกดทับ บริเวณแผลที่เข้า
 - 1.3 งดใช้ขาเทียม ในระหว่างที่แผลเรื้อรังยังไม่หายเป็นการลดแรงกดทับบริเวณแผล
 - 1.4 จัดท่าทางการนอนคว่ำนอนหงาย หรือการนอนตะแคงด้านซ้าย เพื่อให้เข้าได้พัก ไม่กดทับ
 - 1.5 อธิบายถึงผลดีให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการทำแผลอย่างต่อเนื่องทุกวัน วิธีการทำแผลใช้น้ำเกลือล้างแผลทำความสะอาดรอบแผล ทำความสะอาดแผลวันละ 1 ครั้ง อย่างเบามือ โดยเช็ดจากด้านในแผล ออกนอกแผลห่างจากขอบแผลประมาณ 1 นิ้ว แล้วปิดด้วยก๊อสปิดแผล
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยมีการให้เตรียมน้ำใสในขวดน้ำ 1.5 ลิตร จำนวน 1 ขวด ไว้ใกล้เตียง โดยแบ่งดื่มน้ำทั้งวัน เช้า กลางวัน และเย็น ส่วนในช่วงก่อนนอนให้ทาน 2 ครั้ง โดยจัดเตรียมน้ำใสขวดน้ำขนาด 600 มิลลิลิตร 1 ขวด
3. ให้แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ดังนี้
 - 3.1 อธิบายญาติในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน โดยจำกัดอาหารประเภทแป้ง ข้าวสุก ให้รับประทานมื้อละ 1 ทัพพี งดอาหารที่มีน้ำตาลสูงทุกชนิด เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันร่างกายผู้ป่วยไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้แผลติดเชื้อ เลือดไปเลี้ยงได้ไม่ดี จะทำให้แผลหายช้า
 - 3.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติจัดเตรียมและรับประทานอาหารที่มีโปรตีน ได้แก่ ไข่ขาว ปลา อาหารทะเล เนื้อแดง และถั่วเปลือกแข็ง การรับประทาน ผัก ผลไม้ ที่มีวิตามินซี เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผิวหนังมีความแข็งแรง ยืดหยุ่น ได้ดียิ่งขึ้น สร้างเนื้อเยื่อใหม่ เช่น ฝรั่ง ส้มโอ มะขามป้อม บล็อกโคลี สับปะรด ผักบุ้ง ผักโขม ผักคะน้า ไข่แดงส่วนวิตามินเอ เช่น ปลา ผักใบเขียว แครอท มันม่วง

การประเมินผล

1. แผลเรื้อรังที่เข้าดีขึ้นไม่มีหนอง ไม่มีเนื้อมีตาย ไม่มีกลิ่น ไม่มีบวมแดงร้อน
2. ขนาดแผลที่เข้าลดลงน้อยกว่าขนาด 2 *1*0.2 เซนติเมตร

TSCD 5 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า กลัวเป็นภาระญาติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บ่นเบื่อชีวิต วิตกกังวลกับโรคที่เป็นบอกว่าจะเดินได้เหมือนเดิมหรือเปล่า

2. ประเมิน 9 Q เท่ากับ 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความซึมเศร้าของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
3. ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 ลดลงน้อยกว่าเท่ากับ 12 คะแนน
4. ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า 9 Q ลดลงน้อยกว่า 12 คะแนน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่อ่อนโยนทุกครั้งเพื่อลดความซึมเศร้า
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเพื่อประเมินการรับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถและสิ่งแวดล้อมจริงของผู้ป่วย
3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของภาวะกระดูกหักการรักษาพยาบาลคร่าวๆและแนะนำวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านกับการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
4. ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์การตรวจตามนัด ในระหว่างที่ผู้ป่วยต้องใช้ On U Slab นาน 1 เดือน ตลอดจนการและการรักษาพยาบาลโดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล
5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่ร่วมกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
6. สังเกตพฤติกรรมต่างๆ ให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และนัดญาติให้มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรงเพื่อวางแผนการพยาบาลในครั้งถัดไป
7. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
3. ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 9 คะแนน
4. ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า ลดลง คะแนน 9 Q ผลเท่ากับ 10 คะแนน

TSCD 6 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยและมีการป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำอันตรายต่อชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และมีความเป็นอยู่ที่ดี

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุเคยมีประวัติหกล้มซ้ำ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
2. ผู้ป่วย กระดูกหักที่ต้นแขนขวา ใส่เฝือก U Slab
3. ผู้ป่วยมีความพิการตาซ้ายหลับไม่สนิท การมองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว V/A 1/60

4. ผู้ป่วยตัดขาระดับใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง
5. งดใช้ยาเทียม 1 เดือน
6. ผู้ป่วยสูงอายุใช้ยามากกว่า 5 ชนิด ได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวานยาทาน Glipizide 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ASA(81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ยา Simvastatin (10) วันละครั้ง ก่อนนอน ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อNorgesic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ยา Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง
7. ผู้ป่วยกลัวการหกล้มซ้ำ เท่ากับ 11 คะแนน : ระดับปานกลาง
8. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 55 คะแนน มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมิน ป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ
2. ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้
2. คะแนนความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มลดลง น้อยกว่า 55 คะแนน
3. คะแนนการกลัวการหกล้มลดลง น้อยกว่า 11 คะแนน
4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ เพิ่มเติม

1. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การกลัวภาวะหกล้ม พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เพื่อวางแผนการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยใช้คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะหกล้มและการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ

3. การสอน สาธิต ผู้ป่วย ร่วมกันการฝึกวิธีการฝึกการทรงตัว ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังใส่เฟือกแขนขา แนะนำให้ผู้ช่วยการออกกำลังกายบนเตียง ในท่านอน โดยออกกำลังกายอย่างง่ายทุกวัน วันละ 2-3 ครั้งตามความสะดวกของผู้ป่วย เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและขา เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้

3.1 ทำพอนคลายฝ่ามือทำพอนคลายฝ่ามือ ใช้มือจับนิ้วทั้ง 4 นิ้ว ได้แก่ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย จากนั้นเหยียดให้ตรงและใช้มืออีกข้างกลางนิ้วโป้งของผู้ป่วยออก นับ 1-20 ทำนี้ช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อฝ่ามือและทำให้ผู้ป่วยพอนคลายมากขึ้น

3.2 ทำกางนิ้วกางนิ้วมือแต่ละนิ้วออกนับ 1-20 ทำให้ครบทุกนิ้วและทำทั้ง 2 ข้าง ทั้งนิ้วมือข้างซ้ายและนิ้วมือข้างขวา เน้นความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของมือ ป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและข้อต่อ

3.3 ทำกำมือและแบมือนอนหงายกำมือและแบมือ ข้อมือและนิ้วมือโดยทำซ้ำ 20 รอบทั้งมือด้านซ้ายและด้านขวา

3.4 การออกกำลังกายบนเตียงต่อขา สามารถทำได้ โดยการ ยกขาทั้ง 2 ข้างทำท่าปั่นจักรยานบนอากาศ ให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ทำ10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น ทำวันละหลายๆครั้งเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ

4. แนะนำญาติในเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากการหกล้มซ้ำ ได้แก่

4.1 ห้ามวางสิ่งกีดขวางทางเดินไม่ให้มี ผ้าเช็ดเท้า สายไฟ

4.2 เปิดไฟให้สว่างเพียงพอทั้งบริเวณเตียง ทางเดินและในห้องน้ำ

4.3 การจัดหาเตียงอย่างกันลื่นในส่วนของที่อาบน้ำ

4.4 การจัดหาเก้าอี้ที่นั่งที่มีความสูงพอเหมาะกับสรีระผู้ป่วย

4.5 จัดให้มีอุปกรณ์กระดี่งไว้ที่ห้องน้ำ เพียงผู้ป่วยสามารถให้ผู้ป่วยใช้เรียกญาติผู้ดูแลได้ตลอดเวลา

5. ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ จากข้อมูล ผู้ป่วยสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ในแต่ละมื้อ ควรรับประทานเนื้อสัตว์ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ดังนั้นในหนึ่งวันควรรับประทานเนื้อสัตว์ 9 ช้อนโต๊ะต่อวัน

6. ให้คำแนะนำการสังเกต เฝ้าระวังการใช้ยา และผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยใช้ยา มากกว่า 5 ชนิด ขึ้นไปหากผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ มึนงง เหนื่อยล้า ง่วงนอนบ่อย ตาพร่ามัว หากมีอาการให้มีการจดบันทึก เพื่อประเมินความเสี่ยงการใช้ยา แจ้งให้แพทย์ทราบ ยาที่ผู้ป่วยใช้ ต้องเฝ้าระวังได้แก่

6.1 ยา Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ มีอาการเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว มึนงง ปวดศีรษะ

6.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด Aspirin (81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ ปวดศีรษะ ง่วงซึม รู้สึกสับสน

6.3 ยา Simvastatin (10) วันละครั้ง ก่อนนอน ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจตื้น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ

6.4 ยา Norgesic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ มองเห็นภาพไม่ชัด มึนงง ง่วงซึม

6.5 ยา Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ ง่วงซึม วิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ

7. ประสาน อสม. เพื่อการวางแผนร่วมกันในการช่วยเฝ้าระวังหกล้มซ้ำ การให้การช่วยเหลือ ติดตาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ การสำรวจสิ่งของที่เป็นอันตรายในบ้าน และรอบๆบ้าน การจัดวางและการใช้เครื่องเรือนที่เหมาะสม การปรับปรุง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้
2. ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ลดลง ผล 50 คะแนน
3. การกีดขวางการหกล้มลดลง ผล 8 คะแนน : มีความกีดขวางการหกล้มระดับปานกลาง
4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม

การติดตาม กรณีศึกษา ที่ 2 เยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 11 สิงหาคม 2566 10.00 น) ที่บ้าน

สภาพทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศชาย อายุ 80 ปี นั่งอยู่บนเตียง สีหน้าเรียบเฉย มีความพิการนิ้วหักงอ หดสั้น มีหูตึงทั้ง 2 ข้าง ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิทขนาด 1 เซนติเมตร มีน้ำตาไหล ตาข้างขวาหลับตาคิด ตาทั้ง 2 ข้าง มองเห็นไม่ชัด มีความพิการตัดขาดเข้าทั้ง 2 ข้าง มือทั้ง 2 ข้างหักงอหดสั้น ภายหลังถอดเสื้อกึ่งที่แขนขวา เมื่อ 29 กรกฎาคม 2566 ยกแขนขวาได้ไม่สุด บ่นปวดต้นแขนขวาเล็กน้อย บ่นกลัวหกล้ม พูดคุยโต้ตอบได้โดยใช้เสียงดัง รับประทานอาหารได้เองโดยใช้แขนซ้าย แผลเรื้อรังที่เข้าขวาขนาด 1.5 * 0.5*0.1 เซนติเมตร

สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพารุนแรง ADL เท่ากับ 10 คะแนน (เกณฑ์คะแนนเท่ากับ 9-11 คะแนน) ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืนออกจากระ (2) การกลืนปัสสาวะ (1) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

- ประเมิน 9Q ผลเท่ากับ 10 คะแนน : มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

- ประเมินกลไกการกลืนฉบับสั้น ผล 8 คะแนน : กลไกการกลืนระดับน้อย

- ประเมิน pain score ผลเท่ากับ 1 คะแนน : ความเจ็บปวดระดับน้อย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนจำหน่าย ในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception) : รู้สึกตัวดี สีน้าวิตกกังวล มีความซึมเศร้า ถ้ามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การได้กลิ่น และการรับรสปกติสามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณพยาบาลและทราบว่าตนเองต้องดื่มน้ำชาเทียม นาน 1 เดือน มีแผลเรื้อรังที่เข่าขวา

1.2 ความจำ (Memory) : ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น บอกถึงอาหารที่รับประทานมื้อต่างๆ ในระหว่างวันได้ และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability) : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ป่วยในครั้งนี้แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนต้องมีญาติช่วยเหลือบางส่วนเช่น การเตรียมอาหาร การขึ้นลงบันได

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) : ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นตนเอง ป่วยเคยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา แพทย์ให้มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปี และโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 นาน 6 เดือน ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest) : ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจทุกครั้งที่มีการสนทนา

1.6 ความตระหนักในสภาวะของตนเอง (Self Awareness) : ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา จากการหกล้มครั้งที่ 3 ในรอบปีที่ผ่านมา และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance) : ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเคยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา จากการหกล้มครั้งที่ 3 ในรอบปีที่ผ่านมา และยอมรับว่าตนเองมีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน และรับประทานยาสม่ำเสมอโดยญาติจัดยาให้ และรับประทานอาหารเสริมแต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) : ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจากการทรงตัวไม่มั่นคงเพียงพอ ทำให้มีความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การรับประทานอาหารรสเค็ม เกิดโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) : ผู้ป่วยรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลที่ต้องเป็นภาระของภรรยา บุตรชาย มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีรายได้จากเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อรัง

2. ความสามารถในการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ผู้ป่วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเอาใจใส่ดูแลตนเองดี น้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติเป็นอาหารไม่ต้องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยทานรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นผู้จัดยาให้

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกาย ใช้มือขวา ตักอาหารได้ สามารถใช้ขาเทียมในการเดินเข้าห้องน้ำได้

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยข้อจำกัดเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย แต่เคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ด้านซ้ายได้ปกติ

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้มือทั้ง 2 ข้าง ตักข้าวได้ ใช้เท้าข้างซ้ายขยับเปลี่ยนท่าทางได้

2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ การใช้มือขวา ยกไหล่ขวาได้ปกติ

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม หลังจากนั้นตรวจตามนัดตามแผนการรักษา ของแพทย์โดยให้ญาติพาไปตรวจตามนัดต่อเนื่อง

2.7 การเสาะแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการเสาะแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการผิดปกติในบางครั้งจะซื้อยาทานเอง หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากยังมีข้อจำกัดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียง การยกขาซ้ายในตอนเช้าทุกวัน เคลื่อนที่ภายในบ้านได้

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ที่บ้านได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายบนเตียงการทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร ทารใส่เสื้อผ้า

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand : TSCD) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางญาติจัดเตรียมมาให้บริเวณที่โต๊ะวางจานข้าวใกล้ๆ เพียงสามารถตักทานข้าวได้โดยใช้มือซ้าย อาหารธรรมดา รสจัดทุกครั้งผู้ป่วยเติมน้ำปลาเองเป็นบางครั้ง มีดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำ วันละ 1 ขวด

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระปกติ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และพักผ่อน : คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วย ตักอาหารเองได้ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ สามารถลุกนั่งได้บนเตียง การเคลื่อนที่ตัวเองภายในห้องได้โดยใช้รถเข็นนั่ง ยังไม่ได้ใช้ใส่ขาเทียม เนื่องจากมีแผลที่เข้าขาขนาด $1.5 \times 0.5 \times 0.1$ เซนติเมตร การเอื้อมมือหยิบของใช้ได้ การสวมใส่เสื้อผ้าเริ่มสวมเสื้อได้ การขึ้นลงบันได 1 ชั้นไม่ได้ การอาบน้ำได้เองแต่ต้องมีญาติช่วย กลั้นอุจจาระได้ปกติ กลั้นปัสสาวะได้ ไม่มีปัญหาการนอนหลับเข้านอนเวลา 22.30 น. หลับๆ ตื่นๆ ตื่นนอนเวลา 05.00 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้แขนข้างขวา การเอื้อมมือหยิบของใช้ไม่ได้ เตรียมอาหารเองไม่ได้ ขึ้นลงบันไดไม่ได้ การอาบน้ำได้เองแต่ต้องมีญาติช่วย ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเงียบเฉย ชอบอยู่คนเดียว ไม่สูงส่งกับเพื่อนบ้าน มีความรับผิดชอบสูง ไม่ขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น สามารถอยู่คนเดียวได้

สรุป : ผู้ป่วยขาดความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ผู้ป่วยมีเคยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ภายหลังถอดเฝือกออก มี อาการปวดต้นแขนข้างขวาเล็กน้อย 1 คะแนน ข้อมูลการป้องกันการป้องกันอันตรายต่อชีวิต ดังนี้

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ADL ผลเท่ากับ 10 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหวีผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

- ผู้ดูแลมั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปโดยรถนั่งมีล้อเลื่อนภายในห้อง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ยังมีแผลที่เข้าขา แผลเรื้อรังที่เข้าขาขนาด $1.5 \times 0.5 \times 0.1$ เซนติเมตร

-ผู้ป่วยมีความซึมเศร้าเล็กน้อยประเมิน 9Q ผลเท่ากับ 10 คะแนน

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตไม่เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง กับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุน กระบวนการ ของชีวิต

ข้อมูล : ผู้ป่วยเข้าเรียนรับการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัยจนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ได้รับการ สงเคราะห์เบี้ยคนพิการ มีหนี้สิน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องหนี้สิน

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา ช่วยเหลือ ตัวเองได้บางส่วน

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองเป็นเคยมีภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนขวา เริ่มใช้ชา เทียมในการเดินเข้าห้องน้ำได้ มีการทรงตัวไม่ดี ยังรู้สึกเบื่อชีวิตเป็นบางครั้ง

สรุป : ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีเคยมีภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ภายหลังถอดเฝือก U Slab กระดูกต้นแขนติดดีจากการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลเฝือกในระหว่างอยู่ที่บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนยังม ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำจากการทรงตัวไม่ดี พยาบาลชุมชนได้ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือ ปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่บ้าน

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติทราบว่ากระดูกหักต้นแขนข้างขวา แต่ยังคงมีความพร้อมใน การดูแลตนเอง มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ป้องกันการหกล้มซ้ำ มีความไม่สุขสบายจากอาการปวด ต้นแขนข้างขวาเล็กน้อย การจัดการอาการซึมเศร้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ ความเสี่ยงจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ และการทรงตัว การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่มีกระดูกหักอีกครั้งเพราะคิดว่าเป็นจากการไม่ระวังในการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถนั่งล้อเลื่อนทำให้ตกจากเตียง

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับการหกล้มทำให้กระดูกหัก มีภาวะพึ่งพาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

สรุป : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเองขณะใส่เฝือก

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นวางแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ยกแขนขวาไม่สุด ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม เพิ่มการพยาบาล ดังนี้

กิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติม

1. การประเมินกำลังความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายหลังถอดเฝือกที่แขนขวา เมื่อ 29 กรกฎาคม 2566

2 สอน สาธิต ทบทวน ให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายภายหลังการถอดเฝือกในช่วงสัปดาห์แรก เป็นการออกกำลังกายเพื่อให้มีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มความยืดหยุ่นของไหล่เป็นการใช้แรงเล็กน้อย ในแต่ละท่าให้ทำท่าละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง ได้แก่

2.1 ท่าหมุนแขนออก จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขนออกทั้ง 2 ข้าง ให้กางแขนออกเท่าที่ทำได้ ส่วนแขนขวาภายหลังถอดเฝือกให้งอข้อศอก 90 องศา ออกแรงหมุนแขนไปทางด้านศีรษะ เท่าที่ทำได้ ให้ทำซ้ำๆ เมื่อกางแขนสุดให้ค้างไว้นับ 1-5 แล้วจึงให้แขนแนบชิดลำตัว

2.2 ท่ายกไหล่ไปด้านหน้า จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกแขนข้างขวาชูขึ้นเหนือศีรษะใช้มืออีกข้างช่วยพยุงบริเวณข้อศอก ออกแรงดันแขนให้ยืดมากที่สุดเท่าที่ทำได้

2.3 ท่าหมุนแขนเข้า จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขนเท่าที่ทำได้ แขนขวาให้งอข้อศอก ขวา 90 องศา ออกแรง หมุนแขนไปทางปลายเท้า เท่าที่ทำได้

2.4 ท่าเอื้อมแขนไปด้านหลังข้าม ในท่านอนหงาย ยกแขนขวาแล้ววางมือบนไหล่ด้านซ้าย ใช้มือซ้ายพยุงบริเวณข้อศอก ออกแรงดึงไปทางไปทางด้านซ้ายเท่าที่ทำได้

3. สอน สาธิต แนะนำให้ญาตินำกะละมัง และเตรียมน้ำอุ่น แล้วให้ผู้ป่วยแช่มือขวาทุกวันช่วงเช้า วันละ 1 ครั้ง ใช้เวลานาน 10- 15 นาที ในขณะที่แช่มือให้ผู้ป่วยขยับมือ กำมือ แบบมือ ในน้ำ

4. การฝึกการหนีบผ้าด้วยไม้หนีบ ให้ญาตินำไม้หนีบผ้าที่ผู้ป่วยเคยใช้มาให้ผู้ป่วยฝึกหนีบเสื้อของผู้ป่วยทุกวัน เท่าที่ผู้ป่วยทำได้ โดยเริ่มจากการฝึกทำ 10 ครั้ง แล้วจึงเพิ่มจำนวนท่าเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ

5 การฝึกหยอดเหรียญการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความยืดหยุ่นเยื่อหุ้ม ข้อไหล่ สามารถเพิ่มการเคลื่อนไหว และในระยะติดแข็ง สามารถใช้แรงมากขึ้น และค้างนานขึ้น 10-30 วินาทีแต่ไม่ควรค้างนานเกิน 1 นาที

การประเมินผล

1. กำลังกล้ามเนื้อผู้ป่วย เกรด 4 ยังยกแขนขวาไม่สุด
2. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ต้นแขนขวา อาการปวดลดลงประเมิน pain score 1 คะแนน : ความเจ็บปวดเล็กน้อย ปัญหาหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เข้าข้างขวา ปัญหายังคงมีอยู่ การพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า จากโรคที่เป็นอยู่ กลัวเป็นภาระญาติ ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม มีการพยาบาลเพิ่มเติม ดังนี้

กิจกรรมพยาบาลเพิ่มเติม ดังนี้

1. สอน สาธิต ให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการประเมินกำลังกล้ามเนื้ออกกล้ามเนื้อ แขน ลำตัว ในการหยิบจับสิ่งของ ภายหลังถอดเฝือก จัดทำนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง แล้วใช้ขวดน้ำใสสูงหุ้มแล้วคล้องหูลงในมือให้ผู้ป่วยถนัดผู้ป่วยที่มีน้ำเต็มขวดขนาดพอเหมาะกับมือผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ผู้ป่วยถนัดให้ปล่อยมือข้างลำตัว แล้วขอข้อศอกแบบหงายมือให้ชิดกับลำตัว จนสุดช่วงงอและเหยียดกลับสู่ท่าเริ่มต้น ให้ผู้สูงอายุทำ 2 ครั้ง จับเวลา 30 วินาที แปลผลดังนี้

1.1 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรงมาก ทำได้ มากกว่า 11 ครั้ง

1.2 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรง ทำได้ 11 ครั้ง

1.3 กำลังกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงมีความเสี่ยงต่อการใช้แขนในชีวิตประจำวัน เช่น การยกของทำได้ น้อยกว่า 11 ครั้ง

2. การสอนสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการฝึกการทรงตัว เพิ่มกำลังตอขาทั้ง 2 ข้างและภายหลังการถอดเฝือกที่แขนขวา โดยออกกำลังกายอย่างง่าย ทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง โดยเริ่มต้นในแต่ละท่าทำซ้ำ 10 ครั้ง ตามความสะดวก เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของตอขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้

2.1 ทำเตรียมก่อนออกกำลังกายทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ดังนี้

- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอ ใช้มือข้างซ้ายจับบริเวณเหนือหูด้านขวา จากนั้นค่อยๆ โน้มคอไปคงค้างไว้ นับ 1-15 แล้วสลับข้าง ไม่กลั้นหายใจขณะปฏิบัติ

- การยืดกล้ามเนื้อคอด้านหลัง ประสานมือวางไว้ด้านหลังศีรษะ จากนั้นค่อยๆ โน้มคอไปด้านหน้า ออกแรงจนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อคอด้านหลัง คงค้างไว้ นับ 1-15 แล้วสลับข้าง ไม่กลั้นหายใจขณะปฏิบัติ

- ยืดเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่ สะบัก ยืดแขนขวาไปทางด้านซ้าย แล้วพับแขนซ้ายขึ้นมา ล็อคไว้จากนั้น ค่อยๆ เอี้ยวตัวไปทางด้านขวาแรงจนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อหัวไหล่ สะบัก คงค้างไว้ นับ 1-15 ไม่กลั้นหายใจขณะปฏิบัติ

- ยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ประสานมือทั้ง 2 ข้าง เหยียดแขนไปด้านหน้า จากนั้นพยายามโก่งตัว ยื่นแขนไปข้างหน้าให้มากที่สุด ออกแรงจนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อ หลังส่วนบน คงค้างไว้ นับ 1-15 แล้วสลับข้าง ไม่กลั้นหายใจขณะปฏิบัติ

2.2 การออกกำลังกายตอขาเพื่อการทรงตัวที่ดีป้องกันหกล้มซ้ำ ทำซ้ำ 20 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง ดังนี้

-จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วใช้หมอน 1 ใบหนุนตอขาข้างขวาก่อน กดตอขาขวาลงกับหมอน แล้วเกร็งกล้ามเนื้อ คางไว้ นับ 1-15 จากนั้นให้สลับข้าง

- จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วใช้หมอนรองตอขาทั้ง 2 ข้าง แล้วกดตอขาจากนั้นให้ยกลำตัวขึ้น ค่อยคลายลำตัวลงนับ 1 ครั้ง ทำซ้ำจังหวะสม่ำเสมอเท่าที่ผู้ป่วยทำได้

- จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วใช้หมอน 1 ใบหนุนตอขาข้างขวาก่อน เกร็งปลายตอขา กระดกขึ้นให้เหยียดออกสุดคางไว้ นับ 1-5 แล้วจึงค่อยคลายตอขาทำสลับทั้ง 2 ข้าง ทำข้างละ 10 ครั้ง

- จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ทับข้างปกติ ออกแรงกางตอขา ขึ้นด้านบนซ้าย คางไว้ นับ 1-5 จากนั้นวางตอขาลง นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำจังหวะสม่ำเสมอเท่าที่ผู้ป่วยทำได้

- จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ทับข้างปกติ ใช้หมอน 1 ใบ รองระหว่างตอขา ออกแรงกดตอขา 2 ข้าง กับหมอนคางไว้ นับ 1-5 จากนั้นค่อยๆคลายออกปล่อยตอขาออกจากหมอน

- จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง ใช้หมอนรองระหว่างตอขาทั้ง 2 ข้าง ออกแรงหนีบขาเข้าหากัน คางไว้ นับ 1-5 จากนั้นค่อยๆ คลายออกปล่อยตอขาออกจากหมอน

- จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง ให้ใช้มือจับผ้าขนหนูทั้ง 2 คลุมปลายตอขา แล้วค่อยดึงเข้าหาตัว คางไว้ นับ 1-5 แล้วจึงคลายมือออก การเพิ่มกำลังแรงกดกล้ามเนื้อตอขา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้
2. ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ลดลง ผล 50 คะแนน
3. การกัลการหกล้มลดลง ผล 8 คะแนน : มีความถี่การหกล้มระดับน้อย
4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) จากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 พบว่าบทบาทของพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เคยมีประวัติหกล้ม ครั้งที่ 3 ทำให้กระดูกหักเกิดปัญหาพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกี่ยวกับการเตรียมอาหาร ยารับประทาน การสวมใส่เสื้อผ้า ญาติจึงเป็นผู้จัดหาอาหาร พยาบาลชุมชนเป็นผู้จัดยาใส่แผงยาให้ญาติกำกับการรับประทานยา เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองที่บ้าน บทบาทพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ให้มีความรู้ เข้าใจ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เยี่ยมครั้งที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเติม ข้อที่ 7 ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
7	ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

