

สรุปรายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง  
การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Caring for the Family Caregiver)  
ระหว่างวันที่ ๑๘-๒๐ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๕ ณ โรงแรมตะวันนา กรุงเทพฯ

ผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้

๑. นางศิริพร ถาวร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๙
๒. นางวรรณมา งามประเสริฐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๑
๓. น.ส.สุนีย์ อินทรศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙
๔. นางชุดาวรรณ จันทรสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๕
๕. นางระรินทิพย์ วิชยานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๕
๖. นางสุพิศชา กิ่งแก้วก้านทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐
๗. นางสาวลี ตัณโสภาลักษณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๒
๘. นางศรีนวล ทองธวัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๕

## การเจ็บป่วยเรื้อรังกับความต้องการการดูแล

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ

ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรกและทวีความรุนแรงมากขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. ๒๐๐๕ สาเหตุการตายการป่วยและทุพพลภาพ ร้อยละ ๖๐ เกิดจากโรคเรื้อรัง และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๗๓ ในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ หากไม่หาทางป้องกันและจัดการอย่างเป็นระบบ รายงานสถานะสุขภาพของคนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๐ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง จากข้อมูลพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ระบบบริการสุขภาพจำเป็นจะต้องวางแผนล่วงหน้าเพื่อรับภาระนี้ โดยการป้องกันและควบคุมโรครวมทั้งการออกแบบระบบเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากปัญหาดังกล่าว

### ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ปัจจัยหลายอย่างทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น ความสำเร็จทางการแพทย์มีผลทำให้คนมีอายุยืนยาวเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและสามารถค้นพบโรคได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การมีอายุยืนยาวมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและโรคที่กลายเป็นภาวะเรื้อรัง การเพิ่มขึ้นและการขยายตัวของชุมชนเมืองทำให้ขาดแหล่งประโยชน์และบริการที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพดี เช่น ที่อยู่อาศัย น้ำดื่ม น้ำใช้ สิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะมูลฝอย ความยากจน ความอดทน ชีวิตความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต ความเครียดและบริการสุขภาพ

วิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

### ความหมายของภาวะเรื้อรัง (Chronicity)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของภาวะเรื้อรังว่า (Chronic Conditions) โรคที่เป็นระยะเวลานานก้ำกัวยาวไปอย่างช้า ๆ ต้องจัดการอย่างต่อเนื่องเป็นปี ๆ หรือสิบ ๆ ปี

การให้นิยามของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเฉพาะบางโรคอาจมีความยากลำบาก เช่น การเกิดโรคมะเร็ง อาจเริ่มต้นก่อนปรากฏอาการหลายปี และเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การรับประทานอาหาร วิถีชีวิต พันธุกรรม ดังนั้น ระยะเวลาของการเกิดโรคมักมีการถกเถียงกันว่าเริ่มต้นเมื่อตรวจขึ้นเนื้อหรือก่อนหน้านั้นซึ่งมีผลต่อการป้องกันการเกิดโรค

การให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในทัศนะทางการแพทย์โดย Curtin & Lubkin (๑๙๙๕) ให้ความหมายสมบูรณ์ขึ้นและครอบคลุมภาวะต่าง ๆ คือ “การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไม่สามารถกลับสู่ปกติ ความเสื่อมจากโรคสะสม หรืออ่อนเร็นสงบ หรือมีความบกพร่อง ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมดของบุคคลเพื่อการดูแลสนับสนุนและการดูแลตนเอง ชำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้น”

### ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังมีดังนี้

๑. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
๒. คุณภาพชีวิตกับชีวิตที่ยืนยาว
๓. อิทธิพลของสังคม
๔. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ
๕. เจตคติของวิชาชีพสุขภาพต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

## รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พัฒนาขึ้นโดย Edward H. Wagner ซึ่งเป็นแพทย์แห่งสถาบัน Group Health Cooperative of Puget Sound's Maccoll Institute for Health Care เป็นรูปแบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อนำไปใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีประวัติเสี่ยง เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องออกแบบใหม่เพื่อให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน การสร้างรูปแบบจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และกรอบแนวคิดมีลักษณะเปรียบเทียบเป็นหมุดดาว ๓ กลุ่ม ที่คาบเกี่ยวกัน ประกอบด้วย ๑. ชุมชนทั้งหมด ที่มีแหล่งประโยชน์มากมาย รวมทั้งนโยบายสาธารณะ นโยบายเอกชน ๒. ระบบบริการสุขภาพ รวมถึงระบบการจ่าย และ ๓. องค์กรผู้ให้การดูแล ไม่ว่าจะเป็นระบบบูรณาการ คลินิก หรือเครือข่าย ในระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เหมือน ๓ หมุดดาวของจักรวาลนี้ การทำงานอาจช่วยเหลือหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลให้เต็มที่ โดยรูปแบบการดูแลประกอบด้วย ๖ ส่วน คือ แหล่งประโยชน์ชุมชน และนโยบายชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบความรู้และข่าวสารทางคลินิก โดยต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีส่วนร่วม ระหว่างผู้ป่วย (ที่รับรู้และมีส่วนร่วม) กับทีม เกิดผลลัพธ์ทางด้านการทำหน้าที่ และผลลัพธ์ทางคลินิก

องค์การอนามัยโลกได้เสนอระบบการป้องกันและจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเรียกว่า Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) ซึ่งเป็นการขยายจากระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner, et al (๑๙๙๙) นวัตกรรมดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นการเสนอความคิด วิธีการและโปรแกรมใหม่เพื่อป้องกันและจัดการภาวะเรื้อรัง ซึ่งนวัตกรรม (Innovation) มีความหมายว่าบูรณาการองค์ประกอบพื้นฐานจากระดับ Micro, Meso และ Macro ของระบบบริการสุขภาพ แต่จำเป็นต้องทำความเข้าใจ แนวคิดของภาวะเรื้อรังเสียใหม่ โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงผู้ตามแต่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญที่จะทำให้เกิดสุขภาพดี

## สรุป

ความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความซับซ้อน ที่เป็นความต้องการซึ่งเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา ความต้องการโดยทั่วไป และความต้องการในระยะพัฒนาการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการดูแลระยะยาว ที่เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน การจัดการดูแลตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของหน่วยบริการสุขภาพที่ต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในระบบสุขภาพที่มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพเพื่อป้องกันและจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เริ่มตั้งแต่ประชาชนที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง เจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่อาการรุนแรงและก้าวหน้า รวมทั้งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต การออกแบบระบบการดูแลแนวคิด การดูแลตนเองต่อเนื่อง การดูแลที่มุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แนวคิดหลักเหล่านี้ถูกเตรียมมาในวิชาชีพการพยาบาลซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณภาพ

## การอภิปรายเรื่อง ชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

กลุ่มที่ ๑ อาจารย์ ดร. สมนึก สกกุลหงษ์โสภณ

กลุ่มที่ ๒ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง

กลุ่มที่ ๓ อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ีย์

กลุ่มที่ ๔ อาจารย์ ดร. ศุภร วงศ์ทัตญญ

กลุ่มที่ ๕ รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อภานันท์กุล

ผู้ดำเนินการอภิปราย รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้สุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ปัจจุบันพบว่าโรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ๑๐ อันดับแรกของโรคในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโรคที่เกิดขึ้นมักมีความก้าวหน้าและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งในสังคมไทยเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ดังนั้นครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลจึงมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติซึ่งเรียกว่า “ญาติผู้ดูแล”

ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยจำแนกญาติผู้ดูแลตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เรียกว่าญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ในขณะที่ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) จะเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่ช่วยให้การดูแลเท่านั้น และในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันพบว่า มีญาติผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยที่ยังต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ในต่างประเทศใช้คำว่า “working caregiver” ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรอง นอกจากนี้บางครอบครัวยังมีการจ้างผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ (paid caregiver) มาช่วยดูแลแทนตลอดเวลาหรือเป็นครั้งคราว ในการอภิปรายจะกล่าวถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ๕ ราย ดังนี้

- “ผู้ยินดี” - ลูกที่ดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วย
- “ผู้ชายที่ตายไม่ได้” - หัวหน้าครอบครัวที่ดูแล ลูก ภรรยา และแม่ที่เจ็บป่วย
- “สองมือแม่” - แม่ที่ดูแลลูกที่เจ็บป่วย
- “สัญญาใจ” - ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วย
- “ความผูกพัน” - น้องชายที่ดูแลพี่ชายที่เจ็บป่วย

### แรงจูงใจในการช่วยเหลือ มี ๒ ประการ ดังนี้

๑. Altruistic motivation - แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ แรงจูงใจประเภทนี้มุ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้รับความช่วยเหลือ ไม่ใช่ตนเอง
๒. Egoistic motivation - แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

## คุณลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลในประเทศไทย

- อายุ - อยู่ในกลุ่มวัยกลางคน
- เพศ - ๙๕ % เป็นผู้หญิง
- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
  - ๙๐ % เป็นบุตรที่โตแล้ว (Adult child)
  - ๑๐ % เป็นคู่สมรส/บิดามารดา/ญาติ
- สุขภาพของญาติผู้ดูแล - พบว่า มีปัญหาสุขภาพของตนเองก่อนที่จะทำหน้าที่นี้
- ที่อยู่อาศัย - อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
- สถานภาพการทำงาน - ว่างงาน (ไม่ได้ถูกจ้างงาน) หรือเป็นผู้ที่ทำงานอยู่กับบ้าน
- การเตรียมความพร้อมในการเป็นญาติผู้ดูแล - พบว่าได้รับการฝึกทักษะเฉพาะก่อนหน้าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเท่านั้น

## งานของผู้ดูแล มีดังต่อไปนี้

- งานที่เกิดจากข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย
- งานที่เกิดจากปัญหาความผิดปกติทางความคิด สติปัญญา หรือความผิดปกติของพฤติกรรม
- งานที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการของผู้ป่วย

## กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องทำ

- กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต
- การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค
- ให้การช่วยเหลือ ปลอดภัยทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ
- ติดต่อกับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาล
- ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงิน

ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแล เพื่อตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา การตัดสินใจในการดูแลรักษา และให้การสนับสนุนทางการเงิน ญาติผู้ดูแลมักเกิดความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากบทบาทของญาติผู้ดูแลนั้นอยู่คู่กับวิถีของความเจ็บป่วย (illness trajectory) ของผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องมีการปรับตัวตลอดกระบวนการดูแล ตามการเปลี่ยนแปลงของโรค สภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป การพบปะทางสังคมลดลง ขาดความเป็นส่วนตัว กระทบต่อการประกอบอาชีพ การทำงาน ความขัดแย้งด้านบทบาทหน้าที่ ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ภาวะทางการเงิน รวมทั้งกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล เครียด ญาติผู้ดูแลบางคนอาจเบื่อหน่ายจนไม่อยากดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป โดยอาจสรุปได้ดังต่อไปนี้

## Role Theory

- Role Transition - มีการปรับเปลี่ยนบทบาท ช่วงปรับตัวส่วนใหญ่ คือ ๓ เดือนแรก
- Role overload (Juggler) - บทบาทที่มากเกินไป
- Role stress - บทบาทที่มีความเครียด
- Role conflict - บทบาทที่มีความสับสน

## การประเมินญาติผู้ดูแล

รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

### วัตถุประสงค์ในการประเมินญาติผู้ดูแล

- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถอภิปราย และบอกถึงสถานการณ์ของตนเองกับผู้ประเมินได้
- เพื่อแจกแจงถึงบริการที่จะสนับสนุนญาติผู้ดูแล
- เพื่อให้ผู้ประเมินเข้าใจถึงประสบการณ์ที่ผู้ดูแลต้องประสบในแต่ละวัน
- เพื่อให้ผู้ประเมินเข้าใจสถานะ บริบทและผลจากการเป็นผู้ดูแล

### ประเด็นหลักในการประเมินญาติผู้ดูแลมี ๑๐ ประเด็น ดังต่อไปนี้

๑. แฟ้มข้อมูลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย
๒. งานที่ต้องทำและสิ่งที่ต้องการการสนับสนุน
๓. สัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลกับบริการที่ได้รับตามปกติ
๔. การจัดการในบ้าน
๕. ความรับผิดชอบที่หลากหลายและต้องเวียนตามความสำคัญ
๖. ค่าใช้จ่ายในการดูแล
๗. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล
๘. ความสัมพันธ์ในครอบครัว
๙. การวางแผน และเป้าหมายในอนาคต
๑๐. ความต้องการด้านบริการและการสนับสนุน

#### การบันทึกงาน

๑. แฟ้มข้อมูลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย
  - แฟ้มข้อมูลของญาติผู้ดูแล
  - อายุ เพศ สถานภาพสมรส
  - สัมพันธภาพกับผู้ป่วย
  - อาศัยกับผู้ป่วยหรือไม่
  - มีใครอีกหรือไม่ที่อาศัยอยู่ด้วยกันในครอบครัว
  - ระยะเวลาของการดูแล
  - แฟ้มข้อมูลของผู้ป่วย
  - อายุ เพศ สถานภาพสมรส
  - ภาวะการเจ็บป่วย/ ภาวะความพร้อมในการช่วยเหลือตนเอง
  - ใครที่อาศัยกับผู้ป่วย
๒. งานที่ต้องทำและสิ่งที่ต้องการการสนับสนุน
  - บัญชีงานที่ต้องทำ: ความหนักของงานที่ทำ การสนับสนุน ปัญหา หรือความยากของงาน
  - การดูแลด้านร่างกาย : การให้อาหาร การเคลื่อนไหวนไหว การเคลื่อนย้าย การให้ยา เป็นต้น
  - งานบ้าน : การจัดเตรียมอาหาร การซักผ้า การทำความสะอาดบ้าน

- การสนับสนุน
- ใครอีกบ้างที่ให้ความช่วยเหลืองานในบ้าน
- ความถี่ที่มีผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย
- มีงานอะไรบ้างที่ญาติผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ
- ใครบ้างที่จะพึ่งพาได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

#### ๓. สัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลกับบริการที่ได้รับตามปกติ

- ญาติผู้ดูแลเคยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด
- ญาติผู้ดูแลสามารถถามข้อมูลด้านการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ได้โดยไม่ลำบากใจใช่หรือไม่
- ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษาผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด

#### ๔. การจัดการในบ้าน

- มีความยากลำบากหรือไม่ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน
- มีสิ่งใดในบ้านที่ยุ่งยากและเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องมีเครื่องมือเฉพาะหรือไม่

#### ๕. ความรับผิดชอบที่หลากหลายและต้องเวียนตามความสำคัญ

- จำนวนบทบาทที่รับผิดชอบอยู่มากน้อยเพียงใด
- บทบาทการเป็นผู้ดูแลของท่านมีผลกระทบต่องานของท่านมากเพียงใด : การขาดงาน การขัดจังหวะการทำงาน การมาสาย การกลับบ้านก่อนเวลา การขาดความตั้งใจ ผลงานน้อยกว่าปกติ

