

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
Development of Infections Preventive Strategies from
Home Health Care Provided to the Elderly Persons
Living in Saensook Subdistrict of
Amphur Muang Chonburi

วัลลภา พ่วงขา

BK 0711459

เรียนบริการ

27 ม.ค. 2552

๔๗ ม.ค. 2552

249294

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
ได้รับทุนสนับสนุนจากบประมาณเงินรายได้ประจำปี 2548

ประกาศคุณปการ

การศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี” ครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก นายแพท ประพนธ์ รายภูริวิจิตร ที่ปรึกษาโครงการวิจัย อาจารย์ ดร. พิสมัย หอมจำปา และอาจารย์ ดร. รีวารณ ผ่ากัณหา ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ จันทร์ ประเสริฐ ผู้ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี สารเตรียว ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย ที่กรุณามาให้คำปรึกษาและแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ และเอาใจใส่ด้วยคืนเสนอมา ผู้วิจัยรู้สึกทราบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไฉไล โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างและรู้สึกประทับใจที่ได้ให้ความร่วมมือเต็มใจและสละเวลา อันมีค่าในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณสำหรับกำลังใจและการช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยจาก พันโทชนันบดี ตันหยง นางสาวคนึงนิจ อุตมิมาศ และเพื่อนร่วมงานทุกคน จนทำให้ การวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

วัลลภา พ่วงขา

ชื่อเรื่อง : การพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุขอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (Development of Infections Preventive Strategies from Home Health Care Provided to the Elderly Persons Living in Saensook Subdistrict of Amphur Muang Chonburi)

นักวิจัย : วัลลภา พ่วงขา (ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา)

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย : 1 ตุลาคม 2547 ถึง มิถุนายน 2549

คำสำคัญ: การติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน, ผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสาเหตุ ปัจจัยเสริม กิจกรรมการดูแล และผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ทั้งในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีการใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายหรือเสียงต่อการติดเชื้อที่อยู่ระหว่างต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่เหมาะสมกับชุมชน โดยการศึกษาตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของ โอลเร็น ในบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การตรวจสุขภาพ ประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ความพึงพอใจ พร้อมไปกับการเมี้ยมบ้านกลุ่ม ตัวอย่าง ในผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว จำนวน 8 คน ผู้ดูแลจำนวน 8 คน การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณเป็นจำนวนความถี่ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแล้วนำเสนอด้วยพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุที่เกี่ยวกับการติดเชื้อที่บ้าน คือ การได้รับยา การสอดใส่ อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายเพื่อการรักษา การเจ็บป่วยของบุคคลในบ้าน และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ความสามารถผู้สูงอายุและประเททผู้ดูแล การศึกษาวิจัยนี้ทำให้ได้รูปแบบกิจกรรมหลักที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้และมีผู้ดูแลที่เป็นญาติ จำนวน 8 กิจกรรม คือ การให้ความรู้และการแนะนำเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การดูแลเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร การล้างมือ การทำความสะอาดซักผ้ามือ สำหรับรูปแบบกิจกรรมที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีผู้ดูแลที่เป็นลูกช้างที่ดูแลอย่างเป็นทางการ ควรเพิ่มอีก 9 กิจกรรม คือ การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนังเนื้อเยื่อ ใต้ผิวนัง และแพลงก์ตอน การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อที่ตา และช่องปาก การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ การรวมถุงมือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การใช้ผ้าปิดปากปีด ชุดกันและการดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และผลลัพธ์จากการดูแลป้องกันการติดเชื้อจากการ

คุณภาพที่บ้านในการวิจัยครั้งนี้ พบร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเมื่อการเข้าบ้านป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่บ้านจำนวน 3 คน มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติและมีความพึงพอใจต่อการบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับมาก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบร่วมกับการกำหนดนโยบายทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุข และสถานบันต่างๆ ให้มีการฝึกอบรมพยาบาลและผู้ดูแลที่บ้านให้นำรูปแบบกิจกรรมที่สำคัญในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ได้นำไปปฏิบัติให้มากขึ้น

Title : Development of Infections Preventive Strategies from Home Health Care Provided to the Elderly Persons Living in Saensook Subdistrict of Amphur Muang Chonburi

Researcher: Wanlapa Phangkhum, Health Science Center : Burapha University

Year : 2006

Keywords : Home health-associated infections, Elderly, Caregiver

Abstract

The purposes of this research study were to evaluate causes of home health-associated infection, reinforcing factors, caring activities and outcomes of Preventive strategies against infections from the home health care provided to the elderly persons. The study elderly persons included those who were with or without invasive medical equipments onto the body or the high risk group personnel. To develop cooperative learning among family, caregivers and health personnel, this research aimed to construct appropriate model for home-health associated infections preventive strategies for home health care givers. By using Orem' Nursing theory qualitative methods were employed, including in-depth interviewing, participant observations through home visiting activities and physical examination. The elderly persons were also tested for stress and satisfaction on the given home health care. There were eight elderly persons and eight caregivers included in this research study. Data were analyzed by means of number. Content analysis was employed to analyzed the qualitative data from the in-depth interviewing, and participant observations during the home visit to the elderly persons.

Findings indicated that important causes of home health-associated infections were related to received medication, invasive medical equipments onto the body and having illed-person in a family. Re-inforcing factors were related to economic condition, an capabilities of elderly persons, types of the caregivers. The results suggested eight major preventive strategies against the home health-associated infection. These included : 1) provision of knowledge and advice relevant to an elderly's health problems; 2) provision of advice on the received medication; 3) provision of care to surveillance; 4) preventive strategies against urinary tract infection ; 5) preventive strategies against gastrointestinal

infection; 6) Handwashing technique; 7) disinfection methods; and 8) cleaning methods for contaminated clothes. There were nine additional preventive strategies for home health caregivers, namely: 1) preventive strategies against skin infections and pressure sore; 2) preventive strategies against respiratory tract infection; 3) preventive strategies against eye and oral cavity infection; 4) setting for an elderly isolation room; 5) gloving technique; 6) preventive control of environmental condition; 7) mask protective technique; 8) health care for caregivers and health personnel; and 9) waste management.

Finally outcomes of the home health care provided to the study elderly persons to prevent infections indicated that home health-associate infection. This elderly group had nosohousial infections three persons. They also indicated minimal stress and high satisfaction on the home health care.

Findings from this research study have policy implications for both the policy makers of the Ministry of Public Health and for the training institutions for nurses and home-health care givers.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
การป้องกันการติดเชื้อและการดูแลสุขภาพที่บ้าน.....	8
ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านเกิดการติดเชื้อ.....	33
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลของโอลิเมร์.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษา.....	60
ขอบเขตของการวิจัย.....	62
กลุ่มตัวอย่าง.....	64
เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	65
การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
4 ผลการวิจัย.....	70
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	74
ตอนที่ 3 กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านจากการเรียนรู้ศักยภาพเห็นพ้องร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและพยาบาลเยี่ยมน้ำหน้า.....	82
ตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน.....	104
5 สรุปและอภิปรายผล.....	107
สรุปผลการวิจัย.....	107
การอภิปรายผล.....	112
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	120
ข้อเสนอแนะสำหรับทีมสุขภาพ.....	120
ข้อเสนอแนะแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว.....	121
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	122
บรรณานุกรม.....	123
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก	130
ภาคผนวก ข	157
ภาคผนวก ค	179
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	186.

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ.....	71
1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล.....	73
3 สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบ้าน.....	81
4 การประเมินการปฏิบัติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคล ในบ้าน.....	102
5 การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่บ้าน.....	106

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 การอบรมแนวคิดกระบวนการสร้าง พัฒนา และผลของการใช้รูปแบบการพัฒนา การป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน.....	5
2 Chain of infection.....	13
3 Isolation Precautions.....	24
4 แสดงถึงความสัมพันธ์ของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ ไอเริ่มและการใช้ทฤษฎี อื่น ๆ	58
5 รูปแบบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน.....	103

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พิจารณาจากแนวโน้มปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดความต้องการบริการด้านสุขภาพในอนาคต จะพบว่า ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพมีแนวโน้มปัญหาสุขภาพอันเกี่ยวเนื่องกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ (Aging population) เพิ่มขึ้น จากการสำรวจประชากรไทย วันที่ 1 มกราคม 2547 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 63,514,000 คน พบร่วมผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 6,681,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.51 สูงอายุที่สุด (80 ปีขึ้นไป) 706,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.56 (วันดี โภคภูล, 2548, หน้า 1) เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โรคติดเชื้อต่างๆ ที่เคยเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยกลับมาเป็นปัญหาใหม่อีกรึวันนี้ ปัญหาการดูแลอยาต่างๆ จะทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีโรคติดต่อใหม่ๆ ที่ไม่เคยเป็นปัญหาเกิดมากขึ้น (อารี วัลยะเสวี และคณะ, 2542, หน้า 13) ประกอบกับปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะหนึ่งแล้วผู้ป่วยต้องกลับไปรับการดูแลและรักษาต่อที่บ้าน ในปี ค.ศ. 1994 ในสหราชอาณาจักรมีหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านประมาณ 15,000 แห่ง ให้การดูแลผู้ป่วย 7 ล้านราย โดยใช้ค่าใช้จ่ายมากกว่า 23 พันล้านเหรียญสหราชอาณาจักรที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีการเจ็บป่วยที่ทำให้ระบบภูมิต้านทานของร่างกายผิดปกติไป ผู้ป่วยมักได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ การแพทย์เข้าสู่ร่างกายได้แก่ การใส่สายสวนหลอดเลือด การสวนปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจ จากการสำรวจผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านในสหราชอาณาจักรพบว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคต่างๆ คือ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน แพลกัดทับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ cerebrovascular disease ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายที่สำคัญคือ สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดและท่อช่วยหายใจ (อะเก็ต อุณหเดชะกุ, 2545, หน้า 348)

อยุธยา มีความสัมพันธ์กับความไวในการติดเชื้อ การเกิดอาการของโรคและการภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันเริ่มลดลง วัณโรคปอดมักเกิดอาการของโรคในผู้สูงอายุ เป็นต้น ในสภาวะธรรมชาติที่ปกติภายในร่างกาย จะมีการติดเชื้อของแบคทีเรีย, ไวรัส, เชื้อราและเชลล์นั่งเรืองอยู่ในค่าคงที่ ร่างกายจะแสดงบทบาทโดยอาศัยระบบภูมิคุ้มกันเพื่อที่จะต่อต้านเชื้อโรคเหล่านี้ ทำให้ร่างกายมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ จนถึงระยะ Reproductive maturity

ระบบภูมิคุ้มกันจึงจะเริ่มเดื่อมลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น พบรดีกฐานที่สนับสนุนจากการเพิ่มขึ้นของ อุบัติการณ์ของการติดเชื้อ, Auto immune disease และ โรคมะเร็งเมื่ออายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป

จากการศึกษาของ Smith และ Walford พบความสัมพันธ์ระหว่างระบบภูมิคุ้มกันกับ อุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากการมีอายุมากขึ้น พบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันจะเริ่มเดื่อมลงทำให้มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของโรคที่เกิดจากการมีอายุเพิ่มขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538, หน้า. 29)

กระบวนการสร้างทำให้มีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างและหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ต่อมรัมบัส (thymus) เริ่มนิ่นขนาดเล็กลงหลังจากวัยรุ่นและส่วนใหญ่จะฟื้นไปหลังอายุ 40 ปี มีการลดลงของรัมบัสแฟคเตอร์ทำให้การสร้าง lymphokines และ interferons ลดลง ; ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ stem cells, T-helper cells และ B-cells เป็นผลให้การสร้างแอนติบอดีลดลง; และทำให้ T-killer cells และ natural killer cells มีจำนวนลดลง การลดลงของหน้าที่และจำนวนของ T-lymphocytes ชนิด T-killer cells และ T-helper cells แต่มีการเพิ่มขึ้นของหน้าที่ของ T-suppressor cells เป็นผลให้การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม(antigen) ลดลง, ระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (cell - mediated immunity) เสื่อมลง, Delayed-type hypersensitivity reaction ลดลง, และลดการกระตุ้น B-lymphocytes ทำให้การผลิตแอนติบอดีลดลง ประเด็นสำคัญทางคลินิกของการเปลี่ยนแปลงภูมิคุ้มกันในมนุษย์ ผลการตรวจ delayed-type hypersensitivity reaction ในผู้สูงอายุ เช่น การทดสอบภูมิคุ้มกันต่อวัณโรคอาจให้ผลลบหลอกได้ การเกิด reactivation ของวัณโรคและงูสวัสดิ์ได้ง่ายขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น อุบัติการณ์ของ autoimmune antibody เพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงถึงโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune disease) แต่อย่างใด การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันในวัยชราหมายความว่าในการให้วัคซีนอาจจำเป็นจะต้องให้การกระตุ้นหรือให้เข้าโดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (สุทธิรัช จิตพันธ์กุล, 2544, หน้า 26-27)

นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวในการต้านทานเชื้อ โรคลดลง การติดเชื้อพบแทนทุกอวัยวะ แต่ที่พบบ่อยคือเป็นแพลาร์ซิฟิซึ่งคุกคามเรื้อรัง เช่น ฟิงเกอร์ แพลทีเทีย วัณโรค และอักเสบ เป็นต้น (ชาตรี บานชื่น, 2548, หน้า 2-8)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านอาจป่วยด้วยโรคติดต่อ การเจ็บป่วยอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภูมิค้านทานลดลง ผู้สูงอายุเองมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อและเกิดการติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัวและผู้ให้การดูแล ผู้ดูแลที่บ้านอาจเดี่ยวต่อการติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุหรืออาจเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้สูงอายุ การป้องกันการติดเชื้อภายในบ้านเป็นมาตรการในการป้องกันแบบปฐมภูมิที่ได้ผลดี (อะเคิล อุณหเหล็ก, 2545, หน้า 348)

ปัจจุบันมีแนวคิดหลักหลายประเด็น เช่น การบูรณาการของการบริการสุขภาพ (Integrated health care) การมีส่วนร่วมชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) เพื่อให้ทุกภาคส่วนพร้อมที่จะสนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (อารี วัฒนเสวี และคณะ, 2542, หน้า 20) แนวทางการเก็บปัญหานี้ จึงน่าจะเป็นการเปลี่ยนดุลยภาพของการรับผิดชอบ โดยคณะกรรมการที่รัฐให้บริการสาธารณสุข แก่ประชาชนให้มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้สึกพึงพอใจในด้านสุขภาพ ให้มีขนาดใหญ่ขึ้นด้วยการให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ ต้องมีความพยายามที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้นๆ หรือเหมาะสมกับประชาชนแต่ละคน (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ, 2542, หน้า 8)

จะเห็นได้ว่าปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับชุมชนที่เกิดจากการพัฒนาการมีส่วนร่วม ของครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพที่มีความชำนาญทางการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโดยตรง เนื่องจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse) มีบทบาทเฉพาะในการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากปัญหาการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้ ยังไม่สามารถเชื่อมโยงสู่ชุมชนและขาดความรู้ในการสร้างมาตรฐานระดับปฏิบัติการเพื่อให้ได้มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาแบบเจาะลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น การใช้ยา การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การถ่ายมือ การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปิดปากปิดมูก การนำแนวคิดของการให้บริการแบบเขตปฏิบัติ ครอบครัว ไปปรับเข้ากับการให้บริการด้านการแพทย์ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เป็นรูปธรรม โดยยึดเอกสารครอบครัวเป็นหน่วยการให้บริการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับครอบครัวและได้รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ไม่ให้เกิดอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ มีความเครียดในระดับปกติและมีความพึงพอใจในการรับบริการส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

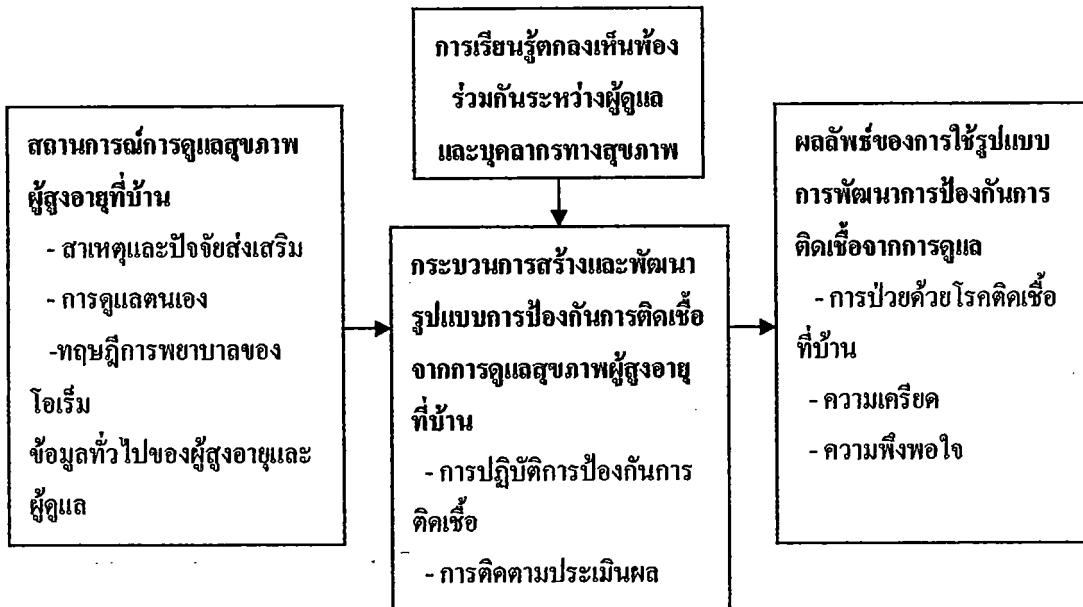
คำาณในการวิจัย

1. มีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมอะไรที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน ในผู้สูงอายุที่สอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และเสียงต่อการติดเชื้อที่อวัยวะต่าง ๆ
2. มีกิจกรรมการป้องกันอะไรบ้างที่ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจากผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใน การแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน
3. มีรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้และไม่ได้อย่างไร ที่เกิดจากเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน กับบุคลากรทางสุขภาพที่เหมาะสมสมกับชุมชน ได้อย่างแท้จริง
4. เกิดผลลัพธ์อย่างไรต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อม และความพึงพอใจ หลังจากมีการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้านที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน ในผู้สูงอายุที่สอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย หรือผู้สูงอายุที่เสียงต่อการติดเชื้อที่อวัยวะต่าง ๆ
2. เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุผู้ดูแล ใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน
3. เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการคุ้มครองการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดกระบวนการสร้าง พัฒนา และผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาการป้องกัน
การติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้และไม่ได้ และผู้ดูแลทั้งที่เป็นญาติและเป็นลูกหลานที่เหมาะสมกับชุมชน
2. ผลงานการดำเนินโครงการวิจัยนำไปเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือและแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ได้รับการคุ้มครองกายภาพที่บ้านสำหรับบุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลต่อไป
3. ให้แนวทางในการศึกษาค่าใช้จ่ายของครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาโรคติดเชื้อที่เกิดจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ค่าน้ำค่าใช้จ่ายค่าอาหารภูมิชีวนะ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าจ้างพนิเดือนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งเสริม และกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่

เหมาะสมและผลลัพธ์จากการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้านของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสตนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ได้ช่วยเหลือได้มีการใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และได้รับการคุ้มครองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสตนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 8 คน และผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์ในการหัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การพัฒนา เป็นการสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้านขึ้นมาใหม่ตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากระบวนการมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก การปฏิบัติการตามขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นทำความเข้าใจสถานการณ์หรือวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ ครอบครัว ขั้นดำเนินการให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และลงมือปฏิบัติการคุ้มครองตามความพร้อมที่เหมาะสม สะท้อนกลับการปฏิบัติ และขั้นประเมินผลลัพธ์

การติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง การติดเชื้อซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการคุ้มครองที่บ้าน ซึ่งการติดเชื้อไม่ได้ปรากฏมา ก่อน หรือไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวของเชื้อขณะผู้ป่วยเริ่มการรักษาที่บ้าน โดยทั่วไปไม่พบการติดเชื้อเกิดขึ้นภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังจากเริ่มนารักษาที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจะต้องพิจารณา rate ฟักตัวของเชื้อร่วมด้วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อจากการรักษาที่บ้าน อาการ ไข้จะใช้เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ป่วยมีไข้เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยในครอบครัวในเขตเทศบาลเมืองแสตนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่คุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย ต้องมีหน้าที่ในการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม เช่น จัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ เรียบร้อย สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งคุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบายทั้งกายจิตและการณ์

ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) คือ ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการคุ้มครอง เช่น สามาชิกในครอบครัว ญาติ โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การคุ้มครองไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้าง หมายถึง ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) คือ ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการคุ้มครอง เป็นลูกจ้างคุ้มครอง โดยรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เป็นที่ทราบกันอย่างชัดเจนว่าการดำเนินการพัฒนาการดูแลบุคคลและครอบครัวควรเป็นแบบองค์รวม โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพทั้งด้านความรู้ ข้อแนะนำและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสมน้าไปสู่สุขภาพที่หมายถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ดังนี้¹ สุขภาพจิตแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดีโดยคำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่าง“ดุลยภาพ” ทึ่งเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม (สมชาติ ไตรกษya, 2544) หากพิจารณาครอบครัวและการพยาบาล ครอบครัวในแนวคิดของ ไอเริ่ม ลักษณะหนึ่งคือการพยาบาลครอบครัวในฐานะหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการพึ่งพา เป็นการพยาบาลครอบครัวที่มีจุดเน้นที่รายบุคคล (Individually focused family nursing) สามารถครอบครัวแต่ละบุคคลคือผู้รับบริการจากพยาบาล ในขณะที่บุคคลหนึ่งคือผู้ป่วยหรือผู้ต้องการการพึ่งพา สมาชิกคนอื่น ๆ จะเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือหรือเป็นผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 227) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาจากแนวทางการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อและการพยาบาลผู้สูงอายุ กับการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของ ไอเริ่ม ในการพยาบาลครอบครัว โดยมีจุดเน้นที่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ต้องการพึ่งพา และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ซึ่งเป็นผู้ดูแล ตามปัจจัยพื้นฐานสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการปรับพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย มีความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลในครอบครัวมีภาวะสุขภาพดี มีความพากสุก (Well-being) ผู้วิจัยได้แบ่งเนื้อหาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในบทนี้ให้ครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. การป้องกันการติดเชื้อและการดูแลสุขภาพที่บ้าน

- 1.1 ความหมายของการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้านและผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 1.2 การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแล

(Education and Supervision)

- 1.3 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ (Surveillance)
- 1.4 การแยกผู้ป่วยและการระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation Precautions)

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านเกิดการติดเชื้อ

- 2.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

2.3 สภาพจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอลิเมร์

3.1 ทฤษฎีการคุ้มครองตนเอง

3.2 ทฤษฎีความพร่องในการคุ้มครองตนเอง

3.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล

3.4 ทฤษฎีการคุ้มครองตนเองและแนวคิดครอบครัว

3.5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอลิเมร์ในการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อผู้สูงอายุที่บ้าน

1. การป้องกันการติดเชื้อและการคุ้มครองสุขภาพที่บ้าน

1.1 ความรู้ทั่วไปของการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพที่บ้านและผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพที่บ้าน (Home health-associated infections)

หมายถึง การติดเชื้อซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการคุ้มครองที่บ้าน ซึ่งการติดเชื้อไม่ได้ปรากฏมาก่อน หรือไม่ได้อุบัติในระยะฟักตัวของเชื้อของผู้ป่วยเริ่มการรักษาที่บ้าน โดยทั่วไปไม่พบการติดเชื้อ เกิดขึ้นใน 48-72 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมารักษาที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ จะต้องพิจารณาระยะฟักตัวของเชื้อร่วมด้วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อจากการรักษาที่บ้าน อาการไข้จะใช้เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ป่วยมีไข้เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส (อะเดื้อ อุณหภูมิ, 2545, หน้า 354)

ความหมายของการคุ้มครอง (caregiving) คือกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อย ความสามารถทางร่างกาย และจิตใจตามความต้องการของผู้รับการคุ้มครองโดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่า ด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานคุ้มครองที่แตกต่างกัน ไปแต่ละระดับความรุนแรงของโรคนั้น (Kane & Kane, 2000, p. 321)

ในสถานการณ์ของสังคมในปัจจุบัน “การคุ้มครองที่บ้าน” มีความจำเป็นมากยิ่งขึ้น เพราะ

1. มีความจำต้องสถานบริการทางสุขภาพ หรือโรงพยาบาล ทำให้ต้อง นำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ทั้งที่สุขภาพยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก
2. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจทางสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อ พฤติกรรมและสุขภาพของประชาชน กล่าวคือ ปัญหาโรคติดต่อที่สามารถ ป้องกันได้เนื่องจากอุบัติภัยในภาวะความคุ้มได้ ในขณะเดียวกัน โรคไม่ติดต่อ เช่น ความดันสูง เบาหวาน มะเร็ง กลับมีอัตราสูงขึ้น

3. เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในโลกปัจจุบัน สถาบันอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาความพิการตามมา
4. เนื่องจากมีแนวโน้มผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ต้องการการดูแล มีจำนวนมากขึ้น
5. เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจบังคับให้สร้างต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ขาดคนดูแล

วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1. เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัวและสภาพแวดล้อมนำมาใช้ในการประเมินปัญหาและผลกระทบที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามแผนพร้อมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. เพื่อให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นต้น และการฟื้นฟูสภาพ
4. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
5. เพื่อเป็นการเชื่อมสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย ต้องมีหน้าที่ในการดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น จัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบร้อย สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งดูแลตัวผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบายทั้งกายใจและอารมณ์ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณรงค์ พรรณเชษฐ์, 2544) ในความหมายของ Kahana, 1994 (อ้างใน รัชนี สารเสริญ, 2548, หน้า 15) ได้นิยามผู้ดูแลและจำแนกประเภทของผู้ดูแลไว้ดังนี้

ผู้ดูแลที่บ้าน (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่ง “ผู้ดูแล” ในที่นี้อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว (individual) เช่น บิดา มารดา สามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล (group) เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ ก็ได้

ประเภทผู้ดูแล สามารถจำแนกได้หลายลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้
 - 1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือเงินเดือน

2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

2. จำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลเท่านั้นอาจมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

1.2 การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแล (Education and Supervision)

จากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ : กรณีศึกษาภาคตะวันออก ได้ให้ข้อเสนอต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพให้ขยายการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลสุขภาพอย่างองค์รวมและข้อเสนอต่อองค์กรวิชาชีพในการสร้างมาตรฐานชุดบริการสุขภาพหลักที่ประชาชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการเลือกใช้บริการ ได้ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุบุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการที่ส่งเสริมการดูแลตนของชุมชนได้รูปแบบหนึ่ง (สุนทรารวี เนียรพิเชฐ และคณะ, 2546)

จากการศึกษาผลการเรียนรู้จากการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (ดวงใจ เกริกชัยวัน และคณะ, 2546, หน้า 28-29) ในการศึกษาชีวิตผู้สูงอายุตามสภาพจริงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พนบฯ ผู้สูงอายุมีการประเมินปัญหาสุขภาพ วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพ การเลือกวิธีการแก้ปัญหา วิธีคิดการแก้ปัญหาสุขภาพ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การประเมินผลวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพตามประสบการณ์การรับรู้ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาจากการเรียนรู้ด้วยตนเองและการพึงผู้อื่น และพบว่าสิ่งที่คนทันไม่ได้คือการพึงผู้อื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การกิน การเดินไปห้องน้ำ การหมัดอิสระภาพ

การให้ความรู้และคำแนะนำโดยการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการบริการต่อเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมเพื่อทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคย สร้างความรู้ความเข้าใจ ฝึกทักษะ และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพปัญหาและความจำเป็น รวมทั้ง

ให้ประสบการณ์เรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ครอบครัวที่มีผู้พิการที่ต้องให้ประสบการณ์การเรียนรู้ในการปฏิบัติตัวและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถของผู้พิการ ผู้ดูแลผู้พิการและสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมบ้านทำให้มีโอกาสได้แนะนำเรื่องสุขภาพและการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพัฒนาระบบที่เหมาะสมตามเงื่อนไขสภาพความเป็นจริงที่พนในครอบครัวที่ไปเยี่ยมแก่กลุ่มเป้าหมายทุกเพศ ทุกวัยที่อยู่ในครอบครัว นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547, หน้า 89)

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ให้บริการครอบคลุมสาธารณสุขพื้นฐานผ่านพัฒนาไปกับการสาธารณสุขชุมชน(Primary health Care) เน้นการคุ้มครองคุ้มครองและต่อเนื่อง มีการนิเทศติดตาม ประเมินสภาพปัจจุบัน การแก้ปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกับกำหนดภารกิจรวมทั้งการสอน การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็น การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติตามอัตภาพ (กองโรคเด็ก กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540, หน้า 12-14) ขณะดำเนินการเยี่ยมบ้านสามารถดำเนินกิจกรรมได้ดังนี้

- การประเมินสภาพปัจจุบันและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- ดำเนินการให้ความรู้ การแนะนำและฝึกปฏิบัติการดูแลตามความต้องการที่จำเป็น เพื่อช่วยเหลือแก่ไขปัญหาอย่างรอบด้าน
- การประสานเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในหน่วยงานเดียวกัน และหน่วยงานอื่นๆ

1.3 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ (Surveillance) การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่บ้านช่วยให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย การที่รู้ปัญหานำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาดังนี้ เมื่อบุคลากรพบปัญหาการติดเชื้อเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลหรือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่บ้านควรมีการบันทึกข้อมูล และนำข้อมูลที่พบไปใช้ในการวางแผนป้องกันการติดเชื้อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ช่วยให้ทราบลักษณะการเกิดการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มนี้ ใช้ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งบุคลากรและญาติของผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ ในการเฝ้าระวังควรมีการบันทึกข้อมูลการติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งข้อมูลที่ควรระบุไว้ในการเฝ้าระวังควรมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ- นามสกุล เพศ อายุ โรค ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ เช่น ตำแหน่งที่พำนการติดเชื้อ วันที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ หากสามารถเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางองค์กรด้านการเฝ้าระวัง

ดำเนินการ เพื่อให้ทราบเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสามารถให้ยาต้านจุลชีพที่ตรงตามชนิดของเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการติดเชื้อ โดยเร็ว

การวินิจฉัยการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน

Home health-associated infections หมายถึง การติดเชื้อซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งการติดเชื้อไม่ได้ปรากฏมา ก่อน หรือไม่ได้อุบัติในระยะฟักตัวของเชื้อของผู้ป่วยเริ่ม การรักษาที่บ้าน โดยทั่วไปไม่พบการติดเชื้อเกิดขึ้น ใน 72-48 ชั่วโมง หลังจากเริ่มนารักษาที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจะต้องพิจารณาระยะฟักตัวของเชื้อร่วมด้วยในการวินิจฉัย การติดเชื้อจากการรักษาที่บ้าน อาการ ไข้จะใช้เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ป่วยมีไข้เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส(อะเก้อ อุณหเหล็ก,254 , หน้า 354)

เชื้อจุลชีพและแหล่งที่มาของเชื้อในบ้าน

เชื้อจุลชีพหลายชนิดสามารถแพร่กระจายสู่สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้จากบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ หรือเป็นพาหะของเชื้อ จากการสอบถามพบว่า เชื้อ *Salmonella* *Shigella* *sonnei* *rotavirus* *rhinovirus* *influenza virus* และ *hepatitis A virus* สามารถแพร่กระจายในบ้านได้

สัตว์เลี้ยงเป็นแหล่งของเชื้อภายในบ้าน แมวและสุนัขที่เลี้ยงไว้เป็นรัง โรคของเชื้อ *Salmonella* *Campylobacter* และเชื้อก่อโรคในลำไส้อันๆ

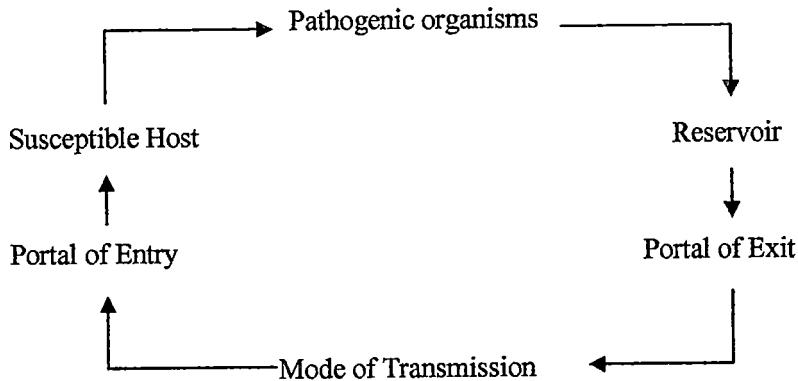
เชื้อโรคที่มากับอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง *Salmonella* *Campylobacter* *Escherichia coli* และ *Listeria* มักพบปนเปื้อนในอาหารคิบ เช่น ไก่ เป็ด ไก่ เนื้อ ปลา หอย ผลไม้ และผัก

เชื้อแบคทีเรียและเชื้อรากที่มีในอากาศ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หรือเกิดโรคภูมิแพ้ หากภายในบ้านมีความชื้น การระบายอากาศไม่ดี

ในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านควร มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรการติดเชื้อเพื่อสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกัน การติดเชื้อ ได้อย่างเหมาะสม (อะเก้อ อุณหเหล็ก, 2545, หน้า 349-352)

วงจรการติดเชื้อ (chain of infection) ประกอบด้วย

1. เชื้อก่อโรค (Pathogenic organisms)
2. รังโรค (Reservoir)
3. ทางออกของเชื้อโรค (Portal of Exit)
4. วิธีการแพร่กระจายของเชื้อ (Mode of Transmission)
5. ทางเข้าสู่ร่างกายของเชื้อ (Portal of Entry)
6. ผู้ที่ไวรับต่อเชื้อ (Susceptible Host)



ภาพที่ 2 Chain of infection

เมื่อก่อโรค โรคติดเชื้ออาจเกิดจากเชื้อจุลชีพนิดต่าง ๆ ได้แก่ เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อร้ายาชีวิการ เกิดโรคในคนขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย ความรุนแรงของเชื้อ ความสามารถของเชื้อในการก่อโรค ความสามารถของเชื้อในการแทรกเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย รังโรค เป็นที่ซึ่งเชื้อจุลชีพสามารถมีชีวิต เจริญและเพิ่มจำนวน รังโรคอาจเป็นคน สัตว์ หรือสิ่งของ เชื้อจุลชีพจำเป็นต้องมีรัง โรคเป็นที่อยู่อาศัยเพื่อให้มีชีวิตอยู่และเพิ่มจำนวน คนและสัตว์ที่มีการติดเชื้อและเกิดการป่วยเป็นรังของโรคที่สำคัญ เชื้อจุลชีพอาจอาศัยอยู่บนผิวน้ำ หรือภายในร่างกายคนที่เป็นพาหะของโรค (Carriers) สามารถแพร่กระจายเชื้อได้

ทางออกของเชื้อโรค เชื้อจุลชีพออกจากร่างกายของคนซึ่งเป็นรังโรคได้หลายทาง ได้แก่ ทางระบบทางเดินหายใจ โดยเชื้อออกมาพร้อมกับน้ำมูก ลมหายใจ เชื้อออกทางระบบสืบพันธุ์ ระบบปัสสาวะ เชื้อออกมากับอุจจาระ เชื้อยู่ที่ผิวน้ำ เชื้อจากมาตรการเข้าสู่การกินครรภ์ทางราก โรคบางโรคเชื้อออกจากร่างกายผ่านปัสสาวะหรือผู้ติดเชื้อจากการที่แมลงกัดและดูดเลือดแล้วไปกัดผู้อื่น

วิธีการแพร่กระจายเชื้อ เชื้อแพร่กระจายจากผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่นได้หลายทาง เชื้อจุลชีพแต่ละชนิดมีวิธีการแพร่กระจายเชื้อแตกต่างกัน วิธีการแพร่กระจายเชื้อแบ่งออกได้เป็น 4 ทาง คือ Contact, Common vehicle, Airborne และ Vectorborne Transmission

ทางเข้าของเชื้อสู่ร่างกาย มีหลายทาง ได้แก่ ทางผิวน้ำ ทางเยื่อบุช่องมือต่าง ๆ เช่น จมูก เมือบุตา ช่องปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบสืบพันธุ์ ผู้ที่ไวรันต่อเชื้อ ความไวรับต่อเชื้อของคนขึ้นอยู่กับสุขภาพทั่วไป ภูมิคุ้มกันต่อโรค ปัจจัยทางพันธุกรรม และภาวะโภชนาการ เป็นต้น

วิธีการแพร่กระจายเชื้อ (Mode of Transmission)

เชื้อจุลชีพสามารถแพร่กระจายจากแหล่งโรค (Source of infection) หรือรังโรค (Reservoir) เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยได้หลายวิธี เชื้อจุลชีพนิดหนึ่งอาจมีวิธีแพร่กระจายเชื้อได้มากกว่า 1 วิธี เช่น เชื้อไวรัส Varicella-zoster (Chickenpox) สามารถแพร่กระจายได้ทั้งทางอากาศ และการสัมผัสโดยตรง ความรู้เกี่ยวกับวิธีแพร่กระจายเชื้อจะช่วยให้สามารถตัดวงจรของการติดเชื้อได้

วิธีการแพร่กระจายเชื้อ แบ่งออกได้เป็น 4 วิธี คือ

1. Contact transmission
 - Direct Contact
 - Indirect Contact
 - Droplet Contact
2. Common vehicle transmission
3. Airborne transmission
4. Vectorborne transmission

Contact transmission

เป็นวิธีการแพร่กระจายเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุด ก่อให้เกิดปัญหาการติดเชื้อในผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก การแพร่กระจายเชื้อโดยวิธีนี้มักเกิดขึ้นระหว่างการคุกคามผู้ป่วย โดยเชื้อจุลชีพแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง วิธีการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสสามารถแบ่งได้ 3 แบบ คือ

1. Direct Contact เป็นการแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คน (Person-to-person spread) เกิดขึ้น

จากการที่มือไปสัมผัสแหล่งโรคแล้วสัมผัสผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีความไวรับต่อเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมือของผู้ทำการคุกคาม ดังนั้นการล้างมือจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยวิธี Direct Contact บุคลากรหรือญาติอาจได้รับเชื้อจากผู้ป่วยด้วยวิธี Direct Contact เช่นเดียวกัน โดยการสัมผัสถกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย หรือสัมผัสหนองจากแพลงโคโดยตรงซึ่งหากมีของบุคลากรหรือญาตินำมาดูแลเชื้อจุลชีพจะเข้าสู่ร่างกายได้

2. Indirect Contact เป็นการสัมผัสถกับสิ่งของหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่มีเชื้อแฝบเป็นอยู่ เป็นการที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านตัวกลาง วัสดุสิ่งของซึ่งมีเชื้อแฝบเป็นอยู่ เรียกว่า Fomite ฟ้าปฏิกนอนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์การแพทย์ ภาชนะใส่อาหารที่มีเชื้อแฝบเป็นอยู่สามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้

3. Droplet Contact เกิดจากการสัมผัสกับฟอยล์ของน้ำมูกน้ำลายของผู้ที่มีเชื้ออยู่ จากการที่ผู้นั้นไอ จาม หรือพูด ซึ่งฟอยล์ของน้ำมูกน้ำลายออกจากการเดินหายใจส่วนต้น มีขนาดใหญ่กว่า 5 μ การสัมผัสโดยวิธีนี้มักเกิดขึ้นในระยะไม่เกิน 3 ฟุต การสัมผัสริบบินจึงไม่ถือว่าเป็นการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศการมีองค์การแพร่กระจายเชื้อ โดยวิธีนี้สามารถทำได้โดยการสวมผ้าปิดปากและจมูกขณะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การแนะนำให้ผู้ป่วยปิดปากเวลาไอจาม

Common vehicle transmission

เป็นการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งเกิดจากการที่มีเชื้อจุลชีพปนเปื้อนอยู่ในเลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือด อาหาร น้ำยา สารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วย

Airborne transmission

เป็นการแพร่กระจายเชื้อ โดยการสูดหายใจเข้าซึ่งเชื้อที่ถูกหล่อลงในอากาศเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจซึ่งเชื้อจุลชีพจะอยู่ในรูปของ droplet nuclei หรือฝุ่นละอองลอยอยู่ในอากาศ droplet nuclei มีขนาดประมาณ 1-5 μ มีขนาดเล็กกว่า droplet ซึ่งเกิดจากการไอจาม เชื้อจุลชีพที่แพร่กระจายโดยวิธีนี้ได้แก่ เชื้อสุกใส เชื้อรังน้ำ โรค

Vectorborne transmission

เป็นการแพร่กระจายเชื้อ โดยแมลงหรือสัตว์นำโรค คนได้รับเชื้อจากการถูกแมลงหรือสัตว์กัดและเชื้อที่มีอยู่ในตัวแมลงถูกถ่ายทอดสู่คน

Infection หมายถึง การที่มีเชื้อจุลชีพอยู่ในเนื้อเยื่อหรือสารน้ำของร่างกาย และเชื้อมีการแบ่งตัวในร่างกาย ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อเชื้อโดยสร้างภูมิคุ้มกัน (Immune response) ขึ้นซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการหากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นโดยไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค เรียกว่า Inapparent infection หรือ Subclinical infection แต่ถ้ามีอาการของโรคปรากฏให้เห็น เรียกว่า Infection disease (อะเก้อ อุณหเลขกะ, 2540 หน้า 54)

ในการวินิจฉัยการติดเชื้อมี 3 กรณีที่ควรระวังที่ไม่ถือว่าเป็นการติดเชื้อคือ (อะเก้อ อุณหเลขกะ, 2548 หน้า 138) คือ

Colonization หมายถึง การที่มีเชื้อจุลชีพอยู่บนผิวน้ำ หรืออยู่ในเนื้อเยื่อของร่างกาย และเชื้อสามารถเจริญเติบโตแบ่งตัวได้แต่ไม่ทำให้เกิดอาการและไม่พบว่าร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรค

Inflammation เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นที่เนื้อเยื่อของร่างกายเมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือถูกกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นทางกายภาพ ทางเคมี หรือทางชีวภาพ ได้แก่ การอักเสบจากการถูกความร้อน ความเย็น การได้รับยาบางชนิดเข้าหลอดเลือดเป็นต้น

ลักษณะของการอักเสบ คือ บริเวณที่อักเสบแดง (Redness) ร้อน (Heat) บวม (Swelling) และปวด (Pain)

Contamination หมายถึงการที่เชื้ออุบัติร่างกายโดยที่เชื้อไม่ได้เข้าสู่ร่างกาย และไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เช่น การมีเชื้ออุบัตินิวานัง บนมือ การปนเปื้อนของเชื้ออาจเกิดกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ อาหาร น้ำ หรือยา

แนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ระบบที่ระบบต่าง ๆ มีดังนี้

1. การวินิจฉัยการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุ

การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection : UTI) เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด(bacteremia) ในผู้สูงอายุ โดยมีความซุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีพบว่ามีเชื้อโรคในทางเดินปัสสาวะ (bacteriuria) ร้อยละ 20 ในเพศหญิงและร้อยละ 10 ในเพศชาย เชื้อที่ก่อโรคสำคัญได้แก่ E.coli (ไวรัสตัดดี เมืองไฟศาลและประเสริฐ อัสถันดรชัย, 2547, หน้า 315.)

อุบัติการณ์ของ Asymptomatic bacteriuria ในผู้สูงอายุพบได้ร้อยละ 17-50 ในผู้สูงอายุหญิงและร้อยละ 6-34 ในผู้สูงอายุชาย การวินิจฉัยทำได้ค่อนข้างลำบากไม่ชัดเจนเท่าคนหนุ่มสาว อาการที่พบจากการสอบถามความรู้สึกการที่ปัสสาวะเปลี่ยน เช่น มีกลิ่นเหม็น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรักษา Asymptomatic bacteriuria ในผู้สูงอายุเนื่องจากไม่ได้ลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากการติดเชื้อและการเสียชีวิต และไม่ลดการเกิดbacteriuria ในระยะเวลา คือลดการเกิด bacteriuria เนพาะในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการรักษา หลังจากนั้นจะมีการติดเชื้อซ้ำ นอกจากนั้นยังอาจเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา มี drug interaction เพิ่มการเกิดเชื้อดื/oxy และสิ่นปลิ่องค่าใช้จ่ายอีกด้วย (ไวรัสตัดดี เมืองไฟศาลและประเสริฐ อัสถันดรชัย, 2547, หน้า 315)

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อได้ 2 ลักษณะ คือ

1. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีอาการ (Symptomatic UTIs) แบ่งเป็น

1.1 มีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ ได้แก่ ไข้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะ

กระปริบกระปรอย ปัสสาวะลำบาก หรือปวดบริเวณหัวหน่าวร่วมกับผลการตรวจเพาะเชื้อในปัสสาวะพบเชื้อมากกว่า 10^5 ตัวต่อล.

