การพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว :กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Elderly Patients with Chronic Non-Communicable Diseases and Bedridden Dependency Using the Concept of Empowering Family Caregivers:A Case Study of Two Patients.

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

มานีจันทร์ สารสี[1]
Maneejan sansee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการเปรียบเทียบการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนการดูแลสุขภาพครอบครัวโดยใช้แนวคิดแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว และปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะข้อยึดติดมีภาวะพร่องโภชนาการและผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตัวเองญาติรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่ขาดความตระหนักและทักษะกระตุ้นในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ไม่มีความพร้อมด้านผู้ดูแล ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มแย่ลง ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยและญาติรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตัวเอง แต่ไม่กล้าขยับตัวกลัวเจ็บตอนที่แผลยังไม่หายและขาดความตระหนักในการดูแลฟื้นฟูกายภาพ ผู้ดูแลพร้อมแต่ขาดทักษะและความมั่นใจ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นคะแนน ADL เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุพึ่งพิง ,การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, Empowerment

Abstract

This study was 2 case study aimed to study and compare health management in 2 dependent elderly with chronic non-communicable diseases who are bedridden and dependent. The study is conducted from February 1, 2024 to July 31, 2024. The instruments used include data collection forms, patient medical records, interviews, observations, data analysis using Gordon's health model, disease pathology, treatment, family health care planning using the concept of family caregiver empowerment, nursing practices according to nursing diagnoses, and nursing outcome assessment.

The results of the study found that both patients had similar problems, namely, complications from chronic diseases, decreased ability to perform daily activities, joint stiffness, malnutrition, and caregivers lacking awareness in caring for patients appropriately with the disease. Patient 1 was not aware of his own health condition. Relatives were aware of the patient's health condition but lacked awareness and skills in stimulating health care and rehabilitation. There was no readiness in terms of caregivers, causing the patient's health condition to tend to worsen. Patient 2 was both the patient and relatives were aware of their own health condition but did not dare to move for fear of pain while the wound had not healed and lacked awareness in physical rehabilitation care. The caregivers

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

were ready but lacked skills and confidence, causing the patient's health condition to tend to improve and the ADL score to increase.

Keywords: Dependent elderly, home care, empowerment

บทนำ

ในสถานการณ์โลกปัจจุบันสังคมโลกกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 (ค.ศ. 2050) โดยในช่วง ค.ศ. 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือ มีประชากร อายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด เช่นเดียวกับสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นสะท้อนถึง ภาระการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจากความเสื่อมทางร่างกายส่งผลต่อภาวะพึ่งพิงโดยส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นจากการรวบรวมสถิติทางประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบดัชนีภาวะพึ่งพิง คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เทียบกับประชากรวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ 15-59 ปี ในจำนวน 100คน (60+/<15) พบว่า ภาวะพึ่งพิงของวัยสูงอายุที่มากที่สุด คือ ภาคเหนือ 104.60 ต่อพันประชากร รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 85.10 ต่อพันประชากรและจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะ “ติดเตียง” ที่ต้องการการพึ่งพิงคือ อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากข้อมูลการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุต่อประชากร วัยแรงงานในปีพ.ศ. 2566 พบว่า ประชากรวัยแรงงาน 5 คน ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบของครอบครัวไทยคือ มีขนาดเล็กลง[1]

ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 294,876 คน จากประชากรทั้งหมด 1,790,863 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 โดยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 2563 - 2564 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 15.11 และ 15.79 ตามลำดับ (ข้อมูลทั่วไป จาก Health Data Center 2565) นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปี 2565 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีจำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 186,633 คน คิดเป็นร้อยละ 63.29 มีผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 179,616 คน คิดเป็นร้อยละ 96.24 ติดบ้าน จำนวน 6,163 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30ติดเตียงจำนวน 854 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 ประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอบ้านไผ่ จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 78,412 คน คน คิดเป็นร้อยละ 24.01จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2567 ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าประชากรรวมมีจำนวน 3,468 คน ประชากรชาย 1,586 คน คิดเป็นร้อยละ 45.73 ประชากรหญิง 1,882 คน คิดเป็นร้อยละ 54.27 ประชากรผู้สูงอายุ 909 คน คิดเป็นร้อยละ 26.21 ผู้สูงอายุติดสังคม 856 คน คิดเป็นร้อยละ 94.16 ผู้สูงอายุติดบ้าน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 4.18 ผู้สูงอายุติดเตียง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 1.65 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังพบปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการ Geriatric syndromes เช่น ภาวะสมองเสื่อม หกล้ม เป็นต้น และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการจัดการสุขภาพลดลงและบางรายขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพเนื่องจาก มีปัจจัยแวดล้อมหลายด้าน เช่น ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นต้น[2]

