**ใบบันทึกทางการพยาบาล UGIB**

| Date/เวร | Time | F: Focus / A: Assessment | I: Intervention / E: Evaluation | ผู้บันทึก/ตำแหน่ง |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | □ **F:** เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน□ **F:** เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน**A**: □ ผู้ป่วยสอบถามวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน/ที่จะไม่กลับเป็นซ้ำ□ ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน  ( ) ไม่ครอบคลุม  ( ) ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ............................................................................□ ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ( ) การรับประทานอาหาร ( ) ไม่ตรงเวลา ( ) รสจัด ( ) ดื่มสุรา ( ) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  ( ) สูบบุหรี่  ( ) ใช้ยาชุด ( ) เป็นประจำ  ( ) บางครั้ง □ ผู้ป่วยเป็นคน ( ) เครียดง่าย ( ) วิตกกังวล□ ผู้ป่วยยังไม่มีความมุ่งมั่นตั้งใจ/เป้าหมายในการ  ( ) เลิกดื่มสุรา  ( ) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม□ ................................................□ ................................................ | **I** : □ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้ D-METHOD ดังนี้**Disease**: □ ให้ความรู้เรื่องโรค UGIB เกี่ยวกับ ( ) สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง ( ) อาการและอาการแสดง ( ) การวินิจฉัยโรค ( ) การรักษา**Medicine:** □ ไม่ซื้อยารับประทานเอง ไม่ใช้ยาชุด □เน้นผู้ป่วยใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะยา กลุ่ม ASA, NSAID, Steroid ถ้าต้องรับประทานให้รับประทานยาหลังอาหารทันทีหรือดื่มน้ำตามมาก ๆ □ วิธีการรับประทานยา และให้รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ และการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ □ รับประทานยาเดิม และการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ**Environment & Economic:** □ หลีกเลี่ยงกิจกรรม/สถานที่/สิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ กิจกรรมที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ □ การปรับตัวเพื่อการทำงาน/ประกอบอาชีพ □ การดูแลรักษาความสะอาดของบ้านและความปลอดภัย**Treatment:** □ การสังเกตอาการผิดปกติ ( ) อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือดสด หน้ามืด เป็นลม ปวดท้อง ฯลฯ ( ) แผลมีอาการอักเสบ/ติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลปวด บวม แดง ร้อน มีหนอง แผลแยก ( ) ปวดแน่นท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน □ ให้ทำแผลทุกวันที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน □ เมื่อครบตัดไหม ให้ตัดไหมที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน□ สาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการให้อาหารทางสายยาง ( ) NG feeding ( ) Gastrostomy ( ) Jejunostomy และวิธีการดูแล□ อื่น ๆ ........................................................................**Health**: ให้ดูแลสุขภาพดังนี้□ ทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย/ลดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง พูดคุยระบาย เป็นต้น□ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ชา กาแฟ □ งดสูบบุหรี่□ ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง พักผ่อนให้เพียงพอ และป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบีที่ส่งผลให้เกิดภาวะตับแข็ง โดยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบาดแผล เลือด สารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อ□ ลดความเครียด สร้างแรงจูงใจ/การตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ □ ปรึกษาคลินิกสุขภาพจิตฯ เพื่อบำบัดกรณีผู้ป่วยสมัครใจ ( ) เลิกสุรา ( ) บุหรี่ ( ) มีความเครียดหรือวิตกกังวล□ พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.□ ออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่หักโหม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องมีการปะทะหรือใช้แรงมากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที□ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000-3,000 มล. กรณีไม่มีข้อห้าม ( ) จำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เกินวันละ.....................มล. □ ดูแลรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัด โดยไม่แกะเกาแผล ไม่เปิดแผลเอง ระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำในขณะเช็ดทำความสะอาดร่างกาย □ กรณีหลังผ่าตัด งดการทำงานหนัก หลีกเลี่ยงการยกของหนัก (มากกว่า 5 กก. ขึ้นไป) อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด□ วิธีการดูแลแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัวทุก2 ชม□ อื่น ๆ ...........................................................**Out-patient referral:** □ ให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อ ( ) ติดตามผลการรักษา ( ) ตรวจพิเศษ □ แนะนำช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น โทร 1669 ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน**Diet:** □ ให้รับประทานอาหาร ( ) ที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ตรงเวลา ( ) อาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล : โปรตีน ธาตุเหล็กและสังกะสี ไขมันดี วิตามินซี ( ) อาหารเฉพาะโรค (ระบุ)..........................( ) งดอาหารรสจัด อาหารหมักดอง ( ) งดอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ □ อาหารทางสายยาง ( ) NG feeding ( ) Gastrostomy ( ) Jejunostomy ( ) ประเภทอาหาร (ระบุ)....................**E:** □ ผู้ป่วย □ ญาติผู้ป่วย ( ) รับทราบและเข้าใจทั้งหมด ( ) รับทราบและเข้าใจบางส่วน ( ) ไม่รับทราบหรือไม่เข้าใจ ( ) บอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้องและครอบคลุม ( ) บอกไม่ถูกต้อง ( ) บอกถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ได้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ............................................................................................ |  |

ชื่อ.......................................สกุล...............................................อายุ............ปี

HN……………………….AN……………….....………หน่วยงาน........................................

แพทย์ผู้รักษา.......................................

**พัฒนาร่วมระหว่างกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม**