

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวอัญชนา บัวเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

สมจิต ยาใจ

(นางสมจิต ยาใจ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวอัญชนา บัวเรือง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๔๕๘๖๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๔๕๘๖๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่บ้าน					๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขาดผู้ดูแลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่บ้าน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘
วันที่จำหน่ายจากการดูแล วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘ รวมรับไว้ในความดูแล ๑๔ วัน
ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ๓ ครั้ง ครั้งที่ ๑ วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทางระบบประสาทที่เกิดจากการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมองส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกยังเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ ๒ ของการเสียชีวิต และอันดับ ๓ ของความพิการ จากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคน มีความพิการเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๔๓ ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน และเสียชีวิต ๖.๕๕ ล้านคน (The Global Burder of Disease, ๒๐๑๙) องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Qrganization: WSO): Global Stroke Fact Sheet ๒๐๒๒ ได้รายงาน ค่าใช้จ่ายทั่วโลก ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๗๒๑ พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (๐.๖๖% ของ GDP ทั่วโลก) จาก ค.ศ. ๑๙๙๐ ถึงค.ศ. ๒๐๑๙ เกิดเป็นภาระเพิ่มขึ้นอย่างมากในทั่วโลก โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางและระดับต่ำ (Feigin, et al. ๒๐๒๒) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ๓๔,๕๔๕ คน (อัตราตาย ๕๓ ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย ๑๙,๙๔๙ คน (ร้อยละ ๕๘) เพศหญิง ๑๔,๕๙๖ คน (ร้อยละ ๔๒) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี จำนวน ๒๓,๘๑๗ คน (ร้อยละ ๖๙) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) กำหนดให้วันที่ ๒๙ ตุลาคมของทุกปี เป็นวันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก (World Stroke Day) ประเด็นการรณรงค์ในปี ๒๕๖๕ คือ “Minutes can save lives: Learn the signs, Say it’s a stroke Save #Precioustime” มุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน และให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างทันท่วงที สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รณรงค์โรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) โดยเน้นให้ประชาชนต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดทันทีหรืออย่างช้าคือ T (Time) ภายใน ๔ ชั่วโมงครึ่ง หากพบอาการ F (Face) ใบหน้าชาหรืออ่อนแรง หน้าเบี้ยว มุมปากตกข้างหนึ่ง ตามัวเห็นภาพซ้อน A(Arm) แขน หรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ยกแขนหรือขาไม่ขึ้นหรือยกได้น้อยลง กำมือได้ลดลง ชาตามแขนขาหรือรู้สึกน้อยลง เดินเซ S (Speech) พูดลำบาก พูดไม่ชัด มึนงงสับสน และมีปัญหาในการพูด แม้ไม่แน่ใจว่าเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ก็ควรพบแพทย์ ให้เร็วที่สุดเพื่อจะได้รับการวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติมากที่สุด ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง การเกิดโรคและการป่วยไม่ได้ลดลง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้น จะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบมิใช่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายหรือตายของเนื้อสมอง สาเหตุที่ทำให้เนื้อสมองตาย เนื่องจากสมองทำงานโดยอาศัยพลังงานจากน้ำตาลกูลโคสและออกซิเจนที่อยู่ในกระแสเลือด โดยสูบฉีดมาจากหัวใจผ่านทางหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดความผิดปกติของสมอง เช่น หลอดเลือดตีบหรืออุดตัน จะส่งผลให้สมองขาดออกซิเจน จึงเกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายตามมาในที่สุดกรณีที่เกิดการแตกของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกจะกดเบียดเนื้อสมองบริเวณโดยรอบ ส่งผลให้เกิดอาการทางระบบประสาท ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนมีภาวะสมองบวมจากการขาดออกซิเจน และแสดงอาการผิดปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่สั่งการต่างๆ ได้ ทั้งนี้สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกัน เมื่อสมองส่วนหนึ่งเกิดการขาดเลือดหรือถูกกดเบียดร่างกายซึ่งถูกควบคุมด้วยสมอง ก็จะเกิดความผิดปกติตามมา เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ มีปัญหาในการใช้คำพูด ติดต่อสื่อสารสับสน เป็นต้น (สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐, ๒๕๖๔)

ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกได้เป็น ๒ ประเภท คือ

๑) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้ ประมาณร้อยละ ๗๐-๘๐ เกิดจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในบริเวณอื่นไหลไปตามกระแสเลือดจนไปอุดตันที่หลอดเลือดสมองหรืออาจเกิดจากมีลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือดสมอง และขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนอุดตันหลอดเลือดสมอง

๒) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ ๑๕-๓๐ เกิดจากหลอดเลือดมีความเปราะบางร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงทำให้บริเวณที่เปราะบางนั้น โป่งพองและแตกออกหรืออาจเกิดจากหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดปริแตกได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกอยู่ในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) หรือเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage)

ปัจจัยเสี่ยงหลักโรคหลอดเลือดสมอง (The National Heart, Lung, and Blood Institute: NHLBI,๒๐๒๒) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับคอเลสเตอรอล LDL สูงสูบบุหรี่ หลอดเลือดสมองโป่งพองหรือหลอดเลือดแดงผิดรูป การติดเชื้อไวรัส หรือมีการอักเสบติดเชื้อในร่างกาย อายุ: ในผู้ใหญ่ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ เพศ: ผู้ชายอายุน้อยมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้หญิง แต่ผู้หญิงมักจะอายุยืนกว่า ดังนั้นความเสี่ยงตลอดชีวิตที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองจึงสูงกว่า ผู้หญิงที่กินยาคุมกำเนิดหรือใช้ฮอร์โมนทดแทนมีความเสี่ยงสูง ผู้หญิงยังมีความเสี่ยงสูงในระหว่างตั้งครรภ์และในช่วงหลายสัปดาห์หลังคลอด ความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น จากภาวะครรภ์เป็นพิษเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในภายหลัง เชื้อชาติและชาติพันธุ์: ในสหรัฐอเมริกา โรคหลอดเลือดสมองพบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว ประวัติครอบครัว และ พันธุกรรม: ความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นหากพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในคนที่อายุน้อยกว่า ยีนบางตัวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงยีนที่กำหนดกรุ๊ปเลือดของแต่ละคนผู้ที่มีกรุ๊ปเลือด AB (ซึ่งพบไม่บ่อย) มีความเสี่ยงสูง ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยระดับไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด พบร้อยละ ๖๔.๘ ในขณะที่ดัชนีมวลกาย หรือขนาดรอบเอวมากกว่าปกติพบรองลงมา คือ ร้อยละ ๕๖.๘ ร้อยละ ๓๔.๔ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๘.๔ มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๗.๒ มีปัญหาที่ไต ร้อยละ ๒๐.๘ มีญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต ร้อยละ ๒๐.๐ สูบบุหรี่ ร้อยละ๑๐.๘ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘.๔ และโรคหัวใจร้อยละ ๒.๔ (แชมป์ สุทธิศรีศิลปะ, ๒๕๖๒)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากสมองขาดเลือด ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ ๕-๑๐ นาที และหายเป็นปกติได้ภายใน ๒๔ชั่วโมง ในกรณีที่อาการเหล่านี้เกิดขึ้นและหายไปได้เองภายใน ๒๔ ชั่วโมง เรียกกลุ่มอาการที่พบว่า อาการเตือนชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่พบ (Stroke Foundation,๒๐๒๒) มีดังนี้