#### ๖. ค่าใช้จ่ายในการดูแล

- ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้หรือไม่
- ใครเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าเคลื่อนย้าย

#### ๗. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

- ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ควรระวังหรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือไม่
  - การนอนหลับยาก ปวดศีรษะ ปวดหลัง เหนื่อยล้า
- เปื่อ แยกตัวเอง เศร้า โกรธ รู้สึกผิด สับสน สูญเสีย ซึมเศร้า
- มีวิธีใดที่จะลดอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

#### ๘. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

- สัมพันธภาพในอดีตและปัจจุบันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นอย่างไร
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นในบ้านเป็นอย่างไร
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในบ้านเป็นอย่างไร
- ครอบครัวถูกประเมินอยู่ในประเภทใด
  - สู้ไม่ถอย เข้มแข็ง สามัคคีกันดี
- เปราะบาง ขัดแย้ง

## ๙. การวางแผน และเป้าหมายในอนาคต

- ผู้ดูแลจะจัดการอย่างไรถ้าอยู่ในภาวะวิกฤต ใครเป็นผู้ตัดสินใจ หรือใครจะทำอะไรเมื่อเกิดภาวะวิกฤต
- ผู้ดูแลมีแผนในอนาคตในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

## ๑๐. ความต้องการด้านบริการและการสนับสนุน

- ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง
  - ข้อมูล
  - การฝึกการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน
  - ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในงานบางอย่าง
  - เครื่องมือ
  - การเคลื่อนย้าย
  - การช่วยเหลือขณะที่มีเหตุฉุกเฉิน
  - กลุ่มสนับสนุน
  - การให้คำปรึกษา

**ความเครียดของผู้ดูแล**

- เครียดจากภาระงานที่ต้องทำ
- งานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย (มาก และ ยาก)
- งานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม
- เครียดจากสิ่งแวดล้อมของการดูแล
- ความขัดแย้งในหมู่ผู้ดูแล
- ไม่มีคนช่วยเหลือ
- เครียดจากภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย
- เครียดจากปัญหาการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์
- เครียดจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

**ประสบการณ์การดูแล** จำแนกเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

- ประสบการณ์ทางบวก :
  - รู้สึกเป็นสุขที่ได้ดูแล
  - รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการ มีคุณค่า
  - มีความสามารถที่จะช่วยผู้อื่น
  - เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น
  - ได้ตอบแทนบุญคุณ ได้ดูแลบุคคลที่เรารัก
  - สัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยใกล้ชิดมากขึ้น
  - ได้รับความชื่นชมจากผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง
- ประสบการณ์ทางลบ :
  - รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง
  - สูญเสียความเป็นส่วนตัว



- รู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย
- ถูกแยกจากสังคมและเหงา
- ขาดเพื่อนฝูงในสังคม
- เกิดความขัดแย้งกับญาติในการดูแล
- โกรธและฉุนเฉียวง่าย
- ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

**ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย** เกิดจากสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- สัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย
- ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- งานที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งจำนวนงานที่ต้องทำและความยากลำบากในการทำ
- ความสามารถของญาติในการดูแล
- งานอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ในชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแล

**ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว**

- สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีมาแต่เดิม
- ความรับผิดชอบของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวมีการแบ่งงานและหน้าที่กันหรือไม่ อย่างไร
- ความเห็นในการดูแลไม่ตรงกัน
- กล่าวโทษกันเอง
- งานอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ในครอบครัว

**สุขภาพของผู้ดูแล** มักมีสุขภาพดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น ( hidden patient)
- ผลกระทบจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพกาย
- วิตกกังวล ซึมเศร้า
- อ่อนล้า หมดอารมณ์
- ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

**คุณภาพการดูแลผู้ป่วย** ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

- สัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย
- งานที่ญาติผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในแง่ของจำนวนงานที่ต้องทำและความยากลำบากในการทำ
- ความสามารถของญาติในการดูแล
- ความต้องการอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ในชีวิตส่วนตัวของญาติผู้ดูแล
- การช่วยเหลือและสนับสนุนที่ญาติผู้ดูแลได้รับ

## การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เป็นการจัดการของครอบครัวอย่างหนึ่ง ดังนี้

### การเลือกญาติผู้ดูแล

- ประเพณีที่สืบต่อกันมา
- แรงจูงใจ
- ความรู้สึกรับผิดชอบ
- ลักษณะของผู้ถูกช่วยเหลือ
  - ความคล้ายคลึงกัน เช่น เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องที่สืบสายเลือดเดียวกัน
- สัมพันธภาพก่อนการเจ็บป่วย
- การรับรู้สมรรถนะของบุคคลที่รับเป็นผู้ดูแล
- คุณลักษณะ (Characteristics) ของญาติผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส งานประจำ หรืออาชีพที่ทำอยู่ ซึ่งส่งผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล
- ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

### การกำหนดบุคคลผู้ให้การดูแล

- กลุ่มที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลไว้อย่างแน่นอน
- ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมาก่อน
  - กลุ่มที่ไม่ได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลไว้อย่างแน่นอน
    - ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้มาก่อนการเจ็บป่วย
    - ญาติรับรู้ถึงการดูแลที่จำเป็นจากการเจ็บป่วยครั้งนี้

### การจัดแบ่งความรับผิดชอบ

- การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะรับการรักษาใน รพ.และที่บ้าน
  - มีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว
  - มีญาติผู้ดูแลหลัก ๑ คน และมีญาติผู้ดูแลรองหลายคน
  - มีญาติผู้ดูแลหลัก ๒ คน แต่ไม่มีญาติผู้ดูแลรอง
  - มีญาติผู้ดูแลหลัก ๒ คน และมีญาติผู้ดูแลรองหลายคน

### การหาผู้ดูแลหลัก

- สมาชิกในครอบครัวทำความตกลงร่วมกัน
- สมาชิกในครอบครัวที่อาวุโสเป็นผู้เลือก
- บุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุเลือกเอง
- ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล

### การจัดการของครอบครัว

- การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุต่อเนืองที่บ้าน
  - มีการจัดเตรียมหาผู้ดูแลหลัก
  - เรียนรู้การดูแล
  - จัดเตรียมสถานที่ สิ่งแวดล้อมและเครื่องใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการการดูแล

### เรียนรู้การดูแล

- การดูแลกิจวัตรประจำวัน
- ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
- วิธีให้การดูแล
- วางแผนการดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้าน

### การจัดเตรียม

- จัดเตรียมอุปกรณ์การดูแลในชีวิตประจำวัน
- จัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อม
- จัดเตรียมอุปกรณ์การดูแลเฉพาะ
- จัดเตรียมหาคนช่วยดูแล

### การประเมินความพร้อมการดูแล

- ผู้ดูแลคิดว่าตนเองมีความพร้อมในกิจกรรมการดูแล และจัดการกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล มากน้อยแค่ไหน

### ประเมินความพร้อม

- การดูแลด้านร่างกาย
- การดูแลด้านอารมณ์
- การหาข้อมูล
- การจัดการกับความเครียด
- การดูแล เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ
- การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน
- การขอความช่วยเหลือ
- การดูแลในภาพรวม

### ญาติผู้ดูแลเรียนรู้จากไหน

- เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ร้อยละ ๖๙
- การลองผิดลองถูก ร้อยละ ๕๙
- การมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ร้อยละ ๕๙
- เรียนรู้จากเพื่อนหรือญาติ ร้อยละ ๕๓
- เรียนรู้จากการอ่านหนังสือหรือบทความเกี่ยวกับวิธีการดูแล ร้อยละ ๓๗

- เคยทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

ร้อยละ ๑๕

### ญาติผู้ดูแลเรียนรู้จากไหน

- เรียนรู้วิธีการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกายและการใช้แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมากที่สุด
- เรียนรู้วิธีการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลด้านอารมณ์จากการเคยทำงานดูแลผู้ป่วยมาก่อนมากที่สุด
- ผู้ดูแลเรียนรู้หรือเตรียมตัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ
- พยาบาลต้องเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมเพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้ปฏิบัติบทบาทผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล

### รูปแบบการดูแลใน รพ.

- ให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Family participation) เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพควรมีความเข้าใจและให้การสนับสนุนญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation period) ได้แก่ การเตรียมพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
- รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลมาที่บ้าน ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge planning)

### รูปแบบการดูแล

- การให้ความรู้ (Psychoeducational interventions) เช่น การสอนและให้คำปรึกษา การใช้กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ
- การช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลเป็นครั้งคราว (Respite) เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน (Day care) การช่วยดูแลผู้สูงอายุให้ที่บ้าน (In-home respite )
- การให้บริการทางด้านสุขภาพ (Health services) เช่น การมีทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและการให้ความช่วยเหลือหลังผู้สูงอายุจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน
- การให้การดูแลที่บ้าน (In-home nursing ) เช่น กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่บ้าน ,PREP program (PR = preparedness, E = Enrichment, P = Predictability)
- การดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลมาที่บ้านหรือชุมชน (Transition care) เช่น การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง
- การให้คำแนะนำและติดตามทางโทรศัพท์ (Telephone advice and monitoring)
- การใช้กลุ่มสนับสนุนและช่วยเหลือ (Support groups)

### โปรแกรมการช่วยเหลือญาติผู้ดูแล

- การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย
  - การให้ความรู้ การสอนและให้คำปรึกษา
  - การฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล
  - การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

- การใช้กลุ่มบำบัด
- การใช้หลายวิธีร่วมกัน

## การจัดการแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ดูแล

อาจารย์สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค

### ปัญหาที่พบของผู้ป่วยเรื้อรังเมื่ออยู่ที่บ้าน

- การช่วยเหลือตนเอง
- ปัญหาการสื่อสาร/ความจำ/หลงลืม
- ปัญหาระบบทางเดินหายใจ
- ปัญหาการกลืน
- ปัญหาการขาดสารอาหาร
- ปัญหาการนอนหลับ
- ปัญหาการนอนหลับ

### ปัญหาที่พบของญาติผู้ดูแล

- ขาดผู้ดูแล
- ขาดความรู้/ทักษะในการดูแล/ภาระงานมาก
- ไม่มั่นใจในการปฏิบัติ
- การขัดแย้งภายในครอบครัว
- ผู้ดูแลมีปัญหาการเจ็บป่วย เครียด วิตกกังวล เหนื่อย ท้อแท้
- ขาดผู้พามาพบแพทย์
- ปัญหาเศรษฐกิจ
- สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีสถานที่

โรคเรื้อรังเป็นความพิการหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ซึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนปกติได้ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ หรือต้องติดตามเพื่อประเมิน สังเกตและดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน โดยธรรมชาติความเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือป้องกันทั้งหมด อีกทั้งต้องใช้ระยะเวลารักษาที่ยาวนาน มีการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น การบริหารจัดการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เป็นระบบบริการสุขภาพแบบเชิงรุก ครอบคลุมมิติ การสร้างเสริม การดูแลรักษาโรค การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยมีการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ที่บ้าน ในชุมชน โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยนั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ผู้ป่วยหลายรายญาติผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนบางส่วน หรือทดแทนทั้งหมดให้ ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรจะได้รับ การดูแลจากระบบการพยาบาล ทีมสุขภาพ ตลอดจนได้รับความรู้ การฝึกทักษะ ความช่วยเหลือในการประสานแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ลดภาระ ลดความเครียด มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

ระบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีทั้งระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ (Secondary and Tertiary care) ซึ่งระดับปฐมภูมิเป็นพื้นฐานที่มีบริการให้กับประชาชนทุกคน เน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ เน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ซึ่งจะต้องมีการประสานความร่วมมือ และมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชน และครอบครัว การใช้ภูมิปัญญา

ท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นการรักษาเบื้องต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเรื้อรังอาจจะต้องเข้ารับการดูแลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เมื่อผู้ป่วยเหล่านั้นเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน หรือโรคที่รุนแรงมากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล อาจต้องใช้เทคโนโลยีในการดูแลเพิ่มมากขึ้น การดูแลระบบนี้ควรต้องมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ต้องการการฟื้นฟูสภาพ การรักษาพยาบาล จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหลายแขนงร่วมดูแลกันเป็นทีมสหสาขา ซึ่งทีมสหสาขาในการดูแลมีทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม ทีมสุขภาพในชุมชน ในโรงพยาบาล แหล่งประโยชน์ในชุมชน หรือตัวแทนจำหน่ายอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับการมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เข้ามาบูรณาการการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือญาติผู้ดูแล/ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นเรื่อยๆ ลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ครอบครัว ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความต้องการ อันนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็น ลดการกลับเข้ารับการรักษา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ ส่วนด้านผู้ให้บริการเมื่อมีการประสานความร่วมมือในการทำงานก็ทำให้งานที่ทำนั้นมีคุณภาพ มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ไม่เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ตลอดจนทำให้ผู้ให้บริการทำงานอย่างมีความสุข

ในปัจจุบันในโรงพยาบาลมีระบบประกันคุณภาพ (Hospital accreditations) ได้กำหนดหลักการการดูแลผู้ป่วยไว้ชัดเจนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านจึงเป็นการให้บริการแบบองค์รวมแก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีการพัฒนาความสามารถและศักยภาพในการเผชิญปัญหา และจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้

**ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องนั้น เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ขั้นตอนการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นพลวัตร เพื่อให้การพยาบาลนั้นครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพที่ดี กระบวนการทั้งหมดนี้จะเกิดผลดีเมื่อผู้ป่วยญาติผู้ดูแล/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร ก็เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ระบบการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่บ้านประกอบด้วย

**การเตรียมพร้อมความพร้อมผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย (Discharge planning)** เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วย / ญาติผู้ดูแลและครอบครัวให้พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง/ ผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนเป็นการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มให้เร็วที่สุด หรือเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย APN พยาบาลหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ มีการสื่อสาร วางแผนร่วมกัน หรือปฏิบัติตามแผนการดูแล (CNP, Care map) ให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ญาติผู้ดูแล/ครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถทำให้แผนการดูแลบรรลุวัตถุประสงค์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลายคนต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลต่อที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เครื่องพ่นยา หรือเครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายควรมีการวางแผนการใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ผู้แทนจำหน่าย

อุปกรณ์ต่างๆเป็นส่วนสำคัญที่พยาบาลจะต้องช่วยประเมิน และประสานงานให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวในการตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์นั้นๆ

**การบริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน**(Home visit) หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลที่ติดตามเยี่ยมบ้าน พยาบาลในชุมชน หรือทีมสุขภาพจะมีการติดตามประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยการสาธิตย้อนกลับ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล/ครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และประสานงานกับทีมสุขภาพใน/นอกโรงพยาบาล หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆหรือในบริบทของผู้ป่วย เช่น ผสส อสม ศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ครู วิศว ฯลฯ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้านได้อย่างทันที่ ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านให้มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การติดตามผลการให้บริการพยาบาล และส่งต่อ (Follow up & referral) เป็นอีกรูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลที่มีปรึกษา หรือมีแหล่งประโยชน์อีกทางหนึ่ง โดยจะมีการติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล หรือจากการโทรศัพท์ เพื่อทราบแผนการรักษาเป็นระยะๆการวางแผนการให้ความรู้ การเพิ่มความสามารถในการดูแล การเพิ่มทักษะ หรือการปรับเปลี่ยนการดูแล นอกจากนั้นยังให้บริการปรึกษาปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่ที่ ร่วมกับมีการประสานงานหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ หรือทีมวิชาชีพในชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การทำงานเป็นทีม การประสานความร่วมมือ การสื่อสาร การร่วมวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามแผน การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรังของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประสานแหล่งประโยชน์ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนที่เหมาะสม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแล และครอบครัวมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ลดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนั้นลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและประเทศชาติ และที่สำคัญผู้ปฏิบัติงานในทีมทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจและมีความสุขในการปฏิบัติงาน



ความเครียด : การเผชิญความเครียดและการจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญรัตน์ เปี่ยมมงคล

ความเครียด คือภาวะของร่างกายและจิตใจที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทำให้บุคคลมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของตนเองไว้

สาเหตุของความเครียด

๑. สาเหตุทางด้านร่างกาย
๒. สาเหตุทางด้านจิตใจ
๓. การเปลี่ยนแปลงในชีวิต
๔. สาเหตุทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

การตอบสนองต่อความเครียด

๑. ทางด้านร่างกาย(Physical response) หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและตื้น ปวดศีรษะ ท้องอืด ท้องผูก ปวดต้นคอ ไหล่ หลัง ประจำเดือนผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศลดลง
๒. ทางด้านจิตใจ (Psychological response) วิตกกังวล เศร้าโศก

การเผชิญความเครียด (Coping with stress) คือวิธีการคิด การกระทำที่บุคคลใช้ในการปรับตัว ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก เมื่อพบกับความเครียดเพื่อให้บุคคลอยู่ในภาวะสมดุล

วิธีการเผชิญกับความเครียดมี ๒ วิธี

๑. วิธีการเผชิญกับความเครียดโดยทั่วไป เช่นร้องไห้ กล่าวคำสาปแช่ง พูดยุติความโกรธ หว้างใจ ช่วยเหลือ หลีกเลียงเหตุการณ์นั้น
๒. การใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism) เช่น การถ่ายโทษ (undoing) การชดเชย (compensation) การปฏิเสธความจริง (denial) การถ่ายเทอารมณ์(displacement) การหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง (retionalization) การโทษผู้อื่น (projection) ผลเสียที่เกิดจากความเครียดเช่น โรคความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร น้ำตาลในเลือดสูง โรคหัวใจ มะเร็ง

การจัดการกับความเครียด (stress management)

๑. การตระหนักรู้ถึงความเครียดที่มีอยู่ (awareness)
๒. วางแผนแก้ไขปัญหา (problem solving)
๓. หาที่ปรึกษาและระบายความรู้สึก
๔. ยอมรับความจริงและคิดในทางบวก.
๕. หยุดพักกิจกรรมนั้นชั่วคราว
๖. แบ่งเวลาให้เหมาะสมกับงานในวันหนึ่งๆ
๗. อารมณ์ขันหรือการหัวเราะ
๘. ใช้วิธีการผ่อนคลายโดยทั่วไป เช่น ดูทีวี เลี้ยงสัตว์ ท่องเที่ยว ปลูกต้นไม้
๙. ใช้เทคนิคคลายเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจลึกๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิเบื้องต้น การออกกำลังกาย การนวด การจินตนาการนึกภาพในทางบวก

## กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) สำหรับญาติผู้ดูแล

### Family Caregiver Support Group: ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งพบมากขึ้นในปัจจุบัน เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะพบว่ามีอาการเสื่อมของการทำงานของสมองทั้งหมด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความรอบรู้ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และบุคลิกภาพของผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในสมอง การขาดสารอาหาร การแปรปรวนของเมตาโบลิคของร่างกาย ส่วนสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อาจจะมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสลายของสมอง เช่น อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน และหรือมีสาเหตุร่วมมาจากปัญหาโรคหลอดเลือดในสมอง การติดเชื้อของสมอง และหรือขาดสารอาหารบางชนิด และอาจจะมีสาเหตุร่วมมาจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และเมื่อเกิดขึ้นแล้ว การดำเนินของโรคมักจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง โดยจะพบอาการผิดปกติในผู้ป่วย คือในเรื่องของการสื่อสาร ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง เมื่อการดำเนินโรคเป็นมากขึ้น มีปัญหาทางด้าน Sensory และการรับรู้ที่สูญเสียไป ทำให้ไม่รับรู้ และสื่อให้ผู้อื่นทราบไม่ได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของการคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และพฤติกรรมต่างๆ ภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับของโรคที่ดำเนินเป็นไปตามขั้นตอน ซึ่งอาการของโรคจะมีความก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลอาจจะมีอาการเครียดมากมาย เครียดเพราะต้องรับบทบาทของการดูแล ตลอดทั้ง ๒๔ ชั่วโมง เครียดเพราะไม่สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย และพบกับความซับซ้อนของการดูแล เช่นภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหารสืบเนื่องจากการกลืนที่ไม่ดี จึงทำให้ต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร และอื่นๆอีกมากมาย ซึ่งจากความต้องการดูแลทั้งหมดดังกล่าว ย่อมสร้างความเครียด ความลำบากใจ ความหนักใจ ความยุ่งยากไม่น้อยแก่ผู้ดูแล หรือครอบครัวอย่างมากมาย จนกระทั่งไม่มีเวลาที่เป็นส่วนตัว ไม่เพียงเรื่องการดูแลอย่างเดียว ปัญหาอื่นๆที่พบมีทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ ขาดรายได้จากการหยุดงาน เพื่อมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วย และจากความเจ็บป่วยเดิมของผู้ดูแล ซึ่งต้องการการดูแลเช่นเดียวกัน นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ดูแลมักขาดความรู้ ความเข้าใจ ในอาการการเจ็บป่วยที่กำลังดำเนินอยู่และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มากมาย ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น สำหรับผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติโดยตรง อาจจะมีความรู้สึกที่ผิด ที่ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ และในบางครั้งเรามักพบว่าผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายจากญาติโดยไม่ได้ตั้งใจ เนื่องจากความคาดหวังของญาติผู้ดูแลที่ต้องการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้ได้ และต้องการเห็นภาพที่ดีที่สุด ไม่เพียงเท่านั้น ยังพบว่าปัจจัยที่เพิ่มความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่การขาดการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อน ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในอดีตกับผู้ป่วย ทำให้ไม่อยากจะให้การดูแลและรู้สึกไม่พึงพอใจที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเครียด ซึ่งเกิดจากภาระงานที่ต้องทำ และบริบทของการดูแล โครงสร้างและสัมพันธภาพในครอบครัว ความขัดแย้งในหมู่ญาติ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง ผู้ให้การช่วยเหลือ ท้อแท้ หมดเรี่ยวแรง เป็นความรู้สึกอ่อนล้า ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเสมอๆในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จากปัญหาต่างๆเหล่านี้ ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือดูแลจากทีมสุขภาพเฉกเช่นเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งเราตั้งความคาดหวังว่าญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามสิ่งที่เราให้คำแนะนำปรึกษา โดยลืมนึกถึงว่าญาติผู้ดูแล มีความรู้สึก มีการรับรู้ มีความต้องการ มีความคาดหวัง มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรในทีมสุขภาพและจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เฉกเช่นเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย เมื่ออาการของโรคอยู่ในระยะที่เป็นมากขึ้น เราจึงมักจะให้ความสำคัญแก่ครอบครัว ผู้ดูแล เพราะเราตระหนักดีว่าญาติผู้ดูแล เปรียบเหมือนผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น เช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ที่มสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือก่อนที่ผู้ดูแลและครอบครัวจะมีความรู้สึก อ่อนล้า จากภาระการดูแลที่สร้างความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ และท้ายสุดจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะหาวิธีที่จะสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เขาสามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยได้ และเรียนรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลยุคใหม่ ที่จะทำหน้าที่เป็นทั้งพยาบาล ผู้ให้การปรึกษา เป็นเพื่อน เป็นญาติ เป็นผู้ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัว ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองที่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นภาระงานที่ยิ่งใหญ่ ซึ่งถ้าขาดผู้ดูแลแล้วผู้ป่วยอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากมาย เกิดความพิการ และอาจจะเสียชีวิตเร็วขึ้นในที่สุด

