



การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : CHATU MODEL โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

Developing an integrated care system for the elderly: CHATU MODEL

Chaturaphakphiman Hospital, Roi Et Province

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 30,2023)

อักษรภักดิ์ บัวศรี¹

Aksaraphak Buasri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (ACE Star Model) ประกอบด้วยการค้นหาความรู้ การสังเคราะห์งานวิจัย การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์สู่การปฏิบัติ การนำความรู้สู่การปฏิบัติจริงและการประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ในระหว่างเดือน มกราคม 2562 - กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย มีระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การค้นหากลุ่มเป้าหมาย 2)การบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ โดยแพทย์ที่ดูแลส่ง Consult ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care Manager : CM), 3) CM ให้การดูแลตามแนวทางให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติ หรือผู้ดูแล 4) ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และ 5) ส่งต่อเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง และได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ 9 ข้อ ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประเมินผู้ดูแล ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการดูแลและการใช้อุปกรณ์ การจัดหาอุปกรณ์ การดูแลโดยสหวิชาชีพก่อนจำหน่าย การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุระยะยาว ขึ้น Pop up ใน Hos Xp และการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวันครบทุกคน ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admitted) จำนวน 2 ราย จากการติดเชืาระบบทางเดินปัสสาวะและปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลทุกคน หลังติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุ 20 ราย มีอาการคงที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นทำให้เปลี่ยนกลุ่มจากติดบ้าน ติดเตียงไปเป็นติดสังคม จำนวน 5 ราย และผู้สูงอายุติดเตียงเสียชีวิต จำนวน 5 ราย จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ ใช้เวลาน้อยในการดูแลจากเวลา 1 ชั่วโมง ลดเหลือ 30 นาที และลดอุบัติเหตุการล้มและการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน

สรุป : การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของของผู้สูงอายุและญาติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแล รวมทั้งได้รับการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่องผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บูรณาการ

Abstract

Research and Development)Research and development) Conduct research according to the conceptual framework of converting knowledge into practice (ACE Star Model) consists of searching for knowledge research synthesis converting synthesizers into action putting knowledge into practice and evaluating The objective is to develop an integrated care system for the dependent elderly by conducting a study of samples in Chaturaphakphiman Hospital During January 2019 - July 2021, the sample consisted of 30 dependent elderly who

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด E-mail : aksaraphak514@yahoo.com

met the inclusion and exclusion criteria. Data were collected. by using the daily activities assessment form Barthel ADL index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) and data analysis by descriptive statistics.

Research results: There is an integrated dependent elderly care system consisting of 5 steps: 1) target group search; 2) The attending physician sends a consultant to the care manager for the elderly (Care Manager: CM), 3) CM provides care according to the guideline for providing knowledge about the care of the elderly to relatives or carers. 4) Registration of dependent elderly (Long Term Care) and 5) referral to the continuous care network and 9 integrated guidelines for caring for the elderly with dependent conditions were obtained, including the assessment of daily activities; The Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living (ADL) assesses carers. knowledge of patients and relatives knowledge of body care Skills in care and use of equipment supply of equipment Multidisciplinary care before distribution Long-term registration of the elderly Pop up in Hos Xp and Continuing Care Network Data Transmission Thirty dependent elderly people received care according to the integrated care guideline for the dependent elderly. Everyone has been assessed on their daily routines. There was no readmission within 48 hours. The rate of re-hospitalization within 28 days (Re-admitted) was 2 cases. from urinary tract infections and lung infections All patients and relatives were satisfied with their care. After follow-up after discharge from the hospital, 20 elderly patients showed stable symptoms and improved daily activities causing the group to change from being stuck at home 5 cases of bed-bound elderly were socially attached and 5 cases of bed-bound elderly died. easy to follow Takes less time to take care of from 1 hour to 30 minutes and reduces the incidence of operational risks.

Conclusion : The development of an integrated care system for the dependent elderly enable the elderly to receive care from a multidisciplinary Relatives have the knowledge and skills to take care of them. Including receiving continuous information from the health network, the elderly receive comprehensive and effective care, resulting in a better quality of life for the elderly.

