เอกสารแนบท้ายประกาศคกก.ประเมินบุคคลฯ
ลำดับที่ ๑ นายเชิดศักดิ์ มะโนกิจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. **ชื่อเรื่อง** การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. **ระยะเวลาดำเนินการ** 6 มีนาคม 2569 – 31 พฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลาในการดูแล 75 วัน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 5 ครั้ง

3. **ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน**

3.1 บทนำ

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านซึ่งผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีอาการรบกวนคือ อาการปวดและเหนื่อยหอบที่มีการจัดการอาการปวดเอง (pain management) ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนมีการดูแลน้อย ดังนั้นผู้จัดทำจึงสนใจและเห็นโอกาสที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่มีการจัดการอาการปวดเอง (pain -Management) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรเครือข่ายครอบครัวและชุมชน ในครั้งนี้ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในชุมชน มีส่วนสำคัญอย่างมากในการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและที่บ้าน ทั้งให้การพยาบาลต่อเนื่อง การค้นหาปัญหา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การรับผู้ป่วยส่งต่อเยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC การติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทางกาย การคงอยู่ของความเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นการให้การพยาบาลที่บ้านจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม ตอบสนองต่อปัญหา บรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ญาติและผู้ป่วยมีความพร้อมและจัดการอาการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีระยะสุดท้ายของชีวิตที่สงบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมและเป็นองค์รวม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยได้ศึกษาเนื้อหาจากตำรา เอกสารวิชาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งปอด
2. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. ทฤษฎีทางการพยาบาล
4. กระบวนการพยาบาล/การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน/เกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน
5. แนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง
6. การป้องกันและดูแลแผลกดทับ(pressure ulcer management)
7. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
8. การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

โรคมะเร็งปอด(Lung Cancer)เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ องค์การอนามัยโลก (WHO. 2565) ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2593 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 35 ล้านคนทั่วโลก จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี 2565 พบว่าโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดคือมะเร็งปอดในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 2.5 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด การวินิจฉัยส่วนใหญ่ได้จากการตรวจชิ้นเนื้อปฐมภูมิร้อยละ 65.2 และจากการซักประวัติตรวจร่างกายร้อยละ 22.3 ช่วงอายุที่พบคืออายุ 65 – 69 ปี และพบระยะท้ายๆคือ ระยะที่4 ถึงร้อยละ 59.3 (ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล, 2565) และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในโลก 18.1 ของการเสียชีวิตของมะเร็งทั้งหมด(Global Cancer Observatory, 2565)

3.2 ความรู้ ความชำนาญฯหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

สถานการณ์ในประเทศไทยสถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติปีพ.ศ 2565 พบว่าประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ราว 400 คนต่อวัน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดราว 11 เปอร์เซ็นต์ ทำให้มะเร็งปอดจัดเป็นโรคมะเร็งที่คนไทยเป็นมากเป็นอันดับ 2 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทยในเพศชายรองจากมะเร็งตับ และเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิง ผู้ป่วยที่ตรวจเจอในระยะที่ 1 จะมีโอกาสอยู่รอดถึง 5 ปี ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ตรวจเจอในระยะที่ 4 ถึง 6 เท่าและมีผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นและมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในโลก 18.1 ของการเสียชีวิตของมะเร็งทั้งหมด (Global Cancer Observatory, 2565)

โรงพยาบาลแก่งหางแมว พบผู้ป่วยมะเร็งปี 2566-2569 จำนวน 135 ,141 , 248 คนตามลำดับ มีผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 24 (ร้อยละ 17.78), 25 (ร้อยละ 17.73), และ36 (ร้อยละ 14.52) ตามลำดับ กรณีที่เลือกศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีอาการรบกวน คือ ปวดและหอบเหนื่อยที่มีการจัดการ ปวดเอง (pain management) ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนมีการดูแลน้อยดังนั้นผู้จัดจึงสนใจและเห็นโอกาสที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่มีการจัดการอาการปวดเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการการปวดและอาการรบกวน ที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรเครือข่ายครอบครัวและชุมชน

โรคมะเร็งปอด(Lung Cancer)

มะเร็งปอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติในปอดไปเป็นเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็วซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ คือ การผ่าเหล่า (Random mutation) หรือการจัดเรียงตัวใหม่ของยีนส์ (Gene rearrangement)การถูกกระตุ้นหรือเหนี่ยวนำโดยสารเคมีเช่น Polycyclic aromatic hydrocarbon , Tar และ Aromatic amine เป็นต้น จากปัจจัยกายภาพเช่นรังสี จากการติดเชื้อไวรัสโดยเฉพาะ Oncogenic Viruses มะเร็งปอดจะทำร้ายชีวิตของผู้ป่วยได้รวดเร็วแค่ไหน ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพตามระยะของมะเร็งปอด

การแบ่งระยะของมะเร็งปอดที่ใช้กันที่นิยมใช้กันคือ การจัดระยะของโรคตามระบบ TNM (Tumor , lymph node, Metastasis classification) พัฒนาขึ้นในการจำแนกเป็นระยะต่างๆโดยอาศัยข้อมูลจากขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง จำนวนและตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณเดียวกับก้อนมะเร็ง และการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นได้ 4 ระยะ (ภาณุณัฐฎ์ ม่วงน้อย, 2562) ดังนี้

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งจะอยู่ที่ปอดเท่านั้นไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองแบ่งย่อยเป็นระยะ IA (T1 N0 M0) ระยะ IB (T2 N0 M0)

ระยะที่ 2 มะเร็งจะอยู่ที่ปอดและกระจายไปใกล้ต่อมน้ำเหลืองแบ่งย่อยเป็นระยะ IIA (T1 N1 M0) คือมะเร็งจะมีขนาดเล็กพบกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดและระยะ IIB (T2 N1 M0 , T3 N0 M0) มะเร็งจะมีขนาดใหญ่ขึ้นเล็กน้อยพบกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดหรือกระจายไปยังบริเวณอื่น เช่น ผนังทรวงอก

ระยะที่ 3 มะเร็งจะพบที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณที่ห่างจากปอด แบ่งย่อยเป็นระยะ IIIA (T1-3 N2 M0) มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองในบริเวณอื่นที่ห่างจากปอด หรือพบกระจายรอบๆปอดข้างเดียวกัน และกระจายไปยังผนังทรวงอก หรือบริเวณกลางช่องอกและระยะ IIIB (T4 N0-2 M0 , T1-4 N3 M0) มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่ปอดข้างตรงข้ามหรือเนื้องอกมากกว่า1ก้อนในปอดหรือมีของเหลวที่มีเซลล์มะเร็งอยู่รอบๆปอด

ระยะที่ 4 (Any T Any N M1) มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นของร่างกายเช่น ตับ กระดูก สมองที่มีเซลล์มะเร็งอยู่รอบๆปอด

ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด

แบ่งตามลักษณะทางพยาธิสภาพเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก Non – small Cell Lung Cancer (NSCLC) ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ได้แก่ Squamous Cell Carcinoma , Adenocarcinoma และLarge Cell Carcinoma มะเร็งกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายช้า ส่วนอีกกลุ่มได้แก่มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กSmall Cell Lung Cancer (SCLC) มะเร็งชนิดนี้มีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายได้รวดเร็ว พบประมาณร้อยละ 20 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกมักจะไม่มีอาการ แต่เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นก็จะมีอาการ แต่ก็มักไม่จำเพาะ ทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ล่าช้า มีผลต่อระยะของโรคที่ลุกลาม หรือแพร่กระจายไปมาก อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดแต่ละคน จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และการแพร่กระจายของมะเร็ง อาการที่พบเช่น ไอ ไอเป็นเลือด เหนื่อยจากการที่มีก้อนมะเร็งไปอุดกั้นบางส่วนของ trachea หรืออุดหลอดลมปอดของปอดบางกลีบ ถ้ามะเร็งลุกลามเข้าไปยัง parietal pleura หรือผนังทรวงอกจะทำให้เกิดอาการปวด และอาการจากการแพร่กระจายสู่อวัยวะข้างเคียง (regional symptom) ขึ้นอยู่กับขนาด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

และตำแหน่งของก้อนมะเร็ง เช่นเดียวกับอาการแสดงเฉพาะที่เช่นกดประสาท Laryngeal nerve ทำให้เสียงแหบ สำลักน้ำ และอาหาร กดเส้นเลือด เกิดกลุ่มอาการที่เด่นชัด มีหน้าบวม แขนบวม ปวดศีรษะ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง กดเยื่อหุ้มปอดทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกและไอแห้ง ๆ อาการมักค่อยเป็นค่อยไป(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)

การรักษาโรคมะเร็งปอด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)

1. การผ่าตัด มีเป้าหมายเพื่อผ่าเอาก้อนมะเร็งที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองที่ช่องอกออกให้หมด โดยทั่วไป ไม่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิด SCLS ซึ่งมักมีการแพร่กระจายตัวของ เซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว การผ่าตัดมักใช้ในการรักษา มะเร็งปอดชนิด NSCLC ในระยะที่ 1 , 2 และ IIIA การผ่าตัดมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค ได้แก่ การตัดปอดบางส่วน (Wedge resection) การตัดปอดทั้งกลีบ (Lobectomy) และการตัดปอดทั้งข้าง (Pneumonectomy)

2. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการใช้พลังงานรังสี ที่มีความเข้มข้นฉายไปยังตำแหน่งของเซลล์มะเร็ง 2 ประเภทคือ

2.1 Teletherapy เป็นการฉายแสงจากภายนอกโดยใช้เครื่องส่งรังสีจากภายนอกร่างกาย ต้นกำเนิดของรังสีห่างจากบริเวณที่รักษามากกว่า 10 เซนติเมตร โดยทั่วไปจะใช้ระยะ 80-100 เซนติเมตร การฉายรังสีจะครอบคลุมทั้งก้อนมะเร็งอวัยวะใกล้เคียงที่ก้อนมะเร็งลุกลามและต่อมน้ำเหลือง

2.2 Brachy therapy การรักษาแบบนี้ ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ใกล้อวัยวะที่รักษาส่งผลให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีได้สูงมากการควบคุมโรคเฉพาะที่จึงสูงกว่าแต่มีข้อจำกัดคือจะรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 4 เซนติเมตร

3. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemo therapy) หากผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดได้ เช่น ผู้ป่วยระยะ I, II และ IIIA จะได้รับการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก แต่พบว่าหลังการผ่าตัดจะมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ จึงมีการใช้ยาเคมีบำบัดมาใช้เสริมร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

4. การรักษาโดยให้ยามุ่งเป้าทำลายเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) ในปัจจุบันมีการพัฒนายาให้ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็งมากขึ้น นำไปสู่การรักษาด้วยวิธีนี้ ซึ่งเป็นวิธีรักษามะเร็งโดยมีเป้าหมายเพื่อยับยั้งโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมกลไกการเกิดโรคมะเร็ง

นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นอีกแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรค หรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความของการดูแลแบบประคับประคองคือกระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะเจ็บปวดร้ายแรงที่คุกคามต่อการมีชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกระบวนการนี้จะเริ่มตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมไปถึงการรักษาและป้องกันปัญหาและความทุกข์ทรมาน โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน โดยหวังให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้จากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2560)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนคือ การดูแลครบทุกมิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ) พร้อมการสอนและสนับสนุนครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจนถึงที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มี 4 ด้านหลัก (กรมการแพทย์, 2563)

1. ด้านร่างกาย (Physical care) โดยการประเมินและบรรเทาอาการ (Pain management, Symptom control เช่น หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร) ,การดูแลกิจวัตรประจำวัน (การกิน การขับถ่าย การนอนหลับการทำความสะอาดร่างกาย) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อ

2. ด้านจิตใจ/อารมณ์ (Psychological care) ช่วยผู้ป่วยเผชิญกับความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ความเศร้า โดยใช้การฟังอย่างตั้งใจ การให้กำลังใจ การสร้างความหวังที่เหมาะสมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก

3. ด้านสังคม (Social care) ประสานงานกับครอบครัว ญาติ เพื่อน และชุมชน สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การช่วยจัดการปัญหาทางสังคม เช่น รายได้ ภาระครอบครัว และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) เคารพความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย สนับสนุนการทำกิจกรรมทางศาสนาหรือพิธีกรรมตามความเชื่อเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัวและยอมรับความตายอย่างสงบ

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความจำเพาะแต่ละกรณีไม่มีสูตร

สำเร็จตายตัว พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์นำมาประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ความเชื่อวัฒนธรรมบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายบนพื้นฐานของการรับรองสิทธิ์ของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิตของตน (กรมการแพทย์, 2563)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์, 2563)

1. มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้
2. มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมากที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
3. มีการพยากรณ์โรคว่ามีชีวิตอยู่ ≤ 6 เดือนเช่น Eastern Cooperative Oncology Group (ECOC) performance status ≥3 หรือ palliative performance ≤ 50
4. การลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง
5. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 59 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ภูมิลำเนา อยู่ในอำเภอ แก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี

วันที่รับเข้ารพ. 22 กุมภาพันธ์ 2569

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ 6 มีนาคม 2569

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 9 มีนาคม 2569

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

รวมวันที่รับไว้โรงพยาบาล 13 วัน

รวมวันที่รับไว้ในการดูแล 75 วัน

โดยติดตามเยี่ยมบ้านและครอบครัวจำนวน 5 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2569 , ครั้งที่ 2 วันที่ 20 มีนาคม 2569, ครั้งที่ 3 วันที่ 1 เมษายน 2569 , ครั้งที่ 4 วันที่ 8 พฤษภาคม 2569 และครั้งที่ 5 วันที่ 29 พฤษภาคม 2569

แหล่งที่มาของข้อมูล ภรรยา ผู้ป่วย และเวชระเบียนผู้ป่วยโปรแกรม HOS Xp โรงพยาบาลชุมชน และข้อมูลการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านจากโปรแกรม Thai COC

อาการสำคัญ/สาเหตุที่ส่งเยี่ยมบ้าน.

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อน(15มกราคม 2569) มีอาการแน่นหายใจลำบากก่อนมา 2 ชั่วโมง ได้รับการ Endotracheal Tube และ CPR. ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ รับการรักษาโรงพยาบาลศูนย์ ด้วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายและได้รับการทำAdvance care plan with Living will ขอจำกัดการรักษา ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้หัตถการรุกล้ำและขอรักษาตามอาการแบบประคับประคอง ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า ผู้ป่วยไม่ขอรับการรักษาชนิดใด

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2569 รับส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ นอนพักโรงพยาบาลชุมชนและส่งต่อ เยี่ยมบ้านแบบประคับประคอง

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต:

5 ปีก่อนอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ทำให้มีแขนขาซีกขวาอ่อนแรงแต่สามารถช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตรประจำวันปกติ มีโรคประจำตัว เบาหวานและความดันโลหิตสูง ทานยาไม่สม่ำเสมอ

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา ดื่มสุราทุกวัน วันละ 1 ขวดเอ็ม 150 สูบบุหรี่วันละ 1 ซองทุกวัน เป็นระยะเวลา 30 ปี จนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

พี่ชายเป็นเบาหวานรับการรักษาโรงพยาบาลชุมชน ส่วนสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคร้ายแรง

ประวัติการแพ้ยา สารอาหารและสารเคมี ปฏิเสธการแพ้ยาหรืออาหารใดๆ

ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (IN HOMESSS ASSESSMENT) แรกรับ

I : **การเคลื่อนไหว (mobility)** ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel Activity of Daily Living : ADL) พบ ADL score = 0 คะแนน (เกณฑ์คะแนน ADL0-4 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน)แสดงถึงภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ข้อที่ได้คะแนนคือ รับประทานอาหารไม่ได้เองต้องมีคนช่วยและข้อการใส่เสื้อผ้าต้องมีคนช่วย และข้อการขับถ่ายอุจจาระบางครั้งไม่สามารถกลั้นได้ Retained Foley's cath

N : **โภชนาการ (Nutrition)**รับประทานอาหารต้ม เปื่อย เคี้ยวกลืนได้ เป็นอาหารที่เตรียมโดยภรรยาผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลอาหารป้อนอาหาร ทานอาหารปกติวันละ 3 มื้อ

H : **สภาพบ้าน (Home) สภาพบ้าน (Home Environment)** บ้านเดี่ยวชั้นเดียว ตั้งอยู่ในสวนเงียบสงบ รอบๆบ้านโล่งเตียน ในบ้าน 2 ห้องนอน 1 ห้องน้ำ แสงสว่างส่องถึงเพียงพอ ภายในบ้างแบ่งส่วนประโยชน์ใช้สอยเป็นสัดส่วน ภายในบ้านอากาศค่อนข้างร้อน

O : **สมาชิกอื่นในบ้าน / ในชุมชน (Other people)** สมาชิกคนอื่นภายในบ้าน (Other people) เดิมผู้ป่วย อยู่ลำพังคนเดียว เพิ่งอยู่กินกับภรรยาคนปัจจุบันได้ประมาณ 1 ปี ไม่มีบุตร ผู้ป่วยได้ขายบ้านให้กับหลานได้ ประมาณ 1 ปี โดยที่ญาติและภรรยาไม่ทราบ ภรรยาและหลาน ทั้ง2คนเต็มใจจะช่วยดูแลผู้ป่วย เงินเก็บพอใช้จ่ายดูแลตนเองยามเจ็บป่วย ไม่มีหนี้สิน

M : **ยาที่ผู้ป่วยใช้ (Medication)** ยาที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังกลับจากการรักษาที่โรงพยาบาล ยามอร์ฟีนชนิดเม็ด (60มก.) 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร แต่ญาติจะให้รับประทานเมื่อมีอาการปวดมาก

E : **ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (Examination)**

1. ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก ผู้ป่วยชายรูปร่างผอมบาง ผิวขาว ใบหน้าอิดโรย อ่อนเพลีย ผิวค่อนข้างซีดทดสอบการตึงตัวของผิวหนังพบผิวหนังมีความตึงตัวน้อย ไม่มีผื่นหรือจุดเลือดออก มีแผลบริเวณก้นกบขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2x2 ซม. เกิดจากการกดทับไว้ตลอด แผล มีน้ำเหลืองและเลือดซึมชุ่มผ้าก๊อซ ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีแผลกดทับที่อื่น

2. ศีรษะ ใบหน้าและลำตัว ศีรษะลักษณะผอม ผิวหนังหุ้มกระดูก สมมาตรทั้ง 2 ข้าง ไม่บิดเบี้ยว สามารถพูดคุยได้แต่จะพูดช้า สำเนียงไม่ชัดเนื่องจากอุบัติเหตุ 10 ปีก่อน ไม่มี Neck Vein Engorgement

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ ใช้แรงในการหายใจเข้าออกมากกว่าปกติ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน 98% การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเข้าสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะทรวงอกปกติ เสียงหัวใจ S1 S2 ปกติแต่เสียงเบา ไม่มี Murmur อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 100-104 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/64 มิลลิเมตรปรอท

5. ระบบต่อมน้ำเหลืองต่อมน้ำเหลือง หน้าหูด้านขวาโต ขนาด2x2 เซนติเมตร หน้าหูด้านซ้ายโต 1x1.5เซนติเมตรกดเจ็บเล็กน้อยต่อมน้ำเหลืองรักแร้ด้านขวาโตขนาด2x2เซนติเมตร

6. ระบบทางเดินอาหาร รับประทานอาหารอ่อน อาหารธรรมดา อาหารเหลวได้ทุกอย่าง ญาติไขหัวเตียง และต้องช่วยป้อนอาหารทุกมื้อ ไม่สามารถรับประทานได้เอง

7. ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ขับถ่ายอุจจาระสามารถบอกได้ แต่บางครั้งไม่สามารถบอกได้ ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ และใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปไว้ตลอดเวลา ขับถ่ายอุจจาระยากท้องผูก บางวันเบ่ง ไม่ออกญาติล้วงให้

8. ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รู้สึกตัว ลืมตาได้เอง สามารถพูดโต้ตอบ และมีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับบุคคลอื่นได้ดี แขนขาสองข้างอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