1.2 มีอาการ 2 อย่างขึ้นไปของอาการต่อไปนี้ ได้แก่ ไข้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะกระปริบกระปรอยปัสสาวะลำบาก หรือปวดบริเวณหัวหน่าวร่วมกับหนึ่งข้อใดต่อไปนี้ พบเม็ดเดือดขาว ≥ 10 WBC/ml. หรือ ≥ 3 WBC/high-power field ในปัสสาวะที่ไม่ได้ปั่น พบร่องรอย

จากการทำ Gram stain ในปัสสาวะที่ไม่ปัส เผาเชื้อในปัสสาวะที่เก็บโดยการสวนสายยาง 2 ครั้ง พนบเชื้อชนิดเดียวกัน $\geq 10^2$ colonies/ml. เพาเชื้อจากปัสสาวะ ได้เชื้อชนิดเดียว $\leq 10^5$ colonies/ml. ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น UTI แพทย์ให้การรักษาโดยใช้ยาต้านจุลชีพ

2. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic UTIs) นายถึง การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ โดยผู้ป่วยไม่เคยมีและ ไม่มีอาการดังกล่าวมาແຕ່ แต่ผลการเพาเชื้อ จากปัสสาวะพบเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 10^5 ตัวต่อมล. ถ้าผู้ป่วยเคยติดเชื้อมาก่อน ตรวจพบเชื้อตัวใหม่นักกว่า 10^5 ตัวต่อมล. ให้ถือว่าเป็นการติดเชื้อครั้งใหม่ (คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และ คู่มือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคจาก การคุ้มครองผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช)

2. การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory tract infections)

การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและ/หรือปอดอักเสบวินิจฉัยจากอาการ และอาการแสดงผู้ป่วยไม่ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ผู้ป่วยมีอาการ 3 อายุ่งจากอาการและอาการแสดง 7 อายุ่งต่อไปนี้ (อะเคียว อยุธยา, 2545, หน้า 355)

- 1). เริ่มน้ำอาการไอ หรือไอมากขึ้น
- 2). เริ่มน้ำเส้นหะ หรือมีเส้นหะมากขึ้น
- 3). เริ่มน้ำเส้นหะเป็นหนอง หรือเส้นหะเป็นหนองมากขึ้น
- 4). มีไข้
- 5). เจ็บหน้าอก (pleuritic chest pain)
- 6). เริ่มน้ำอาการ หรือการฟังปอดพบอาการมากขึ้น เช่น พบรales rhonchi หรือ
- 7). ผู้ป่วยเริ่มน้ำอาการหายใจเร็ว หรือมีอาการสัมสาน หรืออาการเหล่านี้เป็นมากขึ้น
ปอดอักเสบอาจวินิจฉัยจากการตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

7.1 การตรวจปอด พบรales หรือ dullness ร่วมกับ การตรวจพบอย่างน้อย 1 อายุ่งต่อไปนี้

- ก. ผู้ป่วยเริ่มน้ำอาการเส้นหะเป็นหนอง หรือลักษณะเส้นหะเปลี่ยนไป หรือ
- ข. พบเชื้อในเลือด

7.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบรfiltration consolidation cavitation หรือ pleural effusion ร่วมกับ การตรวจพบอย่างน้อย 1 อายุ่งต่อไปนี้

- ก. ผู้ป่วยเริ่มน้ำอาการเส้นหะเป็นหนองหรือลักษณะเส้นหะเปลี่ยนไป หรือ
- ข. พบเชื้อในเลือด

3. การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ผิวนัง (Skin infection)

3.1 การติดเชื้อที่ผิวนัง วินิจฉัยได้โดย

- มีตุ่มหนอง แผลมีหนอง ฟี และ
- มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่รอยโรค และ/หรือ
- ตรวจพบเชื้อก่อโรคหรือรอยโรคโดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเชื้อหรือการตรวจทางอิมูโนวิทยา

3.2 การติดเชื้อของเนื้อเยื่อใต้ผิวนัง (soft tissue infection) การวินิจฉัยอาศัยอาการและอาการแสดงของการอักเสบ คือ ปวด บวม แดง ร้อน ของเนื้อเยื่อใต้ผิวนัง การติดเชื้อนี้อาจแบ่งรายละเอียดออกเป็น

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - cellulitis - necrotizing fasciitis - myositis - gangrene | <ul style="list-style-type: none"> - การอักเสบชั้นใต้ผิวนัง - การอักเสบถึงชั้นพังผืดหุ้มกล้ามเนื้อ - การอักเสบของกล้ามเนื้อ - การเน่าตายของกล้ามเนื้อ |
|---|---|

3.3 การติดเชื้อที่แพลงคดทับ (decubitus ulcer) วินิจฉัยโดย

- มีอาการและอาการแสดงของการอักเสบของแพลงคดทับ และ
- ตรวจพบเชื้อบนแบบที่เรียกโดยการดูดสารน้ำจากเนื้อเยื่อข้างแพลงหรือโดยการตัดชิ้นเนื้อข้างแพลง และ/หรือ
- เพาะเชื้อบนแบบที่เรียกจากเลือดได้ผลบวก

(คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และ คู่มือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โรคจากการคุณแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช)

แพลงคดทับในผู้สูงอายุ (Pressure ulcer in the elderly)

แพลงคดทับเป็นหนึ่งในปัญหารือรังที่พบได้บ่อยในผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ แม้ว่าแพลงคดจะได้รับการคุ้มครองย่างดีก็ตามที่พบว่าอาจต้องใช้เวลาถึง 8 สัปดาห์ แพลงคดทับระยะที่สองหายได้ราวร้อยละ 75 ขณะที่แพลงคดทับในระยะที่สามถึงสี่ขึ้นไปได้เพียงร้อยละ 17 ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายอย่างมาก การป้องกันแพลงคดทับจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด (ประเสริฐ อัลลันตชัย, 2547.หน้า 1-6)

ปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดแพลงคดทับพราะจะประมาณว่าได้ดังคำว่าอย่างที่ว่า “NAMEORE” ดังนี้

N- Nutrition พนท.ไม่สามารถป้องกันการเกิดแพลงคดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ก็มีการศึกษาถึงผลดีของการเสริมอาหารประเภทโปรตีนมีส่วนช่วยต่อการหายของแพลงคดทับได้เร็ว

ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความต้องการสารอาหาร โปรตีนที่เหมาะสมในภาวะนี้อยู่ระหว่าง 1.2-1.5 กรัมต่อ หน้าหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ส่วนภาวะโลหิตจางก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการหายของแผล

A- Age ผู้ป่วยรายร้อยละ 70 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ผลกระทบความชราทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผิวนัง เช่น ขึ้น epidermis บางลง จะมีการเบนราบ (effacement) ของ rete ridges อ่อนแรงมาก ทำให้จำนวนของปลายประสาทและหลอดเลือดฟ้อยลดลง capillary blood flow ก็ลดลง

M- Moisture ความชื้นที่ผิวนัง มักเกิดจากการมีปัสสาวะหรืออุจจาระหล่นหรือเหลือง สะสมตัวร่วงผ้า ทำให้เกิดความเสียดทานต่อผิวนัง ยิ่งถ้ามีการเช็ดบ่อยๆ หรือใช้สารต่างๆ มาเช็ดถู ยิ่งทำให้ผิวนังแพ้อักเสบเป็นแพลแผลได้ง่ายขึ้น

E- Emergent illness พบว่า การติดเชื้อในร่างกาย ภาวะทุโภชนาการ การขาดสารน้ำและภาวะ shock มีผลต่อการเกิดแพลกัดทับ ร่างกายที่อ่อนเพลียทำให้การไหลเวียนเลือดที่ผิวนังลดลง ภาวะเครียดที่จิตใจทำให้มีผล platelet aggregability หรือการที่ plasma adrenaline สูงขึ้นทำให้เกิด vasospasm

S- Sensation ผู้ป่วยที่สูญเสียประสาทสัมผัส เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน multiple sclerosis จะมีความเสียบต่อการเกิดแพลกัดทับมากกว่าผู้ป่วยที่สูญเสียแต่การเคลื่อนไหวยังเดียว ผิวนังของผู้ป่วยที่มี spinal injury ซึ่งสูญเสียความรู้สึกส่วนล่างจะร้อนกว่าผิวนังของคนปกติและเมื่อมีแรงกดที่ผิวนัง จะไม่มีปฏิกิริยา hyperemia

O- Hypotension ค่าความดันซิตอติดต่อที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแพลกัดทับในผู้สูงอายุ

Rx- Drug มียาหลายชนิด ได้แก่ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาด้านจิตประสาททำให้การรับรู้การเจ็บปวดการกดทับลดลง ยังทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง ยา dopamine จะเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวทำให้เกิดความหนืดสูงขึ้น ยากลุ่ม betablockers ทำให้เกิด vasoconstriction ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอยู่แล้วจะมีความเสียบต่อการเกิดแพลกัดทับที่เท้า ยากลุ่ม anti-inflammatory agents และ steroids จะทำให้แพลกัดทับหายช้าลง

E- Endothelial dysfunction ภาวะ septic shock และการบาดเจ็บเฉียบพลันมีผลโดยตรงต่อการทำงานของ endothelial cell หรืออีกนัยหนึ่งมีผลทำให้เกิด multi-organ failure ซึ่งผิวนังก็เป็นอีกอวัยวะหนึ่งที่ขาดเลือดมาหล่อเลี้ยงเหมือนที่เกิดกับไต ตับและสมอง

ประดิษฐ์แพลเรื้อรังทุกชนิดจะมีเชื้อจุลินทรีย์อยู่เสมอเป็นเชื้อที่ปรกติอยู่ตามผิวนัง จากนั้นภายใน 24 ชั่วโมงจะเป็นเชื้อจุลินทรีย์ชนิดครั้งลับ การพบรอยแผลขนาดกว่า 10^5 ต่อมิลลิตรอาจไม่มีผลใดๆ ทางเวชกรรมเลยก็ได้ ขณะเดียวกันแพลที่ติดเชื้ออาจมีผลรุนแรงทำให้เกิด osteomyelitis และ septicemia เชื้อจุลินทรีย์ที่มีความสำคัญที่บ่งถึงการติดเชื้อมากกว่า colonization ได้แก่ P. aeruginosa, providencia spp. ส่วนเชื้อกลุ่ม Peptococci, Bacteroides spp. Clostridia พบได้

มากกว่าครึ่งในแผลที่ไม่ตอบสนองการรักษา แต่จะไม่พบรอยในแผลที่กำลังหาย การวินิจฉัยลักษณะแผลที่ติดเชื้อจึงต้องอาศัยการสังเกตทางเวชกรรมเป็นหลัก เช่น กลิ่นที่เหม็น แผลบวมแดง purulent discharge ตลอดจนใช้ส่วนการรักษาโดยใช้ยาปฏิชีวนะชนิดนีดหรือรับประทานใช้เฉพาะกรณีที่เป็น osteomyelitis, septicemia นอกจากนั้นใช้ยาทาแผลที่ เช่น 1% silver sulfadiazine cream, gentamicin cream ทำให้แผลที่ติดเชื้อคืนต้องระวังว่ายาบางชนิดกับทำให้แผลหายช้า เช่น iodine, thimerosal เมื่อแผลมีลักษณะดีขึ้น จึงควรรับหยดยาเหล่านี้ แล้วใช้ dressing มีเนาะสูตรต่อไป

4. การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal tract infections)

Gastroenteritis ผู้ป่วยมีอาการหรือผลการตรวจอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

- 1). ถ่ายเหลว ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 24 ชั่วโมง
- 2). อาเจียน ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 24 ชั่วโมง หรือ
- 3). ตรวจอุจจาระพบรอยเชื้อก่อโรค และผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร (กลุ่นไส้ อาเจียน ปอดหรือคัดเจ็บที่ห้อง หรือห้องเสียง) (อะเคียว อุณหภูมิ, 2545, หน้า 357)

5. การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตา และช่องปาก (Eye, and Mouth infections)

การติดเชื้อที่ตา การวินิจฉัยแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ (อะเคียว อุณหภูมิ, 2548,

หน้า 164)

1. Conjunctivitis ต้องมีลักษณะอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้

1.1 เพาะเชื้อก่อโรคได้จากหนองที่ได้จาก Conjunctiva หรือเนื้อเยื่อที่อยู่โดยรอบ เช่น เปลือกตา แก้วตา ต่อมไขมันที่หนังตา หรือต่อมน้ำตา

1.2 ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือแดงบริเวณ Conjunctiva หรือรอบ ๆ ตาร่วมกับอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ เช่น

ก. พบรอยเลือดขาว (Wbc) และเชื้อก่อโรคจากการย้อมสี Gram ของหนอง

ข. มีหนองไหลออกมาก

ค. พบแอนติเจน (จากการทำ ELISA หรือ IF) จากของเหลวหรือตึงที่ขูดออก

จากเยื่อบุตา

จ. เพาะแยกเชื้อไวรัสได้ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

2. การติดเชื้อในนอกจาก Conjunctivitis ต้องมีลักษณะอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้

2.1 เพาะเชื้อก่อโรคได้จาก Anterior หรือ Posterior Chamber ของ Vitreous fluid

2.2 ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 2 อย่างต่อไปนี้ โดยไม่พนสาเหตุอื่น : ปวดตา มองเห็นภาพไม่ชัด หรือ Hypopyon ร่วมกับอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

ก. แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อที่ตา

ข. ตรวจพบแอนติเจนในเลือด (ได้แก่ H. influenzae, S. pneumoniae)

ค. เพาะเชื้อได้จากเลือด

การติดเชื้อในช่องปาก การติดเชื้อในปาก ลิ้น หรือเหงือก ต้องมีลักษณะอย่างน้อย 1 อย่าง ต่อไปนี้ (อะเค็อกุณฑ์เลขกะ, 2548, หน้า 166)

1. เพาะเชื้อก่อโรคได้จากหนองจากเนื้อเยื่อหรือช่องปาก

2. ผู้ป่วยมีฟันหรือมีหลักฐานที่แสดงว่ามีการติดเชื้อในช่องปาก ซึ่งพบรากการตรวจโดยตรงขณะผ่าตัดหรือจากการตรวจทางพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อ

3. ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้ โดยไม่พนสาเหตุอื่น : มีฟันแพล หรือฝ้าขาวบริเวณเยื่อบุที่มีการอักเสบ หรือมีจุดในเยื่อบุช่องปาก ร่วมกับอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

ก. ตรวจพบเชื้อก่อโรคจากการสังเคราะห์ Gram หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง

ข. แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อและให้ยารักษาเฉพาะที่หรือให้ยารักษาเชื้อร้ายเฉพาะที่ชนิดรับประทาน

1.4 การแยกผู้ป่วย (Isolation Precautions)

Isolation Precautions หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจุลชีพจากผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่มีเชื้ออยู่แต่ไม่ปรากฏอาการ (Carrier หรือ colonized) ไปสู่บุคคลภายนอก หรือญาติ หรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย วิธีการที่มีความเป็นไปมากที่สุด คือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแหล่งโรค ซึ่งอาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ การแยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยก การถ้างมือ การใช้ผ้าปูปักและชุดนุ่ก การใช้เสื้อคลุม การสวมถุงมือ การทำลายเชื้อบนอุปกรณ์การแพทย์ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม เป็นต้น การปฏิบัติตามหลัก Isolation Precautions มีวิธีการปฏิบัติตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุดขึ้นอยู่กับ

วิธีการแพร่กระจายของเชื้อแต่ละชนิด โดยทั่วไปการแยกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เมื่อสองสิ่งว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อ จะก่อให้เกิดผลคือตัวผู้ป่วยและญาติ

หลักในการแยกผู้ป่วยควรพิจารณาว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อใด มีความจำเป็นต้องแยกผู้ป่วยหรือไม่ วิธีการแพร่กระจายของเชื้อร่วมทั้งพำนัชหรือสิ่งที่อาจนำเชื้อสู่ผู้อื่น เนื่องจากเชื้อแต่ละชนิดมีวิธีการแพร่กระจายหรือวิธีการติดต่อ มีธรรมชาติและมีรังโรคแตกต่างกัน การเลือกวิธีการ

แยกผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น (อะเด็ม อุณหเดลักษณ์, 2545, หน้า 95-103)

หลักการพื้นฐานในการแยกผู้ป่วยและการระมัดระวังมิให้เชื้อโรคแพร่กระจาย

1. การล้างมือ และการสวมถุงมือ (Handwashing and Gloving) การล้างมือ เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการลดการแพร่กระจายเชื้อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง และการสวมถุงมือมีส่วนช่วยในการลดการแพร่กระจายเชื้อได้
2. การจัดสถานที่ให้ผู้ป่วย (Patient Placement) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการแยกผู้ป่วย ปกติใช้ห้องละ 1 คน อาจจัดให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันพักอยู่ในห้องเดียวกัน สิ่งสำคัญที่ควรพิจารณาในการจัดสถานที่ คือ
 - 2.1 เป็นห้องเดียว
 - 2.2 ประตูบิดมิดชิด
 - 2.3 มีอ่างล้างมือภายในห้อง
 - 2.4 มีเครื่องกรองเชื้อโรค กรองอากาศก่อนออกสู่ภายนอก
 - 2.5 มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นครบ
3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ (Transport of Infected Patient) การจำกัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่รุนแรงหรือติดเชื้อที่แพร่กระจายได้ง่าย ควรเคลื่อนย้ายเมื่อมีความจำเป็นจริงๆ เป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยลดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อ
4. เครื่องป้องกัน (Protective Barriers) ได้แก่ ผ้าปิดปาก-จมูก แวนต้า เตือกคุณ เป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ และเลือกใช้ตามความเหมาะสม
5. สิ่งของและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย (Patient-Care Equipment and Articles) เมื่อใช้แล้วควรใส่ภาชนะหรือถุงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อสู่สิ่งแวดล้อม
6. เครื่องผ้า และการซักผ้า (Linen and Laundry) เครื่องผ้าที่ห่มของผู้ป่วย อาจมีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรค ควรแยกผ้าส่งซักหรือจัดการไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อม
7. อุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหาร (Eating Utensils) ทำความสะอาดโดยใช้น้ำร้อน และน้ำยาล้างจานกีเพียงพอ
8. การทำความสะอาด (Routine and Terminal Cleaning) ห้องผู้ป่วย สิ่งของ เครื่องใช้ภายในห้อง ควรได้รับการทำความสะอาดโดยพิจารณาถึงการปนเปื้อน

- ของเชื้อในบริเวณนั้น และการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในห้องที่เคยมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อบางชนิด
9. การอบห้องและการทำให้ปลอดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องฆ่าจุลชีพด้วยการอบห้องด้วยฟอร์มัลิน หรือใช้รังสีอัลตราไวโอลेट จุดมุ่งหมายของการอบห้องเดิม คือ ความพยายามที่จะฆ่าเชื้อออยู่ในอากาศมากกว่า ซึ่งการใช้วิธีเปิดหน้าต่าง หรือเปิดเครื่องดูดอากาศแทนก็เพียงพอ การใช้ฟอร์-มาลินมีปัญหาคืออาจเป็นสารก่อมะเร็ง ทำให้แสดงตามผิวนัง และเสียเวลาในการปิดห้องไป 2-3 วัน ในขณะที่ใช้วิธีเปิดหน้าต่างหรือเปิดเครื่องดูดอากาศเพื่อให้กระแสลมพาเชื้้ออกไปจากห้องใช้เวลา 10 นาที สำหรับห้องที่ไม่มีหน้าต่าง เช่น ห้องผู้ตัด ใช้เครื่องบันรับอากาศหรือพัดลมดูดอากาศในห้อง สามารถแลกเปลี่ยนลมขนาดปริมาตรเท่ากับห้อง ได้ 20-25 ครั้ง/ชั่วโมง ส่วนห้องแยกห้องน้ำและการแยกเปลี่ยนลม ได้เท่ากับ 6 ครั้ง/ชั่วโมง การฆ่าเชื้อที่ต้องอยู่ที่พื้นทำได้โดยการเห็นดูพื้นด้วยตา หรือน้ำยาฆ่าเชื้อก็เพียงพอแล้ว

แนวทางการแยกผู้ป่วย แบ่งวิธีปฏิบัติออกเป็น 2 ขั้น คือ

ศูนย์ควบคุมโรค สถาบันเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) และ The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) ได้แบ่งวิธีการปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (สมหวัง ดำเนชัยวิจิตร, 2544, หน้า 115-116)

1. **Standard Precautions** เป็นการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อหรือไม่ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใด Standard Precautions เกิดขึ้นจากการนำแนวทางการปฏิบัติของ Universal Precautions ซึ่งเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากเดือดและสารคัดหลังของร่างกาย และ Body Substance Isolation มาใช้กับผู้ป่วยทุกราย Standard Precautions ใช้กับเดือด สารน้ำของร่างกาย สารคัดหลังทุกชนิด อุจจาระ ปัสสาวะ ผิวนังที่มีน้ำดрапและเยื่อบุของร่างกาย (mucous membrane)

2. **Transmission-Based Precautions** ใช้ในกรณีที่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคใด หรือสงสัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อหรือมีเชื้อเจริญอยู่ตามร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเชื้อสามารถแพร่กระจายทางอากาศทางละอองฝอยน้ำมูกน้ำลายหรือโดยการสัมผัส ผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้ง่าย หรือเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดปัญหารุนแรง ควรได้รับการดูแลโดยใช้ Standard Precautions ร่วมกับ Transmission-Based Precautions เพื่อตัดหนทางการแพร่กระจายของเชื้อ

Transmission-Based Precautions แบ่งออกได้เป็น 3 วิธี คือ

- 2.1 Airborne Precautions ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ เช่น ในโรคคอตีบ (Diphtheria), 簌กใส (Chickenpox), การติดเชื้อ Herpes zoster ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง, วัณโรคปอด, หัด
- 2.2 Droplet Precautions ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย เช่น โรคหัด (measles) 天花 (Mumps), ไอกรน (Pertussis), โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
- 2.3 Contact Precautions ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสทั้งทางตรง และทางอ้อม เช่น การสัมผัสกับอุจจาระ ในโรค Cholera, Gastroenteritis จากเชื้อ E.coli, Salmonella Shigella, Typhoid Fever, Hepatitis A การสัมผัสกับ Drainage and Discharge เช่น Abscess, Burn infection, Conjunctivitis, Skin infection และการสัมผัสกับ Blood and Body Fluid เช่น AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C, Leptospirosis, Syphilis

ISOLATION PRECAUTIONS

STANDARD PRECAUTIONS TRANSMISSION-BASED PRECAUTIONS

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Universal Precautions - Body Substance Isolation | <ul style="list-style-type: none"> - Airborne Precautions - Droplet Precautions - Contact Precautions |
|---|--|

ภาคที่ 3 Isolation Precautions

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne Precautions)

เป็นการแยกเพื่อลดความเสี่ยงของเชื้อที่กระจายทางอากาศ โดยผ่านทาง蒸腾 หรือผ่านละอองที่มีเชื้อปะปนอยู่

ข้อปฏิบัติ

1. ควรจัดห้องแยกที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก
2. ล้างมือก่อน และหลังให้การพยาบาล

3. สวมผ้าปิดปาก-จมูกที่สามารถกรองอากาศได้ ให้มีดีชิด เมื่อเข้าไปในห้องแยก

4. สวมถือคลุม เมื่อเดือผ้ามีโอกาสเป็นปืนเลือด หรือสารน้ำในร่างกาย

5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก จมูก เมื่อไอหรือจาม

6. เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องออกนกห้องแยก ต้องผูกผ้าปิดปาก-จมูก

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละของเสมอ (Droplet precautions)

เป็นการแยกเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่แพร่เชื้อทางละของเสมอ อาจอยู่บริเวณ
เยื่อบุปาก จมูก หรือเยื่อบุตา อาจติดต่อได้หากต้องใกล้ชิดผู้ป่วยในระยะไม่เกิน 3 ฟุต เช่น การดูด
เสมอในท่อหลอดลมคอก การส่องกล้อง

ข้อปฏิบัติ

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก โรคเดียวกันอยู่ห้องเดียวกัน ได้ ควรปิดประตูเสมอ

2. กรณีอยู่ร่วมกัน ให้จัดเตียงผู้ป่วยให้ห่างกัน ไม่น้อยกว่า 3 ฟุต

3. ล้างมือก่อน และหลังให้การพยาบาล

4. สวมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อเข้าใกล้ผู้ป่วยในระยะ ไม่น้อยกว่า 3 ฟุต

5. เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องออกนกห้องแยก ต้องสวมผ้าปิดปาก-จมูก

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางสัมผัส (Contact precautions)

เป็นการแยกเพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อทางการสัมผัส เช่น การสัมผัสผิวหนัง
เครื่องมือเครื่องใช้ของผู้ป่วย หรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัย

ข้อปฏิบัติ

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก ปิดประตูเสมอ

2. สวมถุงมือเมื่อสัมผัสผู้ป่วย เลือด และน้ำในร่างกายผู้ป่วย

3. ถอดถุงมือทันทีที่เลิกใช้ และทิ้งในภาชนะที่เตรียมไว้ที่เดียวหรือในห้องผู้ป่วย และ
ล้างมือทันที

4. สวมถือคลุมในกรณีที่อาจมีการกระเด็นของเลือด สารน้ำในร่างกาย หนองจาก
แผล และแหวนถือคลุมไว้ในห้องผู้ป่วย

5. แยกของใช้ทุกชนิดจากผู้ป่วยอื่น

6. ทำความสะอาดเตียง และของใช้ทุกชนิดอย่างเพียงพอ

7. เมื่อเลือดหรือสารคัดหลังปืนพ่นฟัน ควรเช็ดออกด้วยกระดาษหรือผ้ากันแล้ว
ทำลายเชื้อบริเวณที่ปืนพ่นด้วย 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรต์ ทิ้งไว้นาน 30 นาที

8. ของใช้ที่ป่นเมื่อนำเข้า ควรบรรจุถุงมีดีชิด และส่งทำลายต่อไป

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal precautions)

Universal Precautions หมายถึง การระมัดระวังป้องกันของบุคคลากรในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้บุคคลากรและผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อที่อาจติดต่อทางเดือดและสารน้ำจากร่างกาย (Blood and body fluids) โดยให้ถือว่าเดือดและสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสที่จะมีเชื้อที่มีอันตรายต่อผู้สัมผัสได้ และให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการทุกรายเหมือนกันและทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน

Universal Precautions หมายถึง การปฏิบัติตามข้อปฏิบัติที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อที่มีอยู่ในร่างกายของผู้ป่วยทุกรายมีเชื้อเช่นไวรัส เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อที่มีอยู่ในเดือดตัวอื่น ๆ อยู่ในร่างกายและเชื้อสามารถแพร่กระจายสู่บุคคลากรได้หากบุคคลากรไม่ระมัดระวัง (วรพจ. ต้นติคิริวัฒน์ , 2543, หน้า 1)

หลักการของการป้องกันการติดเชื้อแบบ Universal Precautions

1. ให้ถือว่าเดือดหรือสารน้ำในร่างกายผู้ป่วยและบุคคลากรทางการแพทย์ทุกคนทั้งที่ทราบผลการตรวจและไม่ทราบ มีโอกาสที่จะมีเชื้อโรคอันตรายอยู่ การปฏิบัติงานใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับเดือดหรือสารน้ำจากร่างกายจึงต้องระมัดระวังในผู้ป่วยทุกรายและทุกโอกาสที่ปฏิบัติงาน

2. การใช้ Universal Precautions นี้เป็นมาตรการเสริมการป้องกันการติดเชื้อและต้องใช้ร่วมกับมาตรการอื่น เช่น Aseptic และ Antiseptic techniques โดยลดโอกาสการติดเชื้อด้วยวิธีการดังนี้

2.1 การป้องกันอุบัติเหตุ (Accidents prevention) คือการวางแผนปฎิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างชัดเจน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย โดยเฉพาะเมื่อใช้ของแหลมหรือของมีคม

2.2 การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม (Use of Protective Barriers) คือการจัดการเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก เสื้อคลุม เป็นต้น เพื่อลดโอกาสที่เชื้อโรคส์และเชื้ออื่นๆ จะเข้าร่างกายทางบาดแผลที่ผิวนานั้นหรือเข้าทางเยื่อเมือก

2.3 การมีสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี (Hygiene and Sanitation) คือคำนึงถึง Aseptic technique การล้างมือที่ถูกต้อง การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีสุขลักษณะอนามัยที่ดี มีความสะอาด รวมทั้งการทำลายเชื้อ (Disinfection) ทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) และการกำจัดของเสียที่ต้อง

การแยกผู้ป่วยและการระวังมือให้เชื้อโรคแพร่กระจาย การล้างมือ (Handwashing)

การล้างมือมีความสำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อ เพราะขณะที่ให้การพยาบาลมีมือโอกาสได้รับเชื้อโรคจากการสัมผัสกับผู้ป่วย ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องใช้ที่สัมผัสกับเด็กและสารคัดหลังต่างๆ มือจึงเป็นพาหะอย่างดีในการแพร่กระจายเชื้อ การล้างมือที่ถูกต้องตามหลักวิธีจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นได้

เป้าหมายของการล้างมือ คือ เพื่อกำจัดผุ่นละออง ลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียบนผิวนังของฝ่ามือ การล้างด้วยสบู่ธรรมชาตี้แล้วล้างออกด้วยน้ำจะทำให้ช่วยกำจัดเชื้อแบคทีเรียได้มากซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ โดยเฉพาะในผู้ที่พิร่องอิมมูน (M. Peter., J. Wendy. And M. Madeleine.

1994. p 89)

ข้อบ่งชี้ในการล้างมือ

1. ก่อนเริ่มการปฏิบัติงาน และหลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน
2. ก่อนการให้ยาผู้ป่วย
3. ก่อนที่จะทำกิจกรรมการพยาบาลที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การสวนปัสสาวะ
4. ก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับยาจากภูมิต้านทาน หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง
5. ก่อนและหลังการทำแผล หรือการสัมผัสแผลต่างๆ
6. ภายหลังการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลังต่างๆ
7. ภายหลังการถูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ
8. ภายหลังจากการใช้ห้องน้ำและภายหลังจากการไอหรือจาม
9. ระหว่างการสัมผัสผู้ป่วยจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง

ประเภทของการล้างมือ

การล้างมือมี 3 ประเภท คือ

1. การล้างมือธรรมดา (normal handwashing) เป็นการล้างมือเพื่อกำจัดสิ่งสกปรกและเชื้อโรคที่อาศัยอยู่ชั่วคราว โดยการล้างมือด้วยสบู่ให้ทั่วทุก處 ทุกช่องของนิ้วมือนาน 10 วินาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้งด้วยกระดาษหรือผ้าที่สะอาดและแห้ง (ใช้ครั้งเดียวทิ้งหรือซัก)

2. การล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ ก่อนการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้เทคนิคป้องกันเชื้อและหลังสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อหรือต้องที่ปนเปื้อนเชื้อโรค (hygiene

handwashing) เป็นการล้างมือเพื่อกำจัดและทำลายเชื้อ โรคที่อาศัยอยู่ชั่วคราว โดยการล้างมือด้วยน้ำยาหรือสบู่ยาฆ่าเชื้อ เช่น Chlorhexidine 4% หรือ Iodophor 7.5% ให้ฟอกนีโอถ่างทั่วถึงตามขั้นตอนการล้างมือนานไม่น้อยกว่า 30 วินาที แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้งด้วยผ้าหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาด

3. การล้างมือเพื่อเตรียมทำหัตถการ (surgical handwashing) เป็นการล้างมือเตรียมทำผ่าตัด ทำความสะอาด เป็นการล้างมือเพื่อกำจัดและทำลายเชื้อ โรคที่อาศัยอยู่ชั่วคราว และลดจำนวนเชื้อ โรคที่อยู่ประจำโดยการฟอกนีโอ และแขนให้ถึงข้อศอก ใช้เบรง เบรงนีโอและเดินให้ทั่วคืนน้ำยา เช่น Hibiscrub, Povidine, Iodine โดยใช้ระยะเวลาในการฟอกนาน 3-5 นาที แล้วล้างมือด้วยน้ำสะอาด และเช็ดให้แห้งด้วยผ้าที่ปราศจากเชื้อ

ขั้นตอนการล้างมือ

1. ขั้นตอนการฟอกนีโอ

1.1 เปิดน้ำรากมือหั้งส่องข้างถึงข้อมือ ฟอกสบู่ให้ทั่ว หันฝ่ามือเข้าหากัน ฟอกๆ 3 ครั้ง

1.2 ฝ่ามือข้างหนึ่งถูหลังมืออีกข้างหนึ่ง และกางนิ้วมือเพื่อถูซอกนิ้วนิ้วมือ

1.3 หันฝ่ามือเข้าหากันและถูระหว่างซอกนิ้วนิ้วมือ

1.4 ทำนีโอในลักษณะขับล็อกกัน ใช้ฝ่ามือถูหลังนิ้วนิ้วมือ และนิ้วนิ้วถูนิ้วนิ้วมือ

1.5 มือข้างหนึ่งขับนิ้วหัวแม่มือหมุนไปมา

1.6 ขยับปลายนิ้วนิ้วมือข้างหนึ่งถูวนไปมาบนฝ่ามืออีกข้างหนึ่ง

1.7 ถูรอบข้อมือ

ขั้นตอนที่ 1.2-1.7 ทำ 5 ครั้งสลับกันทั้ง 2 ข้าง อย่างน้อย 10 วินาที สำหรับการล้างมือแบบธรรมชาติ, 30 วินาทีสำหรับการล้างมือเพื่อปฎิบัติการพยาบาลที่ใช้เทคนิคปลดออก เชื้อ แล้วจึงล้างสบู่ออกคืนน้ำที่ไหลผ่านตลอด โดยการล้างจากปลายนิ้วนิ้วมือไปข้อมือ พร้อมทั้งขัดถูมือให้ทั่วทุกด้าน เมื่อสบู่หมดให้ยกมือขึ้นสูงเหนือข้อศอกเพื่อป้องกันน้ำไหลย้อนจากบริเวณสกปรกมาบริเวณที่สะอาด

2. ขั้นตอนการทำให้มือแห้ง

หลังจากล้างสบู่ออกแล้ว ยกมือให้สูงกว่าข้อศอกเดินไปหยิบผ้าหรือกระดาษเช็ดมือที่แห้งสะอาดเช็ดให้แห้งจากนิ้ว ซอกนิ้ว ฝ่ามือ ข้อมือ แขน และข้อศอก นำผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือทึบในที่ที่สะอาดไว้

การล้างมือแห้ง

การล้างมือแห้งเป็นอีกวิธีหนึ่งในการฆ่าเชื้อโรค ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถล้างมือเปียกได้ เช่นมืออ่างล้างมือไม่เพียงพอ ควรล้างมือแบบแห้ง โดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ 5%glycerine in 70% Alcohol โดยใช้น้ำยาดังกล่าวในบริมาณเพียงพอที่จะเปียกมือ ให้ทั่ว และถูมือทั้งสองข้างให้ทั่ว จนกระหึ่ม มือแห้ง ซึ่งใช้เวลานาน 20-30 วินาที ถ้าจะใช้สำหรับ surgical scrub ให้ใช้น้ำยาเพียงพอที่จะเปียกถึง ข้อศอก ถูกให้ทั่วจนแห้ง ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ในกรณีที่มือเปื้อนสิ่งอื่น เช่น เสื้อ ถุง ต้องล้างออกก่อน เพราะสารเหล่านี้จะทำให้น้ำยา ออกฤทธ์ฆ่าเชื้อโรค ได้ไม่ดี และในการใช้น้ำยาทำความสะอาดมือแบบแห้งนี้ ห้ามใช้น้ำล้างมือ

การทำลายเชื้อ (Disinfection)

การทำลายเชื้อ (disinfection) หมายถึง กระบวนการการทำลายหรือหยุดยั้งการเจริญของเชื้อ โรคให้คล่องจนถึงระดับที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สารเคมีที่ใช้นี้เรียกว่า สารการทำลายเชื้อ (disinfectants) ถ้าใช้กับสิ่งของที่ไม่มีชีวิต แต่ถ้าใช้กับเนื้อเยื่อหรือผิวนังของคนจะเรียกว่า น้ำยา ฆ่าเชื้อ (anti-septics)

การทำลายเชื้อจนถึงขั้นที่ทำให้ปราศจากเชื้อ (sterilization) หมายถึง กระบวนการการทำเชื้อ โรคทุกชนิดทั้งมีสปอร์และไม่มีสปอร์

วิธีการทำลายเชื้อที่คือสุดคือ การล้างทำความสะอาด (cleaning) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ มาก แต่ถูกนองข้ามการล้างน้ำสามารถลดจุลชีพลงได้เกือบหมดส่วนที่เหลือหลังจากการล้างอาจ จะต้องการทำลายเชื้อต่อไปด้วยกรรมวิธีอื่น สิ่งที่ควรจะจำจำและนำไปปฏิบัติคือน้ำยาการทำลายเชื้อไม่ใช้สิ่ง ที่ดแทนการล้าง

หลักการเลือกวิธีการทำลายเชื้อ มีดังนี้

1. เลือกใช้วิธีการกำจัดก่อนถ้าทำได้ เช่น การล้าง การต้ม (boiling) พาสเจอร์ไร ไซซ์ (pasteurization) เป็นต้น เนื่องจากทำง่ายประหยัดและมีประสิทธิภาพดี เชื่อถือได้

2. การเลือกใช้น้ำยาการทำลายเชื้อทั้งสารการทำลายเชื้อและยาฆ่าเชื้อย้อมแตกต่างกันตาม ภาวะและความจำเป็น

วิธีการทำลายเชื้อ (methods of disinfection)

1. วิธีทางกายภาพ (physical methods)

- 1.1 การล้าง

- 1.2 การใช้ความร้อน

- 1.2.1 การต้มเดือด

1.2.2 พลาสเจอร์ไโรเชชั่น

1.2.3 สเตอริโรเชชั่น

2. การใช้สารเคมี (chemical Disinfection)

การล้าง

การล้างด้วยน้ำอาจจะใช้สารเคมีที่ใช้ชำระล้าง (detergent) ช่วยหรือการใช้เครื่องล้างพิเศษแบบ ultrasonic Cleanser เป็นวิธีจัดล้างปกกระแสือจุลชีพออกจากตัวของ การล้างเป็นการทำลายเชื้อที่ง่ายและมีประสิทธิภาพดีที่สุด การล้างที่ถูกต้องสามารถขจัดจุลชีพออกจากวัสดุเก็บทั้งหมด และเพียงพอสำหรับการทำลายเชื้อสำหรับเครื่องใช้โดยทั่วไป การล้างเป็นขั้นแรกที่สำคัญที่สุดสำหรับการทำลายเชื้อในขั้นต่อไป ไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตามสิ่งของที่ปนเปื้อนมากๆ น้ำยาไม่สามารถทำความสะอาดได้ เพราะสิ่งที่ปนเปื้อนนั้นจะทำปฏิกิริยากับน้ำยาหรือเป็นเกราะป้องกันเชื้อโรคไม่ให้สัมผัสกับน้ำยา ดังนั้นจึงควรเน้นการล้างให้มากที่สุด

การต้มเดือด

การต้มเดือดเป็นวิธีการทำลายเชื้อที่มีประสิทธิภาพดีมากทำง่ายและราคาถูก การต้มเดือดนาน 10 นาที จะสามารถทำลายเชื้อได้ยกเว้นสปอร์ แต่สำหรับเชื้อโรคที่อันตราย เช่น ไวรัส HIV องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ต้มเดือดนาน 20 นาที เพื่อให้มั่นใจ ดังนั้น การต้มเดือดที่มีประสิทธิภาพที่เชื่อถือได้ ควรจะต้มเดือดนาน 20 นาทีขึ้นไป

ข้อปฏิบัติสำหรับผ้าปูที่นอน

1. แยกประเภทของผ้า บรรจุในภาชนะที่สามารถกันการรั่วซึมของน้ำ มีฝาปิดมีหูจับแยกประเภทของผ้าเบื้องต้นแต่ละชนิด เช่น ผ้าเบื้องคราฟเจี้ย ไคล, ผ้าเบื้องเดือดหรือสารน้ำจากร่างกาย, ผ้าเบื้องอุจาระ เป็นต้น

2. ขัดถูปูนเบื้อง เช่น อุจาระ ก้อนเลือด เศษถ้วย ออกก่อน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

การจัดเก็บขยะติดเชื้อ

1. ภาชนะบรรจุมีฝาทึบปิด และบุด้วยถุงพลาสติก ถุงถีดง เหนียว ขยายแผลลมคอมจะต้องมีความแข็งแรงป้องกันการหลุดหลวบ

2. สถานที่เก็บขยะสามารถป้องกันลักษณะแผลลงได้ เป็นที่มีคีซิต

การป้องกันอุบัติเหตุจากการถูกเขมและของมีคมที่มีแหงและปฏิบัติงาน

เป็นอุบัติเหตุที่มีความสำคัญมากที่สุดในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ ไวรัสเออดส์จากการปฏิบัติงานดังนั้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุนี้จึงควรปฏิบัติตามหลักการดังต่อไปนี้

1. หลังนีดยาหรือเจาะเลือดผู้ป่วยเสร็จ ไม่ต้องสวมปลอกเข็มคืน ทิ้งระบบอกรดียาและเข็มลงในภาชนะที่มีนิคชิด เนื่ม ไม่สามารถแทรกหัวปลอกแล้วยกขึ้นลงปลอกเข็มสามารถพับแล้วกดปลอกเข็มลงให้ปิดแน่น (One-handed scoop method) หรือใช้เครื่องมือช่วยจับปลอกเข็มให้ตรึงกับที่ ภาชนะที่รองรับเข็มควรจัดไว้ใกล้บริเวณที่จะใช้งานมากที่สุด

2. การส่งเครื่องมือคม ให้ใช้วิธีวางเครื่องมือลงบนภาชนะ (No touch technique) เช่น ถุงหรือชามรูปไข่

3. เครื่องมือที่มีคมต่างๆ ควรหยิบจับอย่างระมัดระวัง ทึ้งในขณะที่ล้างทำความสะอาดเพื่อนำกลับไปใช้อีก หรือเพื่อนำไปทำลาย

การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Protective Barriers)

การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ถูกต้องเหมาะสมจะสามารถช่วยป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลังจากร่วงกาย

1. ถุงมือ (Glove)

ถุงมือเป็นอุปกรณ์ป้องกันฯ ที่ใช้มากที่สุด แต่การใช้มีโอกาสผิดพลาดได้ง่าย การใช้ถุงมือควรปฏิบัติ ดังนี้

1.1 เลือกใช้ชนิดของถุงมือให้สอดคล้องกับกิจกรรม ประกอบด้วย

ก. ถุงมือปราศจากเชื้อ (Sterile glove) ได้แก่

- Surgical glove ขนาดสั้นสำหรับหัตถการ
- Surgical glove ขนาดยาวสำหรับการล้างรัก และการผ่าตัดที่มีเสือดออกมาก
- Examination glove สำหรับการตรวจทั่วไป ที่ต้องการความปราศจากเชื้อ

ข. ถุงมือสะอาด (Cleaned glove) ได้แก่

- Examination glove สำหรับการตรวจทั่วไป ที่ต้องการความสะอาดเท่านั้น
- Heavy duty glove ถุงมือยางหนาหรือถุงมือแม่บ้านสำหรับงานซักถัง

1.2 ใส่ถุงมือทุกครั้งที่มีมือบาดแผล หรือคาดว่าจะสัมผัสสิ่งที่อาจมีเชื้อโรคได้

1.3 ต้องเปลี่ยนถุงมือและถ่างมือทุกครั้ง เมื่อจะปฏิบัติกรรมใหม่ ถูแลผู้ป่วยรายใหม่ จับต้องผู้ป่วยที่เป็นเด็กหรือสารน้ำจากร่างกาย หรือทุกครั้งที่ใช้ถุงมือ ปราศจากเชื้อแล้วเกิดการปนเปื้อน (Contamination)

1.4 เมื่อว่าจะใช้ถุงมือ ต้องไม่ลืมที่จะ “ถ่างมือ” อย่างถูกต้อง โดยถ่างมือก่อนและหลังส่วนถุงมือทุกครั้ง

1.5 การถอดถุงมือระวังไม่ให้มือสัมผัสด้านนอกของถุงมือ

การพิงถุงมือ

1. ถุงมือที่เป็นมาก ให้ทึบลงถังทึบขยะติดเชื้อ (ถุงสีแดง)
2. ถุงมือปลดล็อก เชื้อ และถุงมือสะอาดที่ไม่เป็นชั้ดเจน ให้แข่ลงในกระป่องใส่น้ำยาฆ่าเชื้อเพื่อนำไปฆ่าเชื้อ และนำมายังไว้ใหม่
3. ถุงมือขาด ให้ทึบลงในถังขยะธรรมชาติ (ถุงสีดำ)

2. ผ้าปิดปาก – ชมูก (Mask)