Keyword : Care system, Dependent elderly, Integrated

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปีพ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน คาดการณ์ว่าโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในศตวรรษแห่งผู้สูงอายุช่วงปี 2001 - 2100 ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้นมีความเป็นอยู่ที่ดีมีโภชนาการทางอาหาร ที่ถูกหลักอนามัย ประชากรมีมาตรฐานชีวิตที่ดี มีการศึกษา มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ซึ่งจะส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น อัตราการตายลดลง ประชากรมีอายุยืนยาวจน ทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจจะมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและการแพทย์ ทำให้รัฐบาลสามารถพัฒนาด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง มีระบบสวัสดิการทางสังคมที่ดีส่งผลให้

ปัจจุบันแนวโน้มประชากรสูงอายุ ประเทศไทย มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเกิน ร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั้นหมายถึงเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) และ คาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aging Society) คือ ร้อยละ 30 ในปี 2578¹ ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย 85 ปีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 75 ปี² เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบการทำงานของร่างกายจะเสื่อมประสิทธิภาพลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น รองลงมา คือ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่พ้นจากวัยทำงานสู่วัยเกษียณอายุ เนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลงไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม รายได้ลดลง การพึ่งพิงก็จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ตลอดจนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และภาวะต่างๆ

ที่มาจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจิตใจ จิต
สังคม เมื่อเจ็บป่วยจึงทำให้นอนโรงพยาบาลนาน เสีย
ค่าใช้จ่ายมาก เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลายเป็นผู้ป่วย
ติดเตียงได้ง่ายขึ้น จนทำให้การพึ่งพาสูงขึ้น ทำให้เกิด
ความเครียด เกิดภาวะทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามมา
และถ้าผู้สูงอายุและญาติได้รับการดูแลที่ดี มีแนวทาง
การดูแลที่มีประสิทธิภาพและส่งต่อข้อมูลการดูแลจะ
ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจะทำให้ลดภาระ
ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำ
ปรึกษา การฝึกทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง รวมทั้งการ
ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้กับเครือข่ายการดูแล
จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพ ซึ่งสอดคล้อง
กับงานวิจัยที่พบว่า แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีสุขภาพที่ดี
ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแล
สุขภาพ การให้ความรู้และการมีอุปกรณ์ในการดูแลใน
ช่องปากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี
คำแนะนำปรึกษาดูแลที่ถูกต้องจะสามารถลดภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติได้³ และยังซึ่ง
สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการใช้โปรแกรมการ
ให้การศึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวพุทธธรรมแนววิถีพุทธ
โดยการประเมินสภาพ การให้ความรู้ การดูแลแบบกลุ่ม
และการฝึกทักษะชีวิตจะทำให้คนไข้ลดภาวะซึมเศร้า
ของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าได้⁴
เช่นเดียวกับผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนทำให้ผู้สูงอายุ
ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มตั้งแต่
กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อเข้ารับการดูแล
ในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การให้
คำแนะนำพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
ตลอดจนการส่งต่อการดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกับหน่วยงานใน
ชุมชน ติดตามเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหา
และความต้องการแต่ละบุคคลสามารถลดอัตราการตาย
จาก ร้อยละ 5.87 เหลือ ร้อยละ 2.49 ผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองพึงพอใจกับระบบ

บริการที่ได้รับในระดับมากที่สุดร้อยละ 61.50⁵ และ
พบว่าระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการ
เคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพทำให้เกิด
กระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการครอบคลุมแบบองค์
รวมและต่อเนื่องทั้ง การเตรียมความพร้อม ฝึกทักษะ
และการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเครือข่าย
สุขภาพผลของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคน
พิการ⁶