S: ความคุกคาม (Safty/Stability) การจัดบ้านเป็นสัดส่วน มีเตียงชนิดปรับระดับหัวเตียงขึ้นลงได้ ที่นอนลม และเครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้าพร้อม อากาศถ่ายเทดีเนื่องจากบ้านปลูกไม้ยืนต้นมาก

S: สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ประเมิน 2Q ปกติ เนื่องจากช่วงที่ยังไม่ป่วย มักจะช่วยเหลือพระในการเดินบาตร และรับใช้พระที่วัดในหมู่บ้าน

S: ทางเลือกการรักษาอื่นในชุมชน (Service) สถานบริการที่ให้บริการได้แก่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแก่งหางแมว สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

การประเมิน IFFE

I : ความคิดต่อการเจ็บป่วย (Idea) บางครั้งก็ท้อแท้กับการเจ็บป่วย แต่สามารถรับสภาวะการเจ็บป่วยได้

F: ความรู้สึกของผู้ป่วยและครบครัว (Felling) ญาติผู้ดูแลเต็มใจดูแลกันไปตามอาการ สงสารเกรงว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดทรมานและจะยังทำใจไม่ได้เมื่อถึงเวลานั้น ยังไม่รู้สึกท้อแท้ในการดูแล แต่ยังรู้สึกว่ายังขาดความรู้ และเต็มใจที่จะเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

F: ความสามารถในอาชีพ (Function) เดิมผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร่างกายพิการแขนขาซีกขวาจากอุบัติเหตุ ภายหลังเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ป่วยมีฐานะยากจน มีกำลังในการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย ไม่มีหนี้สิน

E: ความคาดหวัง (Expectation) ได้พูดคุยและประเมินความคาดหวัง ผู้ป่วยทราบว่ารักษาไม่หาย แต่ขอไม่ให้ทรมานจากอาการของโรค

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CT Scan พบ Mass size 1.5 cm.x 4.8 cm. (23 มกราคม 2569)

X-ray พบ infritration both lung (19 มกราคม 2569)

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ วันที่ 19 ม.ค.2569	ผลการตรวจ วันที่...(ถ้ามี)	แปลผล
Hematology				
WBC	4000-10000cell/mm3	9,110 cell/mm3		ปกติ
Neurophile	40 – 70%	64.6		ปกติ
Lymphocyte	20 -50%	24.4		ปกติ
RedBloodcellCount	4.0-5.5 mllCell/ul	4.16 mllCell/ul		ปกติ
Hemoglobin	11-16 g/dl	12.4 g/dl		ปกติ
Hct	37-44%	37 %		ปกติ
MCH	27-34%	30.8%		ปกติ
McHc	32-36%	32.7%		ปกติ
Platelet count	100000-300000	284,000cell/mm3		ปกติ
RDW-CV	11-16%	15.9%		ปกติ
Neutrophils	50-70%	64.6%		ปกติ
Lymphocytes	20-40%	24.4%		ปกติ
Monocytes	3-12%	7.4%		ปกติ
UA				
Color	Yellow	Yellow		ปกติ
Appearance	Clear	Clear		ปกติ
pH	๕ - ๗	๕		ปกติ
Specific	๑.๐๐๕ - ๑.๐๒๕	๑.๐15		ปกติ
Protein	๓+	negative		-
Sugar	๑+	negative		ปกติ
WBC	0 – 5/HD	0 – 3/HD		ปกติ
RBC	0 – 3/ HD	0 HD		ปกติ
Epithelial Cells	0-5 H	2 - 3 H		ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจเลือดและปัสสาวะ พบว่าผลปกติ ไม่มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยติดเตียง และใส่สายสวนปัสสาวะ อาจมีการดูแลความสะอาดไม่ถูกวิธี จึงต้องมีการป้องกันการเกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

การวินิจฉัยของแพทย์ CA Lung End State with Palliative care

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

ผู้ป่วยนอนบนเตียงท่าทางอ่อนเพลีย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ADL เท่ากับศูนย์ แต่รู้สึกตัวดี ใส่แพมเพิสควบคุมอุจจาระไม่สามารถกลั้นได้บางครั้ง ใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ มีภรรยาและหลานคอยดูแลอยู่ ทีมได้ประสานท้องถิ่น ในการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจนและเครื่องดูดเสมหะ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ดูแล จำนวน 5 ครั้ง ผู้ป่วยแรกเริ่มรู้สึกตัวดี และเริ่มซึมลง Palliative performance scale(PPS) 20 – 50 % ประเมิน ESAS (Emonton Symptom Assessement System) พบหายใจเหนื่อยและเริ่มหอบ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 – 98 % ใส่ออกซิเจน cannula 3 LPM ตลอด อัตราการหายใจ 26 – 30 ครั้ง/นาที ฟังปอดมีเสียงเสมหะ Decrease sound both lung และเริ่มมีอาการปวดหลังมาก ประเมินอาการปวดอยู่ในช่วง 5 – 7 คะแนน แรกๆญาติบอกผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยามอร์ฟีนบอกว่ายังพอทนได้ พยาบาลอธิบายมอร์ฟีนสามารถบรรเทาทั้งอาการปวดและเหนื่อยเพิ่มความสุขสบายของผู้ป่วย เมื่ออาการเริ่มปวดมากขึ้น มียามอร์ฟีนรับประทานครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา หลังรับประทานยาอาการปวดทุเลาวัดระดับความปวด 5 คะแนน ญาติและผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาวะและการพยากรณ์โรคที่เป็น พยาบาลให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่น ให้ช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแล ทางไลน์ / เบอร์โทรศัพท์ เพื่อปรึกษาข้อมูลเมื่อมีปัญหาเร่งด่วนได้ตลอด 24 ชั่วโมง เตรียมความพร้อมยอมรับกับการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึง ภรรยายอมรับกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในระยะเวลาอันใกล้ และยังคงยืนยันตามแผนการดูแลเดิม ยืนยันการเสียชีวิตที่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2569 ลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีมพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน , อสม. , Care Giver พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รูปร่างผอม อยู่กับภรรยาและหลาน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง Palliative performance scale 50 % Barthel ADL index 0 คะแนน มีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ 2 หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ภรรยาและหลานช่วยพลิกตะแคงบนเตียง ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112 / 60 มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเองวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า 3 ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease sound both lung มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง 2 ข้าง ระดับ ความเจ็บปวด 6-7 คะแนน ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวดมอร์ฟีนชนิดเม็ด 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร แต่ ยังปฏิเสธ การรับประทานยา บอกว่ายังสามารถทนได้ รับประทานอาหารโดยภรรยาและหลาน เป็นคนป้อน ให้รับได้ไม่อาเจียน ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น 300 cc. ไหลดี พยาบาลเยี่ยมบ้านทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยและภรรยา ยืนยันตามเดิมคือ ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้ หัตถการเพิ่มเติม และขอรักษาตามอาการแบบประคับประคองที่บ้าน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลัง เนื่องจาก การลุกลามของมะเร็ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ท้องผูก เนื่องจากมีการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. มีแผลกดทับและเสี่ยงต่อการเกิดเพิ่มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. เสี่ยงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากติดเตียงและใส่สายสวนปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลังเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูก

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกปวดหลังมาก

O: สีหน้านิ่ว ร้องเวลาญาติพลิกตะแคงตัวให้ Pain score 7 - 8 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการปวดลดลง
2. เพื่อเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปวดหลังและสะโพกลดลง Pain score < 4 คะแนน
2. สีหน้าสุขสบายพลิกตะแคงตัวได้บ่อยไม่ร้องปวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวด

2. ประเมิน Pain Score ร่วมกับสอนการประเมินความปวดโดยวิธี numeric pain scale. ให้ญาติ และแนะนำผู้ป่วยให้ขอยาแก้ปวดเมื่ออาการปวดมากกว่าระดับ 3 คะแนน

3. แนะนำผู้ดูแลทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน โดยรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ลดการรบกวนผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อม ดูแลจัดท่าให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ปวด เพราะจะมีแรงกด ทับทำให้เกิดการปวดได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. แนะนำผู้ดูแลจัดการอาการปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา โดยกิจกรรมธรรมะบำบัด โดย ผู้ป่วยเลือกฟังบทสนทนาธรรม เพลงธรรมะช้าๆ ซึ่งเป็นจังหวะที่ช้ากว่าอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกสงบ ช่วยบรรเทาอาการปวด นอนไม่หลับ และคลายความกังวล ความเครียดต่างๆ ใช้เวลาฟังประมาณ 5-10 นาที โดยให้หลับตา และหายใจลึก ๆ รวมทั้งผ่อนคลายร่างกายไปกับเสียงดนตรีและธรรมะ

5. แนะนำผู้ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ มอร์ฟีนชนิดเม็ด (10 มิลลิกรัม) กินเมื่อปวดมาก และสังเกตผลของยา หลังจากการให้ยาแก้ปวด 30 นาที

6. แนะนำผู้ดูแลประเมินอาการปวดซ้ำทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดมอร์ฟีน เช่น อาการท้องผูก ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นเวลานาน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะคั่ง ปาก แห้ง มึนงง ง่วงซึม วิงเวียน ตาพร่า หัวใจเต้นช้า เหงื่อออก คัน ความดันโลหิตลดลง

7. ให้ช่องทางติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือแอพลิเคชั่นไลน์กับผู้ดูแล เพื่อปรึกษาสอบถาม ข้อมูลอาการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาการดูแลที่บ้าน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดหลังมากหลังได้รับยาระดับความปวดลดลงผู้ป่วยให้คะแนนความปวดที่ 5 คะแนน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ มีปวดบางครั้งที่ญาติพลิกตะแคงตัวบนเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. ภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วย End stage lung cancer Palliative performance scale (PPS) 20% หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ 26-28 ครั้ง/นาที ผู้ดูแลบอก ผู้ป่วยหลับได้เป็นช่วงตื่นมาก็หายใจลำบาก

O : ผู้ป่วยใส่ออกซิเจน cannula 3 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 % ฟังปอดมีเสียง เสมหะ Decrease sound both lung

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1.เพื่อลดอาการหายใจลำบาก

2.เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1.ลักษณะหายใจลำบากลดลง อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

