

รูปแบบการคุ้มครองสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยอาการจะไม่เด่นชัด เหมือนวัยหนุ่มสาว แต่จะแสดงออกโดยลักษณะรวมๆ เช่น เมื่อติดเชื้ออาจไม่มีไข้ ปอดอักเสบอาจไม่ท่อนหรือไอ แต่จะมีอาการอ่อนเพลีย เป็นอาหาร ขึ้นหรือสับสน นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะบอกถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นน้อย เช่นจาก 1) คิดว่าเกิดจากวัยสูงอายุ 2) เคยบอกถึงอาการที่ผิดปกติแต่ถูกเพิกเฉย 3) มีความพร่องด้านการรู้คิด 4) มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ทำให้ขาดความสนใจในตนเอง 5) กลัวผลที่จะเกิดตามมาจะทำให้ขาดอิสระ ต้องพึ่งพา ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ได้รับการคุ้มครองล่าช้า ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ

4. มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ พนักงานผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะมีความพร่องในการทำหน้าที่ มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่สามารถทำหน้าที่พึ่งพาตนเองได้ ภายนอกจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความพร่องในการทำหน้าที่สูงถึงร้อยละ 75⁴ ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วย ทำให้พลังสำรองลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการเจ็บปวด และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้พบว่าถ้ามีความพร่องในการทำหน้าที่โดยเฉพาะมีความพร่องด้านการรู้คิด การเคลื่อนไหว การควบคุมการขับถ่ายอยู่ก่อนการเจ็บป่วย อาการมักจะรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูง

5. มีการเจ็บป่วยที่พบบ่อยขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง ต่อมลูกหมากโต หลอดเลือดแดงแข็ง อุบัติเหตุหลักล้ม

6. อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเมื่อเกิดในผู้

สูงอายุ เช่น ปอดอักเสบ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะพบอัตราการเสียชีวิตสูง รวมถึงมีการพื้นสภาพช้า เกิดภาวะแทรกซ้อน ห้งจากโรคและการรักษาได้ยาก

ลักษณะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ ทำให้มีความยากลำบากในการประเมิน วินิจฉัย ให้การคุ้มครองทำให้เกิดปัญหาซ้อนกับผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการคุ้มครอง ได้แก่ สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรม เช่น เตียงสูง ต้องใช้ม้าน้ำเตียง แผนกวิชาการคุ้มครองที่จำกัดการเคลื่อนไหว ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ถูกผูกมัด รวมถึง บุคลากรมีเจตคติเชิงลบต่อ ผู้สูงอายุ มุ่งให้การคุ้มครองปักป้อง และควบคุมด้วยแบบแผนประจำของโรงพยาบาล ไม่ให้โอกาสและเวลาผู้ป่วยสูงอายุเพื่อคุ้มครอง เยื่องรับความพร่องในการทำหน้าที่ว่าเกิดจากวัยสูงอายุและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ไม่ได้รับการพื้นฟูสภาพ⁵⁻⁷ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคุ้มครองตนเอง และต้องพึ่งพา นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากกว่าวัยอื่น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยสูงอายุ และการมีพยาธิสภาพหลายระบบ ทำให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย ได้รับยาและการรักษาต่างๆมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยิ่งขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ

การติดเชื้อ ผู้สูงอายุมีความพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน เนื่องจากเซลล์ที่ทำงานลดลง

มีความพร่องในการสร้างแอนติบอดี้ และภาวะทุพโภชนาการ ร่วมกับผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ ปอดอักเสบ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ปอดอักเสบ จากการศึกษาพบว่าปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญ 1 ใน 3 ที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยสูงอายุเกิดปอดอักเสบเป็น 3 เท่าของบุคคลในช่วงอายุ 18-24 ปี⁸ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความพร่องเรื่องการขยายตัวของปอด การไอ ทำให้มีเสมหะคั่งค้าง ปอดแฟบ และสำลักได้ง่าย นอกจากนี้การใส่ท่อหลอดลมคือ ใส่สายยางให้อาหาร ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบยิ่งขึ้น

