



การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลแนะนำในการสนับสนุนการจัดการ ด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น*

ภัชราภรณ์ ไชยรัตน์ พย.ม.**

ประสพสุข ศรีแสนปาง ปร.ด.***

ปณิดา ลิ้มปะพัฒนา อ.ว.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลแนะนำ ในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ บุคลากรที่มรสสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน และบุคลากรที่มรสสาขาวิชา ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน โภชนากร 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 38 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสังเกต การศึกษาเอกสาร และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาระยะเวลาดำเนินการศึกษาตั้งแต่ พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 - มกราคม พ.ศ. 2558

ผลการศึกษา มีดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนที่ศึกษาซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีความแตกต่างตามลักษณะการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ มีบทบาทในชุมชน ทั้งการเป็นผู้นำ ผู้ร่วมกิจกรรมและเป็นทรัพยากรทางความรู้ อนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มนี้มีความต้องการคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในภาวะที่มีความซับซ้อนจากโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้เท่านั้นไม่สามารถออกนอกบ้านได้ ต้องการการช่วยเหลือดูแลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันและการควบคุมโรคเรื้อรังหลายโรคที่ซับซ้อน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด เนื่องจากปัญหาสุขภาพและข้อจำกัดของความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจร่วมด้วย 2) การประยุกต์ใช้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนแห่งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 นำเสนอแนวคิดรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและรูปแบบการดูแลแนะนำ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 2 ระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการให้บริการโดยใช้รูปแบบการดูแลแนะนำเพื่อการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง ขั้นตอนที่ 4 สรุปและประเมินผลการดำเนินการให้บริการโดยใช้รูปแบบการดูแลแนะนำ 3) ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค คือ 3.1) ได้รูปแบบการดูแลแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคซึ่งเหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา 3.2) การพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ดูแลแนะนำและขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน

* วิทยาลัยนพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยลัยขอนแก่น

**** รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในภาวะที่ประเทศไทยจัดว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) นอกจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุแล้ว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง โดยโรคเรื้อรัง 6 อันดับที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ อัมพาต/อัมพฤกษ์ หลอดเลือดในสมองตีบ โรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 31.7; 13.3; 7; 2.5; 1.6; 0.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุอาจมีโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียวหรือมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เช่นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับหลอดเลือดในสมองตีบ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับหลอดเลือดในสมองตีบและอัมพาต/อัมพฤกษ์¹ ทั้งนี้การมีโรคเรื้อรังหลายโรคในวัยสูงอายุเป็นปัญหาซับซ้อนที่ยากต่อการดูแลรักษา/ ควบคุมภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค มักประสบปัญหาด้านการรับรู้และการดูแลตนเองหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ทำให้มีความต้องการการพึ่งพาจากครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน^{3,4} รวมถึงมีความต้องการบริการสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาปรากฏการณ์นำร่องที่ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคจำนวน 174 ราย โดยข้อมูลจากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความซับซ้อนของโรคเรื้อรังหลายโรคในหลายส่วน ประเด็นที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคต้องปรับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ซับซ้อน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาที่ต้องปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามโรคเรื้อรังหลายโรคที่มีอยู่ 2) ด้านการออกกำลังกาย พบว่าความเจ็บป่วยทำให้มีความลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งการเดิน การทำงานบ้านหรือการบริหารส่วนต่างๆ ร่วมกับกลัวจะ

เกิดอุบัติเหตุ กลัวความเจ็บปวด ไม่มีผู้ดูแลคอยกระตุ้นหรือให้กำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจในการออกกำลังกาย ในขณะที่การออกกำลังกายมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) ด้านการรับประทานยา ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคต้องรับประทานยาหลายชนิด ผู้สูงอายุมีปัญหาสับสนหรือลืมรับประทานยา อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและอาการข้างเคียง รับประทานยาผิดชนิด ผิดเวลา หรือจำคำแนะนำของแพทย์ไม่ได้ เมื่อได้รับยาชนิดใหม่หรือมีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นหรือลดลง บางรายไม่สามารถจัดยารับประทานเองได้และผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้ถูกต้องตรงเวลา อาการของโรคเรื้อรังจึงไม่ดีขึ้นและมีอาการกำเริบ ประเด็นที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมีข้อจำกัดในการไปรับการตรวจตามนัด หรือการต้องไปรับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา หรือหลายสถานบริการ มักต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการติดตามการรักษาเพื่อร่วมรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุจากบุคลากรทีมสุขภาพ ประเด็นที่ 3 ความต้องการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน ผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาเศรษฐกิจและไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ มีเพียงเบี้ยยังชีพเท่านั้น แต่ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเดินทางในการติดตามการรักษาแต่ละครั้ง ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลและต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาการบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ⁵ ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ^{6,7} การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ⁸ การพัฒนาบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ^{9,10,11,12} ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้มีการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน¹³ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค³ ได้มีการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ในการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีการจัดการใน 6 องค์ประกอบ คือ 1) ชุมชน แหล่งประโยชน์