2.ผู้ป่วยนอนหลับพักได้ติดต่อกัน 3-4 ชั่วโมง

3.ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%

4.ไม่มีอาการ ของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการซีด เขียว ที่แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน อาการหายใจลำบาก ลักษณะการหายใจ แนะนำผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆทางจมูกและค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจโดยเป่าออกทางปากช้า ๆ วิธีนี้จะช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด

2. ประเมิน ESAS(Edmonton Symptom Assessment System) และPalliative performance scale (PPS)

3. แนะนำผู้ดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงไม่ไปดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนแก๊สเป็นไปได้ดีขึ้น จำกัดกิจกรรมที่ใช้ออกซิเจนสูง

4. แนะนำผู้ดูแลให้ผู้ป่วยใส่ออกซิเจน cannula 3-5 LPM และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเช้า-เย็น เพื่อประเมินอาการหายใจลำบาก และแนะนำผู้ดูแลเปลี่ยนใส่ออกซิเจนแบบครอบหน้าให้ผู้ป่วยหากผู้ป่วยหายใจลำบากมากขึ้น

5. แนะนำผู้ดูแล (ภรรยาและหลาน) ช่วยเหลือดูแลอยู่ใกล้ชิด เพื่อลดความกลัวและกังวลของผู้ป่วยเปิดธรรมะหรือบทสวดที่ผู้ป่วยคุ้นเคยให้ฟัง

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวมีสับสนบางครั้ง Palliative performance scale (PPS) ลดลงจาก 50 % เป็น 20 % ประเมิน ESAS เหนื่อยระดับ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % ผู้ดูแลบอกผู้ป่วยนอนหลับได้นานติดต่อกัน 3-4 ชั่วโมงติดต่อกัน ไม่มีอาการปลายมือปลายเท้าเขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า "กินข้าวต้มและข้าวที่หุงแบบแฉะน้ำได้ครึ่งถ้วย" ผู้ป่วยบอกว่า "ไม่หิว ไม่ค่อยอยากกินข้าว ลิ้นไม่รับรสชาดอาหาร"

O: ถามว่าอยากทานอาหารอะไรบ้าง สั่นหัวปฏิเสธ ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

2. ป้องกัน อันตรายที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างน้อย ½ ถ้วยต่อมื้อ

2. น้ำหนักตัวลดลง น้อยกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ดูแลประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเช่น ผู้ป่วยมีความอยากรับประทานอาหารมาก ที่สุดเวลาใดลักษณะอาหารที่ชอบและไม่ชอบ จำนวน ความถี่ของการรับประทานอาหารเครื่องดื่มที่ชอบ การได้วิตามิน เกลือแร่และอื่นๆ

2. แนะนำผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นความรู้สึกอยากอาหาร

3. ให้ความรู้ผู้ดูแลทราบถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ จัดชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยเช่น ถ้ามีอาการเหนื่อยล้าจัดให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่นข้าวบด ช่วยลดการเผาผลาญและการใช้ออกซิเจนของร่างกายน้อยลง

4. แนะนำผู้ดูแลเพิ่มจำนวนมื้ออาหารโดยให้รับประทานมื้อละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้นโดยจัดให้ประมาณ 5 - 6 มื้อต่อวัน แบ่งเป็นมื้อเช้ากลางวัน เย็นและระหว่างมื้ออีก2 มื้อ

5. แนะนำผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณอาหารและพลังงานอย่างเพียงพอในแต่ละวัน โดยการตรวจสอบชนิดและปริมาณอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยรับประทานทุกวัน ไม่ควรให้มาก หรือน้อยเกินไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับประทานได้ ครึ่งถ้วย ป้อนน้ำหลังรับประทานข้าวได้ 50 มิลลิลิตร ผู้ป่วยส่ายหน้าบอกอิ่ม ผู้ดูแล(ภรรยา) ให้ข้อมูลพยาบาลเยี่ยมบ้านทางแอพลิเคชั่นไลน์ ให้ผู้ป่วยน้ำหวานระหว่างมื้ออาหารได้ครั้งละ 2 - 3 ช้อนต่อมื้อ Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4ท้องผูกเนื่องจากมีการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระมา 7 วัน รับประทานยาแก้ปวด (มอร์ฟีน) ทุกวัน

O: ท้องอืด เคาะโป่งฟังเสียงลำไส้ลดลงผายลมมีกลิ่นเหม็นท้องโต เนื่องจากมีลมในท้องมาก กระสับกระส่าย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องผูก
2. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยขับถ่ายได้ปกติหรือทุก 2-3 วัน
2. อุจจาระมีลักษณะปกติ ไม่เป็น ก้อนแข็งแห้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 1 ลิตร/วัน หรือน้ำหวานเฮลบลูบอยผสมน้ำเปล่าให้ผู้ป่วยดื่ม เพื่อเพิ่มกลิ่นและรสชาติให้ผู้ป่วยต้องการดื่มน้ำมากขึ้น

2. แนะนำผู้ดูแลจัดอาหารให้ผู้ป่วยประทาน เป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย และอาหารที่มีกากใยสูง ได้แก่ ผักและผลไม้ ดูแลการได้รับยาระบายMilk Of Magnesia 30 ml. ก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. แนะนำผู้ดูแลช่วยล้วงอุจจาระให้ผู้ป่วย ถ้ามีอุจจาระแข็งคั่งค้างในลำไส้ หรือใช้ยาสวนอุจจาระ

การประเมินผล

ผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ ผายลมได้ ไม่ปวดท้อง ท้องอืด ภรรยาใช้ลูกสวนสวนทวารให้ ผู้ดูแล (ภรรยา) ให้ข้อมูล สวนอุจจาระ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ผู้ป่วยอุจจาระได้หลังจากสวนอุจจาระ อุจจาระเป็นก้อนนิ่ม จำนวนเล็กน้อย อาการกระสับกระส่ายลดลง ท้องที่โตลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องช่วยทุกอย่างทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

O: Palliative performance scale (PPS) 20% ผู้ป่วยติดเตียง ADL เท่ากับ 0 มีแผลกดทับเกรด 2 ที่ก้นกบ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่พบปัญหาข้อติด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL index และ Palliative performance scale (PPS) เพื่อวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่เหมาะสม

2. แนะนำผู้ดูแลในการให้ความช่วยเหลือ เรื่องการดูแลทำความสะอาดร่างกาย สุขอนามัย (Hygiene care) ของผู้ป่วยติดเตียง

3. แนะนำผู้ป่วยและสอนผู้ดูแลกระตุ้นเรื่องการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น จัดท่านั่งศีรษะสูง ให้ผู้ป่วยช่วยจับราวข้างเตียงพยุงตัวประคองท่านั่งไม่ให้ตัวลื่นไถลลง และส่งเสริมทักษะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

4. สอนและสาธิตผู้ดูแล Passive - exercise ช่วยยกแขนทั้ง 2 ข้างยกขึ้นลงแนบใบหู และงอข้อศอก แขนเข้าออก จับต้นแขนหมุนหัวไหล่ 20 ครั้ง เช้า-เย็น ช่วยยกขา 2 ข้างขึ้นลงและกางขาหุบขาเข้า-ออก 20 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เช้า-เย็น ให้ผู้ป่วยใช้มือที่อ่อนแรงบีบกำลูกบอล เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อมัดเล็กบริเวณนิ้วมือและมือ กระดกดันปลายเท้า 2 ข้าง หมุนข้อเท้าเข้า-ออก 20 ครั้ง เช้า-เย็น ป้องกันการเกิดปลายเท้าตก

การประเมินผล

การปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยมีผู้ดูแลทำให้ทั้งหมด ผู้ดูแลช่วยดันหลังพลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ช.ม. และช่วย Passive - exercise บริหารเพื่อป้องกันข้อติด ญาติสามารถปฏิบัติได้ แผลกดทับไม่ลุกลามมากกว่าเดิม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. มีแผลกดทับและเสี่ยงต่อการเกิดเพิ่มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

S:ญาติบอกว่ามีแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ ขณะเช็ดตัวสังเกตเห็นเริ่มมีรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูกสะโพกข้างขวา

O: ผู้ป่วยติดเตียง ประเมินกิจวัตรประจำวัน ADL เท่ากับ 0 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์มีแผลกดทับที่บริเวณก้นกบระดับ 2 ขนาด 2X2 เซนติเมตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับเพิ่มหรือขนาดของแผลกดทับเดิมเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผิวหนังไม่มีรอยแดงเพิ่ม ไม่เกิดการฉีกขาดของผิวหนัง หรือแผลถลอกเพิ่มขึ้น
2. ผิวหนังชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ General hygiene care และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. แนะนำการดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับ ด้วยการจัดท่าทางที่ถูกต้อง เช่น ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง หรือท่านั่งริมเตียง และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันข้อต่อยึดติด
3. ประเมินสภาพผิวหนัง สังเกตว่ามีรอยแดง หรือรอยกดทับ บริเวณ ปุ่มกระดูก
4. แนะนำญาติพลิกตัวเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใช้หมอนช่วยในการจัดท่านอนตะแคง 30 องศา และใช้หมอนป้องกันปลายเท้าตก
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว แนะนำให้ญาติช่วยเหลือการออกกำลังกายบนเตียงบ่อยๆ
6. ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง และเรียบตึง เปลี่ยน ผ้าปูที่นอนทุกครั้งเมื่อเปียกชื้น
7. แนะนำญาติดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วยตามผิวหนัง ข้อพับต่างๆไม่ให้อับชื้น ทาโลชั่นให้ผิวหนังชุ่มชื้น
8. แนะนำญาติเรื่องอาหาร ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
9. ประเมินผล Braden score (การประเมินความเสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับเพิ่มเติม ไม่พบรอยแดงเพิ่มขึ้น ผิวหนังชุ่มชื้น ภรรยา ช่วยดูแลเรื่องความสะอาดร่างกายทั่วๆไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. เสี่ยงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากติดเตียงและใส่สายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอกว่าตนเองยังทำความสะอาดบริเวณรอบๆสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง

O: ผู้ป่วย โรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายมีภาวะติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่คาสายสวนปัสสาวะ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

1. อุณหภูมิร่ายกายอยู่ระหว่าง 36.0 - 37.4 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน
3. ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1.ประเมินการดูแลของญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่สวนปัสสาวะที่บ้าน และทบทวนการดูแลเพิ่มเติมให้คำแนะนำส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง สอนและสาธิตวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2. ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับอาการและอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อในร่างกายคือมีอาการไข้ หนาวสั่น อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที

3. แนะนำญาติดูแลถุงปัสสาวะ (urine bag)ให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยและจัดให้ Urine bag อยู่สูงกว่าระดับพื้นห้องเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากน้ำปัสสาวะจาก Urine bag ไหลย้อนเข้าไปในสายสวนปัสสาวะ (Ascending infection)

4. แนะนำญาติดูแล สายสวนปัสสาวะ และถุงปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดเสมอ โดยต้องไม่ไม่มีรอยแตกรั่วซึม ไม่ปลดข้อต่อระหว่างสายสวนปัสสาวะกับถุงรองรับน้ำปัสสาวะ ซึ่งจะเป็นช่องทางนำเชื้อโรค

5. แนะนำญาติดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ อยู่เสมอโดยเฉพาะบริเวณรอบๆ สายสวนปัสสาวะ หรือเมื่อผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ควรฟอกสบู่ ล้างให้สะอาดและซับให้แห้ง

6. แนะนำญาติสังเกตลักษณะปริมาณและสีของน้ำปัสสาวะ ว่าปัสสาวะขุ่นเป็นตะกอน มีหนอง หรือเลือดปนหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรายงานแพทย์ทราบและให้การรักษาต่อไป

7. เปลี่ยนแผ่นรองซับหรือผ้าอ้อมสำเร็จรูปเมื่อซับถ่ายและอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สาธิตการเปลี่ยนแผ่นรองซับหรือผ้าอ้อมโดยคนเดียวอย่างถูกวิธี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการ โดยการให้เพิ่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร ช่วยทำให้ปัสสาวะใส การให้น้ำเป็นการกำจัดเชื้อโรคโดยธรรมชาติ

9. แนะนำเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 4 สัปดาห์ตามรอบที่กำหนด หรือถ้ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ สายสวนปัสสาวะอุดตัน หรือปัสสาวะซึมออกตรงรูเปิดท่อปัสสาวะจำนวนมากหรือสายสวนหลุด

10. ให้ช่องทางติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือ แอปพลิเคชันไลน์ กับญาติและคนในครอบครัวเพื่อปรึกษาสอบถาม ส่งกลับข้อมูลอาการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาการดูแลที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 วันที่ 20 มีนาคม 2569 เยี่ยมพร้อม Care Giver พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รูปร่างผอม ประเมิน MNA 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง Palliative Performance scale 50% Barthel ADL index 0 คะแนน มีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ 2 ขนาด 2x2 เซนติเมตร แผลแดงดี ประเมิน ESAS ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจมีเหนื่อยระดับ 4-5 ภรรยาและหลานช่วยพลิกตะแคงบนเตียงทั้งสองคนผลัดเวรกัน ดูแลช่วงกลางคืน เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102 / 59 มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเอง วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 94% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า 3 ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease both lung sound ดังเดิม มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง 2 ข้าง ระดับความเจ็บปวด 7-8 คะแนน ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวด มอร์ฟีนชนิดเม็ด 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร รับประทานยา 1 เม็ด อาการปวดทุเลาระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับ 5 คะแนน พักได้ รับประทานอาหารรับได้ไม่อาเจียน การขับถ่ายอุจจาระได้เอง คาสายสวนปัสสาวะปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น 300 cc. ไหลดี ภรรยาบ่นสงสารสามี แจ้งช่องทางประสานเจ้าหน้าที่ทางแอพลิเคชั่นไลน์ และ เบอร์โทรเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านและสามารถปรึกษากับพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ตลอดเวลา

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการปวดอยู่ ให้คะแนนความปวดที่ 5 คะแนน จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการเหนื่อยอยู่ ประเมิน ESAS เหนื่อยระดับ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. ได้รับการแก้ไข แต่ยังเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ) จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยสบายขึ้นถ่ายอุจจาระนิ่ม ไม่ปวดท้อง ท้องอืดลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยติดเตียง ADL เท่ากับ 0 Palliative performance scale (PPS) 20% ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับเพิ่ม ไม่พบรอยแดงเพิ่มขึ้น ญาติทำความสะอาดได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยยังใส่สายสวนปัสสาวะ ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบปัญหาเพิ่มเติมดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8. ครอบครัวมีความเครียดจากภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย(ปัญหาใหม่)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลัง เนื่องจาก การลุกลามของมะเร็ง(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมะเร็งปอด(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8. ครอบครัวมีความเครียดจากภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S: ภรรยาบอกว่า "เรามีกันอยู่ 2 คนเพิ่งอยู่กินกันมาประมาณ 1 ปี ไม่มีลูกด้วยกัน จะไปไหนก็เป็นห่วง

O: ประเมินความเครียด (ST-5) ของภรรยาผู้ป่วย อยู่ในระดับ 5 คะแนน เครียดปานกลาง ประเมินภาวะซึมเศร้า (2q Plus) ไม่พบภาวะอยากฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ครอบครัวมีความเครียดจากภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ครอบครัวเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
2. ระดับความเครียดลดลงอยู่ระดับต่ำกว่า 5 คือ เครียดน้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในบ้าน จากการสอบถามสมาชิกในครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. ร่วมปรึกษาพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจอาการทางคลินิก โรค หรือภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วย

3. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4. แนะนำหลีกเลี่ยงหรือลดการเผชิญเหตุการณ์ที่รู้สึกเครียดภายในบ้าน เช่น ออกมาผ่อนคลายนอก บ้าน หรือฟังเพลง ฟังธรรมะ ให้รู้สึกสบายใจ

5. ให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การช่วยกันแก้ไขปัญหาให้สภาวะเจ็บป่วยและอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยดีขึ้น

การประเมินผล

ภรรยามีความเข้าใจกับอาการผู้ป่วยมากขึ้น แต่บางครั้งรู้สึกเครียด ที่เห็นผู้ป่วยร้องปวด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอนหลับไม่ได้ ทำให้ไม่ได้พักผ่อน ประเมินความเครียด ST-5 อยู่ใน ระดับ 4 คะแนน (เครียดน้อย) ประเด็นปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบรรลุวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยมครั้งนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลังเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูก(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกปวดหลังมาก

O: สีหน้านิ่ว ร้องเวลาญาติพลิกตะแคงตัวให้ Pain score 7 - 8 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการปวดลดลง
2. เพื่อเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปวดหลังและสะโพกลดลง Pain score < 4 คะแนน
2. สีหน้าสุขสบายพลิกตะแคงตัวได้บ่อยไม่ร้องปวด

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนหรือท่านั่งที่ช่วยลดแรงกด เช่น นอนตะแคงงอเข่า มีหมอนหนุนหลัง/ระหว่างขา
2. ประคบร้อน/เย็นบริเวณที่ปวด
3. ส่งเสริมให้ทำ relaxation เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง ทำสมาธิ หายใจช้าและลึก
4. การนวดเบา ๆ บริเวณที่ปวด
5. ประเมินความปวดโดยวิธี numeric pain scale. ให้ญาติ และแนะนำผู้ป่วยให้ขอยาแก้ปวดเมื่ออาการปวดมากกว่าระดับ 3 คะแนน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการปวดหลังมากหลังได้รับยาระดับความปวดลดลงผู้ป่วยให้คะแนนความปวดที่ 5 คะแนน ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมะเร็งปอด(ปัญหาเดิม)

S : ผู้ป่วย End stage lung cancer Palliative performance scale (PPS) 20% หายใจลำบากเหนื่อยหอบ 26-28 ครั้ง/นาที ผู้ดูแลบอก หายใจลำบาก

O : ผู้ป่วยใส่ออกซิเจน cannula 3 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 % ฟังปอดมีเสียง เสมหะ Decrease sound both lung

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อลดอาการหายใจลำบาก
2. เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะหายใจลำบากลดลง อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักได้ติดต่อกัน 3-4 ชั่วโมง
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
4. ไม่มีอาการ ของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านั่งศีรษะสูง (semi-Fowler's position) หรือท่า tripod position (นั่งโน้มตัวไปด้านหน้าวางแขนบนโต๊ะหรือหมอน) เพื่อลดแรงต้านการหายใจ ให้ทรวงอกขยายได้ดีหายใจสะดวกขึ้น
2. เปิดพัดลมเบา ๆ เป่าที่ใบหน้า เพิ่มการระบายอากาศ ลดความรู้สึกหอบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวมีสับสนบางครั้ง Palliative performance scale (PPS) ลดลงประเมิน ESAS เหนื่อยระดับเดิมคือ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า "ผู้ป่วยบ่นเบื่ออาหาร ไม่อยากกินอาหาร"

O: ถามว่าอยากทานอาหารอะไรบ้าง สั่นหัวปฏิเสธ ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. ป้องกัน อันตรายที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างน้อย ½ ถ้วยต่อมื้อ
2. น้ำหนักตัวลดลง น้อยกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1.จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ รสชาติอ่อน ย่อยง่าย ปริมาณน้อย แต่บ่อยครั้ง (small frequent meals)

2.จัดอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูง เช่น ไข่ นม ถั่ว เนื้อปลา

3.ใช้อาหารเสริม (nutritional supplement / oral nutrition supplement: ONS) เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานได้น้อย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมได้ ครึ่งถ้วย ภรรยาถามถึงอาหารที่ผู้ป่วยอยากรับประทานทุกมื้อที่จะจัดอาหารแต่ยังปฏิเสธ ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องช่วยทุกอย่างทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

O: Palliative performance scale (PPS) 20% ผู้ป่วยติดเตียง ADL เท่ากับ 0 มีแผลกดทับเกรด 2 ที่ก้นกบ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่พบปัญหาข้อติด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1.ให้คำแนะนำญาติในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่ายโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี

2.จัดเตียงและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ป้องกันการหกล้ม