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อย โดยผู้สูงอายุจะเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เมื่อจากมีสภาวะโรคเดิม เช่น เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต มีปัญหาปัสสาวะค้าง นอกจากนี้อาจเกิดจากการอาศัยสวนปัสสาวะและ การดูแลรักษาความสะอาดไม่เพียงพอทำให้มีการปนเปื้อนจากระบบชั้นถ่าย

ภาวะดันท่อนดียันพัณ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักเกิดภาวะดันท่อนดียันพัณร้อยละ 51 ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเกิดร้อยละ 25 ภาวะดันท่อนดียันพัณเป็นภาวะที่ความตั้งใจ และการรับรู้ต่อสิ่งเร้าลดลงหรือผิดไปพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีอาการลุกสีลุกกลน ไม่มีจุดหมาย ล้าวัวร้าว หัวคระแวง พูดสับสน จำเวลา

สถานที่ บุคคลและเหตุการณ์ไม่ได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป อาจมีประสาทหลอนหรือซึมลง อาการไม่คงที่ เกิดขึ้นทันทีกันได้ มักเกิดช่วงกลางคืน เป็นความผิดปกติที่พื้นหายได้

สาเหตุของการสับสน ได้แก่ มีความผิดปกติที่สมอง มีความพร่องของระบบไหลเวียนโลหิตและชาดออกซิเจน มีการติดเชื้อ เสียสมดุลของภาวะการดีง น้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ความเจ็บปวดและความเครียด นอนหลับไม่เพียงพอ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีการเปลี่ยนสถานที่อยู่อาศัยกระหันหัน การอยู่คนเดียว โดยขาดการติดต่อกับบุคคลที่มีความหมาย⁹

ภาวะสับสนเกิดได้ทุกกลุ่มอายุ แต่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเซลล์สมองที่เสื่อมมากขึ้นตามวัย ความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากสถานที่ และภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งผลของยาบางชนิดที่ถูกทำลายได้ช้าในผู้สูงอายุ จึงเกิดการสะสมจนเป็นพิษ และมีผลต่อสมอง แม้ว่าอาการสับสนจะเกิดขึ้นช้าๆ แต่ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายได้จากอุบัติเหตุ เช่น หลบล้มตกเตียง ถูกผูกมัด นอกจากนี้ภาวะสับสนในผู้สูงอายุมักเป็นอาการนำของภาวะเจ็บป่วยที่อาการแสดงไม่ชัดเจน เช่น การติดเชื้อ ปอดอักเสบ หัวใจวาย ถ้าขาดการสังเกตจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาล่าช้า

แพลงค์ทัน เกิดจากแรงกดเฉพาะที่บนร่างกายมากเกินไป ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงผิวนังและเนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้ จึงเกิดเป็นแพลงค์ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดแพลงค์ทันมากกว่า

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัยอื่น เนื่องจากความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของผิวนานลดลง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีความพร่องเรื่องการรู้คิด ขาดสารอาหาร ปัสสาวะ กระบริบกระปรอย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้เกิดผลที่ตามมาอย่างรุนแรง เช่น การติดเชื้อ โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุเกิดแพลกต์ทับจะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า¹⁰