๑.อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด

๒.อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด

๓.อาการมองไม่ชัดตามัว ๑ หรือ ๒ ข้างทันทีทันใด

๔.อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด

๕.อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด

๖.อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งภาวะสมองขาดเลือดชั่วขณะ (Transient ischemic attack: TIA) เป็นอาการเตือนสำคัญที่สังเกตได้ด้วยตนเองต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดภายใน ๔ ชั่วโมงครึ่ง (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันมีกระบวนการรักษาทั้งการให้ยาฉีดละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) ทางหลอดเลือดดำภายใน ๔ ชั่วโมงครึ่ง และการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือดสมองหากเป็นหลอดเลือดเส้นใหญ่อุดตันภายใน ๒๔ ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรอดชีวิต ไม่เกิดความพิการสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาได้ทันเวลาและช้ากว่าเวลาที่ควรโดยวรรณา บุญสวยขวัญ และอมรรัตน์ กลับรอด (๒๕๖๕) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมาถึงงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลา ร้อยละ ๖๑.๖๓ โดยค่าเวลาเฉลี่ยที่มาถึงโรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการเตือนเท่ากับ ๒๓๑.๙๕ นาที (๓.๘๖ ชั่วโมง) และวิไลภรณ์ สว่างมงคล (๒๕๖๓) ทำการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลช้าเฉลี่ย ๑,๗๖๘ นาที (ประมาณ ๒๙.๕ ชั่วโมง) พบมีความรู้ค่อนข้างต่ำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดความตระหนักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและมีการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันไม่ถูกต้อง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

๑. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Foundation, ๒๐๒๒) สามารถทำได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น เลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง งดสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์อย่างพอประมาณ ไม่เกิน ๑ – ๒ เป๊กต่อวัน หรือไม่เกิน ๖๐ ซีซี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย ๓๐ นาทีต่อครั้งต่อวัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ควบคุมน้ำหนักไม่ให้น้ำหนักเกินเกณฑ์

๓. ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อที่จะได้รับการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การตระหนักรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนการศึกษาในประเทศและต่างประเทศ มีผลการศึกษาดังนี้ ในประเทศไทยของวีระศักดิ์ อเนกศักดิ์ สุรพันธ์ สืบเนียม และ สิรินธร นิลวรรณาภา (๒๕๖๒) ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังขาดการเข้าใจอย่างครบถ้วนถึงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองครบทั้ง ๖ อาการ รับรู้เพียงอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใดเท่านั้น การศึกษาของ สัตกช โพธิ์คำ (๒๕๖๓) ให้ข้อเสนอแนะว่าการให้ความรู้อาการเตือน หรืออาการนำเรื่องเวียนศีรษะบ้านหมุน สูญเสียความสามารถของการประสานงานของแขนขา เดินลำบากเฉียบพลัน และแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเพื่อผู้ป่วยสามารถมารับบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ การศึกษาของ อรทัย มานะธุระ (๒๕๖๒) ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงและระบบบริการทางด่วนมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ Jo, Oh, Jang & Jo (๒๐๑๙) ทำการศึกษาการประเมินการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองที่คนรู้จักมากที่สุดและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ สัญญาณเตือนที่คนรู้จักมากที่สุด: คือ "ปัญหาในการพูดหรือการทำความเข้าใจคำพูด" โดยมีคนรู้จักถึง ๗๙% สัญญาณเตือนที่คนรู้จักรองลงมา: คือ "อาการปวดหัวรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ" ซึ่งมีคนรู้จักประมาณ ๖๕.๒% ซึ่งความรู้โดยรวมยังไม่ดีนัก มีคนเพียงไม่ถึงครึ่ง (๔๘.๘%) ที่สามารถบอกสัญญาณเตือนได้ครบทั้ง ๕ อย่าง และที่น่ากังวลคือ มีถึง ๑๑.๘% ที่ไม่รู้จักสัญญาณเตือนเลยแม้แต่อย่างเดียว พบการศึกษาของ Nigat, et al (๒๐๒๑) ให้ข้อเสนอแนะว่าควรเสริมสร้างความรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา พร้อมติดตามผล และ Lin, et al (๒๐๒๑) พบว่าควรมีข้อแนะนำที่สำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้สุขศึกษาโดยเฉพาะเรื่องของระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา

แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง

แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมุ่งเน้นสร้างความตระหนักและป้องกันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยมีแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง (วาสนา หน่อสีดาและวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์,๒๕๖๒) ดังนี้

๑. การพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง จากการทบทวนวรรณกรรม สุดศิริ หิรัญชุณหะ วณิภา ทับเที่ยง มณฑา ทองตำลึง อ้อยฤทัย สุรีย์เหลืองขจร และกาญจน์สุนภัสบาลทิพย์ (๒๕๖๔) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๑ ลดเค็ม เพิ่มผัก