TSCD 7 ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล สอบถาม“การเป็นโรคไต ระยะที่ 3 ต้องปฏิบัติตนอย่างไร”
2. ตรวจพบ ค่า eGFR เท่ากับ 55.11ml/min/1.73² เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2666

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 และอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจรักษาก่อนวันนัด

2. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ร่วมกัน

3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติตนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้

3.1 จัดเตรียมอาหาร ประเภทโปรตีน ประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยน้ำหนัก 60 กิโลกรัม สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ 55 กรัม เท่ากับ 6-7 ช้อนโต๊ะ ต่อวัน รับประทานอาหารที่มีโปรตีนในแต่ละมื้อควรแบ่งรับประทานทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรทานโปรตีนในมื้อเดียวดังนี้ การเลือกโปรตีนควรเน้นอาหารที่มีโปรตีนย่อยง่าย เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา เป็นต้น สามารถใช้เนื้อสัตว์สลับกับไข่ขาวในสัดส่วน 1 ต่อ 1 เช่น ไข่ขาว 2 ฟอง เท่ากับ เนื้อสัตว์ 2 ช้อนโต๊ะ

3.2 การดื่มน้ำในแต่ละวัน ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อช่วยให้ไตขับของเสีย ประมาณ 1.5 ถึง 2 ลิตร หรือประมาณ 6-8 แก้ว

3.3 สังเกตอาการผิดปกติ หากพบว่ามีอาการผิดปกติต่างๆ ให้พบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีอาการ บวม กดบวม ตามร่างกาย เช่น หน้า เท้า เปลือกตา เป็นต้น ปัสสาวะเป็นฟอง หรือสีผิดปกติ ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย ซีด ค้นตามร่างกาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หากมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว เห็นยอหอบ หายใจลำบาก ปัสสาวะลดลงมาก หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วผิดปกติ ชัก หมดสติ ให้รีบมาพบแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง

3.4 การจัดเตรียมยาโรคประจำตัวให้กับผู้ป่วยได้แก่ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาไขมัน ให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง เช่น ความดันโลหิต

ควรอยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 mmHg หรือ โรคเบาหวาน ควรให้ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 70-110 mg/dL หรือน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 6.5-7.0

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้

4.1 ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูปทุกชนิด ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก หมูยอ และเนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ เนย น้ำมันมะพร้าว และไข่แดง เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง ธัญพืชต่างๆ บัวผัปลาซาติน ปลาไส้ตัน น้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องในสัตว์

4.2 ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยาชุด ยาแก้ปวดเมื่อยที่ไม่มีทะเบียนยา สมุนไพร อาหารเสริมที่ไม่ได้มาตรฐาน การใช้ยาชนิดต่างต้องอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามและปฏิบัติตามเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง

การติดตาม กรณีศึกษา ที่ 2 ครั้งที่ 3 และ ยุติการดูแล วันที่ 8 กันยายน 2566 10.00 น. ที่บ้าน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศชาย อายุ 80 ปี สีหน้าเรียบเฉย นั่งอยู่บนเตียง มีความพิการตัดขาได้เข้าทั้ง 2 ข้าง มือทั้ง 2 ข้าง มีความพิการนิ้วหักงอหดสั้น มีหูตึงทั้ง 2 ข้าง พูดคุยโต้ตอบได้โดยใช้เสียงดัง บ่นกลัวหกล้ม รับประทานอาหารได้เองโดยใช้แขนขวา ยกไหล่ขวาได้ ตาทั้ง 2 ข้างมองเห็นไม่ชัด ตาข้างซ้ายหลับไม่สนิทขนาด 1 เซนติเมตร มีน้ำตาไหล ตาข้างขวา หลับตาปกติ เปลือกตาล่างทั้ง 2 ข้างไม่ซีด กลืนปัสสาวะได้ กลืนอุจจาระได้ มีแผลเข้าข้างขวาขนาด 0.5 * 0.2*0.1 เซนติเมตร จึงยังไม่ได้ใส่ขาเทียมทั้ง 2 ข้าง

สัญญาณชีพอุณหภูมิทางกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราชีพจร 66 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท

- ประเมินกลไกการหกล้ม ผลเท่ากับ 7 คะแนน : กลไกการหกล้มระดับน้อย
- ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม
- ประเมิน ADL ผลเท่ากับ 11 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหวี

ผมต้องการความช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (2) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

- ประเมิน 9Q เท่ากับ 6 คะแนน : ไม่มีภาวะซึมเศร้า

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

นำข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ข้อมูลภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินตามความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองพื้นฐาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. การดูแลตนเองพื้นฐาน (Foundation capability and disposition) ดังนี้

1.1 การรับรู้ (Perception): รู้สึกตัวดี สีหน้าเรียบเฉย ถามตอบรู้เรื่อง หูตึงทั้ง 2 ข้าง ต้องใช้เสียงดังในการโต้ตอบกับผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง การได้กลืนและการรับรสปกติ สามารถดมกลิ่นอาหารและรับรสอาหารได้ ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนเองเจ็บป่วยและทราบว่าตนเองมีแผลที่เข้าขวา

1.2 ความจำ (Memory) : ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันได้ ไม่มีอาการหลงลืม เช่น บอกถึงอาหารที่รับประทานมื้อต่างๆ ในระหว่างวันได้ และสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้ ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

1.3 ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning Capability): ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับโรค ที่ป่วยในครั้งนี้แต่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนต้องมีญาติช่วยเหลือบางส่วนเช่น การแต่งตัว การหิวผอม การเตรียมอาหาร

1.4 ความรู้ความเข้าใจ (Cognition): ผู้ป่วยสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ ทราบว่าเป็นตนเอง ป่วยเคยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา แพทย์ให้ มีโรค ประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน นาน 10 ปี และโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 นาน 6 เดือน ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยญาติพาไปตรวจทุกครั้ง

1.5 ความตั้งใจ และความสนใจ (Attention and Interest): ผู้ป่วยมีความตั้งใจฟังและสนใจ ทุกครั้งที่มีการสนทนา

1.6 ความตระหนักในสถานะของตนเอง (Self Awareness): ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองป่วยมี ภาวะกระดูกหักต้นแขนข้างขวา จากการหักครั้งที่ 3 ในรอบปีที่ผ่านมา และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3

1.7 การยอมรับตนเอง (Self Acceptance) : ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเคยมีภาวะกระดูกหัก ต้นแขนข้างขวา จากการหักครั้งที่ 3 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และยอมรับว่าตนเองมีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน และรับประทานยาสม่ำเสมอโดยญาติจัดยาให้ และรับประทานอาหารรสเค็มแต่ไม่คิดว่าจะทำให้เกิดโรค ไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.8 ความเอาใจใส่ต่อตนเอง (Self Concern) : ผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดีบนเตียง มีความกลัวภาวะหกล้มทำให้มีความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การรับประทาน อาหารรสเค็ม เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.9 อุปนิสัยส่วนตัว (Habits) : ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลที่ต้องเป็นภาระของภรรยา บุตรชาย มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีรายได้จากเบี้ยเลี้ยงสวัสดิการโรคเรื้อรัง

2. ความสามารถด้านการใช้พลังส่วนบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง (Power Components of Self-Care Agency) ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

ในระยะแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเอาใจใส่ดูแลตนเองดี ประมาณ 10 ปีก่อนผู้ป่วย สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังมีบางครั้งชอบรับประทานอาหารเค็ม และขนมหวาน ผู้ป่วยทานยาโรคประจำตัวสม่ำเสมอ โดยญาติเป็นผู้จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และไปตรวจรักษา ตามนัดทุกครั้ง

2.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม และใช้พลังงานของร่างกาย ใช้มือขาตักอาหารได้ เคลื่อนที่ในบ้านได้ ใช้รถเข็นนั่ง

2.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ผู้ป่วยข้อจำกัดเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเนื่องจากถูกตัดขาใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ภายในบ้าน โดยใช้รถเข็นนั่ง ยังไม่ได้ใส่ขาเทียม

2.4 การใช้เหตุผล

ผู้ป่วยสามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การใช้มือขาตักข้าวได้

2.5 แรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คือ ผู้ป่วยอยากกลับไปเดินได้อีกครั้ง

2.6 การตัดสินใจ

ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม กระดูกต้นแขนที่หักภายหลังถอด U slab หลังจากนั้น ทำกายภาพตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้ญาติพาไปทำกายภาพบำบัดได้ต่อเนื่อง

2.7 การแสวงหา และนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยขาดการแสวงหาความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากคิดว่าเมื่อมีอาการ ผิดปกติในบางครั้งจะซื้อยาทานเอง หรือเจ็บป่วยมากจะจะให้ญาติพาไปตรวจทันที

2.8 การใช้ทักษะในการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา สามารถกลับมาใช้งานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

2.9 การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียง

2.10 การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของกิจกรรมที่ควรปฏิบัติได้ โดยหลังจาก เจ้าหน้าที่และญาติช่วยทำความสะอาดร่างกายเสร็จผู้ป่วยมีการออกกำลังกายบนเตียง

3. ความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self – Care Demand : TSCD)
เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องกระทำสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – Care Requisite) ดังนี้

3.1.1 อากาศ : การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีลักษณะหายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในเรื่องอากาศ

3.1.2 อาหารและน้ำ : การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ข้อมูล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางญาติจัดเตรียมมาให้บริโภคน้ำที่โต๊ะวางจานข้าว ใกล้ๆ เพียงสามารถดื่มน้ำได้โดยใช้มือซ้าย อาหารธรรมดา รสจัดทุกครั้งผู้ป่วยเติมน้ำปลาเองเป็นบางครั้ง

สรุป : ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการของร่างกาย

3.1.3 การขับถ่ายและการระบายของเสีย : คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และ ระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ข้อมูล : ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเองได้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระได้

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีความพร่องในการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระปกติ

3.1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และ พักผ่อน: คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและพักผ่อน

ข้อมูล : ผู้ป่วย ตักอาหารเองได้โดยเริ่มใช้มือขวาให้ญาติช่วยเตรียมอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ สามารถลุกนั่งได้บนเตียงการเคลื่อนที่ตัวเองภายในห้องได้โดยใช้รถเข็นนั่ง มีแผลเข้าข้างขวาขนาด 0.5 * 0.2*0.1 เซนติเมตร จึงยังไม่ได้ใส่ขาเทียมทั้ง 2 ข้าง การสวมใส่เสื้อผ้าเริ่มสวมเสื้อได้ การอาบน้ำได้เองแต่ต้องมีญาติช่วย กลั้นอุจจาระได้ปกติ กลั้นปัสสาวะได้ ไม่มีปัญหาการนอนหลับหลับ นอนเวลา 22.30 น. ตื่นนอนเวลา 05.00 น. นอนกลางวันบ้าง วันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สรุป : ผู้ป่วยเริ่มการใช้แขนข้างขวา การเอื้อมมือหยิบของใช้ได้ เตรียมอาหารเองไม่ได้ ขึ้นลงบันไดไม่ได้ การอาบน้ำได้เองแต่ต้องมีญาติช่วย ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ

3.1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : คงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อมูล : ผู้ป่วยเจ็บเฉย ชอบอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน มีความรับผิดชอบสูง ไม่ขอความช่วยเหลือจากคนอื่นถ้าไม่จำเป็น สามารถอยู่คนเดียวได้

สรุป : ผู้ป่วยขาดความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต : การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี

ข้อมูล : - ภายหลังถอดฝือกออก ผู้ป่วยสามารถยกไหล่ข้างขวาได้ ข้อมูลการพร้อมการป้องกันอันตรายต่อชีวิต ดังนี้

- ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง ADL ผลเท่ากับ 11 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวผ้มต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลืนอุจจาระ (2) การกลืนปัสสาวะ (2) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

- ผู้ดูแลสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปโดยใช้รถเข็นนั่ง และจากรถเข็นมีล้อเลื่อนภายในห้อง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน กลัวหกล้มเล็กน้อย

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมิน 9Q ผลเท่ากับ 6 คะแนน :

- ผู้ป่วยมีแผลเข้าข้างขวาขนาด 0.5 * 0.2*0.1 เซนติเมตร จึงยังไม่ได้ใส่ยา

ทายาทั้ง 2 ข้าง

สรุป : ผู้ป่วยมีการป้องกันอันตรายต่อชีวิตไม่เหมาะสม

3.2 ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ ดังนี้

3.2.1 ต้องการระดับการพัฒนาการตามวัยคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการ ของชีวิต

ข้อมูล : ผู้ป่วยเข้าเรียนรับการศึกษาถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ต่อมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงย้ายเข้ามาพักที่ชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัยจนกระทั่งสร้างครอบครัวตนเอง ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยคนพิการ มีหนี้สิน

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่อง หนี้สิน

3.2.2 ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อได้ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักต้นแขนขวา ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ภายหลังถอดฝือกออก มี อาการปวดต้นแขนข้างขวาเล็กน้อย 1 คะแนน ข้อมูลการพร้อมการป้องกันอันตรายต่อชีวิต ยังมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ADL ผลเท่ากับ 11 คะแนน ผู้ป่วยมั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปโดยใช้รถเข็น และจากรถเข็นมีล้อเลื่อนภายในห้อง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มีความซึมเศร้า ประเมิน 9Q ผลเท่ากับ 6 คะแนน

สรุป: ผู้ป่วยมีความพร้อมในความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

3.3 ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites)

3.3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิผู้พิการ

สรุป : ผู้ป่วยมีการแสวงหาบริการสุขภาพเหมาะสม

3.3.2 การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองเป็นภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนขวาภายหลังถอดเสื้อกระดูกเชื่อมติดดี มีการรับรู้การเจ็บป่วย มีความไม่มั่นใจในการเตรียมอาหาร ตามองเห็นไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง

สรุป : ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความสนใจต่อโรคแต่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน

3.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยมีเคยมีภาวะกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ภายหลังถอดเสื้อ U Slab กระดูกต้นแขนติดดีจากการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลแผลในระหว่างอยู่ที่บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนยังมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำจากการทรงตัวไม่ดี พยาบาลชุมชนได้ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่บ้าน

3.3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ข้อมูล : ผู้ป่วยเคยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา แต่ยังคงมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ภายหลังถอดเสื้อ U Slab กระดูกต้นแขนติดดีจากการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลแผลในระหว่างอยู่ที่บ้าน สามารถยกไหล่ได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนยังมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำจากการทรงตัวไม่ดี พยาบาลชุมชนได้ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ

สรุป : ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการรับรู้การเฝ้าระวังภาวะหกล้มซ้ำ

3.3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

ข้อมูล : ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่มีแผลที่เข้า แผลดีขึ้น ใกล้เคียง

สรุป : ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์

3.3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น

ข้อมูล : ผู้ป่วยและญาติยอมรับให้ญาติกำกับการรับประทานยา ยังการขึ้นลงบันไดไม่ได้ สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านใช้ห้องน้ำได้โดยรื้อขึ้นนั่ง แต่ญาติเตรียมอุปกรณ์ลadders แปรงพื้นไว้ให้สายตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง มีความวิตกกังวลกลัวภาวะหกล้มซ้ำ

สรุป : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ต่อการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 ชี้แจงแผน ใช้ในการเลือกกระบวนการพยาบาลให้มีความต่อเนื่องตามความพร้อมในการดูแลตนเอง จากนั้นเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ตามการดูแลตนเองที่จำเป็น ได้แก่

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตนเอง มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ปัญหาหนักไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ไม่มีอาการ ปัญหาหนักไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ปัญหายังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เข้าข้างขวา ปัญหายังคงมีอยู่ การพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า จาก กลัวเป็นภาระญาติ ปัญหานี้หนักไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ปัญหานี้ยังคงมีอยู่ แผนการพยาบาลคงเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเพิ่มเติม ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวมีภาวะหกล้มซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ในการนำกิจกรรมการพยาบาลไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การบรรลุความต้องการการดูแลทั้งหมด (TSCD) รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีด้วยกัน 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลตนเองทั้งหมด (Wholly compensation nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่

จากการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 2 พบว่าบทบาทของพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เคยมีประวัติหกล้มครั้งที่ 3 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยแล ญาติมีความวิตกกังวลกลัวผู้ป่วยเกิดภาวะหกล้มซ้ำ บทบาทพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ให้มีความรู้ เข้าใจ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถนำข้อมูลการพยาบาลไปดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังรายนี้ได้เหมาะสม

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเติม ข้อที่ 8 ดังนี้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ระบบการพยาบาล
8	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ	ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน และระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

TSCD 8 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 8 (Self care deficit : SCD)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย บ่นกลัวการหกล้ม การทรงตัวไม่ดี งัดใช้ขาเทียม ใช้ รถเข็นนั่งในการเคลื่อนย้ายตัว
2. ประเมินกลัวการหกล้ม ผล 7 คะแนน : กลัวหกล้มเล็กน้อย
3. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีทัศนคติที่เข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม น้อยกว่า 8 คะแนน
4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) น้อยกว่า 51 คะแนน

ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่อ่อนโยนทุกครั้ง เพื่อลดความกลัวภาวะหกล้มซ้ำ และจัดกิจกรรม Family meeting

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆ และตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อความกลัวการหกล้มซ้ำ เพื่อประเมินการรับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย

3. พยาบาลชุมชนประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ ความกลัวต่อภาวะหกล้ม ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. ให้ความรู้ และ เข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ถึงการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเอง ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การมองเห็นไม่ชัด การทรงตัวไม่ดี ขาไม่มีแรง การใช้ รถเข็นนั่งที่ปลอดภัย การใช้ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการ ง่วงซึม ความกลัวการหกล้ม และการเคยมีประวัติหกล้ม มาก่อน ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน ได้แก่ สายไฟ ธรณีประตู การมีพื้นต่างระดับ การมีแสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอโดยเฉพาะทางเดิน โดยใช้ รถเข็นนั่ง ไปห้องน้ำ

4.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การจัดบ้านให้เป็นระเบียบไม่ควรมีสิ่งกีดขวางทางเดินเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม การติดตั้งแผ่นกันลื่นในห้องอาบน้ำและบริเวณอ่างล้างหน้า

4.3 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเพียงพอ เคลื่อนย้ายตัวโดยใช้รถเข็นนั่ง ในระหว่างที่แผลเรื้อรังที่เข้าขวา

4.4 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ สังเกต ฝ้าระวัง การใช้ยาเกี่ยวกับภาวะหกล้มซ้ำ หากผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ มึนงง เหนื่อยล้า ง่วงนอนบ่อย ตาพร่ามัว หากมีอาการให้มีการจดบันทึก เพื่อประเมินความเสี่ยงการใช้ยา แจ้งให้แพทย์ทราบ ยาที่ต้องฝ้าระวัง ได้แก่ ยาทาน Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ได้แก่ มีอาการเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว มึนงง ปวดศีรษะยาต้านการแข็งตัวของเลือด Aspirin(81) วันละ 1 ครั้ง เข้า ได้แก่

ปวดศีรษะ ง่วงซึม รู้สึกสับสน ยา Simvastatin(10) วันละครั้ง ก่อนนอน ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจตื้น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ

5. ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะหกล้ม โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายนี้ประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ แล้วสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

6. ส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุว่า การหกล้มและความกลัว การหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ การให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ แล้ววิเคราะห์เพื่อหาทางป้องกันและควบคุม การหกล้มและความกลัวการหกล้มร่วมกัน

7 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ มีความมั่นใจมากขึ้น
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง
3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม เท่ากับ 7 คะแนน : มีความกลัวการหกล้มระดับน้อย
4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 50 คะแนน : มีความเสี่ยงภาวะ

หกล้มระดับปานกลาง

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพศชาย อายุ 80 ปี ผู้ป่วยหกล้มมีกระดูกหักเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ผล X-Ray : Closed fracture right humerus แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right humerus Chronic Kidney disease Stage 3 Diabetes Mellitus type 2 Osteoarthritis of the knee รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ และให้พักขาขวา โดยหึงดใส่ขาเทียม นาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 29 กรกฎาคม 2566) และ On U slab ขาขวานาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 29 กรกฎาคม 2566) ในระหว่างพักรักษาตัวมีอาการปวดต้นแขนขวา ยกแขนขวาไม่สุด จึงใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีการประเมินอาการปวดซ้ำติดตามอาการอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้ รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 15 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2566รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่18 กรกฎาคม 2566 ถึง. 8 กันยายน 2566 ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง การเข้ารับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจนกระทั่งสามารถจำหน่ายจากการดูแล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วนและระบบพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ผลการดูแลพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาจึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังนี้

ระยะก่อนจำหน่าย

TSCD 1 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต: การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความ เป็นอยู่ที่ดี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

1. ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผลลัพธ์ จากเดิมที่พักอาศัยไม่เหมาะสม ภายหลังที่ผู้ป่วยจำหน่าย ผู้ดูแลปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฝ้าระวังการหกล้มซ้ำระยะฟื้นฟู ได้แก่การปรับปรุงราวจับในห้องน้ำ การทำทางลาด การจัดระเบียบของข้าวในร้าน รถเข็นนั่งในการช่วยเข้าห้องน้ำ สามารถใช้ขาเทียมได้

2. ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำ

ผลลัพธ์ จากเดิมผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแล ต่อเนื่องภายหลังจากการจำหน่ายสู่ชุมชนในเรื่องการรับประทานเฉพาะ อาหารเบาหวาน การบริหารกล้ามเนื้อ แขนและขาซ้าย การรับประทานยาสม่ำเสมอ และอาการผิดปกติที่มาพบแพทย์

ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

TSCD 1 คงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ การพยาบาล ดังนี้

1. ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกหักที่ต้นแขนขวา

ผลลัพธ์ จากผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ที่ใส่ U Slab ที่ต้นแขนขวา มีการติดตามให้การพยาบาลทดแทนบางส่วนและสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว สามารถยกไหล่ขวาได้ ใส่ยาเทียม เดินเข้าห้องน้ำได้ โดยใช้ขาเทียม ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นตามขีดจำกัดของผู้ป่วย ADL=12 คะแนนคะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหิวความต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (2) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (2) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

TSCD 2 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะกระดูกหักต้นแขนขวาและการพักผ่อนได้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักต้นแขนขวา

ผลลัพธ์ การติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง จำนวน 3 ครั้ง มีการประเมินอาการปวด แนะนำวิธีบรรเทาอาการ การบริหารจัดการให้ได้รับยาแก้ปวดอย่างถูกต้อง ไม่มีอาการปวด สามารถจัดการกับอาการรบกวนได้

TSCD 3 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากภาวะกระดูกหักต้นแขนขวาและการพักผ่อนได้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลลัพธ์ มีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง จำนวน 3 ครั้ง หลังให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติได้ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติจากน้ำตาลในเลือดผิดปกติ

TSCD 4 ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

4. ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังบริเวณเข้าข้างขวา

ผลลัพธ์ จากเดิม มีแผลที่เข้าข้างขวา ขนาด $2 \times 1 \times 0.2$ เซนติเมตร เมื่อมีการติดตามการดูแล ผลผู้ป่วยเพื่อประเมินการหายของแผล ดีขึ้น โดยขนาดแผลเข้าข้างขวาขนาด $0.5 \times 0.2 \times 0.1$ เซนติเมตร แผลใกล้หาย

TSCD 5 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

5. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจาก กลัวเป็นภาระญาติ

ผลลัพธ์ จากเดิมผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง จาก กลัวเป็นภาระญาติหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ต่อมาประเมิน ความซึมเศร้า ซ้ำ พบว่าความซึมเศร้ามลดลง

ระดับน้อย เท่ากับ 12 คะแนน : ภายหลังให้การพยาบาลอธิบายการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมการดูแลตนเองร่วมกัน ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือ ทำให้ความวิตกกังวล เท่ากับ 6 คะแนน : มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย และประเมิน 9Q เท่ากับ 6 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า

TSCD 6 คงไว้ซึ่งความปลอดภัยและข้อควรระวังในการใช้รถเข็นนั่ง มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี

ผลลัพธ์ จากเดิมกลัวการหกล้มปานกลาง เมื่อพยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติการสอนสาธิต การส่งเสริมการดูแลตนเองข้อควรระวังในการใช้รถเข็นนั่ง เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ การออกกำลังกล้ามเนื้อ เพื่อให้การทรงตัวดีขึ้น พบว่าผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจได้รับ สามารถใช้รถเข็นนั่งได้โดยมีญาติช่วยเฝ้าระวังทุกครั้ง

TSCD 7 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

7. ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

ผลลัพธ์ จากเดิมความไม่มั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ระยะที่ 3 เมื่อพยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติการสอนสาธิต การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อ ชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 การให้คำแนะนำเพื่อการปรับพฤติกรรม การออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจ มีความรู้และมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3

TSCD 8 คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

ผลลัพธ์ จากเดิมผู้ป่วย มีกลัวการหกล้ม ผล 8 คะแนน : กลัวหกล้มเล็กน้อย มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม ภายหลังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆ การให้ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อลดความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายนี้ ประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ แล้วสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ทำให้ความวิตกกังวลต่อภาวะหกล้มซ้ำลดลงมีกลัวการหกล้ม ผล 7 คะแนน : กลัวหกล้มเล็กน้อย มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 50 คะแนน : มีความเสี่ยงปานกลางต่อภาวะหกล้ม

สรุป หลังจากพยาบาลชุมชนได้ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 3 เดือน ปัญหาของผู้ป่วยทุเลาลงจนไม่เกิดปัญหา หรือ อันตรายผู้ศึกษาจึงยุติการดูแลวันที่ 8 กันยายน 2566 และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลหน่วยงานการพยาบาลชุมชนในการติดตามต่อเนื่องเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลของพยาบาลเยี่ยมบ้านต่อไป

ผลการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	77 ปี	80 ปี
สถานภาพ	หม้าย	สมรส
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
สิทธิการรักษา	ผู้พิการ	ผู้พิการ
วันที่รับไว้ดูแล	18 มกราคม 2566	18 กรกฎาคม 2566
วันที่จำหน่ายจากการดูแล	1 เมษายน 2566	8 กันยายน 2566