อำเภอจตุรพักตรพิมาน มีประชากรผู้สูงอายุ
ทั้งหมดใน ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 11,540 คน
(ร้อยละ 14) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม 9,963 คน (ร้อยละ
86) ติดบ้าน จำนวน 589 คน (ร้อยละ 5) และ ติดเตียง
จำนวน 101 คน (ร้อยละ 8.8) และ ตำบลหัวช้าง
จำนวน 1,852 คน (ร้อยละ 14) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม
1,394 คน (ร้อยละ 73.67) ติดบ้าน จำนวน 32 คน
(ร้อยละ 1.73) และ ติดเตียง จำนวน 26 คน (ร้อยละ
1.40) มีผู้สูงอายุ จากการสำรวจฐานข้อมูลจาก
โปรแกรม Hos xp พบว่า 5 อันดับโรค ที่พบบ่อยใน
ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรค
เรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไต
วายเรื้อรัง และ ไขมันในเลือดสูงและอาการอื่นๆ ต้อง
เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ บางครั้งต้องนอน
โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
เช่น เกิดแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ข้อติด การติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะ กลายเป็นคนไข้ติดบ้าน ติด
เตียงที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เป็นภาระผู้ดูแลที่ต้อง
ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งการสูญเสียรายได้ รวมทั้งมี
ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาด้าน

จากการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุในการ
ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน
พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและ
หัวใจ และโรคหัวใจ เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลนาน เกิดภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง
เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ใช้เวลาดูแลฟื้นฟูนาน
ค่าใช้จ่ายสูง เป็นภาระครอบครัว สังคม ในการ
ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุพบปัญหาหน้างานบ่อย ปี พ.ศ.
2561 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล จำนวน 20 ราย แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ และส่ง Consult ในคลินิก Long Term Care และ Care Manager (CM) เข้าไปประเมินและให้การดูแล พบว่าไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน สูงอายุและผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 10 ราย มีการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน จำนวน 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ราย คือ แผลกดทับ ปอดอักเสบ และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุขาดการดูแลจากเครือข่าย ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้เวลาทำ Group meeting นาน 1 ชั่วโมง และเมื่อ Care Manager ไม่อยู่เจ้าหน้าที่อื่นไม่สามารถปฏิบัติงานแทนได้ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น

ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพจากญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเครือข่ายในชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : CHATU MODEL โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและหาแนวทางการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนและเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 3 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการ

ตามแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ ACE Star Model of knowledge transformation ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาความรู้ 2) การสังเคราะห์งานวิจัย 3) การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์สู่การปฏิบัติ 4) นำความรู้สู่การปฏิบัติจริง และ 5) การประเมินผล ซึ่งได้นำแนวทางการดูแลแบบบูรณาการไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ที่ตึกผู้ป่วยนอก นอนรักษาในโรงพยาบาล และแพทย์ส่ง Consult Long Term Care จำนวน 30 ราย ที่สมัครเข้าร่วมวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม 2562 – กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน 2) มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยในทั้งนอนรักษาและไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงทำการการศึกษา 3) แพทย์ส่ง Consult Long Term Care 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิตระหว่างการศึกษ 2.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนต้องส่งต่อสถานพยาบาลอื่นระหว่างการศึกษ 3.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถอนตัวออกจากการศึกษา จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือน มกราคม 2562 - กรกฎาคม 2564

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล การประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล การประเมินความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการใช้อุปกรณ์ ความจำเป็น/ความต้องการใช้อุปกรณ์ การดูแลของสหวิชาชีพ การขึ้นทะเบียน Long Term Care และ การประสานงานเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน ได้ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน และ สาขาการบริหารการพยาบาล หัวหน้าตึกโรคไม่ติดต่อ จำนวน 1 คน เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเกี่ยวข้องของเครื่องมือแล้วและได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้เท่ากับ .96

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

โดยใช้ Model การแปลงรูปแบบของความรู้ใน ACE Star Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1.ขั้นเตรียมการ

- 1.การค้นหาคำความรู้ (Knowledge discovery) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลบริบทพื้นที่และสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์
- 2.จัดทำโครงร่างวิจัย
- 3.ประกาศนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4.จัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน
- 5.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ขั้นตอนการ

1. การสังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบได้ความรู้ที่สอดคล้องโดยไม่มีข้อขัดแย้งกัน (Evidence Summary) โดยนำมาสรุปจนได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบ

บูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

2. การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์หลังสู่การปฏิบัติ (Translation) นำสิ่งที่สังเคราะห์ได้มาออกแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพจนได้ระบบจนได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ได้นำไปหาคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ประจำ ประสานงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน APN ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity index : CVI) เท่ากับ .96 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ราย และมีการปรับปรุงแนวทางอย่างต่อเนื่องจนได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมาตรฐาน

3. การบูรณาการ (Integration) คือ การนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง โดยการนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด สู่การปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนน ดัชนีบาร์เธลแอคทีวี่ (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์ส่ง Consult ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) จำนวน 30 คน เมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในเกิดความสับสนในการประเมินและแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลทำให้แพทย์ส่งผู้สูงอายุปรึกษาผิดแผนก จึงนำไปสู่การปฏิบัติใน วงรอบที่ 1

วงรอบที่ 1 พยาบาลผู้ดูแลเกิดความสับสนในการประเมินและแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลทำให้แพทย์ส่งปรึกษาผิดแผนก จึงมีการประชุมทีมพยาบาลผู้ดูแลในแต่ละแผนก รวม 5 คน

เพื่อวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและวางแผนการพยาบาลร่วมกันโดยให้แยกกลุ่มผู้สูงอายุออกให้ชัดเจนและได้แนวทางการดูแล คือการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง (Long Term Care) ถ้าคะแนนมากกว่าถือว่า เป็นกลุ่มติดสังคมให้ Consult พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้านดูแล และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) ให้ Consult พยาบาล Palliative Care เมื่อนำไปประเมิน ADL พยาบาลผู้ดูแลสามารถจำแนกประเภทผู้สูงอายุได้ถูกต้อง เมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เมื่อผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลดูแลตามแนวทางแล้ว ญาติได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแล ทำให้เกิดคำถามว่าจะทราบได้อย่างไรว่าญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ จึงนำไปสู่การปฏิบัติใน วงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 เมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องแล้ว พบปัญหาการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลดูแลตามแนวทางแล้วและญาติได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแล ทำให้เกิดคำถามว่า จะทราบได้อย่างไรว่าญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ จึงได้มีการประชุมทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลแต่ละแผนก จำนวน 5 คน คัดข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาที่พบในครั้งที่ 2 ร่วมกับ พบว่าการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างทีมในการดูแล หลังการประชุมทำให้ได้ Check list 2 tick ในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อติดตามผลการให้ความรู้และฝึกทักษะของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะการใช้อุปกรณ์ หลังให้ความรู้ /สอน สาธิตและให้ญาติลงมือปฏิบัติ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 โดยพยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะในการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อสื่อสารให้กับบุคลากรที่ดูแลทราบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลและผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพจนเกิดทักษะและให้การดูแลได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่าย โดยใช้แบบ Check list 2 tick ติดไว้หน้าชาร์จเวรระเบียบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 เป็นการประเมินผล

การฝึกปฏิบัติของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายโดยพยาบาลผู้ให้การดูแลประจำตัวผู้ป่วย ผลพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด ผ่านการฝึกปฏิบัติทั้งหมด กรณีไม่ผ่าน พยาบาลผู้จัดการดูแลจะประสานแพทย์เวรเพื่อขอเวลาฝึกทักษะการดูแลเพิ่มเติมจนกว่าผู้ดูแลมีทักษะและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุไปใช้ทำให้เกิดความสะดวกง่ายต่อการประเมินความก้าวหน้าของญาติในการดูแลสะดวกและวัดผลได้ ทำให้สามารถจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกสู่ชุมชนได้ง่าย ก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนพบปัญหาที่สำคัญ คืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ทั้งที่นอนลม เตียง ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ รวมทั้งอุปกรณ์ทำแผล จึงมีการประชุมในวงรอบที่ 3

วงรอบที่ 3 ในการประชุมทีมพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน และได้แนวทางว่า กรณีมีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน เช่น มีแผลกดทับ จำเป็นต้องมีเตียง ที่นอนลมและชุดทำแผล พยาบาล/ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ประสานศูนย์เยี่ยมบ้านในการจัดหาอุปกรณ์ให้ครบก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีอุปกรณ์ไม่มี หรือไม่ครบผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ประสานผู้จัดการดูแลระดับตำบลที่อยู่อาศัยเพื่อประสานในการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง และได้ประสานงานองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อของบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ในการจัดซื้ออุปกรณ์จนได้อุปกรณ์ในการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3. ขั้นตอนประเมินผล