๑.๒ ออกกำลังกาย

๑.๓ รับประทานยาลดความดันโลหิต

๑.๔ ร่วมกิจกรรมกับชุมชน ส่วนการพัฒนารูปแบบในชุมชน ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่

๑.๔.๑ สร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ

๑.๔.๒ สร้างพลังใจเดินสู่เป้าหมาย

๑.๔.๓ รวมพลังครอบครัว

๑.๔.๔ รวมแรงสนับสนุน

๒. การพัฒนาระบบการติดตามประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการศึกษาของ ภัทราวดี แซ่ลี ภัทรวดี ศรีรัตนโชติ สหรัฐ กันยะมี สุธาสินี สุขสะอาด ณฐกมล ผดาเวช และประเสริฐ ประสมรักษ์ (๒๕๖๓) นำปัจจัยเชิงสาเหตุมาสังเคราะห์โมเดลรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล “Stroke Catch Application” ซึ่งมีฟังก์ชั่น

๒.๑ รับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ และความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นสำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัว

๒.๒ การวางแผนดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาและการออกกำลังกาย

๒.๓ การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ หรืออื่น ๆ

๓. การพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการศึกษาของ ไพรินทร์ พัสดุ และดารุณี จงอุดมการณ์ (๒๕๖๓) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลสะสมในชุมชน เป็นระบบข้อมูลการดำเนินงานในการป้องกันโรคฯ ระบบการสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชน เป็นระบบการเผยแพร่สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต่อการป้องกันโรคฯ ระบบเฝ้าระวังและติดตามผล เป็นการวางระบบผู้เฝ้าระวังและติดตามรายงานข้อมูลซึ่งมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง ระบบการจัดสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันโรค การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การจัดการและพฤติกรรมของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ในระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ การเกิดผู้รับผิดชอบต่อการป้องกันโรคฯ การสร้างความตระหนักรู้ต่อภยันตรายของโรคและกลวิธีป้องกันโรคฯการสร้างบุคคลต้นแบบ และการสร้างวาทกรรมนำความคิดรณรงค์ในการป้องกันโรคฯ ในชุมชน “ตีบ แตก ตัน อันตราย”

๔. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนควรมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วยการจัดอบรมเสวนาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันจัดตั้งทีมเยี่ยมครอบครัว พัฒนาแกนนำโรคหลอดเลือดสมอง และจัดทำสื่อการสอนสำหรับกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน (ฉัตรทอง จรุพิสิฐไพบูลย์ นฤมล เปรมาสวัสดิ์ อารีย์รัตน์ เป็นสูงเนิน นงณภัทร รุ่งเนย และผุสดี ด่านกุล, ๒๕๖๓)

ข้อควรปฏิบัติหากตรวจพบผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดข้อควรปฏิบัติหากตรวจพบผู้ป่วยมีอาการแสดงเป็นโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

๑. รีบโทรแจ้งขอความช่วยเหลือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข ๑๖๖๙ พร้อมรายงานอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติในผู้ป่วย เพื่อจัดรถพยาบาลที่เหมาะสมมารับผู้ป่วย และเพื่อขอคำแนะนำในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะรอรถพยาบาล ให้ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งตลอด กรณีรู้สึกตัวจัดให้นอนศีรษะสูง ๓๐ องศาเพื่อให้เลือดดำไหลกลับสมองเข้าสู่หัวใจ ควรงดน้ำงดอาหารทุกชนิดและเฝ้าระวังอาการสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเช่น ซึมลง ชักเกร็ง หมดสติ แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. พิจารณาศักยภาพของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ดูแล ควรมีศักยภาพในการให้ยาฉีดละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) ทางหลอดเลือดดำใน ๔ ชั่วโมงครึ่ง (ในกรณีมีอาการภายใน ๔ ชั่วโมงครึ่ง ในกรณีไม่ทราบเวลาที่เริ่มอาการอย่างชัดเจน หรือมีอาการหลังตื่นนอนให้นับเวลาล่าสุดที่มีพยานยืนยันว่ายังเป็นปกติ เป็นเวลาที่เริ่มมีอาการ อายุมากกว่า ๑๘ ปี ผล CT brain ไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมองหรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง ความดันโลหิตช่วงก่อนให้การรักษา (SBP<๑๘๕ mmHg DBP<๑๑๐ mmHg) และ ความดันโลหิต ระหว่างการรักษา (SBP<๑๘๐ mmHg, DBP<๑๐๕ mmHg) และ มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๕๐ mg/dl โรงพยาบาลต้องมีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่สามารถส่งตรวจได้สะดวกและรวดเร็ว และมีแพทย์ทางประสาทศัลยศาสตร์

๓. ประสานโรงพยาบาลที่ต้องการนำส่ง พร้อมติดต่อแพทย์ผู้เกี่ยวข้องด่วน เพื่อเข้าระบบ Stroke fast tack เพื่อความรวดเร็วในการรักษาและลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทสรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงหลักโรคหลอดเลือดสมอง และการตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประชาชนยังขาดความรู้เรื่องของอาการของสมองขาดเลือดชั่วขณะ TIA (Transient ischemic attack) โดยเฉพาะอาการปวดศีรษะเวียนศีรษะ และการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทันทีทันใด เป็นอาการโรคหลอดเลือดสมองต้องรีบเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อลดอัตราตาย และความพิการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมอง ซึ่งหลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว บางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรรณรงค์เน้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะอาการที่สงสัยว่าน่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่รวดเร็วในการเข้ารับการรักษา ซึ่งช่วย ลดความสูญเสียจากความพิการหรือการเสียชีวิตลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ ๖๓ ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพ คู่ อาชีพ ค้าขาย ที่อยู่ ๔๕/๗ หมู่ ๑ ตำบลทับไทร อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