จากตารางที่ 6 พบว่า

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยหญิงสูงอายุ อายุมากกว่า 70 ปี มีความพิการ ไม่ได้ประกอบอาชีพ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 สถานภาพหม้าย มีผู้ดูแล ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 สถานภาพสมรส มีผู้ดูแล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ดูแลวันที่ 18 มกราคม 2566 และจำหน่ายจากการดูแลวันที่ 1 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาที่ดูแล 73 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ดูแลวันที่ 18 กรกฎาคม 2566 และจำหน่ายจากการดูแล วันที่ 8 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาที่ดูแล 52 วัน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 7 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ขาขวาที่อกลงบริเวณหน้าแข้ง แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในวันที่ 19 มกราคม 2566	1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2566
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	3 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหัก ที่ขาขวาที่อกลงบริเวณหน้าแข้ง หกล้มขณะเดินด้วย Walker ไปห้องน้ำ ไม่สลบ ไม่มีบาดแผล มีอาการปวดขาขวา ญาตินำส่งห้อง	15 วันก่อน ก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีอาการปวดต้นแขนขวา ยกหัวไหล่ไม่ขึ้น ลื่นไถลลงจากเตียง ไม่สลบ ญาตินำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
	อุบัติเหตุถูกเฉдинตรวจ X-Ray : Closed fracture right Tibia แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right Tibia จึงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 แพทย์รักษา โดยให้ พักขาขวา โดย Absolute bed rest และ On Short leg slab ที่ขาขวา ร่วมกับใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด 1วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยกระดูกหักที่ขาขวาที่อ่อนล้าบริเวณหน้าแข้ง แพทย์วางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566	สถาบันราชประชาสมาสัย ประเมินความปวดผล 6 คะแนน ตรวจ X-Ray : Closed fracture right humerus แพทย์วินิจฉัย Closed fracture right humerus จึงให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย 4 แพทย์ให้การรักษาโดยให้ พักแขนขวา โดย On U slab ไหล่ขวานาน 1 เดือน งดใช้ยาเทียม 1 เดือน ร่วมกับให้ยาบรรเทาอาการปวด อาการทุเลาลง 1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยมีกระดูกหัก ที่ต้นแขนขวา แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2566
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	55 ปีก่อน ผู้ป่วยมีผื่นนูนแดงที่ขึ้นที่แขนและ ขา 2 ข้าง ลักษณะเป็นวงต่างขามีขอบชัด ตรวจรักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย และ ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน รับประทานยาคอร์บิจูบันหายและไม่พบเชื้อโรคเรื้อน มีความพิการนิ้วมือนิ้วเท้าผิดรูป ทั้ง 2 ข้าง 20 ปีก่อน ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย 10 ปีก่อน ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคเบาหวาน รักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย 3 ปีก่อน ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รักษาที่ สถาบันราชประชาสมาสัย 12 เดือน ผู้ป่วยเคยมีประวัติลื่นหกล้มในห้องน้ำ ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่ามีการกระดูกหักที่ขาขวาบริเวณน่องจึงเข้าพักรักษาตัวใน	58 ปีก่อน ผู้ป่วยมีผื่นนูนแดงที่ขึ้นที่แขน 2 ข้าง ลักษณะเป็นวงต่างขามีขอบชัด ได้มาตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย และ ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน รับประทานยาคอร์บิจูบันหายและไม่พบเชื้อโรคเรื้อน มีความพิการนิ้วมือนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง 20 ปีก่อน ผู้ป่วยตัดขาระดับใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง มีขาเทียม ทั้ง 2 ข้าง 15 ปีก่อนเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 10 ปีก่อน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน รักษาด้วยยาต่อเนื่อง ที่ สถาบันราชประชาสมาสัย 5 ปีก่อนเป็นโรคไตเรื้อรัง รักษาด้วยยาต่อเนื่อง ที่ สถาบันราชประชาสมาสัย 12 เดือน ก่อนผู้ป่วยเคยลื่นหกล้มตกเตียงที่บ้าน มีฟกช้ำที่ต้นแขนขวาเล็กน้อย ไปตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ไม่มีกระดูกหัก ที่

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
	โรงพยาบาลด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กด้ามกระดูกขาขวาบริเวณน่อง) ไว้หลังจากฟื้นฟูร่างกายสามารถเดินได้อีกครั้งโดยใช้ Walker 6 เดือน ผู้ป่วยเคยมีประวัติหกล้มเนื่องจากเดินสะดุดพื้นต่างระดับที่บ้าน พบว่า เข่าทั้ง 2 ข้างกระดูกหัก มีรอยฟกช้ำ มีแผลถลอกเล็กน้อยที่ขาซ้าย ตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ตรวจ X-Ray ไม่มีกระดูกหัก ได้รับยาบรรเทาปวด และทายานวดอาการทุเลา 3 เดือนก่อน ผู้ป่วยเคยมีประวัติหกล้มเดินสะดุดผ้าเช็ดเท้า ก้นกระดูกหัก ตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ตรวจ X-Ray ไม่มีกระดูกหัก ตรวจรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ได้รับยาบรรเทาปวด และทายานวด อาการทุเลา	ต้นแขนขวา ได้ยารับประทานอาการทุเลาลง 3 เดือน ก่อนผู้ป่วยเคยหกล้มหน้าห้องน้ำล้ม มีบาดเจ็บเล็กน้อยที่แขนซ้าย ไปตรวจรักษา ที่สถาบันราชประชาสมาสัย ไม่มีกระดูกหัก แขนซ้าย ได้ยารับประทานอาการทุเลาลง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 3 คนผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 1 คน พี่สาวคนที่ 1 อายุ 70 ปี เสียชีวิต น้องชายคนที่ 3 อายุ 65 ปี เสียชีวิต ผู้ป่วยเป็นคนที่ 2 บิดามารดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรคชราทั้งคู่ ผู้ป่วยแต่งงาน 1 ครั้ง สามีเสียชีวิตด้วยโรคชราเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา มีบุตร 3 คน ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย	ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 2 คนผู้หญิง 1 คน เสียชีวิต ผู้ชาย 1 คน บิดามารดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรคชราทั้งคู่ ไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง น้องชายคนที่ 3 อายุ 65 ปี เสียชีวิต ผู้ป่วยแต่งงาน 2 ครั้ง ภรรยาเก่าเสียชีวิต ปัจจุบันอยู่กับภรรยาใหม่มีลูกติด 2 คน ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ห้องแพตคนเดียว โดยภรรยา และบุตรบุญธรรม 2 คน จะอยู่ในห้องใกล้เคียงกัน
ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี	เคยมีประวัติแพ้ยา Actifed มีอาการใจสั่น (23 เมษายน 2551) มียาที่ต้องระวังการใช้ Neurontin มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ (20 สิงหาคม 2554)	ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธแพ้อาหารและสารเคมี
การวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น (First Diagnosis) - Closed fracture right Tibia	การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น (First Diagnosis):

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
	- Chronic Kidney disease Stage 3 - Diabetes Mellitus type 2 - Osteoarthritis of the knee -Pressure Ulcer on buttock - การวินิจฉัยโรคสุดท้าย (Last Diagnosis) - Closed fracture right Tibia - Chronic Kidney disease Stage 3 - Diabetes Mellitus type 2 - Osteoarthritis of the knee -Pressure Ulcer on buttock	- Closed fracture right humerus - Chronic Kidney disease stage 3 -Diabetes Mellitus type 2 - Osteoarthritis of the knee -Chronic Ulcer on right knee - การวินิจฉัยโรคสุดท้าย (Last Diagnosis) - Closed fracture right humerus - Chronic Kidney disease stage 3 -Diabetes Mellitus type 2 - Osteoarthritis of the knee -Chronic Ulcer on right knee

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีประวัติหกล้มซ้ำทั้งสองราย การเข้ารับบริการ ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1 มีอาการปวด บวม ที่หน้าแข้ง ขาขวา แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล วันนี้ ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีอาการ ปวดต้นแขนขวา แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล วันนี้มีอาการผู้ป่วย ทั้ง 2 รายมีอาการปวดทั้ง 2 รายแต่คนละตำแหน่งของอวัยวะที่ปวด กรณีศึกษาที่ 1 การวินิจฉัยโรคสุดท้าย (Last Diagnosis) Closed fracture right Tibia Chronic Kidney disease Stage 3 Diabetes Mellitus type 2 Osteoarthritis of the knee Pressure Ulcer on buttock กรณีศึกษาที่ 2 Closed fracture right humerus Chronic Kidney disease stage 3 Diabetes Mellitus type 2 Osteoarthritis of the knee Chronic Ulcer on right knee

การเปรียบเทียบการรักษา

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2

การรักษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
	-จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 19/1/66 -นัดตรวจตามนัด OPD ศัลยกรรม - กรรมกระดูกและข้อ 1 เดือน (วันที่ 21 กพ 66) -Absolute bed rest 2 สัปดาห์ -On Short leg slab ขาขวา 1 - เดือน	- จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 19/7/ 66 -นัดตรวจตามนัด OPD ศัลยกรรม - กรรมกระดูกและข้อ 1 เดือน (21 ส.ค. 66) -U slab ต้นแขนขวา -Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด -ASA (81) 1tab oral OD pc

การรักษา	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	-นัดทำกายภาพสัปดาห์ละ 2 ครั้ง Home Med -Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด -ASA (81) 1tab oral OD pc -Simvastatin (10) 1tab oral OD -Glipizide (5) 2tab oral bid ac -Tramadol (50) 1cap 1 cap oral PRN Severe pain q 4-6 hr - Norgesic 1x2 oral pc - NPH 16 U SC ac เย็น ตื่นเช้า -Folic acid oral OD pc เช้า -FBC 1 tab bid pc -Calcium Carbonate 1 tab OD pc เช้า -Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain	-Simvastatin (10) 1tab oral OD -Glipizide (5) 1tab oral bid ac -Tramadol (50) 1cap oral tid pc -Norgesic 1x2 oral pc -Folic acid 1tab OD -FBC 1 tab tid pc -Calcium Carbonate 1tab OD -Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผลการตรวจด้วย X-Ray พบ Closed fracture right Tibia ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ปวดขาขวา ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผลการตรวจด้วย X-Ray พบ Closed fracture right humerus มีอาการปวดต้นแขนขวา พบมีกระดูกหักทั้ง 2 ราย แผนการรักษาที่เหมือนกันผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีคือ การรับประทานยาแก้ปวดที่เหมือนกันเพื่อบรรเทาอาการปวด ได้แก่ ยาTramadol (50) 1cap oral tid pc ยาNorgesic 1x2 oral pc และ Paracetamol (500) 1 tab oral prn for pain กรณีศึกษา ใส่ Slab กรณีศึกษาที่ 1 On Short leg slab ขาขวา 1 เดือน และกรณีศึกษาที่ 2 U slab ต้นแขนขวา กรณีศึกษาที่ 1 การส่งทำกายภาพส่งกายภาพบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกการทรงตัวที่ต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่ได้ทำกายภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม และภาวะหกล้มซ้ำ ผู้ศึกษาค้นพบ ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญโดยสรุปประเด็นปัญหาข้อวินิจฉัยที่เหมือนกันและต่างกัน ได้วางแผนทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้แก่

1. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System)
2. ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System)
3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System)

ตารางที่ 9 ตารางการเปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
<u>ระยะก่อนจำหน่าย</u> 1. ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน</u> 1 ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง <u>ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน (ต่อ)</u> 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติเนื่องจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 4 ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้น 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี 7 ผู้ป่วยผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 8. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ	<u>ระยะก่อนจำหน่าย</u> 1. ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน</u> 1 ผู้ป่วยพร้อมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกหักต้นแขนขวา 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ต้นแขนขวา <u>ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน (ต่อ)</u> 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติเนื่องจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 4. ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เข่าข้างขวา 5 ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า กลัวเป็นภาระญาติ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี 7 ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 8. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
TSCD การป้องกันอันตรายต่อชีวิต: การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี	
ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	
3. บ้านมีพื้นต่างระดับ และมีสิ่งกีดขวาง เช่น ผ้าเช็ดเท้า สายไฟ 4. ไม่มีราวจับบริเวณห้องน้ำ ไม่มีไม้กั้นเตียง พื้นห้องน้ำลื่น แสงสว่างไม่พอ 5. ไม่มีระบบเรียกขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อเตรียมความพร้อมที่อยู่อาศัยก่อนจำหน่าย <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ - เตียงปรับระดับได้ - มีไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้ - พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น - แสงสว่างในบ้านเพียงพอ - ห้องน้ำมีราวจับ - ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู - มีสัญลักษณ์บอกพื้นต่างระดับ - ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน - ห้องน้ำ ติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ 2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และที่เตียงในตำแหน่งที่เอื้อมถึง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความพร้อมที่อยู่อาศัยผู้ป่วยร่วมกับสถานสงเคราะห์ พยาบาลหอผู้ป่วย 4	1. ที่พักอาศัยไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ใส่ U slab แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 2. เตียงผู้ป่วยเป็นเตียงไม้ที่ไม่มีไม้กั้นเตียง 3. มีสิ่งขวางทางเดินระหว่างห้องน้ำ พื้นบ้านผ้าเช็ดเท้า 4. ไม่มีอุปกรณ์เรียกขอความช่วยเหลือบริเวณเตียงห้องน้ำ <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อเตรียมความพร้อมที่อยู่อาศัยก่อนจำหน่าย <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ - เตียงปรับระดับได้ - มีไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้ - พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น - แสงสว่างในบ้านเพียงพอ - ห้องน้ำมีราวจับ - ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู - มีสัญลักษณ์บอกพื้นต่างระดับ - ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน - ห้องน้ำ ติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ 2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และ ที่เตียง ในตำแหน่งที่เอื้อมถึง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u>

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
TSCD การป้องกันอันตรายต่อชีวิต: การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี	
ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	
2. ประสานงานหน่วยงานสถานสงเคราะห์ให้ปรับปรุงสภาพทางเดินเข้าห้องน้ำเป็นทางลาดทำราวจับบริเวณทางเข้าห้องน้ำและภายในห้องน้ำหาอุปกรณ์ปูกันลื่นในห้องน้ำ 3. จัดระเบียบการวางของในบ้านให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน 4. เปิดดูไฟในบ้านผู้ป่วยเพื่อดูว่ามีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่ แจ้งเปลี่ยนหลอดไฟเมื่อพบว่าชำรุด 5. ประสานทีมอสม. จัดหาเตียงที่มีไม้กั้นเตียงปรับระดับได้ สามารถใช้กับที่นอนเดิมของผู้ป่วยและจัดหาโต๊ะวางอาหารให้ผู้ป่วย 6. ประสานสังคมสงเคราะห์ ในการจัดการรถเข็นในการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำภายหลังจำหน่ายสู่ชุมชน <u>การประเมินผล</u> 1. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ - เตียงปรับระดับได้ - มีไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้ - พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น - แสงสว่างในบ้านเพียงพอ - ห้องน้ำมีราวจับ - ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู - มีสัญลักษณ์บอกพื้นที่ต่างระดับ - ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน - ห้องน้ำติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ 2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และที่เตียงในตำแหน่งที่ผู้ป่วยเอื้อมถึง	1. ประเมินความพร้อมที่อยู่อาศัยผู้ป่วยร่วมกับสถานสงเคราะห์ พยาบาลหอผู้ป่วย 4 2. ประสานงานหน่วยงานสถานสงเคราะห์ให้ปรับปรุงสภาพทางเดินเข้าห้องน้ำเป็นทางลาดทำราวจับบริเวณทางเข้าห้องน้ำและภายในห้องน้ำหาอุปกรณ์ปูกันลื่นในห้องน้ำ 3. จัดระเบียบการวางของในบ้านให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน 4. เปิดดูไฟในบ้านผู้ป่วยเพื่อดูว่ามีแสงสว่างเพียงพอหรือไม่ แจ้งเปลี่ยนหลอดไฟเมื่อพบว่าชำรุด 5. ประสานทีมอสม. จัดหาเตียงที่มีไม้กั้นเตียงปรับระดับได้ สามารถใช้กับที่นอนเดิมของผู้ป่วยและจัดหาโต๊ะวางอาหารให้ผู้ป่วย 6. ประสานสังคมสงเคราะห์ ในการจัดการรถเข็นในการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำภายหลังจำหน่ายสู่ชุมชน <u>การประเมินผล</u> 1. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ - เตียงปรับระดับได้ - มีไม้กั้นเตียงสามารถปรับระดับสูงต่ำได้ - พื้นบ้านมีแผ่นยางกันลื่น - แสงสว่างในบ้านเพียงพอ - ห้องน้ำมีราวจับ - ประตูบ้านไม่มีขอบธรณีประตู - มีสัญลักษณ์บอกพื้นที่ต่างระดับ - ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณพื้นบ้าน - ห้องน้ำติดแผ่นยางกันลื่นไว้บนพื้นภายในห้องน้ำ 2. มีสัญญาณขอความช่วยเหลือแบบปุ่มกดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ดึง เพื่อเรียกขอความช่วยเหลือ ได้แก่ กริ่งติดไว้ในห้องน้ำ และที่เตียงในตำแหน่งที่ผู้ป่วยเอื้อมถึง
TSCD การป้องกันอันตรายต่อชีวิต: การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี	
2. ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	2. ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหกล้มซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยมีกระดูกหักขาขวาที่ข้อเข่าบริเวณหน้าแข้ง On Short leg slab ขาขวา และ Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ 2. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ประเมิน ADL เท่ากับ 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหรือทำความสะอาดร่างกาย (1) ไม่สามารถนั่งได้ (0) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอาหาร (2) การกลืนยาลูกอม (1) 3. ผู้ดูแลสอบถามวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังนี้ 1. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การขับถ่าย ได้ถูกต้อง 2. ผู้ดูแลบอกวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะ on Short leg slab 3. ผู้ดูแลบอกวิธีการการรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สอน สาธิต ฝึกให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ 1.1 สอนการเปลี่ยนผ้าปูเตียง ให้เปลี่ยนทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยขับถ่ายหรือเปียกชื้น ควรทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และก้นด้วยสบู่อ่อนๆ และล้างด้วยน้ำสะอาด ใช้ผ้านุ่มๆ ซับให้แห้ง โดยเฉพาะบริเวณที่อาจเกิดการอักเสบได้ง่าย หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ที่มีส่วนผสมของน้ำหอม หรือสารเคมีที่อาจก่อให้เกิดการระคายเคือง และสังเกตผิวหนังบริเวณที่ใส่ผ้าปูเตียง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้นแขนขวาให้ On U slab นาน 1 เดือน แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 2. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ประเมิน ADL เท่ากับ 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหรือทำความสะอาดร่างกาย (0) ไม่สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (0) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (0) การกลืนอาหาร (2) การกลืนยาลูกอม (1) 3. ญาติผู้ดูแล บอกว่าไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ U slab ต้นแขนขวา 4. ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ปกติ นาน 1 เดือน 5. ผู้ป่วยยกแขนขวาได้ไม่สุด <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังนี้ 1. การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายตัว 2. ผู้ดูแลบอกวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยใส่เฝือก U Slab 3. ผู้ดูแลบอกวิธีการจัดเตรียมยารับประทานให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา ได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สอน สาธิต ผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายตัว ดังนี้ 1.1 สอนวิธี การจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานในระหว่างที่ผู้ป่วยใส่เฝือก 1.2 สอน สาธิต การเคลื่อนย้ายตัว ขณะใส่เฝือก On U slab ต้นแขนขวา โดยการจับท่าทางให้

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
เป็นประจำ หากมีรอยแดง หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ให้รีบแจ้งพยาบาลชุมชน 1.2 การดูแลป้องกันแผลกดทับ แนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณปุ่มกระดูก(เช่น ส้นเท้า, ข้อศอก, สะโพก) เพื่อลดแรงกดทับและป้องกันการเสียดสี เลือกที่นอนที่ช่วยระบายอากาศได้ดี เช่น ที่นอนฟองน้ำ เพื่อลดการอับชื้นและแรงกดทับ 1.3 แนะนำการทำความสะอาดผิวหนัง ไม่ให้เปียกชื้น ทาโลชั่นหรือวาสลีนเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง หลีกเลี่ยงการขัดถูผิวหนังแรงๆ เพราะอาจทำให้ผิวหนังถลอกและเกิดแผลได้ง่าย 1.4 ดูแลความสะอาดบริเวณที่นอน ปูเตียงให้เรียบร้อย แน่น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดรอยย่น บริเวณที่นอนซึ่งหากผู้ป่วยนอนทับจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย 2. ให้ความรู้ผู้ดูแล สิ่งที่ต้องให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติขณะใส่เฝือก ขาข้างขวา ดังนี้ 2.1 ให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ได้แก่ การสังเกตลักษณะสีผิว การบวม และการรับรู้ความรู้สึกนิ้วเท้า ขา ปลายเท้า หรืออาการปวดผิดปกติ หากพบอาการผิดปกติ เช่น นิ้วเท้าซีด เย็น ขา ปวดมาก ควรแจ้งแพทย์ทันทีหากผิดปกติ ให้รีบพบแพทย์ 2.2. แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้เฝือกบ่อยๆ และเคลื่อนไหวส่วนที่อยู่ภายนอกเฝือก หรือข้อต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียงเฝือกขาขวา ได้แก่ ให้ฝึกขยับนิ้วเท้า เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 2.3 รักษาความสะอาดของเฝือก โดยใช้ถุงพลาสติกคลุมเฝือกขณะเช็ดตัว หรือเมื่อขับถ่าย เพื่อป้องกันการอับชื้น 2.4 ให้ผู้ดูแลประคองเฝือกทุกครั้งในระหว่างการเคลื่อนย้ายตัว 2.5 แนะนำผู้ดูแลจัดหาหมอน 1 ใบโดยหนุนบริเวณข้อเท้า ให้ผู้ป่วยไม่นอนกดทับบริเวณ On Short leg slab ขาขวา ช่วยให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ดี	เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ใส่เฝือกที่ต้นแขนขวา จากเตียงไปรถเข็นนั่งและจากรถเข็นนั่งไปเตียงโดยมีขั้นตอนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น และจากรถเข็นนั่งไปเตียง ดังนี้ 1.2.1 จัดเตรียมพื้นที่และรถเข็น: เคลียร์พื้นที่บริเวณเตียงและรถเข็นให้โล่งไม่มีสิ่งกีดขวาง นำรถเข็นมาจอดข้างเตียงทำด้านซ้าย ล็อคล้อรถเข็นนั่ง โดยให้ด้านซ้ายที่ผู้ป่วยแข็งแรงเข้าหาเตียงมากที่สุดล็อคล้อรถเข็นให้มั่นคง ป้องกันรถเลื่อน 1.2.2 จัดท่าผู้ป่วยและประคองตัว ให้ผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง โดยให้ขาทั้งสองข้างวางราบกับพื้นให้ผู้ป่วยนำมือซ้ายข้างที่แข็งแรงจับที่วางแขนของรถเข็นผู้ดูแลอยู่ข้างที่ On Slab ของผู้ป่วยใช้มือจับบริเวณสะโพกด้านหลัง เพื่อช่วยประคองตัวในการเคลื่อนย้ายตัว 1.2.3 ให้ผู้ป่วยขยับเคลื่อนที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายน้ำหนักได้ดีขึ้นผู้ป่วยออกแรงยกตัวขึ้น โดยใช้แขนข้างซ้ายที่แข็งแรงช่วยดันตัวขึ้นจากที่วางแขนรถเข็น ผู้ดูแลช่วยประคองตัวผู้ป่วยได้อย่างมั่นคง 1.2.4 ถ่ายน้ำหนักและนั่งลงบนรถเข็น: ให้ถ่ายน้ำหนักไปทางด้านซ้ายที่ผู้ป่วยแข็งแรงผู้ป่วยหมุนตัวหันหลังให้ตรงกับรถเข็นอย่างช้าๆ ค่อยๆ หย่อนตัวผู้ป่วยลงนั่งบนรถเข็น โดยโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยเพื่อรักษาสมดุลกรณีผู้ป่วย เมื่อนั่งเรียบร้อยแล้วของรถเข็นลง และช่วยจัดให้ขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยวางอย่างสบาย ใช้สายรัดตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่เคลื่อนย้าย 1.3. สอน สาดิต ให้ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วย ในการหยิบ จับ สิ่งของต่างๆ การเพิ่มแรงบีบของการใช้มือข้างขวา ในระหว่างที่ใส่เฝือก U Slab โดยให้ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยทุกวันบ่อยๆเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ ในแต่ละครั้ง ให้ใช้เวลานาน 5-10 นาที ให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งของที่หยิบจับในมือขวา เช่น การหยิบช้อน แก้วน้ำ ปากกา เป็นต้น 1.4. สอนวิธีให้ผู้ดูแล กระตุ้นให้ผู้ป่วยกำลูกบอลที่มีขนาดพอดีกับมือโดยเริ่มจากมือขวาที่ใส่เฝือกก่อน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
2.6 เคลื่อนไหวอวัยวะส่วนที่อยู่บนท้องน้อยบ่อยๆ ได้แก่ การขยับนิ้วเท้าข้างขวา 2.7 การตรวจตามนัดทุกครั้ง 3. ให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้าม ในขณะใส่ฝือก ที่ขาข้างขวา ดังนี้ 3.1 ไม่ควรให้ฝือกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนฝือกแตก ชำรุด 3.2 ห้ามให้พื้นฝือกเปียก หรือ ถูน้ำ หรือ ถูความร้อน 3.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในฝือก จะทำให้ผิวหนังถลอก เกิดบาดแผล บริเวณฝือกได้ 3.4 ห้ามตัดทำลายฝือก หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับฝือกออกเอง 3.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในฝือก ห้ามงัด ห้ามถ่าง ฝือกออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆเข้าไปเกา เพราะจะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ถลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้ 3.6 ห้ามผู้ป่วยนั่งห้อยขาขวาที่เข้าฝือกเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ขาข้างขวาบวม 4. สอนวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ในขณะใส่ฝือก ที่ขาข้างขวา ดังนี้ 4.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการชา ผิวหนัง นิ้วเท้าข้างขวา หรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่ฝือกมีสีเขียว หรือซีดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วเท้าข้างขวาได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือ น้ำหนองไหลออกมาจากฝือก 4.2 สังเกต ตรวจดูลักษณะฝือก หากลักษณะฝือกชำรุด ได้แก่ ฝือกคับแน่นเกินไป ฝือกหลวม ฝือกบวม ฝือกแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในฝือก 4.3 ผู้ป่วยไม่ควรลงน้ำหนักขาข้างขวา ในขณะใส่ฝือก 5. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ 5.1 ยานวด Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด	แล้วจึงสลับมือซ้าย ในทุกครั้งให้ออกแรงกำมือให้แน่นที่สุด นับเลข 1-5 แล้วค่อยๆคลายมือออก ออกแรงบีบเป็นจังหวะค้างไว้ ให้ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนท่าที่ต้องการ 2. ให้ความรู้ผู้ดูแล สิ่งที่ควรให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติขณะใส่ฝือก แขนขวา ดังนี้ 2.1 ให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ได้แก่ การสังเกตลักษณะสีผิว การบวม และการรับรู้ความรู้สึกนิ้วมือขวา ขา ปลายมือ หรืออาการปวดผิดปกติ หากพบอาการผิดปกติ เช่น นิ้วมือขวาซีด เย็น ขา ปวดมาก ควรแจ้งแพทย์ทันที หากผิดปกติ ให้รีบพบแพทย์ 2.2. แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้ฝือกบ่อยๆ และเคลื่อนไหวนิ้วส่วนที่อยู่ภายนอกฝือก หรือข้อต่างๆที่อยู่ใกล้เคียงฝือกมือขวา ได้แก่ ให้ฝึกขยับนิ้วมือ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 2.3 รักษาฝือกความสะอาด โดยใช้ถุงพลาสติกคลุมฝือกขณะเช็ดตัว หรือเมื่อขับถ่าย เพื่อป้องกันการอับชื้น 2.4 ให้ผู้ดูแลประคองฝือกทุกครั้งในระหว่างการเคลื่อนย้ายตัว 2.5 เคลื่อนไหวอวัยวะส่วนที่อยู่บนท้องน้อยบ่อยๆ ได้แก่ การขยับนิ้วมือข้างขวา 2.6 การตรวจตามนัดทุกครั้ง 3. ให้ความรู้ผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้าม ในขณะใส่ฝือก ที่แขนข้างขวา ดังนี้ 3.1 ไม่ควรให้ฝือกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนฝือกแตก ชำรุด 3.2 ห้ามให้ฝือกเปียก หรือ ถูน้ำ หรือ ถูความร้อน 3.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในฝือก จะทำให้ผิวหนังถลอก เกิดบาดแผล บริเวณฝือกได้ 3.4 ห้ามตัดทำลายฝือก หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับฝือกออกเอง 3.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในฝือก ห้ามงัด ห้ามถ่าง ฝือกออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆเข้าไปเกา เพราะ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
5.2 ยาแก้ปวด และคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหารเข้า-เย็น 5.3 ยา แก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 hr หากมีอาการปวดในช่วง 4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน 5.4 ยา Tramadol (50) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง หากมีอาการปวด เท่ากับหรือมากกว่า 6 คะแนน ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก 5.5 ยาด้านเกร็ดเลือด ASA (81) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้าทันที ระวังอย่าให้ผู้ป่วยมีแผลเนื่องจากเลือดจะหยุดเข้ากรณีมีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกาย 5.6 ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง Simvastatin (10) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน สังเกตอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด และเกิดภาวะดีซ่าน 5.7 ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Glipizide (5) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้า -เย็น สังเกตอาการ ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีโคลน และตัวเหลือง ตัวซีด มีไข้ มีอาการมึนงง 5.8 ยาฉีดรักษาโรคเบาหวาน Insulin Isophane Suspension: NPH 16 U SC ac เย็น ออกฤทธิ์ยาวนาน ขึ้น เริ่มออกฤทธิ์ 1-4 ชั่วโมง หลังฉีดยา ออกฤทธิ์สูงสุด 4-10 ชั่วโมง และยาอยู่ได้นาน 12=20 ชั่วโมง ใช้ฉีดได้ผิวหนังได้อย่างเดียว ตอนเย็น ออกฤทธิ์สูงสุดตอนกลางคืน 5.9 ยา Folic acid 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้า ยาช่วยรักษาอาการซีด 5.10 ยา FBC 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้า ยาช่วยรักษาภาวะโลหิตจาง 5.11 ยา Calcium Carbonate 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้า	จะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ถลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้ 4. สอนวิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในขณะที่ใส่เฟือก ที่แขนข้างขวา ดังนี้ 4.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการชา มือข้างขวาหรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่เฟือกมีสีเขียว หรือซีดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วมือข้างขวาได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือน้ำหนองไหลออกมาจากเฟือก 4.2 สังเกต ตรวจดูลักษณะเฟือก หากลักษณะเฟือก ขำรุค ได้แก่ เฟือกคับแน่นเกินไป เฟือกหลวม เฟือกบวม เฟือกแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในเฟือก 5. การประเมิน และสอนการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ - ยานวด Plavina 1 หลอด ทาที่ปวด - ยาแก้ปวด และคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหารเข้า-เย็น - ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 hr หากมีอาการปวดในช่วง 4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน - ยา Tramadol (50) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง หากมีอาการปวด เท่ากับหรือมากกว่า 6 คะแนน ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก - ยาด้านเกร็ดเลือด ASA (81) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเข้า ระวังอย่าให้ผู้ป่วยมีแผลเนื่องจากเลือดจะหยุดเข้ากรณีมีจุดจ้ำเลือดออกตามร่างกาย - ยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง Simvastatin (10) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน สังเกตอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด และเกิดภาวะดีซ่าน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ดูแลช่วยให้การเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การขับถ่าย ได้ถูกต้อง 2. ผู้ดูแลบอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะ on Short leg Slab ได้ถูกต้อง 3. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	- ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Glipizide (5) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า -เย็น สังเกตอาการ ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีโคลน และตัวเหลือง ตัวซีด มีไข้ มีอาการมึนงง - ยา Folic acid 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า ยาช่วยรักษาอาการซีด - ยา FBC 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า ยาช่วยรักษากภาวะโลหิตจาง - ยาแคลเซียม Calcium Carbonate 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังรับประทานอาหารเช้า <u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ดูแลช่วยให้การเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายตัว ได้ถูกต้อง 2. ผู้ดูแลบอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะ on U Slab ได้ถูกต้อง 3. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
TSCD คงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การเคลื่อนย้ายตัวเอง	
ระยะติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน	
1. ผู้ป่วยพร้อมกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัด การเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ขาขวาที่น่องบริเวณหน้าแข้ง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผลตรวจ X-ray เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566 พบ Close Fracture right tibia 2. แผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วย Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน 3. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL= 6 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้า หวีผมต้องการการช่วยเหลือ (1) ไม่สามารถนั่งได้(0) การใช้ห้องน้ำ(0) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(0) การ	1. ผู้ป่วยพร้อมกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีข้อจำกัด การเคลื่อนไหว กระดูกหักที่ต้นแขนขวา <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผลตรวจ X-ray เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566 พบ Close Fracture right humerus 2. แผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วย On U Slab และ งดใช้ขาเทียม นาน 1 เดือน 4. ผู้ป่วยบอกว่ายกแขนขวาได้ไม่สุด 3. ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาตนเอง ADL เท่ากับ 8 คะแนน ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้า หวีผมต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้(1) การใช้ห้องน้ำ(1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน(1)

