

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๑๓๓ วัน ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ๕ ครั้ง

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บใด ๆ ของศีรษะ ทำให้มีการฉีกขาดของหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมองต่าง ๆ และสมอง ซึ่งอาจมีการบาดเจ็บชนิดแผลปิด หรือแผลเปิดก็ได้ เยื่อหุ้มสมองอาจมีการฉีกขาดจากการตีบแหว่งของกะโหลกศีรษะ ถ้าเป็นแรงแรง - แรงเฉื่อย มีผลทำให้เกิดการหมุนหรือบิดตัวของกะโหลกศีรษะ และสมอง ทำให้มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองถึงภายในเนื้อสมอง การฉีกขาดของหนัง หุ้มศีรษะพบได้มากที่สุดในการบาดเจ็บของสมองมักเกิดร่วมกับกะโหลกศีรษะแตก เนื่องจากหนังศีรษะมีหลอดเลือดจำนวนมาก จึงเกิดเลือดออกมากและหยุดยาก นอกจากนี้แรงกดจากกะโหลกศีรษะ ศีรษะแตกแบบยุบลง (depress skull fracture) ทำให้มีสิ่งกีดขวางในกะโหลกศีรษะ ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้สมองปริบกลไกควบคุมอัตโนมัติ สาเหตุของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบบ่อย ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา และอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ อุบัติเหตุจราจร และตกจากที่สูง การวินิจฉัย และประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ ประเมิน sign and symptoms และประเมินจาก CT scan

พยาธิสภาพของโรค

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของศีรษะ

ศีรษะมีหนังศีรษะปกคลุมไว้ ภายในกะโหลกศีรษะมีเนื้อสมองซึ่งมีเนื้อเยื่อหุ้มสมองอยู่ ๓ ชั้น คือ Dura mater เป็นชั้นนอกสุดที่ติดกับผนังกะโหลกศีรษะ ประกอบด้วย ๓ ชั้น ซึ่งอยู่ติดกันแน่น นอกจากนี้บางแห่งจะแยกเป็น ๒ ชั้นและมีโลหิตติดอยู่ภายใน ชั้นที่ ๒ เรียก Arachnoid membrane เป็นเยื่อหุ้มชั้นกลาง ชั้นที่ ๓ เรียกว่า Pia mater เป็นชั้นในสุดติดเนื้อสมองระหว่าง Pia mater กับ Arachnoid membrane

ลักษณะกายวิภาคของสมอง

สมองมีหน้าที่ควบคุมความคิด ความจำ อารมณ์ การสัมผัส ทักษะด้านการเคลื่อนไหว การมองเห็น การหายใจการควบคุมอุณหภูมิ ความหิว และกระบวนการอื่นๆในการควบคุมร่างกาย และสมองร่วมกับไขสันหลังที่รวมเรียกว่าระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System)

พยาธิสภาพของการเกิดเลือดออกในสมอง

การเกิดเลือดออกในสมองใต้ชั้นดูรามาเตอร์ (Subdural hematoma) ปกติในช่องนี้เป็นช่องทางตันไม่ยอมให้สารใดๆ ผ่าน เลือดที่ออกใต้ชั้นนี้จะคูดน้ำจากข้างนอกเข้าไปข้างใน ก้อนเลือดค่อยๆ เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะทำให้สมองเคลื่อนและอาจเสียชีวิตได้ในเวลาต่อมา อาการที่พบคือมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาของระดับความรู้สึกตัวอาจมีแขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะ ซึมลง มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง และเกิดอัมพาตครึ่งซีก

ประเภทการบาดเจ็บศีรษะแบ่งตามระยะการเกิดพยาธิสภาพ ๒ ระยะได้แก่

๑. การบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (primary injury) หมายถึงการบาดเจ็บศีรษะที่เป็นผลโดยตรงจากกลไกการบาดเจ็บเกิดขึ้นทันทีหรือช่วงสั้นๆหลังการบาดเจ็บอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและตำแหน่งที่ได้รับการบาดเจ็บอาจเกิดเฉพาะที่หรือกระจายทั่วศีรษะ ถ้าพยาธิสภาพเกิดที่สมองจะทำให้เซลล์ประสาทถูกกดเบียดและบิดเกิดการตั้งรับเป็นผลให้เซลล์ประสาททำหน้าที่ผิดปกติและเซลล์ตายในที่สุด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การบาดเจ็บสมองทุติยภูมิ (secondary injury) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะในระยะแรกจะพบมีก้อนเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะในชั้นเหนือดورا (epidural hemorrhage) ในระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นดुरากับอะแรนชอยด์ (subarachnoid hemorrhage) และเลือดออกภายในสมอง (intracerebral hemorrhage) พบภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกสูงซึ่งอาจเกิดขึ้นในระยะเวลายาวนานไม่กี่นาที่ภายหลังได้รับบาดเจ็บหรืออาจจะใช้ระยะเวลายาวนานเป็นวัน

สาเหตุของบาดเจ็บที่ศีรษะ

มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางการคมนาคม ได้แก่ อุบัติเหตุรถยนต์ รวมทั้งคนเดินเท้า พบประมาณร้อยละ ๕๐ การตกจากที่สูง และ หกล้ม เป็นสาเหตุรองลงมาพบได้ประมาณร้อยละ ๒๑ โดยจะพบมากในกลุ่มเด็กเล็กและผู้สูงอายุอย่างไรก็ตามในประชากรที่อายุมากกว่า ๗๕ ปี จะเกิดบาดเจ็บทางสมองจากสาเหตุนี้มากที่สุด และการทำร้ายร่างกายพบประมาณร้อยละ ๑๒ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ ๒๕ - ๓๔ ปี จะพบได้มาก ภาวะบาดเจ็บสมองจากสาเหตุนี้ มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา พบประมาณร้อยละ ๑๐

อาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง

สัญญาณและอาการของภาวะสมองบาดเจ็บในระดับปานกลางถึงรุนแรงอาจเกิดขึ้นภายในหนึ่งชั่วโมงหรือหลายวันหลังจากได้รับบาดเจ็บ สัญญาณและอาการเหล่านี้อาจรวมถึงปัญหาทางร่างกายความรู้ ความเข้าใจ และจิตใจดังต่อไปนี้ อาการทางร่างกาย เช่น ปวดหัวเป็นเวลานานหรือมีอาการแสบ อาเจียนหรือคลื่นไส้ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ชัก การขยายรูม่านตาของดวงตาหนึ่งหรือทั้งสองข้าง การระบายของเหลวใสออกจากจมูกหรือหู สูญเสียการประสานงานของร่างกาย หมดสติเป็นเวลานานที่หรือยาวนานถึงชั่วโมง นิ้วมือและนิ้วเท้าอ่อนแรงหรือชา ไม่สามารถตื่นจากการหลับได้

การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท

นิยมใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ซึ่งประกอบด้วย การลืมตา คะแนนเต็ม ๔ คะแนน การตอบสนองต่อคำพูด คะแนนเต็ม ๕ คะแนน การเคลื่อนไหวของแขนขา คะแนนเต็ม ๖ คะแนน คะแนนเต็มรวม ๑๕ คะแนน ซึ่งคะแนนของ GCS จะบอกระดับความรุนแรงได้ดังนี้

- บาดเจ็บเล็กน้อย คะแนน GCS อยู่ระหว่าง ๑๓ - ๑๕ คะแนน ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี หรือลืมตาเมื่อเรียกทำตามคำสั่งได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเพียงเล็กน้อย หรือสับสนบางครั้ง

- บาดเจ็บปานกลาง คะแนน GCS อยู่ระหว่าง ๙ - ๑๒ คะแนน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสนส่วนใหญ่หลับ จะตื่นเมื่อปลุก หรือกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ตอบคำถามง่าย ๆ ได้ โดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจเพียงชักแขนขาหนีความเจ็บปวด หรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

- บาดเจ็บรุนแรง คะแนน GCS อยู่ระหว่าง ๓ - ๘ คะแนน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงมาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูด หรือชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ งอ หรือเหยียดแขนแบบผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย ซึ่งตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

การวินิจฉัย

โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาท รวมทั้งการบาดเจ็บที่ บริเวณส่วนอื่น ที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ เช่น การบาดเจ็บที่บริเวณกระดูกสันหลัง บริเวณคอ หลังการ ตรวจประเมิน โดยแพทย์ที่โรงพยาบาลแล้ว หากมีข้อบ่งชี้แพทย์จะทำการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) สมองเพิ่มเติม เพื่อวินิจฉัยภาวะเลือดออกในสมอง กะโหลกศีรษะแตก เพื่อปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและ วางแผนในการรักษาต่อไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัญหาที่เกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย มี ๓ อย่าง คือ การหายใจติดขัด ช็อคจากการเสียเลือด และน้ำ สมองชอกชั่วคราวรุนแรง

๑. การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Respiratory care) โดยมีเป้าหมายการลดความเสียหายของสมองจากการบาดเจ็บทุติยภูมิให้น้อยที่สุด การรักษาด้วย hyperventilation สำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่มี TBI รุนแรงช่วยลด ICP และปรับปรุงผลลัพธ์ของการรักษาได้ แต่อย่างไรก็ตาม hyperventilation ที่มากเกินไปจะทำให้เกิด vasoconstriction และ CBF ลดลงตามนำไปสู่ภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งสาเหตุที่รบกวนของความสมดุลการเผาผลาญออกซิเจนในสมองมีดังนี้คือ ๑) การขาดออกซิเจน ๒) ความดันเลือดต่ำ ๓) hypo / hyper PaCO₂ และ ๔) ภาวะโลหิตจาง

๒. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic care) ควบคุมค่าความดันซิสโตลิก ที่ ≥ 100 มม.ปรอทสำหรับผู้ป่วยอายุ ๕๐-๖๔ ปี ค่า CPP เป้าหมาย อยู่ระหว่าง ๖๐ และ ๗๐ มม. ปรอท ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยแยลงจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

๓. การจัดการสารน้ำ (Fluid management) การให้ crystalloids isotonic solution เช่นน้ำเกลือ normal saline เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุดในผู้ป่วย นอกจากนี้การให้สารน้ำแบบ Hypertonic ได้กลายเป็นทางเลือกในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการให้ mannitol จะช่วยเพิ่ม CBF โดยลดความหนืดของเลือดและส่งเสริมการขับปัสสาวะ

๔. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic Control) หลังจากสมองบาดเจ็บทำให้เกิดภาวะ catecholamine surge ร่วมกับมีการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้นซึ่งไปยับยั้งการหลั่ง Insulin ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูงนอกจากนั้นการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจนจะทำให้เกิดกรดในสมองนำไปสู่การทำงานที่ผิดปกติของสมองและทำให้เกิดสมองบวม ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีกลูโคส ทั้งนี้ควรมีการติดตามค่าน้ำตาลในเลือดและควบคุมให้อยู่ในช่วง ๘๐-๑๘๐ mg/dL ผู้ป่วยรายนี้มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจึงจำเป็นต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองบวม

๕. การรักษาความดันในกะโหลกศีรษะสูง

๕.๑ แพทย์อาจพิจารณาใส่ท่อ probe หรือสายยางเข้าไปในช่อง epidural หรือในโพรงสมองเพื่อวัดความดันในกะโหลกศีรษะ

๕.๒ ควบคุมความดันโลหิตและรักษาแรงดันในเนื้อเยื่อสมอง

๕.๓ จัดทำนอนศีรษะสูงประมาณ ๓๐ องศา เพื่อเพิ่มการไหลกลับหรือไหลเวียนออกของเลือดดำ และหลีกเลี่ยงการเกิดแรงดันในช่องอก

๕.๔ การใส่ ET-tube และเครื่องช่วยหายใจ

๕.๖ การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย โดยใช้ผ้าห่มความเย็นเพราะถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญของเนื้อเยื่อสมอง (cerebral metabolism) และสมองบวมมากขึ้น

๕.๗ การรักษาด้วยยา ได้แก่ Mannitol ซึ่งมีฤทธิ์ดึงน้ำออกจากเซลล์สมองและขับน้ำออกจากร่างกายทางปัสสาวะปริมาณมาก เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง Loop diuretic เช่น Furosemide ซึ่งขัดขวางการดูดซึม NaCl Steroid เช่น Dexamethasone ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ไม่แน่นอน แต่เชื่อกันว่าสามารถลดการอักเสบของเนื้อเยื่อและลดสมองบวมได้ ยาลดความดันโลหิต ใช้ในรายที่ความดันโลหิตสูงชนิดเฉียบพลัน (SBP ๑๘๕ มม.ปรอท และ DBP ๑๑๐ มม. ปรอท) หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับยากลุ่ม peripheral vasodilation และ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Phenobarbital ยาทำให้ผู้ป่วยสงบ(Sedation) ที่ออกฤทธิ์สั้น เพื่อลดอัตราการเผาผลาญของร่างกาย แต่ต้องระวังเรื่องการหยุดหายใจ ยาแก้ชัก เช่น Dilantin ในรายที่มีข้อมูลของการชัก