ควรสวมผ้าปิดปาก-ชมูก เมื่อให้การดูแลผู้ใช้บริการที่คาดว่าจะมีเลือดหรือสารคัดหลังของผู้ใช้บริการระดีนหรือพุงสู่ใบหน้า นอกจากนี้ยังใช้กับผู้ป่วยที่แพ้เชื้อจากชมูกและปาก เช่น ในผู้ป่วยเป็นวัณโรค ไข้หวัดใหญ่ การใช้ผ้าปิดปาก-ชมูก ควรสวมให้กระชับกับใบหน้า หากเปียกชื้นควรเปลี่ยนใหม่ โดยถ่างมือก่อนถอด และขณะถอดไม่สัมผัสกับด้านนอกของผ้าปิดปาก-ชมูก

3. ผ้ายางกันเปื้อน (Apron)

ผ้ายางกันเปื้อนใช้เสริมในการป้องกัน เมื่อคาดว่าจะมีเลือดหรือสารคัดหลังของผู้ป่วยกระดีนหรือพุงเข้าสู่ร่างกายเป็นปริมาณมาก หรือขณะถ่างเครื่องมือที่ป่นเปื้อนจำนวนมาก เพื่อป้องกันน้ำกระดีน

การดูแลสุขภาพบุคลากรและผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน(Employee and Caregiver Health)

บุคลากรและผู้ให้การดูแลจะมีความตึงเครียดต่อการติดเชื้อในการปฏิบัติงานเนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีการติดเชื้อ ต้องทำงานกับอุปกรณ์มีคมและอาจเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน จากผลการวิจัยของ นงนภัส แคนธ์ และคณะ (2547) เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพ พบว่าควรจัดให้ความรู้เรื่องการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อในเรื่อง 1) การป้องกันอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ 3) การปฏิบัติในภาวะเสี่ยงหลังการสัมผัสเชื้อและตามวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ 4) การเก็บปัญหาในการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อ

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านเกิดการติดเชื้อ

2.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

2.1.1 ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ได้แก่

อายุ

ความเมื่อยล้า (aging) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความเสื่อมโทรมไปตามกาลเวลาภายหลังที่มีการเจริญเติบโตโดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายอย่างถาวร ไม่สามารถดีกลับมาคืนได้ (วารี กง.ใจ, 2540, หน้า 3-4)

ความเมื่อยล้าสามารถจำแนกได้ 5 ลักษณะ ดังนี้

1. ความเมื่อยล้าทางชีวภาพ (Biological aging) เป็นการคาดคะเนถึงประสิทธิภาพของการทำงานของร่างกายจะเป็นไปตามอายุขัย การขัดความเมื่อยล้าทางชีวภาพจะทำได้โดยอุดมจากความสามารถในการทำงานที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ หัวใจ สมอง เป็นต้น ผู้เมื่อยล้าอยู่บ่อยมีประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายสูงกว่าผู้ที่เมื่อยล้ามากกว่า

2. ความเมื่อยล้าทางจิตวิทยา (Psychological aging) เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลว่าควรจะมีการปรับตัวอย่างไรจึงจะสามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีอายุเท่า ๆ กัน

3. ความเมื่อยล้าทางการปฏิบัติหน้าที่ (Functional aging) หมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมกับวัยของตนในสังคมนั้น ๆ

4. ความเมื่อยล้าทางสังคม (Social aging) หมายถึงบทบาทและนิสัยทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในสังคมเดียวกัน โดยเปรียบเทียบกับบุคคลหนึ่ง ๆ ในสังคมที่อายุเท่า ๆ กัน คุณลักษณะทางชีวภาพและจิตวิทยาของบุคคลจะมีผลต่อแบบฉบับและคุณค่าทางสังคมได้

5. ความเมื่อยล้าทางจิตวิญญาณ (Spiritual aging) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเองและการรับรู้ของตนเองของความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และมุ่งมองต่อโลกของตนเอง

เพศ

เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับการติดเชื้อเหมือนกัน พบร้าโรคบางชนิดพบมากในแต่ละเพศไม่เท่ากัน เช่น มักพบโรคปอดบวมในผู้ชายมากกว่า และพบโรคอีดีอีแคร์ (scarlet fever) ในผู้หญิงมากกว่า เพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาอย่างหนึ่ง ได้ซึมมากกว่าเพศชาย เช่น การหมดประจำเดือน ซึ่งเกิดจากการที่รังไข่หยุดทำงานการผลิตฮอร์โมนเพศคดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอื่น ๆ เกิดขึ้นตามมา โดยเฉพาะในเรื่องความสุขุมาน เมื่อมีการ

เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีมโนทัศน์ต่อตนเองลดลง (Spier, 1984, p.275)

โรคอัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุพบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวกว่าและอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย (Davies, 1999:422 ถึงใน ลิวරอน อุนาภิรักษ์, 2547. หน้า 7)

สภาวะโภชนาการ

ปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุไทยมีพัฒนาการเกินหรือไม่เหมาะสมและที่ขาดหรือไม่เพียงพอ แต่ปัญหาทางโภชนาการส่วนใหญ่จะเป็นประเภทไม่เพียงพอ โดยพบผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งในสามที่มีดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index) น้อยกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และพบ率ร้อยละ 20-25 ของผู้สูงอายุที่มีความเข้มข้นของไขมันกลับนิ่มต่ำกว่าปกติ ผู้สูงอายุไทยราวนี้ในสามมักระทานอาหารคุณเดียวและร้อยละ 84 ที่รับประทานอาหารครบสามมื้อต่อวัน นอกจากนั้นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 23 ที่ยังคั่มสุรา (ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชาย) จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นชัดเจนของความสำคัญของการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการตลอดจนคำแนะนำการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมทางโภชนาการที่เหมาะสม (สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล, 2544. หน้า 194)

ปัญหาการได้รับอาหาร ไม่เพียงพอและการขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหามี 2 ประการ คือ ปัจจัยทางสุริวิทยา และปัจจัยทางจิตใจและสังคม (วารี กังใจ, 2540, หน้า 54-55.) ปัจจัยทางสุริวิทยา ที่พบมากคือความเสื่อมของระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่ฟันซึ่งทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร บางคนต้องใช้ฟันปลอมทั้งหมดทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่สะดวก หมวดความสุขในการรับประทานอาหาร ทั้งยังทำให้ความอยากอาหารน้อยลง นอกจากนั้นยังพบว่า เมื่ออายุมากขึ้น การหลั่งน้ำย่อยไโทอะลิน (ptyalin) ในปากลดลง ซึ่งเป็นปัญหาการย่อยอาหารในขั้นต้นตั้งแต่ในปาก การรับรู้สลดลง เพราะต่อมรับรสมีจำนวนลดลงและเสื่อมหน้าที่โดยเฉพาะสหวนและรสเค็มจะสูญเสียไปก่อน ในกระบวนการอาหารมีการหลั่งกรดเกลือ ทริบซิน (trypsin) และเปปซิน (pepsin) ลดลง ทำให้การย่อยอาหารไม่คุ้มค่าซึ่งเป็นไปได้น้อยและช้าลง วิตามินและแร่ธาตุเป็นสารอาหารที่มีโอกาสเกิดการขาดได้ง่าย เพราะปกติมีอยู่ปริมาณน้อยในอาหาร เมื่อผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ได้น้อยจะขาดวิตามิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตามินที่สะสมนาน ซึ่งร่างกายไม่ได้สะสมไว้ ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านจิตใจที่พบคือภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้ความอยากอาหารลดลง ไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของตนเองได้ ปัญหาการลูก拓ทึ้งทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุอาจต้องอยู่ตามลำพังคนเดียว เนื่องจากบุตรหลานไปทำงานหรือถูก

ทอดทิ้งไปเลย จะเกิดปัญหาถ้ามีข้อจำกัดในการจัดเตรียมอาหารจึงมักอดอาหารและทำให้ขาดสารอาหารในที่สุด นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จะรู้สึกหดหู่ ไม่มีกำลังใจ ความรู้สึกถึงรสชาติของอาหารไม่ดี รับประทานไม่อร่อย ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย เมื่อเป็นต่อเนื่องมาเรื่อยๆ จะทำให้ผู้สูงอายุขาดสารอาหาร ได้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมักไม่มีรายได้เป็นของตนเองหรือมีแต่ไม่เพียงพอ ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะจัดอาหารที่มีทั้งปริมาณและคุณค่าอาหารที่จำเป็น ต่อร่างกายมารับประทานได้โอกาสที่จะขาดสารอาหารจึงพบได้มาก

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีระ ด้านจิตใจอันเนื่องมาจากความเสื่อมทางร่างกายที่มีขึ้น รวมทั้งปัจจัยจากภาวะแวดล้อม ที่พบว่ามีความสำคัญ ก็คือภาวะโภชนาการและวิถีการดำเนินชีวิตปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุได้ เช่น การเคี้ยวและกินอาหารลำบาก ทุพพลภาพ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน(วันดี โภคภูด, 2548, หน้า 47-55.)

ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ

เมื่ออายุมากขึ้นเกิดความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย มีผลทำให้ความต้องการสารอาหารเปลี่ยนไป ความสามารถในการรับรสและกินคล่องตามอายุที่เพิ่มขึ้นจะพบมากในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงในช่องปากและฟัน เกิดโรคจากฟัน ได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารลำบาก เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคข้าวโพดติน และแคลอรี โรคโลหิตจางและโรคกระดูกพรุน เป็นต้น (วันดี โภคภูด , 2548, หน้า 47-55)

ความด้านท่านของร่างกาย

อายุมีความสัมพันธ์กับความไวในการติดเชื้อ การเกิดอาการของโรคและการภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในทารกแรกเกิดระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะด้านเซลล์ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์เต็มที่ ได้รับภูมิคุ้มกันจากการดูด (Natural Passive Immunity) ผู้สูงอายุระบบภูมิคุ้มกันเริ่มลดลง วัณโรคปอดมักเกิดอาการของโรคในผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในสภาวะธรรมชาติที่ปกติภายในร่างกาย จะมีการติดเชื้อของแบคทีเรีย, ไวรัส, เชื้อร้ายและเซลล์มะเร็งอยู่ในค่าคงที่ ร่างกายจะแสดงบทบาทโดยอาศัยระบบภูมิคุ้มกันเพื่อที่จะต่อต้านเชื้อโรคเหล่านี้ ทำให้ร่างกายมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ จนถึงระยะ Reproductive maturity ระบบภูมิคุ้มกันจึงจะเริ่มเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น พบรหัสฐานที่สนับสนุนจากการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ, Auto immune disease และโรคมะเร็งเมื่ออายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป

Peripheral immune cell ที่มีต้นกำเนิดมาจากการแบ่งตัวของ stem cell เป็นเซลล์ที่จะสามารถแบ่งตัวไปได้เรื่อยๆ ในขณะที่ต่อมรั้ยมัสซึ่งเป็นต้นกำเนิดของ T-lymphocyte จะสูญเสียความสามารถในการแบ่งตัวตามอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นหน้าที่การทำงานของ T-lymphocyte จึงต้องลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่ง T-lymphocyte เป็น cell-mediated-immune response ซึ่งเป็นระบบภูมิคุ้มกันต่อต้านเซลล์มะเร็งและต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่าง B-lymphocyte และ T-lymphocyte และพบว่า B-lymphocyte จะทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงวัยรุ่นและจะเสื่อมหน้าที่ลงภายหลังระยะ reproductive maturity ไปแล้ว นอกจากนี้จากการศึกษาของ Smith และ Walford พบความสัมพันธ์ระหว่างระบบภูมิคุ้มกันกับอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากการมีอายุมากขึ้น พบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันจะเริ่มเสื่อมลงทำให้มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของโรคที่เกิดจากการมีอายุเพิ่มขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538, หน้า 29)

กระบวนการของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างและหน้าที่ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544, หน้า 26-27)

1. ต่อมรั้ยมัส (thymus) เริ่มมีขนาดเต็กลงหลังจากวัยรุ่นและส่วนใหญ่จะฟ่อไปหลังอายุ 40 ปี
2. การเปลี่ยนแปลงของต่อมรั้ยมัสทำให้รั้ยมิกแฟคเตอร์ (thymic factors) ลดลง ได้แก่ thymosin a-1 thymic humoral factors (THF), thymosin fraction-5 (TF-5), thymulin (FTS), thymopoietin, thymic factor-x (TFX) และ thymostimulin
3. การลดลงของรั้ยมิกแฟคเตอร์ทำให้การสร้าง lymphokines และ interferons ลดลง ; ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ stem cells, T-helper cells และ B-cells เป็นผลให้การสร้างเอนติบอดีต์ลดลง; และทำให้ T-killer cells และ natural killer cells มีจำนวนลดลง
4. มีการลดลงของหน้าที่และจำนวนของ T-lymphocytes ชนิด T-killer cells และ T-helper cells แต่มีการเพิ่มขึ้นของหน้าที่ของ T-suppressor cells เป็นผลให้การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแผลกปลอม(antigen) ลดลง, ระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (cell - mediated immunity) เสื่อมลง, Delayed-type hypersensitivity reaction ลดลง, และลดการกระตุ้น B-lymphocytes ทำให้การผลิตเอนติบอดีต์ลดลง
5. natural killer cells ลดลง โดยอาจเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของมะเร็งในวัยชรา
6. ความชำนาญผลต่อจำนวนและหน้าที่ของเซลล์ macrophage น้อยมาก

ประเด็นสำคัญทางคลินิกของการเปลี่ยนแปลงภูมิคุ้มกันในมนุษย์

1. การผื่องของต่อมซึมสารหลังจากวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกันในมนุษย์
2. โอกาสติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในวัยชราและอาจเกิดจากการสร้างแอนติบอดีลดลงและ/หรือการเสื่อมลงของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (cell-mediated immunity)
3. การที่ T-helper cells และ lymphokines ลดลงทำให้การตอบสนองต่อการติดเชื้อช้าลง เป็นผลให้ตรวจไม่พบไข้หรือ leucocytosis ในผู้ป่วยรายงานราย และอาการแสดง เช่น rebound tender (เกิดเมื่อมีการอักเสบของเยื่อบุในช่องท้อง) จะมีน้อยกว่าปกติ
4. ผลการตรวจ delayed-type hypersensitivity reaction ในผู้สูงอายุ เช่น การทดสอบภูมิคุ้มกันต่อวัณโรคอาจให้ผลลบหลอกได้
5. เกิด reactivation ของวัณโรคและไวรัสได้ง่ายขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น
6. อุบัติการของ autoimmune antibody เพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงถึงโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune disease) แต่อย่างใด
7. การเปลี่ยนแปลงของ natural killer cells และ t-suppressor cells อาจเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของมะเร็งและโรค autoimmune ในวัยชรา และทำให้การต่อต้านการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อลดลง
8. การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันในวัยชราหมายความว่าในการให้วัคซีนอาจจำเป็นจะต้องให้การกระตุ้นหรือให้เข้าโดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

การติดยาเสพติดเป็นพิษสุราเรื้อรังหรือสูบบุหรี่

การดื่มสุรา จากการสำรวจในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุยังดื่มสุราไว 8.9% ในภาคกลาง 16.5% ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19.0% ในภาคใต้ และ 21.2% ในภาคเหนือ สารประกอบสำคัญที่มีอยู่ในสุรา เมียร์หรือไวน์คืออัลกออล์ ออกฤทธิ์ลดการทำงานของสมอง เมื่อได้รับเข้าร่างกายเป็นระยะเวลาสามีนาที ทำให้เกิดการเสพติดทำให้มีความต้องการดื่มน้ำขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดผลเดียดต่อตับและสมอง ตลอดจนจิตใจและคุณภาพชีวิตในที่สุด

การสูบบุหรี่ จากการสำรวจในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ผู้สูงอายุที่ยังสูบบุหรี่อยู่ 12.3% ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 14.1% ในภาคกลาง 24.5% ในภาคใต้ และ 25.6% ในภาคเหนือ การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเดี่ยงที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่โรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ พบร้ามากกว่า 4,000 ชนิดในควันบุหรี่ ที่เป็นพิษ บ้างที่เป็นสารก่อมะเร็ง บ้างทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสารพันธุกรรม

สมรรถภาพของร่างกายที่ถูกด้อย มีการศึกษาแบบคิดตามผู้สูงอายุไปเป็นเวลา 19 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงเป็นสองเท่าที่ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเสื่อมถอยลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่เลย ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันนานกว่า 9 ปีจะมีอัตราตายเพิ่มขึ้น 76% เมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็น 2-6 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย โดยผู้หญิงมีความเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากเป็นสามเท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาย ผลต่อสมอง จากข้อมูลทางระบบประสาทวิทยา ซึ่งให้เห็นความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคเส้นโลหิตในสมองและอัตราตายที่เพิ่มมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2548, หน้า 45-50)

การสูบบุหรี่เพิ่มการติดเชื้อ จากการสำรวจงานที่มีใน Med line 25 ปี ก่อนหน้านี้พบว่า การสูบบุหรี่เพิ่มการติดเชื้อ นิวโน่โคมคอล 2-3 เท่า และเพิ่มการติดเชื้อ ไข้หวัดใหญ่ 7 เท่า เพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดวัณ โรคอักด้วย นอกจากนั้นผู้ป่วยด้วย โรคเหล่านี้ก็มีอาการที่รุนแรงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่นอกจากจะทำให้เกิดโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด หัวใจและสมองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้วยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในทางเดินหายใจและภูมิคุ้มกัน ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (Arch Intern Med. 2004)

โรคที่ผู้สูงอายุเป็นและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

ผู้สูงอายุมักเป็นโรคเรื้อรังและการรักษามีราคาน wen โรคที่พบมากในผู้สูงอายุ คือ โรคหัวใจหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินอาหาร อัมพาต โรคปอด และโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน (ทัศนา บุญทอง, 2542, หน้า 15)

จากการวิจัยพัฒนารูปแบบและแนวโน้มการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ แบบใหม่ปล่าโดยรัฐ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2531 ซึ่งไม่แตกต่างจากการสำรวจ ปี 2541 จากการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคที่พบบ่อยและ 10 โรคแรกของผู้ป่วยสูงอายุ พบร่วมกัน 10 โรคแรกของผู้ป่วยนักสูงอายุที่มาขอรับบริการทั้งหมดเรียงตามลำดับ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ป่วยชื้อ โรคหลอดเลือดหัวใจ วัณ โรคปอด ต้อกระจก โรคถุงลมปอดอุดตันเรื้อรัง ความผิดปกติทางเดินอาหาร อาการท้องไวไม่เฉพาะ และปวดหลัง และนอกจากนี้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย 2544 พบว่าผู้สูงอายุไทย สูบบุหรี่ ร้อยละ 8.67 และดื่มเหล้า ร้อยละ 4.49 และจากการศึกษาแบบคัดกรองและภาวะ โภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบร่วมกับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ของผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความดันโลหิตสูง กระเพาะอาหาร ข้ออักเสบ ผื่นคัน เบาหวาน ทางเดินหายใจ หัวใจ

หอบหืด เก้าท์ และสูบภาพซ่องปาก เช่น ปัญหาบดเคี้ยว ใส่ฟันปลอมหลายตัวไป แน่นไป หรือไม่มีฟันปลอม (วันดี โภคภุล, 2548, หน้า 10-12)

อัมพาต เกิดได้จากความผิดปกติของหล่ายอวัยวะ เช่นความผิดปกติของสมอง ของประสาท ในสันหลัง ของปลายประสาทและขาเงิดได้จากโรคของกล้ามเนื้อ โรคของกระดูก เป็นต้นส่วนสาเหตุ ที่ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ดังกล่าวผิดปกติไปก็จะมีได้ทั้ง โรคของหลอดเลือดอง โรคของเนื้อเยื่อเต้านม หรือแม้แต่ อุบัติเหตุ สารพิษต่าง ๆ แต่จากสถิติพบว่าสาเหตุของการเป็นอัมพาตในปัจจุบัน เกิดจาก โรค ของหลอดเลือดสมองมากที่สุด ดังนั้นนายแพทย์นิพนธ์ พวงวนิทร์ สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงให้คำจำกัดความไว้ว่า อัมพาต คือภาวะที่สมองขาด เดือด หรือมีเดือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ยังผลให้เซลล์ในสมอง และการทำงานของสมองหยุดชะงัก อันมี ผลตามมาให้ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตแสดงอาการอ่อนแรงของร่างกายซึ่งได้ชีกหนึ่งหรือทั้งสองซีก ในบาง คนอาจจะหมดความรู้สึก ตามองไม่เห็น บางรายเดินไม่ได้ บางรายพูดไม่ได้ บางรายอาจสับสน อาจมี อาการชนิดถ้ารหรือเป็นเพียงชั่วครั้งชั่วคราว เรียกว่าอัมพฤกษ์ (สุรพงษ์ สำพันวงศ์, 2541)

สาเหตุของโรคอัมพาตที่เกิดจาก "โรคหลอดเลือดสมอง" มี 5 ประการ

1. หลอดเลือดสมองตีบ (cerebral thrombosis) เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดมีการแข็งตัว จึงมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อย และมีการตันในหลอดเลือดนั้นเอง
2. การอุดตันในหลอดเลือด (cerebral embolism) สาเหตุเพราะมีก้อนเลือดหลุดมาจากที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เช่นจากหัวใจแล้วมาอุดหลอดเลือดในสมอง จึงทำให้สมองขาดเลือดคั่งกล้าม
3. หลอดเลือดสมองแตก (cerebral haemorrhage) เกิดจากการที่หลอดเลือดในสมองแข็งแล้วมีการแตกของหลอดเลือด จึงทำให้เลือดออกมานៅในเนื้อสมองหรือที่ฐานสมอง ยังผลให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง
4. การบีบตัวของหลอดเลือดในสมอง (spasm of artery) ภาวะนี้เกิดจากการที่มีร้ายเดืองของหลอดเลือดในสมองจึงทำให้หลอดเลือดในสมองมีการหดตัว หรือบีบตัวอย่างรุนแรง ยังผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองส่วนปลายไม่ได้ จึงเกิดอัมพาตขึ้น
5. การอักเสบของหลอดเลือด (arteritis) เกิดจากภาวะที่มีการอักเสบในสมอง เช่น เอื่องหุ้มสมองอักเสบ วัณโรคของสมอง และมีผลทำให้หลอดเลือดของสมองอักเสบตามทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ

ปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นอันพาตและเป็นสิ่งเร้าจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงและให้การรักษาหรือป้องกัน ได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูง ภาวะนี้พบว่าเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ทำให้เกิดโรคอันพาตทั้งชนิดหลอดเลือดแตก หลอดเลือดตืบ
2. โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเวลานาน โคนมิได้รักษาจะมีอัตราเสี่ยงเป็นโรคอัมพาตชนิดหลอดเลือดตืบ ได้สูง เพราะ โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง
3. ภาวะที่มีไขมันสูงในหลอดเลือด ทั้งชนิด cholesterol, triglyceride ซึ่งเป็นไขมันที่ไปเกาะผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งทำให้เกิดอัมพาตได้ง่าย
4. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยเป็นอันพาตได้ง่าย
5. อื่น ๆ ปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เป็นอันพาตได้แก่ โรคอ้วน ภาวะเครียด ภาวะขาดออกกำลังกาย

โรคอัลไซเมอร์: สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง คือ ความชรา หลังอายุ 85 ปี ความชุกของโรคเพิ่มเป็นร้อยละ 15-47 การวินิจฉัยที่ถูกต้องที่สุดคือ การตรวจดูชีวนิรภัย สมอง ซึ่งมีพยาธิสภาพที่เกิดจากการตายของเซลล์ประสาทในสมองหลายบริเวณ

อาการ : มีการคำนินของโรคเป็น 4 ระยะ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547, หน้า 7-18)

ระยะที่ 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้เหมือนเดิม มีการตอบสนองช้าลง ครอบครัวมักสังเกตไม่ได้

ระยะที่ 2 บุคคลໄกลืชีดีสังเกตความผิดปกติได้ สมองเสื่อมมากขึ้นจำได้เฉพาะเหตุการณ์ในอดีต แยกตัวออกจากสังคม หวานระวง

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่รุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ไม่รับรู้บุคคลหรือสถานที่ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป จำได้เฉพาะเหตุการณ์ในอดีต เดินหลงไปในที่ต่างๆ สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้

ระยะที่ 4 จำเหตุการณ์ปัจจุบันและอดีตไม่ได้ จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารหรือยัง พูดไม่เป็นภาษา กลั้นปัสสาวะและอุจจาระ ไม่ได้ เมื่อเป็นรุนแรงมากขึ้นรีเฟล็กซ์การกลืนเสียไป เมื่ออาหารเดินไม่ได้

สาเหตุทำให้เสียชีวิตได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การบาดเจ็บ การขาดสารอาหาร

โรคปอด ปัญหาโรคติดเชื้อของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ โรคติดเชื้ออของทางเดินหายใจส่วนล่าง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ pneumonia เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นคันดับ 4 ในผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางภูมิคุ้มกัน จากความชราลง การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจรวมทั้งมีโรคประจำตัวบางชนิด เช่น เบาหวาน โรคหัวใจวายเรื้อรัง หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ง่ายและ หายช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจส่วนบนนำมายก่อน จากการศึกษาใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการศึกษาในอาสาสมัครปกติ พบร่วมกันนี้ในสามเกิดการอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส เชื้อที่สำคัญคือ เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่และมีผลทำให้เกิดการอักเสบขึ้นจากการติดเชื้อ แบคทีเรียด้วย ดังนั้นการป้องกันมิให้เกิดการอักเสบติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส ไข้หวัดใหญ่ จะช่วยลดความรุนแรง อัตราตาย และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาในผู้สูงอายุ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มีประสิทธิผล (Effectiveness) ในการลดอัตราการรับผู้ป่วยเข้าไวร์ใน โรงพยาบาลจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ ภาวะปอดอักเสบ ตลอดจนลดอัตราตาย นอกจากนี้ American thoracic society (ATS) statement และ British thoracic society (BTS) guidelines แนะนำว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

จากประสิทธิภาพของวัคซีนดังกล่าวทำให้กระตุ้นภูมิคุ้มกันในร่างกาย แนะนำให้มีคุณภาพของวัคซีนดังกล่าวให้แก่ผู้ที่อาศัยในบ้านพักคนชรา ส่วนประเทศไทยแนะนำให้ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) ทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี (วันดี โภคภูล, 2548, หน้า 67-68)

โรคเบาหวาน คือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ โดยอาจมีสาเหตุมาจากการตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินสูลินออกมาได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่อินซูลินนี้ออกฤทธิ์ได้ไม่ดี เมื่อในเลือดมีระดับน้ำตาลสูงมาก ต้องกรองน้ำตาลออกร่างกายกับน้ำปัสสาวะ

ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้การทำางานของเม็ดเลือดขาวในการต้านทานเชื้อโรคลดลง การติดเชื้อพบแทนทุกอวัยวะ แต่ที่พบบ่อยคือ เป็นแผลหรือฟissure ถูกلامเรื้อ เช่น ฟีฟิกบัว แผลที่เท้า วัณโรค และอักเสบ เป็นต้น (ชาตรี บานชื่น, 2548, หน้า 2-8)

โรคเบาหวานพบได้ประมาณ 3.5 เปอร์เซ็นต์ของคนทั่วไป ทุกเพศทุกวัย แต่จะพบมากในกลุ่มคนอายุ 40 ปีขึ้นไป คนที่อยู่ในเขตเมืองจะมีโอกาสเป็นมากกว่าคนในชนบท เมื่ออายุมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดโรคนี้จะมากขึ้นตามอายุ การเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเนื่องมาจากการประสาทซึบภาพการเผาผลาญกลูโคสต้องลงกว่าวัยหนุ่มสาว เป็นผลมาจากการปัจจัย 2 ประการ คือตับอ่อนหลังอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนลดน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดน้อยลง และเนื้อเยื่อต่อต้านออกฤทธิ์ของอินซูลิน (วันดี โภคภูล, 2548, หน้า 10-12)

โรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน ในช่วงแรกที่เป็นมักจะไม่มีอาการแสดงให้เห็น ในระยะปานกลางอาจมีอาการบ้าง เช่นหัวใจเต้นแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ คือโรคอัมพาตครึ่งซีก ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับตา และเกิดภาวะหัวใจวาย จากการศึกษาระบារวิทยาผู้สูงอายุในประเทศไทย เรื่องสถานะทางสุขภาพ พบร้า ผู้สูงอายุมีปัญหาการเงินป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 15.9 และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2544 พบร้า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14 ได้รับการรักษาและควบคุมได้ร้อยละ 90.9 (วันดี โภคภูล, 2548, หน้า 54)

ค่าความดันโลหิตจะมีสองค่าเสนอ เรียกว่า "ตัวบน" และ "ตัวล่าง" ค่าแรกเป็นความดันโลหิตในหลอดเลือดที่เกิดขึ้นขณะที่หัวใจบีบตัวได้เดือดออกจากหัวใจ ส่วนตัวล่างคือความดันของเลือดที่ยังคงถูกอยู่ในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว ความดันโลหิตสูงเมื่อตัวบนมากกว่า (หรือเท่ากับ) 140 และตัวล่างมากกว่า (หรือเท่ากับ) 90 มม.ปรอท ปัจจุบันความดันโลหิตสูงยังเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุมีหล่ายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม เช่น อาหารเค็ม เข้มชาติ ส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 5) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด การปลดอยให้ความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะหลอดเลือดเดียงสมอง ตา หัวใจ และไต จึงทำให้หลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตัน เป็นอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง หัวใจทำงานหนักจนเกิดหัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจหนา เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา

การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การไม่ใช้ยา กับการใช้ยา การไม่ใช้ยาหมายถึงการลดน้ำหนัก ออกกำลังกายสม่ำเสมอ งดบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย อาจเริ่มการรักษาโดยไม่ใช้ยา แต่หากมีปัจจัยเดี่ยงในการเกิดโรคหัวใจอยู่ด้วยก็อาจจำเป็นต้องใช้ยาร่วมด้วย (ระพีพล ภูษุชร ณ อุรุฯ, 2549)

สุขภาพฟันในผู้สูงอายุ จากการสำรวจสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุ 623 คน อายุ 60-70 ปี ในจังหวัดเชียงใหม่ พบร้า ร้อยละ 72.2 สุขภาพในช่องปากมีผลต่อการเคี้ยวอาหารมากที่สุด ทำให้

ร่างกายไม่แข็งแรงเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา โรคในช่องปากที่พบมากในผู้สูงอายุ คือ โรคเหงือก ภาษา แพที่เรียกว่า โรคปริพันต์ หรือชาวบ้านเรียกว่า โรครำมนาด สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดคือ แบคทีเรีย หรือเชื้อจุลินทรีย์ ที่เป็นองค์ประกอบของคราบจุลินทรีย์ที่ยึดเกาะผิวฟันบริเวณใกล้ขอบเหงือกและได้เหงือกซึ่งก่อให้เกิดภาวะการอักเสบ เกิดอาการขوبเหงือกจะมีสีแดง ปัวดหรือบวม การรักษาหลักคือ การรักษาความสะอาดของฟัน แปรงฟันให้สะอาดถูกวิธีและพบหันตแพทย์ปั๊ลกระ้ง ผู้สูงอายุมักจะมี โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการรักษา เชื้อโรคจากการอักเสบในช่องปากจะเข้าไปในกระแสเลือดอาจทำให้โรคของผู้สูงอายุมีอาการมากขึ้น (วันเพญ โนมัยอุดม, 2542)

2.1.2 ปัจจัยภายนอกซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

อาชีพ

เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานเพื่อหารายได้ลดลง เช่น ข้าราชการที่เกษียณอายุเมื่อ 60 ปี ถ้าไม่มีการเตรียมทำงานอดิเรกทำกีฬาเป็นคนว่างงาน รายได้น้อยลง เงินบำนาญที่ได้รับอาจลดลง จากเงินเดือนที่เคยได้รับเป็นประจำ ความเปลี่ยนแปลงทางการเงิน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ต้องอดออม ถ้ามีเงินออมสะสมอยู่บ้างปัญหา เช่นนี้อาจไม่เกิด จากรายได้ที่ลดลง เช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพิจารณา ใช้เงินอย่างประหยัด เนื่องจากกลัวรายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย การซื้ออาหารมารับประทานกับพยาบาล ทางของถูก ประกอบกับสายตาที่มองไม่ค่อยเห็นก็จะ ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพดีได้ ถ้าอาหารที่เก็บไว้บุคคลเดียว หากกินเข้าไปอาจเกิดปัญหาท้องเสีย ได้ด้วย อาหารที่ซื้อมา_rับประทานจึงต้องคุณภาพ และปริมาณ เป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ (วันดี โภคกุล, 2548, หน้า 95.)

สถานะทางเศรษฐกิจ

การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วลดลงช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงเฉลี่ย 7% ต่อปี ทำให้รายได้เฉลี่ยต่อประชากรสูงขึ้น แต่ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ทำให้การขยายตัวทางเศรษฐกิจชะลอตัวลง แสดงว่าใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2-3 ปี เศรษฐกิจของประเทศไทยจะเริ่มขยายตัวขึ้นใหม่ แต่ปัญหาซึ่งว่าการกระจายรายได้ยังมีอยู่ และเพิ่มขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า (อารี วัลยะเสรี และคณะ 2542, หน้า 62)

จากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยีมากขึ้นในปัจจุบันมีการคิดค้นประดิษฐ์เครื่องมือใหม่และนำมาใช้ในการรักษามากขึ้นเปิดโอกาสให้โรคที่เคยเป็นปัญหาสามารถควบคุมได้แต่ค่าใช้จ่ายด้านบริการมีราคาสูงขึ้น เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงขึ้นด้วยทั้งในภาครัฐและภาคประชาชน เห็นได้จากการรายงานการศึกษาของธนาคารโลกในปี 2536 พบว่ารายจ่าย

เพื่อสุขภาพสำหรับคนไทยเทียบเท่ากัน ร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ(GDP) ซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศไทยเพื่อนบ้านที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกัน เช่น มาเลเซีย อินโดนีเซีย พิลิปปินส์ และคริสตัล ก็มีค่าใช้จ่ายทางด้านนี้เพียงร้อยละ 3.5, 2.4, 2.4 และ 2.3 ตามลำดับ ตั้งแต่กลางปี 2540 เป็นผลให้ภาครัฐค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งในด้านค่ารักษาพยาบาลและค่ายาและ器械กินกว่าหนึ่งเบอร์รันได้ เนื่องจากประชาชนส่วนหนึ่งซึ่งเคยเดือดใช้บริการจากภาคเอกชน ต้องหันมาใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐแทน ซึ่งเป็นผลให้เกิดความแอกออดในสถานบริการสุขภาพของรัฐและกระทบต่อสุขภาพของการให้บริการในภาพรวม (ทัศนา บุญทอง, 2542, หน้า 16-17) ระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ประชาชนจำนวนหนึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนจนไม่สามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นด้านสุขภาพได้ เนื่องจากปัญหาด้านการเงิน (Financial barrier) ส่งผลกระทบต่อสถานสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนเหล่านั้น การที่จะทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มได้จริงจำเป็นต้องมีการจัดการกับการเดินเป็นการลดสุขภาพอย่างเหมาะสม (อารี วัฒนธรรม และคณะ, 2542, หน้า 29)

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนยอดรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแล้วพบว่าเงินที่ออกจาภาคเอกชนที่เป็นการค้าระหว่างประชาชนเอง การจ่ายโดยการประกัน เอกชนคิดเป็นร้อยละ 49.3 สามารถแบ่งความได้ขาดประชาชนต้องชำระเงินค่อนข้างมากซึ่งประชาชนที่น่าจะได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ ประชาชนที่มีกำลังจ่ายน้อย ถ้าระบบของรัฐมีการจัดการรัฐสวัสดิการเพื่อเป็นเกราะคุ้มกันผลกระทบนี้ได้ไม่ดีพอ รวมทั้งแสดงว่าประสิทธิภาพทางการใช้จ่ายด้านสุขภาพครึ่งหนึ่งอยู่ในการตัดสินใจของประชาชนเอง และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผลกระทบแบบแผนการใช้จ่ายของภาครัฐบาล (พงพิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ ศรุกิจโภคสุล, 2542 หน้า 2)

ผู้คุ้มครองส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน เพราะทำงานไม่ได้เต็มที่ หรือไม่ได้ทำงาน และใช้เงินส่วนที่สะสมไว้ยิ่งถ้าเดินมีรายได้น้อยและต้องใช้จ่ายในการรักษามาก ยิ่งเพิ่มปัญหาด้านการเงินมากขึ้น (ลิวรม อุนนากิรักษ์, 2547, หน้า 122)

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม หมายรวมถึงสิ่งที่อยู่รอบตัวทั้งทางกายภาพ ชีวภาพและสังคมเศรษฐกิจ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมทางกายภาพหมายถึงลักษณะของสถานที่ ภูมิศาสตร์ ภูมิอากาศ และดุลการต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ หมายถึงพืช สิ่งมีชีวิตรอบ ๆ ตัวเรา สิ่งแวดล้อมทางสังคมเศรษฐกิจ หมายรวมถึงสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่กำหนดความสามารถในการทำกิจกรรม การคุ้มครองสุขภาพ การรับประทานอาหารที่หลากหลาย และการดูแลรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Gail

A. Harkness, 1995) จากการศึกษาของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อเดือน มิถุนายน 2547 พบว่า เขตชนบท สภาพปัญหาโดยรวม จำแนกตามลำดับความสำคัญได้ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาเศรษฐกิจ และการทำมาหากิน ปัญหาสุขภาพอนามัยและสาธารณสุข ปัญหาด้านประชาสัมพันธ์ และความมั่นคงของชุมชน ฯลฯ และในเขตเมือง สภาพปัญหาโดยภาพรวม จำแนกตามลำดับ ความสำคัญได้ เช่น ด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพอนามัยและสาธารณสุข ด้านสวัสดิการและความมั่นคงของชุมชน ฯลฯ

จากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน การประเมินภาวะสุขภาพของครอบครัวด้านสิ่งแวดล้อมในเรื่องต่อไปนี้ (ส่งเสริม กิตติรักษ์ตระกูล และคณะ, 2544, หน้า 51-57)

1. ลักษณะบ้านเรือน ลักษณะสภาพแวดล้อมภายในบ้าน บริเวณใกล้บ้าน และในชุมชน
2. ถึงจำนวนความสะอาด เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม ครัว ตู้เย็น น้ำดื่ม น้ำใช้

เครื่องปรับอากาศ

3. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น
4. การใช้ทรัพยากร่วนรวมของชุมชน

2.2.1 สิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต

บุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุที่รักษาที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากชุมชน (Community acquired infections (เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัด) อะเก้อ อุณหเด็ก,(2545

สัตว์กัดแทะและแมลงภายในบ้าน

การแพร่กระจายเชื้อ โดยสัตว์เป็นพาหะ (vector – borne transmission) หมายถึง การแพร่กระจายเชื้อ โดยอาศัยสัตว์เป็นตัวกลางในการนำเชื้อ ตัวอย่างของพาหะนำโรค เช่น ยุง แมลงต่าง ๆ เป็นต้น โดยที่ผู้รับเชื้อจากแมลง หรือยุงกัด ซึ่งเชื้อก่อโรคที่มีอยู่ในตัวยุง หรือแมลงจะถูกถ่ายทอดสู่คน ทำให้คนได้รับเชื้อก่อโรคและป่วยเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อนั้นๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจะกระทำโดยวิธีการตัดวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ ถือว่าเป็นการตัดวงจรการติดเชื้อ เรียกวิธีการนี้ว่า การแยกผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง

2.2.2 สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต

สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ผู้สูงอายุมีการเดื่อมตามรัยของระบบอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มได้ง่าย อาการหกล้มเป็นหนึ่งในอาการที่ไม่จำเพาะเฉพาะในผู้สูงอายุเพราะอาจเกิดจากพยาธิสภาพต่าง ๆ ได้มาก many สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดการหกล้มได้มีสอง

สาเหตุหลัก ได้แก่ ปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม พื้นที่ลึกลับในห้องน้ำ สิ่งของที่วาง เกาะกะ และปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะที่ความดันโลหิตลดลงขณะเปลี่ยนท่าทางของร่างกาย การได้รับยา ลดความดันมากเกินไป ความผิดปกติของระบบการไหลเวียนโลหิต ความผิดปกติของระบบประสาท โรคทางตา เช่น ต้อกระจก โรคของถ้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เช่น โรคข้อเสื่อม ภาวะถ้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น (วันดี โภคภูล, 2548, หน้า 60.)

สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้พยาบาลรู้จักปรับวิธีการที่จะ สนับสนุนต่อความต้องการการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องฉีดอินซูลินให้ตนเองที่อาศัยอยู่ใน แหล่งชุมชนแออัด ควรจะปรับวิธีการฉีดยาตามเงื่อนไข ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและโรคแทรก ซ้อนต่าง ๆ ซึ่งวิธีการอาจแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกใน การฉีดยาให้ตนเองอย่างพร้อมมุ่ง (สมจิต หนูเจริญภูล, 2539, หน้า 51)

ครอบครัวและการดูแล ภาวะสุขภาพและเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่องและปรากฏตลอดชีวิต ของบุคคล ซึ่งภาวะสุขภาพนี้เป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการมีพฤติกรรมเพื่อปฎิบัติตน ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ครอบครัวเป็นแหล่งสุขศึกษาที่สำคัญของสมาชิก และมี อิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมากที่จะทำการดูแลรักษาตลอดระยะเวลาของภาวะสุขภาพ และเจ็บป่วย

เมื่อบุคคลเริ่มยอมรับว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นแล้วอาจมีความกลัวความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของตนเอง มักจะปรึกษากันอื่น ๆ ในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เป็นต้น พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่สุดในการดูแลตนเอง (รุจาร ภูไฟบูลย์, 2537, หน้า 12-13)

2.3 สภาพจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ความต้องการการด้านสุขภาพ ครอบครัวในวัยชรา มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นใน อนาคต ความต้องการการดูแลสนับสนุนด้านสุขภาพกายและจิตใจ ไม่ว่าด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย การ ปรับตัวเข้าสู่วัยชรา การปรับตัวเรื่องเศรษฐกิจ การเผชิญกับความสูญเสีย การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับ สมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว และการได้รับความเคารพนับถือจากผู้อื่น พยายามสามารถสนับสนุนให้ คำปรึกษาแก่ครอบครัวในวัยชรา โดยคำนึงถึงความสำคัญของการดูแลครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง (รุจาร ภูไฟบูลย์, 2537, หน้า 69)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological change) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์ กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีอิทธิพลต่อ ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับ

สภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการสูญเสียในวัยสูงอายุได้แก่ (华文, กังจิ, 2540, หน้า 40-43)

1. การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย ในวัยสูงอายุอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการเสื่อมถอย ทำให้น้ำที่ไม่ได้ไปเมื่อไหร่ก็ตาม เช่น มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจด้วย การสูญเสียความสามารถของประสาทสัมผัส ได้แก่ ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการรับรู้ทุกอย่างลดลง ในบางรายอาจสูญเสียไปอย่างสมบูรณ์เลยก็ได้ มีผลกระทบต่อความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองลดลง ในบางครั้งก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้สูงอายุ

2. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุอาจต้องพบกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักอีก 1 ชั่วโมง ญาติสนิท บุตรหลาน หรือเพื่อนฝูง โดยการตายจากกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักหากการสูญเสียเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง เนื่องจากการปรับตัวต่อการสูญเสียนี้จะทำให้ยาก อาจเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าวุ่น ซึมเศร้า

3. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ วัยสูงอายุเป็นช่วงของการเกษียณอายุ ผู้สูงอายุต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลง เนื่องจากหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียต่ำเห็นหน้าที่ รู้สึกไร้ค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม ขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุ บุตรหลานมักมีครอบครัวของตัวเองและแยกบ้านไปตั้งครอบครัวใหม่ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนเองลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาคุ้มครองและส่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าวุ่น และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นสิ่งที่ตามมาคือ ความโกรธ หรือซึมเศร้ารุนแรง บ้างคนอาจมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหารขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งปฏิบัติการสูญเสียอาจทำให้มีพฤติกรรมติดอยู่หรือติดขัดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมก็เป็นได้ การสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกที่ผู้สูงอายุแสดงออกดังนี้ ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลงไป ความกลัวตาย ความเงียบเหงา เปล่าเปลี่ยว และความรู้สึกโกรธ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า “สุขภาพ” หรือ “สุขภาพอนามัย” (Health) เป็นภาวะที่บริบูรณ์ในความเป็นอยู่ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และไม่เพียงแต่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือไม่มีความพิการเท่านั้นยังสามารถมีชีวิตในสังคมได้อย่างดีด้วย (กฎบัญชี จิตตധานันต์ และวันดี วงศ์รัตนรักษ์, 2538)

การจำแนก “บุคคล” ตาม “สภาวะสุขภาพ” ได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ผู้ที่ไม่เจ็บป่วย
2. ผู้ที่เจ็บป่วย

ผู้ที่ไม่เจ็บป่วย จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ผู้ที่มีสุขภาพอนามัยดี หมายถึง ผู้ที่สามารถปรับตัวให้คงสภาวะสมดุล ได้มีความเป็นอยู่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สามารถใช้ศักยภาพสูงสุดของตน ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ
2. ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง หมายถึง ผู้ที่ยังไม่มีปัญหาใดๆ ในเรื่องสุขภาพ แต่บุคคลเหล่านี้อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการมีสุขภาพผิดปกติ

ผู้เจ็บป่วย จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ผู้เจ็บป่วยชั่วคราว คือ ผู้ที่เจ็บป่วยระยะสั้นสามารถกลับคืนภาวะปกติได้ในระยะเวลาไม่นานนัก และสาเหตุของการเจ็บป่วยถูกกำจัดออกไปได้ เช่น ไข้หวัด ไส้ติ้งอักเสบ ฉับพลัน เป็นต้น
2. ผู้ที่เจ็บป่วยถาวร คือผู้ที่เจ็บป่วยแล้วทำให้หน้าที่อิจฉาของร่างกาย ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เช่น อัมพาต พิการแขนขา โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ภาวะสุขภาพ (Health status) หมายถึง โครงสร้างและการทำงานที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล รวมทั้งความเครียดและภาวะด้านอารมณ์ที่บ่งบอกความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น (ส่งเสริม คิดติรักษ์ตระกูลและคณะ, 2544, หน้า 118)

การคุ้มครองสุขภาพที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ตลอดถึงอาสาสมัครและประชาชนเพื่อทำบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ ไปสู่ประชาชนที่บ้าน ความสามารถและขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของบุคคลต้องเหมาะสมและต่อเนื่องโดยเน้นให้ประชาชนมีการช่วยเหลือ และคุ้มครองให้มากที่สุด เพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” สิ่งที่ควรคำนึงถึง ในการคุ้มครองสุขภาพที่บ้าน คือ

1. ประเมิน “สภาวะสุขภาพ” ของบุคคลให้ได้ว่าจัดอยู่ในกลุ่มใด
2. นำแนวคิด หลักการและกิจกรรมของการสาธารณสุขมูลฐานมาประยุกต์ใช้
3. ให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตาม สภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพเจ็บป่วย หรือมีปัญหา หมายถึง ภาวะที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เกิดการเจ็บป่วย หรือประสบปัญหา ทั้งภาวะเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น ความเจ็บป่วยส่วนบุคคล ครอบครัว เกิดความขัดแย้ง ต้องเผชิญกับความสูญเสีย หรือเกิดปัญหาโกรธนาดในชุมชน การติดยาเสพติดของคนในชุมชนเป็นต้น (สังเคราะห์ กิตติรักษ์ตระกูลและคณะ, 2544, หน้า 118)

ภาวะสุขภาพดี หมายถึง ภาวะสุขภาพที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความสามารถในการกระทำ บทบาท หน้าที่ รวมทั้งการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข (สังเคราะห์ กิตติรักษ์ตระกูลและคณะ, 2544, หน้า 118)

3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นที่รู้จักและคุ้นเคย และใช้เรียกันว่า “ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม” ในความเป็นจริงทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่สำคัญ ได้แก่ (พร้อมจิต ห่อนบุญhim, 2540, หน้า 2-3)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล

3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุม ปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความพากเพียก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องการพึ่งพาซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น (Orem, 1991:69)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และการกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำการย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงจุดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขั้นบรรณเนื่นประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารกเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health state)

ในแนวคิดของโอเริ่ม (Orem, 1985. อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 23.)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. เป็นระยะของการพินิจพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ
2. เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ในระยะที่ 1 บุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพินิจพิจารณา ตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การ

ดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนี้อาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อคaringรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

3.2 ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care deficit)

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นกรอบแนวคิดที่บ่งบอกถึงเหตุผลและเวลาที่บุคคลต้องการการพยาบาลกัน คือ ความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นความสัมพันธ์ของความไม่เท่าเทียมกันของ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้เพียงบางส่วน หรือใช้ไม่ได้เลย หรือเมื่อปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงถึงการที่บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Orem, 1991; 70-71)

ทฤษฎีนี้จะเป็นทฤษฎีที่แสดงให้เห็นสาเหตุที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เมื่อเขามีความสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างเพียงพอ นอกจากนั้นความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เป็นปัจจัยเบื้องหนึ่งหรือเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Basic Conditioning Factors) ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ พัฒนาการ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ การปรับตัวทางสังคม วัฒนธรรม การบริการสาธารณสุข แบบแผนการดำเนินชีวิตตนเองและครอบครัว นอกจากปัจจัยพื้นฐานแล้วยังมีปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน พลัง ความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (รุจิรา ภู่ไพบูลย์, 2537. หน้า 151)

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

ปัจจัยพื้นฐานนี้เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย (สมจิต หนูเริญกุล, 2539, หน้า 48-51)

1. อายุ
2. เพศ

3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบทรرمเนี่ยมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ระบบครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโภช
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)
เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำการอย่างงดงามของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 35-36)

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความห่วงใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power components)

โอเร็มและ泰勒อร์ (Orem & Taylor, 1986 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 34-35.)
มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเข้มการรับรู้และการกระทำการของ

มนุษย์แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างง่ายเพื่อการคุ้มครอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการคุ้มครอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการเริ่ม และการปฏิบัติการคุ้มครองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อคุ้มครองให้เสร็จสมบูรณ์ และ ต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการคุ้มครอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการคุ้มครอง เช่น มีป้าหมายของการคุ้มครองที่ สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุ้มครองและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การตัดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการคุ้มครอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการคุ้มครอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการคุ้มครองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการคุ้มครองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

แนวคิดในเรื่องพลังความสามารถ 10 ประการของ โอลิเม้น จึงนับได้ว่าเป็นแนวความคิดใหม่ ซึ่งมีความสัมพันธ์มาก โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยจะเห็นได้ชัดและแนวคิดนี้อาจมีความเหมาะสมสำหรับพยาบาลในการวิเคราะห์สาเหตุของความพร่องในการคุ้มครองของผู้ป่วย เพื่อพยาบาลจะได้ช่วยแก้ไขได้ภายในขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ

เมื่อใดที่ความสามารถในการคุ้มครองของผิดปกติไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการคุ้มครองเองหรือปฏิบัติได้เต็มที่ไม่เพียงพอแก่ความต้องการการคุ้มครองแล้ว จะเกิดภาวะการคุ้มครองเอง

บกพร่องจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งบทบาทของพยาบาลจะเด่นชัดขึ้นในกรณีที่บุคคลมีความบกพร่องและต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยพยาบาลหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การช่วยเหลือได้

ข้อสังเกตในการให้การพยาบาล คือ การที่บุคคลต้องผ่านขั้นตอนในการหาข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ ขั้นตอนการตัดสินใจ และสุดท้ายลงมือปฏิบัติขั้น พยาบาลควรทราบก่อนว่าการที่จะสอนให้บุคคลมีพฤติกรรมจะไปที่จะดูแลสุขภาพตนเอง มีข้อขัดข้องตรงขั้นตอนใด เช่น ตรงที่บุคคลประเมินสถานการณ์ผิดพลาด เนื่องจากได้ข้อมูลไม่ถูกต้อง ตรงที่ไม่มีทักษะในการตัดสินใจมีการเลือกแนวทางที่ไม่เหมาะสม หรือขั้นตอนปฏิบัติกิจกรรมอาจมีปัญหาอุปสรรคขึ้นจนปฎิบัติไม่ได้แม้จะผ่าน 2 ขั้นตอนแรกอย่างเหมาะสมแล้ว เมื่อพยาบาลสามารถหาต้นเหตุของข้อขัดข้องว่าเนื่องจากอะไรช่วยให้สามารถวินิจฉัยปัญหาและกำหนดแนวทางการช่วยเหลือได้ดียิ่งขึ้น (รุจารักษ์พันธุ์, 2537. หน้า 151)

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่ง

ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 34)

1. **การคาดการณ์ (Estimative)** เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนและความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. **การปรับเปลี่ยน (Transitional)** เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
3. **การลงมือปฏิบัติ (Productive operation)** เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

ทฤษฎีระบบการพยาบาลถือเป็นทฤษฎีที่สำคัญของทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไป ในทฤษฎีนี้ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือของการพยาบาลที่สัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนี้

“การกระทำทั้งหมดซึ่งประกอบเป็นระบบการพยาบาลนั้น (Nursing action system) ได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถที่เรียกว่าความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ภายใต้ที่อ托กลงกับผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลผู้มีความ

พร่องในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ของบุคคลนั้นเป็นที่ทราบ และได้รับการสนองตอบ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ได้ถูกปักป้อง หรือได้นำมาใช้ หรือได้รับการพัฒนา” (Orem & Taylor, 1986:44. อ้างในสมจิต หนูเริญกุล, 2539, หน้า 20)

ระบบการพยาบาล (Nursing system)

คือระบบที่ได้มาจาก การใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อกันหายป่วย และความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ในการดูแลตนเอง หรือปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (สมจิต หนูเริญกุล, 2539, หน้า 37)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ตามความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ คือ (ฐาน ภูพนูลย์, 2537. หน้า 152-153)

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) ระบบทดแทนทั้งหมดนี้จะนำมายังบุคคลไม่สามารถปฏิบัติภาระเพื่อดูแลตนเองได้ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ ในผู้ป่วยอัมพาตหมดศติ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการตัดสินใจและการให้เหตุผลในการดูแลตนเอง ผู้ที่ได้รับการกระแทกกระเทือนทางสมองจนสับสน ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง เป็นต้น ระบบการดูแลโดยทดแทนทั้งหมดนี้ พยาบาลจะช่วยดูแลชดเชยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไร้สมรรถภาพที่จะปฏิบัติได้เอง

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partially Compensatory System) ในระบบนี้มีการร่วมรับผิดชอบหน้าที่ในการสนองตอบความต้องการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติภาระเพื่อดูแลตนเองเท่าที่สามารถทำเองได้ พยาบาลจะช่วยในส่วนที่ยังทำไม่ได้ และกระตุ้นให้มีการพัฒนาเพื่อให้สามารถทำเองได้ในอนาคต ผู้ป่วยประเภทนี้ได้แก่ผู้ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากโรค หรืออาจเนื่องจากการรักษาของแพทย์ อาจเกิดจากการขาดความรู้และทักษะจำเป็นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือบางคนขาดความพร้อมในการเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ฯลฯ

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive Educative System) ระบบการพยาบาลระบบนี้เน้นการสอนและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติดเพื่อคุณภาพน่องให้กำลังใจเพื่อให้สามารถไว้วางใจความพยาบาลต่อไปในการดูแลตนเอง โดยผู้นี้ไม่มีข้อจำกัดทางร่างกายและอารมณ์ดังเช่นในอิก 2 ระบบ โอลเริ่มให้ความสำคัญ การสอนแนะนำ และให้กำลังใจว่าควรรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยด้วย

3.4 ทฤษฎีการดูแลตนเองและแนวคิดครอบครัว

โอลเริ่ม (Orem, 1979; 1980; 1985; 1991 จ้างในสมじด หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 224) กล่าวถึงครอบครัวในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานสิ่งแวดล้อมของบุคคล บทบาทของครอบครัว ต่อ สมาชิกที่เจ็บป่วยหรือการดูแลบุคคลผู้ต้องการพึ่งพา และหน่วยครอบครัวบุคคลผู้ต้องการการพยาบาลซึ่งจะเห็นว่าเป็นการอธิบายความหมายของครอบครัวแบบกระจัดกระจาดจึงยากต่อการทำความเข้าใจ ความหมายของครอบครัวในภาพรวม เทเลอร์ (Taylor, 1989) จึงรวมรวมและขยายความหมายของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของโอลเริ่มโดยจำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor)
2. ครอบครัวเป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา (Dependent care unit)
3. ครอบครัวเป็นหน่วยผู้รับบริการ (Unit of service)

ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน

เป็นความหมายซึ่ง โอลเริ่ม (Orem, 1991) ต้องการอธิบายให้เข้าใจว่าเมื่อบุคคลผู้แสวงหาและได้รับการพยาบาลคือสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ในขณะเดียวกันครอบครัวคือหน่วยของสังคม วัฒนธรรมที่มีขนาดใหญ่กว่าบุคคล ครอบครัวจึงเปรียบเสมือนเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมและ วัฒนธรรมของบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ ในระบบครอบครัวจึงมีอิทธิพล หรือมีผลกระทบต่อความต้องการ การดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ปัจจัยในระบบครอบครัวมีมากมายทั้งที่มีความคงที่และไม่คงที่ เช่น ขนาด ความคาดหวังหรือความเชื่อ และแหล่งประโภชน์ของครอบครัว ระบบความเป็นอยู่ในครอบครัว วัฒนธรรมของครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของครอบครัว เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับความต้องการ และความสามารถของบุคคลมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบริบท ความรู้เกี่ยวกับภาวะความเครียดและการเผชิญภาวะเครียดจากความเจ็บป่วยทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางระบบครอบครัวกับความต้องการและความสามารถของบุคคลได้ดีขึ้น

ครอบครัวเป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา

หน่วยรับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา หมายถึงหน่วยซึ่งประกอบด้วยบุคคลอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป บุคคลหนึ่งคือผู้ป่วยหรือผู้ต้องการการพึ่งพา ส่วนอีกบุคคลหนึ่งคือผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา ผู้รับผิดชอบอาจมีคนเดียวหรือหลายคน ดังนั้นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา อาจประกอบด้วยสมาชิกเพียงบางส่วนหรือสมาชิกทั้งหมดของครอบครัวหน่วยนี้มักมีความคงที่ คือ มีสมาชิกเพียง 2-3 คนเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา แต่อาจเป็นหน่วยซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสลับหน้าที่ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตัวอย่างหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เช่น ภรรยาดูแลสามีที่เจ็บป่วย บุตรที่เป็นผู้ให้การดูแลบิดาหรือมารดาที่เจ็บป่วย เป็นต้น

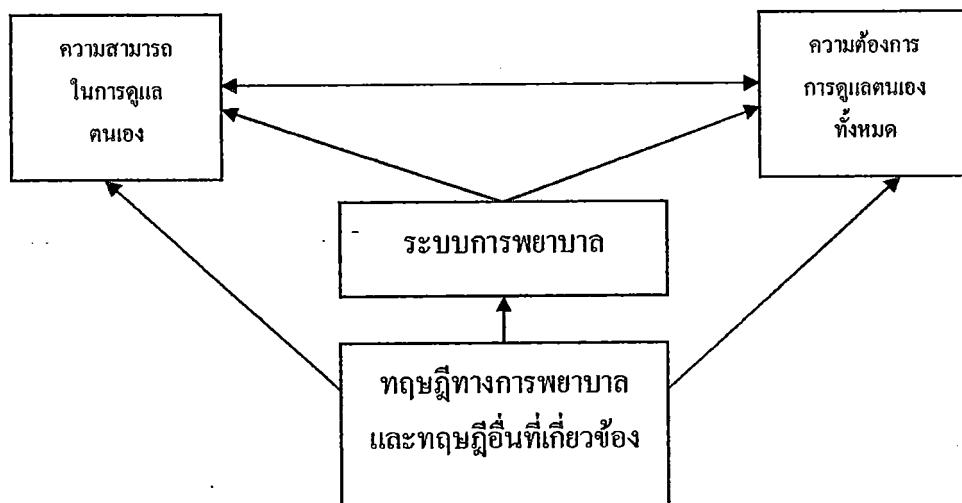
ครอบครัวเป็นหน่วยผู้รับบริการ

หน่วยผู้รับบริการอาจหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่พยาบาลต้องรับผิดชอบให้การดูแลเมื่อกลุ่มบุคคลที่มาอยู่อาศัยรวมกันเป็นครอบครัวคือผู้รับบริการ (Client) พยาบาลไม่ได้รับผิดชอบให้การพยาบาลเฉพาะสมาชิกรายบุคคล หรือหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพาเท่านั้น แต่รวมถึงครอบครัวในฐานะหน่วยรวมหนึ่งด้วย ความหมายของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของไอเรียมสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเป็นทึ่งสิ่งแวดล้อมและบุคคล ครอบครัวในฐานะปัจจัยพื้นฐานคือสิ่งแวดล้อม ส่วนครอบครัวในฐานะหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา และครอบครัวในฐานะหน่วยผู้รับบริการ คือ บุคคล ซึ่งมีความต้องการการพยาบาลในลักษณะของกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน เมื่อพยาบาลทำงานกับครอบครัวจำเป็นต้องเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างความหมายทั้ง 3 ลักษณะนี้เป็นอย่างดีจึงจะสามารถพัฒนาระบบการพยาบาลครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

3.5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของไอเรียมในการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อผู้สูงอายุที่บ้าน

ทฤษฎีการพยาบาลของไอเร้ม นับเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ให้เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของวิชาชีพที่ชัดเจน ไอเร้ม มีความเชื่อว่า การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล และต้องประยุกต์ความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวิชาชีพนั้นคือการช่วยบุคคลสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดใน

ระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการคูณเดตนอง เพราะฉะนั้นใน การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ โอลิเม้นน์ พยาบาลจะต้องประยุกต์ใช้ความรู้หรือทฤษฎีอื่น ๆ จากศาสตร์ พยาบาลและศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดความต้องการการคูณเดตนองทั้งหมด วิเคราะห์ ความสามารถและข้อจำกัดในการคูณเดตนองและจัดระบบทางการพยาบาลรวมทั้งหาวิธีการช่วยเหลือ เพื่อปรับชุดเซย์ความพร่องในการคูณเดตนอง (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 แสดงถึงความสัมพันธ์ของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ โอลิเม้น และการใช้ทฤษฎีอื่น ๆ

การนำทฤษฎีไปใช้โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ โอลิเม้น ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตัดสินว่า ทำไม่บุคคลเจิงต้องอยู่ภายใต้การคูณเดลงพยาบาล (การวินิจฉัย) และ กำหนดความต้องการการคูณเดตนองทั้งหมด
2. ขั้นออกแบบระบบการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล
3. ขั้นเริ่ม กระทำ ควบคุม และประเมินผล

เทเลอร์ (Taylor, 1986 จ้างในสมจิต หนูเริญกุล, 2539. หน้า 58-67) ได้แนะนำขั้นตอนของการใช้ทฤษฎีความพร่องในการคูณเดตนอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- | | |
|-----------|--|
| ขั้นที่ 1 | <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนด : การคูณเดตนองที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง 2. กำหนด : ความต้องการการกระทำ (Action demand) |
|-----------|--|

- ขั้นที่ 2 1. วินิจฉัย : ความสามารถและข้อจำกัด
(ความสามารถ)
- ขั้นที่ 3 1. วินิจฉัย : ความพร่องในการดูแลตนเอง
(ความพร่อง)
- ขั้นที่ 4 1. กำหนด : รูปแบบการพยาบาล
(ระบบการพยาบาล) 2. กำหนด : บทบาทและการกระทำของพยาบาล ผู้ป่วย และ^{ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย}

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สาขาวิชาศาสตร์การแพทย์ เป็นการศึกษาอย่างลึกซึ้งจากข้อมูลต่าง ๆ จากพฤติกรรมการดูแลที่ปรากฏในบริบทสิ่งแวดล้อม หากความสัมพันธ์ ตีความ เชื่อมโยง กับองค์ความรู้และทฤษฎีทางการพยาบาลของโอลิเมร์ โดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 10 ครั้ง และมีการประเมินผลกระทบจากการวิจัยเป็นระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ต้องการทำความเข้าใจในการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม กับสถานการณ์พุทธิกรรมของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเฉพาะที่พบร่วมกับปัญหาหรือ ช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว พยาบาลเยี่ยมบ้าน สามารถทำ กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้เกิดการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้าน ได้หรือเพื่อให้การดูแลเป็น มาตรการในการป้องกันแบบปฐมภูมิที่ได้ผลดี มีประสิทธิภาพสูงขึ้นเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อม รวมถึงความพึงพอใจ

ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ที่ศึกษา

ที่ตั้งของตำบลแสนสุขอยู่ที่ละติจูด $13^{\circ}22'00''$ ลองจิจูด $100^{\circ}59'00''$ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของ อำเภอเมืองชลบุรี และอยู่ห่างจากอำเภอเมืองชลบุรีประมาณ 13 กิโลเมตร เนื้อที่ของตำบลแสนสุขมี ประมาณ 16.79 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลอ่างศิลา และตำบลบ้านปีก
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลเหมือง และตำบลบางพระอำเภอศรีราชา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลบ้านปีก ตำบลเสนีด ตำบลหัวยักษ์ และตำบลเหมือง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อ่าวไทย

ประชากร ประชากรตำบลแสนสุขจากทะเบียนรายภูร์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2546 มี จำนวนทั้งสิ้น 34,884 คน จำแนกเป็นเพศชาย 16,093 คน คิดเป็นร้อยละ 46.13 และเพศหญิง 18,791 คน คิดเป็นร้อยละ 53.87 ซึ่งจำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,175 คน เป็น เพศชาย 1,071 คน และเพศหญิง 1,104 คน

การศึกษา จากการสุ่มสำรวจข้อมูลประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) ส่วนใหญ่จงการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.07 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 14.91 ส่วนประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษาก็คิดเป็นร้อยละ 3.31

สถานบริการทางด้านสุขภาพ ด้วยตำบลแสนสุขถือเป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น แห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี ดังนั้นจึงมีสถานบริการด้านสุขภาพอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา (สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย) จำนวน 1 แห่ง สถานอนามัย จำนวน 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข (เทศบาลเมืองแสนสุข) จำนวน 1 แห่ง และคลินิกอีกหลายแห่ง

วัฒนธรรมและความเชื่อ ตำบลแสนสุขมีวัฒนธรรมประจำถิ่นและความเชื่อของประชาชนเหมือน ๆ กับชาวพุทธ โดยทั่วไป แต่วัฒนธรรมที่ถือเป็นประเพณีสืบต่อกันมา ซึ่งแสดงถึงความรักความสามัคคีของคนในชุมชน เพื่อการสืบทอดประเพณีวัฒนธรรมที่ดีงาม เพื่อส่งเสริม การออกกำลังกาย เพื่อความสุขความเจริญในชีวิต ฯลฯ

สภาพอากาศและน้ำมันริโภค อากาศ อุณหภูมิอากาศโดยทั่วไปค่อนข้างเย็นสบาย เนื่องจากมีลมบกวนทะเลพัดตลอดเวลา ในช่วงมีพายุฝนอาจได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของลมบ้ามแท้ไม่มากเนื่องจากไม่พบว่ามีบ้านเรือนเสียหาย พนพีงตันไม่หักโค่นเท่านั้น นำ้ในชุมชนไม่มีแหล่งน้ำธรรมชาติให้ใช้ประโภชัน จะมีก็เพียงน้ำจากคลองบางปะตุงซึ่งอยู่ทางทิศเหนือของตำบล จะมีน้ำในคลองก็ต่อเมื่อมีฝนตกน้ำจากเขากะอะศัยคลองนี้ระบายน้ำลงทะเล แต่คุณภาพนำ้ค่อนข้างสกปรกเนื่องจากนำ้เสียจากโรงงานและบ้านเรือน ดังนั้นนำ้อุปโภคและบริโภคเกือบทั้งหมดเป็นนำ้ประปา จากอ่างเก็บนำ้บ้างพระ อำเภอศรีราชา จะมีเพียงบางบ้านเท่านั้นที่บุคคลนำ้บ้านด้วยช่องประปาส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้ เพราะนำ้จะมีสารร่อโยและกระด้าง

การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ตำบลแสนสุข กองอนามัย และสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองแสนสุขเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ได้แก่

1. การกำจัดขยะมูลฝอย เทศบาลจะนำถังขยะไปตั้งตามจุดต่าง ๆ รวมทั้งชายหาดบางแสน และริมแม่น้ำของเทศบาลจะไปเก็บทุกวัน ๆ ละ 2 ครั้ง เช้า และเย็นจะที่เก็บได้จะนำไปกลบฝังที่บ่อขยะ ตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา

2. นำ้เสีย จากบ้านเรือนจะถ่ายเทลงถู่ท่อน้ำทึ่ที่ทางเทศบาลฝังไว้ทั่วพื้นที่ และให้ไปสู่บ่อบำบัดนำ้เสีย ซึ่งเทศบาลเมืองแสนสุขสร้างไว้ 2 บ่อ ทางด้านทิศเหนือและทิศใต้ซึ่งสามารถบำบัดนำ้เสียได้วันละประมาณ 10,000 ลบ.ม.

3. ด้านสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ มีหน่วยป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ให้บริการ ทำหมัน และวางแผนครอบครัวสัตว์เลี้ยงทุกวันยกเว้นวันพุธ สำหรับหมูมีการวางแผนยาทุกวันศุกร์ ส่วนยุงลายมีหน่วยพ่นกำจัดยุงลายออกดำเนินงานทุกวัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตที่จะศึกษาดังนี้

ก. สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะอยู่บ้าน (Nosohusial)

1. การสอดไส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายเพื่อรักษาขณะอยู่บ้าน เช่น

- การสูบยาสูบบุหรี่
- การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ
- ถ่ายให้อาหารทางช่องปาก
- สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- การทำแผล

2. การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุที่รักษาที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากชุมชน (Community acquired infections) เช่น

- ไข้หวัดใหญ่
- ไข้หวัด

3. การได้รับยาหรือสารเคมี ผู้สูงอายุที่ได้รับยาสเตียรอยด์มีความไวต่อการติดเชื้อขณะอยู่บ้าน เนื่องจากภูมิคุ้มกันทางเดินหายใจ

ข. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านเกิดการติดเชื้อ

1. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ได้แก่

- อายุ
- โรคที่ผู้สูงอายุเป็น
- สภาพโภชนาการ
- ความต้านทานของร่างกาย
- การป่วยเป็นพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติด

ปัจจัยภายนอกซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่

- สถานะทางเศรษฐกิจ

- อาชีพ
- สถานภาพสมรส

2. ปัจจัยค่านิยมแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต

- บุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ
- สัตว์กัดแทะและแมลงภัยในบ้าน

สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต

- สาขากินาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี
- มีการปนเปื้อนเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้สูงอายุ

3. สภาพจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

- ความเครียดของผู้สูงอายุส่งต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น
- ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจส่งผลให้คุณภาพในการดูแลลดลง

ค. การป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน

กิจกรรมที่ควรดำเนินการเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีดังนี้

1. การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแล (Education and Supervision)
 2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อ (Surveillance)
 - 2.1 การป้องกันการติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์
 - 2.2 การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ
 - 2.3 การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนัง เนื้อยื่น ให้ผิวนังและ แผลกดทับ
 - 2.4 การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 2.5 การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร
 - 2.6 การป้องกันการติดเชื้อที่ตา และช่องปาก
 3. การแยกผู้ป่วยและการระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation Precautions)
 - 3.1 การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ
 - 3.2 การล้างมือ
 - 3.3 การสวมถุงมือ

- 3.4 การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก
 - 3.5 การดูแลสุขภาพบุคลากรและผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
 - 3.6 การควบคุมสิ่งแวดล้อม
 - 3.7 การทำงานเชื้อ
 - 3.8 การซักผ้าเย็บ
 - 3.9 การจัดการภูมิผลิตติดเชื้อ
4. การประเมินผลพัฒจากการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
1. การประเมินภาวะสุขภาพทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล
 2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้และไม่ได้ เช่น มีและไม่มีการใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล เมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 8 คน ผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ได้รับการดูแลที่บ้าน เช่น มีแพลเรือรัง ที่มี และไม่มีการใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายหรือถ่ายต่อการติดเชื้อที่อวัยวะต่าง ๆ
3. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย หรือภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่ไม่ต้องการการรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาล
4. เป็นผู้ที่ต้องการดูแลจากผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั้งต้องการการสนับสนุนให้ความรู้ การให้การดูแลบางส่วน และต้องการดูแลทั้งหมด
5. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ
3. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ
4. เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีหน้าที่รับผิดชอบสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่าผู้อื่นจากการสอบถามผู้สูงอายุและผู้ดูแล
5. เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุโดยรับค่าจ้างและไม่รับค่าจ้าง
6. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีเครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย ซึ่งมีประสบการณ์การพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. อุปกรณ์การตรวจร่างกายเบื้องต้น เครื่องวัดความดัน โลหิต Stethoscope พร้อมวัดไข้
3. อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ถุงมือ ผ้าปิดปากปิดจมูก
4. แผ่นพับประกอบการให้สุขศึกษา เรื่อง การล้างมือ การฉีดอินซูลิน
5. กล้องถ่ายภาพหนึ่ง
6. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 แบบบันทึกข้อมูลและการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลและป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง จากการศึกษา ทบทวนเอกสาร รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลใดบ้าง ที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านและนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา เมื่อได้มารับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นคำตามปลายเปิดประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 2 รายละเอียดปัญหาสุขภาพ การให้การดูแลและให้คำแนะนำ
ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ

6.2 แบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 7 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การเตรียมการ

เป็นขั้นที่เตรียมความพร้อมก่อนทำการเก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการดังนี้

1. เตรียมตัวด้านเนื้อหาวิชาจากเอกสาร งานวิจัย ตำรา ศึกษาแนวทางในการปฏิบัติ กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อนำไปประยุกต์เป็นรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ช่วยในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยติดต่องานประกันสุขภาพทั่วหน้า ฝ่ายบริการวิชาการ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสถานีอนามัยเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พร้อมทั้งคัดกรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเพิ่มประวัติของผู้ป่วย ได้ก่อรุ่นตัวอย่างทั้งหมด 8 คน

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย

เป็นขั้นที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือต่าง ๆ มาใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้ก่อรุ่นตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากแฟ้มประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การตรวจร่างกายเบื้องต้น จากการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อิ่มตัวที่สุดมาดำเนินการสรุปและวิเคราะห์ ดังนี้

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 – 5 (เดือน มิถุนายน – พฤศจิกายน 2548)

ผู้วิจัยดำเนินการในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ พบรู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้านครั้งแรก เพื่อแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลและนัดวันทำการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เพื่อกันนำไปยุ่งยากตามสภาพการณ์จริงและการสะท้อนปัญหาจาก การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปัญหาที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการเดินทางต่อการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย กระตุ้นให้ความรู้และแนะนำกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม การแลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ร่วมกัน การคิดวิเคราะห์ปัญหาระบุปัญหา สาเหตุของปัญหาร่วมกัน การจัดหมวดหมู่ของปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่ได้ทั้งหมด ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน โดยวิธีการ

6.3 แบบสรุปผลการเยี่ยมบ้านเพื่อคุ้มครองและป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 3 ชื่อ

6.4 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จำนวน 20 ชื่อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546. หน้า 3-5)

6.5 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อบริการ ของผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลที่บ้าน จำนวน 15 ชื่อ (สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2542, หน้า 102-103)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือ ข้อ 2.1, 2.2, 2.3 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาบทหวานเอกสาร รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและตามเนื้อหา เมื่อได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (ดังภาคผนวก ก) แล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล พนักงานฯ ซึ่งดำเนินการ ของข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ครบถ้วน ต้องเพิ่มเติม คือ ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน ส่วนรายละเอียดปัญหาสุขภาพ กิจกรรมการพยาบาลมีเนื้อหามากเกินไปเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ความหลากหลายของโรคไม่นำก็จะต้องตัดบางกิจกรรมการพยาบาลออกไป คือ การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การป้องกันการติดเชื้อที่แผลง่าดัด

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของผลการวิจัย โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Methodological triangulation) โดยเริ่มเก็บข้อมูล จากบันทึกประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม กิจกรรมการปฏิบัติ ตั้งแวดล้อม บรรยายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่นำมาบันทึก เมื่อเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลไปจนถึงช่วงหนึ่งที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลหนักแน่น เพียงพอ มีความอิ่มตัว (Saturated) สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้รอบคันทุกมิติเป็นองค์รวมแล้วจึงยุติการเดือกดูให้ข้อมูล

1. การสัมภาษณ์แบบลึกแผลเมื่อยมื้บกับ ข้อมูลที่ว่าไปและข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อ
2. การตั้งเกตพุตติกรรมการคุ้มครอง ปฏิบัติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ การจัดสิ่งแวดล้อม และตรวจร่างกายที่ว่าไปในผู้สูงอายุ
3. การแปลความหมายและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ
4. กรณีข้อมูลไม่เพียงพอในการสรุปปัญหาให้เก็บข้อมูลใหม่
5. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน
6. วางแผนการพยาบาล กำหนดระบบการพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือ
7. ให้คำปรึกษาเสนอแนะ การสาธิตวิธีปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมที่ถูกต้อง การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการสร้างแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน ตลอดความเห็นร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพในการพัฒนาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านพร้อมแจ้งแผ่นพับ และนัดหมายผู้ดูแลในการเยี่ยมครั้งต่อไป

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 6-8 (เดือน กันยายน 2548 - กุมภาพันธ์ 2549)

เก็บรวมรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการคุ้มครอง และการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน แก้ไขปรับปรุง หาแนวทางพัฒนาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านให้เหมาะสมกับครอบครัว ประเมินผลวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำ วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลง และทดสอบความแม่นตรงของข้อมูล

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลและสรุปผลการวิจัย

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 9-10 (เดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2549)

เยี่ยมติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ดังนี้

1. สัมภาษณ์ ตามแบบสำรวจโรคติดเชื้อจากการคุ้มครองที่บ้าน ตรวจร่างกาย ประเมินการเกิดโรคติดเชื้อของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ตลอดระยะเวลาวิจัย
2. ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามแบบประเมิน
3. การสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อบริการของผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกตทุกฉบับคิดเป็นจำนวน ร้อยละ 100 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มามาวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลในเชิงปริมาณ ด้วยการแยกແงความถี่ ได้แก่ ข้อมูล พื้นฐาน จำแนกตาม เพศ อายุ ฯลฯ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ การสังเกต เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเตียงต่อการติดเตื้อ ปัจจัยที่ส่งเสริมการป้องกันการติดเตื้อจากการคุ้ดและสุขภาพที่บ้าน ผลลัพธ์จากการป้องกันการติดเตื้อจาก การคุ้ดและผู้สูงอายุที่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง และจัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นกรณีศึกษาที่ 1 -8 และกำหนดให้ข้อมูลแต่ละประเด็น จัดหมวดหมู่ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะทำเป็นบันทึกภาคสนาม (field note) โดยลงรายละเอียดความคิดเห็นของผู้วิจัย และ ข้อมูลอื่น ๆ ที่น่าสนใจแยกเอาไว้ต่างหาก ใช้วิเคราะห์เชิงคุณภาพและนำเสนอเชิงพรรณนา เพื่อ อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา และสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเตื้อจากการคุ้ดและสุขภาพ ผู้สูงอายุที่บ้าน

แนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลมี 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากภาคสนาม โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบว่าข้อมูลส่วนใดยังไม่สมบูรณ์ทั้งในเรื่องความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาและความชัดเจน ในการแปลความหมาย ทำการสร้างข้อสรุปย่อyle เบื้องต้น และพิจารณาว่ามีประเด็นใดบ้างที่ จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากตัวอย่างเดิมหรือตัวอย่างใหม่ที่จะศึกษาข้อมูลลำดับต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ภาพรวมทั้งหมดหลังจากได้รับข้อมูลภาคสนามครบถ้วน เพียงพอแล้ว โดยนำมาจัดหมวดหมู่ทำความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ทั้งหมดในภาพรวม จากนั้น ทำการวิเคราะห์ แปลความหมายของข้อมูลและสร้างข้อสรุปผลการวิจัยที่ได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยการเพิ่มบ้านคลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงแล จำนวน 8 คน โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบลึก การสอน แนะนำและทดลองปฏิบัติ โดยการนำทบทวนถึงการพยาบาลของ โอลิเมร์เป็นแนวทางในการศึกษาอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการดูแล และการประเมินผล ในลักษณะของกรณีศึกษา ได้พบข้อมูลดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม มีข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จำนวน 8 คน เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน มีอายุเฉลี่ย 79 ปี พบร่วมมีสถานภาพเป็นหม้าย/ห嫣มากที่สุด และส่วนใหญ่ผู้สูงแลไม่ทราบบ้านที่นัก ความสูง และวุฒิการศึกษาของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 5 คน และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้ ผู้ที่มีรายได้จะมีแหล่งที่มาของรายได้จากบุตร สำหรับสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาสวัสดิการ ข้าราชการมากที่สุด และสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) รองลงมา และพบว่ารายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20,001 – 40,000 บาทต่อเดือน และระหว่าง 60,001 - 80,000 บาทต่อเดือน เท่ากัน และผู้สูงอายุมีผู้สูงแลที่บ้านซึ่งเป็นญาติ (ไม่เป็นทางการ) 4 คน และเป็นลูกจ้าง (เป็นทางการ) 4 คน เท่ากัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

กลุ่มผู้สูงแล พบร่วม กลุ่มผู้สูงแลที่ศึกษามีจำนวน 8 คน เป็นเพศหญิง 7 คน มีอายุมากที่สุด 75 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี มีสถานภาพคู่จ่านวน 5 คน และส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาในการศึกษาขั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมีผู้สูงแลที่เป็นญาติ (ไม่เป็นทางการ) จำนวน 4 คน และผู้สูงแลที่เป็นลูกจ้าง (เป็นทางการ) จำนวน 4 คน เท่ากัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)
1. เพศ	
- ชาย	6
- หญิง	2
2. อายุ	
- 67 ปี (ชาย)	1
- 69 ปี (หญิง)	1
- 77 ปี (ชาย)	1
- 79 ปี (ชาย)	1
- 82 ปี (ชาย)	1
- 84 ปี (ชาย)	1
- 85 ปี (หญิง)	1
- 89 ปี (ชาย)	1
(อายุเฉลี่ย 79 ปี)	
3. สถานภาพสมรส	
- โสด	1
- คู่	2
- หม้าย/หย่า	5
4. ภูมิการศึกษา	
- ไม่ทราบ	4
- ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	1
- ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	1
- ปริญญาตรี	1
- ปริญญาโท	1
5. น้ำหนัก	
- 42 (กิโลกรัม หญิง)	1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)
- 56 (กิโลกรัม ชาย)	1
- 65 (กิโลกรัม ชาย)	1
- ไม่ได้รัง	5
6. ความสูง	
- 153 (เซนติเมตร หญิง)	1
- 160 (เซนติเมตร ชาย)	2
- ไม่ได้วัด	5
7. ความสามารถของผู้สูงอายุ	
- ช่วยเหลือตัวเองได้	3
- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	5
8. อารีพ	
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8
9. รายได้ผู้สูงอายุ	
- มีรายได้	2
- ไม่มีรายได้	6
10. แหล่งที่มาของรายได้	
- บุตร	2
- หลาน	0
- ทรัพย์สินเดิม	0
11. สิทธิการรักษา	
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	2
- สวัสดิการบำนาญ	6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)
12. รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ	
- 20,001 – 40,000 บาท	3
- 40,001 - 60,000 บาท	0
- 60,001 - 80,000 บาท	3
- มากกว่า 80,001 บาท	2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คุณลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (คน)
1. เพศ	
- ชาย	1
- หญิง	6
2. อายุ	
- 22 ปี (หญิง)	1
- 27 ปี (หญิง)	1
- 35 ปี (หญิง)	1
- 37 ปี (หญิง)	1
- 54 ปี (หญิง)	1
- 60 ปี (หญิง)	1
- 75 ปี (ชาย)	1
3. สถานภาพสมรส	
- โสด	2
- ภรรยา	5

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (คน)
4. ภูมิการศึกษา	
- ไม่ทราบ	1
- ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	2
- ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	3
- ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	2
5. รายได้ต่อเดือน	
- 3,000 – 5,000 บาท	5
- 5,001 – 7,000 บาท	-
- 7,001 – 9,000 บาท	3
6. ประเภทผู้ดูแล	
- ญาติ (ไม่เป็นทางการ)	4
- ลูกช้าง (เป็นทางการ)	4

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ

จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ ภรรยา การตรวจร่างกาย และเพื่อประเมินประวัติ พบร่วมกันที่ว่า ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้จำนวน 3 คน (กรณีศึกษาที่ 5,6,7 ดังภาคผนวก) ผู้สูงอายุมีอาการสับสน รู้สึกตัว แต่ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้ ลูกจากเตียง ไม่ได้จำนวน 2 คน (กรณีศึกษาที่ 4,8 ดังภาคผนวก) ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเอง ได้ แต่ตามตอบไม่รู้เรื่อง สับสน เดินไปมาตามถนนความคุ้นเคย ไม่ได้จำนวน 1 คน(กรณีศึกษาที่ 3 ดังภาคผนวก) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้ เดินได้จำนวน 2 คน (กรณีศึกษาที่ 1-2 ดังภาคผนวก)

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของครอบครัว ส่วนใหญ่ลูกหลานรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่รอด ได้ด้วยการให้ได้รับประทานอาหาร ยา และ ไม่มีอาการแทรกซ้อน

แต่ในกรณีศึกษาที่ 3 ลูกหลานรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเด็กไม่เข้าใจระยะของโรคว่าไม่มีทางรักษาหายได้คิดว่าการไม่ช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุเป็นการดื้อไม่เชื่อฟัง จึงรู้สึกเบื่อแต่ดูแลให้ได้รับประทานอาหาร ยา ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ชำระล้างเมื่อถ่ายอุจจาระ และป้องกันไม่ให้ดึงสายสวนปัสสาวะ

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและการเจ็บป่วยในอดีต ด้วยโรคเรื้อรังประจำตัวคนละอย่างน้อย 3 โรค มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย พบร่วม

สัญญาณชีพ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่ส่วนใหญ่ไม่มีไข้ ยกเว้น กรณีศึกษาที่ 2 (ดังภาคผนวก ก) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีชีพจรและการหายใจปกติ สม่ำเสมอ มีความดันโลหิตสูง 5 คน ($\geq 140/90$ มิลลิเมตรปอร์ต)

ระบบผิวนัง ผู้สูงอายุมีผิวนังบางแห้ง มีสะเก็ดสีขาว บางคนคันตามผิวนัง มีจุดสีน้ำตาลเข้มกระจายเป็นจุดตามร่างกาย ผิวนังบริเวณหน้าผาก หางมีรอยเหี้ยย่น ตามวัย ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะใช้ไลซั่นบำรุงผิวทาเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวนัง ผนปล่อยตามธรรมชาติไม่มีครีมซึ่งมีแพลทเทิร์ได้รับการผ่าตัด จำนวน 2 คน ผู้สูงอายุเคยมีแพลคดทับที่ก้นกบและสะโพกเข้ารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน (กรณีศึกษาที่ 4 และ 6 ดังภาคผนวก ก)

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ส่วนใหญ่มีอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้สูงอายุบางคนมีขานรบกวนทั้งสองข้าง กดบุ๋ม เหนื่อยง่าย (กรณีศึกษาที่ 2-4 และ 8 ดังภาคผนวก ก)

ระบบหายใจ ส่วนใหญ่มีอัตราการหายใจสม่ำเสมอ จนูกได้รูปไม่งอซุ่ม หลอดลมไม่อึดอัด อยู่ในแนวกลาง การขยายตัวของปอดปกติ บางคนไม่มีเสียงเต็มระหว่างกลางคืน (กรณีศึกษาที่ 5-8 ดังภาคผนวก ก)

ระบบทางเดินอาหาร มีผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน (กรณีศึกษาที่ 1-4 ดังภาคผนวก ก) สามารถเคี้ยวอาหาร ได้ตามปกติ แต่เคี้ยวเนื้อสัตว์ลำบาก ไม่มีบาดแผลในช่องปาก ไม่พนการอักเสบของเหงือก ส่วนใหญ่มีฟันปลอม และมีผู้สูงอายุที่ใส่ถ่ายยางให้อาหารทางจมูก จำนวน 4 คน (กรณีศึกษาที่ 5-8 ดังภาคผนวก ก)

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตามตอบไม่รู้เรื่อง จำนวน 3 คน ในจำนวนนี้มีเกรงเมื่อกระตุ้น จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่ตามตอบ

รู้เรื่องบางครั้ง สับสน ชอบถามซ้ำ ๆ หูดึง จำนวน 2 คน (กรณีศึกษาที่ 4 และ 8 ดังภาคผนวก ก) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถตอบคำถาม ได้ถูกต้องบ้าง แต่สับสน ชอบถามซ้ำ ๆ จำสถานที่ได้ บางครั้ง จำนวน 1 คน (กรณีศึกษาที่ 3 ดังภาคผนวก ก) และมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 2 คน สามารถตอบคำถาม ได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถบอกชื่อ นามสกุล วันเวลา สถานที่ได้อย่างถูกต้อง ไม่มีอาการปากเบี้ยว หนังตาตก การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ปัจจิตริยาของม่านตาต่อแสงปกติ บาง คนจะมีอาการชาหรือ ชาเป็นตะคริวบางครั้ง (กรณีศึกษาที่ 1-2 ดังภาคผนวก ก)

