

การส่งเสริมการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Promoting Health Management of the Elderly with Chronic Diseases: A case study of dependent elderly people

ณกานต์ ศิริศักดิ์เกษม*

Nakan Sirisakkasame

Corresponding author: E-mail: mamja.nakan@gmail.com

(Received: December 11, 2023; Revised: December 19, 2023; Accepted: January 21, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพของโรค การรักษา การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรคผู้ป่วยรายที่ 1 มีการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพของตนเองดี แต่ขาดแรงจูงใจแรงกระตุ้นในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ มีความพร้อมด้านผู้ดูแล ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาด้านการสื่อสารและการรับรู้จากภาวะสมองเสื่อม ในการพยาบาลผู้ศึกษาต้องให้คำแนะนำ และ Empowerment ผู้ดูแลเป็นหลัก แต่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวมีความเหน็ดเหนื่อย ทำให้การดูแลบกพร่อง

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุพึ่งพิง; การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ABSTRACT

Purposes : To promote health management in elderly people with chronic diseases and dependency conditions.

Materials and methods : A study to compare two dependent patients with chronic diseases receiving services at the community health center, Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province. Conducting a study Between 7 June 2023 and 2 October 2023, the tools used include: Data collection form Patient medical records, interviews, observations, data analysis using the Gordon Health Model. Disease pathology, treatment, nursing planning and operations according to nursing diagnosis. and evaluate nursing results.

Main findings : It was found that both patients had the same problem, which was complications from chronic disease. Decreased ability to perform daily activities Risk of falls and caregivers lack awareness of taking care of patients appropriately for their disease Patient 1 had good awareness of his own health condition. But there was a lack of motivation and motivation to take care of and restore health. Be prepared for caregivers This makes the patient's health condition likely to improve. Patient 2 had communication and cognitive problems due to dementia. In nursing, educators must provide guidance and empowerment. Mainly the caretaker but the caregiver was an elderly person and had a chronic disease. Tired causing impaired care.

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that the participation of families, communities. and related agencies will help patients have more opportunities to access continuous care.

Keywords : Elderly people depend on; Continuing care at home

* Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital.

บทนำ

ในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด¹ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (The United Nations UN) นิยามว่าประเทศใดมีประชากร อายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่า ประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)²

ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จำนวน 294,876 คน จากประชากรทั้งหมด 1,790,863 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 โดยประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 2563-2564 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.11 และ 15.79 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปี พ.ศ.2565 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีจำนวน ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 186,633 คน คิดเป็นร้อยละ 63.29 มีผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 179,616 คน คิดเป็นร้อยละ 96.24 ติดบ้าน จำนวน 6,163 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ติดเตียงจำนวน 854 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45³ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังพบปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการ Geriatric syndromes เช่น ภาวะสมองเสื่อม หกล้ม เป็นต้น² และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพเนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลพล ตำบลเมืองพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกการเยี่ยมแบบ INHOMESS แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน แบบประเมินADL แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม⁴ เวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พยาธิสภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ภาวะสุขภาพ

จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 2 ราย มีปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ไม่สามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ และผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติส่วนตัว	เพศหญิง อายุ 74 ปี สถานภาพสมรสหม้าย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออกเขียนได้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ และลูกหลานส่งให้	เพศหญิง อายุ 88 ปี สถานภาพสมรสหม้าย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเบี้ยยังชีพและจากลูกหลานให้
ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพล อาศัยอยู่ด้วยกัน 4 คน สภาพภายในบ้านเป็นบ้านยกพื้นสูงจากพื้นดิน มี 2 ชั้น เก้าอี้รถเข็นไม่มีห้องแยกนอนรวมกันกับลูกชายอีก 3 คน วางสิ่งของ และแขวนเสื้อผ้าไม่เป็นระเบียบไม่สะอาดพื้นดินรอบบ้านไม่สม่ำเสมอ มีต้นไม้รก ไม่มีห้องน้ำ ต้องอาศัยใช้ห้องน้ำบ้านข้างๆที่ไม่มีคนอยู่เพื่ออาบน้ำและขับถ่าย	บ้านตั้งอยู่ในชุมชนในเขตเทศบาลเมืองพล เป็นบ้านของตัวเองลักษณะเป็นบ้าน 2 ชั้น อยู่ติดถนนในซอย มีเพื่อนบ้านโดยรอบ มีร้านขายของชำและอาหารอยู่ปากซอย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกสาว 2 คน ใช้ชีวิตกินอยู่หลับนอนที่ห้องนั่งเล่นมีสิ่งของทั้งเสื้อผ้ารวมอยู่ในห้องเดียวกันวางเกะกะไม่เป็นระเบียบ ห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้าน สภาพบ้านโดยรวมไม่สะอาดมีกลิ่นปัสสาวะเหม็นฉุน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มีบุตร 6 คน ชาย 4 คน หญิง 2 คน บุตรสาวเสียชีวิต 1 คน ลูกชายเป็นโรคเก๊าท์ 1 คน สามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเมื่อ 40 ปีที่แล้ว ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 10 คนไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว	มีบุตร 6 คนชาย 2 คน หญิง 4 คนมีโรคประจำตัว 1 คน คือโรคความดันโลหิตสูง สามีของผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อปี พ.ศ.2553 ด้วยภาวะติดเชื้อมีกระสือเลือด ผู้ป่วยมีพี่น้อง 3 คน มีน้องสาวป่วยเป็นโรคเบาหวาน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	-ต้นปี พ.ศ.2555 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน -ปลายปี พ.ศ.2555 เป็นโรคความดันโลหิตสูง	-พ.ศ.2551 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน -พ.ศ.2555 เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธ	ผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อปี พ.ศ.2551
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ

ตารางที่ 2 ข้อมูลประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนที่	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ	รับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย และแนวทางปฏิบัติตัวแต่ปฏิบัติตามไม่ได้ทั้งหมด	รับรู้ว่าจะเจ็บป่วยต้องกินยาแต่บอกแนวทางปฏิบัติตัวไม่ได้ ปฏิบัติตามไม่ได้ทั้งหมด	ผู้ป่วยรายที่ 1 รับรู้เรื่องการเจ็บป่วยและทราบแนวทางการปฏิบัติตัวผู้ป่วยรายที่ 2 รับรู้ว่าจะต้องกินยาแต่บอกโรคที่เป็นและการปฏิบัติตัวไม่ได้ทั้ง 2 รายปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนที่	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และ การเผาผลาญ สารอาหาร	รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ได้ควบคุมอาหาร ควบคุม โรคไม่ได้มีภาวะอ้วนระดับ 2	รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ได้ควบคุมอาหาร ควบคุม โรคไม่ได้มีภาวะอ้วนระดับ 2	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่ได้ควบคุม อาหารมีภาวะอ้วนระดับ 2
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ปัสสาวะรดบางครั้งเนื่องจาก ไปห้องน้ำเองไม่ได้ต้องอาศัยคน อื่นพาไป	ความสามารถควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะลดลง ปัสสาวะรด บ่อยครั้งไปห้องน้ำลำบาก	ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังควบคุมการ ขับถ่ายได้ รายที่ 2 ควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะได้บางครั้ง
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวัน และ การออกกำลังกาย	ช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตร ประจำวันส่วนตัวได้น้อยแขน ขาอ่อนแรงลุกเดินเองไม่ได้ต้อง อาศัยคนอื่นช่วยพยุงประเณิน ADL=11 มีภาวะฟุ้งฟิงปานกลาง	ช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตร ประจำวันส่วนตัวได้น้อยขาอ่อน แรงลุกเดินไม่ได้เคลื่อนไหวโดยใช้ ขาและ กันกระเเลบไป ประเณิน ADL=8 มีภาวะฟุ้งฟิงรุนแรง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะฟุ้งฟิง เหมือนกัน ต่างกันที่ระดับความ รุนแรง รายที่ 1 มีภาวะฟุ้งฟิง ปานกลาง รายที่ 2 มีภาวะฟุ้งฟิง รุนแรง
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนได้ มีบางคืน ตื่นกลางดึกแล้วนอนไม่หลับแต่ ไม่บ่อยไม่ได้ใช้ยานอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนได้ มีตื่นกลาง ดึกแล้วนอนไม่หลับพูดคนเดียว แพทย์เคยสั่งจ่ายยานอนหลับ ปัจจุบันงดยาแล้ว	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหา การนอนหลับพักผ่อนเหมือนกัน
แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้	รับรู้เรื่องราวต่างๆได้ดีมี สัมบ้าง ทำแบบทดสอบความคิดความ จำได้ =2 คะแนน ถือว่าผิดปกติ	มีภาวะสมองเสื่อม มีปัญหา เรื่องความคิด ความจำ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหา ด้านความคิดความจำเหมือนกัน ต่างกันที่ รายที่ 1 ยังสามารถรับรู้ เรื่องราวต่างๆได้ รายที่ 2 มีภาวะ สมองเสื่อม
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และ อัตมโนทัศน์	รับรู้ความเจ็บป่วยของตัวเองมี ความวิตกกังวลเรื่องการ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้อง อาศัยคนอื่น	มีปัญหาเรื่องความคิดความจำ ไม่ใส่ใจต่อภาพลักษณ์ของ ตนเองรับรู้ข้อมูลลดลง	ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังรับรู้เรื่องราว เจ็บป่วยของตนเอง ส่วนราย ที่ 2 ไม่รับรู้เรื่องการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพของตนเอง
แบบแผนที่ 8 บทบาท และ สัมพันธภาพ	มีภาวะฟุ้งฟิง สัมพันธภาพกับ คนอื่นลดลง	มีภาวะฟุ้งฟิง สัมพันธภาพกับ คนอื่นลดลง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสัมพันธภาพ กับคนอื่นลดลง
แบบแผนที่ 9 เพศ และ การเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบปัญหาใน แบบแผนนี้