และนโยบาย (Community Resources and Policies) 2) ระบบสุขภาพ โครงสร้างของบริการการดูแลสุขภาพ (Health System Organization of Health Care) 3) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง (Self-management Support) 4) การออกแบบระบบให้บริการ (Delivery System Design) 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Information Systems) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพ สำหรับการนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค มีข้อเสนอว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน โดยการศึกษานในสหรัฐอเมริกาที่ พบว่ารูปแบบการดูแลและนำ (Guided Care Model) สามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนจากโรคเรื้อรังหลายโรค

รูปแบบการดูแลและนำ (Guided Care Model) เป็นรูปแบบที่ขยายแนวคิดของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (the Chronic Care Model) ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการและการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยกระบวนการดูแลและนำ (Guided Care Service) โดยพยาบาลผู้ดูแลและนำ (Guided Care Nurse) ใน 8 ขั้นตอน คือ 1) การประเมิน (Assessing) 2) การวางแผนการดูแล (Planning Care) 3) การติดตามประเมิน (Monitoring) 4) การสอนและนำ (Coaching) 5) การจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง (Chronic Disease Self-Management (CDSM)) 6) การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล (Educating and Supporting Caregivers) 7) การประสานงานเชื่อมต่อระหว่างบุคลากรและสถานบริการ (Coordination Transition between Providers and Sites of Care) 8) การเข้าถึงบริการของชุมชน (Access to Community Services) เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การทำหน้าที่ลดค่าใช้จ่ายและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนจากโรคเรื้อรังหลายโรค^{14,15} ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดนี้มาใช้ในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิที่

ศึกษา เพื่อจะช่วยให้การจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นและเป็นการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ในสังคมวัฒนธรรมอีสานที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ภายใต้กำกับของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีผู้มีจิตอาสาในชุมชนและยังเป็นชุมชนที่มีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สามารถประสานเชื่อมโยงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลและนำเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา นำไปสู่กระบวนการพัฒนาและเกิดองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

การศึกษครั้งนี้เน้น 2 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลและนำ คือ 1) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค การออกแบบระบบให้บริการ ที่ใช้แนวทางตามขั้นตอนของการบริการดูแลและนำ (Guided Care Services) 8 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวางแผนการดูแล การติดตามประเมิน การสอนและนำ การจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล การประสานงานเชื่อมต่อระหว่างบุคลากรและสถานบริการ และการเข้าถึงบริการของชุมชน ทั้งนี้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการบริหารจัดการโดยพยาบาลผู้ดูแลและนำ (Guided Care Nurse) ซึ่งในที่นี้เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต



สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุและออกแบบระบบให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมมุ่งสู่เป้าหมายคือ พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ Technical Collaborative Approach ศึกษาที่ชุมชนแห่งหนึ่ง ภายใต้ความรับผิดชอบด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น สังกัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Researcher Participants) ประกอบด้วย ผู้วิจัย ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้ร่วมวิจัยที่มรสสาขารักษาชีพ ได้แก่ บุคลากรที่มีสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลรักษาชีพ 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน และบุคลากรที่มีสหสาขาวิชา คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพจากโครงการ “สหสาขาใส่ใจ ผู้สูงวัยในชุมชน” ภายใต้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน โภชนาการ 1 คน และผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาปรากฏการณ์วิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการปฏิบัติการ ได้แก่ ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ศึกษา จำนวน 10 คน อสม. (ผู้ที่ทำหน้าที่จิตอาสา ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา ดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่ศึกษา) จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชน/ กรรมการชุมชน/ ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน คือ ผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษา จำนวน 10 คน ระยะเวลาดำเนินการพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 - มกราคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์

สำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้สูงอายุและผู้ดูแล สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลและแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่ต้องการความชัดเจนเพิ่มขึ้นและเครื่องบันทึกเสียง 2) เครื่องมือที่ใช้ในระยะดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วย (ร่าง) แนวปฏิบัติในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค สมุดประจำตัวผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและแผนการดูแลของเงิน (My Action Plan) 3) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะประเมินผล ได้แก่ เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งประเมินดัชนีมวลกาย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และ HbA1c ไขมันในเลือดและอื่นๆ ที่สอดคล้องกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL Index) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL Index) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) แบบทดสอบสภาพสมองเบื่องต้นฉบับภาษาไทย (Mini – Mental State Examination (MMSE) และแบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Geriatric Nutritional Assessment Tool) เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามเพื่อประเมินการจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคด้วยตนเอง เป็นแนวคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินการจัดการด้านอาการด้านการรักษาและด้านการจัดการกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านปัญญา การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน 1 ท่าน

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย มีดังนี้ กระบวนการศึกษา ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1



การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษารวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2556 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2557 ระยะที่ 2 กระบวนการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม 2557 ถึงเดือนธันวาคม 2557 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 นำเสนอแนวคิดรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและรูปแบบการดูแลและแนะนำเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 2 ระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการให้บริการโดยใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำเพื่อการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ขั้นตอนที่ 4 สรุปและประเมินผลการดำเนินการให้บริการโดยใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำเพื่อการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดดำเนินการโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสังเกต การศึกษาเอกสาร และการบันทึกภาคสนาม การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากเวชระเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษาเกี่ยวกับ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคเรื้อรังหลายโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL), การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) ข้อมูลดัชนีมวลกาย น้ำหนัก สวมสูง รอบเอว ความดัน

โลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และ HbA1c วิเคราะห์เชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย นำเสนอเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) คือการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation)

จริยธรรมการทําริวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย

1.1 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา

1.1.1 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนที่ศึกษาซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีความแตกต่างตามการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ยังมีบทบาทในชุมชน ทั้งการเป็นผู้นำ ผู้ร่วมกิจกรรม และเป็นทรัพยากรทางความรู้ อนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มนี้มีความต้องการคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในภาวะที่มีความซับซ้อนจากโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้เท่านั้นไม่สามารถออกนอกบ้านได้ มีการพึ่งพาในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก ต้องการการช่วยเหลือดูแลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันและการควบคุมโรคเรื้อรังหลายโรคที่ซับซ้อน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการการพึ่งพาทั้งหมดเนื่องจากปัญหาสุขภาพและข้อจำกัดของความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งมักมีผลต่อภาวะจิตใจร่วมด้วย

1.1.2 เครือข่ายบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เครือข่ายที่ร่วมให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ศูนย์บริการโรคไต หน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู คลินิกฝึกกลืน และเครือข่าย



ในชุมชน เช่น บริการจากหน่วยบริการสุขภาพเอกชน
คลินิกโรคทั่วไปและร้านขายยา

1.2 กระบวนการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแล
แนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 นำเสนอแนวคิดรูปแบบการ
จัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและรูปแบบการดูแลแนะนำ เพื่อ
กำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับบุคลากรหน่วย
บริการปฐมภูมิที่ศึกษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 ระดมสมองเพื่อกำหนด
เป้าหมายและวางแผนการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแล
แนะนำในการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการให้บริการโดยใช้
รูปแบบการดูแลแนะนำเพื่อการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค

1.2.1 การดูแลแนะนำผู้สูงอายุที่มี
โรคเรื้อรังหลายโรค โดยพยาบาลผู้ดูแลแนะนำ ตามการ
จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุดูแลตนเองและช่วยเหลือ
ผู้อื่นได้ พยาบาลผู้ดูแลแนะนำเน้นการให้คำแนะนำใน
การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในภาวะที่มีความซับซ้อน
ของโรคเรื้อรังหลายโรค