### บทบาทของพยาบาล กับ การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถดำเนินกิจกรรมได้หลายลักษณะ ซึ่งถือว่าสามารถสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลให้ใช้ศักยภาพที่มี ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลตนเองได้ดังตัวอย่างเช่น ๑. การให้คำปรึกษา (Counseling)/ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hot line) ๒. การทำกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล (Group support) ๓. การให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home Health Care) ๔. หนังสือ ตำรา คู่มือ/สื่อต่างๆที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ๕. การจัดอบรมญาติผู้ดูแล ๖. การให้การปรึกษาเรื่องแหล่งประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น

### กลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Support Group for Dementia's caregiver)

กลุ่มสนับสนุน (Group support) เป็นการนำแนวคิดที่ได้จากการใช้กระบวนการกลุ่มให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม ซึ่งในที่นี้อาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโดยตรง หรือกลุ่มของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย กรอบแนวคิดของกระบวนการกลุ่ม จะมุ่งเน้นไปที่การรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการ หรือปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิด ประสบการณ์ที่แต่ละคนมีอยู่เดิม โดยในกลุ่มจะมีความเป็นกันเอง ผ่อนคลายและปลอดภัย ซึ่งเอื้อต่อการที่จะให้สมาชิกแต่ละคนเปิดเผยความรู้สึก ความคิด และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในรูปแบบใหม่ที่เป็นไปในทางบวก สร้างสรรค์ และมีทางออก สามารถแก้ปัญหาได้ ตลอดจนนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด (Corey & Corey, ๑๙๘๗) หรือจัดระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เป็นเครื่องมืออีกชนิดหนึ่ง ที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความท้อแท้ และเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล ให้รู้สึกมีเพื่อนที่ทุกข์เหมือนกัน ไม่โดดเดี่ยว มีกำลังใจ มีความเข้าใจ และมีประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน มีแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมือนหรือต่างกันได้ เป็นทั้งผู้รับการช่วยเหลือ และหรือเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ เป็นต้น กิจกรรมในกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล จะประกอบด้วย มีกิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งเรื่องของ อารมณ์ ความรู้สึก ทั้งทางบวกและลบ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในดูแลของแต่ละคน และกิจกรรมที่เป็นเรื่องของการให้ความรู้ ได้เชิญวิทยากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในแต่ละเนื้อหา เป็นวิทยากร ผลลัพธ์จากการที่สมาชิกญาติผู้ดูแลมารวมกลุ่ม พบว่าญาติผู้ดูแลที่เข้ามาในกลุ่มรู้สึกไม่โดดเดี่ยว รู้สึกตนเองมีคุณค่า ความเครียดลดลง รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้จากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล มีความเข้าใจในการดำเนินของโรค ยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา

## Support Group: ญาติผู้ดูแลเด็กที่เป็นเบาหวาน

เหตุผลที่ต้องมีกลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแลเพราะญาติผู้ดูแลเด็กเบาหวานก็คือ คนป่วยคนหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแล เด็กเบาหวานชนิดที่หนึ่ง ส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยกะทันหัน โดยที่ครอบครัวไม่ทันได้ตั้งหลัก ปรับตัวไม่ทัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความทุกข์ โศกเศร้า และสูญเสียสุขภาพ ปฏิกริยาของผู้ดูแลที่พบ คือ มีนั่งสับสน ซ็อก กลัว ไม่มั่นใจ เศร้า ไม่อยากรับรู้ ไม่สนใจ ยอมรับสภาพการต้องเป็นผู้ดูแล พยายามเสาะหาความรู้ เรียนรู้ หาแหล่งประโยชน์ ปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน กลับมาเริ่มเศร้า-ยอมรับ สลับไป สลับมา สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมในฐานะผู้ดูแลเด็กป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล คือ อยากเห็น อยากพูดคุยกับเด็กป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และครอบครัว อยากถามว่า พวกเขายังมีชีวิตอยู่ไหม พวกเขาอยู่อย่างไร ผู้ดูแลอยากทราบความจริงของความเจ็บป่วย และภาระที่ต้องดูแลแม้ว่าต้องต่อสู้กับความหดหู่ เศร้าหมอง ภาพที่เป็นลบ และความไม่พร้อมด้านสภาพจิตใจ กิจกรรมที่ชอบสามารถช่วยลดความซึมเศร้าลงได้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มพวกเดียวกันถือว่ามีความจำเป็น จึงทำให้มีกลุ่มญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑

### เป้าหมายอื่นๆของกลุ่ม

พยายามที่จะขอให้ผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายในเรื่องการดูแล ขอคำมั่นสัญญา แม้กระทั่งร้องขอในการทำหน้าที่ดูแล บางครั้งต้องใช้ การอ้างถึงความผูกพัน ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับ ปรับเปลี่ยนวิถีคิด และบางครั้งต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม กับภาระหน้าที่ของผู้ดูแล บางครั้งจะต้องบอกถึงโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงของโรค ภาระที่เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ถ้าทำตามจะมีผลดี > ผลเสีย

### การวางแผนการช่วยเหลือในระยะยาว

- มีทะเบียนสมาชิกของกลุ่ม เช่น ประวัติส่วนตัว , ระยะเวลาที่ป่วย, การใช้ยา ชนิด ยี่ห้อ จำนวน , การใช้แผ่นตรวจระดับน้ำตาล, สิทธิรักษาพยาบาล, ค่าใช้จ่าย
- การวางแผนการดูแลแต่ละช่วงวัย ช่วงอนุบาล, ประถม, มัธยม, มหาวิทยาลัย
- การวางแผนการดูแลในสถานการณ์ต่างๆ เช่น เกณฑ์ทหาร , การเข้าค่าย, แต่งงาน-มีครอบครัว, มีบุตร, เดินทางต่างประเทศ, ความเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต่างๆ Telephone management เป็นต้น
- การขอทีมที่ปรึกษาของกลุ่ม เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ จิตแพทย์
- การมอบหมายหน้าที่เพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม
- การจัดหาแหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่จะมาช่วยเหลือกลุ่ม
- การพัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว และเข้าถึงง่าย
- การวางแผนจัดกิจกรรมภายในกลุ่ม