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนที่	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และ การเผชิญกับ ความเครียด	มีความวิตกกังวล และรู้สึก เหงาโดดเดี่ยวบางครั้ง	มีความรู้สึกเหงา อยากเดินไป ไหนมาไหนเอง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ยังมีปัญหาเรื่อง การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบปัญหาใน แบบแผนนี้

ตารางที่ 3 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผลรายที่ 1	ผลรายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
LDL <100 mg/dl	112.68	55.25	รายที่ 1 สูง รายที่ 2 ปกติ
Triglyceride <150 mg/dl	341	118	รายที่ 1 สูง รายที่ 2 ปกติ
FBS 70-110 mg/dl	183	131	สูงทั้ง 2 ราย
HbA1C 4.5-6.3 %	6.9	7.0	สูงทั้ง 2 ราย
Creatinine F=0.52-1.4 mg/dl	1.4	0.8	ปกติทั้ง 2 ราย
Clearance F=88-128 ml/min	45	45.9	ต่ำทั้ง 2 ราย
eGFR มากกว่า 90 มล./นาที	37	66	รายที่ 1 stage 3 รายที่ 2 stage 2

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบบันทึกการ
เยี่ยมแบบ INHOMESS แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
9 ด้าน แบบประเมิน ADL แบบประเมินความเสี่ยงต่อการ
พลัดตกหกล้ม⁴ ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ
ของกอร์ดอน นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาจัดลำดับ

ความสำคัญ วิเคราะห์สรุปข้อมูลภาวะสุขภาพปัญหา
สุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว⁵ กำหนดเป็นข้อวินิจฉัย
การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม และ
ประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจาก
การดูแล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย ตามปัญหาที่พบ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
- ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ลดลง มีภาวะพึ่งพิงจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายตามวัย เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและจัดการสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้น	- ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ลดลงมีภาวะพึ่งพิงจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายตามวัย เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและจัดการสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้น	- มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 ยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ลูกล้างใส่เสื้อผ้า มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง รายที่ 2 ต้องอาศัยคนอื่นช่วยเหลือ พยายามล้างและใส่เสื้อผ้า มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง
- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม	- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้มเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม	- มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 มีความเสี่ยงมากกว่า เนื่องจากเป็นบ้านไม้ยกพื้นสูง มีระเบียง 2 ชั้น มีบันไดขึ้นลง ส่วนรายที่ 2 อาศัยอยู่ชั้นล่างพื้นบ้านเรียบเสมอกัน
- มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมควบคุมโรคไม่ได้ เป้าหมาย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น	- มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมควบคุมโรคไม่ได้ เป้าหมาย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น	- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ แทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตไม่ได้จากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม
- มีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงมีภาวะพึ่งพิง เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	- เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ก้น และขาเนื่องจากนั่งทำเดียนาน ใช้ก้น และขาเป็นหลักในการเคลื่อนไหว เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่ก้นและขา	- ผู้ป่วยรายที่ 1 รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองมากกว่า - รายที่ 2 มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยรายที่ 2 รับรู้ต่อการเจ็บป่วยลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยกว่า เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่ก้น และขา มากกว่ารายที่ 1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
- สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากไม่สามารถไปไหนมาไหนได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น	- สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากไม่สามารถไปไหนมาไหนได้เอง ลูกหลาน ญาติไม่ยอมมาเยี่ยม สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่สะอาด เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น	- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลงเนื่องจากไปไหนมาไหนไม่ได้ ต่างกันที่รายที่ 1 ยังมีลูกหลานเปลี่ยนกันดูแลหลายคน รายที่ 2 มีผู้ดูแลคนเดียวสุขวิทยาสวนบุคคลไม่ดีมีกลิ่นปัสสาวะเหม็นฉุนทำให้คนอื่น ๆ ไม่ค่อยอยากมาเยี่ยม
- ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการดูแลฟื้นฟู เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลและสามารถฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้	- ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและขาดศักยภาพในการดูแลฟื้นฟู เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลและสามารถฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้	- รายที่ 1 มีผู้ดูแลเป็นลูกชายหลายคนยังแข็งแรงมีศักยภาพในการดูแลแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสม รายที่ 2 มีผู้ดูแลเป็นลูกสาวคนเดียวสูงอายุและมีโรคประจำตัวทำให้อาจขาดศักยภาพในการดูแลบกพร่อง
- เสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยติดเตียง⁶ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสุขภาพ เป้าหมาย ไม่ให้เป็นผู้ป่วยติดเตียง	- เสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยติดเตียง⁶ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายตามวัย เป้าหมาย ลดระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยติดเตียง	- รายที่ 1 ยังมีศักยภาพในการฟื้นฟูสุขภาพ ความเสี่ยงน้อยกว่ารายที่ 2 ส่วนรายที่ 2 มีโอกาสเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้มากเนื่องจากอายุมากความเสี่ยงมีมากขึ้นร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

3. การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ Empowerment และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้เห็นศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ

3. ร่วมกับผู้ดูแลจัดตารางรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่ม เครื่องดื่มเน้นให้หวานน้อย ไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม

4. แนะนำการบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขนขา ข้อต่อต่างๆ การขมิบก้น วันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

5. แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านไม่วางของเกะกะทำราวจับบันได 2 ข้างและปรับพื้นดินให้สะอาดเรียบเสมอกันให้ผู้ป่วยฝึกเดิน

6. ร่วมกับผู้ดูแลจัดตารางการฝึกเดินออกกําลังกายของผู้ป่วย

- สัปดาห์ที่ 1-2 ให้ฝึกเดินโดยใช้ walker วันละ 1-2 ครั้ง ประเมินศักยภาพผู้ป่วยและค่อยๆ เพิ่มจำนวนและเวลาตามศักยภาพผู้ป่วย

- สัปดาห์ที่ 3-4 ให้ฝึกเดินจับราวไม้ไผ่วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 รอบ ประเมินศักยภาพและค่อยๆ เพิ่มจำนวนและเวลาตามศักยภาพผู้ป่วย

7. ตรวจสอบการกินยา และแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

8. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต และนัดตรวจเลือดประจำปี พ.ศ.2567

9. ติดตามเยี่ยมในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง และติดตามประเมิน ADL

10. ส่งต่อให้ผู้ดูแล Long Term Care⁶ เพื่อมอบหมายให้ Care giver⁶ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังกระตุ้นผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

- ในระหว่างดูแลไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค และแนวทางการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ Walker ในระยะใกล้ๆ และฝึกเดินจับราวได้เองวันละ 2-3 รอบ ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงและมีกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพ

- ประเมิน ADL=13 คะแนน ซึ่งหมายถึงไม่มีภาวะพึ่งพา ติดตามตรวจ DTX=136mg/dl ความดันโลหิต 134/78 mmHg ชีพจร 78 ครั้ง

- นัดตรวจเลือดประจำปีวันที่ 25 ธันวาคม 2566

- มีทีม อสม. และ Care giver ติดตามเยี่ยมเสริมพลังในชุมชนเดือนละ 1-2 ครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน

ความดันโลหิตสูงให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น เสริมสร้าง Empowerment และให้กำลังใจผู้ดูแลให้เห็นศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

2. ร่วมกับญาติจัดตารางรายการอาหาร ที่เหมาะสมกับโรค กำหนดปริมาณอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม และเน้นไม่ให้ปรุงรสชาติเพิ่มเครื่องตมเน้นให้หวานน้อย ไม่เติมน้ำตาลเพิ่ม