ระบบขับถ่าย มีผู้สูงอายุความคุ้มการถ่ายปัสสาวะ ได้เองเมื่อปัสสาวะ 3 คน (กรณีศึกษาที่ 1,2 และ 8 ดังภาคผนวก ก) ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตอยู่เรื่อย 1 คน ถ่ายปัสสาวะวันละ 0-1 ครั้ง ปริมาณเล็กน้อย สำหรับผู้สูงอายุที่ปัสสาวะไม่รู้สึกตัวใส่ผ้าอ้อมอนามัย จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุชายที่ปัสสาวะไม่รู้สึกตัวสวมถุงยางอนามัย จำนวน 3 คน และมีผู้สูงอายุที่ใส่สายสวนปัสสาวะ บริเวณเหนือหัวหน่า จำนวน 1 คน (กรณีศึกษาที่ 3 ดังภาคผนวก ก) สำหรับการขับถ่ายอุจจาระ ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระ ได้เองแต่มักมีอาการท้องผูกเป็นบางครั้ง แต่มีผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัวต้องสวนถ่าย เป็นประจำ จำนวน 2 คน คือ กรณีศึกษาที่ 5 และ 6

ระบบสืบพันธุ์ จากการซักถามส่วนใหญ่ไม่มีบาดแผล หรือ Discharge ให้ ไม่มีอาการคัน หรือติดเชื้อที่อวัยวะเพศ ยกเว้น กรณีศึกษาที่ 3 (ดังภาคผนวก ก)

ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็น โรคหลายโรค ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 1. Gout 2. Hypertension 3. Chronic renal failer

กรณีศึกษาที่ 2 1. Diarrhea 2. Bronchitis 3. Hypertension 4. Diabetes Mellitus

5. Mild-dehydration

กรณีศึกษาที่ 3 1. Non-insulin-dependent diabetes mellitus

2. Essential (primary) Hypertension 3. Alzheimer

กรณีศึกษาที่ 4 1. Non-insulin-dependent diabetes mellitus

2. Hypertension secondary to endocrine disorders

3. Stroke, not specified as 4. Tinea cruris

กรณีศึกษาที่ 5 1. Old CVA 2. Epilepsy 3. Peptic ulcer

กรณีศึกษาที่ 6 1. Upper GI bleeding 2. Pressure sore 3. Alzheimer's disease

4. CVA 5. Post craniotomy 6. PVC 7. Stoke
 8. Inflammation of prepuce
- กรณีศึกษาที่ 7 1. Old CVA 2. Hypertension 3. Chronic ischaemic heart disease
- กรณีศึกษาที่ 8 1. Insulin-dependent diabetes mellitus 2. Cholestasis jaundice
 3. Wound infection 4. Pneumonia in both lower lobes
 5. Fungal infection at lip

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้สูงอายุที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ จำนวน 2 ราย (กรณีศึกษาที่ 4,6 ดังภาคผนวก ก) สรุปรายการ ได้ ดังนี้

ชุดรายการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วยวัด	ค่าปกติ	สาเหตุที่เป็นไปได้
<u>กรณีศึกษาที่ 4</u>				
WBC count	11,200	cells/cu.mm	5,000-11,000	มีการติดเชื้อในร่างกาย
Sugar	425	mg/dl	76-110	นำตาลในเลือดสูง เนื่องจากไม่ได้รับประทานยา
Urine WBC/hpf	20-30	cells		มีการติดเชื้อของระบบ ทางเดินปัสสาวะ
Other (cell in urine)	Budding yeast-few			มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง
<u>กรณีศึกษาที่ 6</u>				
Culture sputum	- Escherichai coli , Acinetobacter anitratus		ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ	

การพยากรณ์โรค ผู้สูงอายุทุกคนต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่องและรับการตรวจตามอาการทุก 1-2 สัปดาห์ หรือ 1-2 เดือน และการรับรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไトイ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (กรณีศึกษาที่ 1 ดังภาคผนวก ก) และถ้าแล้วให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอและเหมาะสม ป้องกันอุบัติเหตุจากหลักม การเดินไปมาตามถนนหน้าบ้าน (กรณีศึกษาที่ 3 ดังภาคผนวก ก) ถ้าแล้วให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ ป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง อาการแทรกซ้อน โรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4-8 ดังภาคผนวก ก)

ปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บ้าน

1. ผู้สูงอายุทุกคนมีโรคเรื้อรังประจำตัวหลายโรคผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือหากมีอาการแทรกซ้อนเกิดโรคติดเชื้อจะทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่ป่วยเป็นโรคลมชัก ผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฐมพยาบาลในการป้องกันอันตรายจากการชักที่อาจส่งผลต่อการสำลักหรือเกิดบาดแผลเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้
2. ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิด บางชนิดอาจทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำและการใช้ยาต้านจุลทรรศพหากใช้ไม่ติดต่อกันจนหมดอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ และยานานาชนิดมีผลกระแทบเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น ยาลดกรดทำให้เชื้อแบคทีเรียครमพบในระบบทางเดินอาหารเจริญมากขึ้น บาระจับ ประสาทกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางอาจทำให้สำลักได้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุบ้างคน ได้รับยาออกฤทธิ์ลดความดัน โลหิตมีผลต่อไตและอาจมีผลต่อจำนวนเม็ดเลือดขาว ทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย ไอลรีอัรง หลอดลมอักเสบ เกิดโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้ และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานบ้างคนสับสนหลงลืมอาจทำให้ขาดยา มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้
3. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการถูกแผลที่บ้าน และการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อที่บ้าน ซึ่งอาจเกิดการแพร่กระจายของการติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้
4. ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือที่ตำแหน่งของกระเพาะชายส่วนหลอดเลือดดำที่靠近 อาจมีการอักเสบติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังได้ (กรณีศึกษาที่ 1 ดังภาคผนวก ก)
5. ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีผู้สูงอายุชายส่วนปัสสาวะทางหน้าท้องหน้อหัวหน่า (กรณีศึกษาที่ 3 ดังภาคผนวก ก) ผู้สูงอายุหญิงที่ไม่รู้สึกตัวเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากปัสสาวะเปลี่ยนสีในผ้าอ้อมอนามัยเป็นเวลานาน (กรณีศึกษาที่ 4 ดังภาคผนวก ก) ผู้สูงอายุชายส่วนถุงพลาสติก หรือถุงยางอนามัยรองรับปัสสาวะ ผิวหนังอันซึ่น อาจมีการร้าวซึม ผิวหนังอวัยวะเพศอาจถูกกดทับหรือปัสสาวะ ให้หล่อนกลับไปได้ (กรณีศึกษาที่ 5-7 ดังภาคผนวก ก) ผู้สูงอายุรู้สึกตัวแต่เนื่องจากผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะ ไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-7 ดังภาคผนวก ก) ไม่ค่อยรักษาระบบทางเดินปัสสาวะ ตามปกติ แต่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

6. ปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร เมื่อจากผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัว ให้อาหารทางสายยาง จำนวน 4 คน (กรณีศึกษาที่ 5-8 ดังภาคผนวก ก) ในจำนวนนี้ผู้สูงอายุกรณีที่ 6 มีเลือดออกเก่า ๆ ปริมาณไม่นอกในสายให้อาหาร 1 วัน ผู้สูงอายุอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสิ่งปนเปื้อนในอาหารที่ประกอบของหรือสิ่งปนเปื้อนจากอุปกรณ์ให้อาหาร

ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวของคนเดียวยาหารที่เหลือจากหวานและรับประทานนมที่เหลือค้างคืนทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร

7. ผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัวอาจมีปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวนังและแพลงก์ตอนทับ เมื่อจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนท่าเดิมเป็นเวลานาน ผิวนังอับชื้น และผู้สูงอายุแกะเกาที่ผิวนัง

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เสี่ยงต่อการเป็นแพลงก์ตอนที่เท้าและเกิดการติดเชื้อ ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 6 (ดังภาคผนวก ก) มีแพลงก์ตอนที่สะโพก ข้อเข่าขาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร มีแพลงก์ตอนที่หนังศีรษะและขาหนีบ และผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 8 มีแพลงก์ตอนที่หัวใจที่โคนนิ่วหัวแม่เท้าขาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร และแพลงก์ตอนที่สันเท้าขาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 เซนติเมตร เนื้อเยื่ออีซีซีด

8. ปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาที่ 8 ซึ่งเป็นโรคปอดอักเสบติดเชื้อและเชื้อด้วย MRSA ติดเชื้อในกระแสเลือด หายใจหอบเหนื่อย ถุงลมปอดอุดตันมีเสมหะมากได้รับการเจาะคอ ใส่ท่อเจาะคอ และสายให้อาหารทางจมูกอาจมีการปนเปื้อนเชื้อสู่ทางเดินหายใจ หรืออาจเกิดการสำลัก ไม่มีเสมหะมากมีการใช้เครื่องและสายดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ และผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัว กรณีศึกษาที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ เมื่องานอนได้รับอาหารทางสายให้อาหารอาจเกิดการสำลัก ไม่มีเสมหะมากมีการใช้ถุงยางแดงดูดเสมหะทางจมูกและปาก ผู้สูงอายุ กรณีศึกษาที่ 1-2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดติดต่อกันในบ้านครั้งละหลายคน

9. ผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัวเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตา เพราะขาดริบลิกซ์การกระพริบตา แนะนำการป้องกันการอักเสบที่ตากการคันตาใช้มือสักปักขี้ตาก เชื้อแบคทีเรียอาจทำให้เกิดตาอักเสบ ไม่เปิดพัคคลนเข้าตาโดยตรงเป็นเวลานานอาจทำให้ตากแห้งเสบตาได้ ผู้สูงอายุมีเล็บแข็งและยาวมากชอบเกาและขี้ตากและมี แมลงหวัดอมตา ตาแดง มีน้ำตาไหล (กรณีศึกษาที่ 4 ดังภาคผนวก ก)

10. ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเดาความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ การล้างมือ การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปูปักปิดจมูก การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและบุคลากรที่เยี่ยมบ้าน และการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยคับแคบ (กรณีศึกษาที่ 1-2 ดังภาคผนวก ก) ที่อยู่อาศัยมีผู้คนอยู่ไม่มีประตูปิดป้องกันแมลงหรือตัววัดและ

(กรณีศึกษาที่ 3 ดังภาคผนวก ก) ที่อยู่อาศัยมีผู้นัดรองและเลี้ยงนกไว้ในบ้าน (กรณีศึกษาที่ 4 ดังภาคผนวก ก) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำลายเชื้อและการซักผ้าเบื้องและการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง

11. ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวมีความวิตกกังวลต้องรักษาฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องไม่สามารถเดินทางกลับไปเยี่ยมบ้านต่างจังหวัดได้ (กรณีศึกษาที่ 1 ดังภาคผนวก ก) ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 2 มีความวิตกกังวลต้องรักษารับประทานยาหลายชนิดต่อเนื่องบางครั้งไม่รับประทานยา ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 4 ลูกหลานไม่ค่อยสนใจดูแล เมื่อจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานาน บางครั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดอาการน้อยใจ ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 3 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล มีความขัดแย้งระหว่างญาติ มีความเครียดต้องรับภาระในการดูแล การช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและการพาไปพบแพทย์

นอกจากนี้ยังพบความเครียดในผู้ดูแลเมื่อจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ผู้ดูแลบางคนเป็นลูกจ้างบางครั้งถูกปล่อยให้อยู่กับผู้สูงอายุตามลำพังอาจเกิดอาการกลัว เมื่อจากบริเวณบ้านพักอยู่ห่างไกลจากเพื่อนบ้าน (กรณีศึกษาที่ 5 ดังภาคผนวก ก) และผู้สูงอายุป่วยที่ป่วยเรื้อรังและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ทำให้ผู้ดูแลลาອก มีการเปลี่ยนผู้ดูแลต้องสอนแนะนำใหม่และการดูแลไม่ต่อเนื่อง

เมื่อจากผู้ดูแลบางคนเป็นชาวต่างชาติอ่านหนังสือไม่ได้และเป็นวัยรุ่น บางครั้งลูกสะไภ้กังวลว่าเมื่อไม่อยู่บ้านผู้ดูแลจะให้ยาไม่ต่อเนื่อง (กรณีศึกษาที่ 7 ดังภาคผนวก ก) และผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 8 ผู้ดูแลวิตกกังวล/non ไม่ค่อยหลับกลัวว่าผู้สูงอายุจะตกเตียงเนื่องจากผู้สูงอายุสามารถลุกนั่งได่องแต่เดินไม่ได้

การประเมินสาเหตุที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านทุกคนอาจเกิดการติดเชื้อของอยู่บ้านจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากการได้รับยาหรือสารเคมี และมีผู้สูงอายุได้รับยาด้านจุลชีพร่วมด้วย จำนวน 3 คน สำหรับการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายเพื่อการรักษาขณะอยู่บ้าน ส่วนใหญ่มีการคายให้อาหารทางจมูก จำนวน 4 คน การใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะ จำนวน 4 คน เท่ากับการทำแพลง จำนวน 4 คน มีการได้รับอุปกรณ์ให้ออกซิเจนทางจมูก จำนวน 1 คน การสวนคายสวนปัสสาวะ จำนวน 1 คน และใส่ท่อเจาะคอ จำนวน 1 คน และไม่มีการใส่อุปกรณ์สายหารหรือระเปะให้สารน้ำยา ทางหลอดเลือดดำในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน สำหรับการเงินป่วยของบุคคลในครอบครัวที่อาจเป็นสาเหตุให้

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากชุมชน คือ โรคไข้หวัด จำนวน 4 คน และไม่มีการป่วยด้วยโรคติดเชื้ออื่น ๆ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะอยู่บ้าน

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะอยู่บ้าน	จำนวน (ราย)
1. การสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายเพื่อรักษาขณะอยู่บ้าน	
1.1 การสวนคลายสวนปัสสาวะ	1
1.2 การคำสาขให้อาหารทางช่องจมูก	4
1.3 อุปกรณ์คลายหรือกระเพาะให้สารน้ำยาทางหลอดเลือดดำ	0
1.4 การได้รับอุปกรณ์ให้ออกซิเจนทางช่องจมูก	1
1.5 การใส่ท่อเจาะคอ	1
1.6 การใช้อุปกรณ์คุณสมะห์	4
1.7 การทำแผล	4
2. การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากชุมชน	
2.1 ไข้หวัด	4
2.2 โรคอื่น ๆ	0
3. การได้รับยาหรือสารเคมี	
3.1 การได้รับยาหรือสารเคมี	8
3.2 การได้รับยาฆ่าจุลทรรศพ	3

ตอนที่ 3 กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านจากการเรียนรู้ดังเห็นพ้องร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ครุ่นและพยาบาลเยี่ยมบ้าน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านและได้นำวิธีการพยาบาลป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอลเรน ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบร้า ในผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 1-2 พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ครุ่นและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกระทำการติดตามเองได้ และเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุและผู้ครุ่นได้รับการสอนแนะนำในเรื่องการพัฒนาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อตามปัญหาและอย่างต่อเนื่องให้กำลังใจให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

2. ระบบทดสอบบางส่วน พบร้า พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ครุ่นและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวแต่กระทำการติดตามเองได้บางส่วน เนื่องจากมีความสามารถในการเคลื่อนไหวแต่มีปัญหาทางสืม เช่น การขับถ่ายอุจจาระ ไม่ทำความสะอาด ไม่อ่านหน้า จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลการป้องกันการติดเชื้อ การได้รับอาหาร ยา และน้ำ (กรณีศึกษาที่ 3 ดังภาคผนวก ก)

3. ระบบทดสอบทั้งหมด พบร้า ผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัวกระทำการติดตามเองไม่ได้ พยาบาลต้องสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ครุ่นและช่วยเหลือทดสอบบางส่วนแก่ผู้สูงอายุในกิจกรรมที่ผู้ครุ่นและปัญบัติไม่ถูกต้อง สำหรับผู้ครุ่นเดตต้องช่วยเหลือทดสอบทั้งหมดแก่ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวันทั้งหมด การได้รับน้ำ อาหารและยา และการดูแลการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม

ผลการวิจัย พบร้า กิจกรรมการดูแลป้องกันการติดเชื้อที่บ้านจากการเรียนรู้ดังเห็นพ้องร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ครุ่นและพยาบาลผู้เยี่ยมบ้าน มีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้สูงอายุ และผู้ครุ่น รายละเอียดดังนี้

1. การปฏิบัติตามความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

1.1 การปฏิบัติตามความรู้เกี่ยวกับโรคด้านการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) และผู้ครุ่นเป็นภารยา ซึ่งให้ความสนใจตั้งใจฟังการให้ความรู้ มีการติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง ร่วมและเปลี่ยนความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการระบุปัญหา หาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้าน และตอบรับในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง เดินไม่ถูก ใจที่โรงพยาบาลได้ค้ายาตานเอง เนื่องจากบ้านพักราชการที่อาศัยอยู่ติดโรงพยาบาล ได้รับการถูกใจทางเดือดที่แขนขวามาตลอด 3 ปี ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 07.00n.-12.00n. สามารถดูแลสุขอนามัยส่วนตัวได้ แต่หลีกเลี่ยงการทำงานที่อาจเป็นอันตรายเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น งานซ่อมแซมภายในบ้าน ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) และผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ ให้ความสนใจดูใจฟังการให้ความรู้ มีการให้ข้อมูลร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการหาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านและตอบรับในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รักษามาตลอด 10 ปี ไปตรวจตามนัดทุก 1 เดือน ช่วยเหลือตัวเองได้สามารถดูแลสุขอนามัยส่วนตัวได้พอกคราบเลื่อนไหวไม่สะดวก เคยหกล้มมีแพลงฟ์กช้ำเล็กน้อย ทำให้มีมัคระวังในการเดินหลีกเลี่ยงการเดินบริเวณพื้นที่ไม่เรียบและเดินให้ร้าวลงป้องกันอันตรายที่อาจเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัยผู้สูงอายุเคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากเบื้องอาหาร รับประทานน้ำหวานแล้วดีขึ้น มักบ่นเกี่ยวกับอาการชาปลายเท้าทั้งสองข้างและเคยมีแพลงท์เท้าแต่รักษาหายแล้ว อธิบายถึงวิธีการดูแลเท้าโดยการเปลี่ยนท่าทาง ใช้ผ้าหนุนปลายเท้าสูง ใช้มือบีบบันดาลและสังเกตผิวนังที่เท้าบ่อย ๆ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 3) ผู้ดูแลเป็นลูกสาว ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอัลไซเมอร์ระหว่างระยะที่ 2 และระยะที่ 3 จำได้เฉพาะเหตุการณ์และบุคคลในอดีต รับรู้สถานที่ที่คุ้นเคย เดินไปมาตลอดวันตลอดคืน บริเวณถนนซอยหน้าบ้านของลูก女 ประมาณ 100 เมตร ไม่ค่อยอนอนพักผ่อน ลูกชายสร้างที่พักเล็ก ๆ ไว้หน้าบ้าน แต่ผู้สูงอายุเดินไปรับประทานอาหารบ้านลูกสาวทุกเมื้อทำให้มีผู้ดูแลหลายคนและไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ลูกสาวมีปฏิสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านพูดคุยกับอัธยาศัยไม่ตรึง ให้การต้อนรับยินดีให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีความพร้อมที่จะรับบริการเยี่ยมบ้าน ลูกชายและลูกสะใภ้ไม่ค่อยให้ข้อมูลมากให้ไปสอบถามความลูกสาว จากการสังเกตผู้ดูแลทั้งหมดมีการขัดแย้งกันในการทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เช่น การพาไปพนับเพทายตามนัด การทำความสะอาดร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุ ควบคุมการถ่ายอุจาระไม่ได้ ไม่อาบน้ำเอง ผู้ดูแลไม่ยอมรับว่าผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพทางสมองคิดว่าผู้สูงอายุรู้ตัวแต่ดื้อไม่ยอมปฏิบัติตาม ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัยไม่เคยป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบต่าง ๆ

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ผู้ดูแลเป็นสามี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านและเขียนหนังสือได้ปานกลาง ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์ดีในการเยี่ยมบ้านพูดคุยด้วยอักษรไทยไม่ตรึง ให้ข้อมูลแตกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น ผู้ดูแลศึกษาเอกสารความรู้เพื่อการดูแลที่บ้านที่ผู้เยี่ยมบ้านนำไปแจกให้สามารถอธิบายถึงความหมายของโรคเบาหวานและการป้องกันอาการแทรกซ้อนได้บ้างแต่ไม่ค่อยพูด

ผู้สูงอายุสับสน รู้สึกตัวเป็นบางครั้งตามตอบพูดคุยไม่เป็นเรื่องราวดีมาก ในระยะเวลาที่ศึกษาวิจัยมีอาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะและมีน้ำตาลในกระแสเลือดสูงมาก 425 mg/dl 1 ครั้ง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง มีความรู้ผ่านการอบรมจากหน่วยงานด้านสังกัดประมาณ 1 เดือน

ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัว ป่วยเป็นโรคลมชัก ผู้ดูแลและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ดีในการเยี่ยมบ้านพูดคุยด้วยอักษรไทยไม่ตรึงและมีความพร้อมที่จะรับบริการเยี่ยมบ้าน การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น ไม่มีการบันทึกอาการ ใช้วิธีจำเป็นรายวันเพื่อรายงานหัวหน้าครอบครัว ให้ความสนใจศึกษาเอกสารความรู้เพื่อการดูแลที่บ้านที่แจกให้ ผู้ดูแลตั้งใจฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการชักปัจจัยสาเหตุ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและสามารถอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่ควรระวัง ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัยไม่เคยมีอาการชักและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 6) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 1 เดือน มีประสบการณ์ในการดูแลที่บ้านประมาณ 6 ปี มีปฏิสัมพันธ์ดีในการเยี่ยมบ้านพูดคุยด้วยอักษรไทยไม่ตรึง ครอบครัวให้การต้อนรับมีความพร้อมที่จะรับบริการเยี่ยมบ้าน

ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคอัลไซเมอร์ เคยได้รับอุบัติเหตุเส้นเลือดในสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมอง ตามตอนไม่รู้เรื่อง ผู้สูงอายุมีอาการเลือดออกในกระเพาะและมีการอักเสบที่ปลายอวัยวะเพศ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลกัดทันจากโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีปฏิสัมพันธ์ดีในการเยี่ยมบ้านพูดคุยด้วยอักษรไทยไม่ตรึง พูดภาษาไทยไม่ชัด อ่านหนังสือไทยไม่ได้ เนื่องจากเป็นชาวพม่า ครอบครัวให้การต้อนรับยินดีให้ข้อมูลและเปลี่ยนความคิดเห็น และมีความพร้อมที่จะรับบริการเยี่ยมบ้านและการจัดเตรียมอุปกรณ์ สนใจในการให้ความรู้เพื่อการดูแลที่บ้าน

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ผู้ดูแลเข้าใจข้อควรหลีกเลี่ยง ไม่ให้เกิดการติดเชื้อจากการใช้ยาในระบบค่าง อาจอธิบายถึงขนาดยา เวลาให้ยา วิธีการรับประทานยาทางสายให้อาหาร โดยวิธีการบดยาตามขนาด ได้ถูกต้อง เตรียมการจดบันทึกหากพบอาการผิดปกติและวิธีการแก้ไขและ ไม่มีอาการซักในระยะเวลาศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 6) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง สามารถอธิบายสาเหตุ ข้อควรหลีกเลี่ยง ไม่ให้เกิดการติดเชื้อจากการใช้ยาด้านจุลทรรศ์ โดยการใช้ยาติดต่อกันตามแพทย์สั่ง ป้องกันการค้อนของเรือราที่ขาหนีบ เตรียมการจดบันทึกหากพบอาการผิดปกติ

ผู้สูงอายุชายอธิบายถึงขนาดยา เวลาให้ยา วิธีการรับประทานยาทางสายให้อาหารให้ได้ยาตามขนาด โดยวิธีการบดยา ได้ถูกต้องและอธิบายผลข้างเคียงของการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ได้รับอย่างถูกต้อง

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ผู้ดูแลและครอบครัวเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยาทางสายให้อาหาร ไว้ พร้อมและอธิบายวิธีการให้ยา ได้ถูกต้อง

ผู้ดูแลเป็นชาวพม่าอ่านหนังสือไทยไม่ได้ เน้นให้ครอบครัวดูแลการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ได้รับให้ถูกต้อง ลูกสะใภ้อธิบายถึงความสำคัญในการใช้ยา การเก็บรักษา การไปรับยาตามนัด ได้อย่างถูกต้องไม่ขาดยา

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ผู้สูงอายุได้รับยาฉีดและยารับประทานยา ผู้ดูแลอธิบายถึงความสำคัญในการใช้ยา ขนาดและวิธีฉีดยา ได้อย่างถูกต้อง ไม่มีผลข้างเคียงของการใช้ยา ได้รับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา ปริมาณยาเหลือสอดคล้องกับวันนัดครั้งต่อไป การเก็บยาฉีดในตู้เย็น ได้ถูกต้อง

2. การดูแลเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน

2.1 การปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1-3) ผู้ดูแล สามารถอธิบายการสังเกตการติดเชื้อจากอาการ ไข้ได้ และสามารถวัดไข้ด้วยprobeทั้งปากได้ ถูกต้องแต่ไม่ได้ใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังที่แยกให้ กรณีศึกษาที่ 1 มีการติดเชื้อที่บ้านที่ระบบทางเดินหายใจ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4-8) ผู้ดูแล สามารถอธิบายการสังเกตการติดเชื้อจากอาการ ไข้ได้ อธิบายการวัดไข้ทางรักแร้และทดลองอ่านprobeวัดไข้ได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรับฟังข้อแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านตั้งแต่เริ่มต้นและสามารถตอบคำถามการสังเกตอาการ การเฝ้าระวังการติดเชื้อตามแบบฟอร์มการเฝ้าระวังแต่ละข้อ ได้ แต่ไม่ได้ลง

ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเคยมีเลือดออกในสมอง บางครั้งพูดเพื่อถึงเรื่องเก่า ๆ ตามตอบไม่รู้เรื่อง

ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่ควรระวัง อย่างเข้าใจง่ายได้ถูกต้อง ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัยผู้สูงอายุไม่เคยมีอาการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) ผู้ดูแลเป็นลูกสาว จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีความรู้ผ่านการอบรมจากหน่วยงานต้นสังกัดมีปฏิสัมพันธ์ดีในการเยี่ยมบ้านพูดคุยกับยาย อธิบายไม่ตรึงแต่ครอบครัวให้การต้อนรับ ยินดีให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นได้ครบ

ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานและเคยป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้รับการเจาะคอ รู้สึกตัวดีมีความพร้อมที่จะรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผู้ดูแลมีการจดบันทึกอาการและศึกษาเอกสารความรู้เพื่อการดูแลที่บ้านที่ผู้เยี่ยมบ้านแจ้งให้ สามารถอธิบายถึงความหมายของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่ควรระวังได้ ในระหว่างการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุได้ไปเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการแผลที่เท้า ได้รับการผ่าตัดและติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินหายใจและกระเพาะเลือดเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

1.2 การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) ผู้สูงอายุรับประทานยาด้วยตนเองในการควบคุมความดันโลหิต รับประทานยาได้ต่อเนื่อง จัดยาในกล่องยาตั่งหน้าตามขนาดและเวลา รับประทาน มีอาการข้างเคียงของการใช้ยาไม่รุนแรง เช่น ใจburning เวียนศีรษะ เปื่อยอาหาร คลื่นไส้ ปรึกรากษาแพทย์ให้หยุดยาทันที

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) ผู้ดูแลเกี่ยวกับยาเป็นหลานสาว ผู้สูงอายุรับประทานยาด้วยตนเองของหลานสาวเป็นผู้เตรียมจัดยาใส่กล่องไว้เป็นมือ แต่ผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานยาทุกเม็ดชอบกว่ากินยามากเกินไปเบื่อและมียาเหลือจำนวนมาก

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 3) ผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ สามารถอธิบายถึงขนาดยาชี้การยารับประทานเบาหวาน ผลข้างเคียงของการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ได้รับได้และได้รับยาครบถ้วนมาก

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ผู้ดูแลเป็นสามี สามารถอธิบายถึงความสำคัญในการใช้ยาเบาหวาน ยาด้านเชื้อร้าได้ แต่ผู้สูงอายุได้รับยาไม่ต่อเนื่องบางครั้งลูกสาวไม่ไปรับจากโรงพยาบาลมาให้

บันทึก แต่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7) ซึ่งเป็นลูกจ้างชาวพม่าสังเกตการติดเชื้อจากอาการตัวร้อนได้ ไม่เคยใช้protothad ไข้เนื่องจากอ่านหนังสือ ไม่ออกแน่นำให้อ่านโดยสังเกตจากข้อความบน protothad กรณีศึกษาที่ 4 เกิดอาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ และกรณีศึกษาที่ 6 มีการติดเชื้อร้ายิ่งผิวหนัง

2.2 การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) ผู้ดูแลเป็นภารยาผู้สูงอายุเคยใส่อุปกรณ์กระเพาะชายสวนหลอดเลือดดำ 1 ครั้ง เมื่อ 2 ปีก่อน อธิบายถึงวิธีการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ดูดี ไม่เคยมีการอักเสบติดเชื้อ ปวดบวม แดงร้อนของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อได้ผิวหนังหลังจากนั้น ไม่เคยใส่อุปกรณ์กระเพาะชายสวนหลอดเลือดอีก

2.3 การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 3) ผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการรับฟังข้อแนะนำเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านเกี่ยวกับการใส่อุปกรณ์ชายสวนระยะปัสสาวะทางบริเวณเหนือหัวหนาตั้งแต่เริ่มต้นและตอบคำถามการสังเกตอาการผิดปกติได้เมื่อเดือนธันวาคม 2548 ผู้สูงอายุดึงสายสวนปัสสาวะหลุดต้องไปพบแพทย์เข้ารับการผ่าตัดใส่สายสวนใหม่ที่โรงพยาบาล และไม่เกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

ผู้สูงอายุไม่ค่อยดื่มน้ำ ผู้ดูแลพยายามกระตุน แต่ดื่มได้เพียงวันละ 2-3 แก้ว ใช้พลาสเตอร์ติดสายสวนกับหน้าห้องต่อ กับสายท่อให้ปัสสาวะ ให้ลดต่อไปสู่ถุงรองรับปัสสาวะที่ใส่ไว้ในกระป๋องมีหูหิ้วเวลาผู้สูงอายุดินไปมาให้อ่ายด้ากว่าตัวผู้สูงอายุและไม่ลุดออกจากรักษา ผู้ดูแลชำระบำถังผิวหนัง เช็ดตัวและบริเวณโดยรอบสายสวนที่หน้าห้องเชื้า เชื่นและสังเกตอาการอักเสบติดเชื้อ ไม่มีอาการ บวม รอยดัดของผิวหนัง ก่อนและหลังจากการเทอาปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะ ทำความสะอาด สะอาดทางปีกของถุงด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อและก่อฮอลล์ แลบเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุก 2-3 สัปดาห์ที่โรงพยาบาล ปัสสาวะให้ลดต่อไม่มีตะกอน บีบคลึงสายสวนนาน ๆ ครั้ง ท่อไม่อุดตัน

ผู้สูงอายุชายไทยไม่รู้สึกตัวปัสสาวะเองได้ (กรณีศึกษาที่ 5) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ผู้สูงอายุปัสสาวะได้เอง ดูแลโดยใช้ถุงพลาสติกมีหูสองข้างผูกติดกับองคชาตแบบหลวม ๆ ไม่มีปัสสาวะหลอก ออกมาเปลี่ยนทิ้งทุกครั้งที่ปัสสาวะวันละ 5-7 ครั้ง ถีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีสีอุดปน องคชาตไม่มีผลต่อสีผิวปกติ

ผู้สูงอายุชายไทยไม่รู้สึกตัวปัสสาวะเองได้ (กรณีศึกษาที่ 6) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ผู้สูงอายุปัสสาวะได้เอง ดูแลโดยใช้ถุงพลาสติกมีหูสองข้างผูกติดกับองคชาตแบบหลวม ๆ ไม่มีปัสสาวะหลอก

ออกมา เปดี่ยนทิ่งทุกครั้งที่ปสสภาวะวันละ 4-5 ครั้ง สีเหลืองใส ไมมีตกอน ไมมีเลือดปน ปลายองคชาตมีแมลงอักเสบบวมแดง สีผิวคล้ำ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

ผู้สูงอายุหญิงไทยรู้สึกตัวปัสสาวะเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) และผู้ดูแลเป็นลูกสะไภ ผู้สูงอายุปัสสาวะ ได่องในห้องส้วม มีอาการปวดปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะ ไมค่อยได้ทำใหต้องใชผ้ารองอนอนหลาย ๆ ชั้น ปัสสาวะ ช่วงกลางคืน 3-6 ครั้ง กลางวัน 2-4 ครั้ง ไมมีแสบขัด จากการซักถาม ไมมีบาดแผล ไมมีอาการคันอวัยวะเพศการขับถ่ายอุจจาระปกติ มีท้องผูกบางครั้ง และอธิบายวิธีการทำความสะอาดได้ถูกต้อง

ผู้สูงอายุหญิงไทยรู้สึกตัวปัสสาวะเองได้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ผู้ดูแลเป็นสามี ผู้สูงอายุปัสสาวะ ได่อง ลูกนั่ง ไม่ได้ส้วมพ้าอ้อม อนามัย เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2548 ผู้สูงอายุป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยเกิดการติดเชื้อที่กระเพาะปัสสาวะ มีไข้สูง ชีมลง น้ำตาลในเลือดสูง ไดรับการรักษาใหสารน้ำทางหลอดเลือด ไดรับยาต้านจุลชีพทางเส้นเลือด ใส่สายสวนปัสสาวะ รักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน หลังจากกลับบ้าน ไดรับคำแนะนำผู้ดูแลทำความสะอาดและเปลี่ยนพ้าอ้อม อนามัยบ่อยขึ้นเมื่อรู้สึกว่าเปียกชื้น น่องขาผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยจากการ ไดรับยาขับปัสสาวะ

ผู้สูงอายุระหว่างนี้ร้องขอบ่อย ผู้ดูแลจึงเติมน้ำใส่หลอดดูดจัดวางไว้ข้างเตียงตลอดเวลา และช่วยถือใหเมื่อผู้สูงอายุต้องการดื่มน้ำ

ผู้สูงอายุชายไทยไมรู้สึกตัวปัสสาวะเองได้ (กรณีศึกษาที่ 7) และผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง สามารถดูแลการใส่ถุงยางอนามัยเพื่อระบบปัสสาวะคือ

1. ใชพลาสเตอร์พันรอบติดถุงยางกับท่อต่อเข้าไปล็อกครึ่งนิ้วแน่นเป็น 2 ปล้อง ตัดปลายกระเบาะถุงยางอนามัยมีรูเปิดเป็นช่องใหปัสสาวะ ให้ พับตอนถุงยางอนามัยใหหุ้มคลุมทับปลายท่อที่เป็นรูเปิดส่วนปลาย อีกข้างหนึ่งเป็นสายท่อต่อไปสู่ถุงรองรับปัสสาวะ

2. ทำความสะอาดชาระถังอวัยวะสีบพันธุ์ก่อนเช็ดตัวอบน้ำผู้สูงอายุและเปลี่ยนใส่อันใหม่ทุกครั้งภายหลังเช็ดตัวเสร็จ

3. สวมถุงยางอนามัยเข้ากับปลายองคชาตได้ถูกต้อง ไมมีอาการอักเสบติดเชื้อ เช่น แดงบวม ถลอกของผิวนังที่อวัยวะสีบพันธุ์

4. ไมมีรอยร้าวชื้น ไมมีตกอน และเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะทุก 2 สัปดาห์

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไมได้ (กรณีศึกษาที่ 8) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ผู้สูงอายุปัสสาวะ ได่องบนเตียงใชระบบอกรปัสสาวะ น่องขาไมมีแรง อ่อนเพลีย มีแมลงที่เท้า ผู้ดูแลอธิบาย

ถึงวิธีการคุ้มครองกระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่าง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และการล้างระบบออกปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ถูกต้อง

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) ปัสสาวะ ได้อ่องในห้องน้ำวันละ 0-1 ครั้ง เนื่องจากป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ต้องจำกัดปริมาณน้ำดื่ม ล้างไส้ส็ปดาห์ละ 3 ครั้ง ขอイヤถึงวิธีการคุ้มครองเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ถูกต้อง

2.4 การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหารของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-6) ผู้ดูแลเป็นสูกจ้าง อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ ได้รับอาหารทางสายยาง แต่ไม่ได้เตรียมและปรุงอาหารเหลวเอง ผู้ดูแลใช้อาหารสำเร็จรูปสำหรับผู้สูงอายุที่มีสารอาหารตามแพทย์สั่ง ผู้ดูแลปฏิบัติตามข้อควรกระทำได้อย่างถูกต้องเก็บรักษาอาหารไว้บนชั้นสูงจากพื้นแยกจากอาหารปกติ สถานที่จัดเก็บสะอาด สะดวกในการเตรียมและปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อทางเดินอาหารตามคำแนะนำล้างมือก่อนเตรียมไม่ໄ.io จานลงอาหารที่เตรียม ไม่มีแผ่นที่มือใช้เหยียกแก้วมีตัวเลขบอกปริมาณเป็นมิลลิลิตรในการเตรียมอาหาร

เนื่องจากมีผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวในครอบครัว 2 คน ให้อาหารทางสายในแต่ละมื้อเวลาเดียวกันและผู้ดูแลใช้กระบวนการให้อาหารอันเดียวกัน โดยการทำความสะอาดล้างด้วยน้ำยาล้างจานล้างออกด้วยน้ำ 2 ครั้งและ เช่นนี้ร้อน 5 นาที ไม่เช็ดให้แห้ง ใช้ติดต่อ กันทันทีและไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินอาหาร เมื่อทราบว่าอาจทำให้เกิดการติดเชื้อจากการใช้กระบวนการร่วมกันจึงจัดหาซื้อมาเพิ่มและไม่ใช้ร่วมกันอีก ไม่เคยเตรียมอาหารเหลือเก็บไว้มื้อต่อไปและผู้สูงอายุรับอาหารได้หมดทุกมื้อ เปรียบเสมือนสายทุก 2 สัปดาห์ บริเวณเตรียมอาหารที่ต้องขึ้นตีบีบมีที่รองรับขณะการล้างอุปกรณ์ ภาชนะที่อ้างถึง มีน้ำตกห้องผู้สูงอายุ มีท่อระบายน้ำรอบบ้านมีฝ้าปิด

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7-8) ผู้ดูแลประกอบอาหารเหลวได้เองปฏิบัติตามข้อควรกระทำได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนี้

1. สถานที่เก็บรักษาอาหาร การประกอบอาหาร ชั้นวางอาหารอยู่สูงจากพื้น 60

เซนติเมตรและมีอ่างล้างมือในห้องครัวมีความสะอาดวันในการทำความสะอาด

2. เครื่องมือ เครื่องใช้ ภาชนะ ใส่อาหารเป็นແscatter เลตมีผิวเรียบง่ายต่อการทำความสะอาด ไม่เป็นสนิม แยกเฉพาะเป็นของผู้สูงอายุ

3. ผู้ดูแล ไม่มีแผ่นเปิดหรือตุ่มหนองที่มือ ไม่สัมผัสมือ ล้างมือและเล็บให้สะอาดก่อนเตรียมอาหาร ภายหลังสัมผัสสิ่งของที่ไม่สะอาดและภายหลังจากเข้าห้องน้ำ ไม่สัมผัสมือหรือผ้าคลุมผนนและผ้ากันเปื้อน ไม่ໄ.io-จารุอาหาร ไม่สูบบุหรี่ ใช้ช้อนเป็นเครื่องมือในการคนปรุงอาหาร

4. ถูกสะไภ้เป็นผู้ชี้อวัตถุคิน อาหารใหม่และสด มีคุณภาพ

5. ล้างผัก เช่น ฟอกทองให้สะอาดก่อนนำมาประกอบอาหาร
 6. ส่วนประกอบอาหารต่าง ๆ เช่น ไข่ลวก เกลือ น้ำมัน น้ำเชื่อม น้ำเต้มะริมใช้เฉพาะมือปูรงครั้งเดียวช่วงเช้า
 7. เครื่องปั่นอาหารเหลว ล้างทำความสะอาดอย่างหลังใช้งาน ผึ่งแห้ง
 8. อุปกรณ์และภาชนะอื่น ๆ ล้างทำความสะอาดไม่ได้ต้ม ใช้น้ำล้างน้ำยาล้างจาน 2 ครั้ง และเช็ดทำความสะอาดให้แห้ง
 9. มีที่รองรับขยะในที่เตรียมอาหาร และบริเวณที่ล้างภาชนะ
 10. ท่อระบายน้ำมีฝาปิด
 11. ประกอบอาหารเหลววันละครั้งนี้เช้าและเก็บอาหารเหลวในเยื่อfoil เก้า
- ไว้มื้อต่อไปในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิ 2-8°C ตลอดเวลา

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) ผู้สูงอายุเคยป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้วยอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4-5 ครั้ง อ่อนเพลีย เนื่องจากคืนนั้นที่เหลือจากการทานและเก็บไว้ในตู้เย็นหลายวัน ผู้สูงอายุรับทราบและจะไม่คืนนั้นเก่าและอาหารที่เหลืออีกผู้ดูแลและครอบครัวได้ปรับเปลี่ยนวิธีการปฐุงอาหารที่พื้นปูนหลังบ้าน เป็นการปฐุงบนโต๊ะ จัดซื้อตู้เย็นขนาดใหญ่ขึ้น ไม่เก็บอาหารอัดแน่นมากเกินไป เก็บอาหารเป็นสัดส่วนการทำความสะอาดภาชนะเหมาะสม มีถุงและถังรองรับขยะทึ่งลงถังขยะเทศบาลหลังเตรียมอาหารเสร็จ

2.5 การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ผิวน้ำ เนื้อเยื่อ ใต้ผิวน้ำ และแพลงค์ตอนทับ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1-2) ผู้สูงอายุอยู่บ้านเดียวกัน อธิบายถึงวิธีการดูแลสุขวิทยาส่วนตัวและบุคคลในครอบครัวได้ถูกต้อง แต่ความเป็นอยู่ในบ้านคับแคบมากเนื่องจากเป็นพกражการขนาด 36 ตารางเมตรแต่อาศัยอยู่ร่วมกันครอบครัวเดียว 10 คน อาคารร้อน มีพัดลมเพียงพอน ไม่มีเครื่องปรับอากาศ ผู้สูงอายุสามารถลืมได้บ้าง และถอดเดือดเวลาอากาศร้อนนอนพักผ่อนที่เตียงในบ้านชั้นล่างร่วมกับคนอื่น ๆ ในครอบครัว ช่วงบ่ายช่วงนั้นหน้าบ้านมีลมพัดผ่านดี แต่มีฝุ่นจากถนนรถป่ากกลาง ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดีอ่านหน้าวันละ 1-2 ครั้งด้วยตาบุญก่อน ไม่มีอาการแพ้ผิวน้ำแห้ง คันบางครั้ง มีความระมัดระวังจากการเก้า ไม่มีการถูกของมีคมของแหลมบาด/ทึบต่ำ ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) เคยคันเป็นแพลงค์ตอนที่โคนนิ่วเท้า ผิวน้ำถูกตอก แดง ทำแพลงค์ที่โรงพยาบาลทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จึงรู้สึกกลัวว่าจะเป็นอีกทำให้มีความระมัดระวังมากขึ้น

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 3) ผู้สูงอายุเดินไปนานอกบ้าน ผู้ดูแลอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าให้มีอาการร้อนเหื่อออกมากหรือเมื่อมีกัดนั่นตัวจากการถ่ายอุจจาระ ไม่รู้ตัว ไม่มีการติดเชื้อที่ผิวน้ำ ไม่มีแพลงค์ตอน

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ผู้ดูแลและครอบครัวจัดแบ่งภาระหน้าที่ในการให้การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ คือ การดูแลความสะอาดคราร่างกายเข้าและเย็น การซักเสื้อผ้าเครื่องนอนลูกสาวเป็นผู้ดูแล การชี้ช่องทำความสะอาดห้องน้ำและล้างผ้า ลูกสาวสามารถช่วยเหลือได้เมื่อเปียกชื้นระหว่างวันและเปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัยสามมีเป็นผู้ดูแล

การตรวจน้ำตาลในเลือดจากการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ลูกสาวสามารถช่วยเหลือได้เมื่อเปียกชื้น ไม่เกิดการติดเชื้อที่ผิวนัง

หลังกลับจากโรงพยาบาลประมาณ 1 สัปดาห์ จากการเยี่ยมบ้านพบว่า ผิวนังบริเวณก้นกบแดง ผิวคลอกแตกน้อย ผ้าอ้อมอนามัยเปลี่ยนชื้นและมีผงแป้งบริเวณผิวนัง ผู้สูงอายุใช้มือเกาตลอดเวลาแนะนำให้ดูแลให้เปลี่ยนผ้าอ้อมสิ่งสกปรกของเชื้อโรคและเกิดการระคายเคืองผิวนังที่อ่อนบางและตัดเล็บที่ยาวมากของผู้สูงอายุให้สิ้น

