

รายงานการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่
The Developing of the Home-Based Care Practice Guideline for
Elderly in Hat-Yai Municipality Area
(สัญญาเลขที่ RAC 56003)

โดย

สถานวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุน

โดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

คำนำ

รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ฉบับนี้ เป็นการรายงานผลการวิจัยในระหว่างการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งดำเนินการวิจัยกับ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่จำนวน 2 ศูนย์บริการฯ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม และศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์พงศาฯ (คลองเตย) เทศบาลนครหาดใหญ่

เนื้อหาในรายงานระบุถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ผลการดำเนินงานในระยะที่ 1 ระยะการ สร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติ ทั้ง 6 ขั้นตอน และเนื้อหาในภาคผนวกซึ่งรวบรวมรายงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ แผนภูมิ แสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื้อหาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามระดับความสามารถในการช่วยตนเอง 3 กลุ่ม พร้อมคู่มือในการใช้ แนวปฏิบัติสำหรับอสม. และสำหรับพยาบาล พร้อมทั้งขั้นตอนการปฏิบัติ (Flowchart) แนวปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน รายงานผลการทดสอบหาความตรงและความเที่ยงของแนวปฏิบัติ คู่มือแบบประเมิน และแบบ ประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงกระบวนการและคลินิกที่ผ่านตรวจสอบและพร้อมในการนำไปใช้ในระยะประเมินผล

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มอสม.และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่ม ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม และศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์พงศาฯ (คลองเตย) ที่ เข้าร่วมการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รองผู้อำนวยการ ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่ ในการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมการดำเนินงาน วิจัยและช่วยผลักดันให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขอขอบคุณคณะผู้เยี่ยมชมตรวจการดำเนินงานวิจัย จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติให้มีความ ครบครันมากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

คำนำ	(ก)
สารบัญ	(ข)
บทคัดย่อ	(ค)
รายงานการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่	1
เอกสารอ้างอิง	12
ภาคผนวก	13
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน	14
ภาคผนวก ข แผนภูมิแสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	17
ภาคผนวก ค เอกสารประกอบรายงานการประชุม	
รายงานการประชุม วันที่ 15 พ.ค. 2557	18
รายงานประชุมวันที่ 26 มิถุนายน 2557	19
รายงานประชุมวันที่ 27 มิถุนายน 2557 และ 7 กรกฎาคม 2557	19
ภาคผนวก ง แนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	
1 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว	21
2 แนวทางการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ	22
3 แนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามกลุ่มความต้องการความช่วยเหลือ	26
3.1 แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิค 5 เอ	26
3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลเพื่อส่งเสริม	
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้	
ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ	
3.2.1 หลักฐานเชิงประจักษ์/การทบทวนวรรณกรรม	28
กลุ่มติดสังคม	
3.2.2 หลักฐานเชิงประจักษ์/การทบทวนวรรณกรรม	30
กลุ่มติดบ้าน	
3.3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์/การทบทวนวรรณกรรม	39
กลุ่มติดเตียง	
ภาคผนวก จ รายงานแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามระดับความสามารถ	49
ในการช่วยตนเอง 3 กลุ่ม พร้อมคู่มือในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับอสม.	
และสำหรับพยาบาล และขั้นตอนการปฏิบัติ (Flowchart)	
แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก ฉ รายงานผลการทดสอบหาความเที่ยงของแนวปฏิบัติ คู่มือแบบประเมิน	65
ภาคผนวก ช รายงานการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ	67
คู่มือและแบบประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ	
ภาคผนวก ซ รายงานผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้	76
ประโยชน์ของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	
ภาคผนวก ฅ แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ	78
และเชิงคลินิกของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	
ภาคผนวก ญ แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ	80
และเชิงคลินิกของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	
ภาคผนวก ณ แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ	94
และเชิงคลินิกของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	
ภาคผนวก น สื่อ และภาพกิจกรรมที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์โครงการ	108

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่
The Developing of the Home-Based Care Practice Guideline for Elderly
in Hat-Yai Municipality Area

ความเป็นมาของปัญหา: ในสภาพสังคมชุมชนเมืองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทั้งหมดหรือปานกลาง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลระยะยาว ทั้งทางด้านสาธารณสุขเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจึงมีความจำเป็น

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ที่อาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยมีกระบวนการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมการวิจัยมี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของแนวปฏิบัติ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข (อาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาล) ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วยแบบตรวจสอบความตรงในเนื้อหาและนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง องค์ประกอบของแนวปฏิบัติประกอบด้วยแผนการสนับสนุนการดูแลพร้อมคู่มือเจ้าหน้าที่ และคู่มือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง คู่มือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการรายกรณี บูรณาการร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ผลการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของแนวปฏิบัติได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1 และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังได้รับแนวปฏิบัติการดูแล (ในระยะทดลองใช้) มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง

สรุปผลการวิจัย แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจำแนกตามระดับการพึ่งพา 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และดูแลผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ และแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นต้นแบบในการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในบริบทเมืองใหญ่ อย่างไรก็ตามยังคงมีความจำเป็นในการจัดระบบกลไกเพื่อให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างยั่งยืนในชุมชน

คำหลัก แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง

Abstract

Development of Home Care Guidelines Responding to Needs of Elderly in A City Community of Thailand

Background: Elderly with dependent or semi dependent need long-term care, however, accessing to the community health services was limited in the city community. Hence, the need for the development of home care guidelines responding to needs of elderly was reflected.

Purpose: to develop the home care guidelines responding to needs of elderly in a city community of Thailand.

Design: Research and development

Methods: The home care guidelines responding to needs of elderly were developed for using in Had-Yai city, southern Thailand by conducting 2 phases, development and evaluation. The participants consist of 3 groups: 1) experts involving in content validity of the guidelines, 2) health personnel (community nurses, primary care providers, and community health volunteers) implementing the guidelines, and 3) elderly as well as their caregivers receiving care following guidelines.

Results: Three categories of home care guideline were generated based on needs of three elderly groups (dependent, semi dependent and independent). The home care guidelines consisting of a supporting plan and care-giving handbooks were developed from the concept of case management integrated with the self-management support and the evidence-based functional decline prevention in older people. The guidelines were examined using the content validity index, yielding value of 1.0 and inter-rater reliability of the guidelines was tested yielding .95 of agreement. The health personnel and caregiver's satisfaction were used to evaluate the outcome. After implementation, the health personal and caregivers reported their satisfaction at a high level.

Conclusions: Three categories of home care guideline can be used to promote, prevent, rehabilitate and care for elderly according to their needs and can be applied in other big cities of Thailand in responding to aging society. Supporting system to sustain the home care guidelines is required to further explore.

Key words: Home care guidelines, Dependent level of elderly, City community.

รายงานการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่
Report of the Developing of the Home-Based Care Practice Guideline for Elderly
in Hat-Yai Municipality Area

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่มีสัดส่วนของประชากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 11.9 และในอีก 20 ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัว คือ ร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัว ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุนั้นลดลงจากปี พ.ศ. 2553 คือ จาก 6 ต่อ 1 เป็น 2 ต่อ 1 ในปี พ.ศ. 2573 อันจะส่งผลให้คนวัยแรงงานมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็มีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามไปด้วย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปต่อประชากรสูงอายุทั้งหมดเพิ่มจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 26 (รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553) ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมากขึ้น จึงทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุดังกล่าว จึงอาจทำให้เกิดสถานะทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศไม่มั่นคงเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (ถาวร, 2552)

ปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสำหรับรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติโดยการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศ ซึ่งต้องคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐาน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่จำเป็นรวมทั้งมีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตจนถึงวาระสุดท้าย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต/อัมพฤกษ์ โรคสมองเสื่อม ไตวาย โรคเบาหวาน เป็นต้น กอปรกับข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากร และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทำให้โรงพยาบาลต้องมีนโยบายลดจำนวนวัน ที่รับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้รักษาในโรงพยาบาล และต้องจำหน่ายผู้ป่วยส่วนหนึ่งออกไป บางรายอาจสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ขณะที่บางรายใช้ชีวิตได้อย่างจำกัดและต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ บางรายอาจมีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ จึงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความต้องการการดูแลที่หลากหลาย จากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานหรือองค์กรในพื้นที่รวมทั้งผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ก็มีข้อจำกัดในการดูแลต่อเนื่องเนื่องจากความไม่พร้อมด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ เวลา ความรับผิดชอบ เศรษฐกิจ ความรู้ความสามารถในการดูแล และอุปสรรคที่จำเป็นในการดูแล (ศูนย์อนามัยที่ 7, 2555) ทำให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีมากเกินไปกำลังของผู้ดูแล เกิดช่องว่างของบริการที่เชื่อมต่อการดูแลในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปพักพิงที่บ้าน สอดคล้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบหลักประกันสำหรับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีประโยชน์ในการป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาล ป้องกัน/ลดการขาดแคลนเตียง ส่งเสริมการดูแลระยะต่อเนื่อง และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (สุทธิชัย, สุวิณีและจิราพร, 2555)

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลที่บ้าน จากรายงานการศึกษานำร่องการสำรวจฐานข้อมูลผู้สูงอายุ (อายุ 55 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ศูนย์ของเทศบาลนครหาดใหญ่ รวม 1,456 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 55 ถึง 103 ปี (อายุเฉลี่ย 67.24 ปี) ส่วนมากเป็นเพศหญิง อยู่กับครอบครัว เกือบครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ และใช้สิทธิรักษาพยาบาลด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ร้อยละ 56 มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบต่อมไร้ท่อ และโรคในระบบภูมิคุ้มกัน และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามความต้องการการช่วยเหลือ พบว่าร้อยละ 96.5, 1.5, และ 2 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมติดบ้านและติดเตียง ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล มีเพียง ร้อยละ 2.5 ที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ที่ดูแลส่วนมากเป็นคนในครอบครัว ได้แก่ บุตรสาวมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากไม่ต้องการการช่วยเหลือพิเศษใดๆ แต่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างมากร้อยละ 9.(รายงานผลการดำเนินการระยะ 1 สุขภาวะของผู้สูงอายุ, 2557)

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลที่บ้านในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนเขตเมืองทำให้เกิดปัญหาขนาดของครอบครัวเล็กลง ระบบบริการสุขภาพที่มียังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรม การสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) เป็นการส่งเสริมศักยภาพของสถาบันครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุดเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทั้งเป็นการให้บริการครอบคลุมด้านสุขภาพ ด้านจิตใจและสังคม/สิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการใช้สถานบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ขณะที่ยังไม่มีสถานบริการสุขภาพเรื้อรังของภาครัฐรองรับ และยังไม่มียุทธศาสตร์สุขภาพที่บ้านที่เข้มแข็ง จึงต้องหาวิธีการ ขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้ครอบครัวและชุมชน สามารถให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

วิธีการดำเนินวิจัย

การดำเนินโครงการเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

การกำหนดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อดูเนื้อหาของแนวปฏิบัติและตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 6 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน 3 ท่าน และผู้สูงอายุ 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุดีเด่นของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย อดีตประธานสาขาสภาผู้สูงอายุ และนายกสมาคมเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุสงขลา ปี 2550 (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคผนวก ก.)

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติการดูแล คือ บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม.ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษมและโพธิ์พงษา (คลองเตย) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ เพื่อ

ประเมินความสามารถในการปฏิบัติได้ของแนวปฏิบัติและประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มผู้ปฏิบัติการดูแลครั้งนี้ ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ 5 คน และอสม. 30 คน

3. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ดูแลเฉพาะผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่จะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผลในชุมชน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านในความรับผิดชอบดูแลของเทศบาลนครหาดใหญ่ ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มย่อยตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง กลุ่มละ 15 คน ต่อศูนย์บริการสาธารณสุข รวม 45 คน ส่วนผู้ดูแลโดยผู้ดูแลหลัก กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ จำนวน 30 คน (เฉพาะกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง)

สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือเก็บข้อมูล คือ พื้นที่ในความรับผิดชอบ ศูนย์บริการสาธารณสุข เพชรเกษม และโพธิ์พงษา (คลองเตย) ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงจากขั้นตอนการพัฒนาของสภาการวิจัยแห่งชาติของประเทศไทย (NHMRC, 2001) มีการดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการสร้างและพัฒนาเครื่องมือแนวปฏิบัติ และ 2) ระยะประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดังแผนภูมิ 1 แสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ภาคผนวกหน้า ข.) ดังนี้ ซึ่งรายงานฉบับนี้รายงานผลการดำเนินงานเฉพาะ ระยะที่ 1 คือ ระยะการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผลการดำเนินงาน มีดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา 2) ทบทวนวรรณกรรม 3) ยกร่างแนวปฏิบัติ 4) ตรวจสอบร่างแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ 5) ทดสอบหาค่าความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติ และ 6) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ส่วนระยะที่ 2 คือ ระยะประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ เพื่อค้นหาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกำหนดขอบเขตของปัญหาที่จะศึกษา โดยมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือ ผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุข ได้ร่วมกันพิจารณาประเด็นปัญหาจากจากผู้สูงอายุที่บ้านที่พบจากการปฏิบัติงานประจำ และเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

วิธีการในการกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา คือ ผู้วิจัยจัดการประชุมร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยจัดการบรรยายวิชาการเรื่องสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีการรับรู้ที่ตรงกันเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง ตลอดจนมองเห็นความสำคัญของการเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวจากนั้นผู้วิจัยจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชนเมือง ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน รองผู้อำนวยการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) เขต 12 สงขลา อาจารย์พยาบาล และพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ (โรงพยาบาลระดับศูนย์ฯ) โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวนผู้เข้าประชุม 33 คน ผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ (รายงานการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้, วันที่ 15 พฤษภาคม 2557 ภาคผนวก ค.)

1. ขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังคงมีปัญหาในระบบการส่งต่อ นั่นคือถ้าเป็นข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดเตียงจะมีการส่งต่อข้อมูลทุกราย จากโรงพยาบาลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่นๆ ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยจากทางโรงพยาบาลมายังโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือศูนย์บริการสาธารณสุข ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องเท่านี้

ข้อเสนอแนะ:

- 1.1 ควรร่วมมือกันวางแผน พัฒนาระบบการส่งต่อให้ได้แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน
- 1.2 ควรมีการส่งต่อข้อมูล พุดคุยประสานงานระหว่างพยาบาล หรือในระดับของแพทย์ด้วยกัน แม้ว่าในบางศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถเข้าถึงข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ส่งตรวจในโรงพยาบาลศูนย์ฯได้ แต่หากมีการสื่อสารระหว่างระดับของพยาบาล หรือแพทย์ด้วยกัน ระหว่างโรงพยาบาลผู้ส่งและผู้รับ จะทำให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 1.3 ควรมีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลและ อสม.ร่วมกันในครั้งแรก

2. ในช่วงรอยต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นผลส่วนหนึ่งจากนโยบายการจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุยังกลับไปดูแลตัวเองได้ไม่ดีส่วนระบบการเยี่ยมบ้านโดยปกติจะเป็นการเยี่ยมในรายที่มีปัญหาซับซ้อนเท่านั้น และเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดขณะที่ผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุขเองมองเห็นความสำคัญและต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านในช่วงแรกหลังจำหน่าย แต่ทางศูนย์บริการสาธารณสุขมีบุคลากรไม่เพียงพอ และมีเวลาไม่พอในการออกเยี่ยมบ้าน จึงทำให้สามารถเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ติดเตียง

ข้อเสนอแนะ:

- 2.1 ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 2.2 การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและคู่มือผู้ดูแลจะเป็นประโยชน์มาก
- 2.3 อสม. ในแต่ละเขตรับผิดชอบ 15 ครั้วเรือน หากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วน อสม.ก็สามารถติดต่อช่วยประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลในพื้นที่ได้
- 2.4 ในชุมชนยังมีกลุ่มจิตอาสาสมัครผู้สูงอายุกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ ที่สามารถมีส่วนร่วมในการช่วยการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้
- 2.5 คู่มือและคำแนะนำในคู่มือ ควรปรับเนื้อหาให้ตรงกับบริบททางภาคใต้ เช่น อาหารทางภาคใต้ และควรมีการจัดทำสื่ออื่นๆ ให้มีความหลากหลาย เช่น คำแนะนำที่ อสม. ต้องใช้บ่อย ควรจัดทำเป็นแผ่นโปสเตอร์ขนาด A4 ที่พกพาสะดวก หยิบใช้ง่าย หรือคำแนะนำที่ต้องการให้ผู้สูงอายุทำ

เป็นประจำทุกวันควรจัดทำเป็นโปสเตอร์ติดฝาบ้าน เช่น โปสเตอร์การออกกำลังกายต้องใช้บ่อยๆ สื่อภาพอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งขนาดตัวอักษร และรูปลักษณะของคู่มือให้มีขนาดนำติดตัวได้ง่าย

นอกจากนี้ ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับกลุ่มอสม. จำนวน 60 คนจากชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม และศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์พิพิงศาฯ (คลองเตย) (บันทึกการประชุม, วันที่ 26 มิถุนายน, และ 7 กรกฎาคม 2557 ภาคผนวก ค.)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ อสม. ในเรื่องปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชน รวมทั้งแนะนำโครงการ รับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของอสม. พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และประสานขอความร่วมมือ และเชิญชวนอสม. เข้าร่วมในการวิจัย

ซึ่งอสม. ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปัญหาและอุปสรรคในการทำงานโดยพบว่าในเขตที่ทำการศึกษา มีเฉพาะกลุ่มอสม. ที่ช่วยเหลือด้านสาธารณสุข ยังไม่มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือจิตอาสาอื่นๆ โดยอสม. ที่ปฏิบัติงานมีอายุและอาชีพประจำที่หลากหลาย ส่วนใหญ่เห็นว่าอสม. มีภาระงานมากและเข้ามาทำงานด้วยจิตอาสาแต่ขณะเดียวกันอสม. ยังต้องทำงานประจำเพื่อเลี้ยงชีพ ส่วนปัญหา/อุปสรรคในการทำงานของอสม. คือ บางครอบครัวในชุมชนไม่เชื่อถืออสม. เพราะเห็นว่ามีการศึกษาที่น้อยกว่าบางครอบครัวไม่เคยออกมาพบปะเพื่อนบ้าน และการปฏิบัติงานของอสม. ในบางโอกาสที่ไปเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต้องมีค่าใช้จ่ายเพื่อจัดหาของฝากไปเยี่ยม เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็นแนวทางและขอบเขตในการศึกษา วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้างนี้ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 3 กลุ่ม คือ ได้แก่ กลุ่มติดเตียง กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ และอสม. ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

กำหนดผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยกำหนดผลลัพธ์จากการศึกษาค้างนี้ คือ

1 แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา และคุณภาพด้านความเที่ยงจากความสอดคล้องตรงกันของผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ด้วยวิธีหาร้อยละของความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (percent of agreement) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

3. แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ

1) แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีความสามารถในการปฏิบัติได้เมื่อนำไปปฏิบัติไม่ต่ำกว่า 80% และ 2) บุคลากรสาธารณสุข มีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 3) ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม/หลักฐานเชิงประจักษ์

โดยดำเนินการสืบค้นทบทวนวรรณกรรม/หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อนำมากำหนดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม โดยแบ่งแนวปฏิบัติการดูแลตามกลุ่มคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (ดังรายงานการทบทวนวรรณกรรม/แนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน /หลักฐานเชิงประจักษ์แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ภาคผนวก ง.)

ขั้นตอนที่ 3 การยกร่างแนวปฏิบัติคู่มือในการใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ ร่างแนวปฏิบัติ

วิธีการสร้างแนวปฏิบัติ ดำเนินการ ดังนี้

1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะที่ดีที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรม/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ นำมาสรุปเป็นแนวทางการนำไปใช้ รวมทั้งจัดทำกิจกรรม/ทักษะต่างๆ ที่ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลต้อง/ควรปฏิบัติ เพื่อนำมาจัดทำแนวปฏิบัติฉบับร่าง ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แนวปฏิบัติของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ใช้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าศูนย์สุขภาพ ผู้สูงอายุภาคใต้จังหวัดสงขลาเป็นผู้พิจารณาขั้นตอนของแนวปฏิบัติว่าเนื้อหาของคู่มือ การสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุและเนื้อหาของการตรวจสอบตนเองของผู้สูงอายุเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สุขบัญญัติ 10 ประการสำหรับผู้สูงอายุ) หลังจากได้รับความเห็น/ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้ โดยนำขั้นตอนของแนวปฏิบัติไปให้กลุ่มปฏิบัติการดูแลซึ่งได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการพิจารณาว่าสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้หรือไม่ ผลการพิจารณาสรุปว่าสามารถใช้ปฏิบัติได้ สำหรับคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้นำไปให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจำนวน 5 คน นำไปทดลองใช้เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการประเมินพบว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้

1.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พัฒนาเนื้อหาคำแนะนำสำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยนำหลักการของแนวปฏิบัติการป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2004; 2007) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จากนั้นผู้วิจัยจึงนำคำแนะนำที่ได้จากการสืบค้นไปบูรณาการให้เหมาะสมกับแนวปฏิบัติการดูแล ซึ่งได้เนื้อหาคำแนะนำในการดูแลที่ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วมซึ่งจากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลหรือส่งเสริมในด้านดังกล่าว จะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมถอยและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ลดการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

1.3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงพัฒนาและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1). ด้านการป้องกันแผลกดทับ 2). ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ 3). ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 4). ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ 5). ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า

2 จัดทำร่างแนวปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม (รายงานแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง 3 กลุ่มพร้อม คู่มือในการใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ภาคผนวก จ.) ดังนี้

2.1 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วย ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการใช้หลัก 8 ด้าน ประกอบด้วย 4อ (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย) 3 ส (สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ) และ 1 ย (ยา)

2.2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ 1) หมวดการประเมิน 2) หมวดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 2. ด้านการรับประทานอาหารและยา 3.ด้านการขับถ่าย 4. ด้านผิวหนัง 5. ด้านจิตใจ และ 6.ด้านการควบคุมโรคร่วม และ 3) หมวดการประเมินผล พร้อมทั้งสร้างคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่

2.3 แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ 1) หมวดการประเมิน 2) หมวดการปฏิบัติตามการส่งเสริมความสามารถในดูแลและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1 ด้านการป้องกันแผลกดทับ 2 ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ 3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 4 ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ 5 ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า และ 3) หมวดการประเมินผล พร้อมทั้งสร้างคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ (แนวปฏิบัติ/คู่มือเจ้าหน้าที่)

3 จัดทำคู่มือสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม สำหรับดูแลและประเมินติดตามกิจกรรมการดูแลตนเอง และคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยการนำเนื้อหาคำแนะนำที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ มาจัดทำคู่มือ มีการใช้รูปภาพประกอบ และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ภายในคู่มือผู้ดูแลประกอบด้วย คำแนะนำในการดูแลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแล รวมทั้งมีแบบบันทึกพฤติกรรม หรือการปฏิบัติการดูแลรายวันและรายสัปดาห์ พร้อมทั้งการประเมินผลคุณภาพการดูแล

4.สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ มี 2 ส่วนเครื่องมือประเมินผลเชิงกระบวนการและเครื่องมือประเมินผลผลเชิงคลินิก

4.1 เครื่องมือในการประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล/อสม.แต่ละรายที่ใช้แนวปฏิบัติประกอบด้วย 1) ระดับการศึกษา 2) อายุ 3) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 4) ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) ตำแหน่ง 6) ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/การดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติได้จากการนำแนวปฏิบัติการดูแลที่บ้านที่ได้ไปทดลองใช้ ซึ่งให้พยาบาล/ อสม. เป็นผู้ประเมิน ลักษณะคำตอบจะเป็นความคิดเห็นความสามารถปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ ในการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การเปรียบเทียบการให้คะแนน ดังนี้ ถ้าปฏิบัติได้ให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ได้ ให้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสามารถปฏิบัติได้ โดยใช้ผลรวมของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติได้ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง หาดด้วยคะแนนทั้งหมดที่ได้จากการเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานคูณด้วย 100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลหลัก ในการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scales) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน และแบ่งเป็นช่วงคะแนน ดังนี้ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

4.2 เครื่องมือในการประเมินผลเชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแลข้อมูลของผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ: ประวัติการเจ็บป่วย และยาที่ใช้เป็นประจำ ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลประกอบด้วย ชื่อ สกุล เพศ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน/ ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ใน 10 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scales) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน และแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก (แบบประเมินผลเชิงกระบวนการและแบบประเมินผลผลเชิงคลินิก ภาคผนวก ข.)