ได้รับการประสานเรื่องติดตามเยี่ยมบ้านจาก หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ๓ ครั้ง ครั้งที่ ๑ วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วย อายุ ๖๓ ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง,ไขมันในเลือดสูง,เบาหวาน เริ่มรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอาภากรตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๒ หลังจากนั้นย้ายมารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ขาดยาตั้งแต่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ ภรรยาให้ประวัติว่า เมื่อวันที่ ๓ ธ.ค. ๒๕๖๗ เวลาประมาณ๐๗.๐๐ น. ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ๔ ครั้ง ผู้ป่วยออกไปตลาดซื้อของได้ เวลา ๑๐.๐๐ น. แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ชา แน่นหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย จึงพามาโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งต่อโรงพยาบาลพระปกเกล้า นอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ๒ วัน หลังจากนั้นโรงพยาบาลพระปกเกล้าส่งตัวกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน ๓ วัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เมื่ออาการทุเลา แพทย์จึงให้กลับบ้านได้ วันนี้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีปากเบี้ยว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ภรรยาของผู้ป่วยให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ยิ้มแย้มแจ่มใสดี ยังสามารถค้าขายได้ปกติทุกวัน ปฏิเสธโรคร้ายแรง ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหารหรือสารเคมีใดๆ มาก่อน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและหลอดเลือดสมอง รับยาโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน ขาดยา ๒ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๗ เดือนมีนาคม ๒๕๖๘

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

ประวัติการแพ้

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือสารเคมีอื่นๆ

ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มเบียร์ทุกวันวันละ ๓-๔ ขวดใหญ่/วัน เหล้าสี ๑ กลม/วัน

ปฏิเสธสารเสพติดอื่นๆ

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๓ ปี รูปร่างสมส่วน (น้ำหนัก ๗๗ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๕ เซนติเมตร ค่า BMI ๒๕.๑๔ กิโลกรัม/ตารางเมตร) (ค่าปกติ ๑๙.๐ -๒๔.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตร) รู้สึกตัวดี

สัญญาณชีพ	อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที ชัดเจนสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที หายใจปกติ ความดันโลหิต ๑๖๔/๘๓ มิลลิเมตรปรอท
ศีรษะ	ผมสั้น มีผมหงอกเล็กน้อย หนังศีรษะไม่มีแผล
ใบหน้า	สมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีการอัมพาตของใบหน้า มุมปากไม่ตก ไม่มีก้อนบวมหรือกดเจ็บ
ตา	เยื่อบุตาไม่ซีด ตาไม่บวม มองเห็นภาพไม่ค่อยชัดเจน รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงดี การเคลื่อนไหวปกติ VA ๖/๖ , ๖/๖ การตรวจจอประสาทตา ผล Mild NPDR (เบาหวานขึ้นประสาทจอรับภาพเล็กน้อย)
หู	รูปร่างใบหูปกติ ไม่มีก้อน การได้ยินไม่ค่อยชัดเจน ต่อมน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต
จมูก	รูปร่างปกติ รูจมูกทั้งสองข้างเท่ากัน ไม่มีน้ำมูก เยื่อบุจมูกสีชมพูจางไม่บวมแดง ผนังกั้นจมูกอยู่ในแนวกลาง ไม่บวม ไม่มีก้อนกดเจ็บ
ปาก	ริมฝีปากบนและล่างสมมาตรกันดี ริมฝีปากแห้ง ทอลซิลไม่โต
คอ	เส้นเลือดดำข้างคอไม่โป่งพอง ไม่มีก้อน
ทรวงอกและปอด	รูปร่างทรวงอกทั้งสองข้างเท่ากัน เสียงหายใจปกติ การหายใจสม่ำเสมอ ๒๒ ครั้ง/นาที
เต้านม	เต้านมทั้งสองข้างรูปร่างสมส่วน ไม่ผิดรูป ไม่มีก้อนหรือแผล
หัวใจ	เสียงการเต้นของหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ ระยะสม่ำเสมอ ๙๒ ครั้ง/นาที
ท้อง	คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กล้ามเนื้อ	กล้ามเนื้อและกระดูกมีการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ไม่มีความผิดปกติของกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อไม่ลีบ ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ
ผิวหนังและเล็บ	ผิวสีแทน ไม่มีผื่น ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีก้อนเนื้อหรือแผลเป็น เล็บลักษณะและสีปกติ ไม่เขียวคล้ำ
แขนและขา	เคลื่อนไหวได้ดี ไม่อ่อนแรง ไม่พบตุ่มหรือผื่น ไม่มีรอยแผล
เท้า	เท้าขวาบวมแดง ไม่มีกดบุ๋ม เล็บปกติ ไม่มีเชื้อรา ไม่มีหนังด้านแข็ง รูปเท้าปกติ สีผิวปกติ ไม่มีขนหลุด อุณหภูมิผิวเท้าปกติ ประเมินประสาทความรู้สึกด้วย Monofilament ๑๐ g. ผลปกติทั้ง ๒ ข้าง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘	**U/A**
HbA๑c = ๑๓ %	Urine protein = Negative
Glucose = ๒๙๕ mg/dl	Urine glucose = ๒+
Cholesterol = ๒๕๘ mg/dl	Microalbumine in urine ๓๐ mg/l
Triglyceride = ๑๐๙ mg/dl	CRE (in urine) ๑๐๐ mg/dl
HDL-C =๕๔ mg/dl	Ratio (A:C) in urine ๓๐ ๓๐๐ mg/g
LDL-C = ๑๘๒ mg/dl	**CBC**
Electrolyte	WBC = ๕.๒๐ ๑๐^๓/uL
Na = ๑๓๙.๖ mmol/L	RBC = ๕.๘๘ ๑๐^๖/uL
K = ๓.๘๖ mmol/L	Hemoglobin = ๑๕.๓ g/dl
Cl = ๙๕.๑ mmol/L	Hct = ๔๔.๒ %
Co๒ = ๒๒.๖ mmol/L	MCV = ๗๕.๒ fL
Cr and eGFR	MCH = ๒๖ pq
BUN = ๑๖.๒ mg/dl	RDW = ๑๓.๐ %
Cr = ๐.๙๒ mg/dl	PLT = ๑๙๒ ๑๐^๓/uL
eGFR = ๘๗.๕๙ ml/min (Stage =๒)	Neutrophil ๕๑.๐ %
	Lymphocyte ๓๘.๗ %
	Monocyte = ๖.๒ %
	Eosinophil = ๓.๓ %
	Basophil = ๐.๘ %
	Rbc morphology = Normal