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้เท่านั้น
ต้องการความช่วยเหลือดูแลเพื่อส่งเสริมการหน้าที่ใน
กิจวัตรประจำวันและควบคุมโรคเรื้อรังหลายโรค
พยาบาลผู้ดูแลแนะนำเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ
และผู้ดูแลในการปรับพฤติกรรมจากโรคเรื้อรังหลายโรค
พัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลลดการพึ่งพาโดย
ประสานเครือข่ายบริการสุขภาพและบริการทางสังคม

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความต้องการ
พึ่งพาทั้งหมด พยาบาลผู้ดูแลแนะนำเน้นการพัฒนา
ศักยภาพผู้ดูแลทั้งด้านความรู้และการฝึกอบรม เพื่อการ
ฟื้นฟูสภาพหรือดูแลระดับประคองผู้สูงอายุ โดย
ประสานเครือข่ายบริการสุขภาพ/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ
บริการทางสังคม รวมทั้งเครือข่ายสนับสนุนของชุมชน

1.2.2 กระบวนการดูแลแนะนำ โดย
พยาบาลผู้ดูแลแนะนำ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

1.2.2.1 การประเมิน พยาบาลผู้
ดูแลแนะนำใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลแนะนำใน
การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
พื้นฐาน ดัชนีบาร์เรลเอ็ดแอล การประเมินความสามารถ
ในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ดัชนีจุพาเอ็ดแอล
การวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)
การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย
(MMSE – Thai 2002) การประเมินภาวะโภชนาการ
(MNA) การประเมิน Timed up and Go Test และการ
ประเมินอื่นๆตามปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน
แต่ละราย การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินการจัดการ
ตนเองจากปัญหาที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพกาย จิตใจ ความ
สามารถในการทำกิจวัตร สภาวะทางสังคมและ
สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค

1.2.2.2 การวางแผนการดูแล
ภายหลังพยาบาลผู้ดูแลแนะนำและบุคลากร
หน่วยบริการปฐมภูมิประสานงานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านผู้สูงอายุ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการติดตาม
เยี่ยมบ้านแล้ว จะมีการกำหนด “แผนการดูแลของฉัน
(My Action Plan)” ร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล และ
ประสานการสนับสนุนจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการ
ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้เหมาะสมกับสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคเฉพาะราย

1.2.2.3 การติดตามประเมิน
พยาบาลผู้ดูแลแนะนำร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
ติดตามประเมินผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคภายหลัง
การวางแผนการดูแล ซึ่งระบบการติดตามประเมินที่ใช้
มีหลายช่องทางทั้งการติดตามเยี่ยมที่บ้าน การติดตาม
ทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมที่สถานบริการและ
คลินิกเฉพาะทาง

1.2.2.4 การสอนและแนะนำ
บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลแนะนำมีการให้ความรู้ด้าน
การปรับพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรค การใช้ยาที่ถูก
ต้องในผู้สูงอายุ การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลืออย่างถูกวิธี
และช่วยฝึกฝน ให้คำปรึกษาและสร้างพลังอำนาจให้กับ
ผู้สูงอายุอย่างเป็นปัจเจกบุคคล นำมาซึ่งการจัดการ
ตนเองได้ตามศักยภาพ รวมถึงการให้กำลังใจและสร้าง
แรงจูงใจให้สามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในการ



จัดการตนเอง โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนในชุมชน

1.2.2.5 การจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง พยาบาลผู้ดูแลและแนะนำสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองโดยการอธิบายวัตถุประสงค์ ประเมินความรู้ความเชื่อบนพื้นฐานความสนใจและเงื่อนไขของความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมายและการให้ความช่วยเหลือทั้งการระบุสิ่งที่เป็อุปสรรค กลยุทธ์ การแก้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม พร้อมกับการจัดเตรียมรายละเอียดการจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สมุดประจำตัวผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค การจัดชุดความรู้สนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคด้วยตนเองที่เฉพาะเจาะจงสำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมทั้งการส่งเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

1.2.2.6 การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล พยาบาลผู้ดูแลและแนะนำมีการปรับทัศนคติด้วยการอธิบายและให้ความรู้เรื่องกระบวนการชรา และโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้องและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาคภูมิใจที่มีส่วนช่วยเหลือบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ดูแล โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม

1.2.2.7 การประสานงานเชื่อมต่อนระหว่างบุคลากรและสถานบริการ พยาบาลผู้ดูแลและแนะนำเป็นผู้ประสานหลักเพื่อเชื่อมต่อนทั้งระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและสถานบริการในการช่วยเหลือ