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
สวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(0) การกลั้นอุจจาระ(2) การกลั้นปัสสาวะ (1) <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย สวมเสื้อผ้า/การแต่งตัว การกลั้นปัสสาวะ <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมเสื้อผ้า การกลั้นปัสสาวะ 2. คะแนน ADL มากกว่า 6 คะแนน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. เปิดโอกาสให้ ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร โดยญาติเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า การทำความสะอาดร่างกาย การขยับร่างกาย การเปลี่ยนอิริยาบถ การขับถ่าย 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้ ได้แก่ 2.1 การรับประทานอาหาร 3 มื้อ ให้ตรงเวลา เข้ากลางวัน เย็น ให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร ช้อนขามไว้ให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทานอาหารบนเตียงในระหว่างที่ ยังAbsolute bed rest 2.1 การทำความสะอาดร่างกาย วันละ 2 ครั้ง เข้าและ เย็น โดยบริเวณขาขาตั้งแต่ส่วนเข่าลงไปถึงปลายเท้า ให้น้ำถูพลาสติกคลุมไว้เพื่อป้องกันเปียกชื้น 2.2 การสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว โดยการสวมกางเกงหรือ ผ้าถุง ให้สวมข้างขวาที่ใส่เฝือกก่อน แล้วจึงสวมขาซ้ายซ้าย การเลือกเสื้อผ้าที่หลวม ใส่สบาย กางเกงขาขว้าง หรือใส่ผ้าถุง 2.3 ฝึกปัสสาวะ/อุจจาระ ดังนี้ 1) กลางวันโดยใช้แพมเพิสให้เปลี่ยนแพมเพิสถ่ายปัสสาวะทุก 3-4 ชั่วโมงและเช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่ต้องรอให้รู้สึกปวดปัสสาวะเต็ม	การสวมเสื้อผ้า (0) การลงบันได(0) การอาบน้ำ(1) การกลั้นอุจจาระ(2) การกลั้นปัสสาวะ (1) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว การขับถ่าย <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว การขับถ่าย 2. ประเมิน ADL มากกว่า 8 คะแนน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. เปิดโอกาสให้ ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร โดยญาติเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายตัว การขับถ่าย 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้ ได้แก่ 2.1 การรับประทานอาหาร 3 มื้อ ให้ตรงเวลา เข้ากลางวัน เย็น ให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร ช้อนขามไว้ให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทานอาหารบนเตียงในระหว่างที่ ใส่เฝือกแขนขวา 2.2 การทำความสะอาดร่างกาย วันละ 2 ครั้ง เข้าและ เย็น โดยบริเวณแขนขวาตั้งแต่ส่วนไหล่ขาลงไปถึงปลายมือ ให้น้ำถูพลาสติกคลุมไว้เพื่อป้องกันเปียกชื้น 2.3 การสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งตัว โดยการใช้เสื้อกระดุมผ่าหน้า หลวม สวมใส่สบาย โดยการสวมแขนข้างขวาที่ใส่เฝือกก่อนแล้วจึงใส่แขนเสื้อด้านซ้าย 2.4 วิธีการใช้ผ้าคล้องแขน การดึงผ้าสายคล้องให้แขนอยู่เหนือระดับอก ให้แขนตรง 3. ให้คำแนะนำญาติจัดสิ่งของและเครื่องใช้ที่ในชีวิตประจำวันที่เป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่าย โดยวางโต๊ะใกล้เตียงผู้ป่วย

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
2) สอน แนะนำผู้ป่วยให้νωคคลังหน้าห้องและเหนือหัวหน้าด้วยแรงพอสมควรด้วยตนเองพร้อมทั้งออกแรงเบ่งปัสสาวะ 3) สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงโดยใช้ท่ายกกันขึ้น-ลง ให้เกร็งค้างไว้ นับในใจ 1-5 แล้วค่อยๆ คลายวางกันลงโดยทำก่อนมื้ออาหาร ช่วงเช้า-กลางวัน- เย็น โดยทำตั้งแต่ 10 ครั้ง เพื่อช่วยให้ขับปัสสาวะได้มากขึ้นและมีปัสสาวะเหลือค้ำจุนน้อยที่สุด 4) แนะนำญาติผู้ดูแลสังเกตลักษณะและช่วงเวลาขับถ่ายปกติและช่วยให้ผู้ป่วยปัสสาวะ และอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวันหากผู้ป่วยมีอาการแสบขัดเวลาขับถ่ายปัสสาวะ สีที่เปลี่ยนไป มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวควรให้ญาติพาไปแพทย์ ในเวลาพาไปคัดกรองตรวจที่หน่วยงานการพยาบาลชุมชนเพื่อไปตรวจคลินิกโรคทั่วไป นอกเวลาพาไปหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3. สอนแนะนำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนท่าทางการนอนบนเตียงโดยมีการขยับท่าทาง และการจัดท่าบนเตียงได้ถูกต้องตลอดเวลา 4. ประเมินADLทุกครั้งเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย 5. แนะนำ สาธิต ทบทวน การช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายโดยการเช็ดตัวเช้าและเย็น และช่วยสวมเสื้อผ้า จัดของใช้ที่จำเป็นต้องใช้ประจำมาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เช่น แก้วน้ำ ช้อน เป็นต้น 6. แนะนำ สาธิต ออกกำลังกายบนเตียงให้แข็งแรง ออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง เพราะกล้ามเนื้อส่วนนี้ เป็นหลักในการทรงตัว ยึดเหยียดกล้ามเนื้อได้ทั้งท่านอนและท่านั่ง ให้สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้ ท่าที่ 1 นอนหงาย ใช้หมอน หรือม้วนผ้าขนหนูวางใต้เข่าเกร็งสะบ้าเหยียดเข่าตึงค้างไว้ นับ 1-10 แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง 5-10 ครั้ง ทำวันละ 2-4 รอบทำนี้เป็นท่าพื้นฐาน ท่าที่ 2 นอนหงาย พยายามเหยียดเข่าตรง โดยการเกร็งลูกสะบ้า นับ 1-10 หรือเท่าที่ทำได้ ในรายที่มีปัญหาข้อเหยียดไม่สุด ให้ใช้ถุงทรายถ่วงที่ข้อเข่าซ้าย	4. สอน สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วย หยิบ จับ สิ่งของต่างๆ การเพิ่มแรงบีบของการใช้มือข้างขวา ในระหว่างที่ใส่ฝือก U Slab โดยให้ผู้ป่วยฝึกทุกวัน บ่อยๆเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ ในแต่ละครั้ง ให้ใช้เวลานาน 5-10 นาที ให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งของที่หยิบจับในมือขวาได้แก่ การฝึกกำลูกบอลที่มีขนาดพอดีกับมือโดยเริ่มจากมือขวาที่ใส่ฝือกก่อนแล้วจึงสลับมือซ้าย ในทุกครั้งให้ออกแรงกำมือให้แน่นที่สุด นับเลข 1-5 แล้วค่อยๆคลายมือออก ออกแรงบีบเป็นจังหวะค้างไว้ให้ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนท่าเท่าที่ต้องการ 5.สอน สาธิต กระตุ้น ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อไหล่ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว เพิ่มความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อไหล่ ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น ใช้แรงเล็กน้อย ในแต่ละท่าให้ทำท่าละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง ได้แก่ 5.1 ท่าหมุนแขนออก จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายกางแขนออกทั้ง 2 ข้าง ให้กางแขนออกเท่าที่ทำได้ ส่วนแขนขวาภายหลังถอดฝือกให้งอข้อศอก 90 องศา ออกแรงหมุนแขนไปทางด้านศีรษะ เท่าที่ทำได้ ให้ทำซ้ำๆ เมื่อกางแขนสุดให้ค้างไว้ นับ 1-5 แล้วจึงให้แขนแนบชิดลำตัว 5.2 ท่ายกไหล่ไปด้านหน้า จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายยกแขนข้างขวาขึ้นเหนือศีรษะโดยใช้มืออีกข้างซ้ายพยุงบริเวณข้อศอก ออกแรง ดันแขนให้ยืดมากที่สุดเท่าที่ทำได้ 5.3 ท่าหมุนแขนเข้า จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายกางแขนเท่าที่ทำได้ แขนขวาให้งอศอกขวา 90 องศา ออกแรง หมุนแขนไปทางปลายเท้า เท่าที่ทำได้ 5.4 ท่าเอื้อมแขนไปด้านหลังตรงข้าม ในท่านอนหงายยกแขนขวาแล้ววางมือบนไหล่ด้านซ้าย ใช้มือซ้ายพยุงบริเวณข้อศอก ออกแรงดึงไปทางด้านซ้ายเท่าที่ทำได้

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ท่าที่ 3 นอนหงาย กระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างนับ 1-10 หรือเท่าที่ทำได้ แล้วเออลง นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่งทำวันละ 2-4 ครั้ง <u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ดังนี้ - ผู้ป่วยตักอาหารการรับประทานได้เอง รับประทานอาหารตรงเวลา โดยญาติเป็นผู้เป็นผู้จัดเตรียมอาหาร ซ้อน ชามไว้ให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทานอาหารบนเตียงในระหว่างที่ยัง Absolute bed rest - ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดร่างกายบนเตียงได้บางส่วน วันละ 2 ครั้ง ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมได้ การสวมเสื้อผ้า แต่ต้องให้ผู้ดูแลช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ - การกลั้นปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถกลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง เมื่อโอจาม ยังมีปัสสาวะเล็ด 2. คะแนน ADL 7 คะแนน ดีขึ้น สิ่ง que ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มเติม ได้แก่ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การสวมเสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ สามารถนั่งได้ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมเสื้อผ้า การกลั้นอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะได้ 3. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายบนเตียงได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม	<u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและ กลั้นปัสสาวะได้ 2. ประเมิน ADL เท่ากับ 10 คะแนน ดีขึ้น ได้แก่ ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) การล้างหน้าหวีผม ต้องการการช่วยเหลือ (1) สามารถนั่งได้ (1) การใช้ห้องน้ำ (1) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (1) การสวมเสื้อผ้า (1) การลงบันได (0) การอาบน้ำ (1) การกลั้นอุจจาระ (2) การกลั้นปัสสาวะ (1) ต้องมีญาติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน
TSCD คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากกระดูกหัก ความปวด และการพักผ่อนได้	
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการเจ็บปวดบริเวณกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. กระดูกหักขาข้างขวา บริเวณหน้าแข้ง On Short leg slab ขาขวา 2. ประเมิน Pain score = 5 คะแนน 3. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียวคล้ำ <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อลดอาการปวดขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้	2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการเจ็บปวดบริเวณกระดูกหักที่ต้นแขนขวา <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. กระดูกหักต้นแขนขวา On U slab ต้นแขนขวา 2. ประเมิน Pain score = 4 คะแนน 3. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียวคล้ำ <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อลดอาการปวดต้นแขนขวา 2. เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. pain score น้อยกว่า 5 คะแนน 2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีสหน้า ท่าทางสดชื่นขึ้น <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกต และประเมินอาการปวด บวม ชา บริเวณขาข้างขวาที่ใส่เฝือกไว้เป็นประจำทุกวัน โดยการ กระดกนิ้วเท้า ขยับปลายนิ้วเท้า หากเริ่มมีอาการ ปวด บวม ชา หรือหากไม่สามารถขยับนิ้วเท้าข้างขวาได้ ควรให้พบแพทย์ 2. แนะนำให้ญาติและผู้ป่วย จัดท่าทางการนอนที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยหนุนหมอน 1 ใบ บริเวณขาข้างขวาที่ใส่เฝือกให้สูงจากระดับหัวใจเล็กน้อย โดยเฉพาะในช่วงเวลา 3 วันแรก จะทำให้ มีการไหลเวียนเลือดได้ดี ลดอาการ ปวด บวม ลดความแน่นของเฝือก 3. ทบทวน เน้นย้ำ ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้าม ในขณะที่ใส่เฝือก ที่ขาข้างขวา ดังนี้ 3.1 ไม่ควรให้เฝือกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนเฝือกแตก ชำรุด 3.2 ห้ามให้พื้นเฝือกเปียก หรือ ถูน้ำ หรือ ถูความร้อน 3.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในเฝือก จะทำให้ผิวหนังถลอก เกิดบาดแผล บริเวณเฝือกได้ 3.4 ห้ามตัดทำลายเฝือก หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับเฝือกออกเอง 3.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในเฝือก ห้ามงัด ห้ามถ่าง เฝือกออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆ เข้าไปเกา เพราะจะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ถลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้ 3.6 ห้ามผู้ป่วยนั่งห้อยขาขวาที่เข้าเฝือกเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ขาข้างขวาบวม 4. แนะนำให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อ ขาขวา ที่อยู่ใต้เฝือกบ่อยๆ วันละ 2-3 รอบ และ กระดกข้อเท้าขึ้น และลงค้างไว้ 5-10 วินาที และ การฝึกการขยับข้อต่างๆ นิ้วเท้าข้างขวา ให้ฝึกทำบ่อยๆเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. pain score น้อยกว่า 4 คะแนน 2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีสหน้า ท่าทางสดชื่นขึ้น <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกต และประเมินอาการปวด บวม ชา บริเวณแขนขวาใส่เฝือกไว้ เป็นเป็นประจำทุกวัน โดยการ กระดกนิ้วมือ ขยับปลายนิ้วมือ 2. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ จัดท่าทางการนอนให้ถูกต้องโดยการนอนหงายใช้หมอนรอง 1 ใบ โดยวางแขนขวาที่ใส่เฝือกบนหมอนข้างลำตัว หรือถ้าผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ให้ประคองวางบนหมอน ให้แขนสูงจากระดับหัวใจเล็กน้อย ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด ลดอาการปวดบวม 3. แนะนำให้ญาติผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมรอบๆให้ปลอดภัย แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย 4. ทบทวน เน้นย้ำ ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ข้อห้าม ในขณะที่ใส่เฝือก ที่แขนขวา ดังนี้ 4.1 ไม่ควรให้เฝือกกระทบกับวัสดุแข็งบ่อยๆ จะทำให้เกิดแรงกดจนเฝือกแตก ชำรุด 4.2 ห้ามให้พื้นเฝือกเปียก หรือ ถูน้ำ หรือ ถูความร้อน 4.3 ห้ามใช้ของแข็ง ของมีคม หรือวัสดุที่แตกหักง่าย สอดเข้าไปในเฝือก จะทำให้ผิวหนังถลอก เกิดบาดแผล บริเวณเฝือกได้ 4.4 ห้ามตัดทำลายเฝือก หรือนำสำลี หรือ วัสดุรองรับเฝือกออกเอง 4.5 เมื่อผู้ป่วยมีอาการคันในเฝือก ห้ามงัด ห้ามถ่าง เฝือกออก ห้ามสอดนิ้ว หรือ วัตถุใดๆเข้าไปเกา เพราะจะทำให้ผิวหนังเป็นแผล หรือ ถลอก หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อมือที่อยู่ใต้เฝือกบ่อยๆ วันละ 2-3 รอบ และ กระดกนิ้วมือที่อยู่ใต้เฝือกบ่อยๆ วันละ 2-3 รอบ และ กระดกข้อเท้าขึ้น และลงค้างไว้ 5-10 วินาที และ การฝึกการขยับข้อมือให้ฝึกทำบ่อยๆเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
5. ทบทวน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล วิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในขณะใส่ฝือก ที่ขาข้างขวาดังนี้ 5.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการชา ผิวหนังนูนเท่าข้างขวา หรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่ฝือกมีสีเขียว หรือซีดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วเท้าข้างขวาได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือ น้ำหนองไหลออกมาจากฝือก 5.2 สังเกต ตรวจสอบดูลักษณะฝือก หากลักษณะฝือก ชำรุด ได้แก่ ฝือกคับแน่นเกินไป ฝือกหลวม ฝือกบวม ฝือกแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในฝือก 5.3 ผู้ป่วยไม่ควรลงน้ำหนักขาข้างขวา ในขณะใส่ฝือก 6. แนะนำการใช้จ่ายให้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวด ดังนี้ - ยาแก้ปวด และคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหารเช้า-เย็นสังเกตอาการคลื่นไส้ ปากแห้ง มองเห็นภาพไม่ชัด - ยา แก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 ชั่วโมง หากมีอาการปวดในช่วง 4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน - กรณีรับประทานยาแก้ปวด Paracetamol นาน 4 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น หากมีอาการปวด เท่ากับหรือมากกว่า 5-6 คะแนน ให้ใช้ยา Tramadol (50 mg) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก อ่อนแรง มีแผลถลอก ผิวหนังบวมแดง ปวดมากขึ้น ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด 7. แนะนำ ให้ ผู้ป่วยและญาติ ฝึกการสังเกตภาวะแทรกซ้อน และ อาการผิดปกติของผิวหนังโดยรอบฝือกที่ขาข้างขวา เป็นประจำทุกวัน ได้แก่ ปวด บวม ชา อ่อนแรง มีแผลถลอก ควรพบแพทย์ก่อนวันนัด <u>การประเมินผล</u>	6. ทบทวน เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล วิธีการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในขณะใส่ฝือกที่แขนขวาดังนี้ 6.1 สังเกตอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการ บวม ปวด หรือมีอาการชา ผิวหนังนูนมือหรือผิวหนังโดยรอบที่ใส่ฝือกมีสีเขียว หรือซีดขาว ไม่สามารถขยับนิ้วมือได้ มีน้ำเหลือง มีเลือด หรือน้ำหนองไหลออกมาจากฝือก 6.2 สังเกต ตรวจสอบดูลักษณะฝือก หากลักษณะฝือก ชำรุด ได้แก่ ฝือกคับแน่นเกินไป ฝือกหลวม ฝือกบวม ฝือกแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในฝือก 7. แนะนำการใช้จ่ายให้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อบรรเทาอาการปวด ดังนี้ - ยาแก้ปวด และคลายกล้ามเนื้อ Norgesic 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังรับประทานอาหารเช้า-เย็นสังเกตอาการคลื่นไส้ ปากแห้ง มองเห็นภาพไม่ชัด - ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1 เม็ด prn for pain q 4-6 hr หากมีอาการปวดในช่วง 4-5 คะแนน ไม่ควรทานยาติดต่อกันเกิน 7 วัน - กรณีรับประทานยาแก้ปวด Paracetamol นาน 4 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น หากมีอาการปวด เท่ากับหรือมากกว่า 5-6 คะแนน ให้ใช้ ยา Tramadol (50 mg) 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดมาก PRN q 4-6 ชั่วโมง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง ให้สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก อ่อนแรง มีแผลถลอก ผิวหนังบวมแดง ปวดมากขึ้น ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด <u>การประเมินผล</u> 1. อาการปวดต้นแขนลดลง pain score 1 คะแนน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
1. อาการปวดขาขวาบริเวณหน้าแข้งลดลง pain score 3 คะแนน 2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักได้	2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักได้
TSCD ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ	
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยการรักษาโดยการฉีดยาฉีดอินซูลิน NPH 16 Unit Subcutaneous ก่อนอาหารมื้อเย็น ผู้ป่วยใช้ยารับประทาน Glipizide (5)1*2 ac เข้า เย็น 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา บางวันไม่หิว ก็จะไม่รับประทานอาหาร ชอบดื่มน้ำหวานและรับประทานผลไม้ 3. ผลตรวจเลือด FBS เท่ากับ 76 mg/% เมื่อวันที่ 16 ม.ค. 2566 <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น ชีพ สับสน หายใจตื้นซ้ำ ชักเกร็ง 2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเองโรคเบาหวานเพื่อทราบพื้นฐานความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลใช้เป็นข้อมูลวางแผนการให้คำแนะนำ 3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสมผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัยการรักษาโดยการฉีดยารับประทาน Glipizide (5)1*2 ac เข้า เย็น 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ชอบดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 3. ผลตรวจเลือด FBS เท่ากับ 76 mg/% เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566 <u>วัตถุประสงค์</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ใจสั่น ชีพ สับสน หายใจตื้นซ้ำ ชักเกร็ง 2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเองโรคเบาหวานเพื่อทราบพื้นฐานความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลใช้เป็นข้อมูลวางแผนการให้คำแนะนำ 3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสมผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
บอกผู้ป่วยให้ทราบว่าอาหารเบาหวานอาจแบ่งได้ 3 ประเภทดังนี้ ประเภทที่ 1 ควรรับประทานได้แก่ ขนมหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น ประเภทที่ 2 รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ ขนมปัง และให้จำกัดข้าว 3-4 ทัพพี/มื้อ ประเภทที่ 3 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด 4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทาน ยารับประทาน Glipizide ให้ตรงเวลาก่อนอาหาร 30 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีผื่นแดงตามผิวหนัง มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ลิ้นและคอบนอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีอาการอื่น ๆ เช่น มีรอยฟกช้ำ เลือดออกง่าย มีอาการเหนื่อย หายใจสั้นและหวัหใจเต้นเร็ว มีอาการคัน ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีเข้ม มึนงง ปวดศีรษะ หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์ทราบ หากมีอาการผิดปกติ ให้พบแพทย์ 5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการใช้ฉีดยาให้ฉีด INH 16 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ทุกวันในช่วงเวลาก่อนมื้อเย็น และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักตัวขึ้น ทั้งนี้ หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นควรรีบไปพบแพทย์โดยด่วน ได้แก่ รู้สึกวิงเวียน มึนงง ซึมเศร้า ตาพร่ามัว มีอาการหนาวสั่น และมีเหงื่อออก ตัวเย็น เกิดอาการชัก หรือตัวสั่น ผิวหนังช้ำ หรือมีผื่นขึ้น ปากแห้ง ไอ กลืนลำบาก ปัสสาวะน้อยลง หวัหใจเต้นผิดปกติ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หิว หรือกระหายน้ำบ่อยขึ้น กล้ามเนื้อเกร็งแน่นหน้าอกเหนื่อยอ่อนแรง หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์ทราบ หากมีอาการผิดปกติ ให้พบแพทย์ 6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ หากมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่	บอกผู้ป่วยให้ทราบว่าอาหารเบาหวานอาจแบ่งได้ 3 ประเภทดังนี้ ประเภทที่ 1 ควรรับประทานได้แก่ ขนมหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น ประเภทที่ 2 รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ ขนมปัง และให้จำกัดข้าว 3-4 ทัพพี/มื้อ ประเภทที่ 3 รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด 4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการรับประทาน ยา Glipizide ให้ตรงเวลาก่อนอาหาร 30 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีผื่นแดงตามผิวหนัง มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ลิ้นและคอบนอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีอาการอื่น ๆ เช่น มีรอยฟกช้ำเลือดออกง่าย มีอาการเหนื่อย หายใจสั้นและหวัหใจเต้นเร็ว มีอาการคัน ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีเข้ม มึนงง ปวดศีรษะ หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งแพทย์ทราบ หากมีอาการผิดปกติ ให้พบแพทย์ 5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ หากมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ 5.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึพจรเต้นเร็ว วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หนาวง่าย วิดกกังวล สายตาพร่ามัว เหงื่อออกมาก ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ใจสั่นหิวหรือคล้ายจะเป็นลม มีตัวเย็นขึ้น ถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์ 5.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม สับสน หายใจตื้นช้า ชักเกร็ง หมดสติ ให้รีบส่งโรงพยาบาลทันที 6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยบุตรชายช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม เพราะการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง 7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องและติดตามผล โดยการให้บุตรชายบันทึกข้อมูลในสมุด