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบร่างแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ

นำแนวปฏิบัติฉบับร่างพร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (รายนามและความเชี่ยวชาญ ในภาคผนวก ก.) ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา และประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการถ่ายทอด/นำสู่การปฏิบัติ 2) ด้านความเป็นไปได้ และ 3) ด้านความคุ้มค่า ตามแบบประเมิน รวมทั้งตรวจสอบแบบประเมินผลเชิงกระบวนการและผลเชิงคลินิก ผลการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา และประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการถ่ายทอด/นำสู่การปฏิบัติ 2) ด้านความเป็นไปได้ และ 3) ด้านความคุ้มค่า พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกัน คิดเป็น 100 % (แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ภาคผนวก ข) ผลการตรวจสอบความตรงของคู่มือสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดเตียง ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เนื้อหาเหมาะสม แต่มีข้อเสนอแนะเรื่องความชัดเจนของภาพ สีของภาพ ขนาดของตัวอักษรและภาษาที่ใช้

ผลการตรวจสอบแบบประเมินผลเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์เชิงคลินิก พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกัน คิดเป็น 100 % และไม่มีข้อแก้ไข จากนั้นนำข้อคิดเห็นและคำแนะนำของ มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ (รายงานผลการประชุมตรวจสอบแนวปฏิบัติ คู่มือและแบบประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาคผนวกหน้า ข)

จากนั้นนำไปศึกษานำร่อง โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 ราย เพื่อเพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของขั้นตอนในแนวปฏิบัติและความเข้าใจของผู้ดูแลต่อการใช้ภาษา ขนาดของตัวอักษร และภาพที่ใช้ในคู่มือผู้ดูแล ปัญหา อุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติการดูแล จากนั้นทำการแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติ คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือผู้ดูแลให้มีความเหมาะสม ก่อนนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มพยาบาลและอสม.ผู้ใช้นโยบายในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 ทดสอบหาค่าความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้วิจัยตรวจสอบโดยการหาความสอดคล้องตรงกันของการใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างผู้ปฏิบัติ 2 รายในเวลาเดียวกัน (inter-rater reliability) ได้แก่ กลุ่มพยาบาลผู้ใช้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 3 คน คู่กับผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ประเมิน ใช้ผู้ช่วยสูงอายุติดเตียง 3 คนและกลุ่มเจ้าหน้าที่อสม.ผู้ใช้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 6 คนคู่กับผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ประเมินในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 3 คน โดยสังเกตและประเมินการกระทำของผู้ปฏิบัติ ณ เวลาเดียวกัน

โดยผู้วิจัยนำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ปฏิบัติกลุ่มพยาบาล และกลุ่ม อสม.ศึกษาประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนทดสอบการใช้แนวปฏิบัติจากนั้นประสานงานให้พยาบาล ผู้ปฏิบัติใช้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงและอสม. ผู้ปฏิบัติใช้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และให้การดูแลผู้สูงอายุและบันทึกผลการประเมินในคู่มือของเจ้าหน้าที่พร้อมกับผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการปฏิบัติ และประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติซึ่งในข้อกิจกรรมการดูแลใดที่ไม่ได้ปฏิบัติ ผู้ประเมินจะสอบถามถึงเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติ จากนั้นนำข้อมูลการปฏิบัติที่ได้มาหาความเที่ยงของการสังเกต

โดยคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percentage of agreement) ของผู้ปฏิบัติ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เท่ากับ 0.97 และของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เท่ากับ 0.93 ซึ่งผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ใช้นโยบาย ได้แก่ พยาบาล และ อสม. ในประเด็นและขั้นตอนที่เข้าใจหรือบันทึกผลที่ได้ไม่ตรงกัน ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อไป (รายงานผลการทดสอบหาความตรงเนื้อหา และความเที่ยงของแนวปฏิบัติ คู่มือและแบบประเมิน ภาคผนวกหน้า ๘) และผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินการปฏิบัติที่ได้ มาปรับปรุงคำอธิบายขั้นตอนในคู่มือการใช้แนวปฏิบัติให้ชัดเจนมากขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 6 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ คือ เพื่อทดลองนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1 จัดประชุมบุคลากรสาธารณสุข โดยจัดในกลุ่มพยาบาลและอสม. ที่เข้าร่วมโครงการ ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติพร้อมทั้งคู่มือประกอบ ฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติฉบับร่าง การบันทึกผลการประเมิน การตอบแบบสอบถามการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของพยาบาลและอสม. ผู้ใช้แนวปฏิบัติ จากนั้นให้พยาบาลและอสม. ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทดลองนำแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 จัดประชุมเป็นรายบุคคล และกลุ่มย่อยให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม และศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์พงศาฯ (คลองเตย) จำนวน 5 คน ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง

วัตถุประสงค์ของการจัดประชุม เพื่อแนะนำโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ อธิบายแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงและกลุ่มติดสังคม ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) พร้อมทั้งแนะนำแนวปฏิบัติพร้อมวิธีการใช้ผ่านคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทั้ง 3 กลุ่ม ที่ผ่านการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และเชิญชวนพยาบาลให้เข้าร่วมในการวิจัย เพื่อทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้

พยาบาลผู้เข้าร่วมประชุม ยินดีเข้าร่วมและให้ความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. จุดเด่นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น อยู่ที่การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนวรรณกรรม อีกทั้งในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมีการรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากหลายๆ ฝ่าย ถือเป็นกระบวนการที่ดี
2. คู่มือแนวปฏิบัติ และเนื้อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีเนื้อหาเยอะ เป็นสิ่งที่ดีเพราะเมื่อพยาบาลต้องการทราบเรื่องอะไรจะได้หาอ่านได้ สำหรับคู่มือสำหรับ อสม. เห็นว่าขนาดตัวอักษรที่ใหญ่มีความเหมาะสม เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีอายุมากและมีปัญหาทางสายตา

2.1 จัดประชุมเป็นรายกลุ่มในกลุ่มอสม. จำนวน 60 คนที่ปฏิบัติงานในสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม และศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์พงศาฯ (คลองเตย) (รายงานการประชุมวันที่ 27 มิถุนายน 2557 และ 7 กรกฎาคม 2557 ภาคผนวก ก

วัตถุประสงค์เพื่อ แนะนำโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และประสานขอความร่วมมือ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่มพร้อมคู่มือ รวมทั้งการใช้แบบประเมินและเชิญชวนอสม. เข้าร่วมในการวิจัย เพื่อทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ จำนวน 6-10 คน/ศูนย์บริการสาธารณสุข

2.2 ให้อสม./พยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทดลองนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงและติดบ้านไปใช้ ในกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม จำนวน กลุ่มละ 10 คน/ศูนย์จำนวนรวม 60 คน ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบครอบครัวผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่บ้าน โดยขอให้พยาบาล และอสม.ที่รับผิดชอบประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุมีทะเบียนบ้านอยู่ ดำเนินการเยี่ยมบ้าน และเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการ จากนั้นให้อสม./พยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทดลองนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดเตียงไปใช้ ซึ่งรายงานผลการทดลองใช้อยู่ในระยะดำเนินการ ซึ่งจะรายงานผลในครั้งต่อไป

ซึ่งรายงานผลการทดลองใช้อยู่ในระยะดำเนินการ ซึ่งจะรายงานผลในครั้งต่อไป



อ.ทศิณี ใจเจริญ

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ผศ.ดร.ทิพมาส ชินวงศ์
ตำแหน่งทางวิชาการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ความชำนาญ	ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง
ภาควิชา	การพยาบาลอายุรศาสตร์
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 15 ถ.กาญจนวนิช ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112
โทรศัพท์	074-286477
อีเมล	tippamas.c@psu.ac.th

ประวัติการศึกษา

- 2541 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ไทย พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
- 2550 Australia ไทย M.NS. (Adult Nursing), PhD (Doctor of Philosophy), Southern Cross University
- 2555 สภาการพยาบาลไทย ประกาศนียบัตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายการผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

ผลงานวิจัย

- กัณฑ์พร ยอดไชย, อารีวรรณ อ่วมตานี และทิพมาส ชินวงศ์. (2550). ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร (25)5:407-413.
- กัณฑ์พร ยอดไชย, อารีวรรณ อ่วมตานี และทิพมาส ชินวงศ์. (2550). ภาวะง่วงนอนในพยาบาลวิชาชีพ: ผลของความเหนื่อยล้าและคุณภาพการนอนหลับ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 30(2), 1-14.
- ขวัญตา บาลทิพย์, ทิพมาส ชินวงศ์, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, นฤมล อนุมาศ, โขมพักตร์ มณีวัต.(2544). การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 22(1): 1-15.

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	คุณศิริวรรณ เตียวสุรินทร์
ตำแหน่ง	หัวหน้าหน่วยงานเวชสังคม พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์	074-273108
มือถือ	084-6955451

E-mail timpeppam@hotmail.com

ผลงานวิจัย

1. ศูนย์สุขภาพชุมชน : บริการที่พึงประสงค์ของหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลหาดใหญ่ตามแนวคิดประชาชนผู้มารับบริการ กรณีศึกษาเพื่อการเตรียมการเข้าสู่ระบบองค์กรมหาชน (2551)
2. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่ (ภาคแรก) 2551
3. รูปแบบความร่วมมือกันจัดบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ และเทศบาลตำบลบ้านพรุก่อนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (2551)

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล คุณสมาลี วัฒนกร
ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงาน ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์ 074218 145
ผลงานวิจัย

ปิยะนุชจิตตุนนท์, สมาลี วัฒนกร และวรรณิ จันทรสว่าง. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลา” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(2):153-165;2552.

สมาลี วัฒนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุลและปารณิ คำจันทร์. “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ รับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” สงขลานครินทร์เวชสาร.26 (6) 539-547; 2251.

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล คุณวาสนา สัญญาโณ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลน้ำน้อย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
โทรศัพท์ (มือถือ) 089-7374476
อีเมล -
ประวัติการศึกษา 2538 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล พันเอก(พิเศษ)สากร รมณารักษ์

เกียรติคุณ

1. ผู้สูงอายุดีเด่นของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
2. ประกาศเกียรติคุณทหารผ่านศึกดีเด่นของกองการสงครามกระทรวงมหาดไทยประจำปี 2547
3. บุคคลตัวอย่างแห่งปี สาขาผู้บำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ประจำปี 2554 ของโครงการบุคคลตัวอย่างแห่งปีมูลนิธิเพื่อสังคมไทย
4. วุฒิสภาธนาคารสมอง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ 2547
นายกและประธาน
5. นายกสโมสรโรตารี 2540
6. ประธานชมรมข้าราชการบำนาญ 2540-2544
7. ประธานชมรมทหารนอกราชการ 2543-2545
8. ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย 2549
9. นายกสมาคมเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุสงขลา 2550
10. นายกสมาคมทหารผ่านศึกและทหารกองหนุน พ.ศ.2546

ประวัติการทำงาน

สังคมเครือข่ายผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล คุณจันทร์เพ็ญ ภัทรเดช

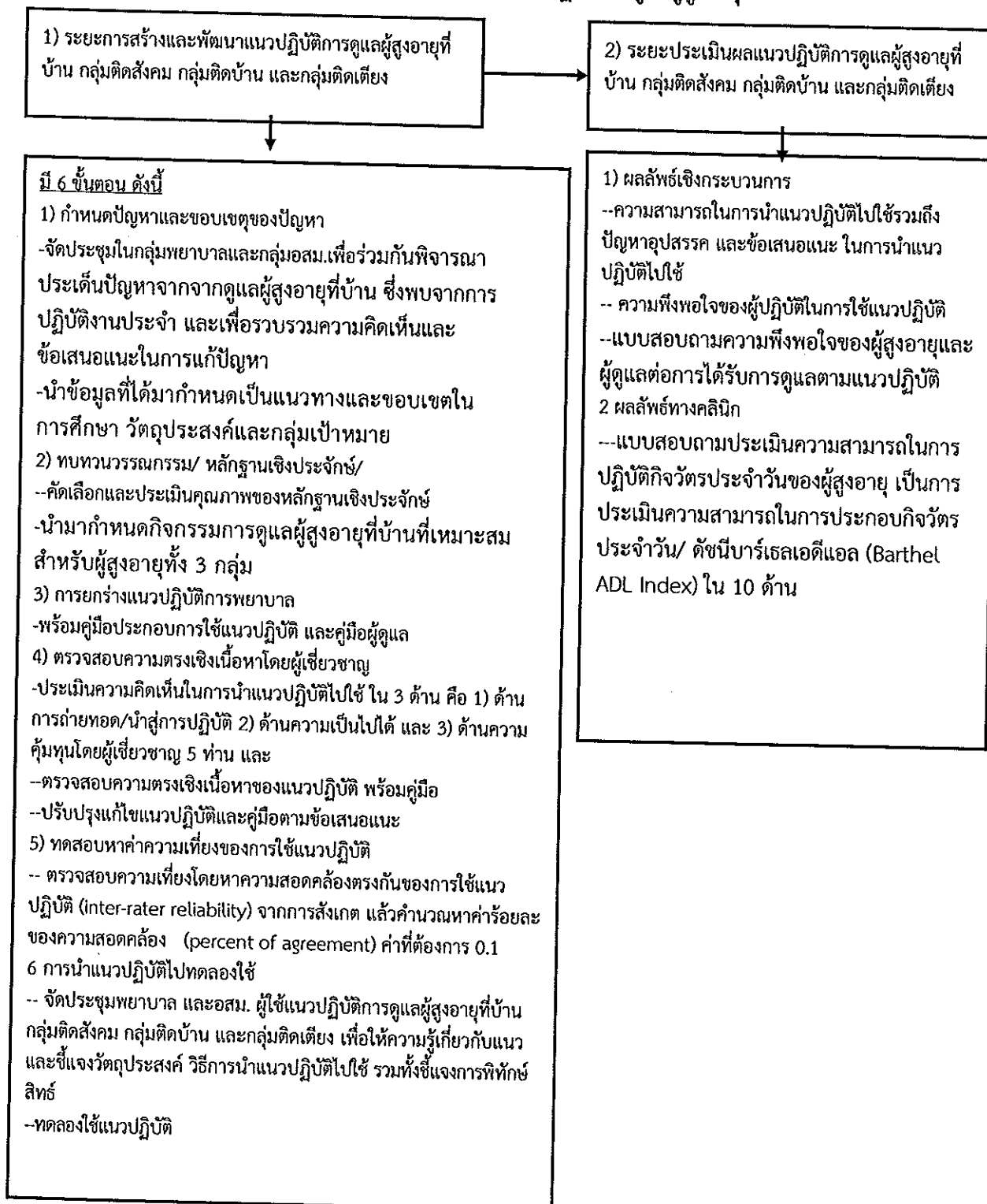
ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุภาคใต้ จังหวัดสงขลา
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสงขลา

โทรศัพท์ (มือถือ) 081-5439767

ภาคผนวก ข

แผนภูมิ 1 แสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน



ภาคผนวก ค

เอกสารประกอบรายงานการประชุม

1. รายงานการประชุม วันที่ 15 พ.ค. 2557 (ขั้นตอนการกำหนดปัญหา และขอบเขตของปัญหา)

วัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และกำหนดขอบเขตของปัญหาที่จะศึกษา โดย มีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือ ผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุข ได้ร่วมกันพิจารณาประเด็นปัญหาจากจากผู้สูงอายุ ที่บ้านที่พบจากการปฏิบัติงานประจำ และเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

วิธีการในการกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา คือ ผู้วิจัยจัดการประชุมร่วมกับบุคลากร สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยจัดการบรรยายวิชาการเรื่องสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีการรับรู้ที่ตรงกันเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง ตลอดจนมองเห็นความสำคัญของการเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ ดังกล่าวจากนั้นผู้วิจัยจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชนเมือง ร่วมกับบุคลากร สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผลการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ คือ ถ้าเป็นข้อมูลกลุ่มติดเตียงจะมีการส่งต่อข้อมูลทุกราย จาก โรงพยาบาลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ในกลุ่มอื่นๆ ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูล ควรได้รับการพัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่วนระบบการเยี่ยมบ้านโดยปกติจะเป็นการเยี่ยมในรายที่ซับซ้อน และเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด
2. ขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และยังคงมีปัญหาในระบบการส่งต่อ ดังนั้นจึงควรร่วมมือกันวางแผน เพื่อให้ได้แนวทางที่ชัดเจน ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วงรอยต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลยังขาดความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นผลส่วนหนึ่งจากนโยบายการจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุยังกลับไปดูแลตัวเองได้ไม่ดี ซึ่งผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุขเอง อยากให้มีการเยี่ยมบ้านในช่วงแรกหลังจำหน่าย แต่ทางศูนย์บริการสาธารณสุขมีบุคลากรไม่เพียงพอ และมีเวลาไม่พอในการออกเยี่ยมบ้าน จึงสามารถเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดเตียง จึงเห็นตรงกันว่าควรมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและคู่มือจะเป็นประโยชน์
3. ปัญหาขาดการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยจากทางโรงพยาบาลมายังโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง จึงควรจะมีการพูดคุยส่งต่อระหว่างพยาบาล หรือในระดับของแพทย์ด้วยกัน แม้ว่าในบางศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถเข้าถึงข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ส่งตรวจในโรงพยาบาลศูนย์ได้ แต่การสื่อสารระหว่างระดับของพยาบาล หรือแพทย์ด้วยกัน จะทำให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเห็นควรมีการเยี่ยมบ้านโดย พยาบาลและ อสม.ร่วมกันในครั้งแรก

4. อสม. ในแต่ละเขตรับผิดชอบ 15 ครั้วเรือน หากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วน อสม. ก็สามารถติดต่อช่วยประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลในพื้นที่ได้ นอกจากนี้ ในชุมชนยังมีกลุ่มจิตอาสา มีชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ที่สามารถมีส่วนร่วมในการช่วยการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

2. รายงานประชุมวันที่ 26 มิถุนายน 2557 (ขั้นตอนการหาความเที่ยง และขั้นตอนการนำไปใช้ดังนี้)

จัดประชุมให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงของศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม และศูนย์บริการสาธารณสุขคลองเตย และพยาบาลจากหน่วยเวชกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่

วัตถุประสงค์ของการจัดประชุม เพื่อแนะนำโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ อธิบายแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงและกลุ่มติดสังคม พร้อมทั้งแนะนำแนวปฏิบัติพร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทั้ง 3 กลุ่ม ที่ผ่านการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

พยาบาลผู้เข้าร่วมประชุม ให้ความเห็นดังนี้

1. จุดเด่นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น อยู่ที่การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนวรรณกรรม อีกทั้งในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมีการรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากหลายๆ ฝ่าย ถือเป็นกระบวนการที่ดี
2. คู่มือแนวปฏิบัติที่หนา มีเนื้อหาเยอะ เป็นสิ่งที่ดีเพราะเมื่อพยาบาล หรือ อสม. ที่ใช้คู่มือต้องการทราบเรื่องอะไรจะได้หาอ่านได้จากในคู่มือ สำหรับคู่มือสำหรับ อสม. ควรจัดทำให้มีขนาดตัวอักษรขนาดใหญ่ เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีอายุมากและมีปัญหาทางสายตา คำแนะนำในคู่มือควรปรับให้ตรงกับบริบททางภาคใต้ เช่น อาหารทางภาคใต้
3. ควรมีการจัดทำสื่ออื่นๆ ให้มีความหลากหลาย เช่น คำแนะนำที่ อสม. ต้องใช้บ่อยควรจัดทำเป็นแผ่น A4 เคลือบที่พกพาสะดวก หยิบใช้ง่าย หรือคำแนะนำที่ต้องการให้ผู้สูงอายุทำเป็นประจำทุกวัน ควรจัดทำเป็นโปสเตอร์ติดฝาบ้าน
4. ข้อเสนอแนะในการจัดทำสื่อการสอนผู้สูงอายุและผู้ดูแล เช่น การจัดทำโปสเตอร์การออกกำลังกาย ต้องใช้บ่อยๆ สื่อภาพอาหารที่เหมาะสม และ ขนาดตัวอักษร รูปลักษณะของคู่มือให้มีขนาดนำติดตัวได้ และประสานขอความร่วมมือ

3. รายงานประชุมวันที่ 27 มิถุนายน 2557 (ในขั้นตอนการทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้) ดังนี้

จัดประชุมครั้งที่ 3 (วันที่ 27 มิถุนายน, 7 กรกฎาคม 2557) ในกลุ่มอสม. จำนวน 60 คนจากทุกชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม และศูนย์บริการสาธารณสุขคลองเตย

วัตถุประสงค์เพื่อ คืบข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชน แนะนำโครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และประสานขอความร่วมมือ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้รับบริการ

(ผู้สูงอายุ) อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่มพร้อมคู่มือ รวมทั้งการใช้แบบประเมิน

เพื่อรับฟังความคิดเห็น ทำความตกลงถึงบทบาทหน้าที่ของอสม. และเชิญชวนอสม. เข้าร่วมการวิจัย เพื่อทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ จำนวน 6 คน/ศูนย์บริการสาธารณสุข

นอกจากนี้ อสม. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความต้องการของอสม. พบว่า มีภาระงานมาก อีกทั้งยังต้องทำงานประจำ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงานของอสม. คือ บางครอบครัวไม่เชื่อถืออสม. ไปไม่เจอ ไม่มีคนอยู่บ้าน และผู้สูงอายุไม่ค่อยให้ความเชื่อถือของอสม.

ประสบการณ์ความช่วยเหลือผู้สูงอายุของอสม.

1. ช่วยอาบน้ำ ตัดผมผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานที่บ้าน และช่วยเหลือบางรายมีผู้ดูแลเป็นหลานซึ่งเป็นผู้สูงอายุเหมือนกับอยู่บ้านเดียวกัน
2. แนะนำการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
3. ช่วยนวดผู้สูงอายุที่ปวดเมื่อยที่บ้าน
4. ดูแลคุณแม่ที่บ้านซึ่งป่วยเป็นอัมพฤกษ์ที่ต้องดูแลทุกด้าน เช่น ให้อาหาร สอนทวาร ดูแลให้การขับถ่าย
5. มีกลุ่มจิตอาสาผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา มอบเงิน เครื่องนุ่งห่มแก่ผู้สูงอายุที่มีความลำบาก เป็นผู้นำเสนอไปยังประธานกลุ่มจิตอาสา แล้วคัดเลือกส่งมอบผ่านอสม.

ภาคผนวก ง

แนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Conceptual model of home-based care practice guideline for elderly)

แนวคิดที่ใช้ประกอบการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

- 1 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว
- 2 แนวทางการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ
- 3 แนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามกลุ่มความต้องการความช่วยเหลือ
 - 3.1 แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิค 5 เอ
 - 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

ซึ่งมีเนื้อหาโดยสรุป ดังนี้

1 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวควรพัฒนามาบนพื้นฐานหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การบริการแบบบูรณาการ มีการเชื่อมโยงระหว่างบริการต่างๆ มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบบริการที่เป็นธรรม

1) การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาครัฐ โดยเน้นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด (Self care, self reliance) นั่นคือต้องยึดหลักการสำคัญของการไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเกินความจำเป็น แต่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถดูแลตนเองสามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถตัดสินใจเข้าใช้ระบบที่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสม และต้องพร้อมที่จะเข้าถึงเพื่อการช่วยเหลือและปกป้องบุคคลหรือครอบครัวที่ล้มเหลวในการดูแลตนเอง ไม่สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการที่เป็นทางการเมื่อมีความจำเป็น ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว และการดูแลระยะกลาง

2) ความครอบคลุม มีความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยในด้านสุขภาพยังบูรณาการทั้งสี่มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและปัญหาทางสุขภาพ (พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยสภาพการทำงานที่ไม่ดี โรคต่างๆ ความพิการ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว) การจัดการดูแลในระดับต้นสำหรับโรคและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นการจัดการให้มีความต่อเนื่องการรักษา (Adherence to management) ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมีสถานะสุขภาพหรือสมรรถภาพที่เหมาะสมอีกครั้ง นอกจากนั้นจะต้องครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

3) เนื่องจากความจำเป็นด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีมากกว่าหนึ่งมิติ จึงมีความจำเป็นในการเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการ (Linkage of activities) และดำเนินการให้เกิดความเป็นสหสาขา จัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและการดำเนินการติดตามประเมิน และกำกับระบบการบริการ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้รูปแบบความเชื่อมโยงต้องชัดเจน และบุคลากรทุกระดับต้องทราบภารกิจและบทบาท ที่

แน่นอนของตน การเชื่อมโยงกิจกรรมที่ดีจะนำไปสู่คุณภาพบริการ ความต่อเนื่องในการให้บริการ และความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ นอกจากนี้ในกรณีที่มีการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนความเชื่อมโยงดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบการบริการ

4) ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ การจัดบริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ส่งเสริมการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการจัดบริการ

5) เป็นระบบบริการที่เป็นธรรม ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ และการใช้ระบบการเงินการคลังที่มีความเป็นธรรมในการจ่ายสมทบ โดยที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นโดยไม่ถูกจำกัดด้วยความสามารถในการจ่าย

2 แนวทางการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แนวทางการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เทียบเท่าศูนย์บริการสาธารณสุข) มีเป้าหมายการบริการ 3 ภารกิจหลัก ได้แก่ ภารกิจที่ 1 การให้บริการสุขภาพ ภารกิจที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ ภารกิจที่ 3 การประสานการบริการ โดยแยกการจัดบริการตามกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีการจัดบริการตามเป้าหมายการบริการ 3 ภารกิจหลัก ดังนี้

ภารกิจที่ 1 การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การชะลอความเสี่ยงจากความสูงอายุ ส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อสังคม การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง ด้านการป้องกันโรค/กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ และด้านการดูแลรักษาและควบคุมโรค จุดเน้นอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมทั้งการดูแลรักษา การควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ โดยบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นจะเป็นหัวใจสำคัญ เพื่อการดำรงและส่งเสริมการเป็นพลพลพลัง (active ageing) ของผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด สำหรับการป้องกันโรคนั้น จะเน้นที่โรคเรื้อรังสำคัญในผู้สูงอายุ อันได้แก่ โรคในกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) ทั้งหมด อาทิ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนการควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้นจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ด้วยตนเอง หรือการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ภารกิจที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ (สุขภาพและสังคม) เน้นการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เสริมสร้างการเป็น อสม. อพส. หรือจิตอาสาผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเสริมสร้างการเป็นพลพลพลังในผู้สูงอายุ

ภารกิจที่ 3 การประสานการบริการ (สุขภาพและสังคม) โดยประสานการคัดกรองโรคและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ประสานโครงการป้องกันและจัดการภาวะเสี่ยง: หกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และสมองเสื่อม ประสานการรับ ส่งต่อรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหา ประสานการพัฒนาระบบการดูแลผ่านระบบสื่อสารทางไกล/ทางโทรศัพท์ ประสานการสนับสนุนการดำเนินโครงการผู้สูงอายุในชุมชน และประสานการได้รับสิทธิด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีการจัดบริการ ดังนี้

การจัดบริการให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเน้นการควบคุมโรค-การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภาวะทุพพลภาพ/ความพิการ-เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง และเป็นบริการที่ต้องอาศัยแนวคิด “เชิงรุกครอบคลุม และเข้าถึง” ในการให้บริการ และประกอบด้วย 3 ภารกิจหลัก คือ 1) ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และ 3) ภารกิจการประสานการบริการ ทั้ง 3 ภารกิจจะนำสู่การควบคุม

และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การชะลอความเสื่อมถอยของหน้าที่ ตลอดจนการเพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเองหรือดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระ บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นบริการที่บูรณาการ โดยมีทั้งความร่วมมือของภาครัฐ เอกชนและประชาชน ภาคสุขภาพและสังคม และต้องครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการหลัก คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัคร (อสม. และ อพส.) โดยประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ชุมชน/ท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยภารกิจทั้ง 3 มี ดังนี้

1 ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จะเป็นบริการที่ผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีทั้งบริการเชิงรุกและเชิงรับ บริการเชิงรุกที่เข้าถึงบ้าน เป็นจุดเน้นการให้บริการในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยการให้บริการเชิงรุกในรูปแบบที่คุ้นเคย คือ การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) และบริการเชิงรับที่รพ.สต. หรือศูนย์บริการสาธารณสุข ในรูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกโรคทั่วไป (โรคเฉียบพลัน)

การให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (กลุ่มติดบ้าน) ควบคุมโรค และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ: หกล้ม กลืนปัสสาวะไม่ได้ สมอง เสื่อม และภาวะซึมเศร้า ป้องกันภาวะทุพพลภาพและการฟื้นฟูสภาพ ดูแลรักษา/ทำหัตถการตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวตามปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ให้คำปรึกษาการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัย

ภารกิจที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ(สุขภาพและสังคม) ให้การเสริมสร้างศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ให้บริการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พัฒนาศักยภาพ อสม. อพส.หรือจิตอาสาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ภารกิจที่ 3 การประสานการบริการ (สุขภาพและสังคม) ประสานการพัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ประสานการตรวจสุขภาพ ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ประสานบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถนะร่างกาย ประสานการปรึกษา/ส่งต่อ/การดูแลรักษา/ตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่อง ประสานการพัฒนาระบบการดูแล ผ่านระบบสื่อสารทางไกล/ทางโทรศัพท์ประสานการสนับสนุนยาเวชภัณฑ์อุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุ ประสานการจัดตั้งและให้บริการศูนย์ดูแลกลางวัน ประสานการดำเนินโครงการผู้สูงอายุในชุมชน ประสานการได้รับสิทธิด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) เป็นกลุ่มที่มีความต้องการผู้ดูแลสูง และมีความต้องการบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม จึงต้องประสานการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการภาคสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม หรือผู้สูงอายุและครอบครัวที่ประสบความทุกข์ยากลำบากเดือดร้อน

การให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนั้น มีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ตามที่เป็นอย่างอยู่ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การบำบัดฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ และส่งเสริมให้ผู้ดูแล เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในสังคม เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและความสูงอายุ

เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จะให้การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยให้บริการที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตอย่างสงบ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลครอบครัวต่อเนื่องหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงบริการผู้สูงอายุระยะสุดท้ายและคงเป็น 3 ภารกิจเช่นเดียวกับภารกิจที่จัดให้กับกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ 1) ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 2) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และ 3) ภารกิจการประสานงานบริการ การบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และระยะสุดท้ายนี้ ย่อมต้องเป็นบริการที่บูรณาการเช่นเดียวกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ โดยเป็นความร่วมมือของทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคสุขภาพและสังคม และต้องครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการหลัก คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัคร (อสม.และ อพส.) โดยประสานความร่วมมือกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ชุมชน/ท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่นกันเพื่อให้เห็นภาพการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ในกลุ่มนี้ได้ชัดเจนและนำไปใช้ในการดำเนินการได้สะดวก

บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) การบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนั้น จะคำนึงถึงคุณภาพชีวิตทุกมิติของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ โดยมุ่งให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับความจำกัฏมากกว่าการมุ่งรักษาบำบัดโรคสำหรับภารกิจและชุดการให้บริการตามภารกิจทั้งสาม มีดังต่อไปนี้

1 ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) บริการที่ รพ.สต. หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เน้นที่การควบคุมอาการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุมีอยู่และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตด้วยเหตุที่แก้ไขได้ ดังนั้นภารกิจจึงผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ โดยจุดเน้นของชุดการให้บริการ คือการให้บริการเชิงรุกที่เข้าถึงบ้าน เป็นบริการที่จัดให้รายบุคคล และมีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุและครอบครัวชุดการให้บริการตามภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายและ/หรือในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งได้ หรือแม้แต่ขยับตัวไม่ได้ในท่านอน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร

ชุดบริการเยี่ยมบ้าน (home visit) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในระดับที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน รวมถึงการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทั้งอสม.และ อพส. เป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ภายใต้การมอบหมายและติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บริการที่จัดให้ ประกอบด้วย ชุดการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลตามหลัก อ-ส-ย ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่มีระดับต่อเนื่องมากกว่าการชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) ผู้สูงอายุ

กลุ่มติดเตียง เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นการควบคุมและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุ (symptom management) เพื่อระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว จากโรคและความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะทุพพลภาพจากสาเหตุที่แก้ไขได้รวมถึงบริการที่สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการดำเนินการจึงมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบ โดยต้องประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและองค์กรด้านสุขภาพอื่นๆ ควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิตจากปัญหาที่แก้ไขได้ •ลดทอนภาวะทุพพลภาพประคับประคองอาการ•เสียชีวิตอย่างสงบสุข

การให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ควบคุมและจัดการอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ ควบคุมโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้บริการดูแลรักษา/ทำหัตถการตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ความรู้ และคำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ เคลื่อนไหว ป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ: กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า บำบัดฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ -ชุดการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง/ ไม่สามารถ เคลื่อนที่ได้ ส่งเสริมสุขภาพจิต ให้คำปรึกษาการจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ บริการดูแลชั่วคราว (respite care) สนับสนุนการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พัฒนาศักยภาพ อสม. อพส.หรือจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ

ชุดการให้บริการ ประกอบด้วย ชุดการควบคุมและจัดการอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ (symptom management) ชุดการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ชุดการให้บริการดูแลรักษาและทำ หัตถการดูแลตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุดการให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ เคลื่อนที่ได้ ชุดการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว ชุดการป้องกันและควบคุมกลุ่ม อาการของผู้สูงอายุ เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ สมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ชุดการบำบัดฟื้นฟูภาวะทุพพล ภาพ ที่มุ่งเน้นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา อันเป็น สาเหตุของการเสียชีวิต และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมี ผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ ชุดการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถ ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคมและการต้องพึ่งพาผู้อื่น ชุดการให้คำปรึกษาการจัด สภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการดำรงชีวิต

2. การกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. มีการกิจในการพัฒนาศักยภาพทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และ กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุและครอบครัว (ผู้ดูแลในครอบครัว) ในการดูแลและ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหวรวมทั้งเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล แม่ข่าย หรือเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น เช่น พมจ. ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการที่บ้าน

ชุดการให้บริการ ที่อยู่ในภารกิจพัฒนาศักยภาพ เช่น ชุดการสนับสนุนการพึ่งพาตนเองของ ผู้สูงอายุ ชุดการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ชุดการพัฒนาศักยภาพอาสา-สมัครและจิตอาสา ในการให้กำลังใจ และการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เคลื่อนที่ไม่ได้ เช่น การดูแลเรื่องอาหาร อนามัย การ รับประทานยา กายภาพบำบัด และการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

3. การกิจกรรมประสานการบริการ รพ.สต. จะเชื่อมต่อและเชื่อมโยงประสานการดูแลผู้สูงอายุ โดย ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ คือ รพ.สต. อพส. และภาคสังคม คือ ชุมชน ท้องถิ่นและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุดการให้บริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เช่น ชุดประสาน/เชื่อมต่อบริการ ประกอบด้วย การประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้สูงอายุกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อประสานการจัดการอาการไม่ สบายของผู้สูงอายุ ประสานการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อน หรือการเกิดโรคใหม่ ประสานการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์อุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุ ประสานการปรึกษา ส่งต่อ การดูแลรักษา ตรวจ วินิจฉัย และรักษาต่อเนื่อง ประสานการพัฒนาระบบการดูแลผ่านสื่อทางไกล/ทางโทรศัพท์ การประสานการ บริการกับแกนนำท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การประสานชมรม/กลุ่มจิตอาสา/แกนนำท้องถิ่นในการ จัดตั้งและให้บริการดูแลชั่วคราวตามความเหมาะสมการประสานการบริการกับภาคีเครือข่าย เช่น การ ประสานกับหน่วยงานท้องถิ่น พมจ. เพื่อให้การช่วยเหลือ บรรเทาปัญหาสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแลและยากจน และประสานการได้รับบริการตามสิทธิของผู้สูงอายุที่ควร ได้รับ

3 แนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามกลุ่มความต้องการความช่วยเหลือ

แนวปฏิบัติหรือชุดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พัฒนาจากการที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะที่ดีที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองนำมาสรุปเป็นเนื้อหาในการจัดทำแนวปฏิบัติ ดังนี้

3.1 แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิค 5 เอ สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน และสำหรับการพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงและติดบ้าน

การจัดการตนเอง เป็นแนวคิดการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย เน้นการปรับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ โดยการเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบในการตัดสินใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองอย่างมั่นใจ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ เพิ่มทักษะของบุคคลในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง สร้างแรงจูงใจให้กับตนเองและมีการประเมินตนเอง รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเจ็บป่วยของตนเองและแนวทางรักษา การฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็น การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

นอกจากนี้ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนตามเทคนิค 5 เอ ได้แก่ 1). การประเมิน (assess) เป็นการประเมินความรู้และพฤติกรรมความเชื่อของผู้ป่วยกับปัญหาทางสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ รวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่จะมีผลต่อเป้าหมายการปฏิบัติที่วางไว้ 2). การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของแต่ละบุคคลโดยแนะนำให้เห็นถึงอันตรายของการไม่ปฏิบัติตามการรักษาและประโยชน์ที่จะได้รับการรักษาทางเลือกที่หลากหลายให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางในการจัดการตนเอง 3). การยอมรับ (agree) เป็นความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยในการวางแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดการตนเอง 4). การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เป็นการวางแผนร่วมกันเพื่อระบุปัญหาและอุปสรรคส่วนบุคคลพร้อมทั้งกลยุทธ์วิธีการแก้ไขปัญหาโดยการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขจะคอยช่วยเหลือสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ และ 5). การเตรียมการ (arrange) เป็นการเตรียมการไว้สำหรับใช้ประเมินหรือติดตามผลการจัดการตนเอง

3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ พัฒนาจากแนวคิดการป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออสเตรเลีย (Australian Health Ministers' Advisory Council: AHMAC, 2007) ที่ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ว่า ประกอบด้วย การดูแลใน 5 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมการมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหว 2) ส่งเสริมโภชนาการ 3) ควบคุมปัญหาการกลืนปัสสาวะและอุจจาระ 4) ดูแลให้เกิดความแข็งแรงผิวหนัง และ 5) สนับสนุนความเข้มแข็งด้านจิตใจ

โดยผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่มตามความต้องการการช่วยเหลือ ดังนี้

แนวปฏิบัติหรือชุดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด จุดเน้นอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมทั้งการดูแลรักษา การควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ โดยบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

นั่นจะเป็นหัวใจสำคัญ เพื่อการดำรงและส่งเสริมการเป็นพหุพลัง (active ageing) ของผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด สำหรับการป้องกันโรคนั้น จะเน้นที่โรคเรื้อรังสำคัญในผู้สูงอายุ อันได้แก่โรคในกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) ทั้งหมด อาทิ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนการควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้นจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ด้วยตนเอง หรือการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมโดยอาสาสมัครนั้น ได้แก่ ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ซึ่งได้บูรณาการการให้ความรู้เรื่องสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน รวมทั้งการประสานบริการติดตามและส่งต่อ เพื่อให้อาสาสมัครใช้เป็นหลักในการดำเนินการ โดยใช้อักษร อ ส ย ในการช่วยจำ

อักษร อ นั้น เป็นการให้ความรู้และการช่วยเหลือดูแล เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และอนามัย อักษร ส เป็นให้ความรู้เรื่อง สมอ ง สิ่งแวดล้อม และสิทธิส่วน ย นั้นเป็นการให้ความรู้เรื่องยา ดังนั้น รวมแล้วจึงเป็น 4อ-3ส-1ย

แนวปฏิบัติหรือชุดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้เพิ่มแนวทางการควบคุมโรคร่วมและปรับเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม ได้แก่

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตและหรือ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 5 ด้าน ได้แก่ (1). ด้านการป้องกันแผลกดทับ (2). ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ (3). ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (4). ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ (5). ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า

บรรณานุกรม

- วรรณภา ศรีธีญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). แนวทางปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์; และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). (2004). Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings. Australia: the Victorian Government Department of Human Services

**หลักฐานเชิงประจักษ์/การทบทวนวรรณกรรมที่นำมาจัดทำ
แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม**

การทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมาจัดทำแนวปฏิบัติผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การจำแนกผู้สูงอายุเพื่อการ
จัดบริการ ควรใช้ลักษณะทั้งทางสุขภาพและทางสังคมในการจัดแบ่งกลุ่มเพื่อจะได้สะท้อนให้เห็น
ลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มที่สำคัญและแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้การจัดบริการได้ตรงเป้าและด้วยลักษณะต่างๆ
ดังกล่าวสามารถจัดแบ่งผู้สูงอายุออกได้เป็นกลุ่ม 3กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง (ลัดดา,2553)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ ในชุมชนเมืองของเทศบาลนครหาดใหญ่ที่สังกัด
ศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษมและศูนย์บริการสาธารณสุขคลองเตยเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด(93.13%)
ซึ่งยังไม่ได้แยกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องไปรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมามี
มุ่งหมายจะใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเองอยู่แล้ว เช่น ผู้สูงอายุที่
ใช้สวัสดิการการรักษาของข้าราชการ หรือผู้ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่สถานบริการพยาบาลอยู่แล้ว

ภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครหาดใหญ่เทียบได้กับภารกิจของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพสต.) สำหรับการจัดบริการกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้นั้นมี 3 ภารกิจ คือ
ภารกิจให้บริการสุขภาพ ภารกิจพัฒนาศักยภาพ และภารกิจประสานการบริการ(วรรณสุดา, 2553)
ในการดำเนินโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านครั้งนี้ จะมุ่งเน้นเฉพาะ 2 ภารกิจแรก
สำหรับภารกิจประสานบริการจะขึ้นอยู่กับโครงการกาพัฒนากลไกการจัดกรดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

การจัดการบริการสุขภาพ เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการ
ส่งเสริมการเป็นพลพลพลังของผู้สูงอายุ การป้องกันโรคเน้นที่โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ อันได้แก่กลุ่มอาการ
เมตาบอลิก (metabolic syndrome) และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) โดยอาศัย
การจัดการผ่านทางการจัดทำระบบภูมิสารสนเทศเพื่อให้มีทะเบียน/ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นฐานข้อมูล
แบบบูรณาการ ที่รวมด้านสุขภาพ และสังคมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลในพื้นที่ปฏิบัติการต่อจากนั้นเป็น
ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายกลุ่มในชุมชน ในโอกาสต่างๆ พร้อมแจกคู่มือ
การสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาในคู่มือใช้หลักการ 4อ – 3ส – 1ย ที่มาจากชุดการ
ให้บริการส่งเสริมสุขภาพโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งสุทินย์ พันธ์และแสงอรุณ(2557)
ได้นำมาจัดทำคู่มือผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเพียงเล็กน้อย
เพื่อให้กระชับนอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปสเตอร์สุขภาพบัญญัติ 10 ประการสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำแนวทางจาก
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุได้ใช้ไว้เดือนตนเองโดยตัดไว้ให้เห็นชัดๆที่บ้าน

การพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำต้องทำใน 2 เรื่องหลักๆ คือ 1 เรื่องการคัดกรองโรคที่เป็นปัญหา
สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ และการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ และ 2 เรื่องการจัดกิจกรรมสร้างเสริม
สุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

1.การคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
เป็นสิ่งที่จำเป็นในการจัดบริการในปัจจุบันเนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมี
อัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2554 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่จำนวน 179,597 ราย อัตราป่วย 280

ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราป่วยสูงสุด 1,118 ต่อประชากรแสนคน (87,154 ราย) และโรคความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 379,551 ราย อัตราป่วย 591.38 ต่อประชากรแสนคน และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราป่วย สูงสุด 2,649.79 ต่อประชากรแสนคน (206,457 ราย) (อมรา, กมลชนก, และ ภาควุมิ, 2556)

2. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีหลายกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย รวมทั้งการใช้เครื่องออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมนันทนาการ การจัดกิจกรรมกระตุ้นสมอง และอื่นๆ ตามความสนใจของผู้สูงอายุในชุมชน (สมใจ, 2010) เช่น ใช้การอบรม อสม. ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะอ้วน (สมใจ, 2010) ได้ให้ อสม. ที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย เป็นผู้ดำเนินการลดภาวะอ้วนของผู้ใหญ่ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก/ม² ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อ้างอิง

- สมใจ วิจิตรกุล.(2553).ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายต่อภาวะอ้วนของประชาชนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. Ramathibodi Nursing Journal,16(3)327-340
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(2551).คู่มือการปฏิบัติงานการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัคร : กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี
- วรรณดา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำرارเลิศ (บรรณาธิการ)(2553).การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. นนทบุรี:สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ และ ภาควุมิ จงพิริยะอนันต์.(2556).รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีพ.ศ. 2554.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์,ปีที่ 44 (ฉบับที่ 10)147-148.
- อภิวรรณ ณัฐมลวรกุล.(2557).โรคผู้สูงอายุและการประเมินผู้สูงอายุ Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.นนทบุรี:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**หลักฐานเชิงประจักษ์/การทบทวนวรรณกรรมที่นำมาจัดทำ
แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน**

แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย
2. ด้านการรับประทานอาหารและยา
3. ด้านการขับถ่าย
4. ด้านผิวหนัง
5. ด้านจิตใจ
6. ด้านการควบคุมโรคร่วม

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

1. ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถ เช่น กิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองให้มากที่สุด เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่(ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

2. ระหว่างการทำกิจกรรม เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เดิน แนะนำให้มีการพักเป็นระยะเพื่อเป็นการสงวนพลังงาน ลดการใช้พลังงานในสิ่งที่ไม่จำเป็นเช่นลดความวิตกกังวล(ระดับ 4/ เกรด A/ สุพัตรา, 2555)

3. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง

4. ควรจัดวางของบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric physical activity) เช่น การออกแรงดึงหรือดันวัตถุอยู่กับที่ เพราะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น(ระดับ 1/ เกรด A/ National Heart Foundation of Australia, 2011)

6. ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน ส่งเสริมการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุชอบ หรือการออกกำลังกายร่วมกับเพื่อน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้โดยไม่เบื่อ และมีความต่อเนื่อง(ระดับ 1/ เกรด A/ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ข้อเสนอแนะในการออกกำลังกาย มีดังนี้

6.1 ข้อควรปฏิบัติก่อนการออกกำลังกาย(ระดับ 1/ เกรด A/ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549; ระดับ 1/ เกรด A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553)มีดังนี้

- สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ๆ ไม่หลวมหรือคับเกินไป

- สวมรองเท้าที่รู้สึกสบาย หรือสวมถุงเท้าและรองเท้ากีฬา

- ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที ควรเว้นระยะเวลายาวอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร

- น่ายาอมใต้ลิ้นติดตัวไว้ทุกครั้งที่มีการออกกำลังกาย

6.2 ควรงดการออกกำลังกายถ้ามีอาการดังต่อไปนี้(ระดับ 1/ เกรด A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553; ระดับ 4/ เกรด A/ Adsett & Mullins, 2010; ระดับ 4/ เกรด A; ระดับ 4/ เกรด A/ Piepoli et al., 2011)

- เจ็บแน่นหน้าอก

- น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.8 kg ภายใน 1-3 วัน ที่ผ่านมา

- ความดันโลหิตตัวบนลดลงเมื่อออกกำลังกาย
- อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 100 ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิตมากกว่า 200/100 มิลลิเมตรปรอท
- เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีไข้
- ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัม ต่อ เดซิลิตร ในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย
- คื่นที่ผ่านมานานไม่หลับ จนรู้สึกอ่อนเพลียมาก
- รู้สึกเครียดมาก
- สภาพอากาศร้อนหรือหนาวเกินไป

6.3 ระยะเริ่มแรกของผู้ที่เริ่มออกกำลังกายควรใช้ระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 10-20 นาที จากนั้นจึงค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเป็นครั้งละ 30-40 นาที และควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ (ระดับ 4/ เกรต A/ Adsett & Mullins, 2010; ระดับ 1/ เกรต A/ Lindenfeld et al., 2010)

6.4 ความหนักในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางโดยเริ่มจากระดับน้อย ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถของแต่ละบุคคล (ระดับ 1/ เกรต B/ Chen, & Wu, 2008; ระดับ 1/ เกรต A/ ปาลิรัฐ, 2554) โดยสามารถประเมินระดับความหนักของการออกกำลังกายเพื่อให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้จากการพูดขณะออกกำลังกาย คือ สามารถพูดเป็นประโยคสั้น ๆ นาน 2-3 วินาทีได้ ไม่ควรรู้สึกเหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดเป็นคำ ๆ ได้ (ระดับ 1/ เกรต A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553)

6.5 การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกาย ด้วยการบริหารส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเบา ๆ ประมาณ 10 นาที ก่อนทุกครั้งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และลดการบาดเจ็บของร่างกาย และหลังจากออกกำลังกายควรมีการผ่อนคลายร่างกาย ไม่ควรหยุดออกกำลังกายทันที (ระดับ 1/ เกรต A/ Lindenfeld et al., 2010; ระดับ 1/ เกรต A/ Clevenger, 2012)

6.6 ข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกาย หากผู้สูงอายุมีอาการดังต่อไปนี้ขณะออกกำลังกาย ให้หยุดออกกำลังกายและให้นั่งพักทันที (ระดับ 1/ เกรต A/ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549; ระดับ 1/ เกรต A/ ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553)

- เจ็บแน่นหน้าอก
- เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้อาเจียน
- รู้สึกเหนื่อยมากจนพูดไม่ออก
- หายใจสั้นและถี่มาก
- เหงื่อออกมาก
- อัตราการเต้นของหัวใจลดลงมากกว่า 10 ครั้ง/นาที

หากมีอาการมึนงง เวียนศีรษะให้นั่งพักก้มศีรษะลงบริเวณระหว่างเข่าสองข้าง หรือนอนพักยกขาสูง (ระดับ 1/ เกรต A/ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

7. การมีเพศสัมพันธ์ ควรบอกให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคหัวใจล้มเหลวกับปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ และให้คำแนะนำ คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและคู่สามี หรือภรรยา (ระดับ 1/ เกรต A/Lainscak et al., 2011) โดยหากสามารถเดินขึ้นบันไดได้ 8-10 ชั้น ได้โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือหยุดกลางคัน ก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ปกติ และการใช้ยาอมใต้ลิ้นก่อนมีเพศสัมพันธ์อาจช่วยลดอาการหอบเหนื่อย และอาการเจ็บหน้าอกได้ ในผู้ที่มีอาการรุนแรงไม่ควรแนะนำให้มมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจมีอาการทรุดหนักหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ (ระดับ 1/ เกรต A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ระดับ 1/ เกรต A/Lainscak et al., 2011)

2 ด้านการรับประทานอาหารและยา

1. ดูแลให้ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมคือ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 23-24.9 กก./ม² (ระดับ 1/ เกรต A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ระดับ 1/ เกรต A/ McMurray et al., 2012; ระดับ 1/ เกรต A/ Clevenger, 2012)
2. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ และครบทั้ง 3 มื้อ ในแต่ละวัน (สถาบันหัวใจโรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท, 2554)
3. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีโซเดียมสูง เพื่อลดการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย สามารถช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดการเกิดอาการบวม หายใจลำบาก(ระดับ 4/ เกรต A/ He, Burnier, & MacGregor, 2011) โดยในผู้ที่มีอาการคั่งที่ไม่รุนแรง ไม่มีภาวะน้ำเกินควรจำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกิน 3 กรัมต่อวัน และในผู้ที่มีอาการในระดับปานกลางหรือรุนแรง มีภาวะน้ำเกินควรจำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน (ระดับ 1/ เกรต A/ National Heart Foundation of Australia, 2011)
4. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ทั้งรสหวาน มัน เค็ม (สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท, 2554)
5. อ่านฉลากโภชนาการก่อนตัดสินใจซื้ออาหาร เพื่อตรวจสอบปริมาณโซเดียม และส่วนประกอบอื่น ๆ ในอาหาร (ระดับ 1/ เกรต A/ Lindenfeld et al., 2010)
6. รับประทานข้าว แป้ง และธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดสี ได้แก่ ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท ข้าวโอ๊ต ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ (สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท, 2554)
7. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาทะเล ซึ่งมีน้ำมันปลา หรือกรดไขมันโอเมก้า 3(Lennie et al., 2013)
8. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีโปแทสเซียมและแคลเซียมสูง (ระดับ 1/ เกรต A/ Lindenfeld et al., 2010) ได้แก่ กล้วย ส้ม ปลาตัวเล็ก นมพร่องมันเนย เป็นต้น
9. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง (ระดับ 1/ เกรต A/ Clevenger, 2012) ได้แก่ เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล (ยกเว้นปลา) ไข่ปลา ไข่ปู ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน ดินหนัง หมูยอ กุนเชียง แหนม ไส้กรอก เนย ขาหมู หมูสามชั้น น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ เป็นต้น
10. เลือกใช้น้ำมันที่ผลิตจากไขมันชนิดไม่อิ่มตัวซึ่งเป็นไขมันดี ได้แก่ น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง ในปริมาณที่จำกัด (สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท, 2554)
11. ไม่แนะนำให้จำกัดน้ำในผู้ที่ไม่มีการรุนแรง แต่สำหรับผู้ที่มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (< 130 mEq/L) ควรจะจำกัดน้ำไม่เกิน 2 ลิตร/วัน(ระดับ 1/ เกรต A/ Suter, Gorski, Hennessey, & Suter, 2012)
12. ดูแลให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 2 หน่วยต่อวัน และในผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 หน่วยต่อวัน (1 หน่วย คือ ปริมาณแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวปริมาณ 10 ml เทียบได้กับ ไวน์ ปริมาณ 1 แก้ว หรือเบียร์ปริมาณ 250 ml)(ระดับ 1/ เกรต A/ McMurray et al., 2012; ระดับ 1/ เกรต A/ Suter, Gorski, Hennessey, & Suter, 2012)
13. ดูแลให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เพราะจะทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (ระดับ 1/ เกรต A/ National Heart Foundation of Australia, 2011)
14. คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา (ระดับ 1/ เกรต A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)(คำแนะนำทั่วไป)ผู้ดูแลควรทราบชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ สรรพคุณของยา และผลข้างเคียงของยาแต่ละตัวของผู้สูงอายุ

3. ด้านการขับถ่าย

1. ควรดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6-8 แก้ว และควรดื่มน้ำอุ่นในตอนเช้าเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้
 2. ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก ๆ ได้แก่ ผัก และผลไม้ ธัญพืช ถั่ว น้ำผลไม้ เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม น้ำลูกพรุน น้ำมะขาม เพื่อป้องกันอาการท้องผูก (ลิวรรณ, 2553; ระดับ 4/ เกรต A/ National Heart Foundation of Australia, 2011)
 3. ควรฝึกการขับถ่ายอุจจาระทุกเช้าให้เป็นเวลา เวลาที่เหมาะสม คือ ช่วงเวลาหลังอาหารเช้า ควรใช้เวลาสำหรับการขับถ่ายประมาณ 20 นาที ไม่ควรเร่งรีบ (ลิวรรณ, 2553)
 4. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก เช่น ชา หรืออาหารที่มีแก๊สมาก
 5. หากมีอาการท้องผูกควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อรับยาระบาย และรับประทานยาระบายตามแพทย์สั่ง ไม่ควรซื้อยามารับประทานเองเพราะยาบางตัวจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของหัวใจ(เฉพาะโรคหัวใจล้มเหลว)
 6. จัดสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุใช้ในการขับถ่ายให้สะอาด และมีความเป็นส่วนตัว (ลิวรรณ, 2553)
 7. ดูแลให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแจ่มใส ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงความวิตกกังวล ความเครียด เนื่องจากพบว่าอาการท้องผูกในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดในด้านจิตใจมาก (ลิวรรณ, 2553)
4. ด้านผิวหนัง
1. ไม่ควรใช้แรงกดบริเวณผิวหนังที่บวม ควรใช้วัสดุนุ่ม ๆ รองรับบริเวณผิวหนังที่บวมระดับ 4/ เกรต B, ผ่องพรรณ, 2554)
 2. หากมีอาการคันควรใช้ผ้าชุบน้ำเย็นลูบตามผิวหนังเบา ๆ และหลีกเลี่ยงการเกา ดูแลให้ทาครีมบำรุงผิวเพื่อป้องกันการเกิดผิวแห้ง (ระดับ 4/ เกรต B, ผ่องพรรณ, 2554)
5. ด้านจิตใจ
1. ควรได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจจากครอบครัว (ระดับ 1/ เกรต A/ McMurray et al., 2012) โดยผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว สังเกตประเมินอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ
 2. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายถึงสิ่งที่รู้สึกกังวล หรือไม่สบายใจ พร้อมทั้งรับฟัง ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ
 3. สนับสนุน และส่งเสริมกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยตนเอง (ระดับ 4/ เกรต A/ ปาลิรัฐ, 2554) หรือแนะนำวิธีที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยาให้แก่ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล (ระดับ 1/ เกรต A/ Lindenfeld et al., 2010) โดยดูแลให้มีการผ่อนคลายด้วยการใช้เทคนิคต่างๆเช่นการนั่งสมาธิการสวดมนต์ การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาการเพิกเฉยการเบี่ยงเบนความสนใจ (สุพัตรา, 2555)
 4. ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเป็นประจำ เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย
 5. ส่งเสริมการรับรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้รับรู้สิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง ได้แก่ ฝึกให้รู้วัน เดือน ปี เวลา โดยติดปฏิทินเพื่อแสดงวัน เดือน ปี ติดนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ มองเห็นชัดเจน สอบถามถึงสภาพอากาศ ฤดูกาล สอบถามว่ารับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารอะไรบ้าง หรือให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา (ลิวรรณ, 2553) เพื่อเป็นการกระตุ้นสมองของผู้สูงอายุ
- ด้านการควบคุมโรคร่วม
1. ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยควรมีการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ ไม่ควรเกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท (ระดับ 1/ เกรต A/ Lindenfeld et al., 2010) โดยการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช่นเดียวกับที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงความเครียด (ผ่องพรรณ, 2553)

2. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น ร่วมกับการออกกำลังกายเป็นประจำ และรับประทานยาลดไขมันในเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

3. ผู้ที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยควรดูแลให้รับประทานอาหารเพิ่มจากที่กล่าวไว้ดังนี้

3.1 รับประทานโปรตีนที่มีคุณภาพดีในปริมาณจำกัดตามคำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ เช่น ไข่ขาว เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู เป็นต้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เป็นโปรตีนคุณภาพต่ำ ได้แก่ โปรตีนที่ไม่ใช่เนื้อสัตว์ เช่น ถั่ว ธัญพืช เต้าหู้ โปรตีนเกษตร เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม อาหารตากแห้ง กะปิ ผักดอง ปลาจ๋า เต้าเจี้ยว เกลิอ น้ำปลา ขนมหุบกรอบ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555) ดังข้างต้นที่ได้กล่าวไว้แล้ว

3.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง และเลือกรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำหรือปานกลางแทน อาหารที่มีปริมาณโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ สับปะรด มังคุด แอปเปิ้ล มะม่วง สาลี่ เงาะ ใบกระเพรา ชะอม ตำลึง ต้นหอม ถั่วอก ผักกาดหอม ผักกวางตุ้ง เป็นต้น อาหารที่มีปริมาณโพแทสเซียมปานกลาง ได้แก่ องุ่น ส้มโอ ลิ้นจี่ ทับทิม ลูกท้อ ลำไย กะหล่ำปลี ข้าวโพดอ่อน คะน้า แตงกวา ผักกาดขาว ผักบุ้ง ผักชี เห็ดนางฟ้า เป็นต้น ส่วนอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ กล้วย ขนุน อินทผาลัม ลูกพรุน มะละกอ ทุเรียน ส้ม แตงโม น้ำผลไม้ กะหล่ำปลีม่วง กระชาย กระถิน กระเทียม ชিং แครอท จมูกข้าว ฟักทอง มะเขือเทศ สะตอ เห็ดฟาง สะเดา เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นมเปรี้ยว โยเกิร์ต นมข้นหวาน ไอศกรีม กาแฟ ชา เป็นต้น ไข่แดง ขนมหวานไทย เบเกอรี่ ถั่วและผลิตภัณฑ์ที่มีถั่ว เช่น ถั่วต้ม ถั่วคั่ว น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง เต้าฮวย งา ลูกเดือย ข้าวกล้อง ธัญพืช เป็นต้น น้ำอัดลม เครื่องดื่มบำรุงกำลัง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีพิวรีนสูง เนื่องจากผู้ที่มีการทำงานของไตลดลงจะมีการขับของเสียออกจากร่างกายได้ลดลง ส่งผลให้นำไปสู่การเกิดโรคเกาต์ ข้ออักเสบ นิ่วในไต และเพิ่มความเสื่อมของไต อาหารที่มีพิวรีนสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ปลาดุก ปลาอินทรี ปลาหูหอย กะปิ ปลาซาร์ดีน ไข่ปลา ถั่วต่างๆ ยอดผัก หน่อไม้ ใบข้า้เหล็ก เป็นต้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

3.6 ควรดูแลให้ดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

4. ผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรให้การดูแล ดังนี้

4.1 ดูแลให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานหรือมีปริมาณน้ำตาลสูง ได้แก่ ขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ทุเรียน ขนุน ลองกอง ลำไย องุ่น ผลไม้กระป๋อง ผลไม้กวน ผลไม้ดอง ผลไม้แช่อิ่ม เป็นต้น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผึ้ง ช็อคโกแลต น้ำชา กาแฟ (วิลรัตน์, 2552) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

4.2 ควรตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดและรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด

4.3 แนะนำให้พกลูกอมติดตัวไว้ และสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หากมีอาการดังกล่าวสามารถรับประทานลูกอมได้ทันทีเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด (วิลลิตร์น, 2552)

4.4 ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ระดับ 1/ เกรด A/ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

5. ผู้ที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร่วมด้วย ควรมีการควบคุมการรับประทานอาหาร เช่นเดียวกับที่ได้แนะนำไว้ในอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวในข้างต้น ควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง นำยาอมใต้ลิ้นติดตัวไปด้วยทุกครั้งเมื่อออกจากบริเวณบ้าน สังเกตและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากมีอาการแน่นหน้าอกให้อมยาใต้ลิ้น ถ้าไม่หายสามารถอมซ้ำได้ทุก 5 นาที 3 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด และควรทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงความเครียด

6. ดูแลให้รับประทานยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วมตามการรักษาของแพทย์ สังเกตผลของยา อาการข้างเคียง และไปพบแพทย์ตามนัดอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ ตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการรับประทานยาผิดหรือขาดยา และหากผู้สูงอายุมียาจำนวนมาก ควรทำตารางการรับประทานยาให้ชัดเจน

ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้

1. ยาดิจิทาลิส เป็นยาที่มีฤทธิ์เพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวได้แรงขึ้น ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจจึงเพิ่มขึ้น เลือดจึงไปเลี้ยงที่ไตมากขึ้น ทำให้มีฤทธิ์เป็นยาขับปัสสาวะอ่อน ๆ ยาดิจิทาลิสทำให้การเต้นของหัวใจช้าลงทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจลดลง ช่วยลดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ควรมีการประเมินภาวะเป็นพิษจากยาดิจิทาลิสเนื่องจากระดับของยาเพื่อการบำบัดและระดับที่เป็นพิษมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งหากมีการได้รับยาดิจิทาลิสร่วมกับยาบางชนิด เช่น ควินิดีน เวอราพามิลและอมิดาโลน ทำให้ระดับยาดิจิทาลิสเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษของยาดิจิทาลิสเนื่องจากมีความพร่องในการทำหน้าที่ของไต (ผ่องพรรณ, 2553) จึงควรสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะเป็นพิษจากยา ได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม ตามัว ปวดศีรษะ เห็นภาพซ้อน หัวใจเต้นช้า และหัวใจเต้นผิดจังหวะ(สมเกียรติ, 2550) ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ในการรักษา คือ ยาดิจอกซิน (digoxin) โดยก่อนให้ยาทุกครั้งต้องประเมินชีพจรแบบเต็มนาที หากอัตราการเต้นของชีพจรต่ำกว่า 60 หรือมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือจังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอให้งดการให้ยา และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ยาชนิดนี้อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร และมีการขับออกโดยไต(ผ่องพรรณ, 2553)

2. ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นกลุ่มยาที่จำเป็นในการลดอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินในร่างกายโดยอาจมีอาการแสดง เช่น ภาวะน้ำท่วมปอดและอาการขาบวม น้ำการให้ยาขับปัสสาวะช่วยให้ไตสามารถขับโซเดียมและน้ำ จึงลดปริมาตรของเลือด ลดการคั่งของเลือดในร่างกาย ลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วชนิดและขนาดของยาที่ใช้รักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของไต (สมเกียรติ, 2550; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551; ผ่องพรรณ, 2553) การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะต้องระวังภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง และหัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงควรสังเกตอาการ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำจึงควรระวังอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่า (ผ่องพรรณ, 2553)

3. ยาขยายหลอดเลือด (vasodilator) ประกอบด้วยยาที่ขยายหลอดเลือดดำ และยาที่ขยายหลอดเลือดแดง

ยาขยายหลอดเลือดดำจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำคลายตัว ทำให้เลือดค้างอยู่ในหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น เลือดไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง ลดปริมาตรเลือด/ความดัน จึงทำให้หัวใจทำงานลดลง สามารถลดอาการเจ็บหน้าอกได้ แต่อาจมีผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นเร็วและเลือดคั่งในปอด ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ไนโตรกลีเซอริน ไอโซซอร์บิเดไดไนเตรท (isosorbide dinitrate)

ยาขยายหลอดเลือดแดง จะลดความต้านทานทางของหลอดเลือด ช่วยลดการทำงานของเวนทริเคิล และเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจไปยังอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งไต ทำให้เพิ่มการขับปัสสาวะ ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้กันคือ ไฮดราลาซีน (hydralazine) อาจมีผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นเร็ว (สมเกียรติ, 2550; ผ่องพรรณ, 2553)

ยาที่สามารถขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง มีฤทธิ์ในการคลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง สามารถลดปริมาตรเลือด/ความดันในเวนทริเคิลเมื่อสิ้นสุดการคลายตัวของหัวใจ (preload) และความดันหรือแรงต้านการไหลเวียนของเลือดขณะหัวใจบีบตัว (afterload) แต่ไม่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจและอัตราการเต้นของหัวใจ มักใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ โซเดียมไนโตรพรัสไซด์ (sodium nitroprusside) (ผ่องพรรณ, 2553)

4. แอนจิโอเทนซินคอนเวอร์ติงเอนไซม์ อินฮิบิเตอร์ (angiotensin-converting enzyme inhibitor: ACE inhibitor) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรงจะถูกกระตุ้นให้ร่างกายมีการดูดน้ำกลับเพิ่มขึ้น ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์กดการกระตุ้นระบบดังกล่าว ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดความต้านทานของหลอดเลือด และลดความดันในหลอดเลือดแดง จึงลดการเปลี่ยนแปลงขนาดรูปร่างของกล้ามเนื้อหัวใจอีกทั้งช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ แคปโทพริล (captopril) อีนาลาพริลมาเลอเทอ (enalapril maleate) (ผ่องพรรณ, 2553) อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อาการไอ ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย (สมเกียรติ, 2550)

5. ยาด้านเบต้า (beta-blockers) ออกฤทธิ์ยับยั้งผลของประสาทซิมพาเทติกทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น การรักษาด้วยยากลุ่มนี้จะมีการปรับเพิ่มขนาดยาทีละน้อย ๆ และจะปรับจนถึงขนาดที่ใช้รักษา โดยใช้ความดันโลหิต ซีพจร ความสามารถในการทำกิจกรรม อาการหายใจลำบากขณะนอนราบเป็นเกณฑ์ในการประเมิน การรักษาด้วยยาด้านเบต้าที่มีประสิทธิภาพ คือ ผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการวิงเวียนเมื่อเปลี่ยนท่า อัตราการเต้นของซีพจรประมาณ 55 ครั้ง/นาที ในขณะที่พัก และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการหายใจลำบากขณะนอนราบ (ผ่องพรรณ, 2553) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ bisoprolol, metoprolol tartrate ผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย (สมเกียรติ, 2550)

เอกสารอ้างอิง

- ชมรมฟื้นฟูหัวใจ. (2553). แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ. ค้นจาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf
- ปาลิรัฐ โตโพบูลย์. (2554). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสภาพหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
การค้นคว้าแบบอิสระ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 7). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). การพยาบาลปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สิววรรณ อุณนาภิรักษ์. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 100-105). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2551). โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). แนวทางเวชปฏิบัติการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุกับโรคหัวใจ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันหัวใจ โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท. (2554). อาหารบำบัดโรคหลอดเลือดหัวใจ. สืบค้นจาก http://www.samitivejhospitals.com/data/heart_food.pdf
- สุพัทธา บัวที. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะผอมแห้ง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35(3), 131-141.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555). คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนียนอุลตราไวโอเรต จำกัด.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ใน วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (หน้า 202-218). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adsett, J., & Mullins, R. (2010). Evidence based guidelines for exercise and chronic heart failure. *Queensland Government Queensland Health*, 1-34.
- Chien, C.L., Lee, C. M., Wu, Y. W., Chen, T. A. & Wu, Y. T. (2008). Home-based exercise increase exercise capacity but not quality of life in people with chronic heart failure: a systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*, 54, 87-93.
- Clevenger, D. S. (2012). Effects of a randomized controlled trial of diet and/or exercise on objectively measured physical activity levels in older heart failure patients. (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1512871)

- He, F. J., Burnier, M., & MacGregor, G. A. (2011). Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *European society of cardiology*, 32, 3073-3080. doi: 10.1093/eurheartj/ehr194
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlstrom, U., Dickstein, K., Ekman, I., ...Jaarsma, T. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patient care committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart failure*, 13, 115-126. doi: 10.1093/eurjhf/hfq219
- Lennie, T. A., Moser, D. K., Biddle, M. J., Welsh, D., Bruckner, G. G., Thomas, D. T., ...Bailey, A. L. (2013). Nutrition intervention to decrease symptoms in patients with advanced heart failure. *Research in Nursing & Health*, 36, 120-145.
- Lindenfeld, J., Albert, N. M., Boehmer, J. P., Collins, S. P., Ezekowitz, J. A., Givertz, M. M., ...Walsh, M.N. (2010). Executive summary: *HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline*. *Journal of Cardiac Failure*, 16, 475-535.
- McMurray, J. V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., ...Zeher, A. Z. (2012). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*. doi: 10.1093/eurheartj/ehs104
- National Heart Foundation of Australia. (2011). *Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia*. Retrieved from <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34772>
- Piepoli, M. F., Conraads, V., Corra, U., Dickstein, K., Francis, D. P., Jaarsma, T., ...Ponikowski, P. (2011). Exercise training in heart failure: from theory to practice. a consensus document of the heart failure association and the european association for cardiovascular prevention and rehabilitation. *European Journal of Heart Failure*, 13, 347-357. doi: 10.1093/eurjhf/hfr017
- Suter, P. M, Gorski, L. A, Hennessey, B., & Suter, W. N (2012). Best practices for heart failure: a focused review. *Home Healthcare Nurse*, 30(7), 395-405.

หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการป้องกันแผลกดทับ
2. ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ
3. ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
4. ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
5. ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า

โดยรายละเอียด มีดังนี้

1. ด้านการป้องกันแผลกดทับ

1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยทำการตรวจสอบผิวหนังทุกครั้งทีพลิกตะแคงตัว และหลังอาบน้ำเข้า-เย็น และทุกครั้งทีพลิกตะแคงตัว หรือหลังมีการเลื่อนไหล หรือหลังการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ซึ่งในการตรวจผิวหนัง ให้ตรวจดูลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก และบริเวณที่มีอาการชา ว่ามีรอยแดง รอยถลอก หรือตุ่มน้ำหรือไม่ และหากพบรอยแดงเกิดขึ้นบริเวณใดแล้วนั้น ถ้ารอยแดงไม่จางหายไปภายใน 15-30 นาทีแสดงว่าเกิดแผลกดทับระดับเล็กน้อย ต้องหลีกเลี่ยงไม่กดทับซ้ำบริเวณนั้น

1.2 การดูแลผิวหนัง เป็นการบำรุงรักษาผิวหนัง รวมทั้งช่วยฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่ถูกกดทับให้มีความแข็งแรงและป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ ดังนี้

1) ทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม ด้วยน้ำสะอาดและสบู่อย่างอ่อน ซึ่งเป็นค่าที่ใกล้เคียงกับความเป็นกรด-ด่างบริเวณผิวหนัง และเป็นชนิดที่สามารถล้างทำความสะอาดได้ง่าย ไม่มีส่วนผสมของน้ำหอม แอลกอฮอล์ หรือยาฆ่าเชื้อโรค เพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังสูญเสียความชุ่มชื้นมากเกินไปและไม่เกิดการระคายเคือง แต่ในรายที่ผิวหนังแห้ง ต้องหลีกเลี่ยงการใช้ครีม และสบู่ในการทำทำความสะอาดร่างกาย เนื่องจากจะเกิดการระคายเคืองได้ง่ายจากผิวหนังที่แห้ง และบอบบาง ซึ่งภายหลังการทำทำความสะอาดแล้วซับผิวหนังจนแห้งสนิทอย่างนุ่มนวลด้วยผ้าเนื้อนิ่ม

2) รักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง โดยดูแลผิวให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ทาโลชั่นหรือครีมหลังอาบน้ำโดยหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งถ้าเป็นโลชั่นให้ทา 3-4 ครั้ง/วัน แต่ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน ส่วนประเภทขี้ผึ้ง (Ointment) ทาวันละ 1-2 ครั้ง (สาเหตุที่ต้องทาโลชั่นบ่อยกว่าเพราะโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุด จึงระเหยเร็วทำให้ต้องทาซ้ำบ่อยๆ) เพื่อเป็นการรักษาความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง และไม่ควรโรยแป้ง เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังแห้งง่ายขึ้นได้ง่าย

3) ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000-2,500 ซีซี หรือประมาณ 8-10 แก้ว/วัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) ซึ่งการได้รับน้ำเป็นประจำต่อเนื่องช่วยให้ผิวหนังสดใส และแข็งแรงขึ้น นอกจากนี้น้ำยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ระบบการไหลเวียนโลหิตในร่างกายดี อีกทั้งยังช่วยการควบคุมอุณหภูมิในร่างกายให้คงที่

4) จัดสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้นเพียงพอ พร้อมทั้งดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้ง และเรียบตึงเสมอ

5) กรณีที่มีปัญหาไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ จำเป็นต้องตรวจสอบทุก 1-2 ชั่วโมง ว่าผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระหรือไม่ และจัดการแก้ไขสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เช่น การได้รับยาบางประเภท การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะภาวะสับสน เป็นต้น แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ควรดูแลให้สวมใส่ แผ่นรองขับที่ซึมซับได้รวดเร็ว และต้องทำการเปลี่ยนทุกครั้งทีขับถ่าย และควรทำความสะอาดผิวหนังด้วยด้วยสำลีชุบน้ำจนสะอาดไม่มีคราบเหลืองติดที่สำลี และซับให้แห้ง

ทุกครั้งหลังขับถ่าย หลังจากนั้นทาวาสลีนหลายๆบริเวณรอบๆทวารหนักและแก้มกันทั้งสองข้างเพื่อป้องกันผิวหนังเกิดการเปื่อยขึ้นหรือและเปื่อยจากการเปียกและปัสสาวะหรืออุจจาระ และสำหรับในผู้สูงอายุที่ใส่ถุงยางเพื่อรองรับน้ำปัสสาวะ (condom / convent) ต้องประเมินว่าถุงยางนั้นรัดคอกขาแน่นเกินไปหรือไม่ และทำการถอดถุงยางล้างทำความสะอาดทุกครั้ง และเปลี่ยนถุงใบใหม่ พร้อมทั้งต้องประเมินว่าผิวหนังเปื่อยอยู่เป็นแผลหรือไม่

1.3 การลดแรงกดทับ ดังนี้

1. การจัดทำ โดยควรพลิกตะแคงตัวอย่างอย่างน้อยทุก 2 และในการจัดทำต่างๆ อธิบายได้ดังนี้

1.1 การจัดทำนอนหงาย จัดให้อยู่ในท่านอนหงายราบมากที่สุด และต้องมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและตาตุ่มทั้ง 2 ข้างเสมอ เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่ และต้องใช้หมอนรองบริเวณน่องหรือขาส่วนล่างให้สันเท้าลอยพ้นพื้นพื้นนอนเพื่อไม่ให้สันเท้าถูกกดทับ

1.2 การจัดทำนอนตะแคง จัดให้นอนในท่าตะแคงกึ่งหงายโดยจัดให้สะโพกตะแคงท่ามุมเอียง 30 องศากับพื้นนอน เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา (greater trochanter) และยังช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนี้ได้ดีกว่าการจัดตะแคงท่ามุม 60 องศา และ 90 องศา และใช้หมอนประคองหลัง ตั้งแต่กระดูกสะบักไปจนถึงกระดูกกระเบนเหน็บ ใช้หมอนสอดระหว่างขาทั้งสองข้างบริเวณหัวเข่าเพื่อป้องกันการหุบของข้อสะโพกและขาด้านล่างถูกกด รวมทั้งหลีกเลี่ยงการนอนตะแคงทับด้านที่อ่อนแรงแทนเกินกว่า 30 นาที

1.3 การจัดทำนั่ง จัดให้นั่งในท่าที่ลำตัวเียดตรง มีเบาะพิงหลังและสำหรับรองกันเท้าต้องสามารถวางบนที่รองเท้า หรือวางบนพื้นได้พอดี เข้าไม่ยกสูง หรือเท้าลอย และข้อสะโพกต้องอยู่ในท่างอไม่เกิน 90 องศา ถ้าผู้สูงอายุขยับจัดทำของตัวเองได้ ต้องกระตุ้นให้ขยับตัวเองทุก 15 นาที หรือแนะนำให้ผู้ดูแลโยนผ้าจากพาดานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พยายามดึงตัวเองขึ้นเพื่อกระตุ้นการดูแลตนเองในการขยับเขยื้อนตนเอง แต่ถ้าไม่สามารถขยับตัวเองได้ ต้องช่วยยกตัวผู้สูงอายุขึ้นทุก 15 นาที

2. ใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดทับ โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยกว่า 12 เช่น ที่นอนที่ทำจาก เส้นใย เจล โฟม ลม และน้ำ ขนแกะหรือหมอน เป็นต้น ซึ่งเป็นอุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดทับชนิดอยู่กับที่ และในรายที่ภาวะอ่อนแรงของอวัยวะให้ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดวางบนเตียง โดยให้รองบริเวณแขน ขา ปุ่มกระดูก ข้อศอก และสันเท้าเพื่อป้องกันไม่ให้ส่วนดังกล่าวสัมผัสกับพื้นเตียง และห้ามใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดที่มีลักษณะคล้ายรูปโดนัท (donut shape) เพราะจะยิ่งทำให้มีผลต่อการระบายการไหลเวียนของน้ำเหลืองและเนื้อเยื่อรอบๆปุ่มกระดูก ทำให้ไปขัดขวางการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่ดี ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อส่วนที่สัมผัสสูงแหวนเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ง่ายต่อการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งห้ามใช้ถุงมือยางใส่เท้า รองบริเวณปุ่มกระดูก ตาตุ่ม หรือสันเท้าเพื่อลดแรงกด ซึ่งไม่มีผลช่วยให้ลดแรงกดทับหรือกระจายแรงกดทับแล้ว ยังอาจทำให้ผิวหนังบริเวณสัมผัสยางเกิดการแพ้ได้ และนอกจากนี้ยังพบว่า มีการศึกษาการใช้ขนแกะเพื่อลดแรงกดทับ แต่ผลสรุปไม่มีผลต่อการลดหรือกระจายแรงกดทับ แต่อาจทำให้เพียงรู้สึกสุขสบายขึ้นเท่านั้นเอง

1.4 การลดแรงเฉือนและแรงเสียดสี ดังนี้

1) การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนย้าย ควรใช้อุปกรณ์รองตัวในขณะที่เปลี่ยนท่าและการเคลื่อนย้าย เช่น ใช้ผ้ารองตามยาวของลำตัวขณะเปลี่ยนท่านอนเพื่อลดการเกิดแผลจากการเสียดสีขณะยกตัว และหลีกเลี่ยงการลากตัว ในการเคลื่อนย้ายให้ใช้แผ่นกระดานเลื่อน (pad slide) เพื่อช่วยลดแรงเฉือน

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเกร็ง ให้ใช้ผ้านุ่มๆรองรับบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อลดแรงเฉือนหรือเสียดทานระหว่างผิวหนังกับที่นอนในขณะเกร็ง

3) จัดให้นอนในท่าศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ในกรณีไม่มีข้อจำกัด และข้อห้าม เนื่องจากการนอนในท่าศีรษะสูงจะทำให้ยิ่งเพิ่มแรงเฉือน โดยเฉพาะบริเวณก้นกบทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย

1.5 การดูแลด้านโภชนาการ ดูแลให้ได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอ เพื่อป้องกัน

ภาวะทุพโภชนาการควรให้ได้รับพลังงาน 35-40 cal/kg/day และ Protein 1-1.5 gm/kg/day โดยจัดอาหารให้ครบถ้วนทั้ง คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ โดยดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากกว่าครึ่งของชุดอาหารที่จัดให้ในแต่ละมื้อในทุกมื้ออาหารและได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000-2,500 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 8-10 แก้วต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

2. ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ ดังนี้

2.1 การบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย เป็นการบริหารข้อต่อต่างๆของร่างกายตามมุมการเคลื่อนไหวปกติของข้อ ข้อแนะนำในการข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย มีดังนี้

- ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกแรงได้เลย ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ทำการบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกายให้กับผู้ป่วย

- ผู้สูงอายุที่สามารถให้การช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ยังมีแขนขาอ่อนแรง ให้บริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกายเอง โดยใช้แขนและขาข้างที่ดีช่วยจับช่วยจับหรือยกแขนและขาข้างที่อ่อนแรง และทำการบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกายตามมุมเคลื่อนไหวปกติของข้อให้มากที่สุด ในลักษณะเดียวกับที่ผู้ดูแลช่วยบริหารข้อต่อให้

- ทำการบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อวัน

- บริหารอย่างน้อยท่าละ 10-20 ครั้ง ซึ่งทำในการบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย อธิบายได้

ดังนี้

1) การบริหารไหล่ โดย กางแขนออกจากข้างลำตัวระดับไหล่หรือสูงขึ้นไปทางด้านศีรษะ จากนั้นลดแขนลงมาทางด้านข้างลำตัวจนแนบตัว ต่อด้วยกางแขนตั้งฉาก พับข้อศอกให้ฝ่ามือหงายไปทางศีรษะ จากนั้นยกแขนให้ฝ่ามือคว่ำไปทางด้านหน้า และยกแขนไปทางเหนือศีรษะ จากนั้นยกแขนไปข้างลำตัว และเหยียดแขนไปด้านหลัง

2) การบริหารแขนท่อนล่าง โดย การบิดแขนท่อนล่างเข้าหาตัว ส่วนฝ่ามือหันไปที่หน้า จากนั้นบิดแขนท่อนล่างออกจากตัวและฝ่ามือหันออก

3) การบริหารข้อศอก โดย พับข้อศอกเข้าหาตัว และดึงข้อศอกเหยียดตรง

4) การบริหารข้อมือ โดย พับข้อมือเข้าหาตัว แล้วดึงข้อมือหงายออกจากลำตัว จากนั้นงอข้อมือไปทางนิ้วหัวแม่มือ และงอข้อมือไปทางนิ้วก้อย

5) การบริหารนิ้วมือ โดย งอนิ้วมือและดึงออกทีละนิ้ว กางนิ้วมือ โดยให้กางนิ้วหัวแม่มือออก แล้วเอานิ้วหัวแม่มือไปแต่นิ้วอื่นๆทีละนิ้ว และหมุนนิ้วหัวแม่มือ

6) การบริหารสะโพกและเข่า โดย กางขาออกจากตัว หุบขาเข้าหาลำตัว หมุนขาให้หัวแม่เท้าออกจากลำตัว (ตามเข็มนาฬิกา) หมุนขาให้หัวแม่เท้าเข้าหาลำตัว (ทวนเข็มนาฬิกา) ยกขาขึ้นมาทางด้านหน้าเหยียดขาในท่าปกติและเหยียดขาไปทางด้านหลัง

7) การบริหารเท้าและนิ้วเท้า โดย งอข้อเท้าให้หลังเท้าเข้าหาขา เหยียดข้อเท้าให้หลังเท้าออกจากขา บิดฝ่าเท้าเข้าหาลำตัว บิดฝ่าเท้าออกนอกลำตัว งอนิ้วเท้าทั้ง 5 เหยียดนิ้วเท้าตรงเหยียดนิ้วเท้าไปด้านหลังเท้า หุบและกางนิ้วเท้า

2.2 การจัดท่านอนที่เหมาะสม ผู้ดูแลควรจัดท่านอนที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เนื่องจากจะช่วยป้องกันการเกิดข้อยึดติดแล้ว ยังส่งผลช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ข้อผิดรูป หรืออาการบวมของแขนและขาได้ด้วย ซึ่งในการจัดท่านอนที่เหมาะสม มีดังนี้