### การเสริมพลังผู้ดูแลเพื่อให้ผ่านช่วงวิกฤติ

- การจัดตารางชีวิตให้มีเวลาส่วนตัว สำหรับกิจกรรมที่ตนเองชอบ เช่น ออกกำลังกาย การดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ เย็บปักถักร้อย นั่งสมาธิ มีความจำเป็นในการเติมพลัง พักเอาแรง เพื่อจะได้เดินต่อไปได้

- การพูดคุยระบายความรู้สึกกับครอบครัว ผู้ร่วมงาน กลุ่มเพื่อนๆ เพื่อนบ้าน ที่สำคัญคือการพูดคุยกับคนป่วย ซึ่งเป็นลูกที่คุณรัก การสื่อสารบอกความรู้สึกอย่างสร้างสรรค์
- ต้องพยายามเตือนสติอยู่ตลอดเวลาว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังอย่างไรกับตัวผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องเข้าใจผู้ป่วย ตั้งสติให้ดี ใจเย็น อดทน ควบคุมอารมณ์ที่พลุ่งพล่าน ไม่อารมณ์ขึ้นๆลงๆ
- อย่าปิดกั้นตัวเอง ความปรารถนาดีจากคนรอบข้าง อย่างน้อย พวกเขาก็อาจเป็นกำลังที่ดีของผู้ดูแลได้
- อย่าอาย อย่างกลัวที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากคนอื่น
- การสื่อสารที่มีคุณค่า ที่ผู้ดูแลต้องคำนึงตลอดเวลา ไม่ตำหนิ ไม่ใช่คำพูดถากถาง ไม่ใช่คำพูดให้หมดกำลังใจ ภาษาการสำคัญที่สุด การสัมผัส โอบกอด เป็นการสื่อสารที่มีความหมาย
- บอกความรู้สึกให้ชัดเจนและตรงไปตรงมา ไม่พยายามพูดผ่านผู้อื่น และอย่าคิดว่าเด็กจะเดาใจผู้ดูแลได้

## การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์

อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์วิญญู

การสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง กิจกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อการคงไว้และเพิ่มระดับความผาสุก การมีคุณค่าแห่งตน และประสบความสำเร็จ (personal fulfillment) ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนที่สุด สามารถรับบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้ แม้ว่าจะทำงานในระบบบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน

ปัจจุบันการเจ็บป่วยเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น และเกิดขึ้นกับประชาชนทุกวัย ซึ่งเมื่อการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยโดยรวม และผู้ป่วยบางรายมีความต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยต้องเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นภาระที่หนักมาก ต้องใช้ความพยายามและความอดทนที่ค่อนข้างสูง บางครั้งต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ทรุดลงทุกวันและอาจต้องจัดการแก้ไขกับปัญหาเฉพาะหน้า ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลลดลง นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายต้องทำงานนอกบ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลรอง เพื่อหารายได้มาใช้จ่ายกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และขณะเดียวกันผู้ดูแลบางคนทำหน้าที่ทั้งดูแลผู้ป่วยและทำงาน ทำให้ไปทำงานสาย ขาดงานบ่อย กลับบ้านก่อนเวลาเลิกงาน การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ และอาจจะถูกเลิกจ้างงาน

จากปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ทำให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เช่น อาหารเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ท้องอืด ท้องผูก ปวดท้อง โรคกระเพาะอาหาร นอนไม่หลับ เห็นดเห็นน้อยตลอดเวลา ขาดการสังคมนับกับคนรอบข้าง เกิดภาวะซึมเศร้า อารมณ์เสียบ่อย ปวดศีรษะข้างเดียว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ดังนั้นญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้จึงควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทีมสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยเพราะผู้ดูแลก็คือผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น ควรได้รับความสนใจ และสร้างเป็นระบบในการคัดกรองความเสี่ยงและให้ความช่วยเหลือให้สามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลได้ต่อไป

### แนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ดูแลควรระลึกไว้เสมอ คือ การจะให้การดูแลผู้อื่นได้นั้น ผู้ดูแลควรต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี และดูแลสุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ กลยุทธ์ในการดูแลตนเองของผู้ดูแลมีดังนี้

๑. การสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ ๕ หมู่ หลีกเลียงอาหารที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ

๒. การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การปรับปรุงภูมิทัศน์ สถานที่ที่บ้าน ที่ทำงาน เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย เป็นต้น

๓. การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ มองโลกในหลาย ๆ มุม คิดบวก ทำตัวเองให้มีอารมณ์ขัน ไม่ท้อถอย ต่ออุปสรรคและความเครียดทั้งหลาย

๔. การฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ ตามที่ตนถนัด สนใจ ชอบ เหมาะสมกับตนเอง

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- ปรับทัศนคติ ความคิด ความเชื่อของตนเองว่า การดูแลตนเองไม่ใช่เป็นเรื่องเห็นแก่ตัว
- ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง
- เอาใจใส่ในการดูแลตนเองมากขึ้น ให้กำลังใจแก่ตนเองทุกวันและในหลาย ๆ เรื่อง

- บันทึกกิจกรรมในการดูแลที่ต้องทำในแต่ละวันให้เป็นระบบ
- จัดตารางและวางแผนกิจกรรมในแต่ละวันให้รัดกุม
- ปรับกิจวัตรประจำวันใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ต้องเป็นผู้ดูแลและเวลาที่จำกัด
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และใช้เวลาในการเตรียมน้อย
- พักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับในเวลากลางคืนอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมง
- ควรเริ่มต้นในการออกกำลังกายและกระทำอย่างสม่ำเสมอ
- ขอคำปรึกษาและยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงานหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ
- ญาติผู้ดูแลควรได้เข้ากลุ่ม Support group

### ข้อเตือนใจสำหรับผู้ดูแล

๑. วางแผนล่วงหน้า
๒. ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์
๓. คิดและทำให้ลุล่วงในแต่ละวัน
๔. มองอนาคตเรื่องการดูแล
๕. ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
๖. คำนึงถึงสุขภาพของตนเองในเบื้องต้น
๗. รับประทานอาหารและนอนหลับให้เพียงพอ
๘. ให้ความสำคัญกับตัวเองบ้าง
๙. คิดในทางที่บวก บอกหรือระบายความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นทราบ

### การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล

การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล โดยพิจารณาตามองค์ประกอบของการมีสุขภาพที่ดีดังนี้

๑. อาหารและโภชนาการ โดยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ ๕ หมู่ และถูกต้องตามหลักโภชนาการ อ่านฉลากอาหารทุกครั้ง รับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารให้ตรงเวลา ควบคุมหรือระวังเรื่องน้ำหนัก
  ๒. การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลและคลายเครียด เกิดความสุขความสบายจากสาร Endorphin ที่หลั่งออกจากสมองขณะออกกำลังกาย ขั้นตอนและหลักปฏิบัติในการออกกำลังกายมีดังนี้
    - ความถี่ (Frequency) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย ๓ วัน อย่างมาก ๖ วันต่อสัปดาห์
    - ความหนัก (Intensity) ในการออกกำลังกายใช้อัตราการเต้นของชีพจรเป็นเกณฑ์ คือให้ได้ระหว่างร้อยละ ๖๐-๘๕ ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด คำนวณจาก ๒๒๐-อายุ
      - ช่วงเวลา (Time or Duration) ออกกำลังกายในแต่ละวันอย่างน้อย ๑๐-๑๕ นาทีใน ๖ วัน หรือ ๓๐-๔๕ นาทีใน ๓ วัน
      - ออกกำลังกายสม่ำเสมอทั้งในและนอกบ้าน
      - มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอทุกวัน
  ๓. การพักผ่อน ควรนอนหลับกลางคืนให้เพียงพอ จัดสรรเวลาทั้งงาน การดูแล การพักผ่อน และหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจสั้น ๆ ทุกวัน