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
6.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซีพจรเต้นเร็ว เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย วิดกกังวล สายตาพร่ามัว เหงื่อออกมาก ซึม อ่อนเพลีย ผิวน้ำแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ใจสั่นหวิวหรือคล้ายจะเป็นลม มีตัวเย็นขึ้น ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์ 6.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม สับสน หายใจตื้นซ้ำ ชักเกร็ง หมดสติ ให้รีบส่งโรงพยาบาลทันที 7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยบุตรชาย ช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม เพราะการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง 8. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องและติดตามผล โดยการให้บุตรชายบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัวผู้ป่วย ได้แก่ อาการผิดปกติต่างๆ ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร เป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองเช่น ให้ผู้ป่วยบันทึกอาหารย้อนหลัง 3 วัน/สัปดาห์ การทบทวนปัญหา อุปสรรค และให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรายสัปดาห์ <u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ 2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ และการรับประทานยาได้ถูกต้อง	ประจำตัวผู้ป่วย ได้แก่ อาการผิดปกติต่างๆ ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร เป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองเช่น ให้ผู้ป่วยบันทึกอาหารย้อนหลัง 3 วัน/สัปดาห์ การทบทวนปัญหา อุปสรรค และให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรายสัปดาห์ <u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดผิดปกติ 2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ และการรับประทานยาได้ถูกต้อง
TSCD คงไว้ซึ่งความปลอดภัยจากความเสี่ยงผลกดทับการป้องกันอันตรายต่อชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และมีความเป็นอยู่ที่	
4 มีผลกดทับบริเวณกัน <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง จำกัดการเคลื่อนไหว Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์	4 มีผลเรื้อรังบริเวณเข่าข้างขวา <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้นแขนขวา On U Slab นาน 1 เดือน จำกัดการเคลื่อนไหว 2. ผู้ป่วยสูงอายุพิการตัดขาระดับใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
2.ผู้ป่วยOn Short leg Slab ขาขวา นาน 1 เดือน 3. ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลา เดินไม่ได้ มีแผลกดทับบริเวณก้นขนาด 3 * 2*0.2 เซนติเมตร <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อส่งเสริมการหายของแผลกดทับและป้องกันภาวะแทรกซ้อน <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ลักษณะแผลกดทับดีขึ้นจากเดิม ได้แก่ แผลไม่มีหนอง ไม่มีอักเสบบวมแดง ไม่มีกลิ่น ไม่มีเนื้อมีตาย พบเนื้อเยื่อแผลสร้างใหม่ ขนาดพื้นที่แผลเล็กลง 2. ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอก บริเวณปุ่มกระดูก หรืออวัยวะที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆเพิ่ม <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน ทุก 2 ชั่วโมง โดยการขยับไม้ให้มีแรงกดที่เตียงนานเกินไปเป็นการช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดแผลกดทับในช่วงที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 2. แนะนำการจัดท่าทางผู้ป่วย ได้แก่ ท่านอน ต้องให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่า สองข้างและตามข้อทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอยส่วนการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอน ตะแคงกึ่งหงาย โดยให้อียง 30 องศา กับแนวระนาบ ซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา 3. แนะนำการประเมิน ลักษณะผิวหนัง ในขณะที่ญาติเปลี่ยนพมเพิส ในขณะที่ทำความสะอาดร่างกาย การสังเกตลักษณะรอยแดง และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่ แม้ว่าไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้วซึ่งปกติรอยแดง ควรหายไปภายใน 30 นาที ตุ่มพุพอง ตุ่มน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่นร้อน บวม ต้องมีการประเมินผิวหนัง ที่ถูกกดทับและบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้ง 4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตร ต่อวัน โดยมีการให้เตรียมน้ำใสในขวดน้ำ 1.5 ลิตร จำนวน 1 ขวด ไว้ใกล้เตียง โดยแบ่งดื่มน้ำทั้งวัน เช้า กลางวัน และเย็น ส่วนในช่วงก่อนนอน ให้ทาน 2 ครั้ง โดยจัดเตรียมน้ำขวดน้ำขนาด 600 มิลลิลิตร 1 ขวด	3.งดใช้ขาเทียม 1 เดือน 4.ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เข้าข้างขวา ขนาด 2 *1*0.2 เซนติเมตร <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรังที่เข้าขวา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ลักษณะแผลเรื้อรังที่เข้าขวาดีขึ้นจากเดิม ได้แก่ ไม่มีหนอง ไม่มีอักเสบบวมแดง ไม่มีกลิ่น ไม่มีเนื้อมีตาย 2. ขนาดแผลที่เข้าเล็กลง พบเนื้อเยื่อแผลสร้างใหม่ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ปฏิบัติการดูแลแผลเรื้อรังที่เข้าขวา ดังนี้ 1.1 สังเกตลักษณะแผลทุกวัน หากพบว่า มีอาการบวม แดง ร้อน ปวดมากขึ้น มีหนอง มีเนื้อมีตายที่แผล ให้พบแพทย์ก่อนวันนัด 1.2 จัดหาอุปกรณ์สนับเข่าเมื่อต้องเคลื่อนย้ายตัว เป็นการลดแรงกดทับ บริเวณแผลที่เข้า 1.3 งดใช้ขาเทียม ในระหว่างที่แผลเรื้อรังยังไม่หายเป็นการลดแรงกดทับบริเวณแผล 1.4 จัดท่าทางนอนคว่ำนอนหงาย หรือการนอนตะแคงด้านซ้าย เพื่อให้เข้าได้พัก ไม่กดทับ 1.5 อธิบายถึงผลดีให้ผู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการทำแผลอย่างต่อเนื่องทุกวัน วิธีการทำแผลใช้น้ำเกลือล้างแผลทำความสะอาดรอบแผล ทำความสะอาดแผลวันละ 1 ครั้ง อย่างเบามือ โดยเช็ดจากด้านในแผล ออกนอกแผลห่างจากขอบแผลประมาณ 1 นิ้ว แล้วปิดด้วยก๊อสปิดแผล 2. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตร ต่อวัน โดยมีการให้เตรียมน้ำใสในขวดน้ำ 1.5 ลิตร จำนวน 1 ขวด ไว้ใกล้เตียง โดยแบ่งดื่มน้ำทั้งวัน เช้า กลางวัน และเย็น ส่วนในช่วงก่อนนอน ให้ทาน 2 ครั้ง โดยจัดเตรียมน้ำขวดน้ำขนาด 600 มิลลิลิตร 1 ขวด

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
5. ให้แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ดังนี้ 5.1 อธิบายญาติในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน โดยจำกัดอาหารประเภทแป้ง ข้าวสุก รับประทานมื้อละ 1 ทัพพี งดอาหารที่มีน้ำตาลสูงทุกชนิด เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายผู้ป่วยไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้แผลติดเชื้อ เลือดไปเลี้ยง ได้ไม่ดี จะทำให้แผลหายช้า 5.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติจัดเตรียมและรับประทานอาหารที่มีโปรตีน ได้แก่ ไข่ขาว ปลา อาหารทะเล เนื้อแดง และถั่วเปลือกแข็ง การรับประทานผัก ผลไม้ ที่มีวิตามินซี เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผิวหนังมีความแข็งแรง ยืดหยุ่น ได้ดียิ่งขึ้น สร้างเนื้อเยื่อใหม่ เช่น ฝรั่ง ส้มโอ มะขามป้อม บล๊อคโคลีผักบุ้ง ผักโขม ผักคะน้า ไข่แดงส่วนวิตามินเอ เช่น ปลา ผักใบเขียว แครอท มันม่วง 6. แนะนำการทำความสะอาดผิวหนัง การเปลี่ยนแผลเพิส ทุก 3-4 ชั่วโมง หรือภายหลังจากการขับถ่ายทันทีหรือไม่เกิน 30 นาที เป็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7. แนะนำการใช้อุปกรณ์ลดแรงกด พูกชนิดพิเศษ เตียงลม แผ่นโฟมลดแรงเสียดสีและกดทับ และสามารถใช้หมอนสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูกและอีกบริเวณที่ควรใช้หมอนหรือผ้ารองให้เหนือจากพื้นผิวเตียงการลดแรงกดบริเวณที่เกิดแผลกดทับจะช่วย 8. แนะนำญาติใช้ผ้าขวางเตียงรองตัวผู้ป่วย และขยับตัวผู้ป่วยด้วยผ้าขวางเตียงเพื่อป้องกัน การเสียดสีกับที่นอน โดยให้ผู้ป่วยช่วยขยับหยิบจับราวกันเตียงช่วยญาติผู้ดูแล 9. ญาติทำแผลทุกวันโดยใช้น้ำเกลือล้างแผลทำความสะอาดรอบแผล อย่างเบามือ โดยเช็ดจากด้านในแผล ออกนอกแผลห่างจากขอบแผลประมาณ 1 นิ้ว แล้วปิดด้วยก๊อสปิดแผล	3. ให้แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ดังนี้ 3.1 อธิบายญาติในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน โดยจำกัดอาหารประเภทแป้ง ข้าวสุก รับประทานมื้อละ 1 ทัพพี งดอาหารที่มีน้ำตาลสูงทุกชนิด เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายผู้ป่วยไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้แผลติดเชื้อ เลือดไปเลี้ยง ได้ไม่ดี จะทำให้แผลหายช้า 3.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติจัดเตรียมและรับประทานอาหารที่มีโปรตีน ได้แก่ ไข่ขาว ปลา อาหารทะเล เนื้อแดง และถั่วเปลือกแข็ง การรับประทานผัก ผลไม้ ที่มีวิตามินซี เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผิวหนังมีความแข็งแรง ยืดหยุ่น ได้ดียิ่งขึ้น สร้างเนื้อเยื่อใหม่ เช่น ฝรั่ง ส้มโอ มะขามป้อม บล๊อคโคลีสับปะรด ผักบุ้ง ผักโขม ผักคะน้า ไข่แดงส่วนวิตามินเอ เช่น ปลา ผักใบเขียว แครอท มันม่วง

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<u>การประเมินผล</u> 1. แผลกดทับดีขึ้นไม่มีหนอง ไม่มีเนื่อตาย ไม่มีกลิ่น ไม่มีบวมแดงร้อน 2. ผิวหนังสะอาด มีความยืดหยุ่นดีไม่เกิดแผลกดทับเพิ่ม ในอวัยวะอื่นๆไม่เกิดรอยแดง หรือรอยถลอก บริเวณปุ่มกระดูก หรืออวัยวะที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆ	<u>การประเมินผล</u> 1. แผลเรื้อรังที่เข่าดีขึ้นไม่มีหนอง ไม่มีเนื่อตาย ไม่มีกลิ่น ไม่มีบวมแดงร้อน 2. ขนาดแผลลดลงน้อยกว่าขนาด 2 *1*0.2 เซนติเมตร
TSCD คงไว้ซึ่งความปลอดภัยและมีการป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำอันตรายต่อชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และมีความเป็นอยู่ที่ดี	
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยสูงอายุเคยมีประวัติหกล้มซ้ำ 4 ครั้งในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา 2. ผู้ป่วย กระดูกหักที่ขาขวาตอนล่างบริเวณหน้าแข้งใส่เฝือก On Short slab 3. ผู้ป่วยสูงอายุมีความพิการ ที่นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้า 2 ข้าง 4. ผู้ป่วยสูงอายุ มองไม่ชัด ตาพร่ามัว ทั้ง 2 ข้าง V/A 1/60 5. ผู้ป่วยสูงอายุใช้ยามากกว่า 5 ชนิด ได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวานทั้งยาฉีด NPH 16U SC ac เย็น และยา Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ASA(81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ยา Simvastatin(10) วันละครั้ง ก่อนนอน ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ Norgescic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ยา Tramadol 1 เม็ด pm for pain ทุก 6 ชั่วโมง 5. กำลังกลืนเนื้อขาขวาขาขวาเกรด 4 ขาขวาสามารถยกได้แต่ต้านแรงที่กดได้น้อยกว่าปกติเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566 6. ผู้ป่วยการกลืนการหกล้มซ้ำ ระดับปานกลางเท่ากับ 11 คะแนน 7. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 55 คะแนน มีความเสี่ยงสูง <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมิน ป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ	5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยสูงอายุเคยมีประวัติหกล้มซ้ำ 3 ครั้งในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา 2. ผู้ป่วย กระดูกหักที่ต้นแขนขวา ใส่เฝือก U Slab 3. ผู้ป่วยมีความพิการตาซ้ายหลับไม่สนิท การมองเห็นไม่ชัดเจน ตาพร่ามัว V/A 1/60 4. ผู้ป่วยตัดขาระดับใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง 5. งดใช้ยาเทียม 1 เดือน 6. ผู้ป่วยสูงอายุใช้ยามากกว่า 5 ชนิด ได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวานยา Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ASA(81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ยา Simvastatin(10) วันละครั้ง ก่อนนอน ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ Norgescic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ยา Paracetamol 1 เม็ด pm for pain ทุก 6 ชั่วโมง 7. ผู้ป่วยการกลืนการหกล้มซ้ำ ระดับปานกลางเท่ากับ 11 คะแนน 8. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 55 คะแนน มีความเสี่ยงสูง <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมิน ป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
2. ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำได้ <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้ 2. คะแนนความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มลดลง น้อยกว่า 55 คะแนน 3. คะแนนการกล้วการหกล้มลดลง น้อยกว่า 11 คะแนน 4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การกล้วภาวะหกล้ม พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เพื่อวางแผนการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยใช้คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะหกล้มและการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ 3. การสอนสาธิตผู้ป่วย ร่วมกันการฝึกวิธีการฝึกการทรงตัว ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังใส่เฝือก แนะนำให้ผู้ประกอบการออกกำลังกายบนเตียง ในท่านอน โดยออกกำลังกายอย่างง่ายทุกวัน วันละ 2-3 ครั้งตามความสะดวกของผู้ป่วย เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและขา เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้ 3.1 ท่าผ่อนคลายฝ่ามือท่าผ่อนคลายฝ่ามือ ใช้มือจับนิ้วทั้ง 4 นิ้ว ได้แก่ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย จากนั้นเหยียดให้ตรงและใช้มืออีกข้างกลางนิ้วโป้งของผู้ป่วยออก นับ 1-20 ท่านี้ช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อฝ่ามือและทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น 3.2 ท่ากางนิ้วกางนิ้วมือแต่ละนิ้วออกนับ 1-20 ทำให้ครบทุกนิ้วและทำทั้ง 2 ข้าง ทั้งนิ้วมือข้างซ้ายและนิ้วมือข้างขวา ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของมือป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและข้อต่อ	2. ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหกล้มซ้ำได้ <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้ 2. คะแนนความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มลดลง น้อยกว่า 55 คะแนน 3. คะแนนการกล้วการหกล้มลดลง น้อยกว่า 11 คะแนน 4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การกล้วภาวะหกล้ม พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เพื่อวางแผนการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยใช้คู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะหกล้มและการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ 3. การสอนสาธิตผู้ป่วย ร่วมกันการฝึกวิธีการฝึกการทรงตัว ข้อควรระวังการใช้รถเข็นนั่ง ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังใส่เฝือกแขนขาแนะนำให้ผู้ป่วยการออกกำลังกายบนเตียง ในท่านอน โดยออกกำลังกายอย่างง่ายทุกวัน วันละ 2-3 ครั้งตามความสะดวกของผู้ป่วย เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและขา เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้ 3.1 ท่าผ่อนคลายฝ่ามือท่าผ่อนคลายฝ่ามือ ใช้มือจับนิ้วทั้ง 4 นิ้ว ได้แก่ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย จากนั้นเหยียดให้ตรงและใช้มืออีกข้างกลางนิ้วโป้งของผู้ป่วยออก นับ 1-20 ท่านี้ช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อฝ่ามือและทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น 3.2 ท่ากางนิ้วกางนิ้วมือแต่ละนิ้วออกนับ 1-20 ทำให้ครบทุกนิ้วและทำทั้ง 2 ข้าง ทั้งนิ้วมือข้างซ้ายและนิ้วมือข้างขวา ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของมือป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและข้อต่อ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
3.3 ทำวาดแขนออกด้านข้างใช้มือจับที่ข้อศอกและข้อมือ หลังจากนั้นหมุนไปเหนือศีรษะค้างไว้ 20 วินาที และหมุนแขนลงถ้านี้ช่วยบริหารหัวไหล่ 3.4 ทำกำมือและแบมือนอนหงายกำมือและแบมือ ข้อมือและนิ้วมือโดยทำซ้ำ 20 รอบทั้งมือด้านซ้ายและด้านขวา 3.5 จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง การออกกำลังกายโดยการกระดิกนิ้วเท้าข้างขวาที่ใส่เฝือกไว้ พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อ ค้างไว้ นับ 1-5 แล้วจึงค่อยๆคลายกล้ามเนื้อนิ้วเท้า 3.6 การออกกำลังกายบนเตียงขา และ เท้าซ้ายข้างที่ปกติ สามารถทำได้ โดยการ ยกขาซ้ายทำท่าปั่นจักรยานบนอากาศ ให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ทำ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น ทำวันละหลายๆครั้งเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ 3.7 จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง ใช้ผ้าขาวม้า พันรอบปลายเท้าข้างซ้ายที่ปกติ มือทั้ง 2 ข้างจับปลายผ้า แล้วจึงค่อยๆยกเท้าเข้าหาลำตัวให้มากที่สุด ค้างไว้ นับ 1-5 แล้วค่อยๆคลายตัวปลายเท้าให้อยู่ในท่าเริ่มต้น ทำซ้ำ 10 ครั้ง ทำวันละ 2-3 ครั้ง เท่าที่ผู้ป่วยต้องการ 3.8 จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง หมุนข้อเท้าข้างซ้ายที่ปกติ ให้เริ่มต้นหมุนไปตามเข็มนาฬิกา ให้ทำซ้ำ 20-30 ครั้ง แล้วจึงเปลี่ยนทิศทางการหมุนข้อเท้าเป็นทวนเข็มนาฬิกา ทำทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง หรือทำบ่อยๆตามที่ต้องการ ส่วนข้างขวาที่ใส่เฝือก ผู้ป่วยทำท่าหมุนข้อเท้าขวา ค่อยๆหมุนเท่าที่ทำได้ 4. แนะนำญาติในเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากการหกล้มซ้ำ ได้แก่ 4.1 ห้ามวางสิ่งกีดขวางทางเดินไม่ให้มี ผ้าเช็ดเท้า สายไฟ 4.2 เปิดไฟให้สว่างเพียงพอทั้งบริเวณเตียงทางเดินและในห้องน้ำ 4.3 การจัดหาเตียงกั้นลิ้นในส่วนของที่อาบน้ำ 4.4 การจัดหาเก้าอี้ที่นั่งที่มีความสูงพอเหมาะกับสรีระผู้ป่วย 4.5 จัดให้มีอุปกรณ์กระดิงไว้ที่ห้องน้ำ เพียงผู้ป่วยสามารถให้ผู้ป่วยใช้เรียกญาติผู้ดูแลได้ตลอดเวลา	3.3 ทำกำมือและแบมือนอนหงายกำมือและแบมือ ข้อมือและนิ้วมือโดยทำซ้ำ 20 รอบทั้งมือด้านซ้ายและด้านขวา 3.4 การออกกำลังกายบนเตียงต่อขา สามารถทำได้โดยการ ยกต่อขาทั้ง 2 ข้างทำท่าปั่นจักรยานบนอากาศ ให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ทำ 10 ครั้ง แล้วค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น ทำวันละหลายๆครั้งเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ 4. แนะนำญาติในเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากการหกล้มซ้ำ ได้แก่ 4.1 ห้ามวางสิ่งกีดขวางทางเดินไม่ให้มี ผ้าเช็ดเท้า สายไฟ 4.2 เปิดไฟให้สว่างเพียงพอทั้งบริเวณเตียงทางเดินและในห้องน้ำ 4.3 การจัดหาเตียงกั้นลิ้นในส่วนของที่อาบน้ำ 4.4 การจัดหาเก้าอี้ที่นั่งที่มีความสูงพอเหมาะกับสรีระผู้ป่วย 4.5 จัดให้มีอุปกรณ์กระดิงไว้ที่ห้องน้ำ เพียงผู้ป่วยสามารถให้ผู้ป่วยใช้เรียกญาติผู้ดูแลได้ตลอดเวลา 5. ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเพื่อเพิ่มกล้ามเนื้อ จากข้อมูล ผู้ป่วยสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ในแต่ละมื้อ ควรรับประทานเนื้อสัตว์ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ดังนั้นในหนึ่งวันควรรับประทานเนื้อสัตว์ 9 ช้อนโต๊ะต่อวัน 6. ให้คำแนะนำการสังเกต เฝาระวังการใช้ยา และผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยใช้ยา มากกว่า 5 ชนิด หากผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ มึนงง เดินโซเซ ง่วงนอนบ่อย ตาพร่ามัว หากมีอาการให้มีการจดบันทึก เพื่อประเมินความเสี่ยงการใช้ยา แจ้งให้แพทย์ทราบ ยาที่ผู้ป่วยใช้ต้องเฝาระวังได้แก่ 6.1 ยา Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ผลข้างเคียงที่เฝาระวัง ได้แก่ มีอาการเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว มึนงง ปวดศีรษะ 6.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด Aspirin(81) วันละ 1 ครั้ง เข้า ผลข้างเคียงที่เฝาระวัง ได้แก่ ปวดศีรษะ ง่วงซึม รู้สึกสับสน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
5. ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทโปรตีนเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ จากข้อมูล ผู้ป่วยสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ในแต่ละมื้อ ควรรับประทานเนื้อสัตว์ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ดังนั้นในหนึ่งวันควรรับประทานเนื้อสัตว์ 9 ซ่อนโตะต่อวัน 6. ให้คำแนะนำการสังเกต เฝ้าระวังการใช้ยา และผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยใช้ยา มากกว่า 5 ชนิด ขึ้นไป หากผู้ป่วยมีอาการ เวียนศีรษะ มึนงง เดินโซเซ ง่วงนอน บ่อย ตาพร่ามัว หากมีอาการให้มีการจดบันทึก เพื่อประเมินความเสี่ยงการใช้ยา แจ้งให้แพทย์ทราบ ยาที่ผู้ป่วยใช้ ต้องเฝ้าระวังได้แก่ 6.1 ยาฉีด NPH 16U SC ac เย็น ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการ เวียนศีรษะ มึนงง ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ มีอาการเหนื่อย อ่อนแรง 6.2 ยา Glipizide 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ มีอาการเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว มึนงง ปวดศีรษะ 6.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด Aspirin (81) วันละ 1 ครั้ง เช้า ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ ปวดศีรษะ ง่วงซึม รู้สึกสับสน 6.4 ยา Simvastatin (10) วันละครึ่ง ก่อนนอน ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจตื้น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ 6.5 ยา Norgesic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ มองเห็นภาพไม่ชัด มึนงง ง่วงซึม 6.6 ยา Tramadol 1 เม็ด pm for pain ทุก 6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ ง่วงซึม วิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ 7. ประสาน อสม. เพื่อการวางแผนร่วมกันในการช่วยเฝ้าระวังหกล้มซ้ำ การให้การช่วยเหลือ ติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ การสำรวจสิ่งของที่เป็นอันตรายในบ้าน และรอบๆบ้าน การจัดวางและการใช้เครื่องเรือนที่เหมาะสม การปรับปรุง	6.3 ยา Simvastatin(10) วันละครึ่ง ก่อนนอน ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจตื้น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ 6.4 ยา Norgesic 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ มองเห็นภาพไม่ชัด มึนงง ง่วงซึม 6.5 ยา Paracetamol(500) 1 เม็ด pm for pain ทุก 6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ ง่วงซึม วิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ 7. ประสาน อสม. เพื่อการวางแผนร่วมกันในการช่วยเฝ้าระวังหกล้มซ้ำ การให้การช่วยเหลือ ติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ 8. การสำรวจสิ่งของที่เป็นอันตรายในบ้าน และรอบๆบ้าน การจัดวางและการใช้เครื่องเรือนที่เหมาะสม การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสิ่งแวดล้อมประจำทุกเดือนเป็นการช่วยกำกับติดตามการลดความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ 9. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการประเมินกำลังกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อ แขน ลำตัว ในการหยิบจับสิ่งของ ภายหลังถอดเฝือก จัดทำนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง แล้วใช้ขวดน้ำใส่ถุงหิ้วแล้วคล้องหูลงในมือให้ผู้ป่วยถนัดผู้ป่วยที่มีน้ำเต็มขวดขนาดพอเหมาะกับมือผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ผู้ป่วยถนัดให้ปล่อยมือข้างลำตัว แล้วขอข้อศอกแบบหงายมือให้ชิดกับลำตัว จนสุดช่วงข้อและเหยียดกลับสู่ท่าเริ่มต้น ให้ผู้สูงอายุทำ 2 ครั้ง จับเวลา 30 วินาที แปลผลดังนี้ 9.1 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรงมาก ทำได้มากกว่า 11 ครั้ง 9.2 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรง ทำได้ 11 ครั้ง 9.3 กำลังกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงมีความเสี่ยงต่อการใช้แขนในชีวิตประจำวัน เช่น การยกของ ทำได้ น้อยกว่า 11 ครั้ง 10. การสอนสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับฝึกการทรงตัว เพิ่มกำลังขาทั้ง 2 ข้างและภายหลังการถอดเฝือกที่แขนขา โดยออกกำลังกายอย่างง่ายทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง โดยเริ่มต้นในแต่ละท่าทำซ้ำ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
สิ่งแวดล้อมที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสิ่งแวดล้อมประจำทุกเดือนเป็นการช่วยกำกับติดตามการลดความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำ 8. สอน สาธิต ให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการประเมินกำลังกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อ แขน ลำตัว ในการหยิบจับสิ่งของ การจับด้ามwalker ภายหลังถอดเฝือก 2 สัปดาห์ จัดทำนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง เท้าทั้ง 2 ข้าง วางราบกับพื้น แล้วใช้ขวดน้ำใส่ถุงหิ้วแล้วคล้องหูลงในมือให้ผู้ป่วยถนัดผู้ป่วยที่มีน้ำเต็มขวดขนาดพอเหมาะกับมือผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ผู้ป่วยถนัดให้ปล่อยมือข้างลำตัว แล้วงอข้อศอกแบบหางายมือให้ชิดกับลำตัว จนสุดช่วงงอและเหยียดกลับสู่ท่าเริ่มต้น ให้ผู้สูงอายุทำ 2 ครั้ง จับเวลา 30 วินาที แปลผลดังนี้ 8.1 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรงมาก ทำได้ มากกว่า 11 ครั้ง 8.2 กำลังกล้ามเนื้อแขนแข็งแรง ทำได้ 11 ครั้ง 8.3 กำลังกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงมีความเสี่ยงต่อการใช้แขนในชีวิตประจำวัน เช่น การยกของ น้อยกว่า 11 ครั้ง 9. สอน สาธิต ให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประเมินกำลังเนื้อร่างกายส่วนล่างภายหลังถอดเฝือก 2 สัปดาห์ เดินเข้าห้องน้ำใช้ Walker จัดทำนั่งบนเก้าอี้ไม่พนักพิงเท้าทั้ง 2 ข้าง วางราบกับพื้น ประสานมือทั้ง 2 ข้างไว้ที่อกให้ผู้ป่วยลุกยืนตรงและนั่งเก้าอี้ นับเป็น 1 ครั้ง ให้จับเวลา 30 วินาที 9.1 กล้ามเนื้อขาแข็งแรงมาก ไม่มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้ มากกว่า 8 ครั้ง 9.2 กล้ามเนื้อขาแข็งแรง มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้ 8 ครั้ง 9.3 กล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง มีความเสี่ยงต่อหกล้ม ทำได้น้อยกว่า 8 ครั้ง 10. การสอนสาธิตผู้ป่วย ร่วมกันการฝึกวิธีการฝึกการทรงตัวโดยออกกำลังกายอย่างง่าย ทุกวัน วันละ 1-2 ครั้งตามความสะดวกของผู้ป่วย ภายหลังถอดเฝือก 15 วันผู้ป่วยเคลื่อนที่ภายในบ้านใช้ Walker	10 ครั้ง ตามความสะดวก เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้ 10.1 ท่าเตรียมก่อนออกกำลังกายท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ดังนี้ - การยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอ ใช้มือข้างซ้ายจับบริเวณเหนือหูด้านขวา จากนั้นค่อยๆ โน้มคอไปด้านซ้าย ออกแรงจนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อคอคงค้างไว้ นับ 1-15 แล้วสลับข้าง ไม่กลั่นหายใจขณะปฏิบัติ - การยืดกล้ามเนื้อคอด้านหลัง ประสานมือวางไว้ด้านหลังศีรษะ จากนั้นค่อยๆ โน้มคอไปด้านหน้า ออกแรงจนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อคอด้านหลัง คงค้างไว้ นับ 1-15 แล้วสลับข้าง ไม่กลั่นหายใจขณะปฏิบัติ - ยืดเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่ สะบัก ยืดแขนขาไปทางด้านซ้าย แล้วพับแขนซ้ายขึ้นมาถือคอไว้ จากนั้น ค่อยๆ เอี้ยวตัวไปทางด้านขวาแรงจนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อหัวไหล่ สะบัก คงค้างไว้ นับ 1-15 ไม่กลั่นหายใจขณะปฏิบัติ - ยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ประสานมือทั้ง 2 ข้าง เหยียดแขนไปด้านหน้า จากนั้นพยายามโก่งตัว ยื่นแขนไปข้างหน้าให้มากที่สุด ออกแรงจนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อ หลังส่วนบน คงค้างไว้ นับ 1-15 แล้วสลับข้าง ไม่กลั่นหายใจขณะปฏิบัติ 10.2 การออกกำลังกายต่อขาเพื่อการทรงตัวที่ดี ป้องกันหกล้มซ้ำ ทำซ้ำ 20 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง ดังนี้ - จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วใช้หมอน 1 ใบหนุนต่อขาข้างขวาก่อน กดต่อขาขวาลงกับหมอน แล้วเกร็งกล้ามเนื้อ คงค้างไว้ นับ 1-15 จากนั้นให้สลับข้าง - จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วใช้หมอนรองต่อขาทั้ง 2 ข้าง แล้วกดต่อขาลง จากนั้นให้ยกลำตัวขึ้น ค่อยคลายลำตัวลงนับ 1 ครั้ง ทำซ้ำจนหว่าสม่อเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ - จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วใช้หมอน 1 ใบหนุนต่อขาข้างขวาก่อน เกร็งปลายต่อขากระดูกขึ้นให้เหยียดออกสุดคงค้างไว้ นับ 1-5 แล้วจึงค่อยคลายต่อขาลงทำสลับทั้ง 2 ข้าง ทำข้างละ 10 ครั้ง