1) ท่านอนหงาย โดย จัดลำตัวและศีรษะให้ตั้งตรง นอนหนุนหมอนใบเล็กๆ หมอนรองใต้คอและศีรษะ และไม่ให้ศีรษะยกสูงเกินไป ซึ่งการหนุนหมอนใบเล็กๆ จะทำให้ไม่เมื่อยคอ จัดให้ไหล่กางออก 90 องศา วางหมอนบางๆ หนุนที่ไหล่และต้นแขนข้างที่อ่อนแรงหรืออัมพาต ข้อมือเหยียดตรง มือจะวางคว่ำหรือหงายก็ได้ ข้อสะโพกข้างที่อัมพาตควรใช้หมอนบางๆ หนุนเพื่อไม่ให้เชิงกรานแบะออกไปด้านหลัง และใช้หมอนข้างวางขาข้างสะโพกและต้นขา เพื่อป้องกันการดันขาหมอนออกนอก เข่าอยู่ในท่าเหยียดหรืองอเพียงเล็กน้อย ประมาณ 10 องศา ข้อเท้าใช้หมอนขนาดใหญ่ (foot board) ดันฝ่าเท้าไว้เพื่อป้องกันข้อเท้ากระดกลง กรณีมีหมอนรองใต้เข่า ควรวางขาให้อยู่ในระดับเดียวกัน และป้องกันไม่ให้ปลายเท้าห้อยต่ำโดยวางม้วนผ้าใต้สันเท้า

2) การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่ปกติ โดย นอนตะแคงเต็มตัว ลำตัวตรง ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย หมอนหนุนศีรษะ แขนข้างที่อ่อนแรงจัดให้ไหล่งอไปด้านหลังใช้หมอนรองแขน ยื่นแขนไปข้างหน้า ข้อศอกเหยียด คว่ำมือวางบนหมอน ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดออก ขาข้างที่อ่อนแรงจัดให้สะโพก และข้อเข่า 30 องศา รองหมอนยาวตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อเท้าบิด ส่วนขาข้างปกติจะเหยียดตรงหรืองอก็ได้

3) การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง โดย จัดศีรษะโน้มไปทางด้านหน้า หมอนหนุนศีรษะ ลำตัวตรง ไหล่ข้างอ่อนแรงท่อมมาทางด้านหน้า ช่วงปลายแขนอยู่ในท่าหงายมือ ขาด้านหลังข้างอัมพาตจับเหยียด ข้อสะโพกตรง เข่าเล็กน้อย ขาข้างดีอยู่ด้านบน งอไปทางด้านหน้า ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ ให้หมอนหนุนรองรับไว้

4) การจัดท่านอนคว่ำ ถ้าไม่มีปัญหาทางด้านการหายใจ และสามารถนอนคว่ำได้ควรจัดให้มิตท่านอนคว่ำด้วยอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที วันละ 2-3 ครั้ง โดย หัวไหล่มีหมอนหรือผ้ารองรับไว้ทั้งสองข้าง แขนเหยียดตรงออกห่างจากตัว 30 องศา หรือข้อศอก 90 องศา มือกำผ้าขนหนู วางหมอนเล็กๆ ตรงกระดูกเชิงกรานรองรับระดับสะดือจนถึง 2 ใน 3 ส่วนของต้นขา และใช้หมอนรองใต้เข่าจนถึงข้อเท้า หลังปลายเท้าแนบหมอน

2.3 แนะนำให้ผู้ดูแลโยนผ้าจากพาดานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พยายามดึงตัวเองขึ้นเพื่อกระตุ้นการดูแลตนเองในการขยับเขยื้อนตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจ กระตุ้นให้ทำโดยดัดแปลงวัสดุภายในบ้านเพื่อลดค่าใช้จ่าย

3. ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ดังนี้

3.1 การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน เพื่อลดความหมักหมมของเชื้อโรค อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และในกรณีผู้สูงอายุที่เจาะคอเพื่อช่วยหายใจ ควรทำความสะอาดท่อเหล็กภายใน โดยถอดมาล้างและต้มวันละ 1-2 ครั้ง หรือเมื่อมีเสมหะอุดตันมาก

3.2 การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยการช่วยขจัดเสมหะออกจากปากและคอให้หมด โดยใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะในจมูก ปาก และคอ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ส่วนในกรณีผู้ที่เจาะคอเพื่อช่วยหายใจ ต้องดูดเสมหะด้วยหลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อทุกขั้นตอน ซึ่งควรดูดเสมหะ

เมื่อมีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ผู้สูงอายุหายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ไอ บ่อยมีเสียงเสมหะ ผู้สูงอายุร้องขอให้ดูดเสมหะ และก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง

ขั้นตอนการดูดเสมหะด้วยหลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังนี้

1. จัดทำให้เหมาะสม โดยก่อนดูดเสมหะให้จัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง 45 องศา
2. ล้างมือเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ
3. ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70 % เช็ดบริเวณปลายหลอดแก้วรูปตัววายที่ต่อจากสายดูดเสมหะของเครื่องดูดเสมหะและวางไม่ให้สายสัมผัสโดนวัสดุอย่างอื่นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
4. เตรียมสายยางพร้อมใช้งานอย่างถูกวิธี โดยใช้มือฉีกตามรอยปรูของถุงพลาสติกชั้นนอกอย่าให้โดนถุงหุ้มด้านใน
5. หยิบสายยางอย่างระมัดระวัง โดย
 - 5.1 ใช้มือข้างที่ถนัดสวมถุงมือสะอาดปลอดเชื้อ ส่วนมืออีกข้างจับถุงพลาสติกด้านนอกที่หุ้มสายยาง
 - 5.2 ใช้มือข้างที่สวมถุงมือหยิบถุงมือถุงพลาสติกด้านในออก จากนั้นใช้มืออีกข้างช่วยจับถุงพลาสติกด้านในเพื่อฉีกถุง
 - 5.3 ใช้มือข้างที่สวมถุงมือปราศจากเชื้อค่อยๆ หยิบสายยางออกให้พ้นถุงและรวบรวมปลายสายไว้ในมือ
 - 5.4 ใช้มือข้างที่ไม่ใส่ถุงมือจับสายต่อกับเครื่องดูดเสมหะ และมือข้างที่สวมถุงมือจับปลายสายดูดเสมหะต่อเข้ากับสายจากเครื่อง ระวังอย่าให้สายไปสัมผัสกับสิ่งใดเด็ดขาด
6. สอดสายยางดูดเสมหะผ่านเข้าช่องทางเดินหายใจที่ต้องการดูดเสมหะ
7. เริ่มดูดเสมหะโดยใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ไม่สวมถุงมือปิดปลายหลอดแก้วรูปตัววาย หรือท่อพลาสติกถ้าเป็นชนิดไม่มีแรงดูดสุญญากาศ ปลดปล่อยมือที่หักหรือพับสาย ขณะเดียวกันมือข้างที่สวมถุงมือ หมุนสายยางลักษณะ 360 องศา ขณะค่อยๆ ดึงสายยางขึ้นเพื่อให้การดูดเสมหะมีประสิทธิภาพสูงสุดใช้เวลาในการดูดแต่ละครั้งอย่างเหมาะสม (ไม่ควรนานเกิน 10-12 วินาทีต่อครั้ง และในแต่ละครั้งควรห่างกันอย่างน้อย 20-30 วินาที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจน)
8. กรณียังมีเสมหะค้างให้ดูดเสมหะซ้ำอีกครั้ง แต่ไม่ควรดูดเกิน 3 ครั้ง
9. ขณะดูดเสมหะสังเกต สี ลักษณะของเสมหะ และอาการของผู้สูงอายุ
10. ถ้าเสมหะเหนียว ควรช่วยละลายเสมหะโดยใช้น้ำเกลือไอโซโอสโมลาล์น ประมาณ 3-5 ม.ล. ลงไปในท่อหลอดลมหลังจากนั้นแล้วจึงดูดเสมหะตามขั้นตอนปกติ
11. หลังเลิกดูดเสมหะ ควรล้างสายเครื่องดูดเสมหะ โดยวิธีดูดน้ำสะอาดในขวดที่เตรียมไว้จากนั้นปิดเครื่อง ปลดสายยางและถอดถุงมืออย่างถูกวิธีใส่ภาชนะที่เตรียมไว้
12. เช็ดทำความสะอาดหลอดแก้วรูปตัววายด้วย แอลกอฮอล์ 70 %
13. กรณีถอดท่อหลอดลมคอขึ้นใน ออกทำความสะอาดใส่ขามรูปไต ล้างผงซักฟอกให้สะอาดแล้วต้ม 30 นาที หลังจากสะอาดปลอดเชื้อและเย็นแล้วให้นำมาใส่ล็อกให้เรียบร้อยกัน หลุด

3.3 การดูแลป้องกันการสำลัก โดย ทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อช่องปากสกปรก จัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน พร้อมทั้งป้อนอาหารด้านที่เคี้ยวได้สะดวก กรณีให้อาหารทางสายยางต้องจัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา ขณะให้อาหาร และหลังจากให้อาหาร 2 ชั่วโมง (กรณีผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม) ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ และต้องประเมินปริมาณอาหารที่เหลือในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง ถ้าเหลือมากกว่า 50 มิลลิลิตร ให้เลื่อนการให้อาหารมื้อนั้น ๆ ออกไปอีก 1 ชั่วโมง

3.4 ฝึกบริหารการหายใจ เป็นการช่วยให้ลมเข้าปอดได้ดี การระบายอากาศออกจากถุงลมดีขึ้น ลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด ทำให้เหนื่อยน้อยลงเมื่อมีกิจกรรมต่างๆ ประกอบด้วย 3 ท่า ดังนี้

ท่าที่ 1 ทำหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อท้อง เป็นการบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องหรือกระบังลมเป็นการหายใจที่ใช้กำลังน้อยที่สุด และได้ลมเข้าออกจากปอดมากที่สุด

การเตรียมตัว โดยจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านอนหงาย วางต้นแขนทั้งสองข้างแนบลำตัว วางมือบนหน้าอกและหน้าท้อง งอเข่าทั้งสองข้างขึ้นในท่าที่สบาย

ฝึกหายใจเข้า โดยให้สูดหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกให้หน้าท้องป่องออก หึดทำอย่างนี้ 2-3 ครั้งจนชำนาญ ถ้าหายใจถูกต้อง หน้าท้องจะป่องออก และหน้าอกจะมีการเคลื่อนไหวน้อยมาก โดยเฉพาะส่วนบนสังเกตจากการยกขึ้นของมือทั้งสองที่วางทาบไว้

ฝึกหายใจออก โดยผ่อนลมหายใจออกเบาๆ ผ่านทางไรฟันในขณะที่ริมฝีปากเผยออกเพียงเล็กน้อย ให้อยู่ระยะเวลาของการหายใจออกเป็นประมาณ 3 เท่าของระยะเวลาหายใจเข้า จะเห็นว่ามือที่วางทาบอยู่บนหน้าท้องเคลื่อนลง ถ้าหายใจถูกต้อง หน้าท้องจะยุบลง ส่วนมือที่วางอยู่บนหน้าอกจะเคลื่อนไหวน้อยมาก นี่คือการหายใจออกโดยกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ควรให้ผู้สูงอายุหัดทำแบบนี้ซ้ำหลายๆ ครั้ง จนแน่ใจว่าสามารถหายใจเข้าและออกโดยวิธีดังกล่าวซึ่งการหายใจดังกล่าวนี้จะใช้ในทุกท่าของการบริหารที่จะทำต่อไป

ท่าที่ 2 ทำหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อทรวงอกด้านข้าง ช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวทรวงอกให้มากขึ้น และช่วยในการขับเสมหะ

ขั้นตอนการทำ จัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านอนหงายคงเดิม วางฝ่ามือทั้ง 2 ข้างลงบนซี่ข้างของทรวงอกส่วนล่าง ให้หายใจเข้าและหายใจออกตามท่าที่ 1 ให้บริเวณทรวงอกและ ชายโครงส่วนล่างโป่งออกในช่วงหายใจเข้าและยุบลงให้มากที่สุด ในช่วงหายใจออกเมื่อชำนาญแล้วให้ใช้มือกดเบาๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อได้ออกแรงมากขึ้น ขณะหายใจเข้าและเพื่อให้ลมออกจากปอดส่วนล่างให้มากที่สุดในขณะที่หายใจออก

ท่าที่ 3 ทำหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบน เพื่อให้ลมออกจากส่วนนี้ให้มากที่สุด และให้ทรวงอกส่วนบนแข็งแรงขึ้นท่านี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตีบเรื้อรังจนมีหน้าอกโป่งพองออกมา เช่น ผู้ที่เป็นโรคหืด หรือถุงลมโป่งพองเรื้อรัง เป็นต้น

ขั้นตอนการทำ จัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านอนหงายคงเดิม วางมือบนหน้าอกใต้กระดูกไหปลาร้า และใช้ปลายนิ้วมือกดเบาๆ จากนั้นหายใจเข้าให้อกส่วนบนขยายตัวต้นนิ้วมือขึ้น ไม่ควรเกร็งไหล่ ปลดปล่อยไหล่ให้ผ่อนคลายตามปกติ หายใจเข้าแล้วกลั้นไว้ 1-2 วินาที แล้วจึงหายใจออก ขณะที่หายใจออกให้ทรวงอกส่วนนี้ยุบลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยใช้มือกดช่วย

3.5 ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดย

1) จัดทำให้อนหัวสูง หรือนั่งบนเก้าอี้ กอดหมอนหรือผ้าห่มไว้บริเวณหน้าท้อง หรือพุง บริเวณที่มีแผล กั้นหน้าให้ไหล่โค้งเล็กน้อย เพื่อให้ไอเอาเสมหะออกมาได้ง่ายขึ้น ในกรณีที่ไม่มีหมอนอาจใช้ผ้า มือทั้งสองข้างกดเบา ๆ ด้านข้างของแผลเพื่อลดปวดและป้องกันแผลแยก (กรณีของคนที่มีแผลที่ท้อง)

2) หายใจเข้าออกลึก ๆ 2-3 ครั้ง จากนั้นหายใจเข้าลึกๆ และกลั้นหายใจไว้ประมาณ 1-2 วินาที จากนั้นไอออกมาแรงๆ โดยใช้แรงดันจากช่องท้องร่วมกับกล้ามเนื้อหายใจอื่นๆ เนื่องจากการใช้แรงดันจากช่องท้องจะทำให้เกิดแรงดันมาก เสมหะหลุดออกได้ง่าย

4. ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทำได้โดย

4.1 ดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หรือทุกครั้ง ที่ขับถ่ายอุจจาระ โดยเช็ดจากอวัยวะสืบพันธุ์ไปทวารหนัก และในกรณีเพศชายที่ใส่ถุงยางอนามัยรองรับน้ำ ปัสสาวะ ควรเปลี่ยนถุงยางอนามัยทุก 24 ชั่วโมง ก่อนใส่ถุงยางอนามัยใหม่ต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอกทุกครั้ง พร้อมทั้งสังเกตสิ่งผิดปกติบริเวณนั้นด้วย

4.2 กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในรูปแบบของเหลว ในกรณีที่ผู้สูงอายุอนดิดเตียงที่ รู้สึกตัวดีและสามารถรับทางปากได้ดี ส่วนในกรณีที่ผู้สูงอายุดังกล่าวไม่รู้สึกรู้สิดหรือไม่สามารถรับทางปากได้ ญาติผู้ดูแลควรให้น้ำทางสายยางให้อาหาร ซึ่งควรได้รับอย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร (กรณีไม่ต้องจำกัดน้ำ) ซึ่งน้ำจะทำหน้าที่เป็นตัวชะล้างเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ไม่ให้คั่งค้างอยู่ภายใน กระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ ด้วยการเพิ่มจำนวนปัสสาวะที่ออกมา ทำให้น้ำปัสสาวะเจือจาง ไม่ ตกตะกอน

4.3 กระตุ้นขับถ่ายปัสสาวะและหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุอนดิดเตียง ที่รู้สึกตัวดี และสามารถบอกบอกความต้องการขับถ่ายปัสสาวะได้ ญาติผู้ดูแลควรกระตุ้นทุก 3-4 ชั่วโมง และ ก่อนนอน ส่วนในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สิด หรือไม่สามารถบอกบอกความต้องการขับถ่ายปัสสาวะได้ ญาติผู้ดูแลต้องประเมิน ภาวะร่งน้ำปัสสาวะ/ผ้าอ้อมสำเร็จรูปบ่อย ๆ โดยเฉพาะทุกครั้งที่เกิดพลิกตะแคงตัว

4.4 ดูแลและสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น หรือปัสสาวะมีตะกอนมาก รีบแจ้งให้แพทย์ หรือบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนทราบทันที เพื่อผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที กรณีผู้สูงอายุคาสาย ส่วนปัสสาวะ ต้องดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก และป้องกันการติดเชื้อ ดังนี้

ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก ปฏิบัติดังนี้

1) ควรดูแลให้ได้รับน้ำวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร เพื่อเป็นการชะล้างภายในทางเดิน ปัสสาวะ ด้วยการเพิ่มจำนวนปัสสาวะที่ออกมา ทำให้น้ำปัสสาวะเจือจางไม่ตกตะกอน

2) ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับงอหรือดึงรั้งท่อปัสสาวะโดยยึดตรึงไว้ด้วยพลาสติกหรือที่ บริเวณต้นขาด้านใน สำหรับผู้ป่วยหญิง และบริเวณท้องน้อยหรือโคนขาสำหรับผู้ป่วยชาย

3) สายสวนปัสสาวะและสายต่อของถุงเก็บปัสสาวะยึดติดกับที่นอน ไม่ปล่อยให้เป็นสาย หย่อนอยู่ได้เพียง

4) ถุงเก็บปัสสาวะ ควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเสมอ เพื่อให้มีการไหลของ ปัสสาวะสะดวก

5) ดูแลบิบริดสายยางบ่อย ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ตะกอนหรือลิ่มเลือดอุดตันอยู่ภายในสายยาง การบิบริดสายยางโดยใช่มือข้างหนึ่ง จับสายยางให้อยู่กับที่ ขณะที่มืออีกข้างบิบริดสายยางออกจากตัวผู้ป่วย

การป้องกันการติดเชื้อ ปฏิบัติดังนี้

- 1) ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดตลอดเวลาหากจำเป็นต้องเก็บน้ำปัสสาวะส่งตรวจหรือเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ก่อนและหลังทำ จะต้องเช็ดบริเวณนั้น ๆ ด้วยแอลกอฮอล์ 70 %
- 2) การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ท่อทางออกจะต้องไม่สัมผัสกับภาชนะรองรับ และภายหลังเทให้ปิดท่อทางออกทุกครั้ง
- 3) ผู้ดูแลล้างมือก่อนและหลังให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและใส่ถุงมือเมื่อมีโอกาสสัมผัสปัสสาวะของผู้ป่วย
- 4) ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยเฉพาะบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะ และสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า-เย็น และทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ
- 5) ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะเมื่อมีน้ำปัสสาวะ ประมาณ 3 ใน 4 ของถุง
- 6) แขนงถุงเก็บปัสสาวะไว้กับขอบเตียง ไม่แขวนไว้ที่เหล็กกั้นข้างเตียง หรือวางไว้กับพื้น กรณีที่จำเป็นต้องยกสูง ให้ใช้ตัวหนีบ หนีบสายหรือหักพับสายก่อนยกถุงเสมอ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ หรือเพิ่มคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ โดยชี้แนะให้ผู้ดูแลเย็บผ้า ทำเป็นถุงใส่ปัสสาวะ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ เมื่อมีคนมาเยี่ยมจะไม่ได้เห็นถุงปัสสาวะชัดๆ และดูสวยงาม
- 7) ให้แจ้งบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน (พยาบาล) เพื่อทำการใส่สวนปัสสาวะ และเปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะใหม่ทั้งชุด หากถุงเก็บปัสสาวะ หรือสายสวนปัสสาวะรั่ว
- 8) ถุงเก็บปัสสาวะใช้ได้นาน 28 วัน (ประมาณ 1 เดือน) โดยไม่ต้องเปลี่ยน ยกเว้นมีปัญหา เช่น สายสวนหลุด ถุงขาด หรือรั่ว เป็นต้น
- 9) การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะในกรณีจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้เป็นเวลานานควรเปลี่ยนสายสวนใหม่เมื่อคาสายสวนครบ 2 สัปดาห์ ถ้าไม่พบหินปูนที่ปลายสายสวนครั้งต่อไปให้ลองเปลี่ยนเมื่อครบ 4, 6 และ 8 สัปดาห์ ตามลำดับ
- 10) แนะนำให้รับประทานอาหารที่ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด จะช่วยลดโอกาสเกิดการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย อาหารที่ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ขนบปิ้ง ลูกพรุน น้ำส้ม น้ำกระเจี๊ยบแดงอาหารพวกธัญพืช พบว่าการดื่มน้ำผลไม้จำนวนมาก จำพวกน้ำลูกพรุน และวิตามิน จะช่วยลดการติดเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะของผู้สูงอายุได้
- 11) สังเกตและซักถาม อาการและอาการแสดงออกของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะสีขุ่น มีตะกอน กลิ่นฉุน เป็นต้น ถ้าพบต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที

5. ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่

- 5.1 จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้ได้เห็นวิวนอกบ้านบ้าง ถ้าเป็นไปได้ หรือจัดให้นั่งถ้าเป็น (ถ้านั่งได้) เพื่อให้เพลิดเพลินกับสิ่งแวดล้อมภายนอก
- 5.2 วางเครื่องใช้อำนวยความสะดวกต่อการหยิบจับได้สะดวกสำหรับผู้สูงอายุอนตติเตียงที่รู้สึกตัว
- 5.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ โดยกล่าวชมเชย และหลีกเลี่ยงการตำหนิหากผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นไม่สำเร็จ
- 5.4 ทำความเข้าใจและให้อภัยผู้สูงอายุเมื่อมีความคิดพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไป
- 5.5 หมั่นแสดงออกทางคำพูด สีหน้า สายตา และการสัมผัสต่อผู้สูงอายุว่ายังรักและเป็นกำลังใจให้เสมอ

5.6 ในกรณีผู้สูงอายุที่ต่อต้านและปฏิเสธการดูแลจากญาติ ให้ญาติส่งเสริมให้ผู้สูงวัยกิจกรรมที่ชอบ บ่อยๆ ให้เกิดความรู้สึกว่า ทำอะไรได้เองหลายอย่างและลดทอนที่ต่อต้านเมื่อครอบครัวและญาติเข้ามา ช่วยเหลือในบางอย่าง

5.7 สนับสนุนให้ญาติ ลูกหลาน ดูแล เยี่ยมเยียนบ่อยๆ โดยเฉพาะให้หลานเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล พุดคุยกับผู้สูงอายุ

5.8 วางแผนให้ผู้ดูแลได้มีการพักผ่อน ทำกิจกรรมส่วนตัว โดยให้ญาติเข้ามาสลับเปลี่ยนเพื่อลด ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งส่งผลถึงผู้สูงอายุ

5.9 เปิดเพลง ธรรมะ อ่านหนังสือให้ฟัง เล่าเรื่อง

เอกสารอ้างอิง

- จินพิชญชา มะมม. (2555). บทบาทพยาบาลกับผลกดทับ: ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 20 ฉบับที่ 5 (ฉบับพิเศษ), หน้า 479-490.
- จุฬารี ถิ่นทิพย์. (2549). ผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดผลกดทับและ ข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ ยี่สกุล. (2552). แผนการสอนดูแลผู้ป่วยโรคทางอายุกรรม. ฝ่ายบริการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. นภาพร ภมร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บรรจงพร กันเผือก. (2553). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันผลกดทับในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปนัดดา ตะปานนท์. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกด ทับ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- แผนงานวิจัยหลัก การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2554). คู่มือการดูแลตนเองโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ฉบับการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟูโดย สหสาขาวิชาชีพ ในคู่มือการดูแลตนเองระยะฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยสหสาขาวิชาชีพ.
- ภักจิรา ศุภวิชา. (บ.ก. เรียบเรียง). คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาตและผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ต้นธรรม สำนักพิมพ์, 2556.
- วิยะดา ศักดิ์ศรี และ สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล. คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์สุขภาพ, 2552.
- ยุพิน ชัยชล และจิราพร เกศพิชวัฒนา. (2550). การจัดการกับอาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ 1 ฉบับที่ 1, หน้า 18-31.
- ศิริรัตน์ วีรภักดิ์ ปองหทัย พุ่มระย้า พรนภา เอี่ยมละออ และจรงค์ มาลีเสน. (2553). การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสาย

สวนปัสสาวะ.วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 37 ฉบับที่ 1, หน้า 51- 65.

Timby, B.K. (2009). Body mechanics, positioning, and moving. In B.K. Timby (Ed.).
Fundamental Nursing Skill and Concepts (9th ed.) (pp. 516-542). Philadelphia, PA:
Wolter Kiuwer Health.