3.สอนทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (positioning / transfer techniques) เพื่อลดการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. สอนและสาธิตผู้ดูแล Passive - exercise ช่วยยกแขนทั้ง 2 ข้างยกขึ้นลงแนบใบหู และงอข้อศอกแขนเข้าออก จับต้นแขนหมุนหัวไหล่ 20 ครั้ง เช้า-เย็น ช่วยยกขา 2 ข้างขึ้นลงและกางขาหุบขาเข้า-ออก 20 ครั้ง เช้า-เย็น ให้ผู้ป่วยใช้มือที่อ่อนแรงบีบกำลูกบอล เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อมัดเล็กบริเวณนิ้วมือและมือ กระดกดันปลายเท้า 2 ข้าง หมุนข้อเท้าเข้า-ออก 20 ครั้ง เช้า-เย็น ป้องกันการเกิดปลายเท้าตก

การประเมินผล

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลช่วยดันหลังพลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ช.ม. ญาติสามารถปฏิบัติได้และช่วยPassive - exercise บริหารเพื่อป้องกันข้อติด ไม่พบข้อติด แผลกดทับไม่ลุกลามมากกว่าเดิม ปัญหานี้ ได้รับการแก้ไขและบรรลุวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยมครั้งนี้

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 3 วันที่ 1 เมษายน 2569 พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รูปร่างผอม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ซึมลง Palliative Performance scale 40% Barthel ADL index 0 คะแนนมีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ 2 ขนาด 2x2 เซนติเมตร แผลแดงดี ประเมิน ESAS ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจมีเหนื่อยระดับ 5-6 ภรรยาและหลานผลัดเวรกันดูแลช่วงกลางคืน เริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที เวลาพูดจะเริ่มเหนื่อยมาก ความดันโลหิต 100/ 59 มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเองวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 93% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า 3 ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease sound both lung ดังเดิม มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง 2 ข้าง ระดับความเจ็บปวด 4-5 คะแนน ภรรยาช่วยนวดให้ บอกรักภรรยามาก ภรรยาคุยกันสองคนต่างเป็นห่วงกันและกัน นอนพักได้ รับประทานอาหารลดลง การขับถ่ายอุจจาระเริ่มแข็ง ผายลมดี คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น 500 cc. ไหลดี แจ้งช่องทางประสานเจ้าหน้าที่ทางแอพลิเคชั่นไลน์ และเบอร์โทรศัพท์เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษากับพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ตลอดเวลา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการปวดอยู่ ให้คะแนนความปวดที่ 5 คะแนน จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการเหนื่อยอยู่ ประเมิน ESAS เหนื่อยระดับ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. ได้รับการแก้ไข แต่ยังเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ) จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. ปัญหานี้ ได้รับการแก้ไขและบรรลุวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยมครั้งนี้ ปัญหาที่พบเพิ่มคือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9. เตรียมความพร้อมครอบครัวเผชิญการสูญเสียเนื่องจาก การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต(ปัญหาใหม่)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลัง เนื่องจาก การลุกลามของมะเร็ง(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมะเร็งปอด(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9. เตรียมความพร้อมครอบครัวเผชิญการสูญเสียเนื่องจาก การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

S: ภรรยาบอกว่า "หมออธิบายแล้วว่า สามีเจ็บป่วยระยะสุดท้ายแล้ว รักษาไม่หาย แต่ไม่อยากให้ทรมาน"

O: ผู้ป่วย End stage lung cancer Palliative performance scale(PPS) 20 % ป่วยนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้เลย ประเมิน ESAS หายใจลำบาก หอบเหนื่อย 26 – 30 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่ตนเองได้วางแผนและตกลงไว้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการรบกวนของโรคในระยะสุดท้ายที่บ้านได้
2. ผู้ป่วยยอมรับและครอบครัวมีความพร้อมเผชิญกับการสูญเสีย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน Palliative performance scale (PPS) ประเมินอาการหายใจลำบาก และอาการปวดเป็นต้น
2. ประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ ความเครียดของผู้ดูแลด้วยแบบประเมิน 2q plus , ST5 และค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามความเชื่อและพิธีทางศาสนาหรือตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย
4. รับฟังปัญหาและเป็นที่ปรึกษา พูดคุยให้กำลังใจ
5. ให้ช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแล ทางไลน์ / เบอร์โทรศัพท์ เพื่อปรึกษาข้อมูลเมื่อมีปัญหาเร่งด่วนได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยเริ่มซึมลง Palliative performance scale (PPS)20% ผู้ป่วยยอมรับกับการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึงภรรยายอมรับกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในระยะเวลาอันใกล้ ได้มีการเตรียมพร้อมและทำใจมาระยะหนึ่งแล้วประเมิน 2q plus ไม่พบอยากฆ่าตัวตาย , ST5 5 คะแนน และยังคงยืนยันตามแผนการดูแลเดิม ยืนยันการเสียชีวิตที่บ้าน ไม่ต้องการไปโรงพยาบาล พึงพอใจกับแผนการดูแลที่วางไว้ร่วมกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลังเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูก(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกผู้ป่วยปวดหลังมาก จะให้นวดหลังบ่อยๆ

O: สีหน้านิ่ว ร้องปวด ประเมิน Pain score 7 - 8 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการปวดลดลง
2. เพื่อเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปวดหลังและสะโพกลดลง Pain score < 4 คะแนน
2. สีหน้าสุขสบายพลิกตะแคงตัวได้บ่อยไม่ร้องปวด

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. การนวดเบา ๆ บริเวณที่ปวด
2. ประเมินความปวดโดยวิธี numeric pain scale. ให้ญาติ และแนะนำผู้ป่วยให้ขอยาแก้ปวดเมื่ออาการปวดมากกว่าระดับ 3 คะแนน

การประเมินผล

ยังมีอาการปวดหลังมากหลังได้รับยาระดับความปวดลดลงผู้ป่วยให้คะแนนความปวดที่ 5-6คะแนนยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมะเร็งปอด(ปัญหาเดิม)

S : ผู้ป่วย End stage lung cancer Palliative performance scale (PPS) 20% หายใจลำบากเหนื่อยหอบ 26-28 ครั้ง/นาที ผู้ดูแลบอก หายใจลำบาก

O : ผู้ป่วยใส่ออกซิเจน cannula 3 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 % ฟังปอดมีเสียง เสมหะ Decrease sound both lung

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อลดอาการหายใจลำบาก
2. เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะหายใจลำบากลดลง อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักได้ติดต่อกัน 3-4 ชั่วโมง
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
4. ไม่มีอาการ ของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. สอนการหายใจแบบ pursed-lip breathing (หายใจเข้าแล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปากโดยห่อปากคล้ายผิวปาก) เพื่อลด air trapping
2. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยระดับรู้สึกตัวลดลง Palliative performance scale (PPS) ลดลงประเมิน ESAS เหนื่อย ระดับเดิมคือ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า "ผู้ป่วยบ่นเบื่ออาหาร ไม่อยากกินอาหาร"

O: ถามว่าอยากทานอาหารอะไรบ้าง สั่นหัวปฏิเสธ ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. ป้องกัน อันตรายที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างน้อย ½ ถ้วยต่อมื้อ
2. น้ำหนักตัวลดลง น้อยกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่มีกลิ่นรบกวน
2. รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่บังคับให้กินจนรู้สึกกดดัน และให้กำลังใจผู้ป่วย
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดอาหารและให้อาหาร

การประเมินผล

ภรรยาถามถึงอาหารที่ผู้ป่วยอยากรับประทานทุกมื้อที่จะจัดอาหารแต่ยังปฏิเสธ ยังรับประทานได้น้อยครั้งละครึ่งถ้วย ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 4 วันที่ 8 พฤษภาคม 2568 เวลา 15.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวซึมลงกว่าวันก่อน Palliative Performance scale 30% Barthel ADL index 0 คะแนนมีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ 2 ขนาด 2x2 เซนติเมตร แผลแดงดี ประเมิน ESAS ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจเริ่มมีเหนื่อย ไม่หอบ ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที เวลาพูดจะเริ่มเหนื่อยมาก ความดันโลหิต 90 / 60 มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเองวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 93% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า 3 ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease sound both lung ดังเดิม มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง 2 ข้าง ระดับความเจ็บปวด 7-8 คะแนน ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวดมอร์ฟีนชนิดเม็ด 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร รับประทานยา 1 เม็ด อาการปวดทุเลาระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับ 5 คะแนน พักได้ วันนี้รับประทานยามอร์ฟีน 1 เม็ด ชนิดเม็ดช่วงเช้า เวลา 10.00 น.เนื่องจากปวดและหายใจเหนื่อย วันนี้ยัง ไม่ถ่ายอุจจาระ เริ่มอืดอัดแน่นท้อง ภรรยาแจ้งว่าถ้าพรุ่งนี้ไม่ถ่ายอุจจาระคงต้องล้วงอุจจาระออก จะให้รับประทานยาระบายก่อนนอน คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น 500 cc. ภรรยาเปิดธรรมะให้สามีฟังและบอกพยาบาลเยี่ยมบ้านว่า เช้านี้นิมนต์พระมารับบิณฑบาตในบ้านเพื่อให้สามีได้ใส่บาตรจะได้รับผลบุญและจิตใจใฝ่ทางบุญก่อนจากไปพยาบาลเยี่ยมบ้านสร้างความมั่นใจให้กับญาติเน้นย้ำช่องทางปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการปวดอยู่ ให้คะแนนความปวดที่ 5 คะแนน จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการเหนื่อยอยู่ ประเมิน ESAS เหนื่อยระดับ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. ได้รับการแก้ไข แต่ยังเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ) จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9. ภรรยายอมรับกับการสูญเสียในระยะเวลาอันใกล้ ได้มีการเตรียมพร้อมและทำใจมาระยะหนึ่งแล้ว และยังคงยืนยันตามแผนการดูแลเดิม ยืนยันการเสียชีวิตที่บ้าน ไม่ต้องการไปโรงพยาบาล พึงพอใจกับแผนการดูแลที่วางไว้ร่วมกันปัญหานี้ ได้รับการแก้ไขและบรรลุวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยมครั้งนี้

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ไม่พบปัญหาเพิ่มเติมยังคงปัญหาเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลังเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูก(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกผู้ป่วยปวดหลังมาก จะให้นวดหลังบ่อยๆ

O: สีหน้านิ่ว ร้องปวด ประเมิน Pain score 7 - 8 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการปวดลดลง
2. เพื่อเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปวดหลังและสะโพกลดลง Pain score < 4 คะแนน
2. สีหน้าสุขสบายพลิกตะแคงตัวได้บ่อยไม่ร้องปวด