๕.๘ การผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะสูง จะทำหลังจากที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือในรายที่ต้องผ่าตัดเลย เช่น มีก้อนเลือด กะโหลกศีรษะแตกยุบลงไปกดเนื้อสมอง

แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

๑. แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดของมาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง และมีผลต่อสุขภาพ และปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ จะเห็นว่า ในแต่ละแบบแผนจะกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรม และปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการทำงานของร่างกายที่อาจปกติ หรือผิดปกติในแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่ง อาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ สามารถนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะมองคน ในรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีพ ในแบบแผนต่าง ๆ สามารถมองปัญหาได้เบ็ดเสร็จ ในแต่ละแบบแผน หรืออาจมีการคาบเกี่ยวกันในระหว่างแบบแผน ที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการ สามารถใช้ได้กับคนสุขภาพดี และเจ็บป่วยเพราะมองคนตามลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้มองที่การเจ็บป่วยอย่างเดียว

๒. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (oreim universal self - care demands) คือ บุคคลต้องการทำการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ครอบครัว พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือ โดยให้ความรู้อธิบาย แนะนำ สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล จากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรียม ความรู้สติของผู้ป่วยลดลงไม่สามารถรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนได้ ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหาแนวทางการดูแลรักษา ร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดอันตรายที่คุกคามต่อการดำรงชีวิต สามารถดำรงชีวิตตามสภาพข้อจำกัดของโรคและการรักษา

๓. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy adaptation mode) การปรับตัวเป็นกระบวนการส่งเสริมความมั่นคง หรือความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม เป้าหมายการพยาบาล คือ ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับตัวใน ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์ และพึงพา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว

ซึ่งทฤษฎีหลักทั้งหมดมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความต้องการ ในการดูแลตนเองทั้งหมด หากบุคคลไม่มีหรือพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลก็จะมี ความพร่องในการดูแล ตนเอง ส่งผลให้บุคคลอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือ การดูแลการพยาบาล

การพยาบาล

๑. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนการผ่าตัด เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง เพื่อลดสิ่งกดเบียดหรือเลือดที่ออกในสมองการผ่าตัดเพื่อลด ความดันในกะโหลกศีรษะสามารถทำได้และที่นิยมทำ คือ การผ่าตัดลดความดันภายนอกโดยการผ่าตัดเปิดเอากะโหลก ศีรษะออก (Craniectomy) เพื่อให้สมองที่บวมไม่ถูกจำกัด การจัดทำหรือพลิกตะแคงตัวต้องมีความระมัดระวัง และป้องกันไม่ให้ส่วนของสมองได้รับความกระทบกระเทือน เพราะเมื่อเกิดการกระทบกระเทือนจะถูกเนื้อสมองโดยตรง และการ ผ่าตัดลดความดันภายใน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โดยการผ่าตัด เข้าไปในกะโหลกศีรษะเพื่อเอาก้อนเลือดออก (Craniotomy) วิธีนี้เป็นการลด ความดันในกะโหลกศีรษะ ที่มีประสิทธิภาพ แต่ระยะหลังการผ่าตัดต้องประเมิน ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ การได้รับ สารน้ำ การได้รับยาและที่สำคัญผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหาก ไม่มีข้อจำกัดต้องได้รับการจัดท่านอนยกศีรษะสูง ๓๐ องศาทุก ๕ ราย เพื่อให้สมองมีพื้นที่ว่าง ลดการกดเบียดของเนื้อสมอง หลังการผ่าตัดอาจมีอาการเลวลงได้ จากมีเลือดออกซ้ำ สมอง บวมและอาจทำให้ผู้ป่วยถึงขั้นเสียชีวิต

การดูแลผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในบทบาทของพยาบาล และทีมสุขภาพ สามารถ ปฏิบัติได้คือการซักประวัติการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษา ประวัติการแพ้ยา การใช้ยา เพราะบางครั้งยาที่ผู้สูงอายุใช้อาจมี ผลต่อการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น ยาแอสไพริน ซึ่งจะมีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ประวัติการดื่มสุรา และสามารถ จัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ดังนี้

๑.๑ การเตรียมทางด้านจิตใจ เพราะเมื่อผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าจะต้องรับการผ่าตัด มักจะเกิดความวิตกกังวลและกลัว ซึ่งความกลัวจะมีในลักษณะที่แตกต่างออกไป เช่น กลัวไม่ฟื้นจากการผ่าตัด กลัวความพิการ กลัวผลที่ เกิดหลังการผ่าตัดของญาติ เป็นต้น พยาบาลควรต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงพยายามแก้ปัญหา เพื่อช่วยคลายความ วิตกกังวล อาจทำได้โดยการพูดคุย ปลอดภัย หรือตอบข้อข้องใจต่างๆ ซึ่งจะต้องใช้ไหวพริบในการพิจารณาตอบคำถาม

๑.๒ การเตรียมทางด้านร่างกาย การทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด ควรโกนผมก่อนการผ่าตัดไม่เกิน ๖ ชั่วโมง บางแห่งอาจโกนผมในห้องผ่าตัด ขึ้นอยู่กับแพทย์ที่จะทำการผ่าตัด

๑.๓ การเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆก่อนการผ่าตัด เช่น การงดอาหารและน้ำ การเตรียมเลือด การเซ็น ใบยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด การให้ยาออกไปห้องผ่าตัด มีการบันทึก สัญญาณชีพ และอาการทางระบบ ประสาทตามแบบประเมินของกลาสโกว

๑.๔ การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด อาจจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน ห้องที่เงียบสงบ อากาศ ถ่ายเทดี ปราศจากฝุ่น เสียงรบกวน และเป็นห้องที่อยู่ใกล้ห้องทำงานของพยาบาล เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อม เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน ไม้กั้นเตียง เป็นต้น ตามแต่สะดวกและจำเป็นใช้ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

๒. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังการผ่าตัด การสังเกตอาการและการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด มีความสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย การดูแลในระยะ หลังการผ่าตัดสามารถให้การดูแลได้ ดังนี้