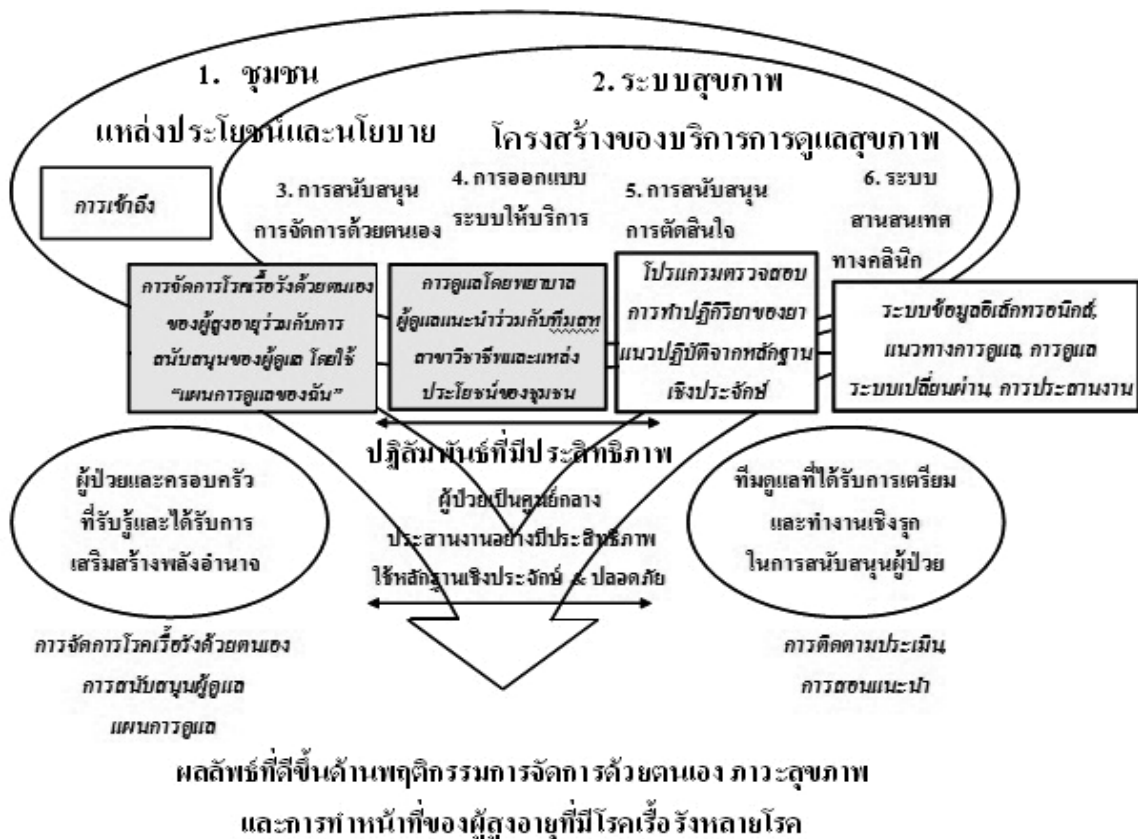
ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องการบริการที่หลากหลายอย่างครอบคลุม ได้แก่ คลินิกความดันโลหิตสูง วิกฤต คลินิกฝี กกลิ่น ศูนย์บริการโรคไต ทีมเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น

1.2.2.8 การเข้าถึงบริการ พยาบาลผู้ดูแลและแนะนำ มีบทบาทหลักในการประสานติดต่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการโดยใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ บริการ 1669 ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และการเข้าถึงบริการคลินิกพิเศษต่างๆ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปและประเมินผลการดำเนินการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำ ทำให้ได้บทบาทพยาบาลผู้ดูแลและแนะนำและขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลและแนะนำ และรูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในบริบทที่ศึกษา

1.3 ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค

การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคครั้งนี้ ทำให้เกิดบทบาทพยาบาลผู้ดูแลและแนะนำและรูปแบบการดูแลและแนะนำในบริบทที่ศึกษา และรูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในบริบทที่ศึกษา ดังภาพ



การอภิปรายผล

การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและนำใน
การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูง
อายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ของหน่วยบริการปฐม
ภูมิที่ศึกษา

การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแห่งนี้ เริ่มจากการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ให้บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีความรู้ความเข้าใจ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ด้วยการดำเนินการวิจัยของดวงพร หุ่นตระกูล¹⁰ ในการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: ที่มุ่งเน้น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านบุคลากรที่ให้บริการผู้สูงอายุ 2) ด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และเพื่อให้บริการสุขภาพนี้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและมักมีหลายโรค ประสบสุข ศรีแสนปาง² จึงได้นำแนวคิดการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

(The Chronic Care Model) มาประยุกต์ใช้เพื่อ พัฒนา บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประเด็นปัญหาและ สถานการณ์ของชุมชนที่ต้องการการปรับเปลี่ยนการ บริการสุขภาพให้เหมาะสมในภาวะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ณ์ หนองคาย ได้พัฒนาการบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มี โรคเบาหวานของคลินิกเบาหวาน หน่วยบริการปฐมภูมิ สามเหลี่ยม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตามรูปแบบการ จัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ใน 4 องค์ประกอบ คือ การ พัฒนาระบบข้อมูลผู้ที่มีโรคเบาหวาน การจัดบริการใน คลินิกเบาหวาน การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ที่มี โรคเบาหวานและการส่งเสริมความรู้ ทักษะการตัดสินใจ ให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน การดำเนินการดังกล่าวยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม ในส่วนของการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของ ผู้สูงอายุ จึงนำมาสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนา



ระบบบริการครั้งนี้ โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างกับบริบทต่างประเทศ

รูปแบบการดูแลและแนะนำที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นบริการที่ต้องมีพยาบาลผู้ดูแลและแนะนำเป็นหลักในการรับผิดชอบ พร้อมทั้งเป็นกำลังสำคัญในการจัดการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคได้รับการจากบุคลากรทีมสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อการดูแลเฉพาะทางจากโรงพยาบาลตติยภูมิและการประสานงานบริการกับชุมชน พยาบาลผู้ดูแลและแนะนำจึงควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ มีประสบการณ์การจัดการบริการและการให้ความช่วยเหลือหรือคำปรึกษากับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและครอบครัว

รูปแบบการดูแลและแนะนำที่มีพยาบาลผู้ดูแลและแนะนำเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการดังกล่าว ช่วยให้เกิดการดูแลที่เข้าใจผู้สูงอายุและตอบสนองปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมทั้งเป็นการให้ความสำคัญกับการจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคที่คาดว่าจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคจัดการตนเองและรับบริการอย่างครอบคลุมโดยยึดหลักผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจพร้อมกัน ให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ออกกำลังกายได้ตามศักยภาพและข้อจำกัดอย่างถูกวิธี สามารถพึ่งพาพึ่งพาตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ควบคุมการสูบบุหรี่จากวันละประมาณ 7-8 มวน เป็น 3-4 มวน มีการพัฒนานวัตกรรมราวีไม้ไผ่ป้องกันก้นการหกหล่นสำหรับผู้สูงอายุที่ตาบอด แก้ไขปัญหาการกลืนลำบาก ประสานเครือข่ายบริการสุขภาพ ส่วนความแตกต่างการนำใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในบริบทสังคมไทย คือ วัฒนธรรมการเคารพผู้อาวุโส การให้คุณค่าของความ