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. การนวดเบา ๆ บริเวณที่ปวด
2. ประเมินความปวดโดยวิธี numeric pain scale. ให้ญาติ และแนะนำผู้ป่วยให้ขอยาแก้ปวดเมื่ออาการปวดมากกว่าระดับ 3 คะแนน

การประเมินผล

ยังมีอาการปวดหลังมากหลังได้รับยาระดับความปวดลดลงผู้ป่วยให้คะแนนความปวดที่ 5-6 คะแนนยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมะเร็งปอด(ปัญหาเดิม)

S : ผู้ป่วย End stage lung cancer Palliative performance scale (PPS) 20% หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ 26-28 ครั้ง/นาที ผู้ดูแลบอก หายใจลำบาก

O : ผู้ป่วยใส่ออกซิเจน cannula 3 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 % ฟังปอดมีเสียง เสมหะ Decrease sound both lung

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อลดอาการหายใจลำบาก
2. เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะหายใจลำบากลดลง อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักได้ติดต่อกัน 3-4 ชั่วโมง
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
4. ไม่มีอาการ ของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. สอนการหายใจแบบ pursed-lip breathing (หายใจเข้าแล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปากโดยห่อปากคล้ายผิวปาก) เพื่อลด air trapping
2. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยระดับรู้สึกตัวลดลง Palliative performance scale (PPS) ลดลงประเมิน ESAS เหนื่อย ระดับเดิมคือ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า "ผู้ป่วยบ่นเบื่ออาหาร ไม่อยากกินอาหาร"

O: ถามว่าอยากทานอาหารอะไรบ้าง สั่นหัวปฏิเสธ ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

2.ป้องกัน อันตรายที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างน้อย ½ ถ้วยต่อมื้อ
2. น้ำหนักตัวลดลง น้อยกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่มีกลิ่นรบกวน
2. รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่บังคับให้กินจนรู้สึกกดดัน และให้กำลังใจผู้ป่วย
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดอาหารและให้อาหาร

การประเมินผล

ภรรยาถามถึงอาหารที่ผู้ป่วยอยากรับประทานทุกมื้อที่จะจัดอาหารแต่ยังปฏิเสธ ยังรับประทานได้น้อยครั้งละครึ่งถ้วย ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 5 วันที่ 29 พฤษภาคม 2569 เวลา 15.00 น. (ที่บ้าน)ผู้ป่วยซึมลงมากขึ้นสับสน Palliative Performance scale 20% Barthel ADL index 0 คะแนน มีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ 2 ขนาด 2x2 เซนติเมตร แผลแดงดี ประเมิน ESAS ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยระดับ 6-7 เริ่มหอบ ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที เหนื่อยมาก ความดันโลหิต 90 / 60 มิลลิเมตรปรอท ใส่ออกซิเจนแคนนูล่า 3 ลิตร/mine ตลอดเวลา วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95 % ฟังปอดมีเสียงเสมหะมากขึ้น Decrease both lung sound มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง 2 ข้าง ระดับความเจ็บปวด 7 - 8 คะแนน และเริ่มปวดมากขึ้นและบ่อยขึ้น ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวด มอร์ฟีนชนิดเม็ด 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร รับประทานยา 1 เม็ด อาการปวดทุเลาระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับ 5 คะแนน พักได้ วันนี้รับประทานยามอร์ฟีน 1 เม็ด จำนวน 3 มื้อภรรยาค่อนข้างเป็นห่วงแต่สามีปรึกษากันแล้วประสงค์จะเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้ หัตถการอย่างอื่นเพิ่มเติม และขอรักษาตามอาการแบบประคับประคองที่บ้าน และจัดพิธีทางศาสนาที่วัดในหมู่บ้านที่สามีช่วยภารกิจของสงฆ์ในช่วงที่ยังไม่ป่วย และเปิดธรรมะจากโทรศัพท์ให้สามีได้ฟัง เช้านี้นิมนต์พระมารับบิณฑบาตในบ้านเพื่อให้สามีได้ใส่บาตร พยาบาลเยี่ยมบ้านสร้างความมั่นใจให้กับญาติ เน้นย้ำช่องทางปรึกษาได้ ตลอด 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการเยี่ยมครั้งที่ 4

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการปวดอยู่ ให้คะแนนความปวดที่ 5 คะแนน จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ได้รับการแก้ไข แต่ยังมีอาการเหนื่อยอยู่ ประเมิน ESAS เหนื่อยระดับ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 % จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. ได้รับการแก้ไข แต่ยังเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ) จึงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป ไม่พบปัญหาเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลัง เนื่องจาก การลุกลามของมะเร็ง(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมะเร็งปอด(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร(ปัญหาเดิม)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลังเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูก(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกผู้ป่วยปวดหลังมาก จะให้นวดหลังบ่อยๆ

O: สีหน้านิ่ว ร้องปวด ประเมิน Pain score 7 - 8 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยอาการปวดลดลง
2. เพื่อเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปวดหลังและสะโพกลดลง Pain score < 4 คะแนน
2. สีหน้าสุขสบายพลิกตะแคงตัวได้บ่อยไม่ร้องปวด

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. การนวดเบา ๆ บริเวณที่ปวด
2. ประเมินความปวดโดยวิธี numeric pain scale. ให้ญาติ และแนะนำผู้ป่วยให้ขอยาแก้ปวดเมื่ออาการปวดมากกว่าระดับ 3 คะแนน

การประเมินผล

ยังมีอาการปวดหลังมากหลังได้รับยาระงับปวด มอร์ฟีนซนิดเม็ด (10 มิลลิกรัม) ระดับความปวดลดลงผู้ป่วยให้คะแนนความปวดที่ 6-7 คะแนน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมะเร็งปอด(ปัญหาเดิม)

S : ผู้ป่วย End stage lung cancer Palliative performance scale (PPS) 20% หายใจลำบากเหนื่อยหอบ 26-28 ครั้ง/นาที ผู้ดูแลบอก หายใจลำบาก

O : ผู้ป่วยใส่ออกซิเจน cannula 3 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-98 % ฟังปอดมีเสียง เสมหะ Decrease sound both lung

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อลดอาการหายใจลำบาก
2. เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะหายใจลำบากลดลง อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักได้ติดต่อกัน 3-4 ชั่วโมง
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
4. ไม่มีอาการ ของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. สอนการหายใจแบบ pursed-lip breathing (หายใจเข้าแล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปากโดยห่อปากคล้ายผิวปาก) เพื่อลด air trapping
2. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยระดับรู้สึกตัวลดลง Palliative performance scale (PPS) ลดลงประเมิน ESAS เหนื่อยระดับเดิมคือ 4-5 ให้ออกซิเจน cannula 3 - 5 LPM วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเบื่ออาหาร(ปัญหาเดิม)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ดูแลบอกว่า "ผู้ป่วยบ่นเบื่ออาหาร ไม่อยากกินอาหาร"

O: ถามว่าอยากทานอาหารอะไรบ้าง สั่นหัวปฏิเสธ ประเมิน Mini Nutritional Assessment(MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. ป้องกัน อันตรายที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างน้อย ½ ถ้วยต่อมื้อ
2. น้ำหนักตัวลดลง น้อยกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

เพิ่มกิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมขณะรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่มีกลิ่นรบกวน
2. รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่บังคับให้กินจนรู้สึกกดดัน และให้กำลังใจผู้ป่วย
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดอาหารและให้อาหาร

การประเมินผล

ภรรยาถามถึงอาหารที่ผู้ป่วยอยากรับประทานทุกมื้อที่จะจัดอาหารแต่ยังปฏิเสธ ยังรับประทานได้น้อยครั้งละครึ่งถ้วย และเพิ่มมื้ออาหารรับประทานบ่อยขึ้น ประเมิน Mini Nutritional Assessment (MNA) 16.5 คะแนน (มีภาวะทุพโภชนาการ) ยังคงต้องติดตามในการเยี่ยมครั้งต่อไป

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 59 ปี มีประวัติดื่มสุราทุกวันๆละ 1 ขวดเอ็ม 150 และสูบบุหรี่วันละ 1 ซองทุกวัน เป็นระยะเวลา30 ปีจนถึงปัจจุบัน มีแขนขาซีกขวาอ่อนแรงเนื่องจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เมื่อ 10 ปีก่อน อาชีพรับจ้างทั่วไป ทุกวันมักจะช่วยพระที่วัดในหมู่บ้านในการรับของบิณฑบาตส่งที่วัด และอำนวยความสะดวกกับพระในวัด อยู่กินกับภรรยาได้ประมาณ 1 ปี 1 เดือนก่อนมีอาการแน่นหน้าอกหายใจลำบาก ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ได้รับการวางแผน Advance care plan with Living will ขอจำกัดการรักษา ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้หัตถการรุกล้ำและขอรักษาตามอาการแบบประคับประคอง และวันที่ 6 มีนาคม 2569 โรงพยาบาลศูนย์ส่งกลับพักฟื้นโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อเยี่ยมบ้านแบบประคับประคอง เยี่ยมบ้านวันแรกพร้อมทีม คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ,อสม., Care Giver ผู้ป่วยท่าทางอ่อนเพลีย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ADL เท่ากับศูนย์ แต่รู้สึกตัวดี ใส่แพมเพิส ควบคุมอุจจาระได้กลั้นไม่ได้บางครั้ง ใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ มีภรรยาและหลานคอยดูแลอยู่ ทีมได้ประสานท้องถิ่น ในการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ดูแลจำนวน 5 ครั้ง ผู้ป่วยแรกเริ่มรู้สึกตัวดีและเริ่มซึมลง Palliative performance scale(PPS) 20-50% ประเมิน ESAS หายใจเหนื่อยและเริ่มหอบวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95- 98% ใส่ออกซิเจน cannula 3 LPM ตลอด อัตราการหายใจ 26-30 ครั้ง/นาที ฟังปอดมีเสียงเสมหะ Decrease sound both lung และเริ่มมีอาการปวดหลังมากประเมินอาการปวดอยู่ในช่วง 5-7 คะแนน แรกๆญาติและผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยามอร์ฟีน บอกว่ายังพอทนได้ แต่อาการเริ่มปวดมากขึ้น มียามอร์ฟีนรับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา หลังรับประทานยาอาการปวดทุเลา วัดระดับความปวด 5 คะแนน ญาติและผู้ป่วยรับรู้การสภาวะและการพยากรณ์โรคที่เป็น พยาบาลให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้ช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลเยี่ยม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