๒.๑ การดูแลทางเดินหายใจปัญหาที่พบ คือ การอุดตันของทางเดินหายใจ (Airway obstruction) หรือ การหายใจไม่เพียงพอ (hypoventilation) บางครั้งอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วย หายใจ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งและ สามารถช่วยดูดเสมหะออกได้

๒.๒ ตรวจประเมินอาการทางระบบประสาท การตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อติดตาม ระดับความรู้สึกตัว โดยประเมินทุก ๑๕-๓๐ นาที นาน ๒ ชั่วโมง จากนั้นทุก ๑ ชั่วโมง ใน ๓ ชั่วโมง

๒.๓ การจัดท่านอนยกศีรษะสูง ๓๐ องศา ในกรณีที่ไม่มีอาการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังร่วมด้วย เพื่อลด การกดเบียดเนื้อสมองทำให้มีช่องว่างในสมองลดความดันในกะโหลกศีรษะ

๒.๔ ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยทใน ๒-๓ วันแรกของการผ่าตัด ร่างกาย อาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่าตัด โดยการหลั่งฮอร์โมนวาโซเพรสซินมากกว่าปกติ มีผลให้ร่างกายเก็บโซเดียมและน้ำ ทำให้ปัสสาวะออกน้อยลงแม้จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพิ่ม อาจเกิดภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) และสมองบวม ได้ ถ้าพบค่าโซเดียมในเลือดอยู่ระดับ ๑๓๐-๑๕๐ mEq/L หรือต่ำกว่านี้ ๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒.๕ การตรวจสอบบาดแผลหลังการผ่าตัด และเฝ้าระวังในเรื่องของการเกิดเลือดออกซ้ำโดยการสังเกตผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัด

๒.๖ การดูแลที่ระบายต่างๆ ให้อยู่ในระบบปิด ป้องกันการเกิดการติดเชื้อ และลดการคั่งค้างของเลือดที่สมอง

๒.๗ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น นอนนานอาจเกิดแผลกดทับได้ง่าย การปลัดตกหกล้ม ซึ่งเพียงควรจัดให้มีไม้กันทุกเตียง ช่วยการดูแลพลิกตะแคงตัวในกรณีที่อาการหนัก ๒.๘ การบันทึกรายละเอียดหลังการผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลการรักษาและการดูแลต่อไป

๓. การวางแผนการจำหน่าย

๓.๑ การประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการดูแล ตามแนวทาง INHOMESS

๓.๒ การเตรียมความพร้อมเรื่องสิ่งแวดล้อมและสถานที่พักอาศัยกับครอบครัว

๓.๓ การประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อประสานและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน

๓.๔ การนัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

๓.๕ การเตรียมทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ

ปัจจุบันอุบัติการณ์การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาโดยพบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและจากการรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.๒๕๖๑ รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ๓๒.๗ คน ต่อประชากรแสนคนสูงเป็นอันดับ ๙ ของโลกและอันดับ ๑ ในเอเชียมีผู้เสียชีวิต ๒๒,๔๙๑ คนต่อปีเฉลี่ย ๖๐ คนต่อวันโดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ ๓๐ และการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ ๒๙

สอดคล้องกับ ข้อมูลโรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษา ตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ มี จำนวน ๒๘๐,๒๘๙,๓๒๐ และ ๑๙๖ ราย ตามลำดับ เสียชีวิต ๑๑,๒๓,๑๔ และ ๑๓ ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตทำให้อาจมีความพิการหลงเหลือ ซึ่งความหมายการบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึงการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำภายนอกทั้งทางตรงและทางอ้อมหรือแรงที่เข้ามากระทบต่อหนังศีรษะกะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะสมอง และเส้นประสาทสมองอาจมีหรือไม่มีเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวภายหลังการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บที่ศีรษะถูกเปลี่ยนชื่อเป็น บาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury ; TBI) เพื่อให้สอดคล้องกับจุดเน้นการดูแลรักษาที่มีต่อการบาดเจ็บของสมอง ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญมากกว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะ และกะโหลกศีรษะ

บาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือเกิดพยาธิสภาพในสมอง อันเนื่องมาจากมีแรงภายนอกสมองมากระทบ เมื่อสมองได้รับบาดเจ็บทำให้มีการอักเสบวมของสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง การไหลเวียนเลือดในสมองลดลง สมองขาดเลือด (brain ischemia) เซลล์สมองตาย เพิ่มความความดันในกะโหลกศีรษะมากขึ้น สมองอาจถูกเบียดให้เลื่อน (brain herniation) จึงไปกดก้านสมอง (brain stem) ศูนย์การควบคุมการหายใจถูกกด กดเส้นประสาท Optic ทำให้รูม่านตามีปฏิกิริยาลดลง ม่านตาขยาย ไม่มีปฏิกิริยา ต่อแสง และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มักจะมีการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

บาดเจ็บร่วมหลายระบบ หลายรายมีความบกพร่องทางเข่ามีปัญหา หลังการได้รับบาดเจ็บที่สมอง ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวม ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และด้วยการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการรักษา จนผ่านพ้นระยะวิกฤติมาได้ เข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสภาพ บางรายอาจกลับมามีสภาพปกติ บางรายกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

พยาบาลชุมชนผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล และวางแผนกับครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวประสานงานกับชุมชน ร่วมกันติดตามให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้านโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้สาขาต่างๆมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวร่วมกันดูแลผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน
๒. เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน
๓. เพื่อเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งการสร้างความมั่นใจในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร ที่ได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อมารักษาต่อเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) ตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๖๖ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๓๐ ปี ๗ เดือน สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา ตำบลวัฒนานคร อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว สิทธิการรักษาบัตรทอง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด รับไว้รักษาโรงพยาบาลวันที่ ๖-๑๘ มกราคม ๒๕๖๖ อาการที่มารโรงพยาบาล รับกลับจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ด้วยประวัติ MC ล้ม สลบ ไม่รู้สึกตัว Dx. trauma SDH with SAH with ICH with brain herniation แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี DTX = ๑๐๑ mg % O₂sat = ๑๐๐%