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมักจะพบปัญหายุ่งยากซับซ้อนหลายด้านและต้องการการดูแลต่อเนื่อง และต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปช่วยดูแลแก้ไขปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจัดการ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง รายกรณีเป็นระบบการบริการที่มีคุณภาพสูงซึ่ง เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการทดสอบโปรแกรมการจัดการผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง รายกรณี จำนวน 2 ราย คือ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการประเมิน ปัญหา ความต้องการเป็นรายบุคคล ประสานงานในทีมสหวิชาชีพ วางแผน ติดตาม ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ตามแผนการดูแลที่พัฒนาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[3]

บทบาทพยาบาลในการดำเนินงานครั้งนี้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษามีบทบาทในด้านการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว การเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม (Focus group) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลภายใต้การดูแลของตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง เกิดความรู้สึกถึงความพึงพอใจในตนเอง และการรับรู้ถึงชีวิตที่มีเป้าหมายและมีความหมาย เมื่อเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลภายใต้การดูแลของตนเองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นดีที่สุดและสามารถนำไปสู่ขั้นตอนและกระบวนการของการปฏิบัติการดูแลตนเองได้จริงเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจที่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม โดยสมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความ คิดเห็นและเสนอแนวทางแก้ปัญหา นำไปสู่การเลือกและตัดสินใจ บทบาทในการเป็นผู้ดูแล (caregiver) ในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีและข้อมูลทางด้านการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ส่งเสริมความสามารถในการฝึกทักษะการดูแลด้วยตนเองที่บ้าน รวมถึงการเยี่ยมบ้านติดตามอาการผิดปกติของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง ด้วยตนเองที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง

2.เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

3.เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว :กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่6ช.ฯ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนการดูแลสุขภาพครอบครัวโดยใช้แนวคิดแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว และ

ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง มีผลการประเมิน ADL ครั้งแรก อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพารุนแรง) กลุ่มติดเตียง 2) ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียงที่ ให้การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือน อายุตั้งแต่ 18-65 ปี

2. รวบรวมข้อมูลโดย ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของกรณีศึกษาจากเวชระเบียน แฟ้มประวัติ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่ใช้ในการรักษา ติดตามเยี่ยมในชุมชน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การซักประวัติ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ การสังเกต และนำข้อมูลต่างๆ วิเคราะห์

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ก) คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ,2561)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ก) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ข) แบบสอบถามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ค) แบบประเมิน ADL ง) แบบประเมินคุณภาพชีวิต จ) แบบประเมิน Zarit burden ฉ) แบบประเมินความก้าวหน้าแผลกดทับ ช) แบบประเมินภาวะข้อติด ซ) แบบประเมินภาวะติดเชื้อ

ผลการศึกษา :

การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบทฤษฎีกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้ระบุ กระบวนการพยาบาล พร้อมตรวจสอบความสอดคล้องเหมาะสมกับกรณีศึกษาแต่ละราย จากกรณีศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ รายละเอียดแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลจากกรณีศึกษา

กระบวนการพยาบาล	กิจกรรมการเสริมสร้างพลังใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว	กระบวนการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1	กระบวนการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลัก ตกลงบริการ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหา วางแผน การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลร่วมกัน ใช้เวลา 2 เดือน โดยช่วงนี้จะให้ผู้ดูแลหลัก และพยาบาลนัดหมายการ ทุกสัปดาห์ และกำหนดนัดครั้งต่อไป	**ครั้งที่ 1** ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ **ขั้นตอนที่ 1** การค้นพบสภาพการณ์จริง และ **ขั้นตอนที่ 2** การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดเป็นกิจกรรมให้ผู้ดูแลพูดคุย แสดง ความรู้สึก ความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง 2.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ดูแล Empowerment ให้กำลังใจผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลชี้ให้เห็นศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง 2.เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ดูแล Empowerment ให้กำลังใจผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลชี้ให้เห็นศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ
ระยะที่ 2 เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ศักยภาพของตนเองและมีความมั่นใจในการดูแล โดยให้ผู้ดูแลทดลองฝึกด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา	**ครั้งที่ 2** ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ **ขั้นตอนที่ 3** การจัดการกับสถานการณ์ โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคล	3.ร่วมกับผู้ดูแลและทีมโภชนาการจัดตารางรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสาร อาหารเพียงพอกับความ	3.ร่วมกับผู้ดูแลและทีมโภชนาการจัดตารางรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลจากกรณีศึกษา

กระบวนการพยาบาล	กิจกรรมการเสริมสร้างพลังใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว	กระบวนการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1	กระบวนการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2
12สัปดาห์ นัดหมายการวีดีโอคอล หรือโทรศัพท์1-2 สัปดาห์ครั้ง แต่สามารถปรึกษา และส่งการบ้าน ผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ได้	ประกอบด้วยการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้นำกลับไปฝึกเองที่บ้าน	ต้องการของร่างกาย และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่ม เครื่องดื่มเน้นให้หวานน้อย ไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม 4.แนะนำการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย 5.แนะนำทำกายภาพบำบัดยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขนขา ข้อต่อต่างๆ การขมิบก้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้าม เนื้อและป้องกันข้อยึดเพิ่มขึ้น 6.แนะนำญาติจัดสิ่งแวด ล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อการติดเชื้อ 7.แนะนำญาติถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 8.ตรวจสอบการกินยาและแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ร่างกาย และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่ม เครื่องดื่มเน้นให้หวานน้อย ไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม 4.แนะนำการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้องและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย 5.แนะนำทำกายภาพบำบัดยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขนขา ข้อต่อต่างๆ การขมิบก้น วันละ3-4ครั้ง ครั้งละ5-10นาทีเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อยึดเพิ่มขึ้น 6.แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อการติดเชื้อ 7.แนะนำญาติถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 8.ตรวจสอบการกินยาและแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
ระยะที่ 3 เพื่อเสริมสร้างพลังและกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืน เป็นการทบทวนเป้าหมาย ติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลใช้ระยะเวลา 3 เดือน เน้นการชื่นชม และให้กำลังใจผู้ดูแล Empowerment และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ติดตามประเมินผลลัพธ์ต่อเนื่อง ทบทวนเป้าหมาย ปัญหา พร้อมปรับเปลี่ยนเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวตามความต้องการของผู้ดูแล	**ครั้งที่ 3** ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ **ขั้นตอนที่ 4** การจัดการกับสถานการณ์ และ **ขั้นตอนที่ 5** การคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์ การตรวจเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	9. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต และตรวจเลือดตามนัด โดย Care giver และทีมสหวิชาชีพ 10.ติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 วันและประเมินคะแนน ADL เดือนละ 1 ครั้ง	9. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต และตรวจเลือดตามนัด โดย Care giver และทีมสหวิชาชีพ 10.ติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 วัน และประเมินคะแนน ADL เดือนละ 1 ครั้ง
	ครั้งที่ 4 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจ **ขั้นตอนที่ 6** การจัดการกับสถานการณ์ และการเสริมสร้างพลังใจ **ขั้นตอนที่ 7** การคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคล ใช้วิธีพูดคุยและแลกเปลี่ยน ข้อมูลการดูแล	11. ประสานทีมช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลในครอบครัว ในรูปแบบการประสานความร่วมมือของทีมเครือข่าย สนับสนุน Care Giver จากกองทุน LTC เข้ามามีส่วนช่วยดูแลในช่วงเวลาที่ ผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่	11. ประสานทีมช่วยเหลือดูแล ผู้ดูแลในครอบครัว ในรูปแบบการประสานความร่วมมือของทีมเครือข่าย สนับสนุน Care Giver จากกองทุน LTC เข้ามามีส่วนช่วยดูแลในช่วงเวลาที่ ผู้ดูแลในครอบครัวไม่อยู่

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว ทุก 1 เดือน จำนวน 5 ครั้ง ตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดการทดลอง ผลลัพธ์แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว

การประเมินครั้งที่	รายการประเมิน	ผลการประเมิน	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึก	1.แบบประเมิน ADLและTAI	-ADL= 0 -TAI I1	-ADL= 2 -TAI I2
	2.แบบประเมินคุณภาพชีวิต	คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
	3.แบบประเมิน Zarit burden	severe burden (>20)	mild to moderate (11-20)
	4.แบบประเมินความก้าวหน้าแผลกดทับของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) (Braden.N, 1992)	ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นไขมัน (Subcutaneous) แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้ออาจมีเนื้อตาย	15 – 18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง (At risk)
	5.แบบประเมินภาวะข้อติด	Grade 2 เคลื่อนไหวตามแนวราบได้เมื่อไม่มีความโน้มถ่วงต้านไว้	Grade 4 ออกแรงต้านทานได้น้อยกว่าปกติ
	6.แบบประเมินภาวะติดเชื้อ	- ON NG for feed - Lactate 5.7 mg/dL - Right basal ganglion	-
ครั้งที่ 2 (1 เดือนหลังการฝึก)	แผนการดูแลรายบุคคลระยะสั้น	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -ผู้สูงอายุได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็น -มีทีมสหวิชาชีพให้การช่วยเหลือดูแล	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -ผู้สูงอายุได้รับกายอุปกรณ์ที่จำเป็น -มีทีมสหวิชาชีพให้การช่วยเหลือดูแล
ครั้งที่ 3 (*2* เดือนหลังการฝึก)	แผนการดูแลรายบุคคลระยะยาว	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -มีทีมเครือข่ายในชุมชน ให้การช่วยเหลือ	-ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้เหมาะสม -มีทีมเครือข่ายในชุมชน ให้การช่วยเหลือ
ครั้งที่ 5 (*3* เดือนหลังการฝึก	1.แบบประเมิน ADLและTAI	-ADL= 1 -TAI I2	-ADL= 4 -TAI I3
	2.แบบประเมินคุณภาพชีวิต	คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ	คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
	3.แบบประเมิน Zarit burden	mild to moderate (11-20)	no to mind (0-10)
	4.แบบประเมินความก้าวหน้าแผลกดทับของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) (Braden.N, 1992)	ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นไขมัน (Subcutaneous) แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้ออาจมีเนื้อตาย	19 – 23 คะแนน ไม่มีความเสี่ยง (No risk)
	5.แบบประเมินภาวะข้อติด	Grade 2 เคลื่อนไหวตามแนวราบได้เมื่อไม่มีความโน้มถ่วงต้านไว้	Grade 5 เคลื่อนไหวและต้านแรงได้ตามปกติ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง โดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัว

การประเมินครั้งที่	รายการประเมิน	ผลการประเมิน	
		กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	6.แบบประเมินภาวะติดเชื้อ	-ญาติสามารถให้อาหารทางยางได้ไม่มีสำลัก -น้ำหนักผู้ป่วยเท่าเดิม -ไม่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ -มีแผลกดทับ เกรด 1	-ผู้ป่วยสามารถตักอาหารกินเองได้โดยเตรียมให้ ลุกนั่งบนเตียงได้โดยญาติพยุงให้นั่ง น้ำหนักผู้ป่วยยังไม่เพิ่ม -ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดได้ตามโปรแกรมผู้ป่วยสามารถยืดเหยียดขาได้มากขึ้น -ไม่มีแผลกดทับ -มีญาติดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

สรุปกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะข้อยึดติดมีภาวะพร่องโภชนาการและผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตัวเองญาติรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ขาดความตระหนักและทักษะกระตุ้นในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ไม่มีความพร้อมด้านผู้ดูแล ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มแย่ลง ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยและญาติรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตัวเอง แต่ไม่กล้าขยับตัวกลัวเจ็บตอนที่แผลยังไม่หายและขาดความตระหนักในการดูแลฟื้นฟูกายภาพ ผู้ดูแลพร้อมแต่ขาดทักษะและความมั่นใจ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นคะแนน ADL เพิ่มขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมานาน จะบกพร่องในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อน มีภาวะพึ่งพิง ยิ่งทำให้การฟื้นฟูสุขภาพยุ่งยากซับซ้อนกว่าคนอายุน้อยๆ พยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญในการประสานการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการดูแลได้ต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan) และ Empowerment.เพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเอง (Self-Care) โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มีศักยภาพและความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้ จะทำให้มีประชาชนจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น [4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อน จะบกพร่องในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมลงเร็วกว่าคนอายุน้อยๆ มีภาวะพึ่งพิง ทำให้คนในครอบครัวมีภาระด้านต่างๆเพิ่มขึ้น ในด้านของพยาบาลชุมชนการให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องประเมินครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ถ้าพยาบาลชุมชนมุ่งให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล ทำให้บุคคลนั้น หายจากโรคที่กำลังเป็นอยู่ แต่ถ้ากลับไปอยู่บ้านในสภาพเดิมก็อาจกลับมาป่วยอีกครั้ง ดังนั้นการ พิจารณาปัญหาของผู้ป่วยจึงควรพิจารณาปัญหาสิ่งอื่นๆ ในครอบครัวนั้นด้วย เพราะครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกันจะทำให้การพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือ การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่1; 2564.

2.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น, Health Data Center. https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.

3. ทิฐินันท์ บุญเต็ม.การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษา.วารสารวิชาการสำ นักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.2565;6 (11) :66-84.

4.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี;2560.

5.ดร.ทิตยาวดี อินทรางกูร. กระบวนการพยาบาลชุมชน อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย.พิมพ์ครั้งที่ 1.บุรีรัมย์:เรวัตการพิมพ์; 2564.

6.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ;2559