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ในการเสริมสร้างเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและขา เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ เพิ่มความแข็งแรงและความสมดุลของกล้ามเนื้อและข้อเท้า หากมีอาการบาดเจ็บการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้กล้ามเนื้อขาและข้อเท้าแข็งแรงขึ้น และลดความเสี่ยงในการหกล้มทำบริหารความแข็งแรงและทรงตัว ดังนี้ - ทำบริหารข้อเท้า:นั่งบนเก้าอี้ ยกขาขวาขึ้น กระดกปลายเท้าเข้าหาตัว แล้วกระดกปลายเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง จากนั้นทำซ้ำกับขาซ้าย - ทำบริหารลำตัว : ยืนตรง มือเท้าเอว ค่อยๆ บิดลำตัวช่วงบนไปด้านขวาเท่าที่ทำได้ โดยไม่บิดสะโพก จากนั้นบิดไปด้านซ้าย ทำซ้ำ 10 ครั้ง <u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้ 2. ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มลดลง คะแนน 50 คะแนน เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง 3. การกลั้วการหกล้มลดลง ผล 7 คะแนน กลั้วการหกล้มเล็กน้อย 4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม	-จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ทับข้างปกติ ออกแรงกางตอขา ขึ้นด้านบนซ้ายๆ คงค้างไว้ 1-5 จากนั้นวางตอขาลง นับเป็น 1 ครั้ง ทำซ้ำจนหว่าสม้าเสมอเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ -จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ทับข้างปกติ ใช้หมอน 1 ใบ รองระหว่างตอขา ออกแรงกดตอขา 2 ข้างกับหมอนคงค้างไว้ 1-5 จากนั้นค่อยๆ คลายออกปล่อยตอขาออกจากหมอน -จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง ใช้หมอนรองระหว่างตอขาทั้ง 2 ข้าง ออกแรงหนีบขาเข้าหากันคงค้างไว้ นับ 1-5 จากนั้นค่อยๆ คลายออกปล่อยตอขาออกจากหมอน -จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง ให้ใช้มือจับผ้าขนหนูทั้ง 2 กลุ่มปลายตอขา แล้วค่อยดึงเข้าหาตัว คงค้างไว้ นับ 1-5 แล้วจึงคลายมือออก การเพิ่มกำลังแรงกดกล้ามเนื้อตอขา <u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหกล้มซ้ำได้ 2. ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ลดลง ผล 50 คะแนน เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง 3. การกลั้วการหกล้มลดลง ผล 8 คะแนน กลั้วการหกล้มเล็กน้อย 4. ไม่เกิดอุบัติเหตุการหกล้ม
TSCD ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ	
6.ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1 ผู้ป่วย บอกว่า “การเป็นโรคไต ระยะที่ 3 ต้องปฏิบัติตนอย่างไร” 2. ตรวจพบ ค่า eGFR เท่ากับ 55.11ml/min/1.73² <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมิน</u>	6.ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1 ผู้ป่วย บอกว่า “การเป็นโรคไต ระยะที่ 3 ต้องปฏิบัติตนอย่างไร” 2. ตรวจพบ ค่า eGFR เท่ากับ 55.11ml/min/1.73² <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมิน</u>

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามการดูแลตนเอง เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตน เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 และอาการ ผิดปกติที่ต้องมาตรวจรักษาก่อนวันนัด 2.เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อชะลอ ภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ร่วมกัน 3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควร ปฏิบัติตนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้ 3.1 จัดเตรียมอาหาร ประเภทโปรตีน ประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ในผู้ป่วย น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ 55 กรัม เท่ากับ 6-7 ช้อนโต๊ะ ต่อวัน รับประทาน อาหารที่มีโปรตีนในแต่ละมื้อควรแบ่งรับประทานทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรทานโปรตีนในมื้อเดียวดังนี้ การเลือก โปรตีน ควรเน้นอาหารที่มีโปรตีนย่อยง่าย เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา เป็นต้น สามารถใช้เนื้อสัตว์สลับกับไข่ขาวในสัดส่วน 1 ต่อ 1 เช่น ไข่ขาว 2 ฟอง เท่ากับ เนื้อสัตว์ 2 ช้อนโต๊ะ 3.2 การดื่มน้ำในแต่ละวัน ให้เพียงพอความต้องการ ของร่างกาย เพื่อช่วยให้ไตขับของเสีย ประมาณ 1.5 ถึง 2 ลิตร หรือประมาณ 6-8 แก้ว 3.3 สังเกตอาการผิดปกติ หากพบว่ามีอาการ ผิดปกติต่างให้พบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีอาการ บวม กดบวม ตามร่างกาย เช่น หน้า เท้า เปลือกตา เป็นต้น ปัสสาวะเป็นฟอง หรือสีผิดปกติ ความดัน โลหิตสูง อ่อนเพลีย ซีด ค้นตามร่างกาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หากมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ปัสสาวะลดลงมาก หรือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วผิดปกติ ชัก หหมดสติ ให้รีบมา พบแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ไตเรื้อรัง 3.4 การจัดเตรียมยาโรคประจำตัวให้กับผู้ป่วยได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาไขมัน ให้ผู้ป่วย	ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามการดูแลตนเอง เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตน เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 และอาการ ผิดปกติที่ต้องมาตรวจรักษาก่อนวันนัด 2.เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อชะลอ ภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ร่วมกัน 3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควร ปฏิบัติตนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้ 3.2 จัดเตรียมอาหาร ประเภทโปรตีน ประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ในผู้ป่วย น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สามารถรับประทานเนื้อสัตว์ 55 กรัม เท่ากับ 6-7 ช้อนโต๊ะ ต่อวัน รับประทาน อาหารที่มีโปรตีนในแต่ละมื้อควรแบ่งรับประทานทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรทานโปรตีนในมื้อเดียวดังนี้ การเลือก โปรตีน ควรเน้นอาหารที่มีโปรตีนย่อยง่าย เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา เป็นต้น สามารถใช้เนื้อสัตว์สลับกับไข่ขาวในสัดส่วน 1 ต่อ 1 เช่น ไข่ขาว 2 ฟอง เท่ากับ เนื้อสัตว์ 2 ช้อนโต๊ะ 3.2 การดื่มน้ำในแต่ละวัน ให้เพียงพอความต้องการ ของร่างกาย เพื่อช่วยให้ไตขับของเสีย ประมาณ 1.5 ถึง 2 ลิตร หรือประมาณ 6-8 แก้ว 3.3 สังเกตอาการผิดปกติ หากพบว่ามีอาการ ผิดปกติต่างให้พบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีอาการ บวม กดบวม ตามร่างกาย เช่น หน้า เท้า เปลือกตา เป็นต้น ปัสสาวะเป็นฟอง หรือสีผิดปกติ ความดัน โลหิตสูง อ่อนเพลีย ซีด ค้นตามร่างกาย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หากมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ปัสสาวะลดลงมาก หรือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วผิดปกติ ชัก หหมดสติ ให้รีบมา พบแพทย์ทันทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ไตเรื้อรัง

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
รับประทานอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง เช่น ความดันโลหิตควรอยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 mmHg หรือโรคเบาหวาน ควรให้ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 70-110 mg/dL หรือน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 6.5-7.0 4 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้ 4.1 ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูปทุกชนิด ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก หมูยอ และเนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ เนย น้ำมันมะพร้าว และไข่แดง เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง ธัญพืชต่างๆ ปูม้า ปลาซาติน ปลาไส้ตัน น้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องในสัตว์ 4.2 ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยาชุด ยาแก้ปวดเมื่อยที่ไม่มีทะเบียนยา สมุนไพร อาหารเสริมที่ไม่ได้มาตรฐาน การใช้ยานิตต่างต้องอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามและปฏิบัติตามเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามและปฏิบัติตามเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง	3.4 การจัดเตรียมยาโรคประจำตัวให้กับผู้ป่วยได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาไขมัน ให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง เช่น ความดันโลหิตควรอยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 mmHg หรือโรคเบาหวาน ควรให้ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 70-110 mg/dL หรือน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 6.5-7.0 4 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนี้ 4.1 ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูปทุกชนิด ได้แก่ ลูกชิ้น ไส้กรอก หมูยอ และเนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ เนย น้ำมันมะพร้าว และไข่แดง เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง ธัญพืชต่างๆ ปูม้า ปลาซาติน ปลาไส้ตัน น้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องในสัตว์ 4.2 ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยาชุด ยาแก้ปวดเมื่อยที่ไม่มีทะเบียนยา สมุนไพร อาหารเสริมที่ไม่ได้มาตรฐาน การใช้ยานิตต่างต้องอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามและปฏิบัติตามเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติ สามารถตอบคำถามและปฏิบัติตามเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ได้ถูกต้อง
TSCD ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ	
7. มีความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ <u>ข้อมูลสนับสนุน:</u> 1. ผู้ป่วย บ่นกลัวการหกล้ม การทรงตัวไม่ดี ใช้ walker ในการเคลื่อนย้ายตัวภายในบ้าน 2. ประเมินกลัวการหกล้ม ผล 8 คะแนน : กลัวหกล้มระดับน้อย 3. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน: มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อลดความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย	7. มีความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ <u>ข้อมูลสนับสนุน:</u> 1. ผู้ป่วย บ่นกลัวการหกล้ม การทรงตัวไม่ดี งดใช้ขาเทียม ใช้ รถเข็นนั่งในการเคลื่อนย้ายตัว 2. ประเมินกลัวการหกล้ม ผล 7 คะแนน : กลัวหกล้มระดับน้อย 3. ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ผล 51 คะแนน : มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อลดความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
<u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของตนเอง 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม น้อยกว่า 8 คะแนน 4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) น้อยกว่า 51 คะแนน 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าที ที่อ่อนโยน ทุกครั้งเพื่อลดความกลัวภาวะหกล้มซ้ำ และจัดกิจกรรม Family meeting 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อความกลัวการหกล้มซ้ำเพื่อประเมินการ รับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย 3. พยาบาลชุมชนประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ ความกลัวต่อภาวะหกล้ม ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 4. ให้ความรู้ และ เข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลถึงการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเอง ในเรื่องต่างๆ ดังนี้ 4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองได้แก่ การมองเห็นไม่ชัดการทรงตัวไม่ดี ขาไม่มีแรง การใช้ Walker ที่ปลอดภัย การใช้ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการง่วงซึม ความกลัวการหกล้ม และการเคยมีประวัติหกล้มมาก่อน ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน ได้แก่ สายไฟ ธรณีประตู การมีพื้นต่างระดับ การมีแสงสว่าง ในบ้านไม่เพียงพอโดยเฉพาะทางเดิน โดยใช้ walker ไปห้องน้ำ	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม น้อยกว่า 8 คะแนน 4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) น้อยกว่า 51 คะแนน 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าที ที่อ่อนโยน ทุกครั้งเพื่อลดความกลัวภาวะหกล้มซ้ำ และจัดกิจกรรม Family meeting 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อความกลัวการหกล้มซ้ำเพื่อประเมินการ รับรู้การปรับตัวที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายพร้อมกับให้กำลังใจและเสนอแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาตามความสามารถการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย 3. พยาบาลชุมชนประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ ได้แก่ ความกลัวต่อภาวะหกล้ม ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 4. ให้ความรู้ และ เข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลถึงการป้องกันภาวะหกล้มซ้ำของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเอง ในเรื่องต่างๆ ดังนี้ 4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองได้แก่ การมองเห็นไม่ชัดการทรงตัวไม่ดี ขาไม่มีแรง การใช้รถเข็นนั่งที่ปลอดภัย การใช้ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการง่วงซึม ความกลัวการหกล้ม และการเคยมีประวัติหกล้มมาก่อน ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน ได้แก่ สายไฟ ธรณีประตู การมีพื้นต่าง

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยที่เหมือนกัน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
4.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับที่พักรักษาและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ได้แก่ การจัดบ้านให้เป็นระเบียบไม่ควร มีสิ่งกีดขวางทางเดินเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม การติดตั้งแผ่นกันลื่นในห้องอาบน้ำ และบริเวณอ่างล้างหน้า 4.3 การเลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ 4.4 การใช้ยาที่ควรระวังเกี่ยวกับภาวะหกล้มซ้ำ 5. ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะหกล้ม โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายนี้ประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ แล้วสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ 6. ส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้ป่วย การหกล้มและความกลัว การหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ การให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ แล้ววิเคราะห์เพื่อหาทางป้องกันและควบคุม การหกล้มและความกลัวการหกล้มร่วมกัน 7 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในเอง	ระดับ การมีแสงสว่าง ในบ้านไม่เพียงพอโดยเฉพาะทางเดิน โดยใช้ รถเข็นนั่ง ไปห้องน้ำ 4.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับที่พักรักษาและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การจัดบ้านให้เป็นระเบียบไม่ควร มีสิ่งกีดขวางทางเดินเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม การติดตั้งแผ่นกันลื่นในห้องอาบน้ำ และบริเวณอ่างล้างหน้า 4.3 การใช้ยาที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ 4.4 การใช้ยาที่ควรระวังเกี่ยวกับภาวะหกล้มซ้ำ 5. ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะหกล้ม โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายนี้ประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ แล้วสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ 6. ส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า การหกล้มและความกลัว การหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ การให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ แล้ววิเคราะห์เพื่อหาทางป้องกันและควบคุม การหกล้มและความกลัวการหกล้มร่วมกัน 7. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในเอง
<u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของตนเอง มีความมั่นใจมากขึ้น 2.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม เท่ากับ 7 คะแนน มีความกลัวการหกล้มระดับน้อย 4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 50 คะแนน : มีความเสี่ยงภาวะหกล้มระดับปานกลาง	<u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ มีความมั่นใจมากขึ้น 2.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 3. ผู้ป่วยมีความกลัวต่อภาวะหกล้ม เท่ากับ 7 คะแนน : มีความกลัวการหกล้มระดับน้อย 4. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) เท่ากับ 50 คะแนน : มีความเสี่ยงภาวะหกล้มระดับปานกลาง

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วย
กรณีศึกษารายที่ 1 และ กรณีศึกษารายที่ 2 ที่ต่างกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
TSCD คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย		
กรณีศึกษารายที่ 1		
1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวเป็นภาระญาติ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น วิตกกังวลกับโรคที่เป็นบอกว่าจะเดินได้เหมือนเดิมหรือเปล่า 2. ประประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 12 คะแนน 3. ประเมิน 9 Q เท่ากับ 7 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น 3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 4. ประเมินความวิตกกังวล GAD – 7 มีคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน 5. ประเมิน 9 Q มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน	1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติข้อข้องใจต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 2. ให้ความสนใจและให้ผู้ป่วยและญาติโดยให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล 3. ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์การตรวจตามนัด ในระหว่างที่ผู้ป่วยต้องใช้ On Short leg slab ขาขวานาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 16 ม.ค. 2566 ถึง วันที่ 16 ก.พ. 2566) 4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่ร่วมกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ผลดี ผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน 5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล และปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่อ่อนโยนทุกครั้งเพื่อลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด 6. สังเกตพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาลในครั้งถัดไป และให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 7. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง	<u>การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น 3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 4. ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 9 คะแนน มีความวิตกกังวลเล็กน้อย 5. ประเมิน 9 Q เท่ากับ 6 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 และ กรณีศึกษารายที่ 2 ที่ต่างกัน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาล	การประเมินผล
TSCD คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย		
กรณีศึกษารายที่ 2		
TSCD คงไว้ซึ่งการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ป่วย		
3. ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า เนื่องจากกลัวเป็นภาระญาติ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บ่นเบื่อชีวิตวิตกกังวลกับโรคที่เป็นบอกว่า <u>ข้อมูลสนับสนุน (ต่อ)</u> จะเดินได้เหมือนเดิมหรือเปล่า 2. ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 12 คะแนน 3. ประเมิน 9 Q เท่ากับ 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อลดความซึมเศร้าของผู้ป่วย <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 3. ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า ลดลงน้อยกว่า 12 คะแนน	1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อข้องใจต่างๆ และตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่โดยอธิบายง่ายๆ ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเพื่อประเมินการรับรู้	1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและการรักษาทุกครั้ง 3. ประเมินความวิตกกังวล GAD-7 เท่ากับ 9 คะแนน 4. ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า ลดลง คะแนน 9 Q ผลเท่ากับ 6 คะแนน

ยาและขนาดยาที่ใช้กับผู้ป่วย(ที่สำคัญ)

1. Tramadol (50 mg)

ชื่อสามัญ Tramadol hydrochloride

ชื่อการค้า Tramadol

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาระงับอาการปวด กลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Analgesics) ที่มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดค่อนข้างรุนแรง ยาชนิดนี้จัดเป็นยาอันตรายและเป็นยาที่จ่ายได้ภายใต้คำสั่งแพทย์เท่านั้น โดยตัวยานี้จะออกฤทธิ์สั่งการสมองและระบบประสาทให้คลายความเจ็บปวดลง การออกฤทธิ์จับที่ opioid receptor อย่างอ่อนเพื่อให้หลังสารที่ชื่อว่า serotonin และ ยังยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine แต่เมื่อ

รับประทานเข้าไป ทรามาดอลจะถูก เปลี่ยนเป็น O-desmethyiltramadol ซึ่งจะมีผลต่อ opioid receptor agonist อย่างรุนแรง ซึ่งเป็น metaboliteของทรามาดอลนั้นมีฤทธิ์มากกว่าทรามาดอล ถึง 700 เท่า

ขนาดและวิธีใช้

การให้ยาเริ่มต้นยาที่ 25 mg ต่อวัน ช่วงเวลาเช้า และค่อย ๆ เพิ่มขนาดทุก ๆ 25 mg (แยกจากมื้อเช้า โดยอาจให้ตอนเย็น) ทุก ๆ 3 วัน จนได้ยาขนาด 25 mg วันละ 4 ครั้ง หลังจากนั้นอาจเพิ่มขนาดยาต่อวันทุก ๆ 50 mg ทุก 3 วัน หากสามารถทนต่อการกินยา ได้ เพื่อให้ได้ขนาดยาต่อวันเป็น 50 mg วันละ 4 ครั้ง - ขนาดยาสำหรับการ maintenance คือ 50-100 mg รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง prn โดยการรับประทานยา ต่อวันไม่เกิน 400 mg/day - หากต้องการให้ยาออกฤทธิ์บรรเทาปวดได้เร็วยิ่งขึ้น แนะนำยาในขนาด 50-100 mg รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวด โดยไม่ต้องมี initial titration (ไม่ต้องเริ่มต้นจากขนาดต่ำๆ) แต่ไม่ควรเกิน MAX dose 400 mg/day ขนาดยาสำหรับผู้สูงอายุ กรณียาชนิด immediate-release ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ให้ใช้ยาเริ่มต้นในขนาดต่ำสุดที่สามารถให้ได้และในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ขนาดยาต่อวันไม่ควรเกิน 300 mg ต่อวัน Tramadol injection (50mg/ml) สามารถให้ยาด้วยวิธี ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และ หลอดเลือดดำ โดยตรง ซ้ำ ๆ ใช้เวลามากกว่า 2-3 นาที หรือ สามารถให้แบบ iv infusion ได้แต่ต้องเจือจางก่อน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ ท้องผูก ชัก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์รูปแบบเดียวกันกับการใช้ opioid ตัวอื่นๆ และพบว่าเกิดภาวะกดการหายใจ ได้ในผู้ที่ใช้ยาขนาดสูงหรือใช้ยา เกินขนาด การใช้ทรามาดอลเกินขนาดทำให้เกิดอาการเซื่องซึม รุม่านตาหรี่ ภาวะหายใจไม่สงบ อัตราหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก พบว่าทรามาดอลทำให้เกิดอาการชักได้มากกว่ายาอื่นในกลุ่ม opioids อาการพิษรุนแรง ได้แก่ โคมา ชัก ความดันโลหิตต่ำ สำหรับภาวะกดการหายใจ พิษจากยาสามารถทำให้เกิด serotonin syndrome ขึ้นรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะไข้สูงเกิน นำไปสู่อาการแทรกซ้อน คือ ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย ภาวะลิ้นเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นมากในผู้ที่ใช้ยาหลายตัวร่วมกันโดยเฉพาะยาด้านอาการซึมเศร้าในกลุ่ม MAOIs และ SSRIs รวมถึงยากระตุ้นประสาทที่มีผลต่อ serotonin

2. Paracetamol (500 mg)

ชื่อสามัญ Paracetamol

ชื่อการค้า Acetaminophen

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยลดไข้ โดยนิยมใช้เพื่อรักษาอาการปวดทั่วไป เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดประจำเดือน ปวดกล้ามเนื้อ หรือปวดฟัน Paracetamol ทำงานโดยการยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase (COX) ในสมองซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีบทบาทในการสร้างสารเคมีที่เรียกว่า prostaglandins ที่ทำให้เกิดอาการปวดและไข้ การยับยั้ง COX ในสมองช่วยลดการสร้าง prostaglandins ซึ่งส่งผลให้ลดอาการปวดและไข้ analgesics กลไกในการบรรเทาอาการปวดยังไม่ ชัดเจน กระบวนการสร้าง prostaglandin ในระบบประสาท ส่วนกลาง

ขนาดและวิธีใช้

การใช้ยา ผู้ใหญ่ยาเม็ด ผู้ใหญ่ 500 มิลลิกรัมในกรณีของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักในช่วง 33-50 กิโลกรัม ที่ต้องใช้ยาเพียงในระยะสั้น แพทย์จะค่อย ๆ ฉีดยาในปริมาณ 15 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว

1 กิโลกรัม แต่ปริมาณสูงสุดจะไม่เกิน 60 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน หรือ 3,000 มิลลิกรัม/วันยาน้ำ 120 มิลลิกรัม/ 1 ซ้อนชา (5 มิลลิกรัม)