การวินิจฉัยของแพทย์

Stroke

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดง

การติดตามเยี่ยมบ้านและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๕.๓๐ น. ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๓ ปี สถานภาพ คู่ อาชีพ ค้าขาย ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง พบว่ารักษาไม่ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ๒ เดือน ตั้งแต่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีปากเบี้ยว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที ชัดเจนสม่ำเสมอ ชอบรับประทานอาหารรสจัด ของทอดและของมัน เบียร์วันละ ๓-๔ ขวดใหญ่/วัน เหล้าสี ๑ กลม/วัน ดูแลแนะนำให้ความรู้เรื่องแนะนำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง และการไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ นัดหมายผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่อง เจาะเลือดที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารมัน ของทอด เนื้อสัตว์ติดมันต่างๆ และแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน การแกว่งแขน อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ - ๒ ครั้ง ครั้งละ ๓๐ นาที แนะนำการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดหรือปรึกษาคลินิกเลิกสุรา โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจบอกว่าจะนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๓๐ น.ผู้ป่วยกำลังนั่งทำกับข้าวอยู่ในครัวเพื่อเตรียมของออกไปขายที่ตลาด วัด BP ๑๔๒/๘๙ mmHg. ไม่มีอาการปวดมึนศีรษะ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยแจ้งว่าสามารถลดการดื่มเบียร์ลงได้เหลือวันละ๑ ขวดใหญ่ ส่วนเหล้าสีมีดื่มวันละ ๑- ๒ แก้ว แก้วละประมาณ ๒๐๐ มิลลิลิตร วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ไปรับยาและเจาะเลือดตามนัดแล้ว ได้ยามารับประทานต่อ และพยายามรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ยังมีบางวันที่ลืมรับประทานยามื้อก่อนนอนและมื้อเช้าบ้างเนื่องจากขายของเลิกดึก และนอนตื่นสาย ประเมินการรับประทานยา สามารถบอกวิธีรับประทานยาได้ถูกต้อง แนะนำให้ตั้งนาฬิกาปลุกเตือนว่าถึงเวลารับประทานยาป้องกันการลืมหรือจัดยาใส่กระปุกแยกเป็นมื้อๆ ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจ ภรรยาจะเป็นคนช่วยเตือนและช่วยจัดยาให้อีกที บางวันหลังตื่นนอนลุกมาแกว่งแขนก่อนไปอาบน้ำ ประมาณ ๑๕ - ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๑ - ๒ ครั้ง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๔.๐๐ น. ผู้ป่วยกำลังเก็บมะม่วงอยู่ข้างบ้าน จึงให้นั่งพัก ๑๕ นาที และวัดสัญญาณชีพ วัด BP ๑๒๘/๘๕ mmHg. เจาะ DTX ๒๑๖ mg% หลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง ผู้ป่วยบอกว่ามื้อกลางวัน รับประทานผัดกะเพรากุ้งกับไข่ดาวไป จึงแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคอีกครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารมัน ของทอด เนื้อสัตว์ติดมันต่างๆ ผู้ป่วยรับทราบบอกว่า พอดีวันนี้ภรรยาทำกับข้าวให้รับประทาน ตอนนี้เรื่องอาหารพยายามลดลงบ้างแล้วและผู้ป่วยสามารถลดปริมาณการดื่มเบียร์เหลือวันละ ๒ ขวดใหญ่และงดการดื่มเหล้าสี ภรรยาจัดยาให้รับประทานเป็นมื้อๆ ช่วยเตือนเรื่องรับประทานยาตลอด บางวันหลังตื่นนอนลุกมาแกว่งแขนก่อนไปอาบน้ำ ประมาณ ๑๕ - ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๑ - ๒ ครั้ง ช่วงเย็นถ้าวันไหนไม่ได้ออกไปขายของที่ตลาดก็จะออกไปปั่นจักรยานแถวๆหมู่บ้าน

สรุปปัญหาของผู้ป่วย

๑. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

๒. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง

๓. พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโภชนาการและอาหาร

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ ๑ เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า ไม่ได้ไปรับยาต่อเนื่องประมาณ ๒ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ เนื่องจากไปโรงพยาบาลรอนาน ไม่มีเวลา

O: BP ๑๖๔/๘๓ mmHg.

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

๑. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

๒. เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ

๒.ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องและการไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ

๒. แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารมัน ของทอด เนื้อสัตว์ติดมันต่างๆ

๓. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน การแกว่งแขน อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง ครั้งละ ๓๐ นาที

๔. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรรีบมาโรงพยาบาลทันทีหรือโทร ๑๖๖๙ เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว เดินเซ พูดไม่ชัด

๕. แนะนำการเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดหรือปรึกษาคลินิกเลิกสุรา โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

การประเมินผล

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจคำแนะนำ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาต่อเนื่อง เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ รับประทานยาได้ถูกต้อง มีลืมรับประทานยาบางมื้อ ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง BP ๑๒๘/๘๕ mmHg. มีการควบคุมอาหารมากขึ้นคือ ลดของทอดและของมันเปลี่ยนมาเป็นอาหารที่ต้มหรือนึ่งแทน รับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ ๒ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าชอบทานอาหารประเภทแกงกระทิ และอาหารที่ทอดหรือผัด

S: ผู้ป่วยบอกยังดื่มเบียร์ ๓-๔ ขวดใหญ่/วัน เหล้าสี ๑ กลม/วันกับภรรยา

S: ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ตาข้างขวาเคยมองไม่ชัด รักษาที่โรงพยาบาลเอกชล จังหวัดชลบุรีดีขึ้นแล้ว

O : ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดที่แพทย์นัดติดตามอาการตั้งแต่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘

O : BP ครั้งที่ ๑ ๑๖๔/๘๓ mmHg.

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

O : ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เจาะเลือดพบ HbA๑C ๑๓ % และ FBS ๒๙๕ mg%

O : urine sugar ๒+

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

๑. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

๒. เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. BP ≤ ๑๕๐/๙๐ mmHg.