เมื่อประมาณ 3-4 ปีก่อนผู้สูงอายุเคยมีแพลกัดทับที่ก้นกบ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้านเคยทำแพลให้หลังจากนั้นสอนลูกสาวผู้สูงอายุทำแพลโดยชี้ช่องชุดทำแพลปราศจากเชื้อจากโรงพยาบาล ทำแพลทุกวันเป็นเวลา 2-3 เดือน และเมื่อ 9 ปีก่อนผู้สูงอายุมีแพลที่เท้าเป็น ๆ หาย ๆ และสูดท้ายได้รับการผ่าตัดขาห้างขวาออก จากประสาทรณ์ทำให้ผู้ดูแล และครอบครัวทราบความยากลำบาก การลิ้นเปลี่ยงค่าใช้จ่าย การสูญเสียเวลาการดูแลและตระหนักในการยอมรับคำแนะนำแต่การปฏิบัติอาจไม่ต่อเนื่องด้วยมีพยาบาลเยี่ยมบ้านกระตุ้นและติดตาม

ผู้สูงอายุมักพลิกตระแ碌ตัวไปซ้ายซ้าย ขาซ้ายอพับข้อเข่าติดไม่สามารถยืดขาออกได้ ผู้ดูแลต้องคงอยู่รับไม่ให้อุ่นในท่าเดียวนาน ๆ ข้อนี้มีอุบัติเหตุสองข้างติดไม่สามารถหยิบจับสิ่งของได้เลื่บ มือที่ยวอาจเป็นอันตรายต่อผิวฝ่ามือได้ ผู้ดูแลไม่ค่อยทำกายภาพบำบัดหรือนวดให้

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-6) อาศัยอยู่ครอบครัวเดียวกัน ผู้ดูแลเป็นลูกเขย เนื่องจากผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวเปลี่ยนท่านอนเองไม่ได้ ผู้ดูแลตั้งใจฟังคำแนะนำเข้าใจและได้ต่ออน สอบถามวิธีการดูแลที่สังสัยและสามารถดูแลเสื้อผ้าเครื่องนอนให้การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ถูกต้อง ผู้สูงอายุร่างกายเสื่อม ผ้าและผิวนังสะอาดดี มีการป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนังโดยการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ทาโลชั่นที่แขนขาหลังเข็มตัวทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งทำให้ผิวผู้สูงอายุไม่แห้ง สามารถช่วยการสังเกตอาการผิวนังมีอาการแสดง เช่น บวม แดง เจ็บ ร้อน ที่บริเวณแพล มีหนองไหลซึมจากแพล หรือ สงสัยว่ามีการติดเชื้อจะรายงานพยาบาลเยี่ยมบ้าน มีการจัดสร้างห้องพักแยกจากตัวอาคารบ้านมีหน้าต่างเพียงพอและมีลมพัดผ่านการระบายอากาศได้ดี ติดตั้งพัดลมที่ผนังห้องเพียงพอ

การทำความสะอาดร่างกายเข้า เย็นโดยใช้สบู่เหลวไม่มีการระคายเคืองหรือแห้ง ผู้สูงอายุ มักห้องผูกถ่ายอุจจาระเมื่อทำการสวนถ่าย ไม่ใช้ผ้าอ้อมอนามัย ใช้ถุงพลาสติกผูกติดกับอวัยวะเพศ ปัสสาวะ ไม่เปียกและ ผู้สูงอายุไม่เกາแต่ไม่รีสึกตัวมักคงสายให้อาหารทิ้งมูก ผู้ดูแลจึงผูกแขนไว้กับรา กันเตียงและเพื่อป้องกันการตกเตียง ผู้ดูแลระมัดระวังจากการดึงรั้งและกระแทกร้าวตีง ไม่มีผลลั กช้ำหรือแพลงดลอก

ผู้สูงอายุนอนบนที่นอนลมที่มีการเคลื่อนไหวเพิ่มการไหลเวียนโลหิต และใช้เตียงที่ สามารถปรับระดับความสูงของหัวเตียงและปลายเตียงได้และใช้หมอนช่วยในการจัดเปลี่ยนท่าที่ เหมาะสม ไม่เลื่อนไถลเมื่อจัดท่าศีรษะสูงผู้ดูแลจัดเปลี่ยนท่านอน โดยช่วยเหลือกับผู้ดูแลอีกคนไม่เคย ลากหรือผลักตัวผู้สูงอายุ ไม่มีผลกัดทับที่ปุ่มกระดูก ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 5 ไม่มีผลกัดทับ ไม่มีผื่น หรือคุ้ม奇幻 ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 6 มีผลกัดทับที่สะโพกซ้ายจากโรงพยาบาลขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร ผลลัพธ์แห่งคีบขึ้นและรักษาหายที่บ้าน

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้างรับรู้และสนใจ ตั้งใจฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและเข้าใจการสังเกตอาการติดเชื้อที่ผิวนัง สามารถตอบ คำถามได้

ผู้สูงอายุผิวนังปกติ ไม่แห้ง ผู้ดูแลเคยผูกแขนข้างขวาด้วยผ้าไว้กับเตียง ไม่มีผลลัพธ์ ไม่มีผลกัดทับ ไม่มีอาการติดเชื้อที่ผิวนัง ทาโลชั่นบำรุงผิว หลังทำความสะอาดร่างกายเข้า - เย็น

ผู้สูงอายุพักในห้องแยกเดี่ยว กับผู้ดูแล ห้องมีหน้าต่างระบายอากาศได้ดีมีพัดลมเพียงพอง และเปิดเครื่องปรับอากาศเมื่ออากาศร้อน ทำความสะอาดร่างกายเข้า เย็น ด้วยสบู่ก้อนไม่ระคายเคือง เปลี่ยนเสื่อผ้าวันละ 2 ครั้ง ใช้ผ้าอ้อมอนามัยรองรับอุจจาระ อุจจาระทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ไม่มีเปียกชื้น ผ้าปูที่นอนปลอกหมอนเปลี่ยนทุก 2 วัน ผู้สูงอายุใช้ที่นอนลม ป้องกันการกดทับของปุ่มกระดูกและ เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ในบางครั้งเคลื่อนย้ายตัวผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลยกตัว และเปลี่ยนจัดท่านั่งใน เก้าอี้มีพนักเสอนอนได้

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้างให้การดูแลสุข วิทยาส่วนบุคคล ผู้สูงอายุรู้สึกตัวเดินไม่ได้ขาไม่มีแรง ลูกนั่งบนเตียงได้มีผลที่เท้าขาที่โคนนิ่วหัวแม่ เท้าขาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตรผลลัพธ์แห่งคีบขึ้นและรักษาหายที่บ้าน เส้นผ่าศูนย์กลาง 5 เซนติเมตรขอบแผนกัดแห้งคำ เมื่อยื่อซีด เอ็นสีขาวพยาบาลเยี่ยมบ้านทำผลวันละ 2 ครั้ง ผลลัพธ์ไม่ มีไข้ไม่ติดเชื้อ แพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชานั้นผ่าตัดขาขวาขณะรักษาใน โรงพยาบาล ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจและกระแส้เลือดเสียชีวิต

2.6 การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ลูกนั่งไม่ได้มักนอน

รับประทานอาหารและดื่มน้ำ แนะนำผู้ดูแลให้จัดทำอน亭ศิริยะสูงโดยใช้หมอนหนุนป้องกันการหลัด และการสังเกตอาการป้องกันการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-6) ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถ เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะได้ตามข้อแนะนำและปฏิบัติการดูดได้แต่ถ้ามีไม่ทุกครั้งก่อนและหลังดูด ผู้ป่วยแต่ส่วนถุงทุกครั้งเนื่องจากอ่างถังมีออยู่นอกห้องผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ถังมีอุบัติเหตุหลังสัมผัส ร่างกายและให้การดูแลระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุ

การดูดลดความเสี่ยงของการสูดสำลักของผู้ดูแล

1. ผู้สูงอายุนอนแนมาร์ส สามารถปรับเตียงศิริยะสูงได้
2. ยาที่ใช้มียาลดภาวะความเป็นกรดของกระเพาะผู้ดูแลทราบข้อควรระวัง
3. ผู้สูงอายุมีสายให้อาหารค่าอยู่ผู้ดูแลตรวจและดูแลความสะอาดอย่างสม่ำเสมอว่าอยู่ใน ตำแหน่งที่ถูกต้อง โดยการทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหาร

การดูดดูดเสมหะทางปาก

ผู้ดูแลและครอบครัวเตรียมอุปกรณ์ในการดูดได้พร้อมและถูกต้อง มีการใช้ถุงมือ ผ้าปิดปากปิดช่องนูก เครื่องดูดเสมหะ ผู้ดูแลปฏิบัติได้เหมาะสมโดยดูดเสมหะวันละ 1 ครั้ง ช่วงเวลากลางคืน หรือเมื่อเปลี่ยนสายให้อาหาร การหล่อลิ้นสายดูดเสมหะด้วยน้ำกลั่น ใช้ความดันในการดูดเสมหะ ประมาณ 120 บาร์ แต่ไม่ได้ให้ออกซิเจน การทำความสะอาดสายดูดเสมหะด้วยน้ำและ ผงซักฟอกและต้มเดือดนาน 15 นาที และถึงทำความสะอาดระบบกรองรับเสมหะด้วยน้ำและ ผงซักฟอกผึ่งให้แห้ง

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7) ผู้สูงอายุไม่ไอ ไม่มีเสมหะ ประวัติเคยไอมีเสมหะเวลากลางคืนผู้ดูแลใช้ถุงยางแดงดูดทางปาก ทำความสะอาดถุงยางแดง โดยการ ถังน้ำและผงซักฟอก ต้มในน้ำเดือดนาน 20 นาที ผึ่งแห้ง ห่อผ้าเก็บไว้ในภาชนะวางไว้บนโต๊ะห้างเตียง

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) ผู้สูงอายุจะคงอยู่ท่อหอดคลุม ผู้ดูแลเป็นลูกช้าง มีการปฏิบัติการดูดแลผู้สูงอายุใส่ท่ออาจดองนี้

1. ถังมีไม่ทุกครั้งก่อนและหลังดูดผู้ป่วยแต่ส่วนถุงทุกครั้งเนื่องจาก อ่างถังมีอยู่นอกห้องผู้สูงอายุ
2. ดูแลช่องปากของผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง
3. ทำความสะอาดและเช็ดทำความสะอาดวันละ 3 ครั้ง

4. ทำความสะอาดท่อชี้นในของท่อเจาะคอทุก 8 ชั่วโมงโดยการล้างและต้ม การดูแลลดความเสี่ยงของการสูดสำลักของผู้ดูแล

1. ผู้สูงอายุนอนเหมาสม สามารถปรับเตียงศีรษะสูงได้

2. ยาที่ใช้ไม่ลดภาวะความเป็นกรดของกระเพาะ

3. ผู้สูงอายุมีสายให้อาหารคาดอยู่ ผู้ดูแลตรวจสอบความสะอาดอย่างสม่ำเสมอว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องโดยการทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหาร

การดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอก

ครอบครัวและผู้ดูแลเตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะและให้ออกซิเจน ได้ครบถ้วนดูดเสมหะเมื่อหายใจมีเสียงดัง กระสับกระส่าย จัดท่านอนศีรษะสูงใช้หมอนรองใต้ไหล่และหมุนหัวเตียงสูงและให้ออกซิเจน 10 ลิตร/นาที ก่อน- หลังดูดเสมหะนาน 2-3 นาที

การดูแลลดความเสี่ยงของการสูดสำลักของผู้ดูแล

1. ผู้สูงอายุนอนศีรษะสูงขณะให้อาหาร โดยใช้หมอนหนุน และปรับเตียงศีรษะสูงได้

2. ผู้สูงอายุรับประทานยาลดภาวะความเป็นกรดของกระเพาะ ผู้ดูแลทราบ ข้อควรระวัง การสำลักนำเข้าทางเดินอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ

3. ผู้สูงอายุมีสายให้อาหารคาดอยู่ ผู้ดูแลตรวจสอบความสะอาดอย่างสม่ำเสมอว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องโดยการทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหาร

2.7 การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ ตา และช่องปาก

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) รับฟังการแนะนำการป้องกันการติดเชื้อที่ตา ใช้ผ้าปิดตาเวลาอนุญาติเพื่อป้องกันแมลงหรือการแผลงฟันทำความสะอาดช่องปาก บอกว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นและปฏิบัติตามปกติเป็นประจำและไม่มีการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) ดูแลความสะอาดในช่องปากและฟันปลอมก่อนรับประทานอาหาร เช่น หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ก่อนเข้านอนและถอดฟันปลอม แขวนไว้ก่อนนอนทุกวัน

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 3) ตามน้ำแมลงหรือต้ม คันตาบางครั้ง มีจี้ตาเล็กน้อยไม่ได้เช็คตา มีการแผลงฟันวันละ 1 ครั้ง ไม่การติดเชื้อ

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ตาปกติไม่มีจี้ตา ลูกลานแผลงฟันให้วันละ 1-2 ครั้ง

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5,7 และ 8) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้างปฏิบัติตามคำแนะนำถึงหน้าและรีดตาด้วยสำลีชูบัน้ำด้วยสุกผู้สูงอายุมีผ้าเช็ดตัวและของใช้เป็นส่วนตัว ไม่มีการอัดเสบติดเชื้อที่ตา ปากไม่แห้งและลิ้นสะอาด ไม่มีเชื้อราทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง โดยวิธีเท่านี้ ya บ้วนปากใส่ไม้พันสำลีที่พันปลายไม้เช็ดในปาก เพศานปาก กระฟุ้งแก้ม ฟันและลิ้น ทำซ้ำจนปากสะอาด เช็ดปากให้แห้งแล้วใช้สำลีชูบันกลีเซอร์린บอแรคเชอร์คริมฟีปากให้ ผู้สูงอายุอนอนอยู่ในท่าที่สูง สบายศรีษะสูง

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 6) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้างปฏิบัติตามคำแนะนำ ถึงหน้าด้วยน้ำสะอาดเช็ดตาเมื่อมีขี้ตา ตาแดง มีการอัดเสบติดเชื้อที่ตา ผู้สูงอายุมีผ้าเช็ดตัวและของใช้เป็นส่วนตัว ปากไม่แห้งและลิ้นมีเชื้อราทำความสะอาดวันละ 4 ครั้ง โดยวิธีเท่านี้ ya บ้วนปากใส่ไม้พันสำลีที่พันปลายไม้เช็ดในปาก เพศานปาก กระฟุ้งแก้ม ฟันและลิ้น ทำซ้ำจนปากสะอาดและเช็ดปากให้แห้งแล้วใช้สำลีชูบันกลีเซอร์린บอแรคเชอร์คริมฟีปากให้ ผู้สูงอายุอนอนราวน ไม่มีฟัน ผู้ดูแลตัดเล็บให้เล็บไม่ยาวยา

3. การปฏิบัติการแยกผู้สูงอายุและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3.1 การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) และผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันเนื่องจากบ้านที่อยู่คับแคบ ไม่สามารถจัดเป็นห้องเดียวได้ ผู้สูงอายุชาย ผู้ดูแลและลูกชายอนเวลาถางคืนห้องเดียวกัน ผู้สูงอายุหญิงพักชั้นล่าง ถางวันและก่อนนอนอนอยู่ร่วมกันชั้นล่าง 10 คน มีการระบายอากาศไม่ค่อยเพียงพอ มีอ่างล้างมือในครัวและในห้องน้ำ มีประตูปิดป้องกันแมลง มีพัดลมเพียงพอก มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นครบและเก็บของใช้เก่าและของเด็กเล่น ไม่เป็นระเบียบทำให้บ้านคับแคบมากขึ้น

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 3) บ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ไผ่ถุนสูงผู้สูงอายุอนเตียงแคบ ชั้นล่างให้ชายค้าบ้านกันเป็นห้องชั่วคราวด้วยผ้ายาง ไม่มีประตูและหน้าต่าง พื้นเป็นดินฝุ่น ผู้สูงอายุพักทั้งถางวันและถางคืน มีการระบายอากาศเพียงพอ มีอ่างล้างมือในครัวและในห้องน้ำ ไม่มีประตูปิดป้องกันแมลง มีแมลงหวีบินตอนบริเวณตาและใบหน้าผู้สูงอายุ มีพัดลมเพียงพอก ผู้สูงอายุอาจหลับลืมหรือตกเตียงได้

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) บ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ถางวันนอนพักที่เตียง ไม่ชั้นล่างกับสามีผู้ดูแล ผู้สูงอายุไม่เคยตกเตียง ไม่สามารถจัดเป็นห้องเดียวได้ มีการระบายอากาศเพียงพอก มีอ่างล้างมือข้างนอกบ้าน ไม่มีประตูปิดป้องกันแมลงและฝุ่นละออง มีพัดลมเพียงพอก มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นครบและเก็บของใช้เก่ามีฝุ่นเกาะ ไม่เป็นระเบียบ และเลี้ยง

นกเขาไว้ในบ้านจำนวน 1 ตัวและนอกบ้าน จำนวน 2 ตัว หลังการแนะนำมีการจัดสิ่งแวดล้อมสะอาด
ขึ้นแต่ยังเดี้ยงนกช่านดิน กลางคืนลูกสาวจะมารับไปนอนที่บ้านลูกสาว

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-6) เนื่องจากในครอบครัวมี
ผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัว 2 คนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ห้องพักที่สร้างขึ้นใหม่เป็นห้องเดี่ยวชั้น
เดียวอยู่ใกล้ลักษณะบ้าน ไม่สามารถจัดเป็นห้องเดี่ยวได้ จึงจัดให้เป็นห้อง 2 เตียง อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุและสอง
คน มีการระบายอากาศจากหน้าต่างเพียงพอ มีพัดลมติดผนังและตู้ฟักฟื้น มีอ่างล้างมือในห้องน้ำที่อยู่
ติดกันและในห้องครัว มีประตูปิดป้องกันแมลง มีชั้นวางของและอุปกรณ์ของผู้สูงอายุ มีเครื่องมือ
เครื่องใช้ที่จำเป็นครบ มีชุดจัดเก็บอาหารของผู้สูงอายุแยกต่างหาก มีตู้เย็นและโทรทัศน์ในห้องผู้สูงอายุ เก็บ
สิ่งของเป็นระเบียบ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7) บ้านที่อยู่อาศัยกว้างขวางสามารถ
จัดเป็นห้องเดี่ยวได้ ผู้สูงอายุนอนเตียงใหญ่ขนาดกว้าง 6 ฟุต ยาว 6 ฟุต ผู้สูงอายุนอนข้างเตียง กลางวันมัก
อยู่ 2 คน มีหน้าต่างพอเพียง การระบายอากาศเพียงพอ มีพัดลมและเครื่องปรับอากาศ มีอ่างล้างมือใน
ครัวและในห้องน้ำ มีประตูปิดป้องกันแมลง มีเครื่องใช้ที่จำเป็นครบ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) บ้านที่พักเป็นบ้านเดี่ยวสองชั้น
ห้องที่ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเดี๋ยงเป็นลูกจ้างพักอยู่ชั้นล่างจัดเป็นห้องเดี่ยวแยก มีหน้าต่างและประตูปิด
มิดชิดป้องกันแมลง มีพัดลม ส่วนใหญ่ปิดเครื่องปรับอากาศ เตียงนอนสามารถปรับระดับความสูงได้
และหัวเตียงได้ มีอ่างล้างมืออยู่นอกห้องในครัวมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นครบ

3.2 การปฏิบัติการล้างมือของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1-2) ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการ
สอบถามความอธิบายวิธีการล้างมือได้ไม่ครบถ้วนตอนแรก ไม่ได้ล้างมือสม่ำเสมอ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 3-4) ผู้สูงอายุไม่ค่อยล้างมือให้ผู้สูงอายุ ล้าง
เมื่ออาบน้ำ ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเดี๋ยงเมื่อเปลี่ยนและหลังการทำกิจกรรมให้ไม่ทุกครั้ง

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-8) ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ มีความรู้ผ่านการ
อบรมจากหน่วยงานต้นสังกัด มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการสอบถามในการเยี่ยมน้ำหน้าสามารถอธิบายความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากไม่ปฏิบัติการป้องกันการแพร่เชื้อ มีการล้างมือเมื่อเปลี่ยนและก่อนและหลังการทำ
กิจกรรม บ่อยขึ้น และสามารถทำการล้างมือตามขั้นตอน ได้ถูกต้อง

3.3 การปฏิบัติการสวมถุงมือ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1-4) ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการ
สอบถามในการเยี่ยมน้ำหน้าสามารถอธิบายวิธีการสวมถุงมือได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้สวม

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-8) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงมือเดย์ได้รับการอบรมจากหน่วยงานต้นสังกัด และเนื่องการดูแลผู้สูงอายุมีการรักษาด้วยอุปกรณ์ การแพทย์ที่สอดคล้องกับร่างกาย คือ สายให้อาหาร สายดูดเสมหะทางจมูกและปาก และผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การขับถ่ายอุจจาระต้องสวนด้วยยาสวนถ่ายและใช้มือล้างอุจจาระเป็นก้อนแข็ง กิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ต้องใช้ถุงมือ ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจสามารถอธิบายและมีการสัมมูลมีส่วนร่วมได้ถูกต้อง

3.4 การปฏิบัติการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับฟังและทราบประโยชน์ของการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกได้จัดเตรียมไว้ใช้เมื่อจำเป็นและสามารถใช้ปิดตามเมื่อนอนพักผ่อนช่วงกลางวันบริเวณโคนต้นไม้กันแมลงหรือแสงแดดและแผลเข้าตา

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2-4) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับฟังและทราบประโยชน์ของการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกแต่ยังไม่ได้จัดหาเตรียมไว้

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-8) จากเดิมไม่มีการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อรับทราบประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อจังหวัดปีดปากปิดจมูกและใช้มือให้การดูแลดูแล เช่นจะเมื่อผู้สูงอายุไอหรือจาม และเตรียมไว้หากผู้ดูแลหรือมีบุคคลในบ้านป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ หรือเพื่อป้องกันผู้สูงอายุที่พึงกระชาญทำให้ไม่มีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจติดต่อกันครั้ง ละหลายคนในครอบครัว

3.5 การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและบุคลากร

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1-2) จากเดิมไม่เห็นความสำคัญของการดูแล ป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน เมื่อมีการติดเชื้อทางเดินอาหารและมีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ติดต่อกันครั้ง ละหลายคนในครอบครัว เห็นความสำคัญมากขึ้น แต่ไม่ค่อยใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 3-4 และ 7) ยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลป้องกันการติดเชื้อที่บ้านไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-6) จากเดิมผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกจ้างไม่กล้า เข้าชื่ออุปกรณ์ป้องกันตนเอง เมื่ออธิบายให้ความรู้ มีการสอบถามอาการต่าง ๆ ที่รู้สึกว่าตนเองเป็น และมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันมากขึ้น และได้จัดเตรียมไว้ให้พยาบาลด้วย ผู้ดูแลไม่มีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) ผู้ดูแลนัดยาเบาหวานให้ผู้สูงอายุทราบ ถึงวิธีการป้องกันไม่ให้เข้มทึบแหง การทึบเข้มทึบถูกต้อง มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันมากขึ้น มีการป่วยด้วย โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 1 ครั้ง ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกและไม่ติดต่อกันครั้งละหลายคนในครอบครัว

3.6 การปฏิบัติการควบคุมสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1-2) การจัดสถานที่มีการจัดวางสิ่งของ ชำรุด หน้าบ้านหลายอย่าง เช่น เก้าอี้ ร้าวตากผ้า รถจักรยานเด็กเล่น การจัดวางสิ่งของภายในบ้านค่อนข้างไม่ เป็นระเบียบ พื้นบ้านด้วยเสื่อน้ำมันสะอาดไม่มีฝุ่นละออง ที่อยู่อาศัยปราศจากมลภาวะทางเสียง กลิ่น แต่มี ฝุ่นจากถนนหน้าบ้าน เนื่องจากอากาศภายในบ้านร้อนมากจึงมักนอนหลับพักผ่อนกลางวันบันเปล บริเวณโคนต้นไม้ใหญ่หน้าบ้านห้องส้วมห้องน้ำห้องส้วมสะอาด พื้นเปียกແเมื่อฝนตกกันลื่นมีร่าง ระบายน้ำโถส้วมรออยู่หลังบ้านน้ำไหลดีไม่มีอุดตัน ไม่มีสัตว์เลี้ยง มีสัตว์กัดแทะและแมลงภายในบ้าน เช่น หนู แมลงสาบ มีการกำจัดใช้อุปกรณ์ดักจับ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 3) ผู้ดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุพักในบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระสกปรกต้องทำความสะอาดบ่อยครั้ง เก็บสิ่งของบริเวณเตียงผู้สูงอายุ มี ฝุ่นละอองที่พื้นดินบริเวณเตียงผู้สูงอายุ ห้องน้ำห้องส้วมสะอาดภายในและนอกบ้านมีแมลงวัน แมลง หวีและหนู เลี้ยงสนับภัยในบ้าน

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ผู้ดูแลเป็นสามีซึ่งสูงอายุ ลูกหลานไม่มีความตั้งใจจัดเก็บสิ่งของภายในห้องผู้สูงอายุมีฝุ่นละอองไม่ค่อยเก็บการดูแล ห้องน้ำห้อง ส้วมสะอาดพอใช้ ภายในและนอกบ้านมีแมลงวัน เลี้ยงนกเขาในกรงแขวนไว้บนเพดานในบ้าน 1 ตัว นอกบ้าน 2 ตัว

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-8) ผู้ดูแลจัดสถานที่มีจัดวาง สิ่งของ ภายในบ้านค่อนข้างเป็นระเบียบ พื้นไม่มีฝุ่นละออง มีร่างระบายน้ำโถส้วมอยู่หลังบ้านน้ำไหล ดีไม่มีอุดตัน ไม่มีสัตว์เลี้ยง และแมลงภายในบ้าน ห้องติดมุ้งลวดป้องกันแมลง ที่อยู่อาศัยปราศจาก มลภาวะทางเสียงและกลิ่น ห้องส้วม ห้องน้ำสะอาด

3.7 การปฏิบัติการทำลายเชื้อ

ผู้สูงอายุ (กรณีศึกษาที่ 1-4) ผู้ดูแลเป็นญาติรับฟังคำแนะนำสามารถอภิปรัชการทำลายเชื้อ ในชีวิตประจำวัน ได้โดยการถังทำความสะอาด แต่ไม่มีอุปกรณ์สำรองที่ต้องการทำลายเชื้อโดยการต้ม หรือน้ำยาการทำลายเชื้อ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-8) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้างสามารถ อธิบายขั้นตอนของการการทำลายเชื้อและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น การถังทำความสะอาด การต้ม

กระบวนการนี้ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ลดการลักลอบและลดความเสี่ยงของการฟอกเงิน รวมทั้งการรับส่งยาเสื่อมห้ามนำเข้าประเทศ หรือส่งออก ซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อสังคม

3.8 การซักผ้าเบื้องของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1-3) ผู้ดูแลเป็นญาติ มีการซักผ้าเบื้องครั้งเดียว ทั้งหมดกับครอบครัว ด้วยเครื่องซักผ้าวันละ 1 ครั้ง

ผู้สูงอายุพูงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ผู้ดูแลเป็นญาติจัดการผ้าเบื้อง ทั้งหมดไม่ได้แยกรวมไว้บนเก้าอี้รับแขกไม่ได้จากน้ำ เพื่อให้ลูกสาวนำไปซักด้วยเครื่องซักผ้าอีก บ้านหนึ่งวันละ 1 ครั้ง

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5-8) ผู้ดูแลเป็นลูกจ้างแยกซักผ้าของผู้สูงอายุแบบธรรมดายังคงซักผ้าร่วมกับทุกคนในครอบครัว สำหรับผ้าเบื้องเรื่องโรคผู้ดูแลแยกซัก ด้วยมือโดยใช้ถุงมือยางแบบหนา

3.9 การปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของครอบครัว

ผู้สูงอายุ (กรณีศึกษา 1-8) ทุกครอบครัวมีการกำจัดขยะมูลฝอยทั่วไป โดยนำทิ้งถังขยะเทศบาลหน้าบ้าน มีรถเทศบาลมาเก็บขนข้ายานยะทุกเช้า

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) ผู้สูงอายุได้รับการฉีดยาเบ้าหวานที่บ้านผู้ดูแลแยกเป็นส่วนๆ กระป่องปิดฝ่าเขียนข้อความ “ขยะของมีคนติดเชื้อ” และใส่ถุงฝ่ากพยาบาลเยี่ยมบ้านมากำจัดที่โรงพยาบาล

4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย สุขภาพทางจิตใจ และพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลจาก การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 1) ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดี ในระยะเวลาศึกษาวิจัยผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน 1 ครั้ง บางครั้งรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกไว้วางใจมีความเครียดสามารถทำกิจกรรมเพื่อลดความเครียด ทำให้ผ่อนคลายลดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ เช่นนั่งรอออกโรงพยาบาลที่บ้านกับลูกหลาน เดินออกกำลังกายหน้าบ้าน ในช่วงเทศกาลวันสำคัญทางศาสนา ไปทำบุญที่วัดใกล้บ้านผู้สูงอายุทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ด้วยตนเองได้ 6 คะแนนผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีความพึงพอใจมากต่อการเยี่ยมบ้าน

ผู้สูงอายุพูงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ (กรณีศึกษาที่ 2) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเอง มีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เมื่อรู้สึกไม่สบายไข้มาติดต่อ ก็ไปนอนห้องน้ำบ้านผู้สูงอายุ ทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ด้วยตนเองได้ 6 คะแนน มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในระยะเวลาศึกษาวิจัยไม่มีอาการป่วยด้วยโรค

ติดเชื้อ ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลมีอาการป่วยตามตัว แขน ขา รักษาโดยแพทย์แผนจีนและแผนปัจจุบันอาการดีขึ้น ร่างกายแข็งแรงมากไม่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อเมื่อคนในบ้านเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 3) ผู้สูงอายุรู้สึกตัวบางครั้ง ไม่ค่อยนอนพักผ่อน ตามตอบเรื่องร้าวสับสน ไม่กระซิ่ง ไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ผู้ดูแลปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อได้บ้าง แต่หากพยาบาลไม่ไปเยี่ยมจะละเลยเนื่องจากเห็นอยู่แล้วและเบื่อหน่าย ผู้ดูแลมีความเครียดสูง แต่มีความพึงพอใจมากในการเยี่ยมบ้าน

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 4) ผู้สูงอายุป่วยด้วยอาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ครั้ง รู้สึกตัวบางครั้งมีความต้องการให้ถูก ๆ มาเยี่ยมถ้าหากขาดหายไปจะน้อยใจและพูดว่ากล่าวรุนแรง วิธีการจัดการเพื่อลดความเครียดคือให้ถูกทุกคนมาเยี่ยม สำหรับผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปกติ มีความพึงพอใจในระดับมาก

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 5) ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย ผู้ดูแลประเมิน

ความเครียดด้วยตนเองได้คะแนน 6 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปกติ และมีความพึงพอใจในระดับมาก

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 6) ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัว สื่อสารไม่ได้ แนะนำการปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุเพื่อลดความเครียดโดยการสัมผัสถึงอ่อนโยน ถ้าบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีความไม่ต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่า ยิ่อมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้ดูแลทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองได้ 8 คะแนน มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต เป็นแรงจูงใจไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้สูงอายุตามคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อได้เป็นส่วนใหญ่ และจากการสอบถามความพึงพอใจว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 7) ผู้ดูแลเป็นคนร่าเริงพากยานสื่อสารกับผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวส่งเสียงโวยวาย บางครั้งแต่ไม่รู้สึกตัว ตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัย ไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ การประเมินความเครียดด้วยตนเองของผู้ดูแลอยู่ในระดับปกติ

ผู้สูงอายุชายไทยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (กรณีศึกษาที่ 8) รู้สึกตัวดี บางครั้งสับสน พูดสื่อสารได้ประกอบสัญญาณมือ ขาทึ้งสองข้าง ไม่มีแรง ลุกจากเตียงไม่ได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้รู้สึกสูญเสียบทบาทจากความเป็นผู้นำกล้ายเป็นผู้พึงพึงจึงทำให้รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้หวัง น้อยใจลูกบ้างคนที่ไม่มาเยี่ยม รับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ผู้สูงอายุมีความต้องการให้ถูก ๆ มาเยี่ยมถ้าหากขาดหายไปจะน้อยใจและพูดว่ากล่าวรุนแรง วิธีการจัดการเพื่อลดความเครียดได้โดยให้ถูกทุกคนมาเยี่ยม ผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดขาและเสียชีวิตด้วยอาการติดเชื้อใน

โรงพยาบาล สำหรับการประเมินความเครียดคัวยตอนของผู้ดูแลเมื่อความเครียดสูงเนื่องจากมีกิจกรรมการดูแลตลอดทั้งวัน ช่วงเวลากลางคืนนอนไม่หลับวิตกกังวลถัวร์ผู้สูงอายุจะตกเตียง และผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ทำให้ผู้ดูแลเมื่อประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ แนะนำให้ไปพบแพทย์ได้ยามารับประทาน

การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว ใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน

จากผลการวิจัย พบร่วมกันระหว่างครอบครัวหรือผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน กับบุคลากรทางสุขภาพ สามารถประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคคลในครอบครัวและผู้ให้การดูแล ใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน ส่วนใหญ่กิจกรรมที่ผู้ดูแลนำเสนอไปปฏิบัติทุกคน คือ การสังเกตอาการแสดง อาการแทรกซ้อนของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นและการใช้ยา การดูแลเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้านจากการสังเกตอาการ ໄข กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนัง เนื้อเยื่อ ใต้ผิวนังและแพลกตับ มีผู้ดูแลนำเสนอไปปฏิบัติ จำนวนมากถึงกิจกรรมละ 6 คน สำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร และการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจร่องลงมา คือ กิจกรรมละ 5 คน การป้องกันการติดเชื้อที่ตาและช่องปาก จำนวน 4 คน ตามลำดับ

สำหรับกิจกรรมการแยกผู้สูงอายุและการระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อ พบร่วมกับผู้ดูแลทุกคน มีการปฏิบัติการทำลายเชื้อและการซักผ้าเบื้องต้น รองลงมา คือ การถางมือ จำนวน 6 คน และการจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ การสวมถุงมือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม เท่ากัน กิจกรรมละ 4 คน กิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การใช้ผ้าปีบปากปีบมูก และการดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและบุคลากรรายละเอียดดังตารางที่ 4

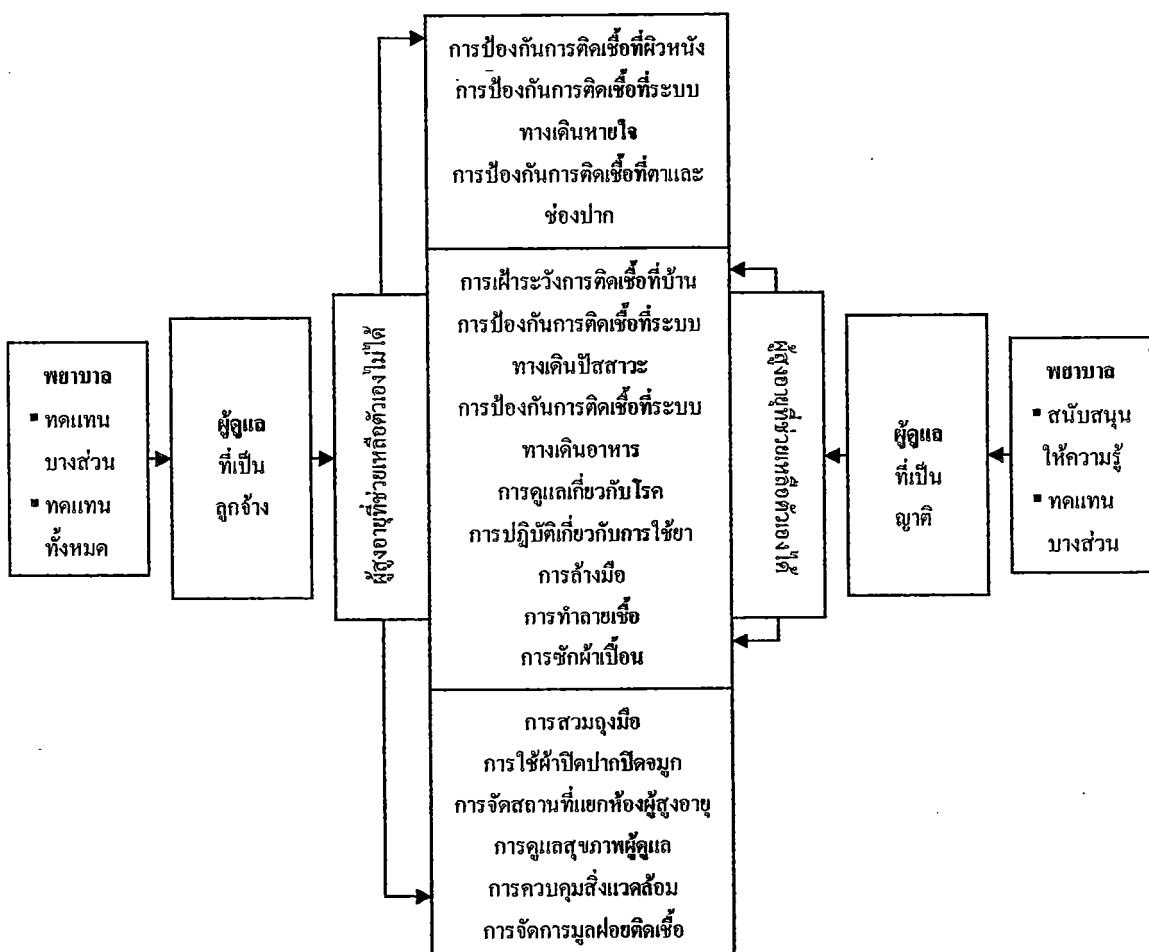
**ตารางที่ 4 การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อของผู้สูงอายุ หรือ ผู้ดูแล
ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน**

กิจกรรม	การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกัน การติดเชื้อของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล (คน)
1. การสังเกตอาการแสดง อาการแทรกซ้อนของโรคที่ ผู้สูงอายุเป็นและการใช้ยา	
1.1 การดูแลเกี่ยวกับโรค	8
1.2 การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	8
2. การดูแลเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน	
2.1 การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน	8
2.2 การป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอด เลือดดำ	0
2.3 การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ	6
2.4 การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร	5
2.5 การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนาน เนื้อเยื่อใต้ผิวนาน และ แพลงค์ทับ	6
2.6 การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ	5
2.7 การป้องกันการติดเชื้อที่ตาและช่องปาก	3
3. การแยกผู้สูงอายุและการระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อ	
3.1 การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ	4
3.2 การล้างมือ	6
3.3 การสวมถุงมือ	4
3.4 การใช้ผ้าปูปักปีดปูดมูก	3
3.5 การดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและบุคลากร	3
3.6 การควบคุมสิ่งแวดล้อม	4
3.7 การทำความสะอาด	8
3.8 การซักผ้าเบื้อง	8
3.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	1

การพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล กับบุคลากรทางสุขภาพ ในการสร้าง รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และมีผู้ดูแลที่เป็นญาติ (แบบไม่เป็นทางการ) และผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้าง (แบบเป็นทางการ) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้างมีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ได้รูปแบบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 17 กิจกรรม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้มีผู้ดูแลเป็นญาติมีรูปแบบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 8 กิจกรรม ดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5 รูปแบบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน



ตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

การป่วยด้วยโรคติดเชื้อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแลป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

ในระยะเวลาศึกษาวิจัยได้ทำการประเมินผลการเยี่ยมบ้านทุกรังสี พนวฯ หลังการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุมีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน และผู้ดูแลมีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ จำนวน 1 คน ภาวะสุขภาพทางกายที่เกี่ยวกับการติดเชื้อที่บ้านเปรียบเทียบก่อนและหลังการดูแลป้องกันการติดเชื้อที่บ้านสามารถอธิบายความแตกต่างเป็นรายกรณีศึกษาได้ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ประวัติเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2548 ด้วยอาการติดเชื้อในกระเพาะเดือด หลังจากเยี่ยมบ้านให้ความรู้จำแนน้ำการป้องกันการติดเชื้อผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ แต่เมื่อวันที่ 17-19 เมษายน 2549 เข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนร้าวไม่ได้ น้ำท่วมปอด ต่อมมามีไข้ ไอ มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้วยอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4-5 ครั้ง อ่อนเพลีย ในวันที่ 2-7 มิถุนายน 2548 หลังจากเยี่ยมบ้านให้ความรู้จำแนน้ำกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

กรณีศึกษาที่ 3 ประวัติผู้สูงอายุเมื่อ 10 ปีก่อนเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรีด้วยอาการปัสสาวะไม่ออ ก ต่อมลูกหมากโต ได้รับการผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะบริเวณหนึ่ง หัวเห่น่า และเมื่อปลายเดือนธันวาคม 2547 ผู้สูงอายุได้ดึงสายสวนปัสสาวะออกและได้รับการผ่าตัดใส่สายสวนใหม่ ตลอดระยะเวลาการวิจัยไม่มีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

กรณีศึกษาที่ 4 ผู้สูงอายุมีประวัติแพ้ที่เท้า ได้รับการผ่าตัดขาขวาออกและมีแผลกดทับที่ก้นกบเข้ารักษาในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2547 มีแผลกดทับติดเชื้อรักษาในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ 20 วัน หลังการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2548 ด้วยอาการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ สำหรับผู้ดูแลไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

กรณีศึกษาที่ 5 ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อเดือน พฤษภาคม 2548 ด้วยอาการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่ด ไอมีเสมหะเหนี่ยวญุ่น แต่ไม่มีอาการติดเชื้อ หลังการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เช่นกัน

กรณีศึกษาที่ 6 ก่อนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ต่างจังหวัด หลาครัง หลังการเยี่ยมบ้านเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2549 เข้ารับการรักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้วยอาการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่ง ปลายอวัยวะเพศบวมแดงอักเสบไม่ติดเชื้อ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 เดือน เกิดการติดเชื้อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินหายใจ ส่วนล่าง

กรณีศึกษาที่ 7 ผู้สูงอายุมีประวัติเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้วยอาการติดเชื้อทางเดินอาหาร เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2547 และติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างด้วยเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2548 หลังการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่บ้าน

กรณีศึกษาที่ 8 ในระหว่างการศึกษาร่วมผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลาครัง เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2548 ต้นน้ำหัวแม่เท้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ วันที่ 15 สิงหาคม 2548 มีไข้อ่อนเพลีย อาเจียน เข้ารับการรักษาอีกครั้ง ปอดอักเสบ ช็อก ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี หลังจากเข้ากลับมาวันที่ 29 สิงหาคม 2548 ปอดอักเสบติดเชื้อ เชื้อดื้อยา MRSA ติดเชื้อในกระเพาะเลือดและติดเชื้อร่าที่ริมฝีปาก ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และวันที่ 18 ตุลาคม 2548 ผลที่เท่านกินเนื้อตาย หายใจหอบเหนื่อยถุงลมปอดอุดตันมีเสมหะมาก เข้ารับการรักษาและส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้รับการเจาะคอ หลังจากนั้นได้รักษาดูแลแพลงที่เท้าที่บ้านและแพทย์นัดเข้ารับการรักษาผ่าตัดขาขวาและติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน 1 ครั้ง

สำหรับภาวะสุขภาพทางจิตใจ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (6-17 คะแนน) มากที่สุด จำนวน 6 คน และการประเมินความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย พนว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล มีระดับความพึงพอใจมาก (คะแนนเฉลี่ยรวม 4.01-5.00) จำนวน 7 คน คั่งรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ภาวะสุขภาพทางจิตใจ	จำนวน (ราย)
1. ภาวะสุขภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และผู้ดูแลในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
- ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ ต่ำกว่าปกติ (0-5 คะแนน)	0
- ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ ปกติ (6-17 คะแนน)	6
- ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน)	1
- ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติปานกลาง (26-29 คะแนน)	1
- ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติมาก (30-60 คะแนน)	0
2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และผู้ดูแลในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
- พอใจมาก (คะแนนเฉลี่ยรวม 4.01-5.00)	7
- พอใจ (คะแนนเฉลี่ยรวม 3.01-4.00)	1
- เฉย ๆ (คะแนนเฉลี่ยรวม 2.01-3.00)	0
- ไม่พอใจ (คะแนนเฉลี่ยรวม 1.01-2.00)	0
- ไม่พอใจอย่างมาก (คะแนนเฉลี่ยรวม 0-1.00)	0