การประเมินผล (Evaluation) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน : CHATU MODEL โดยรูปแบบ ACE Star Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหากลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาล โดยการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุ หัวหน้างาน และคณะกรรมการดูแลและพัฒนา

กระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient Care Team : PCT) เพื่อให้รับทราบนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีสสุขภาพทุกคนและให้ทุกแผนกมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยในโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุพบว่า มีการ Consult จำนวน 30 ราย ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ราย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 7 ราย และแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 18 ราย

ขั้นตอนที่ 2 แพทย์ส่ง Consult ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและพบว่าเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน แพทย์พิจารณาส่ง Consult ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) เพื่อให้การพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การพยาบาลโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีประสานเชื่อมต่อกับผู้จัดการการดูแลเครือข่ายสุขภาพระดับระดับอำเภอให้ไปติดตามดูแล ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประเมินผู้ดูแล ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการดูแลและการใช้อุปกรณ์ การจัดหาอุปกรณ์ การดูแลโดยสหวิชาชีพก่อนจำหน่าย การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุระยะยาว ขึ้น Pop up ใน Hos Xp และการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องหลังการดูแลตามแนวทางได้มีการบันทึกข้อมูลในเวช

ระเบียนผู้ป่วยในแบบบันทึกรายการ Consult จำนวน 30 ราย

ขั้นตอนที่ 4 ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในโปรแกรม Hos Xp และเขียนบันทึก Pop up ใน Hos Xp เพื่อเป็นการสื่อสารว่าผู้สูงอายุรายนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว

ขั้นตอนที่ 5 ส่งต่อเครือข่าย เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการแล้ว ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ปัญหาอุปสรรค และข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 12 แห่ง เพื่อให้ติดตามการดูแลและนำข้อมูลขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) เพื่อขออนุมัติงบประมาณในการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ติดตามดูแลและทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2563 COE 0562563

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 69.93 ปีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60) เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.3) อาชีพ

ว่างงาน (ร้อยละ 56.7) รายได้เฉลี่ย 720 บาท/เดือน โดยมีแหล่งรายได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุ/ผู้พิการ (ร้อยละ 93.3) อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 63.3) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 96.7) และมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.3) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ADL 0-4 คะแนน (ร้อยละ 76.7) อยู่ในกลุ่ม 3 ซึ่งเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง (ร้อยละ 76.7) มีผู้ดูแลทุกคน เป็นบุตร (ร้อยละ 53.3) ให้การดูแลเป็นอย่างดี ด้านการประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ซึม พูดหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 70) ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการเจ็บป่วย (ร้อยละ 96.7) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายโดยผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการทำความสะอาดร่างกายและการเช็ดตัวลดไข้ (96.7) ความรู้และทักษะการใช้อุปกรณ์ในผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลการให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 60) ประเมินความจำเป็น/ความต้องการในการใช้อุปกรณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นในการใช้ที่นอนลม และเตียงนอนมากที่สุด (ร้อยละ 76.7) การดูแลของทีมนสหสาขาวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการทุกวันขณะนอนโรงพยาบาล การประสานงานเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง พบว่าหลังการดูแลของผู้จัดการระบบการดูแล (Care manager) ได้มีการประสานงานการส่งต่อให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง ซึ่งเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในเครือข่ายและสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การขึ้นทะเบียน Long Term Care ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนและขึ้น Pop Up ใน Hos Xp ทุกราย เพื่อเป็นการสื่อสารกับบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการแล้ว