ภาคผนวก จ

รายงานแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามระดับความสามารถในการช่วยตนเอง 3 กลุ่ม
พร้อมคู่มือในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับอสม.และสำหรับพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขมีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

1. ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือดีขึ้น เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
- 2 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

ที่มาของการทบทวนวรรณกรรม/งานวิจัย

เนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว 2 แนวทางการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ และ 3 แนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามกลุ่มความต้องการความช่วยเหลือ ใช้ 2 แนวคิดย่อย ได้แก่ 3.1 แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิค 5 เอ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

ผู้ใช้แนวปฏิบัติ

พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข

วัน เดือน ปีที่จัดทำ กรกฎาคม 2557

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง ข้อกำหนดสำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามกลุ่มความสามารถในการช่วยตนเอง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ของพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ 1) การประเมิน 2) การปฏิบัติ และ 3) การประเมินผล ดังนี้ 1) หมวดการประเมิน ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ ผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ รวมทั้งประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง 2) หมวดการปฏิบัติ ครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล และ 3) หมวดการประเมินผล ครอบคลุมการติดตามการปฏิบัติดูแล และประเมิน

ผลลัพธ์การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ รวมถึงการประสานงานส่งต่อข้อมูลการดูแล และประสานงานความช่วยเหลือด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปข้อเสนอแนะ นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติ และจัดทำเป็นคู่มือของเจ้าหน้าที่ได้แก่พยาบาล/อสม.ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ โดยมีการประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงกระบวนการและทางคลินิก

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา
- 2) ทบทวนวรรณกรรมกรรม
- 3) ยกร่างแนวปฏิบัติ
- 4) สอบร่างแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจ
- 5) ทดสอบหาค่าความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติ และ
- 6) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

ระยะที่ 2 คือ ระยะประเมินผลในเชิงกระบวนการและทางคลินิก ดังนี้

การประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติ โดยประเมินจากพยาบาล/อสม. แต่ละรายที่ใช้แนวปฏิบัติ ด้วยแบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติได้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลหลักในการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการใช้แนวปฏิบัติ

การประเมินผลเชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน/ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ดังนี้

1.แนวปฏิบัติหรือชุดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีเป้าหมายของการจัดบริการเพื่อการคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด จุดเน้นอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมทั้งการดูแลรักษา การควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ โดยบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นจะเป็นหัวใจสำคัญ เพื่อการดำรงและส่งเสริมการเป็นพลพลพลัง (active ageing) ของผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด สำหรับการป้องกันโรคนั้น จะเน้นที่โรคเรื้อรังสำคัญในผู้สูงอายุ ส่วนการควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้นจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ด้วยตนเอง หรือการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยแนวปฏิบัติในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ใช้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ซึ่งได้บูรณาการการให้ความรู้เรื่องสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน รวมทั้งการประสานบริการ ติดตามและส่งต่อ เพื่อให้อสม.และพยาบาลใช้เป็นหลักในการดำเนินการโดยใช้อักษร อ ส ย ในการช่วยจำ อักษร อ นั้น เป็นการให้ความรู้และการช่วยเหลือดูแล เรื่อง อาหาร ออก

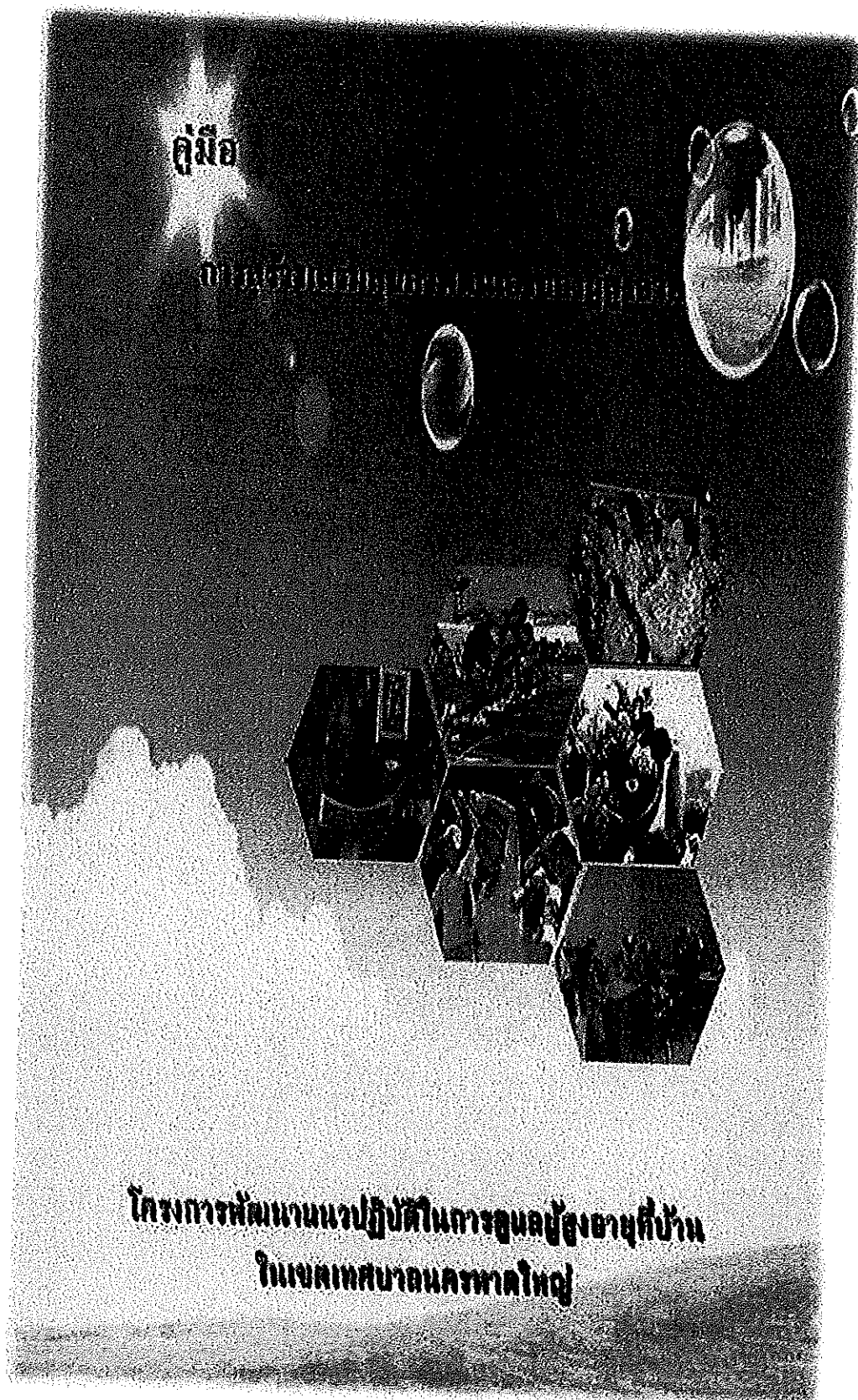
กำลังกาย อารมณ์ และอนามัย อักษร ส เป็นให้ความรู้เรื่อง สมอง สิ่งแวดล้อม และสิทธิ ส่วน ย นั้นเป็นการให้ความรู้เรื่องยา

2.แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่อสม.ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหาดใหญ่ เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ มีส่วนประกอบของแนวปฏิบัติ ดังนี้ คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่อสม. ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ แผนการสนับสนุนการดูแล การให้คำแนะนำในการดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ 6 ด้าน คือ (1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (2) ด้านการรับประทานอาหารและยา (3) ด้านการขับถ่าย (4) ด้านผิวหนัง (5) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) ด้านการควบคุมโรคร่วม มีแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบประเมินติดตามการดูแล (สำหรับประเมินความสามารถของผู้ดูแลแรกรับ และติดตามรายสัปดาห์ๆ ละครั้ง 4 สัปดาห์) และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกการดูแลทุกวันในสัปดาห์แรก และบันทึกสัปดาห์ละครั้งในอีก 4 สัปดาห์ และต่อเนื่องไปเดือนละครั้ง รวมทั้งประสานงานส่งต่อข้อมูล หรือความต้องการการช่วยเหลือกับพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข

3.แนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สำหรับพยาบาล ร่วมกับเจ้าหน้าที่อสม.ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองหาดใหญ่ เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตและหรือผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีส่วนประกอบของแนวปฏิบัติ ดังนี้ คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สำหรับพยาบาล ซึ่งมีเนื้อหา ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ แผนการสนับสนุนการดูแลและให้คำแนะนำในการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการป้องกันแผลกดทับ (2) ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ (3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ (5) ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบประเมินติดตามการดูแล (สำหรับประเมินความสามารถของผู้ดูแลแรกรับ และติดตามรายสัปดาห์ๆ ละครั้ง 4 สัปดาห์) รวมทั้งประสานงานส่งต่อข้อมูลหรือความต้องการการช่วยเหลือกับโรงพยาบาลระดับศูนย์ และหน่วยงานอื่นๆ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกการดูแลทุกวันในสัปดาห์แรก และบันทึกสัปดาห์ละครั้งในอีก 4 สัปดาห์ และต่อเนื่องไปเดือนละครั้ง

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมี และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และคู่มือผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ตัวอย่างคู่มือ)

ตัวอย่าง คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม





สถานวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย
Research Center for Aging System of Thai Elderly
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

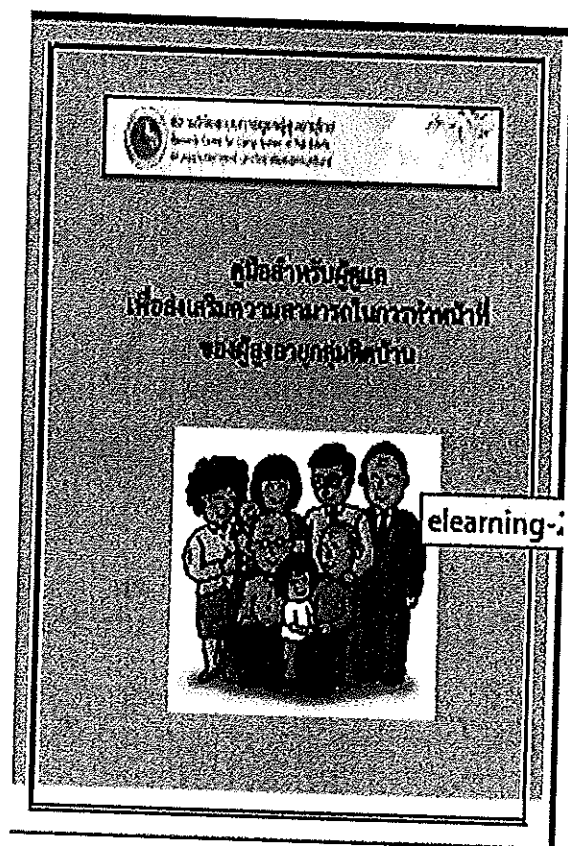
การตรวจสอบตนเองของผู้สูงอายุเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุควรถามตัวเองด้วยคำถามเหล่านี้ ป้อยๆว่า

1. วัยที่ฉันได้ กินอาหารที่เหมาะสม แล้วหรือยัง ?
2. วัยที่ฉันได้ ลดความกังวล แล้วหรือยัง ?
3. วัยที่ฉันได้ ออกกำลังกาย แล้วหรือยัง ?
4. วัยที่ฉันได้ ดูแลความสะอาดส่วนตัว แล้วหรือยัง ?
5. วัยที่ฉันได้ ฝึกฝนความจำ บ้างแล้วหรือยัง ?
6. วัยที่ฉันได้ ทำงานที่เป็นประโยชน์ บ้างแล้วหรือยัง ?
7. วัยที่ฉันได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบเรียบร้อย แล้วหรือยัง ?
8. วัยที่ฉันได้ ปฏิบัติตัวตามสิทธิของผู้สูงอายุ แล้วหรือยัง ?
9. วัยที่ฉันได้ จัดการเรื่องบวชให้ถูกต้อง แล้วหรือยัง ?
(เฉพาะคนที่มีอายุประจำตัว)
10. วัยที่ฉันได้ คุยกับครอบครัว/เพื่อน แล้วหรือยัง ?



สถานวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.

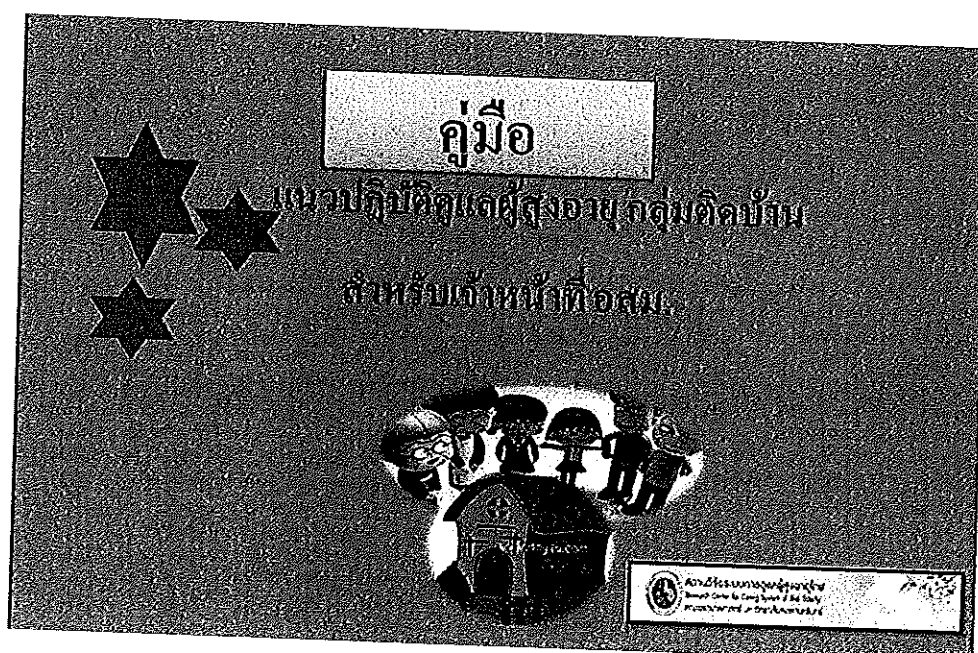
ตัวอย่าง คู่มือสำหรับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านคืออะไร	1
การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	2
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2
ด้านการรับประทานอาหาร	9
ด้านการขับถ่าย	15
ด้านผิวหนัง	16
ด้านอารมณ์และจิตใจ	16
ด้านการควบคุมโรคร่วม	18
การประเมินพฤติกรรมและการดูแลผู้สูงอายุของตนเอง	21
ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเอง	23
ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเองด้วย	24
บรรณานุกรม	25

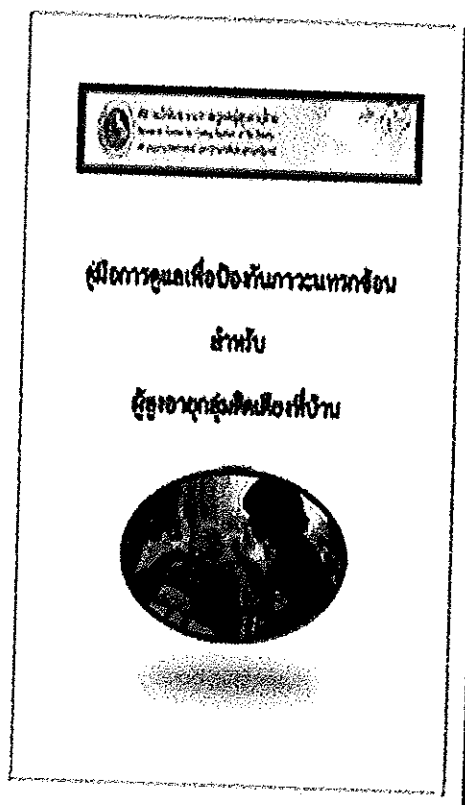
ตัวอย่าง คู่มือแนวปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสำหรับเจ้าหน้าที่ อสม.



สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์	1
ขั้นตอนการปฏิบัติ	
หมวดการประเมิน	1
หมวดการปฏิบัติ	2
หมวดการประเมินผล	2
แผนการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	3
แบบบันทึกของเจ้าหน้าที่	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุ	8
ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแล	9
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	10
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านรายวัน (ประเมินแรกรับ)	13
แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านรายสัปดาห์	15

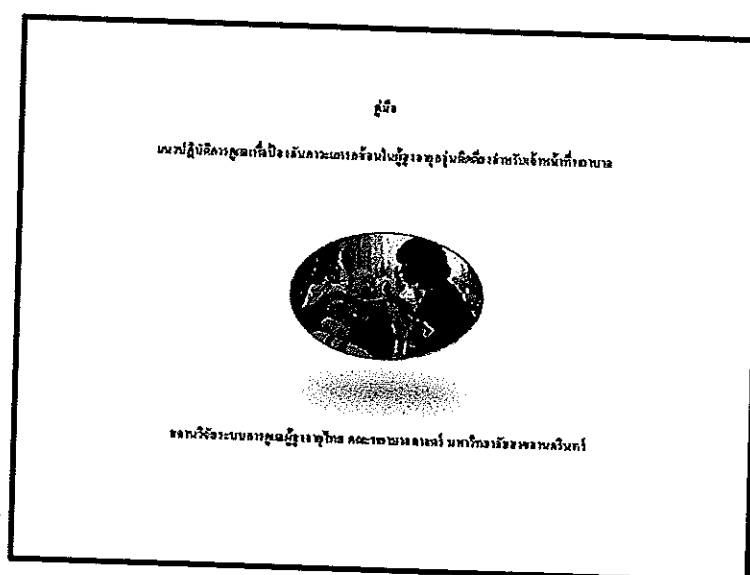
ตัวอย่าง คู่มือการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน



สารบัญ

คำนำ	หน้า
ความหมายผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน	1
แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน	1
1. การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ	1
2. การดูแลเพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ	6
3. การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	13
4. การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	17
5. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	20

ตัวอย่าง คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล

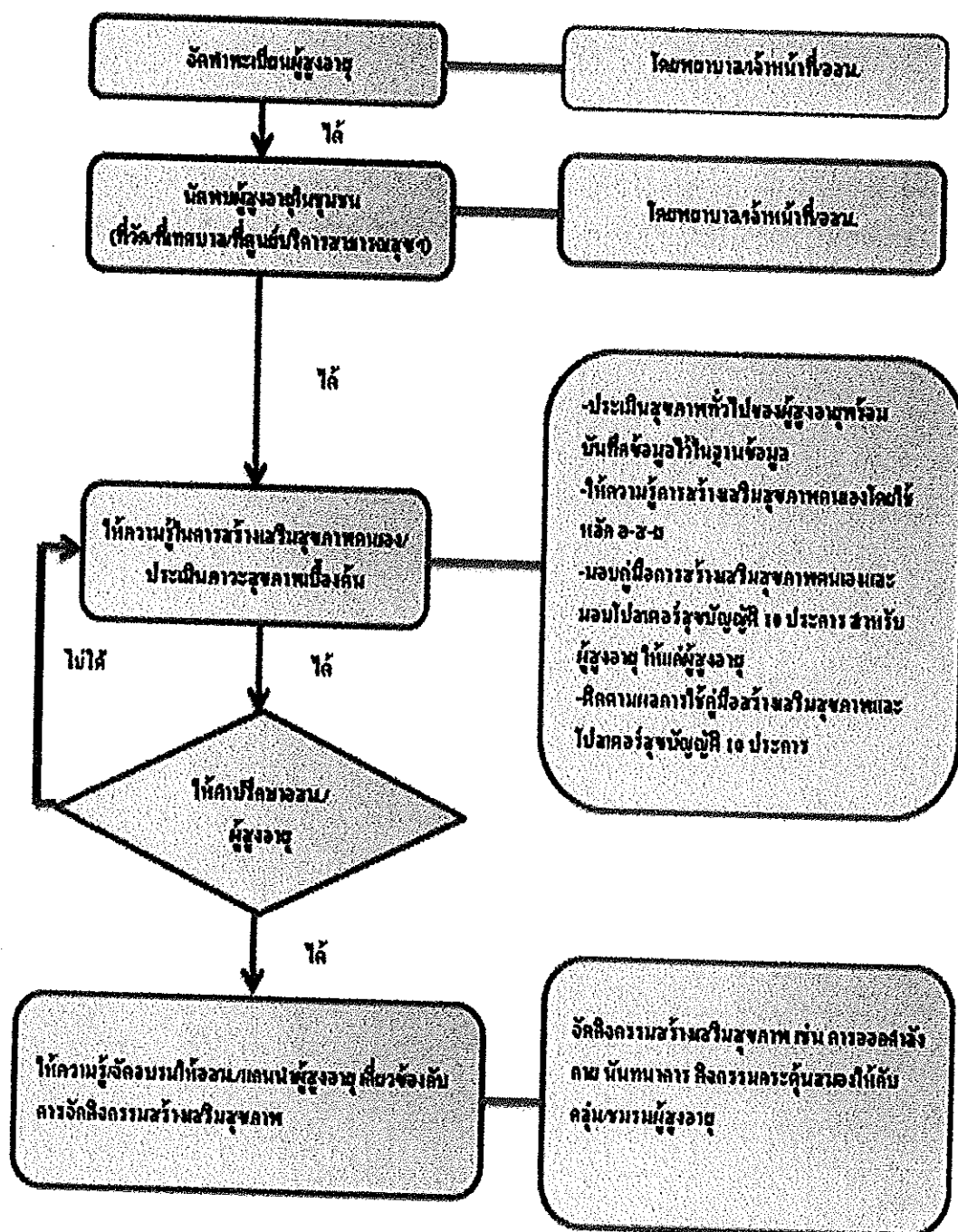


สารบัญ

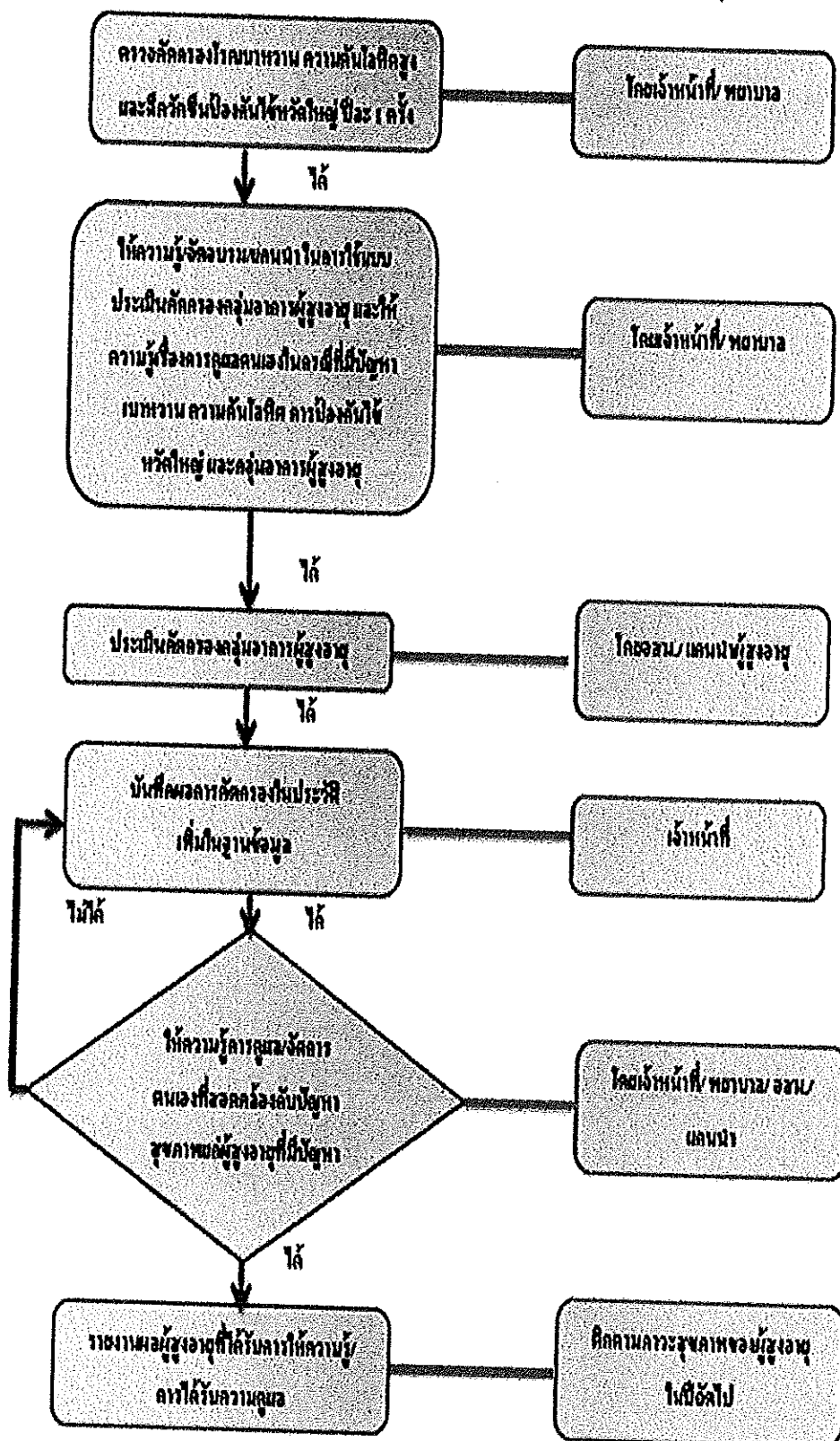
	หน้า
วัตถุประสงค์	1
ขั้นตอนการปฏิบัติ	
หมวดการประเมิน	1
หมวดการปฏิบัติ	2
หมวดการประเมินผล	2
แผนการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	3
แบบบันทึกของเจ้าหน้าที่	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุ	10
ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ดูแล	11
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	12
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	
กลุ่มติดเตียงรายวัน (ประเมินแรกรับ)	14
แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงรายสัปดาห์	19

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Flow chat) แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

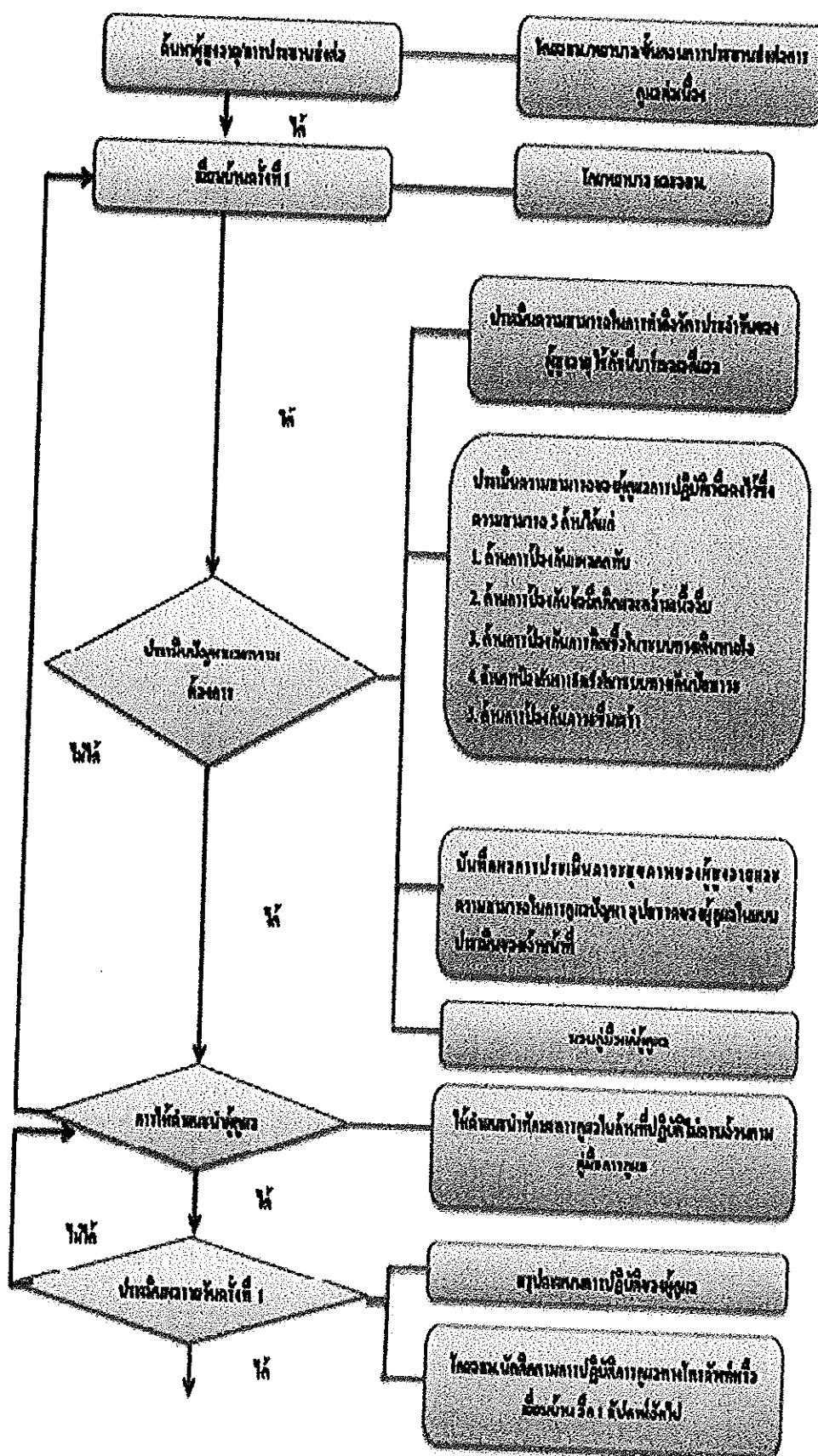
Flow chart ขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มคิดสังก