สูงอายุ และความสำคัญของครอบครัว การดูแลช่วยเหลือกันในครอบครัวและระบบของชุมชนที่มีการช่วยเหลือกัน เป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ช่วยให้มีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพของเพื่อนบ้านไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ การแนะนำหรือแลกเปลี่ยนแนวคิดด้านการดูแลตนเอง นำมาซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลและแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย คือการให้ความสำคัญกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยอาศัยการจัดการให้ความรู้ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคโดยพยาบาลผู้ดูแลและแนะนำ การมีส่วนร่วมของ อสม. บุคลากรทีมสหสาขาในการพัฒนา “แผนการดูแลของฉัน (My Action Plan)” นำไปสู่การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการประสานชุมชนเพื่อสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรมของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปพัฒนาการให้บริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพในภาวะที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค โดยเฉพาะสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้สอดแทรกหรือพัฒนาการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีหลายปัญหาที่ซับซ้อนจากการมีโรคเรื้อรังหลายโรค
3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลและแนะนำในการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค
4. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน
5. การประยุกต์ใช้ผลจากงานวิจัยครั้งนี้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน เพื่อตรวจสอบเหมาะสมในการนำไปใช้ และนำไปสู่การขยายองค์ความรู้ต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ประสพสุข ศรีแสนปาง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และรองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาช่วยให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้สังกัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ในชุมชนสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่นที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : สำนักงานฯ; 2550.
2. ประสพสุข ศรีแสนปาง. การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค: กรณีศึกษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์] ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
3. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.
4. Gijzen R, et al. Causes and consequences of comorbidity: A review. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54: 661-674.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การบริการแบบบูรณาการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ: ประสพการณ์และข้อเสนอแนะ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543; 1(2): 67-79.
6. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย); 2549.
7. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ ศิริภัณฑ์ ออกเซ็ท; 2546.
8. สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัดย์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2551; 32: 22-31
9. อัมพรพรรณ ธีราบุตร. การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2548; 32(1): 1-11
10. ดวงพร หุ่นตระกูล. การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2551; 12(2): 131-141
11. มิ่งขวัญ อุดมผล. การประยุกต์ใช้แนวคิดการบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. [รายงานการศึกษาอิสระ] ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
12. สมฤทัย แก้วมณี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการดูแลเอื้ออาทรผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะวิกฤติ หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนางรอง. [รายงานการศึกษาอิสระ] ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
13. บุญส่ง หาทวยการ. การพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2555; 30(2): 154-165
14. ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, สุรินทร์ กลัมพากร. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุข ฉบับพิเศษ 2554; 99-108.
15. Boyd CM., et al. Guided Care for Multimorbid Older Adults. *The Gerontologist* 2007; 47(5): 697-704.
16. Boulton C, Karm L, Groves C. Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model. *The Permanente Journal* 2008; 12(1): 50-54.



Application of the Guided Care Model to Support Self Management of older Persons with Multimorbidity in a Community of Khon Kaen Province*

Patcharaporn Chaiyarat M.N.S.**

Prasopsuk Srisaenpang PhD***

Panita Limpawattana****

Abstract

This action research was aimed at applying the Guided Care Model to support self – management of older persons with multimorbidity in a community at Khon Kaen province. The participants involved in the research included health care personnel of the primary care unit: one doctor, three register nurses, two nursing assistant, one administrative person; and multidisciplinary team : one geriatrician, two nurses, one pharmacist, one physiotherapist, one nutritionist, one social worker ; and thirty-eight key informants including older persons , their care givers, health care volunteers, community leaders and village committee. Qualitative data were obtained by using focus group discussions, in – depth interviews, informal interview, observations, document review, and field note. Content analysis was used to analyze qualitative data and quantitative data were analyzed by descriptive statistics. The study was conducted during November 2013 to January 2015.

The results were as follows: 1) Older persons with multimorbidity in this semi-urban community are different in three groups: 1) Older persons who could take care of themselves and could help other people, still actively participated or even lead community activities, and were considered a good resource for indigenous knowledge. This group required a proper advice on how to adjust their behaviors in order to manage with their health related to complex problems from multimorbidity. 2) Older persons who could still take care of themselves, but not being able to carry out any outdoor activities. Their need for support in daily life activities and control health complexity from multimorbidity. 3) Older persons who could not take care of themselves and totally dependent. They need support due to complex health problems, and limitation in functional ability which was mostly related to psychological problems. 2) The application of the Guided Care Model elements to support self-management for older persons with multimorbidity in this community consisted of four steps: Step 1 was to introduce the concept of the Chronic Care Models and the Guided Care Model in order to establish a direction together with the primary care personnel and multidisciplinary team, Step 2 was to brainstorm in order to create a mutual goal and plan to apply the Guided Care Model, Step 3 was to implement the Guided Care Model to support self-management for older persons with multimorbidity, and Step 4 was to summarize and evaluate the health care service of applying the Guided Care Model. 3) Benefits from applying the Guided Care Model to support self-management for older persons with multimorbidity: 3.1) the development of health care service to support self-management for older persons with multimorbidity in the context of this study. 3.2) the development in roles of guided care nurse and guideline of care for older persons with multi-morbidity in the community.

* Thesis of Nursing Science, Gerontological Nursing, Graduate School, Khon Kaen University

** Student of Master of Nursing science in Gerontological Nursing, Khon Kaen University

*** Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**** Associate professor, Geriatric Specialist Department of Medicine Faculty of Medicine Khon Kaen University