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 1) การค้นหากลุ่มเป้าหมาย 2)การบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ โดยแพทย์ที่ดูแลส่ง Consult ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM), 3) CM ให้การดูแลตามแนวทางให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติ หรือผู้ดูแล 4) ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และ 5) ส่งต่อเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง เมื่อนำระบบนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่าได้รับการดูแลตามแนวทางผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีการจัดกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลแอคทีวิตีแอด (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ก่อนจำหน่ายทุกราย มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยการมาพบต่อเนื่อง จำนวน 3 ราย มีภาวะแทรกซ้อนและกลับมานอนโรงพยาบาลใน 28 วัน (Re-admitted) ด้วยการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะและปอดติดเชื้อ รวมจำนวน 2 ราย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอาการคงที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพ จำนวน 20 ราย ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 5 ราย ผู้สูงอายุและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมากทุกราย หลังการนำแนวทางไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ลดระยะเวลาในการทำ Group meeting จาก 1 ชั่วโมง เป็น 30 นาที และไม่มีอุบัติเหตุในการดูแล แนวทางนี้ ง่าย สะดวกต่อผู้ปฏิบัติ เพราะเมื่อผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุไม่อยู่พยาบาลในตึกสามารถใช้แนวทางการดูแล ผู้สูงอายุได้ บุคลากรที่ให้บริการเกิดความพึงพอใจในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการจากการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งอภิปรายได้ ดังนี้

1.ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วย 5 1)การค้นหากลุ่มเป้าหมาย 2)การบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ โดยแพทย์ที่ดูแลส่ง Consult

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM), 3) CM ให้การดูแลตามแนวทางให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติ หรือผู้ดูแล 4) ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และ 5) ส่งต่อเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ชัดเจน มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแล รวมทั้งได้รับการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่องผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ได้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย กลับมาฟื้นฟูสภาพหรือพักฟื้นที่บ้าน การดูแล ต่อเนื่องที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความ ต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความคล้ายคลึงกับการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) การบริการเชิงรุก 4) การบริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา อธิบาย⁸

2.ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน พบว่า ไม่มี

การกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง จำนวน 30 ราย ไม่มีการ Re-admit ใน 28 วัน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 28 ราย มีภาวะแทรกซ้อนและกลับมานอนโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะและปอดติดเชื้อจำนวน 2 ราย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอาการคงที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพ จำนวน 20 ราย ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 5 ราย และญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลทุกราย ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแลที่ได้รับ การดูแล ต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน และไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Re-admit) มีความพึงพอใจต่อ การดูแลต่อเนื่องที่ได้รับในภาพรวมในระดับสูงที่สุด ร้อยละ 100⁹ และยังมี การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดระนอง พบว่า ผลการ ประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมิน ADL โดยรวมเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่าการส่งต่อเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาโดย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การให้คำแนะนำพัฒนา ทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตลอดจนการส่งต่อ การดูแลสู่ชุมชนร่วมกับหน่วยงานในชุมชน ติดตาม เยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความ ต้องการแต่ละบุคคลสามารถลดอัตราการตายจาก ร้อย ละ 5.87 เหลือ ร้อยละ 2.49 ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองพึงพอใจกับระบบบริการที่ได้รับใน ระดับมากที่สุดร้อยละ 61.50¹¹

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประจำปีพ.ศ.2559. กรุงเทพมหานคร: กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. ศูนย์อนามัยที่4 สระบุรี.(2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. กรมอนามัย
3. รัชนก แดนเขตต์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้อง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. สุริยะ จงแพ, สุณิฉิม พิบูลย์, มุนา วงศาโรจน์, พชร รัตนพร พัทธ์, ศิริเพ็ญ แก้วประดิษฐ์, & นกสร แก้ว นิลกุล. (2559). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า ด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแนวพุทธธรรมและโยคะ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (3), 66-79.
5. ทศนีย์ อนันทวัน. (2559). รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ . สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 23(2)
6. ชัชวาลย์ ขจรอนันต์. (2553). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลหนองหงส์ . ผลงานวิชาการดีเด่น สาขาผู้พิการและผู้สูงอายุระดับจังหวัด.
7. วิลาวรรณ ชมนิรัตน์, นิตย ทศนิยม. (2551) การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(3), 12-21.
8. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศลวิตร, & นฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2019). รูปแบบการดูแลระยะ ยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม. มนุษยสังคมสาร(ม ส ส.) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 17(1), 1-20.
9. มนต์รัตน์ ภูทองชัย. (2020). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(1), 63-72.
10. ประภาพร จอมเทพมาลา. (2017). ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการจังหวัด ระนอง. Region 11 Medical Journal, 31(3), 507-522.
11. จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ตง และ รสสุคนธ์ สามแสน. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ .วารสารกองการพยาบาล. 39(2).