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

พาราเซตามอลมักไม่ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง แต่ก็มีบางกรณีเช่นกันที่ผู้ใช้ยาพาราเซตามอลชนิดเห็นอาการเจ็บและเกิดรอยแดงบริเวณทวารหนักได้ ซึ่งผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ทราบ หากอาการดังกล่าวไม่ดีขึ้น ข้อควรระวัง : ระยะเวลาการใช้ยาที่เหมาะสมคือ ไม่ควรเกิน 7 วันสำหรับผู้ใหญ่ หรือ 5 วัน สำหรับเด็ก ส่วนสำหรับอาการไข้ ผู้ใช้ยาไม่ควรใช้ยาดูติดต่อกันนานเกิน 3 วัน

3. Norgesic

ชื่อสามัญ ORPHENADRINE + PARACETAMOL

ชื่อการค้า Norgesic

กลไกการออกฤทธิ์

บรรเทาอาการปวด และบรรเทาการคลายกล้ามเนื้อ มักนำยามาใช้รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ อีกทั้งทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและผ่อนคลาย โดยมีส่วนประกอบคือ Orphenadrine citrate 35 มิลลิกรัม และ paracetamol 450 มิลลิกรัม บรรเทาอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อลาย เช่น ปวดแขน ปวดขา ปวดลำตัว หรือปวดหลังเฉียบพลัน บรรเทาอาการปวดเกร็ง หรือโรคปวดศีรษะจากความเครียด ซึ่งเกิดจากการบีบรัดของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ และบรรเทาอาการปวดข้อ จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวร่างกาย และกล้ามเนื้อบริเวณรอบศีรษะ คลายตัว ลดอาการตึง และบรรเทาอาการปวดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อได้ มีฤทธิ์เป็นยาชาเฉพาะที่มีฤทธิ์ต้านฮิสตามีน สารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ และยาพาราเซตามอล มีฤทธิ์ลดอาการปวด ลดไข้และต้านการอักเสบ ผลจากยาสองชนิด ทำให้ถูกใช้เป็นยาคลายกล้ามเนื้อ และบรรเทาอาการปวด

ขนาดและวิธีใช้

การรับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อน หรือหลังมื้ออาหาร

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ ปากแห้ง มองเห็นภาพไม่ชัด ส่วนอาการที่พบบได้น้อย ได้แก่ อาการแพ้ และง่วงซึมไม่แนะนำให้ใช้ยาติดต่อกันในระยะยาว เนื่องจากตัวยาพาราเซตามอลเป็นพิษต่อดับ

4. Aspirin 81 mg

ชื่อสามัญ ASA (81 mg)

กลไกการออกฤทธิ์

การยับยั้งเอนไซม์ในร่างกายที่ทำให้เกิดสารอักเสบ ซึ่งมีชื่อว่า ไซโคลออกซีจีเนส (cyclooxygenase: COX) นอกจากนี้ เอนไซม์คือออกซ์ (COX enzyme) กระตุ้นการสร้างสารที่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ที่มีชื่อว่า หรือมบ็อกเซนเอท thromboxane - A2 ดังนั้น ผลที่ได้จากการใช้ยาแอสไพริน นอกจากจะบรรเทาอาการอักเสบ ยังทำให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มกันได้ง่ายมากขึ้น ซึ่งขนาดยาที่สูงของแอสไพริน (325 - 650 มิลลิกรัมต่อครั้ง) จะได้ผลดีในการบรรเทาอาการปวด และอักเสบ ส่วนขนาดยาที่ต่ำของแอสไพริน (75 - 150 มิลลิกรัมต่อวัน) มีผลการรักษาที่ดีในแง่ฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือด

ขนาดและวิธีใช้

แอสไพรินในประเทศไทยมีขนาด 81 มิลลิกรัมและ 325 มิลลิกรัม แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาปรับให้เหมาะสมตามอายุ หรืออาการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีตัวอย่างปริมาณการใช้ยาและรายละเอียดดังนี้

- การบรรเทาอาการปวดและลดไข้

ผู้ใหญ่ รับประทานยาขนาด 325- 50 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง สูงสุดไม่เกิน 4 กรัมต่อวัน

- การป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้ใหญ่ รับประทานยาขนาด 75 - 325 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง และควรใช้แอสไพริน

ในปริมาณต่ำสำหรับผู้ป่วยที่กำลังใช้ยาลดความดันโลหิต (ACE Inhibitors)

- โรคข้อสันหลังอักเสบชนิดแอนโคโลซิสซึ่ง โรคข้อเสื่อม โรคข้อรูมาตอยด์ โรคเอสแอลอี หรือโรคแพ้ภูมิตัวเองที่เกี่ยวข้องกับข้ออักเสบและเยื่อหุ้มปอดอักเสบ

ผู้ใหญ่ รับประทานยาขนาด 3 กรัมต่อวัน

- ภาวะสมองขาดเลือด

ผู้ใหญ่ รับประทานยาขนาด 50 - 325 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง

- ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ผู้ใหญ่ รับประทานยาขนาด 75 - 325 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยาแอสไพรินอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไปในขณะใช้ยา เช่น ปวดศีรษะ ง่วงซึม ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ผื่นคัน มีอาการบวมที่ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ หูอื้อ รู้สึกสับสน หายใจเร็ว ผิดปกติ ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อุจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ ไส้หรืออาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น

5. Simvastatin (10 mg)

ชื่อสามัญ simvastatin

ชื่อการค้า Zocor

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นยาที่ใช้รักษาภาวะไขมันในเลือดสูง การออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่สร้างคอเลสเตอรอล ทำให้ปริมาณคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง และช่วยเพิ่มคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) ในเลือด อีกทั้งยังอาจช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง รวมถึงช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ

ขนาดและวิธีใช้

ในผู้ใหญ่รับประทานยาปริมาณ 10-20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคสูงให้ใช้ยาปริมาณ 20-40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งตอนเย็น และปรับขนาดยาตามการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย โดยใช้ยาดูติดต่อกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องผูก เจ็บคอ คัดจมูก และจาม นอกจากนี้ อาจทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ กดแล้วเจ็บ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดท้องส่วนบน มีอาการคัน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด และเกิดภาวะดีซ่าน ปัสสาวะน้อยหรือไม่ปัสสาวะ มีอาการสับสนเมื่อปัสสาวะหรือปัสสาวะได้ลำบาก มีอาการบวมที่เท้าหรือข้อเท้า รู้สึกอ่อนเพลีย และหายใจสั้น สัญญาณของอาการแพ้ยา เช่น เกิดผื่นลมพิษ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ และมีอาการบวมบริเวณใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น และลำคอ

6. Glipizide (5mg)

ชื่อสามัญ Glipizide

ชื่อการค้า Glucotrol, Glucotrol XL, Minidiab

กลไกการออกฤทธิ์

กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจาก beta cell ของตับอ่อน พบว่าการกระตุ้นเกิดเพียงชั่วคราว 3- 6 เดือน หลังจากนั้นการหลั่งของอินซูลินจะมีลักษณะเหมือนก่อนรักษา กดการสร้าง glucose ที่ตับลดระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ในการรักษาอาการผู้ป่วยชนิดนี้โดยกลไกในการทำงานคือช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ตับอ่อนสามารถสร้างอินซูลินได้มากขึ้น

ขนาดและวิธีใช้

ยากลุ่มนี้ดูดซึมได้ดีเมื่อให้ยาก่อนอาหาร ควรรับประทานยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง การใช้ยารับประทานวันละ 2.5-5 มิลลิกรัมต่อวัน 1 ครั้ง สามารถปรับเพิ่มขนาด ยาได้ตามปริมาณน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยในช่วงเวลาที่ปรับยาควรปรับเพิ่มขึ้นวันละ 2.5-5 มิลลิกรัมเท่านั้น หากปริมาณยาต่อวันมากกว่า 15 มิลลิกรัม ควรแบ่งการรับประทานเป็น 2 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานเกินวันละ 40 มิลลิกรัม

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการที่พบได้ทั่วไปในการใช้ยานี้ได้แก่ อาการคลื่นไส้เล็กน้อย ท้องเสีย ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีผื่นแดงตามผิวหนัง เป็นต้น อาการแพ้ยา Glipizide ได้แก่ มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมบริเวณใบหน้าริมฝีปาก ลิ้นและคอ มีรอยฟกช้ำ เลือดออกง่ายมีอาการเหนื่อย หายใจสั้นและหัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ ปวดท้องส่วนบน มีอาการคัน ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีโคลน และตัวเหลือง ตัวซีด มีไข้ มีอาการมึนงง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อย่างรุนแรง และอาเจียน

7. Isophane Insulin

ชื่อสามัญ Isophane Insulin

ชื่อการค้า Humulin N , Novolin N, BIOSULIN N, Gensulin N และ Insulatard

กลไกการออกฤทธิ์

เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนทำหน้าที่นำน้ำตาลเข้าเซลล์ ทำให้น้ำตาลในเลือดไม่สูงเกินไป ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีปัญหาเรื่องอินซูลินไม่พอที่จะควบคุมน้ำตาล จึงมีการผลิตอินซูลินขึ้นมาอินซูลินที่ผลิตขึ้นมาจะมีทั้งชนิดที่ออกฤทธิ์เร็ว ออกฤทธิ์ปานกลาง และออกฤทธิ์นาน การเลือกใช้อินซูลินอย่างถูกต้องจะควบคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น NPH (Neutral Protamine Hagedorn หรือ Isophane insulin) ใช้ protamine เป็นสารที่ทำให้ อินซูลินออกฤทธิ์โดยออกฤทธิ์ภายใน 2-4 ชั่วโมง

ขนาดและวิธีใช้

NPH insulin หรือเรียก isophane insulin .ใช้สาร protamine ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น เริ่มออกฤทธิ์ 1-4 ชั่วโมง หลังฉีดยา ออกฤทธิ์สูงสุด 4-10 ชั่วโมง และยาอยู่ได้นาน 12-20 ชั่วโมง ใช้ฉีดได้ผิวหนังได้อย่างเดียวหากฉีด ตอนเช้ายาออกฤทธิ์ตอนเย็น หากฉีดก่อนนอนยาออกฤทธิ์สูงสุดตอนเช้ามีด

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อินซูลินอาจทำให้เกิดอาการแพ้ทั่วร่างกาย หรือบวมแดงบริเวณที่ฉีดซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จึงควรหมั่นสังเกตอาการตลอดเวลาที่ใช้อินซูลิน ผลข้างเคียงที่มักพบบ่อย ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักตัวขึ้น ทั้งนี้ อาการที่ควรรีบไปพบแพทย์โดยด่วน ได้แก่ รู้สึกวิงเวียนศีรษะ มึนงง ซึมเศร้า ตาพร่ามัว มีอาการหนาวสั่น และมีเหงื่อออก ตัวเย็น เกิดอาการชัก หรือตัวสั่น ผิวหนังซีด หรือมีผื่นขึ้น ปากแห้ง ไอ กลืนลำบาก ปัสสาวะน้อยลง หัวใจเต้นผิดปกติ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หิว หรือกระหายน้ำบ่อยขึ้น กล้ามเนื้อเกร็งแน่นหน้าอก เหนื่อย อ่อนแรง

8. Folic acid

ชื่อสามัญ Folic acid

ชื่อการค้า Folic acid

กลไกการออกฤทธิ์

โฟลิกเป็นโคเอนไซม์ที่จำเป็นต่อกระบวนการเมตาบอลิซึม โดยช่วยสังเคราะห์ โปรตีนที่ช่วยในแบ่งเซลล์ การสร้างเม็ดเลือดแดง การสังเคราะห์ DNA ที่สมบูรณ์ช่วยให้การแบ่งเซลล์เป็นไปตามปกติ โดยเฉพาะเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว ซึ่งป้องกันภาวะโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงขนาดใหญ่ ซะลอไตเสื่อม

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดยาปกติสำหรับผู้ใหญ่ คือ 5 มิลลิกรัม รับประทานวันละครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ระบบทางเดินอาหาร: ปวดท้อง ท้องร่วง คลื่นไส้ มีแก๊สในกระเพาะอาหาร ระบบประสาทและจิตใจ : สับสน นอนไม่หลับ ฉุนเฉียว ตื่นเต้นง่าย ผิวน้ำ: มีปฏิกิริยาผื่นคัน อาการแพ้: ผื่นขึ้น ลมพิษ บวมที่ใบหน้า ลิ้น หรือลำคอ หายใจลำบาก (ควรพบแพทย์ทันที)

9. FBC

ชื่อสามัญ Ferrous Fumarate

ชื่อการค้า FBC, FBC Daily, Ferlo-B-cal

กลไกการออกฤทธิ์

FBC มีส่วนประกอบได้แก่ Fe fumarate 200 mg, Vitamin B1 2 mg , Vitamin B2 2 mg , Vitamin B12 5 mcg , Vitamin C 20 mg , Niacin 10 mg , Folic acid 100 mcg และ phosphate tribasic 100 mg มีข้อบ่งใช้สำหรับป้องกันและรักษาผู้ป่วยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, ภาวะโลหิตจางชนิด Megaloblastic anemia

ขนาดและวิธีใช้

รักษาภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1-2 ครั้ง (60-120 มิลลิกรัมของธาตุเหล็กต่อวัน)

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการทางเดินอาหาร (พบบ่อยที่สุด): คลื่นไส้, อาเจียน, ปวดบริเวณลิ้นปี่, ปวดมวนท้อง, ท้องผูก, หรือท้องร่วงการเปลี่ยนแปลงของอุจจาระ: ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ หรือสีเข้มขึ้น

10. Calcium Carbonate

ชื่อสามัญ Calcium Carbonate

ชื่อการค้า CALTAB-600

กลไกการออกฤทธิ์

แคลเซียมคาร์บอเนตมีปริมาณแคลเซียมสูง โดยจะแตกตัวในกระเพาะอาหารด้วยกรด และถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อนำไปใช้เสริมสร้างมวลกระดูกและรักษาภาวะขาดแคลเซียม

ขนาดและวิธีใช้

แคลเซียมคาร์บอเนต(1,000-1,500 มิลลิกรัม ใช้รับประทานวันละ 1-2 ครั้ง พร้อมอาหาร

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ท้องผูก ท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง อาจมีคลื่นไส้ หากได้รับปริมาณมากเกินไปหรือต่อเนื่องยาวนาน อาจเสี่ยงต่อภาวะแคลเซียมในเลือดสูง นิวโนไต

บทที่ 4

สรุปกรณีศึกษา อภิปรายผลวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1

สรุปกรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง หญิงไทย อายุ 77 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2566 ด้วยหกล้ม มีอาการปวด บวม ที่ขาขวา 1 วันก่อน ผลตรวจ X-Ray พบว่า Close fracture right of Tibia แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture right Tibia with Chronic Kidney disease stage 3 with Diabetes Mellitus type 2 with Osteoarthritis of the knee with Pressure Ulcer on buttock รับไว้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ และให้พักขาขวา โดย Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 29 มกราคม 2566) และ On Short leg slab ขาขวา นาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566) ในระหว่างพักรักษาตัวมีอาการปวดขาขวามากจึงใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีการประเมินอาการปวดซ้ำติดตามอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้ รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ในวันที่ 19 มกราคม 2566 รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม 2566 ถึง 1 เมษายน 2566 เยี่ยมติดตามต่อเนื่อง ตั้งแต่ เมื่อผู้ป่วยการเข้ารับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จากข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินปัญหาเพื่อเตรียมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ โดย การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ร่วมกับกระบวนการทางพยาบาล ในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและญาติต่อเนื่อง พบว่าให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาดูแลจึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ สภาพแวดล้อมที่บ้านญาติสามารถปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีผู้ดูแลและได้ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปัญหาความต้องการช่วยเหลือดูแลตนเอง สามารถตอบคำถามในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและได้ส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องกับพยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านสามารถจำหน่ายจากการดูแลได้ รวมระยะเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย 74 วัน สรุปปัญหาได้ ดังนี้

1. พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง
2. ไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง
3. มีแผลกดทับที่ก้น
4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวเป็นภาระญาติ
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี
6. ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3
7. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากโรคเบาหวานชนิดที่ 2
8. มีความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

สรุปกรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ชายไทย อายุ 80 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ด้วยหกล้ม ลื่นไถลจากเตียง มีอาการปวด ที่ต้นแขนขวา ยกหัวไหล่ไม่ขึ้น 1 วันก่อน ผลตรวจ X-Ray พบว่า Closed fracture right humerus แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture right humerus with Chronic Kidney disease stage 3 with Diabetes Mellitus type 2 with Osteoarthritis of the knee with Chronic Ulcer on right knee รับไว้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ และให้พักแขนขวา On U slab แขนขวานาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 29 กรกฎาคม 2566) ผู้ป่วยมีการตัดขาระดับใต้เข่าให้คงใส่ขาเทียม นาน 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 29 กรกฎาคม 2566) ในระหว่างพักรักษาตัวมีอาการปวดแขนขวามากจึงใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีการประเมินอาการปวดซ้ำติดตามอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้ รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 20 วัน แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 19 กรกฎาคม 2566 วันที่รับไว้ดูแล 18 กรกฎาคม 2566 จำหน่ายจากการดูแล 8 กันยายน 2566 เยี่ยมติดตามต่อเนื่อง ตั้งแต่ เมื่อผู้ป่วยการเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จากข้อมูลรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งข้อมูลจากแฟ้มประวัติ นำมาประเมินปัญหาเพื่อเตรียมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบบทดแทนบางส่วน (Partly compensation nursing system) และระบบพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ร่วมกับกระบวนการทางพยาบาล ในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและญาติต่อเนื่อง พบว่าให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการรักษาดูแลจึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ ที่สามารถใช้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ สภาพแวดล้อมที่บ้านญาติสามารถปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีผู้ดูแลและได้ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปัญหา ความต้องการช่วยเหลือดูแลตนเอง สามารถตอบคำถามในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและได้ส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องกับพยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน สามารถจำหน่ายจากการดูแล รวมระยะเวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย 83 วัน สรุปปัญหาได้ดังนี้

1. พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกหักต้นแขนขวา
2. ไม่สุขสบายจากอาการปวดเนื่องจากกระดูกหักที่ต้นแขนขวา
3. ผู้ป่วยมีความซึมเศร้า
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำ เนื่องจาก การทรงตัวไม่ดี
5. ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3
6. ผู้ป่วย มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2

7. มีแผลเรื้อรังที่เข่าขวา
8. มีความวิตกกังวลจาก กลัวเกิดภาวะหกล้มซ้ำ

อภิปรายผลกรณีศึกษา

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ (กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย) เมื่อเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้เบื้องต้น พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. ภาวะหกล้มซ้ำ เป็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของท่าทางร่างกายที่เกิดขึ้น มีการลื่นล้มลงบนพื้นทุกชนิดรวมทั้งการตกเตียง ตกจากเปล หรือรถเข็นนั่ง โดยเกิดมากกว่า 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหกล้มซ้ำ ดังนี้

ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ มีปัญหาการเดินและการทรงตัวบกพร่อง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพศหญิง มีโอกาสหกล้มบ่อยกว่าผู้ชาย มีโรคของกล้ามเนื้อ ข้อ ผิดปกติ มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ทางระบบประสาท ได้แก่ ตาพร่ามัว ผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ กลัวการหกล้ม โรคเรื้อรังทางจิตใจ อารมณ์เศร้า

ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นลื่น ไม่คุ้นเคยการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน พฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย ได้แก่ การสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม มีการใช้ยาตั้งแต่ ชนิดใดก็ได้ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป

ผลกระทบภายหลังเกิดหกล้มซ้ำ ทำให้เกิดการบาดเจ็บด้านร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ ได้แก่ อาการฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก มีแผลฉีกขาดกระดูกหัก สมอได้รับการกระทบกระเทือน เลือดออกในสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลระยะยาวที่อาจทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ส่วนด้านจิตใจ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของการหกล้มซ้ำจะเกิดความกลัว มีอาการวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกอับอาย เสียใจ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระญาติ และทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ

รักษาเบื้องต้น โดยไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินอาการบาดเจ็บ ให้การรักษาตามอาการ การรักษาโดยการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการ หรือมีภาวะกระดูกหัก เข้ารับการใส่เฝือก หรือ การผ่าตัด

ดังนั้น ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหกล้มที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่การเตรียมก่อนจำหน่าย การเตรียมที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย เตรียมผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน และระยะติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านให้การช่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

การวิเคราะห์ ภายหลังจากภาวะหกล้มซ้ำมีผลต่อพร่องกิจวัตรประจำวัน มีภาวะพึ่งพิง เกิดการบาดเจ็บกระดูกหักมาจากปัจจัยความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ การพร่องกิจวัตรประจำวันจากภาวะกระดูกหัก ความพิการ การทรงตัวไม่ดี มีภาวะพึ่งพา โรคร่วมเรื้อรัง 4 โรค (โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรคเข่าเสื่อม มีแผลกดทับ) และปัจจัยภายนอกความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำ กำหนดรูปแบบตามปัจจัยตัวผู้ป่วยเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และปัจจัยภายนอกของภาวะหกล้มซ้ำ ส่งผลต่อการพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายการเตรียมที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย เตรียมผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำที่บ้าน และระยะติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านให้การช่วยเหลือ สนับสนุน การดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ผลการศึกษา

- กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะหกล้มซ้ำ 4 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ภายหลังหกล้มมีกระดูกหักที่ขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้ง (Closed fracture right Tibia) ปัจจัยความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำภายในตัวผู้ป่วย การเสื่อมตามวัย ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง V/A 1/60 หูตึงทั้ง 2 ข้าง อีกทั้งผลจากความพิการของโรคเรื้อรังทำให้ มีนิ้วมือและนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง นิ้วมือนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้างชา นิ้วโป้งเท้าเอียงทั้ง 2 ข้าง ข้อโคนนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างมีผิวแห้งหนา การทรงตัวไม่ดี ภาวะพึ่งพา โรคร่วมเรื้อรัง 4 โรค (โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรคเข่าเสื่อม แผลกดทับ) มีการใช้ยา 6 ชนิด ปัจจัยภายนอก สภาพบ้านผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยที่บ้านได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีผ้าเช็ดเท้าวาง ขวางทางเดิน มีพื้นต่างระดับ รองเท้าชำรุดสภาพ

รองเท้าไม่เหมาะสม เมื่อหกล้ม ทำให้เกิดการบาดเจ็บกระดูกหักที่ขาขวาต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วย Closed fracture right Tibia ให้ Absolute bed rest และ On Short leg slab

- กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะหกล้มซ้ำ 3 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ภายหลังหกล้มมีกระดูกหักที่ต้นแขนขวา (Closed fracture right humerus) ปัจจัยความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำภายในตัวผู้ป่วย จากการเสื่อมตามวัย ตาซ้ายหลับไม่สนิท มองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง V/A 1/60 หูตึงทั้ง 2 ข้าง อีกทั้งผลจากความพิการจากโรคเรื้อรัง ตัดขาใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง งดใส่ขาเทียม มีความพิการที่มือ นิ้วมือหงิกงอทั้ง 2 ข้าง การทรงตัวไม่ดี โรคร่วมเรื้อรัง 4 โรค (โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรคเข่าเสื่อม แผลเรื้อรังเข่าขวา) มีการใช้ยา 5 ชนิด ปัจจัยความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำภายนอกสภาพบ้านมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยที่บ้านได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีผ้าเช็ดเท้าวาง ขวางทางเดิน มีพื้นต่างระดับเมื่อหกล้ม ทำให้เกิดการบาดเจ็บกระดูกหักที่ต้นแขนขวา ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วย Closed fracture right humerus ให้ On U slab งดใส่ขาเทียม

แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มซ้ำทั้งภายในและภายนอกส่งผลให้เกิดภาวะหกล้มซ้ำ ภายหลังหกล้มมีการบาดเจ็บกระดูกหักทำให้กรณีศึกษา มีการบาดเจ็บที่ไม่เหมือนกัน อาจเกิดการพร่องในการดูแลตนเองที่คล้ายกันซึ่งในบางกิจกรรม แนวทางการพยาบาล ระยะแรก การเตรียมที่อยู่อาศัย เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ การเตรียมญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระยะติดตามเยี่ยมบ้านที่บ้านให้การช่วยเหลือ ตามปัญหาความพร่องในด้านต่างๆ สนับสนุน การดูแลตนเองที่ดีขึ้น

สอดคล้องกับการวิเคราะห์

ข้อมูลจากทั้งสองรายชัดเจนว่า ปัจจัยเสี่ยงภายใน และปัจจัยภายนอก ต่อภาวะหกล้มซ้ำนั้น มีผลต่อการเกิดการบาดเจ็บของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังทั้ง 2 ราย จึงจำเป็นต้องแบ่งระยะ การพยาบาลให้สอดคล้องกับการพยาบาลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. ความแตกต่างในการบาดเจ็บจากหกล้มซ้ำที่มีกระดูกหักต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการ การพักอวัยวะส่วนนั้น ทั้งการใส่เฝือก มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามความพร่องในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีพยาธิสภาพ ทั้งสองกรณี มีสาเหตุของการบาดเจ็บจากการหกล้มซ้ำ ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ในกรณีที่ 1 เกิดกระดูกขาขวาท่อนล่างบริเวณหน้าแข้งหัก (Closed fracture right Tibia) จากแรงกระแทกโดยตรงขณะหกล้ม ในกรณี ที่ 2 เกิดกระดูกต้นแขนขวาหัก (Closed fracture right humerus) จากแรงกระแทกบริเวณหัวไหล่และแขน มีความสัมพันธ์กับ ความเปราะบางของกระดูกตลอดจนความเสื่อมของกล้ามเนื้อและกระดูก ต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน การฝึกการทรงตัว การออกกำลังกายเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ และให้คำแนะนำญาติในการป้องกันการหกล้มซ้ำ

การวิเคราะห์ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีกระดูกขาขวาท่อนล่างหน้าแข้งหัก (Closed fracture right Tibia) จะใช้เวลาในการฝึกกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว นานกว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีกระดูกต้นแขนขวาหัก (Closed fracture right humerus) เนื่องจากการมีภาวะพึ่งพิง ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวที่นานกว่า มีการทรงตัวที่ไม่ดี จะใช้เวลาฝึก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นานกว่า

ผลการศึกษา

- กรณีศึกษารายที่ 1 กระดูกขาขวาท่อนล่างหน้าแข้งหัก (Closed fracture right Tibia) พบว่าการฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความล่าช้า เพราะมีข้อจำกัดให้นอนนิ่งบนเตียงนาน 2 สัปดาห์ ใส่เฝือก Short leg slab นาน 1 เดือน ในการเดินด้วย Walker ผู้ป่วยมีกลัวการหกล้มซ้ำไม่กล้าเดิน

ทำให้การฝึกกิจวัตรประจำวันช้า การออกกำลังกายเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว นานกว่าผู้ป่วยเดินเข้าห้องน้ำได้โดยการใช้ Walker

- กรณีศึกษาที่ 2 กระดูกต้นแขนขวาหัก (Closed fracture right humerus) ไม่มีข้อจำกัดในการนอนนิ่งบนเตียงผู้ป่วยใส่เฝือก U Slab นาน 1 เดือน ผู้ป่วยตัดขาได้เข้าห้อง 2 ข้างจึงดใช้ขาเทียม 1 เดือน การใช้ห้องน้ำโดยการนั่งรถเข็นไปห้องน้ำได้ การกลั้วการหกล้มน้อยกว่า สามารถฝึกการทรงตัวโดยการออกกำลังกายเข้า แต่มีการใช้แขนข้างขวาไม่ได้ จึงใช้การฝึกกำลังกล้ามเนื้อมือซ้าย เข้า 2 ข้างภายหลังถอดเฝือกกระดูกเชื่อมติดดี สามารถใช้แขนขวาได้ฝึกการยกไหล่ได้ สามารถใส่ขาเทียมเดินเข้าห้องน้ำได้

สอดคล้องกับการวิเคราะห์

ข้อมูลสนับสนุนแนวคิดที่ว่า กระดูกขาขวาบริเวณหน้าแข้งหัก (Closed fracture right Tibia) การออกกำลังกายเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว นานกว่า กระดูกต้นแขนขวาหัก (Closed fracture right humerus) ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3. บริบทครอบครัวและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อแนวทางการพยาบาลระยะเตรียมที่อยู่อาศัย และญาติเพื่อป้องกันหกล้มซ้ำ ก่อนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยใน และระยะติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

การวิเคราะห์

การมีผู้ดูแลที่บ้าน และสภาพบ้าน (พร้อม-ไม่พร้อม) จะกำหนดแนวทางในการให้การพยาบาล (กลับบ้านหรือส่งต่อไปต้องดูแลติดตามต่อเนื่องที่บ้าน) และเนื้อหาการให้ความรู้การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้านติดตามต่อเนื่อง ต้องแตกต่างกันตามบริบทครอบครัวและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ผลการศึกษา

- กรณีศึกษารายที่ 1 (หม้าย อาศัยอยู่กับบุตรชายมีผู้ดูแล) พบว่า บ้านไม่ปลอดภัย (พื้นต่างระดับไม่มีราวจับในห้องน้ำ ไม่มีไม้กั้นเตียงที่ปรับระดับได้ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีการวางผ้าเช็ดเท้ากีดขวางทางเดิน) จึงสามารถการเตรียมสภาพบ้านให้พร้อม ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

- กรณีศึกษารายที่ 2 (สมรส มีภรรยา และบุตรบุญธรรม คอยดูแล) พบว่า บ้านไม่ปลอดภัย (พื้นห้องน้ำต่างระดับ ไม่มีราวจับในห้องน้ำ ไม่มีไม้กั้นเตียงที่ปรับระดับได้ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีการวางผ้าเช็ดเท้ากีดขวางทางเดิน) สามารถปรับสภาพบ้านได้ (ติดราวจับ จัดเก้าอี้สูง จัดทางเดินโล่ง) ทำให้สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ภายใต้การดูแลของครอบครัว

- การให้ความรู้จึงคล้ายกัน มุ่งสอนญาติและผู้ดูแล (เทคนิคช่วยพยุง ลูก ช่วยเดิน, การปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย)

สอดคล้องกับการวิเคราะห์

ผลลัพธ์ยืนยันว่าการมีผู้ดูแลพร้อมที่บ้านที่ปรับเปลี่ยนสภาพบ้านที่ปลอดภัยได้ ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้จริง เนื้อหาการให้ความรู้จึงมุ่งการให้ความรู้ สนับสนุน ญาติ ตามสมมติฐาน

4. บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันการหกล้มซ้ำในบ้าน

พยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการพยาบาลควบคู่กับ ทฤษฎีโอเรียม (Orem's Self-Care Deficit Theory) ดังนี้

4.1 ระบบการทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ขณะผู้ป่วยมีความพร้อมช่วยเหลือตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มซ้ำต่างๆ ร่วมกับญาติผู้ดูแล อสม.