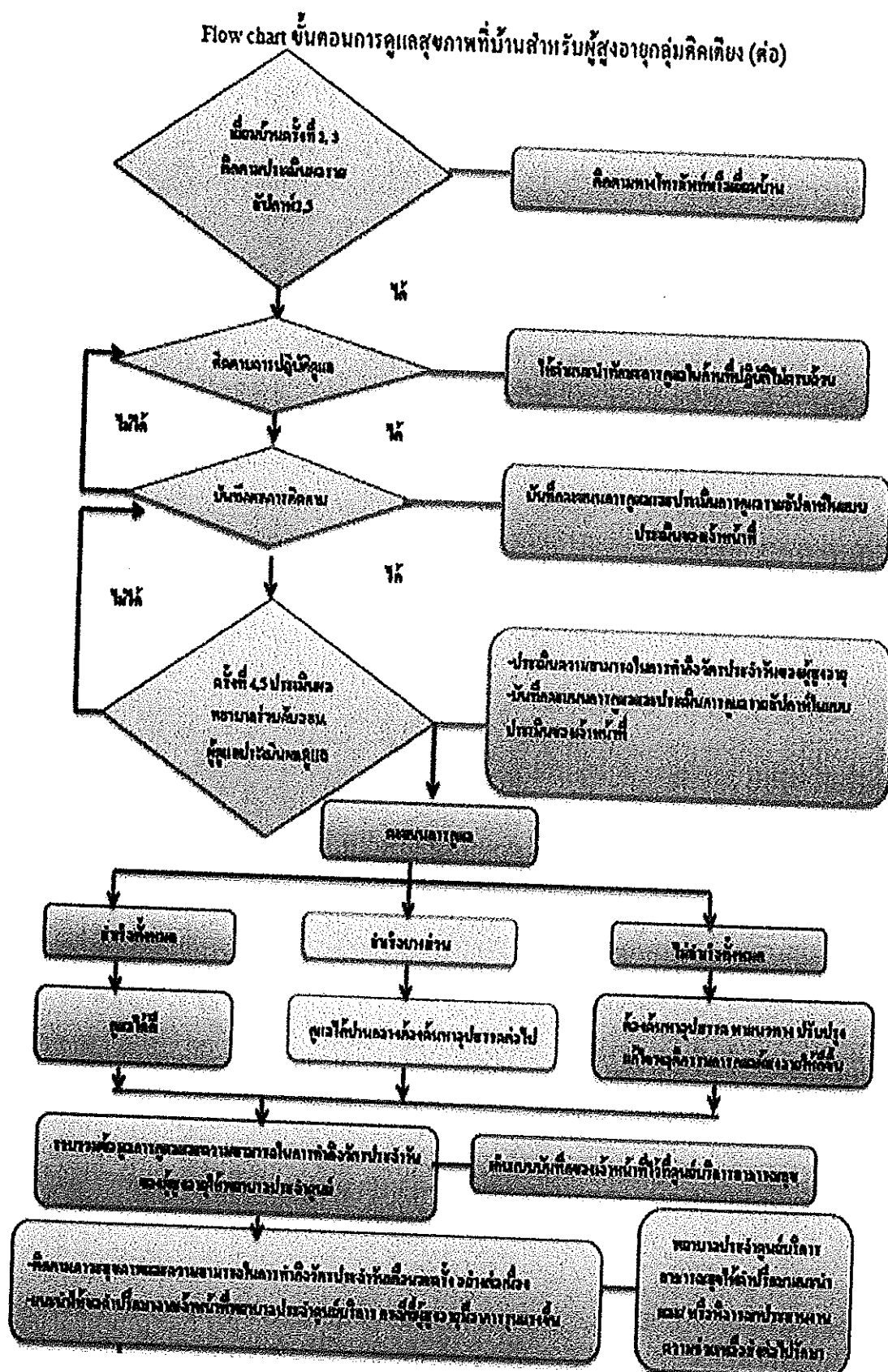


Flow chart แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ / พยาบาลในการป้องกันและคัดกรองโรคกลุ่มติดสังคม

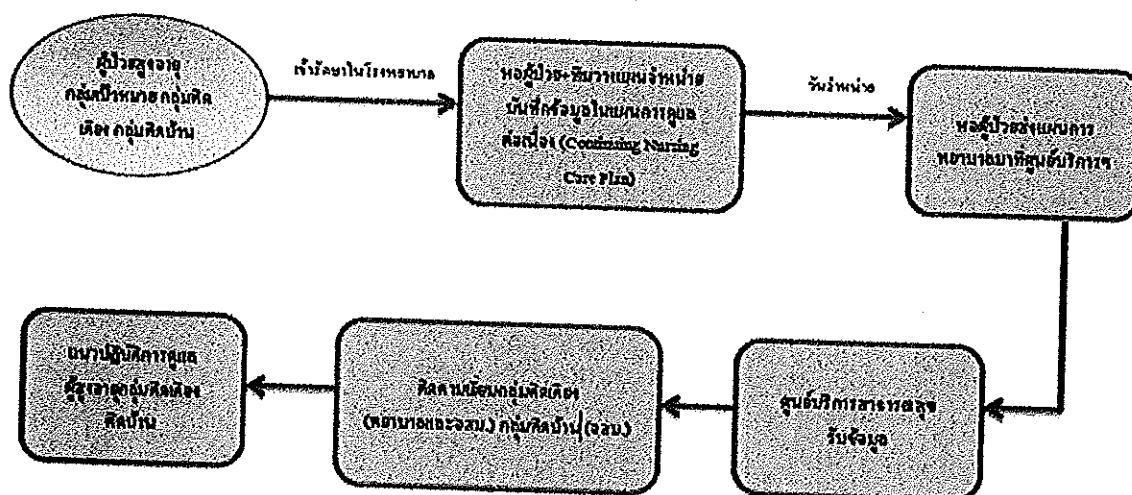


Flow chart ขั้นตอนการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง





Flow chart การดูแลต่อเนื่องโดยการประสานเชื่อมโยงส่งต่อ จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชนมายังศูนย์บริการสาธารณสุข



ภารกิจของพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข

1. การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ/ตามกลุ่มความต้องการความช่วยเหลือทั้ง 3 กลุ่ม
2. การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพและสังคม
 - 2.1 พัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลของผู้สูงอายุ และในการดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.2 พัฒนาศักยภาพความสามารถของอาสาสมัครในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ
3. การประสานงานและส่งต่อเพื่อตรวจดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง บทบาทหน้าที่ในการประสานของพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข
 - 3.1 ดูแล ติดตามปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่ส่งจากหอผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย และส่งต่อมายังศูนย์บริการสาธารณสุข
 - 3.2 ประสานกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้ความช่วยเหลือทางสุขภาพที่มีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ไปรภษา นักกายภาพเข้าไปประเมิน ทำกายภาพ หากผู้ป่วยต้องการการทำกายภาพ การทำแผล การรักษาภาวะแทรกซ้อน
 - 3.3 กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาวิกฤติ เช่น การติดเชื้อมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ญาติสามารถส่งต่อมาแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ แต่หากไม่เร่งด่วนสามารถส่งมาพบแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
 - 3.4 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของเทศบาลนครหาดใหญ่ กรณีที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางสังคม

ภาคผนวก ฉ

รายงานผลการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของแนวปฏิบัติคู่มือแบบประเมิน

รายงานผลการประชุมตรวจสอบแนวปฏิบัติ คู่มือและแบบประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ
การตรวจสอบร่างแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

1 นำแนวปฏิบัติฉบับร่างพร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา และประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการถ่ายทอด/นำสู่การปฏิบัติ 2) ด้านความเป็นไปได้ และ 3) ด้านความคุ้มค่า ตามแบบความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน)

2 นำคู่มือสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบในประเด็น ดังนี้ 1. เนื้อหาสาระของคู่มือมีความถูกต้องทางวิชาการ 2. เนื้อหาสาระของคู่มือมีความครอบคลุมและเหมาะสมในการนำไปใช้ในชุมชน 3. การจัดเรียงลำดับเนื้อหามีความเหมาะสม 3. ภาษาที่ใช้มีความเข้าใจง่าย 4. ภาพประกอบที่ใช้มีความชัดเจน และเหมาะสม 5. ขนาดตัวอักษรชัดเจน มีความสวยงาม อ่านง่าย

3. ตรวจสอบแบบประเมินผลเชิงกระบวนการและผลเชิงคลินิก

4 นำข้อคิดเห็นและคำแนะนำ มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ซึ่งสรุปผลการตรวจสอบ มีดังนี้

1 ผลการตรวจสอบความตรงของแนวปฏิบัติและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ดังนี้

ผลการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา และประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการถ่ายทอด/นำสู่การปฏิบัติ 2) ด้านความเป็นไปได้ และ 3) ด้านความคุ้มค่า พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกัน คิดเป็น 100 % (ใส่ในรายงานชั้น 4 ด้วย)

2 ผลการตรวจสอบความตรงของคู่มือสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดเตียง โดยสรุปผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เนื้อหาเหมาะสม แต่มีข้อเสนอแนะเรื่องความชัดเจนของภาพ สีของภาพ ขนาดของตัวอักษรและภาษาที่ใช้

3. ผลการตรวจสอบแบบประเมินผลเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์เชิงคลินิก พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกัน คิดเป็น 100 % และไม่มีข้อแก้ไข

จากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปศึกษานำร่อง โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของขั้นตอนในแนวปฏิบัติ และความเข้าใจของผู้ใช้ ได้แก่ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อสม.ผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มพยาบาลและอสม.ผู้ใช้แนวปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป

รายงานผลการทดสอบหาความเที่ยงของการประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติและ ผลเชิงคลินิก

1 การทดสอบหาความเที่ยงของการประเมินผลเชิงกระบวนการ ดังนี้

- 1.1. การทดสอบหาค่าความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้วิจัยตรวจสอบโดยการหาความสอดคล้องตรงกันของการใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างผู้ปฏิบัติ 2 รายในเวลาเดียวกัน (inter-rater reliability) ได้แก่ กลุ่มพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 3 คน คู่กับผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ประเมิน ใช้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 3 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่อสม. ผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 6 คน คู่กับผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ประเมิน ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 6 คน โดยสังเกตและประเมินการกระทำของผู้ปฏิบัติ ณ เวลาเดียวกัน โดยมีขั้นตอน ดังนี้
 - 1.1.1 จัดประชุมกับกลุ่มพยาบาล และกลุ่มอสม. เพื่อแนะนำแนวปฏิบัติ วิธีการใช้ (คู่มือของเจ้าหน้าที่) และคู่มือผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น
 - 1.1.2 ผู้วิจัยนำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ปฏิบัติกลุ่มพยาบาล และกลุ่ม อสม. ศึกษาประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนทดสอบการใช้แนวปฏิบัติ
 - 1.1.3 ประสานงานให้พยาบาล ผู้ปฏิบัติใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง และอสม. ผู้ปฏิบัติใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และให้การดูแลผู้สูงอายุและบันทึกผลการประเมินในคู่มือของเจ้าหน้าที่ พร้อมกับผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการปฏิบัติ และประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ ซึ่งในข้อกิจกรรมการดูแลใดที่ไม่ได้ปฏิบัติ ผู้ประเมินจะสอบถามถึงเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติ
 - 1.1.4 นำข้อมูลการปฏิบัติที่ได้มาหาความเที่ยงของการสังเกต โดยคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percentage of agreement) ของผู้ปฏิบัติ จากจำนวนข้อที่เห็นพ้องกัน หาค่าด้วยผลรวมของจำนวนข้อทั้งหมด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ค่าดัชนีความสอดคล้องตรงกันของผู้ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เท่ากับ 0.97 และค่าของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เท่ากับ 0.93 ซึ่งผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ใช้นโยบายได้แก่ พยาบาล และ อสม. ในประเด็นขั้นตอนที่เข้าใจไม่ตรงกัน หรือบันทึกผลที่ได้ไม่ตรงกันก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อไป

2. ความเที่ยงของการใช้แบบประเมินผลเชิงคลินิก ใช้การทดสอบซ้ำ (test-retest method) ซึ่งเป็นการใช้แบบทดสอบเดียวกันสอบซ้ำกับคนกลุ่มเดียวกันสองหน โดยวัดห่างกันเป็นเวลา 3 วัน จากนั้นนำค่าที่ได้มาหาค่า Intraclass Correlation Coefficient หากค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) สูง คือ คะแนนแต่ละคนที่ได้เท่าเดิมมากเท่าใด แสดงว่าแบบทดสอบมีความน่าเชื่อถือสูง

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลหลัก ในการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scales) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน และแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้ คือ คะแนน 0

หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ได้เท่ากับ .93 และความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของอสม. ได้เท่ากับ .95 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติ ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้ มาปรับปรุงคำอธิบายขั้นตอนในคู่มือการใช้นวปฏิบัติให้ชัดเจนมากขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

2.2 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน/ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ใน 10 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ผลการทดสอบความเที่ยงแบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยพยาบาล ได้เท่ากับ .76 และความเที่ยงประเมินโดยอสม. ได้เท่ากับ .71

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินโดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scales) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน และแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ทดสอบความเที่ยงแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลโดยใช้การทดสอบซ้ำ ได้ค่า .90

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาความตรงของเนื้อหา
คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ประเด็นในการพิจารณา	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
1.เนื้อหาสาระของคู่มือมีความถูกต้องทางวิชาการ	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
2.เนื้อหาสาระของคู่มือมีความครอบคลุม และเหมาะสมในการนำไปใช้ในชุมชน	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
3.การจัดเรียงลำดับเนื้อหาเหมาะสม	ควรแก้ไขการพิมพ์ที่ผิดพลาด และ ปรับใช้ภาษาที่ให้อ่านง่ายขึ้น	ไม่มีแก้ไข
4.ภาษาที่ใช้มีความเข้าใจง่าย	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
5.ภาพประกอบที่ใช้มีความชัดเจน และเหมาะสม	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
6.ขนาดตัวอักษรชัดเจน มีความสวยงาม อ่านง่าย	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข

ผลการพิจารณาความตรงของเนื้อหา
คู่มือการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ประเด็นในการพิจารณา	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 3
1. เนื้อหาสาระของคู่มือมีความถูกต้องทางวิชาการ	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
2. เนื้อหาสาระของคู่มือมีความครอบคลุม และเหมาะสมในการนำไปใช้ในชุมชน	น่าจะเพิ่มข้อควรระวัง	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
3. การจัดเรียงลำดับเนื้อหามีความเหมาะสม	ไม่มีแก้ไข	ปรับเล็กน้อย	ไม่มีแก้ไข
3. ภาษาที่ใช้มีความเข้าใจง่าย	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
4. ภาพประกอบที่ใช้มีความชัดเจน และเหมาะสม	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
5. ขนาดตัวอักษรชัดเจน มีความสวยงาม อ่านง่าย	ไม่มีแก้ไข	บางหน้าตัวเล็กไป	ไม่มีแก้ไข

ผลการพิจารณาความตรงของเนื้อหา
คู่มือการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ประเด็นในการพิจารณา	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 3
1. เนื้อหาสาระของคู่มือมีความถูกต้องทางวิชาการ	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
2. เนื้อหาสาระของคู่มือมีความครอบคลุมและเหมาะสมในการนำไปใช้ในชุมชน	-หน้า 13 ขั้นตอนการดูแลตนเองอาจมีภาพประกอบข้อ 2 อาจไม่สัมพันธ์กัน ข้อ 5 อาจปรับเนื้อหาให้อ่านเข้าใจง่ายกว่านี้ -หน้า 14 การป้องกันการสำลัก ขณะให้อาหารทางสายยาง	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
3. การจัดเรียงลำดับเนื้อหามีความเหมาะสม	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
4. ภาษาที่ใช้มีความเข้าใจง่าย	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
5. ภาพประกอบที่ใช้มีความชัดเจน และเหมาะสม	-ปรับภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้น/ชัดขึ้น	-ภาพไม่ชัด ภาพเล็กไป ใช้ภาพเป็นสื่อจะต้องทำให้เข้าใจง่ายขึ้น	ไม่มีแก้ไข
6. ขนาดตัวอักษรชัดเจน มีความสวยงาม อ่านง่าย	-มีคำผิด ตกหล่นในบางส่วน เช่น หน้า 17, 19	ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข

แบบประเมินเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สำหรับพยาบาล

ข้อคำถาม	ความเหมาะสมของ ขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ		ความชัดเจน ของของขั้นตอน ตามแนวปฏิบัติ		ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ชัดเจน	ไม่ ชัดเจน		
คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สำหรับอสม.						
วัตถุประสงค์ของคู่มือ	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
ขั้นตอนของแนวปฏิบัติ 3 ขั้นตอน	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
หมวดการประเมิน	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
หมวดการปฏิบัติ	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
หมวดการประเมินผล	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
แผนการสนับสนุน (หน้า 3)	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
แบบบันทึกของเจ้าหน้าที่						
ข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ดูแล	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข

ข้อคำถาม	ความเหมาะสมของ ขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ		ความชัดเจน ของของขั้นตอน ตามแนวปฏิบัติ		ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ชัดเจน	ไม่ ชัดเจน		
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (หน้า 10)	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล 6 ด้าน (ประเมินแรกรับ) (หน้า 13)	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล 6 ด้าน รายสัปดาห์ (หน้า 15)	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
เกณฑ์การประเมินการดูแล	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
การติดตามการดูแลรายสัปดาห์	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ควรเพิ่มด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย เช่น การนั่งทำงาน นั่งทำกับข้าว นั่งอาบน้ำแทนการยืน การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง และอาจจัดให้มีการจับหลับช่วงกลางวัน 30 นาที และไม่เกิน 1 ชั่วโมง ด้านการรับประทานอาหารและยา ให้เพิ่มการประเมินโรคประจำตัวผู้สูงอายุ และจัดอาหารเฉพาะที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวนั้นๆ ประเมินช่องปากและฟันว่าสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติหรือไม่ หรือต้องจัดอาหารอ่อนย่อยง่ายให้กับผู้สูงอายุ และด้านการขับถ่าย ให้เพิ่มการผู้ดูแลการประเมินภาวะสมดุลของน้ำ และอาการท้องผูกของผู้สูงอายุเป็นประจำ การจัดหาอาหารที่ย่อยง่ายให้ผู้สูงอายุรับประทาน เช่น เนื้อปลา หรืออาจหั่น บด ดัดให้เป็นชิ้นเล็ก

แบบประเมินเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สำหรับพยาบาล

ข้อคำถาม	ความเหมาะสมของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความชัดเจนของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ชัดเจน	ไม่ ชัดเจน		
คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สำหรับพยาบาล						
วัตถุประสงค์ของคู่มือ	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
ขั้นตอนของแนวปฏิบัติ 3 ขั้นตอน	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
หมวดการประเมิน	✓		✓		เพิ่มเรื่องประเมินสิ่งแวดล้อม และภาวะแทรกซ้อน 5 ด้าน	ไม่มีแก้ไข
หมวดการปฏิบัติ	✓		✓		เพิ่มภาพรายละเอียดในคู่มือ	ไม่มีแก้ไข

ข้อคำถาม	ความเหมาะสมของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความชัดเจนของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ชัดเจน	ไม่ ชัดเจน		
หมวดการประเมินผล	✓		✓		มีแบบประเมินที่ใช้อยู่แล้ว เฉพาะโรค และ ADL	ไม่มีแก้ไข
แผนการสนับสนุน (หน้า 3)	✓		✓		ไม่มีแก้ไข	ไม่มีแก้ไข
แบบบันทึกของพยาบาล						
ข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ดูแล (เฉพาะส่วนที่เพิ่ม จาก patient folder)	✓		✓		เสนอให้ปรับเข้ากับแฟ้มผู้ป่วย. ซึ่งมีอยู่แล้วใน JHCIS เพื่อลด ภาระเจ้าหน้าที่ ADL เฉพาะโรค ที่มีอยู่แล้ว	ไม่มีแก้ไข
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (หน้า 12)	✓		✓		เสนอให้ปรับเข้ากับแฟ้มผู้ป่วย. ซึ่งมีอยู่แล้วใน JHCIS เพื่อลด ภาระเจ้าหน้าที่ ADL เฉพาะโรค	การประเมินแนวปฏิบัติแยกตาม กลุ่มผู้สูงอายุจะทำให้เห็นว่าคู่มือ เหมาะสำหรับกลุ่มที่ 3

ข้อคำถาม	ความเหมาะสมของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความชัดเจนของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ชัดเจน	ไม่ ชัดเจน		
					ที่มีอยู่แล้ว	
แบบประเมินความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง รายวัน (ประเมินแรก รับ) (หน้า 14)	✓		✓		อยากให้ปรับให้น้อยลงเพื่อลด ภาระ	ข้อ 5: กรณีทำกิจกรรมแต่ไม่ทุก 2 ชม. ให้ลงเป็นปฏิบัติหรือไม่ ข้อ 11: ทำไม้ครบ/ทำรอบเดียว ให้ลงเป็นปฏิบัติหรือไม่ ข้อ 14: ไม่มีภาพการดูดลูกยาง แดง ข้อ 22: ในคู่มือไม่มีเรื่องเคาะ ปอด
แบบประเมินความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงรายสัปดาห์ (หน้า 19)	✓		✓		อยากให้ปรับให้น้อยลงเพื่อลด ภาระ	ไม่มีแก้ไข
การแปรผลคะแนนความสามารถในการ ดูแล รายวัน หน้า 18	✓		✓		อยากให้ปรับให้น้อยลงเพื่อลด ภาระ	ไม่มีแก้ไข

ข้อคำถาม	ความเหมาะสมของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความชัดเจนของ ขั้นตอนตามแนว ปฏิบัติ		ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
	เหมาะสม	ไม่ เหมาะสม	ชัดเจน	ไม่ ชัดเจน		
การแปรผลคะแนนความสามารถในการ ดูแล รายสัปดาห์ หน้า 23	✓		✓		อยากให้ปรับให้น้อยลงเพื่อลด ภาระ	ไม่มีแก้ไข

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

แบบประเมินทุกข้อถ้าทำได้หน่วยงานที่ยังไม่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นแบบที่ดีให้ความสะดวกกับเจ้าหน้าที่นำไปใช้ได้เลย เพราะมีความสมบูรณ์มาก แต่สำหรับของ
โรงพยาบาล CMU PCU เป็นหน่วยงานที่ทำมานานมีแบบบันทึก+แบบประเมินมากมาย ที่ต้องทำ ซึ่งคิดว่าน่าจะสางได้ ส่วนคู่มือ และแนวปฏิบัติเยี่ยมเจ้าหน้าที่ได้นำไปใช้ได้

ภาคผนวก ซ

รายงานผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำชี้แจง ผู้ทรงคุณวุฒิกรุณาแสดงความคิดเห็นโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

หัวข้อประเมิน	ความคิดเห็น ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ		แนวทาง ปรับปรุง แก้ไข
	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	
การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (transferability)			
1.แนวปฏิบัติสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้	5		
2.กลุ่มประชากรเป้าหมายในแนวปฏิบัติมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงาน	5		
3.เป้าหมายของการดูแลในแนวปฏิบัติมีเป้าหมายเดียวกันกับการดูแลในหน่วยงาน คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	5		
4.จำนวนผู้สูงอายุที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติมีมากพอ	5		
5.แนวปฏิบัติใช้ระยะเวลาหนึ่งในการทดสอบและมีการประเมินผลลัพธ์	5		
ความเป็นไปได้ (feasibility)			
1.พยาบาล/เจ้าหน้าที่ยังคงมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจภายใต้การดำเนินการตามแนวปฏิบัติ	5		
2.การดำเนินการตามแนวปฏิบัติสอดคล้องกับการทำงานตามปกติของพยาบาล/เจ้าหน้าที่	5		
3.แนวปฏิบัติมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม	5		

หัวข้อประเมิน	ความคิดเห็น ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ		แนวทาง ปรับปรุง แก้ไข
	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	
ความคุ้มค่า (cost/benefit)			
1.ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่/ ผู้สูงอายุ	5		
2.มีประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุจากการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ	5		
3.ในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติสามารถลดค่าใช้จ่ายในระยะสั้นและระยะยาวใน องค์กร	5		
รวม (ข้อ)/คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	100		

ข้อเสนอแนะให้แนวปฏิบัติสามารถนำลงสู่การปฏิบัติและมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

1.การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (transferability)

-

2.ความเป็นไปได้ (feasibility)

2.1 เพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถไม่เท่ากัน หากมีการแบ่งกลุ่มที่ชัดเจนจะทำให้เห็นผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่ชัดเจนขึ้น

3.ความคุ้มค่า (cost/benefit)

-

ภาคผนวก ก

แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

แบบสอบถามความสามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติได้จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้
สำหรับเจ้าหน้าที่/พยาบาลสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม

แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่/พยาบาลสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
1.จัดให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการสร้างสุขภาพด้วยตนเองในเรื่อง ➢ 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย ➢ 3 ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ ➢ 1 ย. ยา ในวันตรวจร่างกายประจำปี/วัน เทศบาลพบประชาชนอย่างน้อยปีละครั้ง		
2.แจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองให้ผู้สูงอายุและโปสเตอร์สำหรับตรวจสอบตนเองพร้อมแนะนำวิธีใช้		
3.อบรมเชิงปฏิบัติการให้สม.ในการใช้แบบประเมินต่างๆ ➢ ประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล ➢ ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q ➢ ประเมินสมรรถนะสมองฉบับภาษาไทย		
4.พัฒนาสม./แกนนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆอย่างน้อยปีละครั้ง		
5.พัฒนาสม./แกนนำผู้สูงอายุในเรื่องการจัดกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง และการจัดนันทนาการ อย่างน้อยปีละครั้ง		
6.สำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้ง/จัดการชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อย่างน้อยปีละครั้ง		

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ลงชื่อ

แบบประเมิน “คู่มือสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ”
หลังจากอ่านคู่มือท่านคิดว่าการนำคู่มือไปใช้เป็นอย่างไ

รายการ	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้	ข้อเสนอแนะ
1.รายละเอียดวิธีใช้คู่มือ			
2.กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			
2.1 อ.อาหาร			
2.2 อ.อารมณ์			
2.3 อ.ออกกำลังกาย			
2.4 อ.อนามัย			
2.5 ส.สมอง			
2.6 ส.สิ่งแวดล้อม			
2.7 สิทธิ			
2.8 ย. ยา			
3. ตารางบันทึกกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการคิดคะแนน			
4. ผู้สูงอายุสามารถใช้คู่มือนี้ในชีวิตประจำวัน			

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วันที่ เดือน.....พศ.....

ภาคผนวก ญ

แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ และเชิงคลินิกของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลากรสาธารณสุข/พยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยภาพรวมของบุคคลากรสาธารณสุข/พยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

๗

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลากร/พยาบาล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน
(กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1. ประถมศึกษา

() 2. มัธยมศึกษา

() 3. ปวช.

() 4. ปวส./อนุปริญญา

() 5.ปริญญาตรี

() 6. สูงกว่าปริญญาตรี

2. อายุ..... ปี

เพศ () ชาย () หญิง

3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน.....ปี

4. ตำแหน่ง

() 1. หัวหน้า

() 2. พยาบาล

() 3.บุคคลากรสาธารณสุข ระบุ.....

5. ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

() 1. มี () ติดสังคม () ติดบ้าน () ติดเตียง

() 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กลุ่มติดบ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

คำชี้แจง แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวดการประเมิน หมวดการปฏิบัติ และหมวดการประเมินผล แล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องกิจกรรมการดูแลที่ท่านปฏิบัติได้

	กิจกรรมการดูแล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
หมวดการประเมินผู้สูงอายุและผู้ดูแล			
1	ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ด้วยการซักถามถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย สุขภาพและอาการของผู้สูงอายุ		
2	ประเมินผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ตามแบบประเมิน หน้า 10)		
3	ประเมินความสามารถของผู้ดูแล ว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเรื่องใด และยังขาดการดูแลในด้านใด ในการปฏิบัติ 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับประทานอาหารและยา 3) ด้านการขับถ่าย 4) ด้านผิวหนัง 5) ด้านจิตใจ และ 6) ด้านการควบคุมโรคร่วม (ตามแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล 6 ด้าน (ประเมินแรกรับ หน้า 13)		
4	บันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสามารถในการดูแล ปัญหา อุปสรรคของผู้ดูแลในแบบบันทึกของเจ้าหน้าที่		
หมวดการปฏิบัติ			
1	ให้คำแนะนำการดูแลในด้านที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ครบถ้วน (ตามแบบประเมินความสามารถในการดูแลในคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน)		
2	มอบคู่มือการดูแลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ให้แก่ผู้ดูแล และแนะนำให้ผู้ดูแลศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลด้านที่เหลือ (ตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน)		
3	พูดคุยย้ำความสำคัญเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ครบทั้ง 6 ด้าน		

	กิจกรรมการดูแล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
5	นัดหมายครั้งต่อไปเพื่อสนับสนุนการดูแลร่วมกัน		
	หมวดผลการประเมินผล		
1	ติดตามการปฏิบัติดูแล โดยการพูดคุย และให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ทุกสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์		
2	บันทึกผลการปฏิบัติดูแลลงในแบบประเมินของเจ้าหน้าที่ สัปดาห์ละครั้ง ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์		
3	ให้คำแนะนำพบเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข หากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการรุนแรงขึ้น		
4	ประเมินผลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในสัปดาห์ที่ 4 (ตามแบบประเมิน หน้า 10)		
5	ส่งต่อข้อมูลในแบบประเมินของเจ้าหน้าที่แก่พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขในสัปดาห์ที่ 4		
6	ติดตามการปฏิบัติดูแล โดยการพูดคุย/ซักถามปัญหา และให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล สม่ำเสมอเดือนละครั้ง		

คำชี้แจง ในหมวดการปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- 2) ด้านการรับประทานอาหารและยา
- 3) ด้านการขับถ่าย
- 4) ด้านผิวหนัง
- 5) ด้านจิตใจ
- 6) ด้านการควบคุมโรคร่วม

ขอให้ท่านอ่านข้อความกิจกรรมการดูแล แล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความคิดเห็นของท่านว่าสามารถปฏิบัติได้ หรือปฏิบัติไม่ได้และกรุณาระบุเหตุผลในข้อที่ท่านเห็นว่าปฏิบัติไม่ได้

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
1	หมวดที่ 1 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย		
	1.1 ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถ		
	1.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดยบอกให้ทราบถึงวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม และขั้นตอนในการออกกำลังกาย		
	1.3 ระยะเริ่มแรกแนะนำให้ออกกำลังกายระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 5-10 นาที จากนั้นค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถและอาการเหนื่อยของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยควรออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์		
	1.4 แนะนำให้ออกกำลังกายในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยประเมินจากการพูดขณะออกกำลังกาย		
	1.5 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง		
	1.6 แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ		
2	หมวดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหารและยา		
	2.1 ดูแลผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ และครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน ดังนี้ - กลุ่มข้าว แป้ง หรือธัญพืช วันละไม่เกิน 6-8 ทัพพี		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	- กลุ่มผัก ผู้สูงอายุควรได้รับประทานประมาณ 6 ทัพพีต่อวัน - กลุ่มผลไม้ ผู้สูงอายุควรได้รับประมาณ 4 ส่วนต่อวัน - กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ ผู้สูงอายุควรได้รับไม่เกินวันละ 6 ช้อนโต๊ะ		
	2.2 แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีโซเดียมสูง ควรจำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน		
	2.3 ดูแลให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และจำกัดการรับประทานอาหารที่มีคลอเลสเตอรอลไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน		
	2.4 แนะนำให้เลือกใช้น้ำมันในการปรุงอาหารที่ผลิตจากไขมันชนิดไม่อิ่มตัวซึ่งเป็นไขมันดี ในปริมาณที่จำกัด คือ ไม่ควรเกิน 5 ช้อนโต๊ะต่อวัน		
	2.5 แนะนำให้หลีกเลี่ยงวิธีการปรุงอาหารที่ต้องใช้น้ำมัน เช่นทอด ผัด ควรใช้วิธีปรุงอาหารแบบต้มหรือนึ่งแทน		
	2.6 แนะนำให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
	2.7 แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน		
	2.8 สอนทักษะการอ่านฉลากโภชนาการก่อนตัดสินใจซื้ออาหาร โดยการตรวจสอบและเลือกอาหารที่มีปริมาณโซเดียม ปริมาณไขมันและไขมันอิ่มตัว และปริมาณน้ำตาลในอาหารน้อยที่สุด		
	2.9 แนะนำการดูแลด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้ดูแล โดยผู้ดูแลควรทราบชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้สรรพคุณของยา และผลข้างเคียงของยาแต่ละตัว		
3	หมวดที่ 3 ด้านการขับถ่าย		
	3.1 แนะนำให้สังเกตความบ่อยของการปัสสาวะในเวลา กลางคืน หากปัสสาวะในตอนกลางคืนบ่อยจะทำให้ ควรจัดการเบื้องต้น เช่น จัดวางกระโถนไว้ใกล้ๆ ลดการดื่มน้ำในช่วงก่อนนอน		
	3.2 แนะนำให้ผู้สูงอายุได้ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6-8 แก้ว		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	3.3 แนะนำให้ส่งเสริมผู้สูงอายุฝึกการขับถ่ายอุจจาระทุกเช้าให้เป็นเวลา		
	3.4 แนะนำผู้ดูแลจัดอาหารที่มีเส้นใยมาก เพื่อป้องกันอาการท้องผูก		
	3.5 แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุใช้ในการขับถ่ายให้สะอาด และมีความเป็นส่วนตัว		
4	หมวดที่ 4 ด้านผิวหนัง		
	4.1 แนะนำการดูแลผิวหนัง หากมีการสัมผัสหรือเช็ดถูควรกระทำด้วยความนุ่มนวล แนะนำให้ใช้สบู่อ่อนๆ เช่น สบู่เด็ก		
	4.2 หากมีอาการคันควรใช้ผ้าชุบน้ำเย็นลูบตามผิวหนังเบาๆ และหลีกเลี่ยงการเกา		
	4.3 แนะนำการทาครีมบำรุงผิวเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น		
5	หมวดที่ 5 ด้านจิตใจ		
	5.1 แนะนำให้ส่งเสริมผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว สังเกตประเมินอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ		
	5.2 แนะนำให้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายถึงสิ่งที่รู้สึกกังวล หรือไม่สบายใจ พร้อมทั้งรับฟัง ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ		
	5.3 แนะนำการฝึกควบคุมอารมณ์โกรธ โดยเมื่อรู้สึกโกรธให้นับ 1-10 ชั่วๆ ร่วมกับการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้าๆ		
	5.4 แนะนำกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยตนเอง เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา การเพิกเฉย การเบี่ยงเบนความสนใจ การหายใจแบบลึก		
	5.5 แนะนำให้ส่งเสริมการรับรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้รับรู้สิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง ได้แก่ ฝึกให้รู้วัน เดือน ปี เวลา โดยติดปฏิทินเพื่อแสดงวัน เดือน ปี ดินนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ มองเห็นชัดเจน สอบถามถึงสภาพอากาศ ฤดูกาล สอบถามว่ารับประทานอาหารเช้าหรือยัง รับประทานอาหารเช้าอะไรบ้าง		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
6	หมวดที่ 6 ด้านการควบคุมโรคร่วม		
	6.1 ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยควรมีการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ ไม่ควรเกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ลดเค็ม ลดไขมัน ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย		
	6.2 ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ร่วมกับการออกกำลังกายเป็นประจำ และรับประทานยาลดไขมันในเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด		
	6.3 ผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยควรให้การดูแลเพิ่มเติม คือ ดูแลให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานหรือมีปริมาณน้ำตาลสูง - ควรตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดและรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด - แนะนำให้พกกลูคომิตติดตัวไว้ และสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น หากมีอาการดังกล่าวสามารถรับประทานกลูคอสได้ทันทีเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด - ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของบุคคลากร/พยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

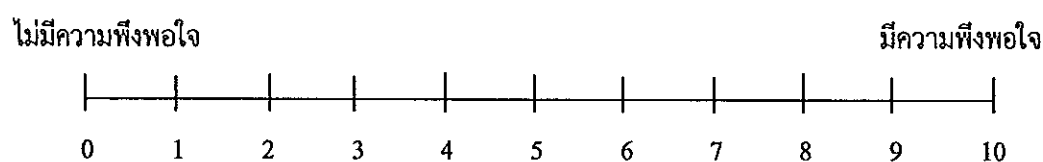
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0 ถึง 10 ตามความเป็นจริงในความรู้สึกของท่านในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้ โดยที่

คะแนน 0 คือ ไม่มีความพึงพอใจ

คะแนน 1-3 คือ มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนน 4-6 คือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 คือ มีความพึงพอใจในระดับมาก



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

คำชี้แจง กรุณาระบุความคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ (กรุณาตอบทุกหมวด)

ท่านมีปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะใดบ้างเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่หมวดที่ 1 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 1 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหารและยา

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 3 ด้านการขับถ่าย

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 4 ด้านผิวหนัง

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 5 ด้านจิตใจ

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 6 ด้านการควบคุมโรคร่วม

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

2 แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จากการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living:ADL) และ ดัชนีสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแลหลักในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงของผู้สูงอายุ (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. อายุ.....ปี

2. เพศ () 1. หญิง () 2. ชาย

3. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม

4. โรคประจำตัวระยะเวลาที่เป็นโรค

6. ข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

() กลุ่ม 1. คะแนน.....

() กลุ่ม 2. คะแนน.....

() กลุ่ม 3. คะแนน.....

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ แบ่งตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 2

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - ☐ 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - ☐ 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 - ☐ 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - ☐ 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ☐ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - ☐ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - ☐ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - ☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - ☐ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - ☐ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - ☐ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - ☐ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - ☐ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้คำแนะนำเพื่อความปลอดภัย
 - ☐ 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
 - ☐ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
 - ☐ 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
 - ☐ 0. ไม่สามารถทำได้
 - ☐ 1. ต้องการคนช่วย
 - ☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. Bathing (การอาบน้ำ)
 - ☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

☐ 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

☐ 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐ 2. กลั่นได้เป็นปกติ

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา

ข้อความ	คะแนน
1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน 0 เดินไม่ได้ 1 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด 3 เดินได้เอง [รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น คอกช่วยเดิน (walker)]	
2. ทำหรือเตรียมอาหาร/ หุงข้าว 0 ทำไม่ได้ 1 ต้องการคนช่วยในการทำหรือจัดเตรียมบางอย่างไว้ล่วงหน้าจึงจะทำได้ 2 ทำได้เอง	
3. ทำความสะอาดบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย 1 ทำได้เอง	
4. ทอนเงิน / แลกเงิน 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย 1 ทำได้เอง	
5. การใช้บริการสาธารณะ (เช่น บริการใช้รถเมล์ รถสองแถว) 0 ไม่สามารถทำได้ 1 ทำได้ แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย 2 ไปมาได้เอง	

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 1 – 2 สัปดาห์
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับการพึ่งพาตนเอง ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแลหลักในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดบ้าน) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0 ถึง 10 ตามความเป็นจริงในความรู้สึกรของท่านในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้ โดยที่

คะแนน 0 คือ ไม่มีความพึงพอใจ

คะแนน 1-3 คือ มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนน 4-6 คือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 คือ มีความพึงพอใจในระดับมาก



ภาคผนวก ก

แบบประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ และเชิงคลินิกของผู้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลากรสาธารณสุข/พยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยภาพรวมของบุคคลากรสาธารณสุข/พยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลากร/พยาบาล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน
(กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ระดับการศึกษาสูงสุด

- () 1. ประถมศึกษา
- () 2. มัธยมศึกษา
- () 3. ปวช.
- () 4. ปวส./อนุปริญญา
- () 5.ปริญญาตรี
- () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

2. อายุ..... ปี

เพศ () ชาย () หญิง

3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน.....ปี

4. ตำแหน่ง

- () 1. หัวหน้า
- () 2. พยาบาล
- () 3.บุคคลากรสาธารณสุข ระบุ.....

5. ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

- () 1. มี () ติดสังคม () ติดบ้าน () ติดเตียง
- () 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

คำชี้แจง แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวดการประเมิน หมวดการปฏิบัติ และหมวดการประเมินผล (ตามคู่มือของพยาบาล) แล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องกิจกรรมการดูแลที่ท่านปฏิบัติได้

	กิจกรรมการดูแล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
หมวดการประเมินผู้สูงอายุและผู้ดูแล			
1.	ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้วยการซักถามถึงภาวะสุขภาพและอาการของผู้สูงอายุ		
2.	ประเมินผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ตามแบบประเมิน หน้า 10)		
3.	ประเมินความสามารถของผู้ดูแล ว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเรื่องใด และยังขาดการดูแลในด้านใด ในการปฏิบัติ 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านการป้องกันแผลกดทับ 2) ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ 3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ 5) ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า (ประเมินแนกรับ หน้า 14)		
4.	บันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสามารถในการดูแล ปัญหา อุปสรรคของผู้ดูแลในแบบบันทึกของเจ้าหน้าที่		
หมวดการปฏิบัติ			
1.	ให้คำแนะนำการดูแลในด้านที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ครบถ้วน (ตามแบบประเมินความสามารถในการดูแลในคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง)		
2.	มอบคู่มือการดูแลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ให้แก่ผู้ดูแล และแนะนำให้ผู้ดูแลศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลด้านที่เหลือ (ตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง)		
3.	พูดคุยย้ำความสำคัญเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ครบทั้ง 6 ด้าน		
4.	นัดหมายครั้งต่อไปเพื่อสนับสนุนการดูแลร่วมกัน		
หมวดการประเมินผล			
1.	ติดตามการปฏิบัติดูแล โดยการพูดคุย และให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ทุกสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์		
2.	บันทึกผลการปฏิบัติดูแลลงในแบบประเมินของเจ้าหน้าที่		

	กิจกรรมการดูแล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	สัปดาห์ละครั้ง ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์		
3.	ให้คำแนะนำพบเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข หากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการรุนแรงขึ้น		
4.	ประเมินผลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในสัปดาห์ที่ 4 (ตามแบบประเมิน หน้า 10)		
5.	ติดตามการปฏิบัติดูแล โดยการพูดคุย/ซักถามปัญหา และให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล สม่ำเสมอเดือนละครั้ง		

ในหมวดการปฏิบัติของแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการป้องกันแผลกดทับ
2. ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ
3. ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
4. ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
5. ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง อ่านข้อความแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริง / ตามความคิดเห็นของท่าน และกรณาระบุเหตุผลในข้อที่ท่านปฏิบัติไม่ได้

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
1	หมวดที่ 1 ด้านการป้องกันแผลกดทับ		
	1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยประเมินสภาพผิวหนังและปุ่มกระดูกตำแหน่งที่สัมผัสกับแรงกดทับหลังอาบน้ำ เข้า-เย็น และทุกครั้งพลิกตะแคงตัว หรือหลังมีการเปลี่ยนถ่าย หรือหลังการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ว่ามีรอยแดงซ้ำหรือรอยลอกตามบริเวณที่มีการเสียดสีหรือไม่		
	1.2 ดูแลผิวหนัง ดังนี้ 1) ทำความสะอาดผิวหนัง โดยทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละครั้ง หรือตามความเหมาะสม และไม่ควรรอยแฉียงเนื่องจากจะทำให้ยับขึ้นได้ง่าย 2) ผู้สูงอายุที่มีผิวแห้งให้ทาโลชั่น 3-4 ครั้ง/วัน หรือถ้าเป็นครีม		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	ทา 2-3 ครั้ง/วัน หรือถ้าเป็นขี้ผึ้ง (ointment) ทา 1-2 ครั้ง/วัน 3) หากพบมีรอยแดงที่ไม่จางหายไป ใน 15-30 นาที ภายหลังจากการพลิกตะแคงตัวไปแล้วนั้น แสดงว่ามีแผลกดทับระดับ 1 เกิดขึ้นแล้ว ต้องหลีกเลี่ยงการนอนทับ พร้อมทั้งงดนวด หรือประคบร้อน บริเวณดังกล่าว 4) งดการประคบร้อนบริเวณผิวหนังที่มีความรู้สึกน้อย หรืออ่อนแรง 5) ดูแลให้ผิวหนังผู้สูงอายุแห้งสะอาด และให้สัมผัสเนื้อปัสสาวะ อุจจาระ และสิ่งคัดหลั่งจากแผลน้อยที่สุด ส่วนในกรณีที่มีความสามารถในการขยับถ่ายไม่ได้ ควรทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขยับถ่าย และจับให้แห้งอย่างเบามือ พร้อมทั้งทาวาสลีนหรือโลชั่นทุกครั้ง เพื่อปกป้องผิวหนังในส่วนนั้นไม่ให้เปื้อนแผลจากความเปียกชื้น 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้นเพียงพอ พร้อมทั้งดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้ง และเรียบตึงเสมอ		
	1.3 ลดแรงกดทับ ดังนี้ 1) จัดท่านอนและนั่งเหมาะสมกับกิจกรรมที่ทำ และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จากท่านอนหงาย- ตะแคงซ้าย - ตะแคงขวา- ท่านอนคว่ำ (กรณีไม่มีปัญหาด้านการหายใจ) โดยสลับหมุนเวียนกัน 2) ใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดทับ เช่น ให้ผู้สูงอายุนอนที่นอนลม และในรายที่ภาวะอ่อนแรงของอวัยวะใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด เช่น หมอน ผ้าพันหนาประมาณ 1 เซนติเมตร วางบนเตียง โดยให้รองบริเวณแขน ขา ปุ่มกระดูก ข้อศอก และส้นเท้าเพื่อป้องกันไม่ไห้ส่วนดังกล่าวสัมผัสกับพื้นเตียง 3) ห้ามใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้ายรูปโดนัทรองตามปุ่มกระดูกต่างๆ		
	1.4 ควรใช้อุปกรณ์รองตัวในขณะที่เปลี่ยนท่าและการเคลื่อนย้าย		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	เช่น ใช้ผ้ารองตามยาวของลำตัวขณะเปลี่ยนท่านอนเพื่อลดการเกิดแผลลอกจากการเสียดสีขณะยกตัว และหลีกเลี่ยงการลากตัว		
	1.5 ดูแลด้านโภชนาการ โดยดูแลให้ได้รับอาหารมากกว่าครึ่งของชุดอาหารที่จัดให้ในแต่ละมื้อ ในทุกมื้ออาหาร และรับน้ำอย่างน้อย 2,000-2,500 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 8-10 แก้วต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)		
2	หมวดที่ 2 ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ		
	2.1 บริหารข้อต่อ และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทำการบริหารข้ออย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อวัน และบริหารอย่างน้อยท่าละ 10-20 ครั้ง ซึ่งทำในการบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกายประกอบด้วย - นิ้วมือ - ข้อมือ - ข้อศอก - หัวไหล่ - ข้อเท้า - ข้อเข่า - ขา - สะโพก - ออกกำลังกล้ามเนื้อลำตัว		
	2.2 จัดท่านอนที่เหมาะสมและถูกต้อง ทั้งในท่านอนหงาย ท่านอนตะแคงทับข้างที่ปกติ ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง และท่านอนคว่ำ		
3	หมวดที่ 3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ		
	3.1 ดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และในกรณีผู้สูงอายุที่เจาะคอเพื่อช่วยหายใจ ควรทำความสะอาดท่อหลอดภายใน โดยถอดมาล้างและต้มวันละ 1-2 ครั้ง หรือเมื่อมีเสมหะอุดตันมากๆ		
	3.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดย 1) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยขจัดเสมหะออกจากปากและคอให้หมด โดยใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะในจมูก		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	ปาก และคอ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 2) ผู้สูงอายุที่เจาะคอเพื่อช่วยหายใจ ต้องดูแลเสมหะด้วยหลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อทุกขั้นตอน และเมื่อมีข้อบ่งชี้ ดังนี้ -หายใจมีเสียงเสมหะ -หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น -ไอบ่อยมีเสียงเสมหะ -ผู้สูงอายุร้องขอให้ดูแลเสมหะ -ก่อนให้อาหารทางสายยาง		
	3.3 ดูแลป้องกันการสำลัก โดย 1) ทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อช่องปากสกปรก 2) จัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน พร้อมทั้งป้อนอาหารด้านที่เคี้ยวได้สะดวก 3) กรณีให้อาหารทางสายยางต้องจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30 - 45 องศา ขณะให้อาหาร และหลังจากให้อาหาร 2 ชั่วโมง (กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม) 4) ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ 5) ต้องประเมินปริมาณอาหารที่เหลือในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง ถ้าเหลือมากกว่า 50 มิลลิลิตร ให้เลื่อนการให้อาหารมื้อนั้น ๆ ออกไปอีก 1 ชั่วโมง		
	3.4 ดูแลให้ผู้สูงอายุฝึกบริหารการหายใจ ทั้ง 3 ท่า ซึ่งประกอบด้วย ท่าที่ 1 ทำหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อท้อง ท่าที่ 2 ทำหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อทรวงอกด้านข้าง ท่าที่ 3 ทำหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบน		
	3.5 ดูแลให้ผู้สูงอายุฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ		
4	หมวดที่ 4 ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	4.1 ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หรือทุกครั้งที่ขับถ่ายอุจจาระ โดยเช็ดจากอวัยวะสืบพันธุ์ไปทวารหนัก		
	4.2 ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำเปล่า หรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในรูปแบบของเหลว อย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร (กรณีไม่ต้องจำกัดน้ำ)		
	4.3 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะบ่อยๆ และหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะ		
	4.4 ดูแลและสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกะปริบกะปรอย ถ่ายปัสสาวะไม่หมด ถ่ายปัสสาวะขัด ปัสสาวะขุ่น หรือปัสสาวะมีตะกอนมาก มีไข้ ให้ปรึกษาบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน		
	4.5 แนะนำให้รับประทานอาหารที่ทำให้ปัสสาวะเป็นกรดจะช่วยลดโอกาสเกิดการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งอาหารที่ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ขนบึง ลูกพรุน น้ำส้ม น้ำกระเจี๊ยบแดงอาหารพวกธัญพืช ทั้งนี้การดื่มน้ำผลไม้จำนวนมาก จำพวกน้ำลูกพรุน และวิตามิน จะช่วยลดการติดเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะของผู้สูงอายุได้		
	4.6 กรณีผู้สูงอายุคาสายสวนปัสสาวะ 1) ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก โดย - ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับงอหรือตึงรั้ง ท่อปัสสาวะโดยยึดตรึงไว้ด้วยพลาสติกที่บริเวณต้นขาด้านใน สำหรับผู้ป่วยหญิง และบริเวณท้องน้อยหรือโคนขาสำหรับผู้ป่วยชาย - สายสวนปัสสาวะ และสายต่อของถุงเก็บปัสสาวะ ยึดติดกับที่นอน ไม่ปล่อยให้เป็นสายหย่อนอยู่ได้เพียง - ถุงเก็บปัสสาวะ ควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะ ปัสสาวะเสมอ เพื่อให้มีการไหลของปัสสาวะสะดวก - ดูแลปัสสาวะอย่างบ่อย ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ตะกอน หรือลิ่มเลือดอุดตันอยู่ภายในสายยาง 2) ดูแลป้องกันการติดเชื้อ โดย		

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
	- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยเฉพาะบริเวณรูเปิดท่อน้ำปัสสาวะ และสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า-เย็น และทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ - ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดตลอดเวลา หากจำเป็นต้องเก็บน้ำปัสสาวะส่งตรวจ หรือเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ก่อนและหลังทำ จะต้องเช็ดบริเวณนั้น ๆ ด้วยแอลกอฮอล์ 70 % - ควรเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะเมื่อมีน้ำปัสสาวะ ประมาณ 3 ใน 4 ของถุง - ให้แจ้งบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน (พยาบาล) เพื่อทำการใส่สวนปัสสาวะ และเปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะใหม่ทั้งชุด หากถุงเก็บปัสสาวะ หรือสายสวนปัสสาวะรั่ว		
5	หมวดที่ 5 ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า		
	5.1 จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก		
	5.2 ควรวางเครื่องใช้ที่จำเป็นต่างๆ ให้สะดวกต่อการหยิบจับ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่รู้สึกตัว		
	5.3 ชมเชยทั้งคำพูด สีหน้า สายตา และการสัมผัส เมื่อผู้สูงอายุทำงานบางอย่างได้ และหลีกเลี่ยงการตำหนิ		
	5.4 ในกรณีผู้สูงอายุที่ต่อต้านและปฏิเสธการดูแลจากญาติ ให้ญาติส่งเสริมให้ผู้สูงกิจกรรมที่ชอบบ่อยๆ ให้เกิดความรู้สึกว่าทำอะไรได้เองหลายอย่างและลดท้อที่ต่อต้านเมื่อครอบครัวและญาติเข้ามาช่วยเหลือในบางอย่าง		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของบุคคลากร/พยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0 ถึง 10 ตามความเป็นจริงในความรู้สึกของท่านในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้ โดยที่

คะแนน 0 คือ ไม่มีความพึงพอใจ

คะแนน 1-3 คือ มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนน 4-6 คือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 คือ มีความพึงพอใจในระดับมาก

ไม่มีความพึงพอใจ

มีความพึงพอใจ



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ไปใช้

คำชี้แจง กรุณาระบุความคิดเห็นถึงปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ (กรุณาตอบทุกหมวด)

ท่านมีปัญหาลูกอุปสรรคและข้อเสนอแนะใดบ้างเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

หมวดที่ 1 ด้านการป้องกันแผลกดทับ

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 2 ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบปัญหา

อุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 4 ด้านการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

หมวดที่ 5 ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ปัญหาอุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

2 แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
จากการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living:ADL)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแลหลักในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงของผู้สูงอายุ (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 1. หญิง () 2. ชาย
3. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. อิสลาม
4. การเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้นอนติดเตียงระยะเวลาที่เป็น
5. โรคประจำตัว
6. ข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
 - () กลุ่ม 1. คะแนน.....
 - () กลุ่ม 2. คะแนน.....
 - () กลุ่ม 3. คะแนน.....

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ แบ่งตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร
ประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มี
ผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)
มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ
(กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 2

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - ☐0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - ☐1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 - ☐2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - ☐0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - ☐1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - ☐0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - ☐1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนที่ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้
 - ☐2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำท่ายกหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - ☐0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - ☐1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - ☐2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - ☐0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - ☐1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - ☐2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำท่ายกหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - ☐3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
 - ☐0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 - ☐1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - ☐3. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
 - ☐0. ไม่สามารถทำได้
 - ☐1. ต้องการคนช่วย
 - ☐2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- ☐0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ☐1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐2. กลั่นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแลหลักในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (กลุ่มติดเตียง) ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

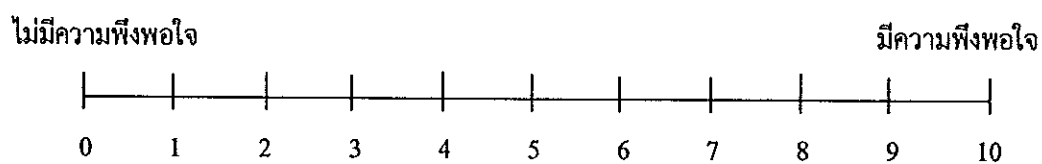
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0 ถึง 10 ตามความเป็นจริงในความรู้สึกของท่านในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยที่

คะแนน 0 คือ ไม่มีความพึงพอใจ

คะแนน 1-3 คือ มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนน 4-6 คือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 คือ มีความพึงพอใจในระดับมาก



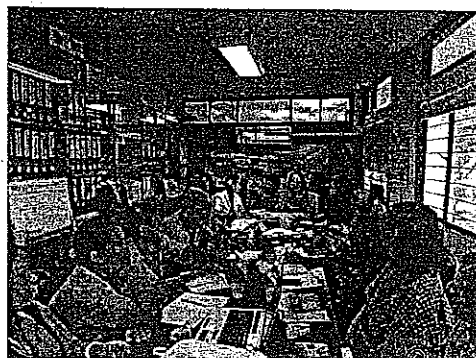
ภาคผนวก ก
สื่อ และภาพกิจกรรมที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์โครงการ



สื่อ และภาพกิจกรรมที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์โครงการ (ต่อ)



ประชุมกับกลุ่มพยาบาล



ประชุมกับบอสม. ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขเพชรเกษม



ประชุมกับบอสม. ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขเพชรเกษม



ประชุมกับบอสม. ศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิพิงศา



เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ



เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