๒. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบแตกตัน

๓. ผู้ป่วยสามารถลดปริมาณการดื่มเบียร์เหลือวันละ ๒ ขวดใหญ่และงดการดื่มเหล้าสี

๔. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารอยู่ในช่วง ๘๐-๑๓๐ mg% และหลังอาหารไม่เกิน ๑๘๐ mg%

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเชื่อมั่น และไว้วางใจ

๒. แนะนำการสังเกตสัญญาณ BEFAST คือ

๒.๑ B : BALANCE อาการวิงเวียนศีรษะ เดินเซ เสียการทรงตัว ไม่สามารถทรงตัวได้

๒.๒ E : EYE อาการตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็น

๒.๓ F : FACE อาการปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตก

๒.๔ A : ARM อาการแขน ขา อ่อนแรงครึ่งซีก ไม่มีแรงหรือชาอย่างเฉียบพลัน

๒.๕ S : SPEECH อาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก พูดตะกุกตะกัก

๒.๖ T : TIME เน้นความสำคัญของเวลา รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดภายใน ๓ ชั่วโมง

๓. อธิบายถึงความสำคัญในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีขึ้นโดยหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด เช่น ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ รวมทั้งผลไม้รสหวานจัด เช่นทุเรียน เงาะ มะม่วงสุก มังคุด ฯลฯ ให้เน้นอาหารที่มีเส้นใยสูง เป็นประจำอาหารที่มีกากหรือเส้นใยสูง มีประโยชน์กับสุขภาพ เนื่องจากช่วยลดการดูดซึมไขมัน ป้องกันท้องผูก อาหารจำพวกข้าวที่มีเส้นใยมาก ได้แก่ ผักและผลไม้ ข้าวโพด ข้าวกล้อง

๔. อธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เช่น จอประสาทตาเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น

๕. แนะนำผู้ป่วยควรมารับการรักษาต่อเนื่องและมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

๖. แนะนำออกกำลังกาย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ ๑๕ – ๓๐ นาที ด้วยวิธีวิ่งเหยาะๆ แกว่งแขนหรือปั่นจักรยาน

๗. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

๘. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

๙. อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียดที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลและความดันโลหิตเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๑๐. แนะนำให้งดการดื่มสุราหรือเข้ารับการปรึกษาคลินิกเลิกสุรา โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

๑๑. แนะนำเบอร์โทรฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผล

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๘.๐๐ น. นัดเจาะเลือดผู้ป่วยที่รพ.โป่งน้ำร้อน ประเมิน V/S ผู้ป่วยมีค่า BP ๑๔๒/๘๙ mmHg. ไม่มีอาการปวดมึนศีรษะ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง สามารถลดการดื่มเบียร์ลงได้เหลือวันละ๑ ขวดใหญ่ ส่วนเหล้าสีมีดื่มวันละ ๑- ๒ แก้ว แก้วละประมาณ ๒๐๐ มิลลิลิตร ผู้ป่วยขอค่อยๆลดปริมาณการดื่มแอลกฮอล์ก่อน ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกแบบเด็ดขาด

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘

๐๙.๐๐ น. DTX stat ๒๑๖ mg% (หลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง) วัด BP ๑๒๘/๘๕ mmHg.

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ ๓ พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโภชนาการและอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยให้ประวัติ “เมื่อวานช่วงเย็นกินข้าวกับแกงพะแนงเนื้อ กินมะม่วงสุกประมาณ ๒ ลูก ดื่มกาแฟวันละ ๒ ซอง”

S : ภรรยาให้ประวัติว่า “ทำอาหารกินเอง จะทำรสชาติสามรส หวาน มัน เค็ม”

S: ผู้ป่วยบอกว่ากินยาไม่สม่ำเสมอ ลืมบ่อยบางทีวุ่นขายอาหาร

O : ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๐๐ น. ผล HbA๑C ๑๓ %

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยทวนสอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานได้
- ผู้ป่วยออกกำลังกาย วันละ ๓๐ นาที อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ควรเลือกอาหารที่สัดส่วนคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันในสัดส่วนที่เหมาะสม รับประทานให้เป็นเวลา งดและหลีกเลี่ยงอาหารรสชาติหวาน ผลไม้สุก ผลไม้ที่มีรสหวานจัด

๒. แนะนำผู้ป่วยออกกำลังกาย แกว่งแขน เดินออกกำลังกาย ครั้งละ ๓๐ นาที อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ไม่ปรับยาหรือหยุดยาเอง

๔. แนะนำผู้ป่วยไปตรวจตามนัดทุกครั้ง มีนัดติดตามอาการวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๘ แผนกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน เพื่อรับการรักษาที่ต่อเนื่อง

๕. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ซึมลง อ่อนเพลีย กระหายน้ำ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะเวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น หายใจเหนื่อยหอบ ให้มาโรงพยาบาลหรือโทรสายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙.

๖. แนะนำให้ตั้งนาฬิกาปลุกเตือนว่าถึงเวลารับประทานยาป้องกันการลืม

๗. แนะนำให้จัดยาใส่ซองกระปุกแยกเป็นมื้อๆ เพื่อสะดวกในการรับประทาน

การประเมินผล

ผู้ป่วยทวนสอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการเดินแกว่งแขนนาน ๓๐ นาที ๒ ครั้งต่อสัปดาห์

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะปฏิบัติงานและมีการส่งผู้ป่วยเยี่ยมบ้านจากหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๒.๒ ศึกษาค้นคว้าจากตำราหลายๆเล่ม

๔.๒.๓ นำมาเขียนเป็นกรณีศึกษาโดย การตรวจร่างกายที่สำคัญ รวมทั้งการให้การช่วยเหลือดูแลรักษา

๑) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

๒) วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย

๓) วางแผนการพยาบาลตามปัญหา

๔) ปฏิบัติการตามแผนการดูแลที่วางไว้

๕) ประเมินผลการพยาบาล

๖) ติดตามและรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการกลับมาตรวจตามนัด

๔.๒.๔ เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานวิชาการ

๔.๒.๕ ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

๔.๒.๖ ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมดร้อยละ ๑๐๐

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมด้วย โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘ รวมรับไว้ในการดูแล ๑๕ วัน ลงเยี่ยมบ้านทั้งหมด ๓ ครั้ง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและกลับมาเข้ารับการรักษาต่อเนื่องใช้หลักการพยาบาลทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมและทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรค

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข และเป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาระบบติดตามการขาดนัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในวัยทำงานให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ไม่ชอบการมารอคิวที่โรงพยาบาลนาน รับประทานยาและรักษาไม่ต่อเนื่องและขาดการดูแลเอาใจใส่ในการตรวจสุขภาพตัวเอง พยาบาลต้องใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนใช้ทักษะการสร้างแรงจูงใจชมเชยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ต้องเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วยและติดตามต่อเนื่อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยค่อนข้างมีอารมณ์ร้อน ไม่ชอบการมารอคิวที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับมีอาชีพค้าขายทำให้มีเวลาน้อย ไม่สามารถไปโรงพยาบาลทั้งวันได้ มีโอกาสที่จะขาดยาและขาดการรักษาต่อเนื่องซ้ำได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙.๒ ผู้ป่วยที่บกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง ควรเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยและคอยสนับสนุนชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ และมีการติดตามเยี่ยมซ้ำอย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. สัดส่วนของผู้ขอประเมิน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวอัญชนา บัวเรือง สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวอัญชนา บัวเรือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 30 ต.ค. 2568

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอัญชนา บัวเรือง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางวัชรี แก้วงาม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

(วันที่) ..... 30 ต.ค. 2568 .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายนันทวัช เมตตากุลพิทักษ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

(วันที่) ..... 30 ต.ค. 2568 .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขาดผู้ดูแลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๒. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดลดลงอย่างรวดเร็วทำให้ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง นับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญและประเด็นท้าทายในการพัฒนาประเทศในมิติต่างๆ ทั้งในเรื่องของเสถียรภาพด้านการเงินการคลังของประเทศในการจัดการด้านสวัสดิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ประเทศมีขนาดของรายได้จากการจัดเก็บภาษีลดลง เศรษฐกิจชะลอตัวลงเกิดปัญหาความมั่นคงทางสังคมอันเนื่องมาจากวัฒนธรรมค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไป รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวข้ามรุ่น ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจของประชากรวัยต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลง (ผู้สูงอายุ ๑ คน : คนวัยแรงงาน) จากปี ๒๕๓๗ มีอัตราส่วน ๑ : ๙.๓ และในปี ๒๕๖๖ มีอัตราส่วน ๑ : ๓.๑ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือน ร้อยละ ๑๐.๕๒ และอยู่กับคู่สมรสลำพังร้อยละ ๔.๗๖ (กรมการพัฒนาชุมชน,๒๕๖๕) และ ๑ ใน ๑๐ ของผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลร้อยละ ๕๙.๙ เป็นบุตรของผู้สูงอายุ และจากการประมาณการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๒๑๘,๓๐๘ คนและพ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๒๖,๘๐๙ คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุพิการ จำนวน ๑,๒๔๔,๙๐๗ คน และจากข้อมูลกรมบัญชีกลาง พบว่ามีผู้สูงอายุตามโครงการสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวนทั้งสิ้น ๕,๓๓๐,๐๒๙ คน ซึ่งกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุยากจนของประเทศไทยมีจำนวนถึงร้อยละ ๔๐.๗ ซึ่งอาจจะมีผู้สูงอายุยากจนยากลำบากตกหล่นไม่สามารถเข้าถึงการลงทะเบียนตามโครงการสวัสดิการแห่งรัฐอีกจำนวนหนึ่ง แม้ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยและมีการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อรองรับสังคมสูงวัยมาระยะหนึ่งแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ทางประชากรในอีก ๕ ปีข้างหน้า จะมีผู้ที่อายุครบ ๖๐ ปีเพิ่มขึ้นปีละ ๙ แสนคนขึ้นไป และในอีก ๑๕ ปีถัดไป ประชากรที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นปีละมากกว่า ๑ ล้านคน ความท้าทายที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความมั่นคงทางอาหาร แรงงาน รายได้สุขภาพ และที่สำคัญที่สุด คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีศักยภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้ยาวนานที่สุด และเมื่อกลายเป็น ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงอยู่ในภาวะยากลำบาก รัฐจะมีระบบการดูแลคุ้มครองผู้สูงอายุยากลำบากในระดับชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมโดยการดูแลของชุมชนและท้องถิ่นที่ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ท่ามกลางความเหลื่อมล้ำทางสังคม และสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและประเด็นท้าทายของสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมประชากรไทยให้ตระหนักและเข้าใจสถานการณ์การอยู่ร่วมกัน ในสังคมสูงวัย มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในทุกมิติและอยู่ร่วมกันในสังคมสูงวัยอย่างมีความสุข โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากลำบาก ยากจน ไร้ผู้ดูแล อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นกลุ่มที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ประเทศมีข้อจำกัดด้านการพัฒนาหลายด้านแม้ทิศทางการพัฒนาประเทศจะมุ่งแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ลดความยากจนข้ามรุ่นแต่ยังมีปัญหาเชิงโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคต่อการการพัฒนา ทิศทางการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในถิ่นที่อยู่เดิมเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤฒิพลังโดยครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่นเป็นฐานการดูแลเอื้ออาทรและช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังนั้นการพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุยากลำบากในชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องให้

ความสำคัญและขับเคลื่อนให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรม รวมทั้งขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทั่วถึงเพื่อสร้างโอกาสให้ประชากรผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการการคุ้มครองทางสังคม ได้รับการดูแลคุ้มครองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถอยู่อาศัยที่บ้าน ในชุมชนท้องถิ่นของตนเองได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในชีวิตบั้นปลาย สำหรับพื้นที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน ตำบลทับไทร อำเภอโป่งน้ำร้อน พบว่าในปี ๒๕๖๖,๒๕๖๗ และ ๒๕๖๘ มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง จำนวน ๑๔,๑๖ และ ๑๕ รายตามลำดับ โดยคิดเป็นร้อยละ ๐.๖๓,๐.๗๒ และ ๐.๖๕ ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี, ๒๕๖๘) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุติดเตียงเหล่านี้อยู่ในภาวะยากลำบาก และบางรายขาดผู้ดูแลหลัก ส่งผลทำให้การดูแลเกิดความยุ่งยากซับซ้อนและพบปัญหามากยิ่งขึ้นจึงต้องได้รับช่วยเหลือและมีระบบในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้โดยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและขาดผู้ดูแลในชุมชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและโครงสร้างครอบครัวที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในสังคมไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การย้ายถิ่นฐานของแรงงานวัยทำงานจากชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนจำนวนมากต้องอยู่ลำพัง ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด ส่งผลให้การดูแลสุขภาพพื้นฐาน การรับประทานยา การฟื้นฟูร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยังขาดบุคลากรหรือทรัพยากรเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างทั่วถึง แม้ว่าจะมีนโยบายการดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) ของภาครัฐ แต่การดำเนินงานยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการขาดการดูแล การเกิดแผลกดทับ หรือภาวะทุพโภชนาการเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขโดยรวม ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้น การแก้ไขปัญหานี้จึงจำเป็นต้องอาศัย การบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. กลุ่มจิตอาสา และครอบครัว เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน โดยเน้นการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพผู้ดูแลและการพัฒนากลไกติดตามต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓.๒ ข้อเสนอแนะ