3. แนะนำการออกกำลังกายบำบัด ทำบริหารข้อต่างๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้ผู้ดูแล และร่วมจัดตารางการทำการกิจกรรมโดย

- สัปดาห์ที่ 1-2 ทำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ค่อยๆ เพิ่มจำนวนในสัปดาห์ที่ 3-4 ประเมินศักยภาพผู้ป่วย และผู้ดูแลและปรับตามความเหมาะสมตามความสามารถที่ทำได้

4. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ ต่างๆที่จำเป็น ให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบใช้ในระหว่างวัน

5. ถ้าผู้ดูแลไม่ได้อยู่ด้วยให้ปิดประตูบ้านทุกครั้งหรือใช้โต๊ะมากันประตูป้องกันผู้ป่วยคลานออกไปที่ถนน

6. ทำราวจับให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งได้ง่ายขึ้น

7. ขอความร่วมมือเพื่อนบ้านให้ช่วยเหลือเป็นหูเป็นตา ถ้าเห็นผู้ป่วยคลานออกไปที่ถนนให้รีบบอกญาติ

8. แนะนำผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด เป็นที่ปลอดภัย และใช้น้ำยาถูพื้นเพื่อดับกลิ่นหลังผู้ป่วยปัสสาวะราด เปลี่ยนกางเกงผ้าอ้อมทุกครั้งไม่หมักหมมปล่อยให้แห้งเองใช้วาสลีนทาเท้าให้ชุ่มชื้นลดผิวแห้ง และการเกิดแผล

9. ใช้เบาะนั่งรองก้นเพื่อลดการเสียดสีกับพื้นโดยตรง เวลาผู้ป่วยนั่งหรือกระเียบเคลื่อนที่ในบ้าน

10. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต นัดตรวจเลือดประจำปี พ.ศ.2567

11. ติดตามเยี่ยมในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง และติดตามประเมิน ADL

12. ส่งต่อให้ผู้ดูแล Long Term Care⁶ เพื่อมอบหมายให้ Care giver⁶ ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง กระตุ้นผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

- ในระหว่างดูแลไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพิ่มขึ้น ไม่มีผลกดทับที่ก้นและขา ญาติมีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยหยิบจับสิ่งของเองทำกิจวัตรง่าย ๆ ได้เพิ่มขึ้น ญาติมีกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพ ประเมิน ADL=9 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีภาวะพึ่งพาปานกลาง ติดตามตรวจ DTX=126mg/dl ความดันโลหิต 138/84 mmHg ซีพจร 86 ครั้ง

- นัดตรวจเลือดประจำวันที่ 25 ธันวาคม 2566

- มีทีม อสม.และ Care giver ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ในชุมชนเดือนละ 1-2 ครั้ง

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมานาน จะบกร่องในการดูแล และจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน มีภาวะพึ่งพิง ยิ่งทำให้การฟื้นฟูสุขภาพยุ่งยากซับซ้อนกว่าคนอายุน้อยๆ พยาบาลชุมชน⁵ มีบทบาทสำคัญในการประสานการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan)⁶ และ Empowerment เพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเอง (Self-Care) โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ⁵ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน มีศักยภาพ และความสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้ จะทำให้มีประชาชนจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน จะบกร่องในการดูแลและจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมลงเร็วกว่าคนอายุน้อยๆ

มีภาวะพึ่งพิง ทำให้คนในครอบครัวมีภาระด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ในด้านของพยาบาลชุมชน การให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องประเมินครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ถ้าพยาบาลชุมชนมุ่งให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล ทำให้บุคคลนั้น หายจากโรคที่กำลังเป็นอยู่ แต่ถ้ากลับไปอยู่บ้านในสภาพเดิมก็อาจกลับมาป่วยอีกครั้ง ดังนั้นการพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยจึงควรพิจารณาปัญหาสิ่งอื่นๆ ในครอบครัวนั้นด้วย⁷ เพราะครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆ กันจะทำให้การพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ. นนทบุรี; 2560.
2. ทิฐินันท์ บุญเต็ม. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2565;6(11):66-84.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
4. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. นนทบุรี; 2564.
5. ทิตยวดี อินทรางกูร. กระบวนการพยาบาลชุมชนอนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย. บุรีรัมย์: เรวัตการพิมพ์; 2564.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. นนทบุรี; 2559.