ประวัติการรักษาในปัจจุบัน วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ชัรบรถจักรยานยนต์ล้มเอง สลบ ไม่รู้สึกตัว แรกรับที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว E๒VTM๑ pupil ๓ mm reaction to light both eye ความดันโลหิต ๑๐๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๔ ครั้งต่อนาที FAST : neg ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ : left subdural hematoma, intracranial hemorrhage, closed fracture ๑, ๕, ๖, ๗ right rib, right pneumothorax, closed fracture right shaft clavicle Admit ตีกัลยกรรรม เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ G/M for PRC, Dilantin ๗๕๐ mg + NSS ๑๐๐ ml vein drip in ๓๐ min then ๑๐๐ mg vein ทุก ๘ ชั่วโมง, observe GCS / seizure ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ : intraparenchymal hemorrhage มีเลือดออก ๑๐๓ ml, midline shift, ผู้ป่วยใช้สูง ๓๙ องศาเซลเซียส E๒VTM๑ ได้ยาลดสมองบวม ๒๐%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

mannitol, จากนั้น แพทย์ set OR for craniotomy with clot removal หลังผ่าตัดได้ยาลดสมองบวม glycol ต่อมา ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด ได้ PRC ทั้งหมด ๖ ยูนิต HCT = ๓๒ % ทีมแพทย์ดูแลการรักษา จนอาการดีขึ้น ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก feed BD ๓๐๐ ml X ๔ feed มีอาการชักเกร็ง ได้รับยาแก้เกร็ง Baclofen (๑๐) ๑ x ๒, ยากันชัก Dilantin ต่อมา มีไข้สูง ผล sputum culture : Acinetobacter baumannii เปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Tazocin เป็น Meropenam ไข้ลงแต่เกร็งมากขึ้น ได้ปรับยาแก้เกร็ง, prolong intubation : set OR for Tracheostomy, เสมหะมาก พ่น Berodual NB ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้นเป็นลำดับ รวมเวลาการรักษา ๒๔ วัน จึงส่งตัวกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลวัฒนานคร

แผนการรักษาต่อที่โรงพยาบาลวัฒนานคร

- fosfomycin ๔ g vein ทุก ๘ ชั่วโมง ต่ออีก ๗ วัน
- amoxiclav ๑.๒g vein ทุก ๘ ชั่วโมง ต่ออีก ๗ วัน
- Paracetamol ๓๒๕ mg. ครั้งละ ๒ เม็ด เวลาปวดหรือมีไข้
- clindamycin ๓๐๐ mg ครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น
- vit b complex ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น
- folic acid ๕ mg ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหาร เข้า
- omeprazole ๒๐ mg ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า
- Baclofen ๑๐ mg ครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น
- sertraline ๕๐ mg ครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนนอน
- levetiracetam ๕ ml ทุก ๑๒ ชั่วโมง
- Tizanidine ๒ mg ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร

แรกรับที่โรงพยาบาลวัฒนานคร หอผู้ป่วย IMC (intermediate care) ผู้ป่วย E๓V๑M๕ pupil ๒ mm. reaction แขนขาข้างขวา mortar power grade ๓ ไม่มีข้อติด ติดท่อเจาะคอแบบ silver tube มีเสมหะมาก suction ทุก ๘ ชั่วโมง ไม่หอบ ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก Feed BD ๒๐๐ ml x ๔ feed ไม่มีแผลกดทับ ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๑๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๓/๙๓ มิลลิเมตรปรอท HCT = ๓๙ % : NG, Sputum gram stain : not seen organism, Urine culture : not seen organism แพทย์ให้การรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประสานกายภาพบำบัด ส่งพนักโภชนากรเรียนการทำอาหารปั่น, ได้รับการสนับสนุนเตียงนอน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล กระจกให้อาหารทางสายยาง รวมระยะเวลาการรักษา ๑๑ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน

ปัญหาที่ ๑ มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีการติดเชื้อในปอด

ปัญหาที่ ๓ เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะมากในท่อเจาะคอ

ปัญหาที่ ๔ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากมีท่อเจาะคอ

ปัญหาที่ ๕ เสี่ยงต่อการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ระดับความรู้สติ

ลดลง จากการบาดเจ็บรุนแรง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปัญหาที่ ๖ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสมอง

ปัญหาที่ ๗ ญาติวิตกกังวลเรื่องความเจ็บป่วย

ปัญหาที่ ๘ ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ปัญหาที่ ๙ เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เนื่องจากขาดความรู้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การให้การพยาบาล โดยการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประเมินความรู้ความสามารถของญาติเรื่อง การให้การพยาบาลผู้ป่วย การให้ยาตามแผนการรักษา การทำกายภาพบำบัด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการของโรคที่เป็น แนวทางการรักษาของแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง แนะนำการปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ซักถาม เสริมสร้างความมั่นใจแก่ญาติ ประสานส่งต่อผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล วางแผนติดตามเยี่ยมที่บ้านร่วมกับทีมกายภาพบำบัด แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่อง

๑. การดูแลความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์
๒. การเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูก
๓. การทำแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ
๔. การให้ยาตามแผนการรักษา
๕. การประเมินผิวหนังป้องกันแผลกดทับ
๖. การป้องกันการตกเตียงโดยยกเหล็กกันเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาล
๗. การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพ
๘. การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น
๙. การตรวจตามแพทย์นัด

ผลการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ลืมตา ไม่รู้เรื่อง ไม่พูด ยังสับสน ไม่มีอาการชักเกร็ง ญาติสามารถให้อาหารทางสายยาง, ดูดเสมหะโดยใช้เครื่องดูดเสมหะ, ทำแผลเจาะคอ, ดูแลความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ สัญญาณชีพปกติ ชับถ่ายปกติ ญาติเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา ยังมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย มีความมั่นใจในการกลับไปอยู่ที่บ้าน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

๒. ระยะเวลาวางแผนการจำหน่าย

๒.๑ การประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการดูแล ตามแนวทาง INHOMESS

การประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการการดูแล พบว่าผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ต้องพึ่งพาครอบครัว ซึ่งทางครอบครัวมีการวางแผนผู้ดูแลหลักคือมารดาและสามีสลับกัน ประเมินการรับรู้และการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ พร้อมแนะนำอาการ สาเหตุ การดูแลสุขภาพหลังออกจากโรงพยาบาล ความจำเป็นในการรับประทานยา การทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลทำความสะอาดแผลเจาะคอ การดูแลสายให้อาหารทางสายยาง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉินให้โทรศัพท์ ๑๖๖๙ เพื่อนำส่งโรงพยาบาลทันที

๒.๒ การเตรียมความพร้อมเรื่องสิ่งแวดล้อมและสถานที่พักอาศัยกับครอบครัว

การจัดเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อมและสถานที่พักอาศัย ร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากบ้านผู้ป่วยเป็นบ้านชั้นเดียว มีของใช้ ตู้เสื้อผ้า ชั้นจำนวนมาก ได้ให้คำแนะนำให้จัดระเบียบ จัดสิ่งของภายในบ้านใหม่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นสัดส่วน เพื่อความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ส่วนทางอุปกรณ์ ทางศูนย์การดูแล ต่อเนื่องโรงพยาบาลวัฒนานครได้ให้ยืมอุปกรณ์รถนั่ง เตียงนอน ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ กลับไปใช้ที่บ้าน

๒.๓ การประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อประสานและวางแผนการดูแล ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน

ร่วมกับทีมพยาบาลที่หอผู้ป่วย IMC (intermediate care) วางแผนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยส่งผ่าน โปรแกรม Thai COC เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อหาพื้นที่ที่สามารถเปิดดูข้อมูล ประวัติการรักษา และปัญหา ที่ประเมินขั้นต้นเพื่อต้องการวางแผนการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาลเพื่อประสานและวางแผนร่วมกับทีมเยี่ยม บ้าน งานพยาบาลชุมชน

๒.๔ การนัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ทีมเยี่ยมบ้าน งานพยาบาลชุมชน ทำการนัดหมายเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การ พยาบาล แก้ไขปัญหา ประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ติดตามการ ปรับเปลี่ยนชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๒.๕ การเตรียมทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน

ทีมเยี่ยมบ้าน งานพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ โดยมีการประชุมร่วมกันและทำ Grand round ร่วมกันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและปรึกษาหารือวางแผนการดูแลตามบทบาทหน้าที่ก่อนไปเยี่ยมบ้าน และเมื่อ เยี่ยมเสร็จจะประเมินผล เพื่อวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปหรือปิดการเยี่ยม และส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนดูแลต่อไป

๒. ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน

ปัญหาที่ ๑๐ เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบเนื่องจากมีการสำลักอาหารหรือน้ำ

ปัญหาที่ ๑๑ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ จากการพลัดตก หกล้ม เนื่องจากความรู้สึกตัวลดลง

ปัญหาที่ ๑๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ปัญหาที่ ๑๓ ญาติไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เนื่องจากขาดความรู้

ปัญหาที่ ๑๔ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว

การให้การพยาบาล หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์ และ เยี่ยมที่บ้าน สอน สาธิต แนะนำการดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้อาหารทางสายยาง การ ทำแผลเจาะคอ การดูดเสมหะ การประเมินผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัด เปลี่ยน สายยางให้อาหารทุก ๑ เดือน ฝึกการกลืน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

ผลการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยยังใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ไม่มีสำลักอาหารหรือน้ำ ไม่เกิดภาวะปอด อักเสบซ้ำ ท่อเจาะคอมีเสมหะเล็กน้อย ไม่มีเสมหะอุดตัน ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีชักเกร็ง ญาติสามารถดูดเสมหะได้อย่างถูกเทคนิค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่มีข้อติด สัญญาณชีพปกติ ญาติพามา ตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาล

ตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัว ๑๑ วัน ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ แพทย์ให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน และนัดตรวจติดตามอาการอีก ๑ สัปดาห์ ทีมเยี่ยมบ้าน งาน พยาบาลชุมชน ได้นัดติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลประมาณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESS

- Paracetamol ๓๒๕ mg. ครั้งละ ๒ เม็ด เวลาปวดหรือมีไข้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- clindamycin ๓๐๐ mg ครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น
- vit b complex ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น
- folic acid ๕ mg ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง หลังอาหาร เข้า
- omeprazole ๒๐ mg ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า
- Baclofen ๑๐ mg ครั้งละ ๒ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น
- sertraline ๕๐ mg ครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนนอน
- levetiracetam ๕ ml ทุก ๑๒ ชั่วโมง
- Tizanidine ๒ mg ครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร

๓. หลังจากการเยี่ยมบ้าน

ตารางที่ ๑ แสดงผลการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESS

I :immobility	ผู้ป่วยยังมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade ๓ แขนข้างซ้ายปกติ เกรด ๕ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ADL คะแนน ๑๘ MRS= ๓
N : nutrition	ให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองไม่ได้
H : home environment	บ้านปูนชั้นเดียว มีห้องโถงโถง มีเตียงนอน ให้ผู้ป่วย มีชั้นวางของและวางอุปกรณ์ จัดวางเป็นระเบียบ มีห้องน้ำติดกับกับห้องโถง บริเวณด้านนอกมีต้นไม้ และด้านหลังบ้านเป็นอู่ซ่อมรถยนต์
O : other people	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา มารดา สามี และบุตร ๑ คน อายุ ๓ ปี โดยปกติผู้ป่วยและสามีจะเป็นผู้รับผิดชอบรายได้หลักเลี้ยงครอบครัว มารดามีหน้าที่เลี้ยงหลาน(บุตรของผู้ป่วย) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง บิดามีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีพฤติกรรมสุขภาพดีมีสุราทุกวัน
M : medication	ผู้ป่วยรับประทานยาโดยการบดแล้วให้ทางสายยาง รับประทานตามแพทย์สั่ง ถูกต้องตามแผนการรักษา
E : examination	สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๒ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๖/๖๙ มิลลิเมตรปรอท DTX = ๑๐๑ mg % O _๒ sat = ๑๐๐%
S : safety	เตียงนอน ผู้ป่วยเป็นไม้ ขนาด ๓ ฟุต ไม่มีราวกันเตียง สูงจากพื้น ๓๐ ซม.พื้นห้องปูด้วยกระเบื้อง ไม่ลื่น ข้าวของเครื่องใช้เป็นระเบียบ
S : spiritual health	โดยปกติผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดทำบุญตามโอกาส ชอบเที่ยว ไร่ เรืองสนุกสนาน มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ
S : service	ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา

สรุปจากการประเมินผู้ป่วย พบปัญหาและนำมาวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ดังนี้

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ครั้งที่ ๖ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖

หลังจากติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ๕ ครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง จำบุคคล สถานที่ได้ ถอดสายยางให้อาหารทางจมูกออก รับประทานอาหารทางปากเองได้ ไม่มีสำลัก แพทย์ให้ถอดท่อเจาะคอออกหายใจสะดวกดี แผลปิดแล้ว ช่วยเหลือตัวเองได้ ADL ๐ คะแนนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพิ่มเป็น ๒๐ คะแนน สามารถช่วยเหลือครอบครัวโดยทำงานบ้านได้เล็กน้อย มีอาการขาที่แขนขวา แขนยกได้ไม่สุด ซาซาสองข้างเวลาเดินมาก mortar power grade ๓ ไม่มีชักเกร็ง ปวดศีรษะ และตาพร่ามัวบางครั้ง พบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว แพทย์ให้เอกซเรย์สมอง พบว่ามีเนื้อสมองตายบางส่วน แพทย์อธิบายพยาธิสภาพของโรค ไม่นัดอีก ให้รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลวัฒนานคร จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นลำดับ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด มีอาการหลงลืมบางครั้ง และกลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานพยาบาลชุมชน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลวัฒนานคร จำนวน ๑ ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรค

๔.๒.๒ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

๔.๒.๓ กำหนดวัตถุประสงค์ของการศึกษา

๔.๒.๔ ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔.๒.๕ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๔.๒.๖ ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษา

๔.๒.๗ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

๔.๒.๘ ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และการให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

๔.๒.๙ เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

๔.๒.๑๐ นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย

๔.๓.๒ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ งานพยาบาลชุมชน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรค จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๑๓๓ วัน ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ๕ ครั้ง

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน ให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนองาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

การศึกษาระณีศึกษา นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล และการจัดทำมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน ที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร เป็นการบาดเจ็บรุนแรงและได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน จนอาการดีขึ้น แต่ยังคงกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อรับการดูแลแบบ Intermediate care เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่ เพื่อลดความพิการด้านร่างกาย จิตใจ กลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว โดยแบ่งการดูแลเป็น ๓ ระยะ ๑) ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ๒) ระหว่างเยี่ยมบ้าน ๓) หลังเยี่ยมบ้าน โดยในแต่ละระยะของการดูแล จะมีความยุ่งยากซับซ้อนที่แตกต่างกัน ซึ่งได้นำมาจัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน ให้ได้รับความปลอดภัย ดูแลต่อเนื่องตามสภาพปัญหา มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในระหว่างการรักษา และภายหลังการรักษา ทั้งในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้าน นับเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของพยาบาล ที่ต้องมีหน้าที่เป็นผู้ส่งเสริม สนับสนุน และประสานการร่วมดูแลจากทีมสุขภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการ และอาการแสดง มีทักษะในการประเมิน ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ช่วยให้วางแผนการดูแลได้ถูกต้อง โดยใช้กระบวนการพยาบาล มีการประเมินซ้ำ เพื่อให้สามารถประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้รวดเร็ว รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนหาย หรือหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยต้องเป็นแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๑. นำผลการศึกษา ในด้านความรู้เรื่องพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การประเมินอาการ

การรักษาผู้ป่วยวิกฤติ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน

๒. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน จนผ่านพ้นระยะวิกฤติ ได้รับการฟื้นฟูสภาพ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตามหลัก INHOMESSS หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๓. การทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเรื่อง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

๔. เผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นที่บ้าน

๕. เป็นข้อมูลวิชาการสำหรับผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. นำผลการศึกษา ในด้านความรู้เรื่องพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การประเมินอาการ การรักษาผู้ป่วยวิกฤติ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่บ้าน

๒. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน จนผ่านพ้นระยะวิกฤติ ได้รับการฟื้นฟูสภาพ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นที่ต้องใช้ต่อที่บ้าน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตามหลัก INHOMESSS หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. การทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเรื่อง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

๔. เผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นที่บ้าน

๕. เป็นข้อมูลวิชาการสำหรับผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา เป็นผู้หญิง อยู่ในวัยแรงงาน สาเหตุการได้รับบาดเจ็บมาจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ แล้วถูกรถยนต์ชน ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีการบาดเจ็บร่วมหลายระบบ ถือเป็นบาดเจ็บที่รุนแรง ต้องได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ และให้การรักษาอย่างรวดเร็ว ได้รับการผ่าตัดสมองเพื่อเอาเลือดออก มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จนสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตมาได้ อย่างปลอดภัย และต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง โดยเฉพาะได้รับบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งเมื่อสมองได้รับบาดเจ็บ อาจทำให้ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการ ซึ่งมากขึ้นกับพยาธิสภาพการบาดเจ็บของสมอง ซึ่งการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยกลับมา มีสภาพ ร่างกายปกติ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อยที่สุด ผู้ป่วยอาจหลงเหลือความพิการบ้าง หรือพิการติดเตียง ก็จะเป็น ปัญหาสุขภาพพระยะยาวต่อผู้ป่วยและครอบครัว อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยญาติต้องมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย

๒. มีระบบการให้คำปรึกษา ๒๔ ชั่วโมง กรณีมีปัญหา เป็นการสร้างความมั่นใจแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

๓. การเสริมพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแล ให้เกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อย่างเต็มศักยภาพ

๔. บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน หรือมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว

๕. ต้องมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

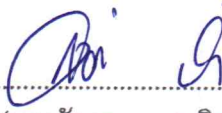
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

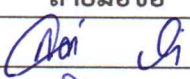
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) ...นางลัดดา สมมิตร.....สัดส่วนของผลงาน.....๙๐%.....
๒) ...นางสาวสมิตา พงพรม.....สัดส่วนของผลงาน.....๑๐%.....



ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน
(นางลัดดา สมมิตร)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ...๒๗.../...มิถุนายน...../...๒๕๖๖.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางลัดดา สมมิตร	
นางสาวสมิตา พงพรม	สมิตา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นายสุขุม พิริยะพรพิพัฒน์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒนนคร
(วันที่) ..๒๗.../...มิถุนายน...../...๒๕๖๖.....
(ลงชื่อ) 
(นายธราพงษ์ กัปโก)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
(วันที่) ๒๐ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ.....ชำนาญการพิเศษ.....)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย สมอง อารมณ์และสังคม จึงเป็นวัยที่คนส่วนมากกลัว ดังนั้นการได้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าวก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ปรับตัวได้ดียิ่งขึ้นรวมทั้งบุตรหลานหรือผู้ใกล้ชิด มีส่วนสำคัญมากในการช่วยให้ท่านปรับตัวได้อย่างมีความสุข จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น ในปี ๒๕๖๒ จำนวนผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีจำนวน ๑ พันล้านคน จำนวนนี้จะเพิ่มเป็น ๑.๔ พันล้านภายในปี ๒๕๗๓ และ ๒.๑ พันล้านภายในปี ๒๕๙๓ การเพิ่มขึ้นนี้เกิดขึ้นในอัตราที่ไม่เคยมีมาก่อนและจะเร่งตัวขึ้นในทศวรรษต่อไป โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับโครงสร้างทางสังคมในทุกภาคส่วนตัวอย่าง เช่น การดูแลสุขภาพและสังคม การคมนาคมที่อยู่อาศัย และการวางผังเมือง การทำงานเพื่อทำให้โลกเป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นส่วนสำคัญและเร่งด่วนของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอย ในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ และความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น โดยพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเสื่อมสภาพโดยความสูงอายุนอกจากจะทำให้มีปัญหาสุขภาพร่างกายแล้ว ยังมีความเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “ความเปราะบาง” นั้นเอง นอกจากนี้ยังเกิดได้จากพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การบริโภคสุรา บุหรี่ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ดังนั้นเพื่อให้มีการเตรียมการรับมือกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนสำคัญมากที่สุดก็คือการเตรียมความพร้อมของการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา เพื่อเน้นและให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะโรคสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ การดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพควบคุม ป้องกันโรคตั้งแต่ในชุมชนโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ และมีผลกระทบต่ออายุไขของผู้สูงอายรรวมถึงภาวะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในกรณีนี้สามารถป้องกันได้

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วนและอาจมีความจำกัดในการทากิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระทางด้านจิตใจอาจมีภาวะซึมเศร้า หลงลืม หรือสมองเสื่อม เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย

การพัฒนาระบบสุขภาพ มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้มีการยกระดับการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูรวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านมีการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน เพื่อประชาชนสุขภาพดีที่สุดในที่สุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ๒๕๕๕)

โดยเฉพาะวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการส่งเสริมดูแลให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาว ไม่เจ็บป่วยก่อนวัยอันควร ถือเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทในชุมชนมากที่สุด โดยให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนให้บริการดูแลรักษาโรคเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการดูแลแบบองค์รวม

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ ๒๕๖๖-๒๕๖๗ โดยใช้มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรมอนามัย ๗ หมวด อันประกอบด้วยหมวดที่ ๑ :การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ หมวดที่ ๒ :ประเมินและให้คำแนะนำภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแก่ผู้สูงอายุ หมวดที่ ๓ :การส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมวดที่ ๔ :การช่วยเหลือ สนับสนุน และการบริหารจัดการ หมวดที่ ๕ :โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหมวดที่ ๖ :การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและหมวดที่ ๗ :ชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการบริการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวไม่เสียชีวิต และไม่เจ็บป่วยจนมีภาวะพึ่งพิงก่อนวัยอันควร

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย ถือเป็นแนวทางที่ดีที่จะนำมาจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีศักยภาพในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามบริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งในเรื่องความเป็นอยู่ สถานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อ ตลอดจนภูมิปัญญาต่างๆ เหล่านี้ล้วนทำให้สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน การจะนำรูปแบบบริการใดบริการหนึ่งมาใช้ในพื้นที่ อาจไม่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมในทุกจังหวัด เพื่อให้เป็นรูปแบบบริการใช้ได้จริงในแต่ละพื้นที่ที่มีความยั่งยืน ปลอดภัย และเกิดความเสมอภาคเท่าเทียม

อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว มีผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑,๗๓๖ คน ได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น ๙,๒๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๑๘ จำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน(Independent) ได้ ๓ กลุ่ม ดังนี้กลุ่มที่ ๑ ติดสังคม จำนวน ๘,๑๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๒๘ กลุ่มที่ ๒ ติดบ้าน จำนวน ๑,๑๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๙๗ และกลุ่มที่ ๓ จำนวน ๗๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๕ อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๑ แห่ง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
๒. เพื่อศึกษาผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗-๒๕๖๘

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินสถานการณ์ในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการและกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว สำหรับเป็นข้อมูลและแนวทางใน

การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

๑. ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำนวน ๑๒๐ คน ประกอบด้วย

- ผู้สูงอายุติดบ้าน ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- องค์กรบริหารส่วนตำบล ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- ผู้นำชุมชน ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- Care giver ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน

๒. ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน ๑๐ ตำบล ยกเว้นตำบลวัฒนานคร อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำนวน ๑,๐๒๑ คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุติดบ้าน โดยการเลือกแบบตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) จำนวน ๒๗๘ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๑. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ ๑ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาคู่มือมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๑.๑ กระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำนวน ๑๒๐ คน ประกอบด้วย

- ผู้สูงอายุติดบ้าน ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- องค์กรบริหารส่วนตำบล ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- ผู้นำชุมชน ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน
- Care giver ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๑๐ ตำบลๆละ ๒ คน จำนวน ๒๐ คน

๑.๒ กระบวนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น สอบถามผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว และผู้สูงอายุติดบ้าน

๒. มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กรมอนามัยสร้างขึ้น

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการใช้เกณฑ์มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินผลการใช้เกณฑ์ฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นขอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มศึกษา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์และมีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามโดยจะจัดให้มีการสนทนาในแต่ละกลุ่มแยกกัน ด้วยการให้ผู้ประสานงานในแต่ละตำบล และนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการจัดทำแบบสอบถาม

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

5.1 กลุ่มบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลชุมชนส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้การสัมภาษณ์โดยทีมจากโรงพยาบาลวัฒนานคร

5.2 กลุ่มผู้สูงอายุ และ Care giver ใช้การสัมภาษณ์ที่บ้านโดยใช้แบบสอบถาม โดยใช้การสัมภาษณ์โดยทีมจากโรงพยาบาลวัฒนานคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมจากแบบสัมภาษณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency distribution) และร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดรูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน

3. เกิดเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล ทั้งภาครัฐและชุมชน


4. เกิดความพึงพอใจของทีมบุคลากร ผู้สูงอายุ ญาติ และชุมชน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีรูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

2. ผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ปลอดภัย มีความเสมอภาคและเท่าเทียม ร้อยละ ๘๐

3. ความพึงพอใจของทีมบุคลากร ผู้สูงอายุ ญาติ และชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอประเมิน

(นางลัดดา สมมิตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)๒๗...../.....มิถุนายน...../.....๒๕๖๖.....