ทางผู้จัดจึงได้สร้างรูปแบบการดูแลโดยการบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นแกนหลัก อสม. และชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญพร้อมระบบสนับสนุนด้านงบประมาณและเทคโนโลยีเพื่อสร้างความยั่งยืนในการดูแล

๓.๓ วัตถุประสงค์

๓.๓.๑ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขาดผู้ดูแลให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๓.๓.๒ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

๓.๓.๓ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

๓.๓.๔ เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ป่วยพึ่งพิงอย่างยั่งยืน

๓.๔ ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการของโครงการนี้ครอบคลุมระยะเวลา ๖ เดือน โดยเริ่มตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงมีนาคม ๒๕๖๙

๓.๕ กลุ่มเป้าหมาย

๓.๕.๑ กลุ่มหลัก: ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขาดผู้ดูแลในชุมชน (เช่น ผู้สูงอายุป่วยติดบ้าน ติดเตียง)

๓.๕.๒ กลุ่มสนับสนุน: ญาติ/เพื่อนบ้าน/อาสาสมัครในพื้นที่,บุคลากรสาธารณสุข,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,ภาคีเครือข่าย

๓.๖ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ						
	ก.ย. 68	ต.ค. 68	พ.ย. 68	ธ.ค. 68	ม.ค. 69	ก.พ. 69	มี.ค. 69
ระยะที่ ๑ : การสำรวจและวางแผน ๑.๑ สำรวจจำนวนและข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขาดผู้ดูแลในชุมชน		←→					
๑.๒ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแล		←→					
๑.๓ ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน			←→				
ระยะที่ ๒ : การพัฒนารูปแบบการดูแล ๒.๑ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)			←→				
๒.๒ จัดตั้ง “ทีมดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงชุมชน” (Community Care Team)			←→	←→			
๒.๓ พัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง (Care Giver)					←→	←→	←→
๒.๔ สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกับ อปท. และภาคีอื่น ๆ					←→	←→	←→
ระยะที่ ๓ : การดำเนินงานในพื้นที่ ๓.๑ ทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านและติดตามอาการผู้ป่วย				←→	←→	←→	←→
๓.๒ จัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เช่น วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ ถุงยังชีพ ฯลฯ				←→	←→	←→	←→
๓.๓ ส่งเสริมกิจกรรมเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดย อสม. และอาสาสมัครชุมชน				←→	←→	←→	←→
ระยะที่ ๔ : การติดตามและประเมินผล ๔.๑ ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังดำเนินโครงการ							←→
๔.๒ ประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายและผู้ดูแล							←→
๔.๓ สรุปผลและจัดทำแนวทางการดำเนินงานอย่างยั่งยืนในชุมชน							←→

๓.๗ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๗.๑. ด้านระบบการดูแล

๑) พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยพึ่งพิงแบบบูรณาการ ระหว่าง รพ.สต., อปท., อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ไม่ตกหล่น

๒) จัดให้มีทีมประสานงาน (Case Manager) ในระดับชุมชน ที่ทำหน้าที่กำกับติดตามและเชื่อมโยงบริการ

๓.๗.๒ ด้านบุคลากรและอาสาสมัคร

๑) อบรมและพัฒนาศักยภาพ Care Giver อาสาสมัคร/อสม. ให้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เช่น การดูแลแผลกดทับ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๒) สร้างแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทนเล็กน้อยหรือการยกย่องเชิดชูเพื่อให้มีความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๓.๗.๓ ด้านชุมชนและภาคีเครือข่าย

๑) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดกองทุนผู้ป่วยพึ่งพิง, กลุ่มจิตอาสา หรือ "ครอบครัวอุปถัมภ์" ที่เข้ามาช่วยดูแล

๒) ขยายความร่วมมือกับองค์กรเอกชน เช่น สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องช่วยเหลือหรือทุนอาหารทางสายยาง

๓.๗.๔ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

๑) นำเทคโนโลยี Telemed/Line Group/แอปสุขภาพ มาใช้ในการติดตามอาการและให้คำปรึกษา ลดการเดินทางของทีมสหวิชาชีพ

๒) พัฒนาอุปกรณ์ช่วยเหลือราคาถูกที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น ที่นอนลมผู้ป่วย DIY, อุปกรณ์กายภาพพื้นฐาน

๓.๗.๕ ด้านนโยบายและการสนับสนุน

๑) ผลักดันให้ อปท. บรรจุการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงในแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อมีงบประมาณสนับสนุนต่อเนื่อง

๒) บูรณาการเข้ากับนโยบาย Long Term Care (LTC) ของ สปสช. และเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ/จังหวัด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม

๔.๒ ชุมชนมีระบบการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงที่ชัดเจนและเข้มแข็ง เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน และจิตอาสา

๔.๓ ภาคีเครือข่ายทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม และเกิดระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยพึ่งพิงที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานต่าง ๆ

๔.๔ ลดภาระการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละของผู้ป่วยพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแผนการดูแล (Care Plan) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๕.๒ มีรูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงที่ในชุมชนที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

๕.๓ มีฐานข้อมูลผู้ป่วยพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาและสามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

๕.๔ ร้อยละของผู้ป่วยพึ่งพิงที่ลดจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวอัญชนา บัวเรือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ...../ 30 ต.ค. 2568 /.....

ผู้ขอประเมิน