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นการได้รับยาในขนาดปกติแล้วเกิดปฏิกิริยาที่ไม่ต้องการหรือเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยา ซึ่งผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดมากขึ้น พนบว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จะพนมากเป็น 3 เท่าของคนที่อายุน้อยกว่า 50 ปี เนื่องจากมีการใช้ยาหลายชนิด ภาวะทุพโภชนาการ การขาดน้ำ ได้รับยาผิด รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) และหัสจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ทำให้การกำจัดยาออกจากร่างกาย และการตอบสนองต่อฤทธิ์ของยาเปลี่ยนแปลง ซึ่งพบว่ากลุ่มยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยากล่อมประสาท ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ ยาลดการอักเสบชนิดไรส์เตียรอยด์ และยาต้านโรคพาร์กินสัน¹¹ ซึ่งลักษณะของการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มผู้สูงอายุจะไม่มีอาการเด่นชัดเหมือนผู้ป่วยกลุ่มอื่น ที่มีอาการสำคัญคือปฏิกิริยาทางผิวนานและอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร แต่ในผู้สูงอายุจะมีอาการคล้ายลักษณะทั่วไปในผู้สูงอายุ เช่น เบื้องอาหาร พฤติกรรมสับสน มีการเสียสมดุลของกลีอแรร์ การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงต้องประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยน

แปลงอย่างใกล้ชิด

อุบัติเหตุหลัก ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการหลบล้มเนื่องจาก มีข้อจำกัดในการมองเห็น ทำเดินและการทรงตัวไม่มั่นคง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากข้อเสื่อม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีอาการหน้ามืดจากความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ได้รับยากล่อมประสาท และมีอาการสับสน ซึ่งการหลบล้มในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหากระดูกหัก หรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอาจเป็นอาการเรื้อรังของการเจ็บป่วยที่ซ่อนเร้นอยู่¹²

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุอาจรู้สึกเหงา ซึมเศร้าและสิ้นหวัง เนื่องจากถูกแยกจากสังคมที่คุ้นเคยผูกพัน ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลที่มีความหมาย สูญเสียบทบาทและอำนาจในการควบคุมต้องพึ่งพา และผู้ป่วยบางรายให้ความหมายของ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นสัญญาณแห่งความตาย¹³

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหารื่องได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่สามารถดักอาหารรับประทานได้เอง มีปัญหาในการเคี้ยวหรือกิน การรับรสลดลงทำให้ขาดรสชาตในการรับประทานอาหาร รวมทั้งมีปัญหาในการย่อย การดูดซึม ทำให้ขาดสารอาหารและผู้สูงอายุมีความรู้สึกกระหายน้ำลดลง บางรายดื่มน้ำน้อยเพื่อหลีกเลี่ยงการปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ยังมีปัญหาพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากความเจ็บปวดไม่สุขสบาย กิจกรรมการดูแลรักษาและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลรบกวนการนอนหลับ

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมาย และโดยลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและมักมีความพร่องในการทำหน้าที่ จึงต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านจะมีปัญหาดังนี้

1. ความสามารถของญาติผู้ดูแลไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดียว บางครั้งพบว่าผู้ป่วยสูงอายุอยู่กับสามีหรือภรรยา ซึ่งมักมีปัญหาสุขภาพเช่นกัน และบางรายอยู่เพียงลำพังคนเดียว แม้ในรายที่อยู่กับบุตรหลานแต่ทุกคนมีภาระหน้าที่ ไม่สามารถรับผิดชอบให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้เต็มที่

2. ความต้องการการดูแลมีความซับซ้อนยุ่งยาก ผู้ป่วยสูงอายุบางรายต้องใส่ห่อห绰คลุมคอใส่สายยางให้อาหาร ต้องทำแผล ฉีดอินซูลิน ซึ่งการดูแลเหล่านี้ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และใช้ความสามารถเฉพาะ ต้องปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านเสียใหม่ให้เหมาะสม ทำให้ญาติขาดความมั่นใจในการดูแลและการเผชิญปัญหา

3. ปัญหาในครอบครัวและเศรษฐกิจ การที่สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดีต่อกัน ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งความรับผิดชอบและจัดระบบของการดูแลได้ และถ้ามีปัญหาเศรษฐกิจจะทำให้ขาดทรัพยากร และแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนการดูแล

4. เครื่อข่ายในสังคมที่จะให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการ

ดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพจะเห็นว่า บริการดูแลสุขภาพที่บ้านยังไม่ทั่วถึง สำหรับสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านสังคมสงเคราะห์จะให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่พึงพาตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความพร่องในการทำหน้าที่และขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความยากลำบากมากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย การดูแลรักษา และปัญหาต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีแนวคิดในการดูแลดังนี้

1. เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ใช่การหายจากโรค แต่เป็นคุณภาพชีวิตและความผาสุก ซึ่งการมุ่งเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีอิสระพึงพาตนเองได้ เป็นตัวนีบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้สูงอายุ ซึ่ง WHO ให้ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชีวิตที่ดีที่สุด^{14,15}

2. การฟื้นฟูสภาพ มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว เพื่อปักป้องรักษาสุขภาพทั้งกาย ใจ สังคม โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่ได้สูงสุด โดยจะต้องตระหนักว่าการฟื้นฟูสภาพต้องมีความเหมาะสมระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและเจตคติของบุคลากรที่มีต่อผู้สูงอายุมิผลต่อการคาดหวัง ตั้งเป้าหมาย และบรรยายกาศของการฟื้นฟูสภาพ ถ้ามองผู้สูงอายุเป็นผู้มีศักยภาพจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ¹⁶

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. การมีส่วนร่วมในการดูแลห้องผู้ป่วย
ญาติ และบุคลากรในทีมสุขภาพ มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน เนื่องจากต้องการการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลมีทั้งบทบาทอิสระที่พยาบาลเริ่มรับผิดชอบได้เอง และบทบาทที่ต้องประสานงาน การดูแลร่วมกับบุคลากรอื่น โดยแสดงบทบาทของวิชาชีพพยาบาลให้เด่นชัด ทฤษฎีการพยาบาลจะช่วยให้รู้เป้าหมายและขอบข่ายของการพยาบาล ช่วยในการประเมินและวางแผนอย่างเป็นระบบ ซึ่งทฤษฎีการพยาบาลของโอลิเวิร์เป็นทฤษฎีหนึ่งที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะมีจุดเน้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ใช้ศักยภาพสูงสุดในการดูแลตนเอง และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้มีการศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุตามแนวคิดของโอลิเวิร์ โดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อสามารถใช้ศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยพื้นพื้นสุขภาพ กระตุ้นให้มีกิจกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่พึงพาตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างปกติสุข จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับสังคม ให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน วางแผนจำหน่วย และให้การดูแลร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ซึ่งรูปแบบการดูแลจะต้องมีการ

ปรับ ประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ และมีความผาสุกเพิ่มขึ้น^{17,18}

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างกว้างขวางในหลายลักษณะ เช่น การจัดหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การสร้างทีมสหวิชา การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการดูแลเหล่านี้ ต่างมีจุดประสงค์เดียวกันคือ เพื่อประเมินและให้การดูแลอย่างเป็นระบบและสมบูรณ์แบบ ลดความกระჯัดกระจายในการดูแล โดยมีกิจกรรมการดูแลคล้ายกันและนำมาจัดเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวพื้นพื้นทางเดินได้ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยใช้เตียงระดับเดียวกับรากะเดิน ได้ใช้เก้าอี้เข็น เครื่องพยุงเดินอย่างเหมาะสม จัดให้มีปฏิทิน วิทยุ หนังสือตามต้องการ

2. ประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ตั้งแต่แรกรับจนจบหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อสามารถประเมินปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างครอบคลุมดังนี้³

- ด้านร่างกาย ได้แก่ อาการเจ็บป่วย โรค การดูแลรักษา ภาวะโภชนาการ
- ด้านจิตใจและสติปัญญา ได้แก่ ความสามารถในการรู้คิด อารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออก

- ด้านสังคม ได้แก่ เครือข่ายและแรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจ
- ด้านการทำงานที่ ได้แก่ ความสามารถในการกระทำการที่จำเป็นประจำวัน

ในการประเมินควรใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เช่น ประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living = ADL) โดยใช้ Barthel Index หรือ Katz Index ประเมินสมรรถภาพสมองโดยใช้ Short Portable Mental Status Questionnaire หรือ Mini Mental State Examination ซึ่ง การประเมินนี้มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

2.1 ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อปรับแผนการดูแลให้อย่างเหมาะสม ทั้ง ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถคาดคะเนถึงภาระการดูแลของญาติ การปรับสภาพแวดล้อม และการใช้แหล่งประโยชน์

2.2 ช่วยในการวินิจฉัย การเจ็บป่วย โดยเฉพาะการประเมินสมรรถภาพสมองมีความไว และ บ่งบอกถึงการเจ็บป่วยได้เร็ว

2.3 ติดตามการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ ของการดูแลรักษา โดยเฉพาะความสามารถในการทำงานที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ

3. ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีการสร้างสัมพันธภาพที่มีการตกลงร่วมกัน ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแล ติดตามผลการดูแลรักษาร่วมกัน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแล โดยให้ขอ มูลเรื่องโรค การดูแลรักษา อภิปรายปัญหาและ

เป็นที่ปรึกษาในการดูแล การได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงการได้มีส่วนคุ้มครองและจัดการดูแล ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการดูแลตนเอง ญาติมีความพร้อมที่จะให้การดูแลและเชิญกันสถานการณ์ในภายหน้า

4. ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในลักษณะของทีมสหวิชา เป็นระบบการดูแลแบบองค์รวม ที่จะสนองตอบความต้องการที่ซับซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแล ทีมสหวิชาจะประกอบด้วย แกนหลักคือ พยาบาล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมด้วยเภสัชกร โภชนาการ และนักกายภาพบำบัด โดยบุคลากรในทีมมีเป้าหมายร่วมกัน โดยแต่ละวิชาชีพแสดงบทบาท ของตนเองอย่างเด่นชัดตามความชำนาญเฉพาะสาขา ใน การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ เพื่อตั้งเป้าหมายในการดูแลรักษาและพื้นฟูสภาพ วางแผนการดูแลติดตามประเมินผลการดูแล และ วางแผนจ้างหน่ายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลในทีมสหวิชา คือ ตรวจเยี่ยม ประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ทุกวันเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และญาติ เป็นผู้จัดการการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม โดยเข้าร่วมประชุมและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมสหวิชา ให้ข้อมูลเรื่อง ภาวะสุขภาพ ภาระการทำงานที่ สมรรถภาพสมอง ภาระโภชนาการ เสนอรูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยเพื่อปักป้อง และส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และเศรษฐกิจ อภิปรายปัญหาและความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยและญาติกับวิชาชีพเฉพาะอย่าง เหมาะสม เพื่อหาแนวทางในการดูแลต่อไป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แพทย์ในทีมสหวิชาจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย ทบทวนกระบวนการและเป้าหมายของการตรวจรักษา เพื่อลดผลลัพธ์จากการใช้ยาและการตรวจรักษาต่างๆ พยาบาลหน่วยประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาลจะช่วยเหลือเรื่องแหล่งประโยชน์และสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์สนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม

ทีมสหวิชาจะมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ทั้งให้การดูแลผู้ป่วยและญาติโดยตรง และเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำในการดูแลแก่แพทย์ และพยาบาลเจ้าของไข้ เช่น แพทย์ พยาบาล ส่วนนักสังคมสงเคราะห์ เกสัชกร จะทำหน้าที่ช่วยเหลือในด้านให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา ทีมสหวิชาเป็นทีมทำงานแบบมีส่วนร่วม สมาชิกในทีมมีความเท่าเทียมกันยอมรับซึ่งกันและกัน^{7,16} มีการประสานงานเพื่อให้การดูแลร่วมกันโดยผ่านการติดต่อสื่อสารอย่างมีระบบ¹³

5. ปกป้องรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุโดย

5.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ประเมินความสามารถในการดักจับอาหาร การเคี้ยวและกัด ยืดหยุ่นเวลาอาหาร และจัดอาหารตามที่ผู้ป่วยต้องการ ตรวจสอบสภาพของปากและดูแลรักษาซองปากให้สะอาด