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (Development of Infections Preventive Strategies from Home Health Care Provided to the Elderly Persons Living in Saensook Subdistrict of Amphur Muang Chonburi) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน ในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีการใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายและเติมต่อการติดเชื้อที่อ้วน้ำต่าง ๆ ประเมินการปฏิบัติกรรมการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน พัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวกับบุคลากรทางสุขภาพ ใน การสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน ที่เหมาะสมกับชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี มีความเครียดลดลง และเกิดความพึงพอใจสูงสุด อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อห่วงงานและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือสร้างแนวทางการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาแบบเจาะลึก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอลิเมอร์ ในการบทบาทของพยาบาลความคุ้มการติดเชื้อ และแนวคิดของการให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบคลุม การเยี่ยมบ้าน นำไปปรับเข้ากับการให้บริการรักษาด้านการแพทย์ในการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อให้เป็นรูปธรรม โดยยึดเอกสารอบครัวเมื่นหน่วยการให้บริการ และให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อที่สำคัญที่อาจเกิดจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน และสามารถทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลและคิดหารือวิธีการป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้และไม่ได้ช่วยเหลือ ไม่มีการใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และ ให้รับการคุ้มครองที่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 8 คน ผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ใช้วิธีการเดือกดูแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยได้วางแผนการวิจัยโดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากแฟ้มประวัติ สร้างความคุ้นเคย และ สัมพันธภาพกับครอบครัว ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โดยการแนะนำและ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยการเยี่ยมบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามแบบสัมภาษณ์ รวมรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ก่อนกับการอุ้ดแต่ละบ้าน และการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์แบบดีกขยะเยี่ยมบ้านก่อนกับ สายตรวจและปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อ การสังเกตพฤติกรรมการอุ้ดแต่ การจัดสิ่งแวดล้อมและการ ตรวจสอบภายในผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาเสนอแนะสนับสนุนและให้ความรู้ การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการสร้างแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน โดยการทดลอง ความเห็นร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพในการพัฒนาการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อที่บ้าน และประชุมทีมสาขาแพทย์เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการติดเชื้อ พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลชุมชน เภสัชกร นักโภชนากร พิจารณาทางแนวทางพัฒนาการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อที่บ้าน ประเมินผลวิธีการปฏิบัติจากคำแนะนำโดยการเยี่ยมบ้านวิเคราะห์ ความเปลี่ยนแปลง แก้ไขปรับปรุงปัญหาพิจารณาแนวทางพัฒนาการป้องกันและควบคุมการติด เชื้อที่บ้านอีกครั้งให้เหมาะสมกับครอบครัวเยี่ยมบ้านติดตามประเมินผลและวิเคราะห์การ เปลี่ยนแปลง

ผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านครอบครัวละ 10 ครั้ง ในช่วงเวลาตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2548 ถึงเดือน พฤษภาคม 2549 เป็นระยะเวลา 12 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้วิจัย อุปกรณ์ทางการแพทย์ และ เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่ออุ้ดแต่ การป้องกันการติดเชื้อจากการอุ้ดแต่สุขภาพที่บ้านที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยผ่านการเสนอแนะและ แก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญทดลองใช้ในการเยี่ยมบ้านและปรับแก้ไปแล้วนำมาเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการ

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย ในการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 – 8 ระหว่างเดือน มิถุนายน – พฤษภาคม 2548

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลและสรุปผลการวิจัย ในการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 9-10 ระหว่างเดือน มิถุนายน - พฤษภาคม 2549

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูล จำแนก ตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ฯลฯ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สายตรวจที่ทำให้ผู้สูงอายุเลี้ยงต่อการ ติดเชื้อ การปฏิบัติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการอุ้ดแต่สุขภาพที่บ้าน ผลลัพธ์จากการ ป้องกันการติดเชื้อจากการอุ้ดแต่ผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือดังนี้

1. สัมภาษณ์แบบลึก ในช่วงเวลาการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-8 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล การสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจโรคของผู้สูงอายุ การใช้ยา ปัญหาและการปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลและครอบครัว การปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

การตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ และบันทึกข้อมูล เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร บันทึกการปฏิบัติกรรมการดูแล เช่น การดูแลอุปกรณ์การแพทย์ที่สอดคล้องกับร่างกาย การทำความสะอาดร่างกาย นาดแพลงและผิวน้ำ วางแผนและประเมินสรุปผลการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ตามแบบสรุปการเยี่ยมบ้านเพื่อคุ้มครองและป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลข้อนหลัง 6 เดือน และแนะนำให้ผู้ดูแลบันทึกตามแบบเฝ้าระวังเมื่อมีอาการ ไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส อาการแสดง และการใช้ยา ต้านจุลทรรศน์ เป็นต้น

2. ประเมินผลและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพทางกายจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อหลังการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การปฏิบัติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน และประเมินภาวะสุขภาพทางจิต โดยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ด้วยตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจ ในผู้สูงอายุที่ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ หรือผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเป็น จำนวน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิการศึกษาฯลฯ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำเสนอเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายสาเหตุที่มีผลต่อการพัฒนาและสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และประเมินผลลัพธ์จากการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 6 คน มีอายุเฉลี่ย 79 ปี พบร่วมกับผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 4 คน สำหรับน้ำหนักและความสูงส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุ เนื่องจากผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นส่วนใหญ่ 5 คน ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพทั้งหมด และไม่มีรายได้ จำนวน 6 คน มีรายได้ จำนวน 2 คน ผู้มีรายได้ทั้งหมดมีแหล่งที่มา

ของรายได้จากบุตร สำหรับสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่ได้รับการคุ้มครองที่บ้านส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการมากที่สุด จำนวน 6 คน และสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) จำนวน 2 คน และพบว่า รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20,001 – 40,000 บาทต่อเดือน จำนวน 2 ครอบครัว และระหว่าง 60,001 - 80,000 บาทต่อเดือน จำนวน 2 ครอบครัว เท่ากัน และผู้สูงอายุมีผู้ดูแลที่บ้านซึ่งเป็นญาติ (แบบไม่เป็นทางการ) จำนวน 4 คน และเป็นลูกจ้าง (แบบเป็นทางการ) มีจำนวน 4 คน เท่ากัน

2. การประเมินสาเหตุที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน
จากการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุทุกคนอาจเกิดการติดเชื้อจากการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้านจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยาหรือสารเคมี ผู้สูงอายุทุกรายได้รับยาและได้รับยาต้านจุลชีพร่วมด้วย จำนวน 3 คน สำหรับการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายเพื่อการรักษาจะอยู่บ้านมีการคลายให้อาหารทางจมูก จำนวน 4 คน เท่ากับ การใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะ และการทำแผล จำนวน 4 คน มีการใช้อุปกรณ์ให้ออกซิเจนทางจมูก การส่วนคลายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อเจาะคอ ชนิดละ 1 คน และไม่มีการใส่อุปกรณ์สายหารหรือกระเพาะให้สารน้ำยาทางหลอดเลือดดำในผู้สูงอายุที่ได้รับการคุ้มครองที่บ้าน สำหรับสาเหตุการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุที่ได้รับการคุ้มครองที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากชุมชนจากบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัด จำนวน 4 คน และไม่มีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อใน ฯ

3. การประเมินการปฏิบัติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน

จากการวิจัยสามารถประเมินการปฏิบัติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว พนวณ สำหรับใหญ่กิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ผู้ดูแลที่นำไปปฏิบัติทุกคน คือ การคุ้มครองที่บ้าน สำหรับสาเหตุการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุที่ได้รับการคุ้มครองที่บ้านมีการสังเกตอาการแสดง อาการแทรกซ้อน ของโรคที่ผู้สูงอายุเป็น การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา และการคุ้มครองเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้านที่แขกให้ โดยมีการเฝ้าระวังในกิจกรรมเกี่ยวกับ การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 6 คน และการป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนังเนื้อเยื่อให้ผิวนังและแพลงค์ทับ จำนวน 6 คน ซึ่งมากที่สุด สำหรับการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 คน และการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ จำนวน 5 คน รองลงมา การป้องกันการติดเชื้อที่ตา และช่องปาก จำนวน 4 คน และไม่มีผู้สูงอายุคนใดต้องคุ้มครองการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำยาทางหลอดเลือดดำ

สำหรับกิจกรรมการแยกผู้สูงอายุและการประเมินด้วยวิธีการแพร์คราฟายเชือ ผู้ดูแลทุกคน มีการทำลายเชือและการซักผ้าเปื้อน ปฏิบัติกิจกรรมการล้างมือ จำนวน 6 คน และการจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ การสวมถุงมือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติกิจกรรมละ 4 คน เท่ากัน กิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกและการดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและบุคลากร

4. การพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ ใน การสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

พบว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นญาติมีการพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัวหรือผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมีการปฏิบัติเพียง 8 กิจกรรม

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นลูกเจ้ามีความรู้ จากการอบรมมาบ้างจากหน่วยงานต้นสังกัด ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้มีการพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัวหรือผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพมากกว่า คือ 17 กิจกรรม ทำให้ได้รูปแบบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ดังนี้

รูปแบบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ทั้งใน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นญาติและลูกเจ้ามีกิจกรรมการปฏิบัติหลักเหมือนกันคือ

- 1) การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค
- 2) การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา
- 3) การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน
- 4) การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ
- 5) การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร
- 6) การล้างมือ
- 7) การทำลายเชือ
- 8) การซักผ้าเปื้อน

สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีผู้ดูแลที่เป็นลูกเจ้า รูปแบบการดูแลการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านควรเพิ่มการดูแลในกิจกรรมต่อไปนี้

- 1) การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนัง เนื้อเยื่อใต้ผิวนังและ แพลงค์ทับ
- 2) การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ
- 3) การป้องกันการติดเชื้อที่ตาและช่องปาก
- 4) การสวมถุงมือ
- 5) การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ
- 6) การควบคุมสิ่งแวดล้อม
- 7) การใช้ผ้าปีบปากปีดจนูก
- 8) การดูแลสุขภาพบุคลากรและผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
- 9) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

5. การประเมินผลตัวชี้ในการดูแลป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
ภาวะสุขภาพทางกาย พบร่วมกัน สรุปว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลไม่มีอาการป่วยค่อนข้างรุนแรงติดเชื้อในระยะเวลาศึกษาวิจัย จำนวน 6 คน และมีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ จำนวน 2 คน สำหรับผู้ดูแล มีอาการป่วยค่อนข้างรุนแรงติดเชื้อในระยะเวลาศึกษาวิจัย มีจำนวน 1 คน

ภาวะสุขภาพทางจิตใจ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (6-17 คะแนน) มากที่สุด จำนวน 6 คน

ความพึงพอใจ ผลการวิจัย พบร่วมกัน สรุปว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล มีความพึงพอใจมาก (คะแนนเฉลี่ยรวม 4.01-5.00) จำนวน 7 คน

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลตามลำดับ ได้ดังนี้

1. การประเมินปัจจัยส่งเสริมจากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านทำให้ทราบปัจจัยพื้นฐานแตกต่างกันที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการพัฒนาการเรียนรู้การดูแลตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง ของโอลิร์น ที่ว่าปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและ ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด แต่ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณา ความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานร่วมด้วย (สมจิต หนูเริญกุล, 2539, หน้า 48-51.) โดยเฉพาะปัจจัย พื้นฐานที่เป็นปัจจัยภายนอกซึ่งเกี่ยวข้องกับครอบครัวผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจ จากผลการวิจัยทำให้ทราบได้ชัดเจนว่าในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำเดือน สูง สามารถเข้าถึงผู้ดูแลมาเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลที่เป็นลูกเข้าบ้านมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุ โดยตรงสมำเสมอและต่อเนื่องในการปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งตรงกับการจำแนกประเภทของผู้ดูแล

ตามระดับความรับผิดชอบของ Kahana, 1994. (อ้างใน รัชนี สารเสริญ, 2548, หน้า 15)

นอกจากนี้สถานะทางเศรษฐกิจยังมีผลต่อปัจจัยพื้นฐานด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม สภาพที่อยู่อาศัย และผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ต้องใช้เวลาในการดูแลเมื่อเวลาประกอบอาชีพน้อยลง และยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นเป็นค่าเช่า ค่ารักษา ค่าพาหนะฯลฯ (ทัศนา บุญทอง, 2542. หน้า 15) ซึ่งสถานภาพทางการเงินของผู้สูงอายุทุกท่านไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาลูกหลานในเรื่องของค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กษกร สังฆาติและ สมโภชน์ อเนกสุข (2548, หน้า 77) เช่นเดียวกันทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล

สำหรับสิทธิการรักษา จากผลการศึกษาผู้สูงอายุทุกคนมีสวัสดิการจากภาครัฐทั้งสิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ทำให้ปัจจัยระบบบริการสุขภาพที่ได้รับไม่แตกต่างกัน

ด้านปัจจัยพื้นฐานภายในตัวของผู้สูงอายุ เช่น อายุ เพศ และน้ำหนัก ส่วนสูง จากการศึกษาไม่สามารถแสดงความแตกต่างที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการเรียนรู้ในการดูแลตนเองได้แต่ปัจจัยด้านความสามารถของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ครอบครัวที่มีผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่มีการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้น้อยกว่าครอบครัวที่มีผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้เป็นผู้ดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ความสามารถทักษะการเรียนรู้ การรับรู้ การตัดสินใจ กระทำการผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้มีผู้ดูแลเป็นญาติการแบ่งเวลาไม่เพียงพอ การเผชิญกับภาวะเครียดจากความเจ็บป่วย การลัดหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ การมีบุรุษแทรกต่างกัน เช่น ความรู้ พลังความสามารถในการดูแลตนเอง ได้น้อยกว่า เมื่อความสามารถของครอบครัวไม่เพียงพอที่จะดูแลตนเอง พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงไม่ควรรับผิดชอบดูแลเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น ต้องดูแลกลุ่มนบุคคลในครอบครัวให้สามารถเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้ดูแลป้องกันการติดเชื้อในครอบครัวได้ด้วยตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองและแนวคิดครอบครัวของ โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539. หน้า 224)

2. สำหรับสาเหตุที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านจากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุได้รับยาหรือสารเคมีมากที่สุด มีการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกายเพื่อการรักษาและอุปกรณ์ที่บ้านรองลงมา ส่วนใหญ่มีการคำสาญให้อาหารทางช่องปาก การใช้

อุปกรณ์ดูดเสมหะ การทำแพล การได้รับอุปกรณ์ให้ออกซิเจนทางจมูก การส่วนค่าสายส่วนบําบัด และการใส่ท่อเจาะคอ ในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน และมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต คือ บุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ สัตว์กัดแทะและแมลงภายในบ้าน สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต คือ สุขागิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี สองคลื่นของกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลจึงน่าจะนำแนวการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาประยุกต์ใช้โดยผู้ดูแลที่บ้านได้

3. การปฏิบัติกรรมการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน ความรู้ที่ให้ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้สูงอายุเป็นสำคัญผู้ดูแลจึงสามารถนำไปปฏิบัติได้และความต้องการปฏิบัติขึ้นอยู่กับความสามารถ ความรับผิดชอบของผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมที่ควรดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้านตามคำกล่าวของ อะเค็อ อุณหเลขະ (2545, หน้า 352) สองคลื่นของกับผลการวิจัยครั้งนี้ คือ การให้ความรู้และคำแนะนำ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การแยกผู้ป่วย การล้างมือ การทำความสะอาด เชื้อ การจัดการภูมิคุ้มกัน การควบคุมสิ่งแวดล้อม การป้องกันการติดเชื้อจาก การใส่อุปกรณ์การแพทย์และการดูแลสุขภาพบุคลากรและผู้ให้การดูแล และที่ไม่สองคลื่นกัน คือ การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเนื่องปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ศึกษาไม่ระบุชัดเจนว่ามีปัญหาการของวัณโรคแต่กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไว้แล้ว สำหรับการป้องกันอุบัติเหตุขณะให้การพยาบาลผู้สูงอายุ เช่น การป้องกันการถูกของมีคมบาดหรือเขมทึ่นตำ และแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุผู้วัยได้รวมคำแนะนำไว้ในการดูแลสุขภาพผู้ดูแลแต่ไม่รวมถึงการป้องกันการแพ้สารเคมีที่ใช้ทำความสะอาด การบาดเจ็บที่หลังหลังจากการยกผู้สูงอายุการตรวจสุขภาพ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค ฯลฯ ดังเช่นการดูแลสุขภาพบุคลากรในโรงพยาบาลตามผลงานวิจัยของ จิตาภรณ์ จิตเรือง (2548, หน้า 34-39)

4. การพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล หรือครอบครัวกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้วัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม 3 กลุ่ม คือ 1. การให้ความรู้และการใช้สิ่งแวดล้อมกับประสบการณ์เพื่อเชื่อมโยงช่องระหว่างระหว่างความรู้เป็นปัจจัยชักนำ 2. การให้ข้อมูลยื่อนกลับ การปรับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้องมากขึ้นเป็นปัจจัยเสริม และ 3. การแนะนำหรืออำนวยความสะดวกการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ให้เพียงพอและเหมาะสม เช่นเดียวกับวิธีการวิจัยของ พิมพา ปันตัน พุนทรัพย์ โสภารัตน์ และจิตาภรณ์ จิตเรือง (2548, หน้า 5-6)

ในด้านปัจจัยผู้สูงอายุ พบร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคและมีความพิการ ประสบการณ์หรืออาการแสดงของความเจ็บป่วย ผลของ

ความเจ็บป่วยที่มีขึ้น มีผลต่อ กิจกรรมประจำวัน การนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ โอลรีน และขั้นตอนการนำทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง มาประยุกต์ใช้กับการพยาบาลเพื่อป้องกัน การติดเชื้อที่บ้านในการศึกษาวิจัยมีความสอดคล้องกันสามารถสรุปเป็นรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ได้ดังนี้

การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินปัจจัยพื้นฐาน จากข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ สถานภาพสมรส ฯลฯ รายละเอียดดังตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย และข้อมูลด้าน การแพทย์ รายละเอียดตามกรณีศึกษา 1-8

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นด้านการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

1.1 ความต้องการการเรียนรู้เกี่ยวกับ โรคเพื่อพัฒนาทักษะการสังเกตอาการและอาชาร แสดงของการติดเชื้อ และการมาพบแพทย์ทันทีถ้าเกิดขึ้นและการใช้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการดื่มน้ำ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านทั้งหมดแต่ละคนมีปัญหาการเจ็บป่วย หลายโรคอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ลิ้งแวรคลื่อน เศรษฐกิจ และการศึกษา ดังคำกล่าวของ ทศนา นฤทธิวงศ์ (2542:14) ทำให้สถานะทางสุขภาพและลักษณะ โรคในสังคมไทย เปลี่ยนไป ประกอบกับโครงสร้างของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ประชากรเด็กลดลง กลุ่มผู้สูงอายุที่สูขภาพดี และสุขภาพเสื่อมซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากผู้สูงอายุ มักเป็นโรคเรื้อรังและการรักษามีราคาแพง โรคที่พบมากในผู้สูงอายุ คือ โรคหัวใจ หลอดเลือด โรคทางเดินอาหาร อัมพาต โรคปอดและโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงต้องการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน ในขณะที่ลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดียว ทำให้ขาดผู้ดูแลและการให้การช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ที่บ้าน

1.2 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บ้าน ส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกาย คือ การค้าสายยางให้อาหารทางช่องปาก การใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะ การทำแผล ไม่พนการใส่สายสวนหลอดเดือดและการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจเพื่อการรักษาตามคำกล่าวของ อะเคียว อุณหเลขกะ (2545, หน้า 248) สาเหตุอันเนื่องจากแนวทางการรักษาของแพทย์ ระดับความเจ็บป่วย และโรงพยาบาลภาครัฐบาลและภาคเอกชนในเขตใกล้เคียงชุมชนที่ศึกษามีจำนวนเตียงเพียงพอรองรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังไว้ในโรงพยาบาล

1.3 การแยกผู้สูงอายุและการปฏิบัติเพื่อรับมัตระวังการแพร่กระจายเชื้อ ผู้สูงอายุมีระบบภูมิคุ้มกันเรื้อรังลดลง อายุมีความสัมพันธ์กับความไวในการติดเชื้อ การเกิดอาการของโรคและภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายในสภาพธรรมชาติที่ปกติภายในร่างกายจะมีการติดเชื้อของแบคทีเรีย,

ไวรัส, เชื้อรา อยู่ในค่าคงที่ ร่างกายจะแสดงบทบาทโดยอาศัยระบบภูมิคุ้มกันเพื่อที่จะต่อต้านเชื้อโรคเหล่านี้ ทำให้ร่างกายมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบภูมิคุ้มกันเริ่มเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น พบหลักฐานที่สนับสนุนจากการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ, Auto immune disease และ โรคมะเร็งมีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป (ชูศักดิ์ เวชแพคบี, 2538, หน้า 29)

ดังนั้นการแยกผู้สูงอายุและการปฏิบัติเพื่อรับมัคระวังการแพร่กระจายเชื้อนอกจากจะปฏิบัติในบุคลากรของโรงพยาบาลแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านก็ควรมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการเรียนรู้การปฏิบัติเพื่อรับมัคระวังการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การล้างมือ การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ การสวมถุงมือ การสวมผ้าปิดปากปิดนоздม การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.4 การกระตุ้นและติดตามให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีกำลังใจ รับรู้และสนับนใจในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแล การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การลดความเครียด จากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเป็นญาติที่มีความขัดแย้งและความเครียดมีผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2544: 69) Given & Given (1991: 83-85) และ Lubkin (1990 : 205-206) ที่พบว่า การดูแลทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านลบที่มีต่อจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกกดดัน ความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง ความรู้สึกเครียด ความเมื่อยหน่าย ความรู้สึกผิด ความโกรธ และความรู้สึกเป็นภาระ ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อย ๆ เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัว เพื่อนหรือสังคม

2. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองได้และมีผู้ดูแลเป็นญาติ มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านตามค่านิยม นำไปสู่อ่านเนื่องจากระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ศักยภาพในการรีเริ่ม หรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถลดลงตามระยะพัฒนาการตามคำกล่าวของ สมจิต พนุเจริญกุล (2539, หน้า 51)

ในการวิจัยครั้งนี้สังเกตเห็นได้ชัดเจนในกิจกรรมของผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามแนวคิดของ Archbold, 1982 cited in Schoenfelder & Swanson (2000 , pp. 49-50) คือ ผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้างมักเป็นผู้ดูแลโดยตรง (direct activities) คือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น การช่วยเหลือเรื่องการอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การเตรียมอาหาร การจัดอาหาร เป็นต้น ซึ่งจากการสำรวจของ Penrod,Kan, Kan, & Finch (1995,

p.489) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มากให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วย และการศึกษารั้งนี้ พบว่า ญาติมักเป็นผู้ดูแลโดยอ้อม (indirect activities) คือการดูแลที่ไม่จำเป็นต้องอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา เช่น การดูแลเป็นครั้งคราว และการพาไปพบแพทย์ตามกำหนดนัด เป็นต้น

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน การหาเหตุผลและการใช้เหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเพื่อสนับสนุนต่อความต้องการการดูแลตนของอย่างต่อเนื่อง หน้าที่ของประธานสัมพัสด์การมองเห็น การรับรู้สิ่งต่างๆ มีความตึงใจเห็นคุณค่าในตนเอง รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำการกิจกรรมและสอดคล้องกับเวลา เป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต มีความเครียดในระดับปกติ ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรค แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ

3. ความพร่องในการดูแลตนของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่ไม่เพียงพอ ที่จะตอบสนับต่อความต้องการดูแลตนของทั้งหมด ดังนั้นจึงมีความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ให้ช่วยพัฒนาความสามารถที่จะสนับสนุนความต้องการดูแลตนของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวในการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้าน และสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในการศึกษารั้งนี้ ดังนี้

1. ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคการใช้ยาและการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง
2. ไม่สามารถตัดสินใจมาพบแพทย์ได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดอาการและอาการแสดงของติดเชื้อที่ระบบต่างๆ ของร่างกาย เนื่องจากการขาดทักษะในการสังเกตอาการและความรู้ในเรื่องอันตรายจากการติดเชื้อ
3. ไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันของการได้รับเชื้อและแพร่เชื้อของผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว เนื่องจากรู้สึกว่าสิ่งเปลี่ยนค่าใช้จ่ายและความเบื่อหน่ายที่ไม่เคยปฏิบัติและเห็นว่ายังไม่เจ็บป่วยรุนแรงจึงไม่สามารถปฏิบัติภารกิจกรรมเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น การล้างมือ การจัดสถานที่ที่เหมาะสม การสวมถุงมือ การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก
4. ไม่สามารถดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ได้เหมาะสม เพราะมีข้อจำกัดในการจัดสถานที่ ฐานะทางเศรษฐกิจ
5. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการละเลยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสนใจตนเองในการลดความเครียด พักผ่อนและออกกำลังกาย เนื่องจากขาดความรู้ว่ามีความสัมพันธ์กับการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

6. มีโอกาสที่จะลดหรือสูญเสียความพยาบาลในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากถูกข่มขู่ของโรคเรื้อรัง การลิ้นเปลือยหัวใจในการป้องกันและไม่สามารถตัดการต่อสู้ ล่วงหน้าได้ จึงควรได้รับความพึงพอใจในการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดกำลังใจ การกระตุ้น เตือนและความเชื่อถือ

ระบบการพยาบาล

จากการวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าว ระบบการพยาบาล ในการศึกษาจึงเป็นระบบ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดของโอลิมป์ (รูจา ภูไพบูลย์, 2537. หน้า 152-153) ครอบคลุมจะกระทำการดูแลตนเองได้และเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสอนแนะนำจากพยาบาลเยี่ยมบ้านในเรื่อง การพัฒนาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้ออ่อนเพลียและคอม กระตุ้นให้กำลังใจให้คงไว้ซึ่งความพยาบาลในการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลเมื่อ เจ็บป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันพบว่าปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวพันกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ครอบครัว ชุมชน หนนธรรมเนียม วัฒนธรรมที่ประชาชนต้องดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวัน การแก้ไขจึงจำเป็นต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจะกระทำได้ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าถึง คนอย่างแท้จริง ไม่ใช่แต่เพียงแก้ปัญหาร่องรอยที่ปลายทางเท่านั้น การดูแลบุคคลและครอบครัวอย่างใกล้ชิดและ ต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น (ทัศนา บุญทอง, 2542. หน้า 19) สำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ใน ระบบการพยาบาลแบบทดลองทั้งหมด 5 ราย แบบทดลองบางส่วน 1 ราย แบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ 2 ราย เพื่อให้การศึกษาวิจัยบรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงกำหนดแผนการพยาบาลซึ่งเฉพาะใน การดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การปฏิบัติพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและบุคคล ในครอบครัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน ใน การศึกษาวิจัย ครั้งนี้ปฎิบัติตามแบบบันทึกรายละเอียดปัญหาสุขภาพ การให้การดูแลและให้คำแนะนำในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยผ่านการเสนอแนะและแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญทดลองใช้ในการเยี่ยมบ้านและปรับแก้ไปแล้ว โดยบันทึกความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตสภาพผู้สูงอายุกิจกรรมที่เป็นอยู่ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล พิจารณาปัญหาความพร่อง ในการดูแลตนเอง และกำหนดเป็นเป้าหมายกิจกรรมที่คาดหวังจาก การเรียนรู้ ตกลงเห็นพ้องร่วมกันระหว่างครอบครัว ผู้ดูแล และผู้เยี่ยม เพื่อให้ การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว มีความต่อเนื่อง และสามารถประเมินผลจากการนำ ไปปฏิบัติเป็นเกณฑ์ที่

กำหนดไว้อย่างเหมาะสมในแต่ละกิจกรรมการพยาบาล แต่ไม่สามารถประเมินรายละเอียดถึงระดับการปฏิบัติได้ครบถ้วนถูกต้องทุกข้อในแต่ละกิจกรรม จากผลการวิจัย พบว่า

รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณผู้สูงอายุที่บ้าน มีรูปแบบการปฏิบัติหลักเหมือนกัน คือ การคุณแลเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร การล้างมือ การทำความสะอาด เช่น การซักผ้าเปื้อน

สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีผู้ดูแลที่เป็นภารกิจรูปแบบการปฏิบัติการคุณและการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณและสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านควรเพิ่มการคุณและในกิจกรรมต่อไปนี้ การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวน้ำหนัง เนื้อเยื่อใต้ผิวน้ำหนังและ แผลกตหบบ การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อที่ตา หู ปาก พิ้นและเต็ม การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก การคุณและสุขภาพบุคลากรและผู้ให้การคุณและผู้สูงอายุที่บ้าน การควบคุมถึงแวดล้อม และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้ดูแลสุขภาพ ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณและสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นภารกิจกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้มากกว่าอาจเนื่องจากภารกิจมีความรู้จากการอบรมมาบ้างจากหน่วยงานต้นสังกัด มีความรับผิดชอบโดยตรง มีเวลา จึงมีความสามารถในการคุณและแทนเองที่จะตอบสนองต่อความต้องการคุณและแทนเองทั้งหมด แต่ยังมีความพร่องในการคุณและแทนเองจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลให้ช่วยพัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบความต้องการคุณและแทนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความพร่องในการคุณและแทนของโอลเริ่ม (Orem.1991; 70-71. อ้างใน พร้อมจิตร ห่อนบุญเหมิน, 2540, หน้า 3) และทำให้ได้รูปแบบรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณและสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

การประเมินผลการพยาบาล

หลักของความสำเร็จคือการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการคุณและแทนเองของครอบครัว โดยมีแนวทางการพิจารณาจากผลลัพธ์จากการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณและผู้สูงอายุที่บ้าน มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการคุณและสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายหลังให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และตัดสินใจร่วมกัน มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการเกิดโรคติดเชื้อทั้งจากชุมชนและที่บ้านลดลง สภาพจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปกติไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการคุณและแทน และมีความพึงพอใจของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล

5. ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านจากผลการวิจัยของ ประพิณ วัฒนกิจ (2542) ในการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านในประเทศไทย พบร่วม สรวะสุขภาพอนามัยของประชาชนสามารถทำนายได้ด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วยความพึงพอใจในบริการและด้วยความรู้ความเข้าใจ และสุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านจิตใจสรวะสุขภาพอนามัยกับสรวะสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการประเมินความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย ผลการวิจัย พบร่วม สรวะสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล มีความพึงพอใจมาก (คะแนนเฉลี่ยรวม 4.01-5.00) ร้อยละ 87.50 และสอดคล้องกับการวิจัยเบรีย์ที่บ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้านมีความพึงพอใจมากกว่าการรับบริการที่โรงพยาบาล (สุวรรณ จันทร์ ประเสริฐ, 2542 หน้า 60) สำหรับภาวะสุขภาพทางกาย พบร่วม ผู้สูงอายุมีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่บ้านในระยะเวลาศึกษาวิจัย ร้อยละ 37.50

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการศึกษาวิจัย พบร่วม ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ใช้ในการป้องกันทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอนแนะนำสาธิตเท่านั้น ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง เนื่องจากสิทธิสถาบันการรักษาพยาบาลทุกสิทธิยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสคุทางการแพทย์ที่ใช้ที่บ้านซึ่งนับวันจะมีราคาแพง ภาครัฐบาลควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณในส่วนเสริมป้องกันโรคในชุมชนด้านนี้

2. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ควรจัดให้มีการฝึกอบรม สนับสนุนและส่งเสริมการนำรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านไปใช้โดยกำหนดเป็นนโยบายหรือส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. สถาบันการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพควรพิจารณานำรูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการสอนและการฝึกปฏิบัติงานในครอบครัวหรือชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับทีมสุขภาพ

1. การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพในชุมชน พยาบาลชุมชนและสหสาขาฯ ซึ่งมีบทบาทสำคัญการดำเนินการเพิ่มกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อในการดูแลที่บ้านร่วมด้วย เพื่อ

ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อและกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งอีกทำให้เสียค่าใช้จ่ายของทั้งประชาชน โรงพยาบาลและประเทศโดยรวม

2. การนำรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาประยุกต์ใช้โดยหลักการเดียวกัน การปรับเติมเสริมแต่งวิธีการและเทคนิคความรุ่งเรืองมาหมายตามการประเมินปัญหา สาเหตุและปัจจัยเสริมของครอบครัวเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และผลลัพธ์ที่ต้องการ และพยายามเปลี่ยนบ้านควรเพิ่มศักยภาพศึกษาด้านความรู้ที่ถูกต้องทันสมัยและสมควรปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากความก้าวหน้าทางวิชาการด้านนี้ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3. หน่วยบริการปฐมภูมิและ โรงพยาบาลควรประสานงานการส่งต่อผู้สูงอายุกับการเยี่ยมบ้าน การวางแผนเตรียมเจ้าหน้าที่ครมีการสอนแนะนำสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละบุคคลร่วมด้วย

4. รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถแบ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ร่วมกันทั้งผู้ดูแลที่เป็นญาติและผู้เป็นลูกจ้างในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ได้ จะเห็นว่าผู้ดูแลที่เป็นลูกจ้างมีกิจกรรมครอบคลุมมากขึ้นและต้องปรับตามความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค

5. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีสหสาขาวิชาชีพเป็นคณะกรรมการควรพิจารณาพัฒนาปรับปรุงและส่งเสริมการนำรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไปใช้ในการประยุกต์ในการให้บริการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชนให้เกิดการปฏิบัติร่วมกับการให้การดูแลสุขภาพอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้มีเจตนาเพื่อพัฒนาให้มีรูปแบบการดูแลและการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านซึ่งครอบครัวสามารถดูแลตนเอง ได้โดยตัวผู้สูงอายุเองหรือผู้ให้การดูแล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แนะนำ จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อรำบัดแพร่กระจายซึ่งกันและกันในครอบครัว ดังนี้

1. โรคติดเชื้อที่บ้านสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ถูกต้องเหมาะสมช่วยลดความรุนแรง ระยะเวลาป่วย ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการเดินทางและเพิ่มคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวควรมีส่วนร่วมกันในการรักษา

2. ผลการศึกษารอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถจ้างลูกจ้างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อได้ เมื่อจากมีเวลาและความรับผิดชอบ

โดยตรง จึงเสนอแนะให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติครัวให้เวลาและเพิ่มความรับผิดชอบแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ยังสามารถสร้างความใกล้ชิดความอบอุ่นแก่ครอบครัวและเป็นตัวอย่างแก่เยาวชนต่อไป

3. ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพที่บ้าน ผู้ดูแลสามารถหาเครื่องเข้าช่วยเพื่อประสานงานช่วยเหลือและปรึกษาหารือขอข้อเสนอแนะ ได้จากหน่วยงานหรือโรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการปฏิบัติงานประจำในเขตพื้นที่มีข้อจำกัดในขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ครอบคลุมทุกสาขาของโรค กิจกรรมการดูแล แนวทางการรักษาของแพทย์และน โยบายของโรงพยาบาลแต่ละพื้นที่แตกต่างกันรวมถึงความแตกต่างของประชากรแต่ละภูมิภาคซึ่งอาจทำให้ไม่ได้รูปแบบกิจกรรมครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยในภาพรวมระดับเขต ระดับภาคหรือระดับประเทศต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบบสังเกตเพื่อประเมินการปฏิบัติ กิจกรรมยังไม่สามารถจำแนกความถี่ของระดับปฏิบัติแต่ละกิจกรรมให้ละเอียดในระดับปฏิบัติได้ เป็นประจำหรือถูกต้องทั้งหมดสามารถประเมินได้เพียงการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติเท่านั้นควรมี การศึกษาพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้นในการใช้อุปกรณ์แต่ละชนิด และในแต่ละระบบของอวัยวะต่อไป

3. การจะมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการใช้ยาสกุ อุปกรณ์ และทรัพยากรอื่น ๆ ในการป้องกันการติดเชื้อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล โรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้จากการดูแลสุขภาพที่บ้าน

บรรณาธิการ

บรรณานุกรม

กชกร สังขชาติ และ สมโภชน์ อเนกสุข (2548), รายงานการวิจัย เรื่อง รูปแบบการคำรงชีวิตของผู้สูงอายุกิน 100 ปี ทั้งหัวดฉلنูรี. (หน้า 77). ภาควิชาการศึกษาอกรอบบ, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

กุลฤทธิ์ จิตตยานันท์ และ วนิดี วงศ์รัตนรักษ์. (2538). คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สถา瓦ลย์ พรีนท์ติ้ง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). หลักสูตรการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อสร้างรอยยิ่นในสถานประกอบกิจการ. (หน้า 3-5). นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2539). แนวทางการสนับสนุนให้เกิดการคุ้มครองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน. (หน้า 12-14). กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนสุขภาพ. (2547). การเยี่ยมบ้าน. (หน้า 89). กรุงเทพมหานคร: กรมสนับสนุนสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.

คู่มือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ.(2545). ชลบุรี: ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยบูรพา.

คู่มือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการคุ้มครองในโรงพยาบาลศิริราช. (2545). กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตากรณ์ จิตรีเรือ. (2548). การคุ้มครองสุขภาพบุคลากรของโรงพยาบาล. ชุดสาระนรนควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, 15(2), 34-39.

เจียนจิต แสงสุวรรณ และพรวณจนา พวรรณเชยสู. (2544). คู่มือการคุ้มครองผู้สูงอายุที่บ้าน (ฉบับปรับปรุงใหม่). ภาควิชาการพยาบาลอาชญาศาสตร์และศัลยศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชูศักดิ์ เวชแพคย์. (2538). สรีริวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์นิชำรพินพ.

ทัศนา บุญทอง. (2542). ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. (หน้า 15). กรุงเทพมหานคร: สถาการพยาบาล สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

นงนภัส แดงน้ำ และคณะ. (2547). การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในบุคลากรสุขภาพ. ฉลสารชุมชนควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, 14(3), 31.

ประพิณ วัฒนกิจ. (2542). การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ในประเทศไทย. (หน้า 71-81). กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2548) *Pressure ulcer in the elderly*. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2548). การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสาขาวิชา. (หน้า 45-50). กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

ชาตรี นานั่น. (2548). ปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติตามสำหรับผู้สูงอายุ. (หน้า 2-8). ฉบับที่: ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสั่งพระราชเพื่อผู้สูงอายุ, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

พิมพา ปันตัน พูนทรัพย์ โสภารัตน์ และจิตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2548). ผลของการให้ความรู้และการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะ. ฉลสารชุมชนควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, 15(2), 5-6.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. (2542). เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน : แนวคิดและประสบการณ์. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (หน้า 8). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

ไฟฏูรย์ บุญมา และคณะ. (2547). พัฒนาการดูแลผู้ป่วยด้วยการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่ถ่ายสวนปัสสาวะ, ฉลสารชุมชนควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, 14(2), 4-9.

พร้อมจิต ห่อนบุญเหมิน. (2540). ทฤษฎีการพยาบาลของไอเริ่ม : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสูติศาสตร์. (หน้า 2-3). มหาสารคาม: โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ฟาริดา อิบรารีม. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. (หน้า 160). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ระพีพล คุณชร ณ อุษรา. (2549). โรคความดันโลหิตสูง. วันที่ค้นข้อมูล 17 กุมภาพันธ์ 2549,

เข้าถึงได้จาก www.thaiheartweb.com/HTcontent.htm

รัชนี สรรสิริญ. (2548). ผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน : บทบาทและความสำคัญ. เอกสารประกอบการโครงการประชุมวิชาการ “การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : บทบาทใหม่ที่ท้าทายของพยาบาล” วันที่ 17-19 สิงหาคม 2548 ณ โรงแรม หวาน อิน หวาน พัทยา (หน้า 15-16). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รุจា ภู่ไพบูลย์. (2537). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. (หน้า 151).

ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบบริการและอื่น ๆ. (หน้า 7-18, 122). ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.

วันดี โภคภุล. (2548). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสาขาวิชา. (หน้า 10-12, 47-55). กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

วันดี โภคภุล. (2548). มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. (หน้า 1-10). กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

วันเพ็ญ โนนัยอุดม. (2542). สุขภาพฟันในผู้สูงอายุ. นิตยสาร ใกล้หัวใจ, 23(10). วันที่ค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2549 , เข้าถึงได้จาก <http://hey.to/yimyam>

วรรี กังใจ. (2540). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (หน้า 54-55). เอกสารประกอบการสอนวิชา 106404, ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วีรศักดิ์ เมืองไฟศาล และประเสริฐ อัตตันตชัย. การรักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ในผู้สูงอายุ. สารคิริราช, 56(6), 315.

วรพจน์ ตันติศิริวนน์. (2543). การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข. เอกสารประกอบการบรรยาย วันที่ 10 มิถุนายน 2543.

สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (หน้า 26-27). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนทรารัตน์ เนียรพิเชฐ และร่วม. เผ่ากันหา. (2545). การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐนภูมิ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2542). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (หน้า 102-103). คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุรพงษ์ สำพันวงศ์. (2541). โรคอัมพาต. วันที่คืนข้อมูล 17 กุมภาพันธ์ 2549, เข้าถึงได้จาก <http://hey.to/yimyam> หรือหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ วันอาทิตย์ที่ 6 กันยายน 2541.

ส่งครี กิตติรักษ์ระถุล. (2544). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. (หน้า 51-57, 118).

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร : หจก. โรงพิมพ์ญี่ปุ่นเต็ค โปรดักชั่น.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). การดูแลคน老：ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (หน้า 17-248). กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรีนติ้ง.

สมชาติ ไตรกษา. (2544). เอกสารวิชาการ ชุดที่ 12 การบริหารโรงพยาบาลและการประกันสุขภาพ สำนักหน้าของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: หจก. พี. อีน. การพิมพ์.

สมหวัง คำนซัยวิจิตร. (2544). โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล .(หน้า 115-116). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอล ที เพรส จำกัด.

ศิริพันธุ์ สาสัตถย์. (2544). ทุกขภาวะของผู้ดูแล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ prevention and remedies of disability. (หน้า 69).กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2548). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์.

อะเก้อ อุณหเดชก. (2540). การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, กรุงเทพมหานคร: บริษัท เจ. ชี. ซี. การพิมพ์ จำกัด.

อะเก้อ อุณหเดชก. (2545). การติดเชื้อในโรงพยาบาล : ระบบวิทยาและการป้องกัน, (หน้า 348 -363). เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

อะเก้อ อุณหเดชก. (2548). การเฝ้าระวังและการสอนสวนการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

อารี วัลยะเสวี และคณะ. (2542). รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทย ในสองศตวรรษหน้า, โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.