บ้านกับผู้ดูแล ทางไลน์ / เบอร์โทรศัพท์ เพื่อปรึกษา ข้อมูลเมื่อมีปัญหาเร่งด่วนได้ตลอด 24 ชั่วโมง เตรียมความพร้อมยอมรับกับการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึง ภรรยายอมรับกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในระยะเวลาอันใกล้ และยังคงยืนยันตามแผนการดูแลเดิมยืนยันการเสียชีวิตที่บ้าน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง
ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2569
ครั้งที่ 2 วันที่ 20 มีนาคม 2569
ครั้งที่ 3 วันที่ 1 เมษายน 2569
ครั้งที่ 4 วันที่ 8 พฤษภาคม 2569
ครั้งที่ 5 วันที่ 29 พฤษภาคม 2569
2. ศึกษา ค้นคว้าจากตำราเอกสารวิชาการงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโลก การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง
3. รวบรวมรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว จากญาติ และเวชระเบียนของผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนและหนังสือส่งกลับ การรักษาจากโรงพยาบาลศูนย์
4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ประเมินอาการ วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ และประเมินผลการพยาบาล
5. เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงานจะทำรูปเล่มเอกสารวิชาการ
6. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป
7. เผยแพร่ผลงาน

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคองที่บ้านที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคองที่บ้านที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง
จำนวน 1 เรื่อง ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2569 ครั้งที่ 2 วันที่ 20 มีนาคม 2569 ครั้งที่ 3 วันที่ 1 เมษายน 2569 ครั้งที่ 4 วันที่ 8 พฤษภาคม 2569 และ ครั้งที่ 5 วันที่ 29 พฤษภาคม 2569 จำนวนการเยี่ยม 5 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐานการดูและระยะสุดท้าย(Palliative Care) และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งส่งเสริมผู้ป่วยและญาติเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะที่จำเป็นครบทุกเรื่องสามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนลงได้ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีพยาบาล และทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ติดตาม ทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ด้วยวิธีสอนสาธิตอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวกับการเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ และเพื่อให้ผู้ป่วย "จากไปอย่างสงบ" มีศักดิ์ศรี และครอบครัวรับมือกับการสูญเสียได้ดีที่สุด

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

1. เป็นแนวทาง ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่มีปัญหาซับซ้อนเช่น แผลกดทับ มีภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้นทำให้การดูแลยากขึ้นกว่าปกติความยุ่งยากที่พบเช่นความทุกข์ทรมานทางกาย ผู้ป่วยท้อแท้สิ้นหวัง ครอบครัววิตกกังวลถึงความทุกข์ทรมานของคนที่รัก บทบาทของพยาบาลชุมชนพร้อมทีม และเครือข่าย ต้องมีความรู้และทักษะ ในการให้การดูแล ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่และการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วย จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายจะมีอาการรบกวนและไม่สุขสบายทางกาย ที่ค่อนข้างหนัก เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการเจ็บปวด ครอบครัวไม่ได้ทำงานขาดรายได้มีภาระค่าใช้จ่าย เช่นค่าแพมเพิส ค่าเวชภัณฑ์บางชนิดในการทำแผล และทนเห็นคนที่รักทุกข์ทรมานต้องการคำแนะนำปรึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ซึ่งอุปกรณ์ราคาค่อนข้างสูงและมีจำนวนน้อย และช่องทางการติดต่อประสานงานและให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายระหว่างเจ้าหน้าที่และครอบครัวจึงมีความสำคัญ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่บ้านผู้ป่วย มีปัญหาซับซ้อนและอุปสรรคหลายด้านอาการรบกวนทางกาย มีความทุกข์ทรมานทางใจ มีภาระค่าใช้จ่าย ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยขาดการสนับสนุนของเครือข่ายและสังคม ต้องอาศัยปัจจัยโดยสรุปดังนี้

1.ทีมสหสาขาที่มีความรู้-ทักษะเฉพาะด้าน โดยเฉพาะการดูแลตามหลัก Palliative care

2.การเข้าถึงอุปกรณ์และสิทธิประโยชน์ประสานสิทธิประโยชน์(บัตรทอง/กองทุนท้องถิ่น),ค่าแพมเพิส ค่าเวชภัณฑ์, สนับสนุนอุปกรณ์ยืมจากโรงพยาบาลหรือ อบต.

3.การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ใช้กิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ หรือดนตรีบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ

4.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแบ่งเบาภาระ สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน อบต. วัด กลุ่มจิตอาสา สนับสนุนอุปกรณ์เวชภัณฑ์พื้นฐาน (แพมเพิส, น้ำเกลือ, ผ้าก๊อซ)เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว

10. การเผยแพร่ผลงาน

- ยังไม่ได้เผยแพร่

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นายเชิดศักดิ์ มะโนกิจ สัดส่วนผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายเชิดศักดิ์ มะโนกิจ) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) 3 / ก.ค. / 2569

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเชิดศักดิ์ มะโนกิจ	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายอภิสิทธิ์ ดุจวรรณ์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว
(วันที่) 4 / ก.ค. / 2569

(ลงชื่อ) .....
(นายวรา เศลวัตนะกุล)
ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
(วันที่) 10 ก.ค. 2569

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน

2. หลักการและเหตุผล

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามชีวิตหรืออยู่ในระยะท้าย โดยมุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และดูแลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งรักษาโรคเพียงอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญกับการควบคุมอาการ การสื่อสารที่เข้าใจได้ การเคารพคุณค่าและความประสงค์ของผู้ป่วย ตลอดจนการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

เมื่อผู้ป่วยประสงค์จะกลับไปใช้ชีวิตในบ้าน การดูแลที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ได้ใกล้ชิดครอบครัว และได้รับการดูแลตามวิถีชีวิตและความเชื่อของตน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและซับซ้อน เช่น ปวด หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อ่อนเพลีย สับสน หรือมีปัญหาจากการรับประทานอาหารและการขับถ่าย ผู้ดูแลในครอบครัวอาจขาดความรู้และความมั่นใจในการประเมินอาการ การใช้ยา การดูแลอุปกรณ์ และการตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหา ขณะที่ทีมสุขภาพอาจมีข้อจำกัดในการติดตามผู้ป่วยและประสานความช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

หากขาดระบบดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความวิตกกังวล อาการไม่ได้รับการบรรเทาอย่างเหมาะสม และอาจต้องกลับเข้ารับบริการฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลโดยไม่สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแล การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านจึงมีความจำเป็น เพื่อให้การดูแลตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนถึงระยะท้ายเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบและช่องทางติดต่อชัดเจน ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อม และมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพกับหน่วยบริการในชุมชน

ผู้เสนอแนวคิดจึงมีข้อเสนอให้พัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ประกอบด้วยการประเมินแบบองค์รวม การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน การติดตามอาการและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การจัดการอาการตามแผนการรักษา และการประเมินผลเพื่อนำมาปรับปรุงการดูแล โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เคารพความประสงค์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และดำเนินการภายใต้ขอบเขตวิชาชีพและแนวทางของหน่วยงาน

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม ส่งผลให้การรักษามุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มากกว่าการรักษาเพื่อหายขาด โดยมีเป้าหมายสำคัญในการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ปัจจุบันระบบบริการ

สุขภาพมีแนวโน้มส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย อีกทั้งยังช่วยลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดความแออัดของหน่วยบริการ และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและระบบบริการ

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านยังคงประสบปัญหาหลายด้าน เช่น อาการหอบเหนื่อย ปวดเรื้อรัง การจัดการเสมหะ ภาวะเบื่ออาหาร ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการขาดความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จึงควรอาศัยแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) และการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ วางแผนการพยาบาล ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานกับหน่วยบริการในชุมชน รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น การติดตามอาการผ่านระบบโทรศัพท์หรือการแพทย์ทางไกล (Telehealth) เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

3.2 แนวคิด

พัฒนารูปแบบการดูแลแบบ “Integrated Home Palliative Care Model” ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ)
2. การประเมินและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้เหมาะสมกับเป้าหมายการดูแล
3. การจัดทำแผนการพยาบาลรายบุคคล (Individualized Care Plan)
4. การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
5. การติดตามอาการผ่านโทรศัพท์หรือระบบ Telehealth/Line
6. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และการประสานเครือข่ายบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านให้มีแนวทางปฏิบัติและระบบติดตามต่อเนื่อง

2.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการอาการอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการและเป้าหมายการดูแล

3.เพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

4.เพื่อพัฒนาการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ โรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายชุมชน

5.เพื่อใช้ผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลาดำเนินการ

กรกฎาคม 2569 ถึง ธันวาคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ขึ้นทะเบียนรับบริการ Palliative Care ของโรงพยาบาล
2. พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน Palliative Care และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน											
	ม.ค. 2569	ก.พ. 2569	มี.ค. 2569	เม.ย. 2569	พ.ค. 2569	มิ.ย. 2569	ก.ค. 2569	ส.ค. 2569	ก.ย. 2569	ต.ค. 2569	พ.ย. 2569	ธ.ค. 2569
1.ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและทบทวน						/						
2.ออกแบบและพัฒนารูปแบบการพยาบาล							/					
3.จัดทำแนวทาง เครื่องมือ และการสื่อการดูแล							/					
4.ประชุมผู้เชี่ยวชาญและการปรับปรุงรูปแบบ								/				
5.อบรมบุคลากรและเตรียมความพร้อม								/				
6.ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วย									/			
7.ติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลระหว่างดำเนินงาน										/		
8.เก็บรวบรวมและวิเคราะห์											/	

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ครอบคลุมการดูแลโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาระของผู้ดูแล และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยมีอาการปวดและอาการรบกวนลดลง

1. ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอยู่ในเป้าหมายที่เหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคอง
2. อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง
3. ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้และความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น

(ลงชื่อ).....

(นายเชิดศักดิ์ มะโนกิจ) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ....3...../...ก.ค./...2560