4.2 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System) สอนญาติและผู้ดูแล เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย เช่น ปูพื้นกันลื่น ติดราวจับในห้องน้ำ เก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ ให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่ส่งเสริมการซ่อมแซมกระดูก เช่น การรับประทานโปรตีน แคลเซียม และวิตามินดี ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง

วิจารณ์ผลการศึกษา

สรุปปัญหาที่พบจากการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดดังนี้

บทวิเคราะห์การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็ม

Orem's Theory ประกอบด้วย 3 ระบบ:

1. Wholly Compensatory Nursing System ใช้เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย
2. Partly Compensatory Nursing System ใช้เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองบางส่วน
3. Supportive-Educative Nursing System ใช้เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เกือบทั้งหมดแต่ยังต้องการคำแนะนำหรือกำลังใจ

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 Closed fracture right Tibia

หญิงไทย อายุ 77 ปี

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็ม:

- ระยะการเตรียมความพร้อมที่พักอาศัยเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ และการเตรียมความพร้อมญาติ ก่อนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยใน : ใช้ระบบการพยาบาล Partly Compensatory Nursing System ร่วมกับ Supportive-Educative Nursing System เนื่องจากผู้ป่วย Absolute bed rest นาน 2 สัปดาห์ และเข้าเฝือก Shot leg Slab นาน 1 เดือน ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

- ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน (อาการดีขึ้น): ใช้ระบบการพยาบาล Partly Compensatory Nursing System ร่วมกับ Supportive-Educative Nursing System ใช้ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้การสนับสนุนให้ความรู้ ให้การช่วยเหลือร่วมกับการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้การพยาบาลตามความพร้อมในด้านต่างๆของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

- ระยะหลัง (ก่อนจำหน่ายจากการดูแล): ใช้ระบบการพยาบาล Supportive-Educative Nursing System เน้นการส่งเสริมการเรียนรู้และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องกับทีมสหสาขา

ผลลัพธ์:

- ญาติสามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านและปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยกับผู้ป่วยได้
- ADL = 11 คะแนน ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้บางส่วน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม
- ไม่มีภาวะหกล้มซ้ำ
- สามารถรับประทานอาหารได้ การล้างหน้าแปรงฟันได้ การลุกจากที่นอนได้ เดินโดยใช้ Walker เข้าห้องน้ำได้ กำลังกล้ามเนื้อขาขา ปกติ กลั้นปัสสาวะได้

- ใช้ Walker ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ลดลง ผล 50 คะแนน เสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง การกลั้วการหกล้มลดลง ผล 7 คะแนน กลั้วการหกล้มเล็กน้อย

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 Closed fracture right humerus

ชายไทยอายุ 80 ปี

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเริ่ม:

- ระยะการเตรียมความพร้อมที่พักอาศัยเพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ และการเตรียมความพร้อมญาติ ก่อนจำหน่ายร่วมกับหอผู้ป่วยใน : ใช้ระบบการพยาบาล Partly Compensatory Nursing System ร่วมกับ Supportive-Educative Nursing System เนื่องจากเข้าเฝือก U Slab นาน 1 เดือน ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

- ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน (อาการดีขึ้น) : ใช้ระบบการพยาบาล Partly Compensatory Nursing System ร่วมกับ Supportive-Educative Nursing System ใช้ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้น ให้การสนับสนุนให้ความรู้ ให้การช่วยเหลือร่วมกับการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้การพยาบาลตามความพร้อมในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

- ระยะหลัง (ก่อนจำหน่ายจากการดูแล): ใช้ระบบ Supportive-Educative Nursing System เน้นการส่งเสริมการเรียนรู้และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องกับทีมสหสาขา

ผลลัพธ์:

- ญาติสามารถดูแลที่บ้านและปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยกับผู้ป่วยได้
- ADL = 12 คะแนน ทำกิจวัตรได้บางส่วน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม
- ไม่มีภาวะหกล้มซ้ำ
- สามารถเข้าห้องน้ำได้โดยใช้รถเข็นนั่ง(แผลเข้าขาวยังไม่หาย)
- ญาติสามารถดูแลที่บ้านและปรับสิ่งแวดล้อมได้
- สามารถยกไหล่ข้างขวาได้
- ใช้รถเข็นนั่งได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Morse Fall Score) ลดลง ผล 51 คะแนน เสี่ยงต่อการหกล้มสูง การกลั้วการหกล้มลดลง ผล 6 คะแนน ไม่กลั้วการหกล้ม

ตารางที่ 12 สรุปปัญหาที่พบในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่ม

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2	วิเคราะห์
การเข้าสู่ระบบพยาบาลตามทฤษฎีโอเริ่ม	ระบบการพยาบาล - Partly Compensatory Nursing System - Supportive-Educative Nursing System	ระบบการพยาบาล - Partly Compensatory Nursing System - Supportive-Educative Nursing System	แสดงถึงความต่อเนื่องเชื่อมโยงในการประยุกต์ใช้ได้ดี

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2	วิเคราะห์
การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในระหว่างมีความพร้อม ในด้านต่างๆ	มีญาติพร้อมดูแลที่บ้าน -บุตรชาย	มีญาติพร้อมดูแลที่บ้าน -ภรรยา บุตรบุญธรรม	การใช้ระบบสนับสนุนให้ ความรู้มีประสิทธิภาพมาก ขึ้นเมื่อมีผู้ดูแล
ผลกระทบจากภาวะ หกล้มซ้ำ	-Closed fracture right Tibia -เข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล -การพ่นยาลงบริเวณแผล -การทรงตัวไม่ดี	-Closed fracture right humerus -เข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล -การพ่นยาลงบริเวณแผล -การทรงตัวไม่ดี	-การเตรียมความพร้อมที่ พักอาศัยและการเตรียม ญาติ -การฝึกกิจวัตรประจำวัน -การฝึกกล้ามเนื้อ -การจัดการความกลัวการ หกล้ม
ผลลัพธ์การพยาบาล	ADL = 11 คะแนน	ADL = 12 คะแนน	ใกล้เคียงกัน รายที่ 1 เดินได้ โดยใช้ Walker รายที่ 2 เข้า ห้องน้ำได้ ใช้รถเข็นนั่ง แผล หายจึงใช้ชาเทียม
ความต่อเนื่องใน การดูแลที่บ้าน หลังจำหน่าย	-มีญาติร่วมเตรียมความ พร้อมก่อนจำหน่าย และการ มีส่วนร่วมของญาติในการให้ การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อ อยู่บ้าน	-มีญาติร่วมเตรียมความ พร้อมก่อนจำหน่าย และการ มีส่วนร่วมของญาติในการให้ การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อ อยู่บ้าน	ความต่อเนื่องในการดูแลมี ผลต่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันราชประชาสมาสัยควรมีการสำรวจที่อยู่อาศัยในชุมชน ปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้
เหมาะสมกับและปลอดภัยกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ
2. กลุ่มการพยาบาลมีการจัดอบรมในการดูแลผู้สูงอายุพิการและการป้องกันการหกล้มซ้ำ
เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
3. หน่วยงานการพยาบาลชุมชนควรมีการรณรงค์ “บ้านปลอดภัยห่างไกลการหกล้ม”
ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน การให้ชุมชนร่วมกันตรวจบ้านเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ตลอดจน
การป้องกันการหกล้มซ้ำ
4. ควรเน้นการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ให้พร้อมดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่ระยะการเตรียม
ที่พักอาศัยและเตรียมญาติร่วมกับหอผู้ป่วยใน เพื่อให้ระบบการพยาบาล Supportive-Educative
ใช้ได้ครอบคลุม

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2553). *คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อรัง*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค. (2567) *คู่มือการสอบสวนโรค สถาบันราชประชาสมาสัย*. สมุทรปราการ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ.(2565). *การประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ*. นนทบุรี.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. สันติภาพพิมพ์จำกัด.
- กันตพร ยอดไชย, (2562) กันตพร ยอดไชย, (2566). *ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ*. สงขลา. บริษัทนีโอพ้อย(1995) จำกัด.
- ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2561). *ประสิทธิผลของนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ*. วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่19.ฉบับพิเศษ มกราคม-เมษายน.(495-504)
- ธิดิมา ตั้งพิมพ์จิตต์. (2563). *คู่มือการพยาบาล การป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์.(2563). *ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริม การดูแลตนเองของผู้ป่วย*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน. หน้า 75-88.
- ปิติพร สิริทิพากร และคณะ. (2562). *ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช*. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2562: หน้า 20-29.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2561). *แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร.บริษัทจามจุรีโปรดักส์ จำกัด.
- ปณิดา ลิ้มพัฒนะ. บรรณาธิการ. (2561). *กลุ่มอาการผู้สูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น. หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ปารยะ อาศนะเสน. (2567). *บทความวิชาการ ปัญหาการไถ่ในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร.
- พรเทพ สิริมหาไชยกุล และ สืบสิน จีรวรรณ.(2564). *ทบทวนวรรณกรรม แผลกดทับ (Collective Review: Pressure ulcer)*. วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย. ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564. หน้า 55 -77.
- เพชรลดา ปาจารย์. (2557) *โครงการออกแบบห้องน้ำสำเร็จรูปเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้มของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการออกแบบผลิตภัณฑ์ ภาควิชาการออกแบบผลิตภัณฑ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- รัชนิวรรณ อติชัยเผ่าพันธุ์ เยาวภา ใจรักดี เพ็ญพิชชา ลิขิตสุวรรณ.(2564). *ท่าออกกำลังกายเพื่อรักษาผู้ป่วยไหล่ติด*. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 30 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม หน้า 960-970.
- ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์ สุภาภรณ์ วรอรุณ.(2566). *กระบวนการพยาบาลชุมชน แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพประชาชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- วรารวรรณ อุดมสุขความสุข. (2565) เอกสารประกอบการสอนหัวข้อทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;. (สืบค้นข้อมูล: 6 ธันวาคม 2566).
- ระนิดา น้อยมนตรี. (2561). ความกลัวการหกล้ม: กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Fear of Falling: Geriatric Syndrome and Nursing Role Using Evidence-based Practice. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน. หน้า 92-101.
- วันทนี กุลเพ็ง ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทร์ วิทธนวิช พันธมงคล จิตติวิสัยพรหม ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. (2561). รายงาน การทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยโครงการการศึกษาการดำเนินการมาตรการป้องกันพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนประเทศไทย.
- วาสนา กลิ่นชื่น และ นพเก้า ชนะภัย. (2561). การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร
- วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล. บรรณาธิการ. (2562). ประเด็นท้าทาย และ ทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี Challenges and Solutions for Healthy Aging. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร. บริษัทภาพพิมพ์จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. The 2021 Survey of The Older Person in Thailand. กรุงเทพมหานคร. กองสถิติพยากรณ์.
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2565). ครอบครัว กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร. บริษัท โอโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- สุมาลี กลิ่นแย้ม, สนิทวรรณ สายหยุด, อธิญา พงษ์อร่าม และฐาปกรณ วีระกา (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ อาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กรณีศึกษาชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.
- สุรียา ขอลี มนัสวี ยมสมิต รัชภรณ์ ไบยา. (2564). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถ การทรงตัวและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. หัวหินเวชสาร. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม. หน้า 1-12.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2566). การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2561). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2) . เชียงใหม่. บริษัท สมาร์ทโคตรตั้งแอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
- อรอนงค์ น้อยเจริญ, นวียา นันทพานิช, วิชชุดา ศรีจรงค์, กัลยา เจริญชัย และ ญัฐกาญจน์ แก้วประดับ. (2565). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลครบวงจรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสถาบัน ราชประชาสมาสัย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 30. ฉบับที่ 3. กรกฎาคม-กันยายน. (28-41).
- I-ju-Chen Shun-Ping Chen Shuh-Jen Shen. (2560). The meaning of physical activity for older adults with leprosy: A life story inside the wall. Leprosy Review. Shun-Ping Cheng, Taoyuan General Hospital. Taoyuan City. Taiwan. Issue 88. page 399– 409.

- Manuel Montero-Odasso Nathalie van der Velde Finbarr C. Martin Mirko Petrovic Maw Pin Tan and etc. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and aging*. Volume 51. Issue 9 Page 1-36.
- Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.20. Orem, D. Nursing concepts of practice. 4th ed. USA: Mosby Year Book; 1991: p. 64.
- World Health Organization. (2018) Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2018.

ภาคผนวก

แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมมีความเสี่ยงสูงภาวะหกล้มซ้ำ

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว นามสกุล HN.....
วันที่/เดือน/ปีที่ประเมินความเสี่ยงสูงภาวะหกล้มคะแนน.....
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยมีประวัติหกล้ม ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
รับส่งดูแลต่อเนื่องจาก ☐ หน่วยงาน ระบุ.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม
ที่มาของรายได้ ☐ เบี้ยเลี้ยงของโรคเรื้อรัง ☐ เบี้ยผู้พิการ ☐ เบี้ยผู้สูงอายุ ☐ อื่นๆระบุ.....
มีผู้ช่วยเหลือดูแล ☐ มีระบุ..... ☐ ไม่มี
เบอร์ติดต่อกรณีมีเหตุฉุกเฉิน.....ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์.....
สิทธิการรักษา รพ.ระบุ.....

ข้อมูลสภาวะสุขภาพที่รับดูแล

สัญญาณชีพ T.....P.....R.....BP.....น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....
โรคประจำตัว ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุโรค.....ที่รักษา.....
ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร สารเคมี ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อ.....
ประวัติการนอนในโรงพยาบาลในรอบ1ปี ☐ ไม่เคยเข้าพักในโรงพยาบาลรอบ1ปี

☐ เคยเข้าพักในโรงพยาบาลรอบ1ปี

ลักษณะความพิการที่ตรวจพบ ☐ ตา ☐ มือ ☐ เท้า ระบุ.....
ผลการคัดกรองสายตาดำเนินการเบื้องต้น ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติระบุ.....
ผลการคัดกรองการได้ยินเบื้องต้น Finger rub test ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติระบุ.....
ประวัติหัตถกรรม ☐ ไม่มีฟันผุ ☐ มีฟันผุ ฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ มีฟันหลัง 4 คู่สบ ☐ ไม่มี ☐ มี
ฟันปลอม ☐ ไม่มี ☐ มี

ผลการประเมินภาวะพึงพา ☐ ไม่เป็นการพึ่งพา ☐ ภาวะพึ่งพาปานกลาง ☐ ภาวะพึ่งพารุนแรง
☐ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น(2Q) ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ให้ข้อมูลไม่ได้

ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม ☐ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ☐ มีภาวะสมองเสื่อม ☐ ให้ข้อมูลไม่ได้

ผลการคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ให้ข้อมูลไม่ได้

ผลการประเมินปัญหาการนอน ☐ ไม่มี ☐ มี นอนไม่หลับ นอนมากไป นอนกรน นอนละเมอ

ผลการประเมินภาวะโภชนาการ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวัน

ดัชนีบาร์เธลแอคทีแวล(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

(1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว

☐0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้

☐1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย

เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า

☐2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

☐0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ

☐1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

☐0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น

☐1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

☐2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย

☐3 คะแนน ทำได้เอง

(4) การใช้ห้องน้ำ

☐0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้

☐1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

☐2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยแล้วหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อยแล้ว)

(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

☐0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

☐1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนขึ้นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

☐2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย

☐3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

(6) การสวมใส่เสื้อผ้า

☐0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

☐1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

☐2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

☐0 คะแนน ไม่สามารถทำได้

☐1 คะแนน ต้องการคนช่วย

☐2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

(8) การอาบน้ำ

- ☐0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ☐1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

(9) การกลั่นถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
☐1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
☐2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

(10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
☐1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) ☐2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
0 - 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

ถ้าผลคะแนน ≥ 9 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

3. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

(1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่

- ☐มี ☐ไม่มี

(2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

- ☐มี ☐ไม่มี

การแปลผล

-ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม แปลผล ปกติ

-ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

ลำดับ ที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบาง วัน 1 – 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุก วัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคย เป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

การแปลผล

- ☐ < 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ☐ 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
☐ ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแล
 ที่มีภาวะซึมเศร้า

4. การประเมินภาวะสมองเสื่อม

ลำดับที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้	ทำได้	ทำไม่ได้
1.	Orientation (6 คะแนน)	รวม	(.....)
	วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	4	0
	ที่ไหน	1	0
	ใคร (คนในภาพ)	1	0
2.	Registraion (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม	รวม	(.....)
	ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3	0
3.	Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์	รวม	(.....)
	ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	5	0

ลำดับที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมารวมนวันนี้	ทำได้	ทำไม่ได้
4.	Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง ถ้าไม่เรียนไม่ต้องทำ “เว้น”	รวม	(.....)
	100 93 86 79	3	0
5.	Language (10 คะแนน)	รวม	(.....)
	ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	2	0
	ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	1	0
	ทำตามคำ (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน)		
	หยิบกระดาษด้วยมือขวา	1	0
	พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	1	0
	แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	1	0
	อ่านข้อความแล้วทำตาม “ กลับตา ” ถ้าไม่เรียนไม่ต้องทำ “เว้น”	1	0
	วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง  ถ้าไม่เรียนไม่ต้องทำ “เว้น”	2	0
	กล้วยกันส้มเหมือนกันคือ...(เป็นผลไม้)แมวกับหมาเหมือนกันคือ..... (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)	1	0
6.	Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างที่ให้ทำตามข้อ 2	รวม	(.....)
	ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3	0

การแปลผล

ถ้าผลคะแนนได้ < 23 สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5. การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (มีปัสสาวะเล็ด-ราด ปัสสาวะลำบาก ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ขณะไอ

หัวเราะ หรือเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการขับปัสสาวะได้)

☐ ไม่มี ☐ ถ้ามี ระบุ.....

(ความถี่ จำนวน ระยะเวลา)

และถ้ามีปัญหาการกลืนปัสสาวะให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีการกลืนปัสสาวะไม่อยู่

6. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Morse Fall Score

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
1. ประวัติการพลัดตกหกล้ม: มีการพลัดตกหกล้มระหว่างอยู่รักษาหรือตกหกล้ม ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่ 0 คะแนน	
2. มีการวินิจฉัยโรคมามากกว่า 1 รายการ	ใช่ 25 คะแนน	
	ไม่ใช่ 0 คะแนน	
	ใช่ 15 คะแนน	
3. การช่วยในการเคลื่อนย้าย		
เดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย / ใช้รถเข็นนั่ง / นอนพักบนเตียง โดย ไม่ให้ลุกจากเตียง (Bed rest) / บุคลากรช่วย (Nurse	0 คะแนน	

รายการ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
ไม้ค้ำยัน (Crutches)/ไม้เท้า (Cane) /walker frame	15 คะแนน	
เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี้ (Furniture)	30 คะแนน	
4. ให้สารละลายทางหลอดเลือด (IV) / คา Heparin lock ไว้	ไม่ใช่ 0 คะแนน	
	ใช่ 20 คะแนน	
5. การเดิน (Gate) / การเคลื่อนย้าย (Transferring)		
ปกติ/ นอนพักบนเตียงโดยไม่ให้ลุกจากเตียง/ ไม่เคลื่อนไหว	0 คะแนน	
อ่อนแรงเล็กน้อยหรืออ่อนเพลีย/ เดินก้มตัวแต่ศีรษะตรงได้ ขณะกำลังเดินโดยไม่เสียทรงตัว / เดินก้าวสั้นและลากเท้า	10 คะแนน	
มีความพร้อมเช่น ลุกจากเก้าอี้ ด้วยความลำบาก พยายามจะลุกเก้าอี้ หรือลุกด้วยความด้วยการใช้มือและแขนยันตัว พยายามอยู่ หลาย ครั้งเดินก้มศีรษะและตามองที่พื้น เดินโดยต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินไม่สามารถเดินได้โดย ปราศจากการช่วยเหลือ	20 คะแนน	
6. สภาพจิตใจรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ได้ด้วยตนเอง ตอบสนองไม่ตรงกับความเป็นจริง ประเมินความสามารถของตนเอง เกินกว่าที่ทำได้และลืมนึกถึงข้อจำกัดที่มีอยู่	0 คะแนน	
	15 คะแนน	
รวมคะแนนที่ได้		

การแปลผลการประเมิน

ระดับความเสี่ยง คะแนน 0 –24 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

คะแนน 25 –50 หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

คะแนน ≥ 51 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม

และถ้ามีคะแนน ≥ 25 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

5. การประเมินปัญหาการนอนหลับ

☐ ไม่มี ☐ มี ☐ นอนไม่หลับ ☐ นอนมากไป ☐ นอนกรน ☐ นอนละเมอ

และถ้ามีปัญหาการนอนหลับให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ

6.การประเมินภาวะโภชนาการ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

และถ้าพบความผิดปกติให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการภาวะโภชนาการ

7. แบบประเมินความวิตกกังวล (GAD-7)

ข้อความ	ไม่เลย (0 คะแนน)	บางวัน (1 คะแนน)	เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ ผ่านมา (2 คะแนน)	เกือบทุกวัน (3 คะแนน)
1. รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย				
2. ไม่สามารถหยุดหรือควบคุม ความกังวลได้				
3. กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ				
4. ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก				
5. รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่ สามารถนั่งนิ่งๆ ได้				
6. กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย				
7. รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไร ร้ายๆ เกิดขึ้น				
รวมคะแนน				
รวม				

การรวมคะแนนตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 7 (นำคะแนนทั้งหมดที่ได้มาบวกกัน) การแปลผลคะแนนความวิตกกังวล ผลคะแนน 0-9 คะแนน หมายถึง ท่านมีความวิตกกังวลในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย เพียงเล็กน้อย ผลคะแนน 10-14 คะแนน หมายถึง ท่านมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และควรทำ แบบประเมินซ้ำในอีก 1-2 สัปดาห์

ผลคะแนน 15-21 คะแนน หมายถึง ท่านมีความวิตกกังวลในระดับสูง ควรได้รับการประเมิน

8. แบบประเมิน กลัวการหกล้ม (Short FES-I)

ท่านมีความกังวลอย่างไรเกี่ยวกับการหกล้ม ถ้าท่านทำกิจกรรมเหล่านี้ โดยการทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ใกล้เคียงที่สุดกับความคิดเห็นของท่านในเรื่องความกลัวจะหกล้มในกิจกรรมเหล่านี้

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีกิจกรรมเหล่านี้	ไม่กลัว	กลัว เล็กน้อย	กลัว ปานกลาง	กลัวมาก
	1	2	3	4
1. การใส่เสื้อผ้า หรือ ถอดเสื้อผ้า				
2. การอาบน้ำ				
3. การนั่ง หรือลุกจากเก้าอี้				
4. การขึ้นหรือลงบันได				

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีกิจกรรมเหล่านี้	ไม่กลัว	กลัว เล็กน้อย	กลัว ปานกลาง	กลัวมาก
	1	2	3	4
5. การเอื้อมหยิบของเหนือศีรษะหรือก้มลงเก็บของ บนพื้น				
6. การเดินขึ้นหรือลงที่ลาดชัน				
7. การออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคม (เช่น กิจกรรมทางศาสนา การรวมญาติ)				
รวมคะแนน				
รวม				

การแปลผลคะแนน

- ☐ 7-8 มีความกลัวหกล้มระดับน้อย
- ☐ 9-13 มีความกลัวหกล้มระดับปานกลาง
- ☐ 14-28 มีความกลัวหกล้มระดับมาก

คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากกรณีศึกษา



คู่มือ การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีโรคร่วมและภาวะหกล้มซ้ำ



คู่มือ ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม
เพื่อป้องกันภาวะหกล้มซ้ำ