5.2 ส่งเสริมการรู้คิด กระตุ้นการรับรู้อย่างมีความหมายและต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ได้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยติดต่อสื่อสาร

ให้ผู้ป่วยรู้เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ต่างๆ ตรงตามความเป็นจริง ใช้อุปกรณ์เพื่อลดความบกพร่องในการรับรู้ เช่น แวนดา หูฟัง ได้สันหนา ในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ ให้ญาติที่คุ้นเคยเข้าเยี่ยมสม่ำเสมอ

5.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว แม้ในระยะเฉียบพลันจะมีข้อจำกัดต่างๆ จะต้องให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนอิริยาบถ ได้เคลื่อนไหวข้อต่อ ให้เวลาผู้ป่วยในการดูแลตนเอง กระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

5.4 ในรายที่มีปัญหาปัสสาวะค้างหรือถ่ายกระปริบกระปรอย แนะนำให้นั่งปัสสาวะและใช้มือถอดหน้าท้องร่วมด้วย ฝึกกลืนและถ่ายปัสสาวะตามเวลา หลีกเลี่ยงการสวนปัสสาวะ

6. ดูแลเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แบบแผนการดูแลเฉพาะ เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบ สับสนเฉียบพลัน แพลงก์ตอน ซึ่งรวมถึงการใช้เครื่องมือในการประเมินเพื่อเฝ้าระวังคันพับความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว เช่น การใช้ Braden Scale ประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแพลงก์ตอน การประเมินสมรรถภาพสมองเพื่อค้นพบภาวะสับสน เมื่อมีการใช้ยากล่อมประสาทหรือมีการใช้ยาหลายชนิด ต้องเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และอาจเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ หลีกเลี่ยงการผูกมัด เพราะอาจบาดเจ็บ เกิดแพลงก์ตอน และการติดเชือเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีผลคุกคามความมั่นคงทั้งกาย จิต สังคม

7. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเพชญ์ผลของความเจ็บป่วยที่คุกคามความมั่นคงและคุณค่าของตนโดย

รับฟังปัญหา ความรู้สึก เรื่องราวในอดีต ให้ข้อมูล เรื่องโรค การดูแลรักษาและให้ได้ควบคุมดูแลตนเอง เพื่อความรู้สึกมีคุณค่า พึงพาตันเองได้

8. วางแผนการจ้าน่ายผู้ป่วย โดยเริ่ม ตั้งแต่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมิน บุคคลที่จะรับผิดชอบดูแล การแบ่งภาระรับผิดชอบ ของบุคคลในครอบครัว ประเมินความต้องการการ ดูแลและแหล่งประযุชน์ต่างๆ เมื่อจ้าน่ายออกจาก โรงพยาบาล วางแผนจ้าน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการที่จะช่วยสนับสนุน การดูแล เช่น แผนกสังคมสงเคราะห์ แผนกประสานงาน ระหว่างบ้านและโรงพยาบาล

รูปแบบการดูแลนี้เป็นการดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่นอกเหนือไปจากการดูแล ตามการเจ็บป่วยและพยาธิสภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย สูงอายุได้รับการดูแลที่สมบูรณ์แบบ

สรุป

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวัย สูงอายุ เมื่อเจ็บป่วยพบว่ามีปัญหาในการดูแล ยุ่งยากแตกต่างจากวัยอื่น มีความประะบังเกิดผล กระทบจากการเจ็บป่วยได้มาก ทั้งจากปัจจัยภายในที่เกิดจากโรครวมกับการเปลี่ยนแปลงจากวัยสูงอายุ และปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่ สิ่งแวดล้อมและการดูแลรักษา ส่งผลต่อผู้สูงอายุทั้งกาย ใจ สังคม ต้องการการประเมินและวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม โดยอาศัยทีมสาขาวิชาที่ทำงานอย่างเป็นระบบ ซึ่ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะริเริ่มจัดรูปแบบการพยาบาล ที่มุ่งป้องกันภาวะแทรกซ้อน พื้นฟูสภาพ

โดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อปกป้องรักษาสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ พึงพาตันเองได้ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและผาสุก

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ศ.ดร.สมจิต หมู่เจริญกุล, รศ.ประคง อินทรสมบัติ และอาจารย์พรทิพย์ มาลาธรรม ที่ได้กรุณาแก้ไข และตรวจสอบบทความ

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล สารประจำการ ตุลาคม 2536.
- ราชสตัติโรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2538.
- Eberele CM & Besdine RW. Disease in old age. In Fulmer TT & Walker KK, ed. **Critical care Nursing of the Elderly** New York, 1992 : 48-59.
- Hamilton L & Lyon PS. A Nursing-Driven Program to Preserve and Restore Functional Ability in Hospitalized Elderly Patients. **Journal of Nursing Administration** 1995; April : 30-37.
- Inouye SK. et al. The Yale Geriatric Care Program : A Model of Care to Prevent Functional Decline in Hospitalized Elderly Patients. **Journal of The American Geriatric Society** 1993; 41 : 1345-52.
- Michota SA. Hospital-Based Skilled Nursing Facility : A Special Place To Care for the Elderly. **Geriatric Nursing** 1995; 16(2) : 64-6.

รูปแบบการคุ้มครองผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

7. Palmer RM. et al. A Medical Unit for the Acute Care of the Elderly. **Journal of The American Geriatric Society** 1994; 42(5) : 545-52.
 8. Haley RW. et al. The Efficacy of Infection Surveillance and Control Programs in Preventing Nosocomial Infections in U.S. Hospitals. **American Journal of Epidemiology** 1985; 121 : 182-205.
 9. Foreman MD. Acute Confusional States in Hospitalized Elderly. **Nursing Research** 1986; 35 (January/February) : 34-8.
 10. Braden BJ. et al. The Etiology, Prevention and Treatment of Pressure Sores. In Katz PR, Kane RL & Megey MD, ed. **Advance in Long-Term care** New York, 1991 : 72-98.
 11. World Health Organization. **Drug for Eldery** Copenhagen, 1985.
 12. Wood L. & Cunningham G. Fall Risk Protocol and Nursing Care Plan. **Geriatric Nursing** 1992 ; (July/August) : 206.
 13. Matteson MA & Mc Connel ES. **Gerontological Nursing Concepts and Practice** Philadelphia, 1988.
 14. Landefield CS. et al. A Randomized Trial of Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve The Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients. **The New England Journal of Medicine** 1995; 332(20) : 1338-44.
 15. Mey boom-DeJong B. How Do We Classify Functional Status. **Family Medicine** 1992; 24 : 128-33.
 16. Willisms J. Rehabilitation Challenge. **Nursing Times** 1993; 89(31) : 67-70.
 17. ชาติ แย้มวงศ์. ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอลเริ่ม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและถูกต้องต่อการพยาบาลที่ได้รับ และความสามารถในการกระทำการวัดประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2538
 18. สุวรรณี มหาภายนันท์. ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอลเริ่ม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2538

Model of care in the hospitalized elderly patients

Chavalee Yamvong * M.N.S. (Adult Nursing) . M.S. (ຕະຫຼາດອາໄສ) . ມ.ນ.ສ. (ນຳພຽງອາໄສ) ຈາກເຕີ

- Abstract** When elderly patients are admitted in the hospital, they need intensive and comprehensive care, which can be provided through comprehensive assessment, appropriate environment and rehabilitation. The optimal objective is to help the elderly patients independence as much as possible. One of the most important strategy to meet this objective is to promote the patients and families participate in health care and discharge plan. In addition, the multidisciplinary team is more useful to care for the elderly patients.

Keywords : elderly patients, nursing system, patients' participation, families' participation

* Department of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University.