๔. หลีกเลี้ยงโรคภัยไข้เจ็บและสิ่งเสพติดต่าง ๆ ระวังการบาดเจ็บของตนเองและการบาดเจ็บจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผู้ดูแลควรรหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย และแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

๕. การตรวจสุขภาพและการดูแลรักษาโรคประจำตัว ควรแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ของตนเอง หาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โรคประจำตัว หรือปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจตามแพทย์นัดในรายที่มีโรคประจำตัวหรือเมื่อมีปัญหา

๖. ความเครียดและการจัดการความเครียด ผู้ดูแลควรรหาวิธีผ่อนคลายความเครียดตามที่ตนถนัดสนใจและเหมาะสมกับตนเอง วิธีการจัดการความเครียดอาจทำได้ดังนี้

- การมีอารมณ์ขัน หาเวลาทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย
- ให้อากาศตนเองในการได้สังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานตามโอกาส
- เรียนรู้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และการขอความช่วยเหลือ
- พัฒนาการในชีวิตและการทำงาน รวมทั้งครอบครัวตนเอง
- ปรับตัวในระยะของการดูแล
- การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น

#### **บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแล**

- ให้ผู้ดูแลและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแล
- ให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ดูแล ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล คลินิก ผู้ป่วยนอก หรือในชุมชน
- ใช้อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยในการมาตรวจหรือรับการรักษา
- ให้ความสนใจ ถามไถ่ถึงภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัวของผู้ดูแล
- ให้ญาติทราบถึงแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและสร้างเสริมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์
- ให้คำปรึกษาในการจัดการกับปัญหา อุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ



## การสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อาจารย์แพทย์หญิงอรพิชญา ไกรฤทธิ

การสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุข กับผู้ป่วยและญาติมีส่วนสำคัญมากกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าใจโรคที่ตัวเองเป็น นำไปสู่การรักษาที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมไม่ให้โรคเป็นมากขึ้น

หลักการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

๑. แนะนำตนเอง มีท่าทีสุภาพ ยิ้มแย้ม ท่าทีที่เหมาะสม
๒. ตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า แสดงความสนใจ สบตา ใส่ใจในความไม่สุขสบายของผู้ป่วยและญาติ ไม่แสดงท่าทีเร่งรีบ
๓. พยายามช่วยไม่ให้ผู้ป่วยและญาติพูดนอกเรื่อง ค่อยๆดึงความสนใจของผู้ป่วยและญาติกลับมาสู่เรื่องที่ต้องการจะบอก
๔. ใช้คำถามปลายเปิด/ปิดให้เหมาะสม
๕. พยายามให้ผู้ป่วยและญาติมีบทบาทในการดูแลสุขภาพมากขึ้น
๖. เตรียมตัวให้พร้อมก่อนพบผู้ป่วยและญาติ เช่นอุปกรณ์ช่วยต่างๆ แผ่นพับ รูปภาพ เพื่อช่วยให้ประหยัดเวลาและผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น

องค์ประกอบที่ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ

- สภาพแวดล้อมหรือลักษณะของสถานบริการ
- พฤติกรรมของผู้รักษาที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร
- พฤติกรรมของผู้ป่วย

ผลของการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ

๑. ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการบริการหรือการรักษา
๒. ผู้รักษาอาจได้ข้อมูลที่ผิดพลาด
๓. ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
๔. ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์
๕. ผู้ป่วยไม่สนใจและไม่สามารถดูแลตนเองได้

ทัศนคติและลักษณะการแสดงออกกับการสื่อสารที่ดี

๑. มีจิตใจเปิดกว้าง ไม่จำกัดอยู่กับสิ่งที่ตัวเองเชี่ยวชาญ
๒. ไม่ดูถูกเหยียดหยามความคิดเห็นที่แตกต่าง

๓. มีความจริงใจ

๔. มองผู้ป่วยในด้านดีเสมอ

๕. ให้ความเคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นคนของผู้ป่วย

๖. ให้คำชมเชย ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้

๗. มีท่าทีที่อบอุ่น เป็นกันเอง ห่วงใยผู้ป่วย พร้อมทั้งจะตอบคำถาม

## งานวิจัย

การพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดและการเตรียมพร้อมญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

### รูปแบบการเตรียมพร้อมญาติ

ให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Family participation) ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและเตรียมพร้อมญาติในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

### การดำเนินการ

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- ค้นหาผู้ดูแลหลัก
- ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด
- คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
- ติดตามเยี่ยมและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหลังผ่าตัด
- เตรียมพร้อมญาติในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

### ผลการศึกษา

- ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด
- ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

### งานวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ผู้ป่วยและกิจกรรมการดูแล

- ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีก้าวและหายใจผ่านทางท่อทางเดินหายใจ
  - การดูแลการหายใจผ่านทางท่อทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ
- ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีก้าว/รู้สึกตัวเล็กน้อยและหายใจได้เอง
- ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
  - การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อแขนขา
  - การเข้าใจถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย

### กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลที่บ้าน

- ระยะที่ ๑ ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก
- ระยะที่ ๒ หัวเลี้ยวหัวต่อ
- ระยะที่ ๓ แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่
- ระยะที่ ๔ ชีวิตที่ลงตัว

### การส่งเสริมความสามารถในการดูแล

- การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล
- พัฒนาศาสนาความสามารถการดูแลและจัดการตัวเอง
- พัฒนาศาสนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท
- พัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
- ครอบครัวรับรู้การเตรียมพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว
- ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
- ระดับความต้องการการดูแล
- แหล่งสนับสนุนทางสังคม
- ความสามารถในการดัดแปลง/ปรับวิธีการดูแล
- ภาวะเศรษฐกิจ

### กลยุทธ์

- สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ
- สะท้อนคิดพิจารณา
- การมีส่วนร่วม
- หากกลุ่มช่วยเหลือ
- สร้างพลังความสามารถการดูแล
- ผสมผสานความเชื่อการดูแล
- สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล
- ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
- สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ
- เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล

### ผลการวิจัยอื่นๆ

- การเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่อง เป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลต่อการวางแผนการจำหน่ายที่ดี
- ความผูกพัน (Mutuality) และการเตรียมความพร้อม (Preparedness) เป็นตัวทำนายความเครียดของผู้ดูแล
- เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพควรมีความเข้าใจและให้การสนับสนุนญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- เตรียมความพร้อมให้กับ ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างเป็นระบบ
- ตระหนักถึงความสำคัญและจัดสรรเวลาการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลและครอบครัว **พยาบาล**
- ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาศาสนาความสามารถและเตรียมพร้อมญาติสำหรับการดูแลต่อเนื่อง
- ประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล
- ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและญาติ

- สนับสนุนและให้กำลังใจ

ผลลัพธ์ : ผู้ดูแล

- ลดความเครียดในการดูแล
- ลดภาระการดูแล
- เพิ่มความสามารถดูแลผู้ป่วย
- มีความพร้อมในการดูแล เกิดความมั่นใจ
- มีความพึงพอใจ

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วย

- การดูแลที่ดี
  - ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล
- ภาวะสุขภาพ
  - ฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย เช่น กลุ่มผู้สูงอายุหลังผ่าตัด/หลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
- ความพึงพอใจ

ผลลัพธ์ : องค์กร

- สามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลในเวลาที่เหมาะสม
- ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

\*\*\*\*\*