______. (2547). สูบบุหรี่เพิ่มการติดเชื้อ. Arch intern Med, 2004. วันที่คืนข้อมูล 18 ตุลาคม 2548 , เข้าถึงได้จาก file:///F:/เข้าเก็บตก.htm

- Gail, A.H. (1995). *Epidemiology in Nursing Practice*. United States of America: R.R. Donnelly & Son Company
- Given, B.A., & Given, C.W. (1991). *Family caregiving for the elderly*. Annual Review of Nursing Research, 9(4), 83-85.
- Kane, R.L., & Kane, R.A. (2000). *Assessing older persons : Measures, meaning and practical application*. (P. 321). New York : Oxford University Press.
- Kozier, B and Erb, G. and Bufalino, P.M. (1989). *Introduction to Nursing*. California : Addison-Wesley Publishing Company.
- Lubkin, I. (1990). *Chronic illness : Impact and intervention*(2 nd ed.). New York : Jones and Bartlett.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice. 4 ed.* St. Louis : Mosby – Year Book.
- Meers, P., Jacobsen, W., & Pherson, M.M. (1994). *Hospital Infection Control for Nurses*. Great Britain : Page Bros, Norwich.
- Parson, T. (1972). *Definitions of health and Illness in the light of American value and Social structure*. In Jaco, E.G., editor. *Patient, Physicians and Illness*. 2 rd ed. New York : Free Press.
- Penrod, J.D., Kane, R.A., Kane, R.I., & Finch, M.D. (1995) *Who cares ? : The size scope and composition of the caregiver support system*. The Gerontologist, 35(4), 489.
- Schoenfelder, D.P., & Swanson, E.A. (2000). *Outcome indicators for direct and indirect caregiving*. Clinical Nursing Research, 9(1), 47-70.
- Spier, B.F. (1984). *The nursing process as applied to the life changes of the aged : The aged person and the nursing process*. Connecticat ; Appleton-Century-Crofts.
- Wood, N. (1989). *Conceptualizations of Self-care : Toward health-oriented models*. Advance in Nursing Sciences. 12 , 1-13.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ข้อมูลค้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บ้านร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุเพศชายไทย อายุ 67 ปี รูปร่าง หัวม หลังโกงเล็กน้อย ผิวสองสี มีผมสีดำแห้งขาว น้ำหนัก 65 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร ศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ วุฒิการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดพังงา อาชีพในอดีต รับจ้าง อาชีพปัจจุบัน อยู่บ้านเลขฯ รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ ไม่แน่นอน รายจ่ายต่อเดือนของผู้สูงอายุ 2,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้ ได้รับจากบุตรสาว รายได้ของครอบครัวประมาณ 90,000 บาทต่อเดือน ที่อยู่ปัจจุบันบ้านพักชำรุดทรุดโทรม เป็นผู้ป่วยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2548 ด้วยอาการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ และเมื่อวันที่ 17 เมษายน 2549 ด้วยอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนราวนไม่ได้ และต่อมานี้ไข้ ไอ มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจต่ำบนขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาล

ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ ภรรยา การตรวจร่างกาย และแฟ้มประวัติ)

อาการสำคัญ มีอาการเหนื่อยอย่างง่าย อ่อนเพลียมากขึ้น

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เหนื่อยง่าย ปัสสาวะเดือนน้อย ไม่ปวด ไม่แสบขัด ถังไทที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ สปดาห์ละ 3 ครั้ง ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ รอบเช้า เวลา 7.00 น.- 12.00 น.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้รับการถ่ายไตด้วยเครื่องไตเทียมเมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2545 ที่โรงพยาบาลสมมติเวช ศรีราชา สปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นไม่ได้ไปถ่าย ตามกำหนด เหนื่อยหอบ แพทบั้งถังถ่ายให้สปดาห์ละ 2 ครั้ง เมื่อเดือน มกราคม พ.ศ. 2546

เมื่อประมาณ 4 ปีก่อนป่วยเป็นโรคเก้าท์รักษาที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า มีการป่วยตามข้อรักษาโดยรับประทานยาและควบคุมอาหาร ต่อมากลับสุขภาพเป็นปกติ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ราคาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา นอกนั้นสามารถใช้ในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตน ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้ด้วยการล้างไฟเท่านั้น

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชี้พ เมื่อยื่นม้าน อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส, ชีพจร 68 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ระบบผิวนัง ผิวนังบางแห้ง มีสะเก็ดสีขาว คันตามผิวนัง มีจุดสีน้ำตาลเข้มกระจายเป็นจุดตามร่างกาย ผิวนังมีรอยเที่ยบ่ตามวัย หนังศรีษะแห้ง ผิวนังมีสีขาวแซมเล็กน้อย ผู้สูงอายุยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยนี้ได้ โดยปล่อยตามธรรมชาติไม่ได้ย้อมสีผม

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุมี兆候ทั้งสองข้าง กดทุ่ม เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย

ระบบหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที จมูกได้รูปไม่雍肿 หลอดลมไม่เอียงอยู่ในแนวกลาง หลังโคงเล็กน้อย การขยายตัวของปอดปกติ มีอาการหายใจเหนื่อยบางครั้ง

ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีบิดแพลงในช่องปาก ฟันมีเหงือกร่นบริเวณด้านหลัง ไม่พบการอักเสบของเหงือก ปัจจุบันเหลือฟันประมาณ 20 ซี่ ไม่มีฟันปลอม สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ แต่เคี้ยวเนื้อสัตว์ลำบากเล็กน้อยปฏิเสธการกินอาหารลำบาก รับประทานอาหารวันละประมาณ 3-4 มื้อ มีอาการท้องอืดเล็กน้อยหลังรับประทานอาหาร ถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ผิวนังบริเวณหน้าท้องไม่มีรอยแพลงเป็นลักษณะท้องนิ่ม ไม่บวม คลำไม่พบก้อน ตับมีน้ำไม่โต กดไม่เจ็บ เคาะท้องได้ยินเสียงไปร่อง ไม่มีแน่นท้อง

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถบอกชื่อ นามสกุล วันเวลา สถานที่ได้อย่างถูกต้อง ออกเสียงพูดชัดเจน ไม่มีอาการปากเบี้ยว หนังตาตกไม่ได้สวมแ่ว่นสายตา การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปกติ ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงปกติ บางครั้งจะมีอาการชาหรือปวดแบบปวดร้าวนที่เท้า ขาเป็นตะคริวบ่อยครั้ง

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะ มีปัจจุบันทุกวัน ถ่ายปัสสาวะวันละ 0-1 ครั้ง ปริมาณเล็กน้อย ไม่มีแสบขัด จากการซักถามต่อมลูกหมากไม่โต การขับถ่ายอุจจาระปกติ มีท้องผูกบางครั้ง

ระบบสืบพันธุ์ จากการซักถามไม่มีบิดแพลง หรือ Discharge ไอล ไม่มีอาการคันอวัยวะเพศ

ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Gout 2. Hypertension 3. Chronic renal failer

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียน ໄຕ สปดาห์ ล 3 ครั้ง

ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

1. ได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิดบางชนิดอาจทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำและการใช้ยาด้านจุลชีพหากใช้ไม่ติดต่อกันจนหมดอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้
2. เดี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดจาก การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียน
3. เดี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบน เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2549 มีอาการหอบเหนื่อย มีไข้ ไอ อ่อนเพลีย นอนร้าบไม่ได้ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การล้างมือ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก และการควบคุมสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยคันแคบ
5. มีความวิตกกังวลต้องรักษาฟอกเลือดอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเดินทางกลับไปเยือนบ้านต่างจังหวัดได้

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้สูงอายุจะทำการดูแลตนเองได้แต่เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวควรได้รับการสอนแนะนำในเรื่องการพัฒนาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ได้อย่างเหมาะสมและโดยกระตุ้นให้กำลังใจให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

ผลการพยาบาล

1. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ในการประเมินสถานะทุตและปัจจัยส่งเสริมที่เกี่ยวกับโรคໄตวยเรื้อรัง การรักษา การรับประทานยาและการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากขึ้น สำหรับการป้องกันความเสี่ยงต่ออันตรายจากการติดเชื้อที่อยู่ระหว่างต่าง ๆ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองยังช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เจ็บป่วยมาก และรู้สึกว่าสิ่งเปลี่ยนค่าใช้จ่าย

2. การปฏิบัติภารกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลกิจกรรมที่มีการปฏิบัติ คือ การดูแลเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน และการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีการทำลายเชื้อโดยการถ่ายและการซักผ้าเป็นธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง

สรุป

ตลอดระยะเวลาเยี่ยมบ้านเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2549 จำนวน 1 วัน ด้วยภาวะน้ำเงิน หายใจไม่สะดวก นอนราวนานไม่ได้ และมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เมื่อกลับบ้านมีอาการซึมเศร้าบางครั้ง ไม่่อยากตอบคำถาม รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอุปกรณ์สอดใส่ในร่างกายสิ่งที่สนิใจคือการให้ความรู้แนะนำ สำหรับกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ไม่ให้ความสำคัญ การให้ความรู้แนะนำบ่อย ๆ ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นตื่อนไม่ให้ลະเลย และให้รู้สึกว่ามีการติดตามว่าได้ปฏิบัติหรือไม่และสร้างแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามและจัดเตรียมเอกสาร ข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในครอบครัว เพื่อให้ศึกษาบททวนหลังจากที่ได้ให้คำแนะนำไปแล้ว ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ สามารถจำความรู้ที่ได้และปฏิบัติตามได้บ้างไม่สม่ำเสมอ มีความเครียดในระดับปกติ

กรณีศึกษาที่ 2 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บ้านร่วมกับภาวะโรคเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 85 ปี สถานภาพสมรสหน้ายัง ขาดการศึกษา ประณีตศึกษาปีที่ 4 รูปร่างเล็กผอม หลังโงอ ผิวสองสี มีผมยาวม้วนไว้ที่หัวยอด สีดำแซมขาว น้ำหนัก 42 กิโลกรัม สูง 153 เซนติเมตร ศาสนาพุทธ เชื้อชาติจีน สัญชาติไทย อาร์ซีพในอดีต ค้าขาย อาร์ซีพปัจจุบัน อยู่บ้านเฉย ๆ รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ ไม่แน่นอน รายจ่ายต่อเดือนของผู้สูงอายุ 2,000 บาท ได้รับจากบุตรชายและหลานสาว ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดพังงา ที่อยู่ปัจจุบันบ้านพักข้าราชการ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้วยอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4-5 ครั้ง อ่อนเพลีย ในวันที่ 2-7 มิถุนายน 2548 โดยใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้รวมของครอบครัวประมาณ 90,000 บาทต่อเดือน การแนะนำการดูแลรักษาในการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้าน ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ดี

ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล การตรวจร่างกาย และแฟ้มประวัติ)

อาการสำลัก มีไข้ อ่อนเพลีย ใจสั่น ถ่ายเหลว 5 ครั้ง อาเจียน 3 ครั้ง เมื่ออาหาร ໄວ เจ็บคอ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เมื่ออาหาร กินปัสสาวะ ไม่ได้ ไม่ปวด ไม่发烧ขัด คันตา น้ำตาไหลทึ่งสองข้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 15 ปี และโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 8-9 ปี เคยเป็นแพลทเท้า เมื่อ 1 ปีก่อน ตรวจรักษารับประทานยาสม่ำเสมอที่ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.บูรพา เดือนละ 1 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว márดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา nokn สมาร์ชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่รอด ได้ด้วยการรับประทานยา การพักผ่อนและการป้องกันอุบัติเหตุจากการหลบลี้

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ เมื่อยืนบ้าน อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส, ชีพจร 80 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท

ระบบผิวนัง ผิวนังบางแห้ง มีสะเก็ดสีขาว คันตามผิวนัง ผิวนังบริเวณแขนขาแห้ง เหี่ยวย่นตามวัย ผู้สูงอายุจะใช้โคลั่นบำรุงผิวหน้าเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวนังบ้างวัน หนังศีรษะแห้ง ผิวขาวมีสีขาวแซมดำ

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้สูงอายุมีความทึ่งสองข้าง กดบุ๋ม เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย

ระบบหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที จมูกได้รูปไม่งอเข้ม หลอดลมไม่ออุย อยู่ในแนวกลาง หลังโคง การขยายตัวของปอดปกติ มีอาการหายใจเหนื่อยบ้างครั้ง

ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีบាងแพลงในช่องปาก ไม่มีฟัน ไม่พบรักเส้นของเหงือก มีฟันปลอม สามารถเคี้ยวอาหาร ได้ แต่เคี้ยวเนื้อสัตว์ลำบากปฏิเสธการกินอาหารลำบาก รับประทานอาหารวันละประมาณ 2 มื้อ มีอาการท้องอืดແน้นบ่อยหลังรับประทานอาหาร ถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง มีปัญหาท้องผูกบ้าง ไม่ได้รับประทานยาถ่าย ผิวนังบริเวณหน้าท้องมีรอยยัน ไม่มีรอยแพลงเป็นลักษณะท้องนิ่ม ไม่บวม คลำไม่พบรักอน ตับมีน้ำไม่โต กดไม่เจ็บ เคาะท้องได้ยินเสียงโปรง

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส สามารถตอบคำ答ได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถบอกชื่อ นามสกุล วันเวลา สถานที่ได้อย่างถูกต้อง ออกเสียงพูดชัดเจน ไม่มีอาการปากเบี้ยว ไม่มีหนังตาตก ไม่ได้ส่วนแหว่งสายตา มองเห็นได้ไม่ชัดเจนทึ่งในระยะใกล้และไกล การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงปกติ รับรู้สัมผัสปกติ มีอาการชาหรือปวดแสงปอดร้อนที่เท้า ขาเป็นตะคริว บอยครั้ง

ระบบขับถ่าย ถ่ายปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ปริมาณปานกลาง กลืนปัสสาวะไม่ได้ ไม่มีแสดงขัด จากการซักถาม การขับถ่ายอุจจาระปกติ มีท้องผูกบางครั้ง

ระบบสืบพันธุ์ จากการซักถาม ไม่มีบาดแผล หรือ Discharge ให้ ไม่มีอาการคันอวัยวะเพศ

ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Diarrhea 2. Bronchitis 3. Hypertension 4. Diabetes Mellitus

5. Mild-dehydration

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และการรักษาโดยการตรวจติดตามอาการเดือนละ 1 ครั้ง

ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

1. ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิดบางชนิดอาจทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ
2. เสี่ยงต่อการเป็นแพลที่เท้าและเกิดการติดเชื้อ เคยมีประวัติเป็นแพลที่เท้าเมื่อ 1 ปีก่อน
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดติดต่อกันในบ้าน ครั้งละหลายคน
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุมักเสียดายของที่เหลือ ค้างคืน
5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะไม่ได้ ไม่ค่อยรักษาความสะอาดเลือผ้าบางครั้งมีกลิ่นเหม็น
6. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความตระหนักรในการป้องกันการเพร่กระจาย เชื้อ เช่น การล้างมือ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก และการควบคุมสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย คับแคบ
7. มีความวิตกกังวลต้องรักษารับประทานยาหลายชนิดต่อเนื่องบางครั้ง ไม่รับประทานยา

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครกิจกรรมการคุณภาพดีและเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการคุณภาพดี ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวควรรับการสอนแนะนำในเรื่องการพัฒนาความรู้เพิ่มเติมในการคุณภาพดีและการป้องกันการติดเชื้อ ได้อย่างเหมาะสม และอย่างระดับให้กำลังใจให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการคุณภาพดี

ผลการพยาบาล

1. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ในการประเมินสถานะทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ผิวหนัง ทางเดินปัสสาวะ การรับประทานยา และการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากขึ้น
2. การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว มีการล้างมือบ่อยๆ ไม่ครบทันตอน ไม่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อบุคคลในบ้านป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อป่วยติดต่อ ก่อให้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวล่วงเหลย และรู้สึกว่าสิ่งเปลืองค่าใช้จ่าย มีความรู้ในการใช้ยาส่วนใหญ่รับประทานยาต่อเนื่อง มีการทำลายเชื้อโดยการล้างและซักผ้าเป็นอนุญาติ

สรุป

ผู้สูงอายุหญิงไทยช่วยเหลือตัวเองได้ มีญาติเป็นผู้ดูแล ได้รับการเยี่ยมบ้าน 10 ครั้ง ได้รับความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณภาพดีที่บ้าน ก่อนการเยี่ยมบ้านเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 1 ครั้ง จำนวน 6 วัน ด้วยอาการติดเชื้อในทางเดินอาหาร หลอดลมอักเสบ และภาวะช็อกจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่ได้อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความเจ็บปวดและปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการไม่รับประทานอาหารที่เหลืออยู่กิน การป้องกันการติดเชื้อทางเดินอาหารมากขึ้น ลดความวิตกกังวล เมื่อกลับมาบ้านยังช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน และไม่มีการติดเชื้อจากการคุณภาพดีที่บ้าน รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการคุณภาพดีที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ คือการให้ความรู้แนะนำสำหรับกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่างๆ ไม่ให้ความสำคัญ และได้แนะนำอย่างทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นตื่อนไม่ให้ลະเหลย และให้รู้สึกว่ามีการติดตามว่าได้ปฏิบัติหรือไม่ การสังเกตสภาพแวดล้อมดีขึ้น การแสดงสีหน้ามีความวิตกกังวลลดลง มีความเครียดระดับปกติ

กรณีศึกษาที่ 3 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บ้านร่วมกับโรคอัลไซเมอร์

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุเพศชายไทย อายุ 89 ปี รูปร่างสันทัด น้ำหนัก 56 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร ผิวคล้ำ มีผมสีดำเข้มๆขาว รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองได้น้อย คำสนานาพูด เชื่อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพ สมรสหม้าย ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดชลบุรี อาชีพในอดีต รับจ้าง ปัจจุบันไม่มีรายได้ รายได้ของครอบครัวประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับลูกชายใช้สิทธิการรักษาจากสวัสดิการ ข้าราชการของลูกชาย รับยาเบาหวานและเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของลูกสาว ให้ผู้คุณแล การตรวจร่างกาย และแฟ้มประวัติ)

อาการสำลัก รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไอมีเสียงเสมหะในคอ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
รู้สึกตัวคืนไปมาไม่ค่อยพักผ่อน ใส่สายสวนปัสสาวะบริเวณหนีหัวหน่า

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ 10 ปีก่อนเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ชลบุรีด้วยอาการปัสสาวะไม่ออก ต่อมลูกหมากโต ได้รับการผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะบริเวณหนีหัวหน่า

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มาจากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา นอกนั้นสามารถใช้ในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกตัวลุกหลานรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยแต่ไม่เข้าใจระยะของโรคว่าไม่มีทางรักษาหายได้ และคิดว่าการไม่ช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุเป็นการดื้อ ไม่เชื่อฟัง จึงรู้สึกเบื่อແต่ำแหน่ให้ได้รับประทานอาหาร ยา ช่วยเหลือ กิจกรรมประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ชำระล้างเมื่อถ่ายอุจจาระ และป้องกันไม่ให้ดึงสายสวนปัสสาวะ

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ เมื่อเยี่ยมบ้าน อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปอร์ท

ระบบผิวนัง ผิวนังบางแห้ง มีสะเก็ดสีขาว คันตามผิวนัง มีจุดสีน้ำตาลเข้มกระจายเป็นจุดตามร่างกาย ผิวนังบริเวณหน้าผาก หางตามมีรอยเที่ยวย่น ผิวนังบริเวณแขนขาแห้งเที่ยวย่นตามวัย หนังศีรษะแห้ง ผนบบางมีสีขาว

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุมีขับลมทึ้งสองข้าง กดบุ๋มเล็กน้อย

ระบบหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที จมูกได้รูปไม่งอซึม หลอดลมไม่ออเจย อยู่ในแนวกลาง การขยายตัวของปอดปกติ ไม่มีเสียงเต็มหัว

ระบบทางเดินอาหาร มีฟันปลอม สามารถเคี้ยวกลืนอาหารได้ รับประทานอาหาร วันละ 4 มื้อ ๆ ละ 1 งาน ไม่มีอาการท้องอืดหลังรับประทานอาหาร บริเวณหน้าท้องมีรอยแพลงเป็นจากการผ่าตัด ลักษณะท้องนิ่ม ไม่บวม คลำไม่พ朋ก่อน ตับมีม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ เคาะท้องได้ยินเสียงโปรง

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส รู้สึกตัว สามารถตอบรู้เรื่องบางครั้ง สับสน ชอบถามซ้ำ ๆ ญูติง ไม่มีอาการป่ากเบี้ยว หนังตาไม่ตกร กระคลื่นไขวของถูกตapaปกติ ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงปกติ

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะทางสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนวันละ 4-5 ครั้ง ปริมาณปานกลาง ต่อมลูกหมากไม่โต การขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง

ระบบสืบพันธุ์ ไม่มีบาดแผล หรือ Discharge ให้

ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Non-insulin-dependent diabetes mellitus

2. Essential (primary) Hypertension

3. Alzheimer

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และคุณให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ ป้องกันอุบัติเหตุจากการเดินไปตามถนนหน้าบ้าน อาการแทรกซ้อนโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

1. ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิดบางครั้งสับสน หลงลืมอาจทำให้ขาดยา มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการค่าสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องเหนือหัวหน่า

3. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการติดเชื้อและความตระหนักรใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การล้างมือ การทำลายเชื้อ และการควบคุม ติ่งแผลสีอม ที่อยู่อาศัยมีผู้คนจำนวนมาก ไม่มีประทุมปีดป้องกันแมลงหรือสัตว์กัดแทะ
4. ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ความขัดแย้งระหว่างญาติ ความเครียดต้องรับภาระในการดูแล ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและพาไปพบแพทย์

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบบทແທນบางส่วน ผู้สูงอายุสึกตัวกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้น้อย มี ความสามารถในการเคลื่อนไหว แต่มีปัญหาหลบลีบ เช่น การขับถ่ายอุจจาระ ไม่ทำความสะอาด ไม่ อาบน้ำจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลการป้องกันการติดเชื้อให้เหมาะสม

ผลการพยาบาล

1. ผู้ดูแลมีความรู้ในการสังเกตอาการ การป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อที่ระบบทางเดิน ปัสสาวะเพิ่มขึ้น ให้รับประทานยาสามม่วง ผู้สูงอายุไม่มีอาการติดเชื้อที่ระบบต่าง ๆ ผู้สูงอายุไม่สนใจรับรู้ในการสอนแนะนำสาเหตุและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และญาติมีความสนใจอย่างมาก กัน กัน เนื่องจากมีความเครียดเรื่องสุขภาพของตนเองซึ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีความขัดแย้งกันระหว่างญาติ

2. การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและความคุ้มการติดเชื้อของผู้ดูแล มีการเรียนรู้ร่วมกัน และปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้ดีในการดูแลสายส่วนปัสสาวะ แต่ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เกี่ยวกับการล้างมือกระทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

สรุป

ตลอดระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ไม่มีอาการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมไม่ถูก หลักสุขาภิบาล รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ได้น้อย มีอุปกรณ์สอดใส่ในร่างกายสิ่งที่สนใจคือการให้ความรู้แนะนำแก่ผู้ดูแล และการลดความเครียดในผู้ดูแล ให้ความสำคัญทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านสอนตามอาการผิดปกติที่พบ สร้างแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามและมีความพร้อมในการเรียนรู้ให้สามารถดูแลตนเองได้ เสนอแนะให้เปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

กรณีศึกษาที่ 4 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อบริการดูแลเชื้อที่บ้านร่วมกับโรคเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุเพศหญิงไทย อายุ 69 ปี รูปร่างผอมเล็ก ผิวขาว มีผมสีดำแซมสีขาว สันสนานตอบไม่รู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ชั้นนำหนักและวัดล้วนสูงไม่ได้ คำสนับพูด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ ขาดการศึกษาไม่ทราบ อาร์ฟินอดีตค้าขาย ปัจจุบันไม่มีรายได้ รายได้ของครอบครัวประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับลูกชายโดยใช้สิทธิการรักษาจากการสวัสดิการชั้นราษฎร์ของลูกสาว

ภาวะสุขภาพ (จากคำนับอกเล่าของสามีที่เป็นผู้ดูแล การตรวจร่างกาย และเฝ้าระวัง)

อาการสำคัญ มีอาการสับสน รู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตัดขาดจากความริเริณ์ได้ เช่น หายพับงขอหอติด ดึงออกจะรู้สึกเจ็บ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ป่วยเป็นโรคเบาหวานรู้สึกตัวแต่สับสน รับประทานอาหารได้โดยผู้ดูแลป้อน ปัสสาวะ ได้เอง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ป่วยเป็นโรคเบาหวานและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มาประมาณ 10 ปี เมื่อ 9 ปีก่อน ผู้สูงอายุมีแพลทีเท้า ได้รับการผ่าตัดขาขวาออกและมีแผลกดทับที่ก้นกบเข้ารักษาในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อ 6 พฤษภาคม 2547 มีแผลกดทับติดเชื้อรักษาในศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ 20 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว márada เคยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา noknun สมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของครอบครัว สามีและลูกหลานรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่รอดได้ด้วยการให้ได้รับประทานอาหาร ยา และไม่มีอาการแทรกซ้อน

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ เมื่อเยี่ยมบ้าน อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส, ชีพจร 64 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปอร์อท

ระบบผิวนัง คันตามผิวนัง มีจุดสีน้ำตาลเหลืองกระจายเป็นจุดตามร่างกาย ผิวนังบริเวณหน้าผาก หางตามีรอยเที่ยบย่น ผิวนังบริเวณแขนขาแห้งเที่ยบย่นตามวัย มีผื่นแดงที่ขาหนีบหั้งสองข้างติดเชื้อร้า ผู้ดูแลจะใช้ยาทาบริเวณที่เป็น และใช้แป้งผุ้นทากหน้าเพื่อให้ดูสะอาดชั่วขณะนั้น หนังศีรษะมัน

ระบบหัวใจและการหลอดเลือด ผู้สูงอายุมีขาเข้าข้อบวม กดบุ้มเล็กน้อย
ระบบหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที จมูกได้รูปไม่雍肿 หลอดลมไม่อึด
อยู่ในแนวคล่อง การขยายตัวของปอดปกติ ไม่ไอ

ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีบิดแพลงในช่องปาก ฟันมีเหลืองร่วนรỉเวณด้านหลัง ไม่พบการอักเสบของเหงือก ปีกจมูกเหลือฟันประมาณ 20 ซี.ม. ไม่มีฟันปลอม สามารถเคี้ยวกลืนอาหาร ได้รับประทานอาหาร วันละ 4 มื้อ ๆ ละ 1 งาน ไม่มีอาการท้องอืดหลังรับประทานอาหาร ลักษณะท้องนิ่มคล้ำไม่พบก้อน ตับมีน้ำไม่โต กดไม่เจ็บ เคาะห้องได้ยินเสียงปะรุง

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส รู้สึกตัว ตามตอบไม่รู้เรื่อง ไม่มีอาการปักเบี้ยว หนังตาไม่ตก การเคลื่อนไหวของกลุ่มตากปกติ ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงปกติ

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะไม่รู้สึกตัว ถ่ายปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ปริมาณปานมาก การขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง

ระบบสืบพันธุ์ ไม่มีบิดแพลง หรือ Discharge ไหล รวมผ้าอ้อมอนามัยรองรับปัสสาวะ ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Non-insulin-dependent diabetes mellitus

2. Hypertension secondary to endocrine disorders

3. Stroke, not specified as

4. Tinea cruris

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ ป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง อาการแทรกซ้อนโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 27 ธันวาคม 2548

ชุดรายการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วยวัด	ค่าปกติ	สาเหตุที่เป็นไปได้
CBC				
WBC count	11,200	cells/cu.mm	5,000-11,000	มีการติดเชื้อในร่างกาย
	วันที่ 27 ธันวาคม 2548			
ชุดรายการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วยวัด	ค่าปกติ	สาเหตุที่เป็นไปได้
Sugar	425	mg/dl	76-110	นำตาลในเลือดสูงเนื่องจาก ไม่ได้รับประทานยา

วันที่ 3 มกราคม 2549

ชุดรายการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วยวัด	ค่าปกติ	สาเหตุที่เป็นไปได้
Urine				
WBC/hpf	20-30	cells		มีการติดเชื้อของระบบ
RBC /hpf	3-5	cells		ทางเดินปัสสาวะ
Bacteria	few			

Other (cell in urine) Budding yeast-few

ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

- ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ไดรับยาหรือสารเคมีทางชีวภาพ ยาบางชนิดมีผลกระแทบ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การขาดยาเบาหวานทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้แพลงไายากเกิดการติดเชื้อและการใช้ยาต้านจุลชีพหากใช้ไม่ติดต่อกันจนหมดอาจทำให้เสื่อมคือยาได้
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากปัสสาวะเปียกชื้นในผ้าอ้อม อนามัยเป็นเวลานาน
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวนังและแพลงค์ทับ เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนท่าเดียวเป็นเวลานาน ผิวนังอับชื้น และผู้สูงอายุแก่เก่าที่ผิวนัง
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากนอนรับประทานอาหารอาจเกิดการสำลัก
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตตा ผู้สูงอายุมีถenburg และยาจำนวนมากชอบเคาะและขี้ตานะมีแมลงหวัดอมตา
- ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้านและความตระหนักรถในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การถ้างมือ การใช้ผ้าปีกปักปีกชูภูก และการควบคุมสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยมีผู้คนลดลงและเดียงกไว้ในบ้าน
- ลูกหลานไม่ค่อยสนใจคุณแล เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานาน บางครั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดอาการน้อยใจ

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบทกดแท่นหั้งหมด ผู้สูงอายุรักษาตัวบ้างครั้ง สับสน ลูกนั่งไม่ได้ กระทำกิจกรรม การคุ้ณและคนเองไม่ได้ ต้องช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การดูแลการป้องกันการติดเชื้อให้เหมาะสม

ผลการพยาบาล

1. ผู้ดูแลมีความรู้ในการสังเกตอาการ การป้องกันอันตรายอาการแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่ผิวนังได้ การให้รับประทานยาเนาหวานสมาน้ำแสມมากขึ้น แต่มีความสนใจน้อยในความรู้ เกี่ยวกับการควบคุมสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยมาเป็นเวลานานและอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ไม่เคย มีอันตรายจากการติดเชื้อรุนแรง
2. การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวมีการเรียนรู้ร่วมกันและปฏิบัติตามคำแนะนำได้น้อย เช่น มีการถ่ายมือบังคับ เนื่องจาก ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุชั่นกัน ลูกหลานประกอบอาชีพค้าขาย ไม่ค่อยมีเวลา มากช่วยทำความสะอาดร่างกาย เช่นเดิม การซักผ้าเป็นธรรมชาติ และช่วยดูแลเวลาภารกิจทางคืน

สรุป

ผู้สูงอายุหญิงไทยรักษาตัว บังคับตามตอบไม่รู้เรื่อง ผู้ดูแลเป็นสามีได้รับการเยี่ยมบ้าน 10 ครั้ง ตลอดระยะเวลาเยี่ยมบ้าน มีอาการป่วยหนักจนเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2548 ด้วยอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีน้ำตาลในเลือดสูง การจัดสิ่งแวดล้อมไม่ถูกหลักสุขागาม สนใจเรียนรู้ซักถามความรู้เพิ่มเติมตอบคำถามได้บ้างครั้ง ผู้ดูแล ไม่ค่อยพูด แสดงความดีใจเมื่อมีพยาบาลมาเยี่ยมบ้าน รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการ ดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนนาน ๆ รักษาตัวบังคับ ไม่มีอุปกรณ์สอดใส่ใน ร่างกายสิ่งที่สนใจมากที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน วิธีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ผิวนัง มี ความพึงพอใจมากที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน การเรียนรู้จากเอกสาร ข้อมูลต่าง ๆ ที่แจกให้ไม่ค่อย อ่านบททวน มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเฉพาะในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ๆ เท่านั้น

กรณีศึกษาที่ 5 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บ้านร่วมกับโรคลมชัก

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุเพศชายไทย อายุ 77 ปี รูปร่างสูงส่วนส่วน ผิวขาว ไม่มีผม ไม่รู้สึกตัว ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ศาสนาพุทธ เรือชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสโสด ภูมิการศึกษา ปริญญาโท ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดระยอง อาชีพในอดีตรับราชการ ปัจจุบัน ไม่มีรายได้ รายได้ของครอบครัวมากกว่า 65,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับหลานสาวโดยใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ที่อยู่ปัจจุบันบ้านพักชำราชการ

ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของหลานสาว ผู้ดูแล การตรวจร่างกาย และแฟ้มประวัติ)

อาการสำคัญ ไม่รู้สึกตัว ไอมีเสียงเสมหะในคอ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ป่วยเป็นโรคลมชัก ไม่รู้สึกตัว ให้อาหารทางสายยาง ปัสสาวะ ได้เอง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เมื่อปี 2543 ผู้สูงอายุมีเดือดออกในสมอง มีผลในกระเพาะ เมื่อปี 2544 หลอดเลือดหัวใจขาด เมื่อปี 2546 ติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ มีผลกดทับติดเชื้อที่สะโพก รักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว már คาดป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา นอกนั้นสามารถใช้ในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของครอบครัว ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัว หลานสาวรับรู้ว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่รอดได้ด้วยการให้ไดร์บ ประทานยาและอาหาร และไม่มีอาการแทรกซ้อน

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ เมื่อเยี่ยมบ้าน อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส, 心率 64 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปอร์อท

ระบบผิวหนัง ผิวนังบางแห้ง มีสะเก็ดสีขาว ผิวนังบริเวณแขนขาแห้งเที่ยวย่นตามรั้ง ผู้ดูแลจะใช้ไดร์น้ำรุ่งผิวหนังเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวนัง หนังศีรษะแห้ง ไม่มีผม

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุไม่มีไข้บวม

ระบบหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที หลอดลมไม่อึดอัดในแนวกลาง การขยายตัวของปอดปกติ ไม่มีเสียงเสมหัวใจและเสียงกระซิบเสียงหายใจให้อาหาร

ระบบทางเดินอาหาร ปัจจุบันเหลือฟันประมาณมากกว่า 20 ซี่ ไม่มีฟันปลอม ไม่สามารถเคี้ยวกลืนอาหารได้ รับประทานอาหารทางสายยาง วันละ 4 มื้อ ๆ ละ 350 มิลลิลิตร รับได้หมด ผิวนังบริเวณหน้าห้อง ไม่มีรอยแพลงเป็น ลักษณะท้องนิ่ม คลำไม่พบก้อน ตับมีม้ามไม่โต

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ไม่รู้สึกตัว ตามตอบไม่รู้เรื่อง ไม่มีชักเกร็ง รับประทานยา กันชักスマ์เอนอ ไม่มีอาการปากเบี้ยง หนังตาไม่ตก การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ ปฏิกิริยาของม่านตาดีและปกติ

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะ ไม่รู้สึกตัว ถ่ายปัสสาวะวันละ 5-7 ครั้ง ปริมาณมาก ต่อมลูกหมากไม่โต มีท้องผูกเป็นประจำ วัน/ครั้ง

ระบบสืบพันธุ์ ไม่มีบาดแผล หรือ Discharge ให้ ส่วนถุงพลาสติกของรับปัสสาวะ ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Old CVA 2. Epilepsy 3. Peptic ulcer

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และคุณได้ให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ ป้องกันอาการแทรกซ้อนโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

1. ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้เป็นโรคลมชัก ผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฐมพยาบาล ในการป้องกันอันตรายจากอาการชักที่อาจส่งผลต่อการติดเชื้อ และ ได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิด ยาบางชนิดมีผลกระทำเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวนังและแพลงค์ทับ เนื่องจากช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้ นอนท่าเดียวเป็นเวลานาน ส่วนถุงพลาสติกของรับปัสสาวะผิวนังอับชื้น อาจมีการร่วงซึม
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีการใส่สายให้อาหารทางจมูกอาจมีการปนเปื้อนเชื้อสู่ทางเดินหายใจ การได้รับประทานอาหารทางสายยางอาจเกิดการสำลัก โอนน้ำ ครั้ง มีการใช้เครื่องและสายดูดเสมหะทางจมูกและปาก
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากคางลายให้อาหารทางจมูก และอาจมีสิ่งปนเปื้อนอุปกรณ์ให้อาหาร
5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากปัสสาวะ ไม่รู้สึกตัว ส่วนถุงรองรับปัสสาวะ อวัยวะเพศอาจสัมผัสปัสสาวะเป็นเวลานาน
6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ต่ำ เนื่องจาก ไม่รู้สึกตัว มีเล็บแข็งและยาวมากชอบเกาและขยี้ต่ำ

7. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้านและความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การจัดสถานที่แยกห้องผู้สูงอายุ การล้างมือ การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก การดูแลสุขภาพผู้ดูแล และการควบคุมสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดและการซักผ้าเบื้องต้น
8. เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานาน ผู้ดูแลเป็นลูกชิ้งบางครั้งถูกปล่อยให้ออยู่กับผู้สูงอายุตามลำพังอาจเกิดอาการกลัว เนื่องจากบริเวณบ้านพักอยู่ห่างไกลจากเพื่อนบ้าน

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบบทແທນທີ່ໜົດ ຜູ້ສູງອາຍຸໄນ້ຮູ້ສຶກຕົວກະທຳກິຈกรรมการດູແລຕັນເອງໄນ້ໄດ້ຕ້ອງຫຼືຍໍເລື້ອກື່ອກັນກາຣເຄລື່ອນໄຫວ ກິຈວັດປະຈຳວັນທີ່ໜົດ ກາຣໄວ້ບັນນິ້າ ອາຫາຣແລະຢາ ແລະກາຮູ້ແລກພື້ນຖານທີ່ມີຄວາມສູງຂອງຜູ້ສູງອາຍຸ

ผลการพยาบาล

1. ຜູ້ດູແລມີຄວາມຮູ້ໃນກາຣສັງເກດອາກາຣປົ້ນອັນຕຽາຈາກກາຣຊັກ ກາຣັກຢາໂຄຍກາຣໃຫ້ຮັບປະກາດຢາສຳເສນອດີ ຕລອດຮະບະເວລາທີ່ທຳກາຣສຶກວິຍຜູ້ສູງອາຍຸໄນ້ມີອາກາຣຊັກເກົ່າງ ຜູ້ດູແລທີ່ໃຫ້ຮັບປະກາດຢາສຳເສນອດີ ດີຍເຂົາພາວະຄວາມສູນໃຈໃນຄວາມຮູ້ເກື່ອກັນກາຣປົ້ນອັນຕຽາທີ່ໄດ້ເກີດເວັ້ນໃນຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ສອດໃສ່ອຸປະກິດສໍາລັບອາຫາຣທາງຈນູກແລກກາຮູ້ແລກພື້ນຖານທີ່ມີຄວາມເຕີ່ງຕ່ອງອັນຕຽາຈາກກາຣຕິດເຮື້ອທີ່ວ່າຍະຕິ່ງໆ ເນື່ອງຈາກຜູ້ສູງອາຍຸໄນ້ຮູ້ສຶກຕົວກັນພັກອູ່ກັບເຕີ່ງເປັນເວລານານ 6 ປີ

2. ກາຣປົ້ນຕິກິຈກະນົມກາຣປົ້ນແລກຄວາມຄຸມກາຣຕິດເຮື້ອຂອງຜູ້ດູແລ ມີກາຣເຮົານຮູ້ຮ່ວມກັນ ແລະປົ້ນຕິການຄໍາແນະນຳໄດ້ທຸກກິຈກະນົມ ເນື່ອງຈາກຜູ້ດູແລເຄີຍໄດ້ຮັບກາຣຝົກອນຈາກໜ່າຍງານຕົ້ນສັງກັດນາບ້າງແຕ່ວະເປົ້າແລກເປັນລູກຈຳງາຍເດືອນມີໜ້າທີ່ຄວາມຮັບຜິດຂອບ ມີເວລາເພີຍພອ ຄຮອບຄວາມຮູ້ສູງອາຍຸມີຄວາມຮູ້ແລກພື້ນຖານທີ່ມີສູນານະທາງເສຍງົງກິຈຕື່ມ

ສຽງ

ຕລອດຮະບະເວລາເມື່ອນຳນັ້ນໄນ້ມີອາກາຮ້າກັນເຫັນກາຣຮັກຢາເປັນຜູ້ປ່າຍໃນຂອງໂຮງພາຍາລ ກາວະສຸຂພາດ ກາຣຈັດສິ່ງແວດລ້ອມຄູກຫລັກສູງກົມບາລ ສນໃຈເຮົານຮູ້ຊັກຄາມຄວາມຮູ້ທີ່ມີເຕີມຕອນຄໍາຄາມໄດ້ ແລະໄນ້ມີກາຣຕິດເຮື້ອຈາກກາຮູ້ແລທີ່ນຳນັ້ນ ຮູ່ປະບົບກາຣພັກນາກາຣປົ້ນອັນຕຽາທີ່ຈາກກາຮູ້ແລທີ່ນຳນັ້ນ

สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปกรณ์สอดใส่ในร่างกายสิ่งที่สนใจคือการให้ความรู้แนะนำวิธีการปฏิบัติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ การล้างมือให้ความสำคัญทุกครั้งที่เขยี่มขานสอนถ่านอาหารผิดปกติที่พบและจัดหารวัสดุอุปกรณ์ที่แนะนำได้รวดเร็วไม่ล่าเลย ไม่มีความเครียดและมีความพึงพอใจมากที่ได้รับการติดตามเขยี่มขาน มีแรงจูงใจสูงที่จะปฏิบัติตามและมีความพร้อมในการเรียนรู้จากการศึกษาเอกสาร ข้อมูลต่าง ๆ ที่จัดเตรียมให้ศึกษาบทบทหนึ่งจากที่ได้ให้คำแนะนำไปแล้ว สามารถจดจำความรู้ที่ให้และปฏิบัติตามได้ มีการลงทุนจัดสภาพแวดล้อมเหมาะสมสมถูกต้องตามหลักการ เช่นเดียวกับโรงพยาบาล ทุกคนในครอบครัวเกิดความมั่นใจมากขึ้น ซึ่งจะสังเกตได้จากการปฏิบัติถูกต้อง คุณภาพการดูแลดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาที่ 6 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บ้านร่วมกับโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 79 ปี รูปร่างสูงผอม ผิวคล้ำ ไม่มีผม ไม่รู้สึกตัว ไม่ได้ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง ศาสตราจารย์ ชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสหน้ายิ้ม ภูมิการศึกษาไม่ทราบ ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดระยอง อาชีพในอดีต รับจ้าง ปัจจุบันไม่มีรายได้ รายได้ของครอบครัวประมาณ 65,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับลูกสาว โดยใช้สิทธิการรักษาสวัสดิการชำราชการ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านพักชำราชการ

ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของหลานสาว ผู้ดูแล การตรวจร่างกาย และแฟ้มประวัติ)

อาการสำคัญ มีเลือดออกเก่า ๆ ปริมาณไม่มากในสายให้อาหาร 1 วัน ไม่รู้สึกตัว ปลายอวัยวะเพศบวมแดง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม มีผลกดทับที่สะโพก ไม่รู้สึกตัวให้อาหารทางสายยาง ปัสสาวะ ได้เอง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ 10 ปีก่อน ผู้สูงอายุเคยมีประวัติถูกกระชานมีเลือดออกที่สมองด้านซ้ายต้องผ่าตัดสมองที่โรงพยาบาลสมิติเวช กรุงเทพฯ หลังผ่าตัดสมองมีอาการเลอะเลื่อน แต่ยังจำอะไรได้ พูดได้รับประทานอาหารได้ เดินได้ แขนขาไม่แรง ขับรถได้แต่ไม่ค่อยแข็งแรง ต่อมานาเดินลำบากมาก ไม่ได้ว่าเริ่มเป็นตั้งแต่เมื่อไร เมื่อ 2547 หลังลืมจำเรื่องในอดีตไม่ได้ หูตึง นอนพักหลับได้ตื่นเช้า 04.00 น.

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสูญเสียเพียงแรงดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของครอบครัว ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัว ถูกสารรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบิดาว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ รอดได้ด้วยการให้ได้รับประทานอาหาร ยา และไม่มีอาการแทรกซ้อน

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ เมื่อเขียนบ้าน อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 64 ครั้ง/นาที, การหายใจ 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปอร์ต

ระบบผิวนัง ผิวนังบางแห้ง ผู้ดูแลจะใช้โต๊ะน้ำรุ่งผิวน้ำเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ ผิวนัง หนังศรีษะมัน มีแพลงเรื้อรังคิดเชื้อร้ายที่หนังศรีษะและขาหนีน มีแพลงคดทับที่สะโพกซ้ายขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แพลงแดงไม่มีหนอง

ระบบหัวใจและการหลอดเลือด ผู้สูงอายุไม่บวม

ระบบหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 24 ครั้ง/นาที จมูกได้รูปไม่งอญมุน การขยายตัวของปอดปกติ ไม่มีเสียงเสมหะมากเวลาลงคืนและเมื่อกระตุ้นเปลี่ยนสายให้อาหาร

ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีบ้าดแพลงในช่องปาก ไม่มีฟัน ไม่สามารถเคี้ยวกลืนอาหารได้ รับประทานอาหารทางสายยาง วันละ 4 มื้อ ๆ ละ 350 มิลลิลิตร บางครั้งมีเลือดเก่าออกปริมาณไม่มาก รับอาหารได้ คลำไม่พบก้อน ตับมีน้ำไม่โต กดไม่เจ็บ เคาะท้องได้ยินเสียงโวยร้อง

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ไม่รู้สึกตัว ตามตอบไม่รู้เรื่อง มีเกรงเมื่อกระตุ้น ไม่มีอาการปากเบี้ยว หนังตาไม่ตก ตาแดง มีน้ำตาไหล ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงปกติ

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะไม่รู้สึกตัว ถ่ายปัสสาวะวันละ 5-7 ครั้ง ปริมาณปานกลาง ต่อมลูกหมากไม่โต การขับถ่ายอุจจาระมีท้องผูกเป็นประจำส่วนถ่ายอุจจาระ 3 วัน/ ครั้ง

ระบบสืบพันธุ์ มีผื่นแดงที่ขาหนีบ ไม่มี Discharge ให้ ปลายอวัยวะเพศบวมแดง เล็กน้อย สวมถุงพลาสติกรองรับปัสสาวะ

ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Upper GI bleeding 2. Pressure sore 3. Alzheimer's disease

4. CVA 5. Post craniotomy 6. PVC 7. Stoke 8. Inflammation of prepuce

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และคุ้ดให้ได้รับยา อาหารและน้ำให้เพียงพอ ป้องกันอาการแทรกซ้อนโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

ปัจจัยทางสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

1. ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิด และได้รับยาด้านเขี้ยวขากรใช้ยาไม่ติดต่อ กันอาจทำให้เชื้อดือยาได้
2. เสียงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนังและมีแพลกัดทับ เนื่องจากไม่รู้สึกตัว นอนท่าเดียวเป็นเวลานาน รวมถึงพลาสติกรองรับปัสสาวะผิวหนังอับชื้นอาจมีการร่วงซึม
3. เสียงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีการใส่สายให้อาหารทางจมูกอาจมีการบ่นเสียงเขื้อสู่ทางเดินหายใจ การได้รับประทานอาหารทางสายยางอาจเกิดการสำลัก ไอมีเสมหะมากมีการใช้เครื่องและสายดูดเสมหะทางจมูกและปาก
4. เสียงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากคลายให้อาหารทางจมูก และอาจมีถ่ายปัสสาวะอุปกรณ์ให้อาหาร
5. เสียงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากปัสสาวะไม่รู้สึกตัวรวมถึงรองรับปัสสาวะ อวัยวะเพศอาจสัมผัสปัสสาวะเป็นเวลานาน
6. เสียงต่อการติดเชื้อที่ตา ผู้สูงอายุมีตาแดงน้ำตาไหล
7. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน การถ้างมือ การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก
8. เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานานและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยทำให้ผู้ดูแลอาอก มีการเปลี่ยนผู้ดูแลเด็กสองคนแนะนำใหม่และการคุ้ดไม่ต่อเนื่อง

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบทดลองทั้งหมด ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวกระทำกิจกรรมการคุณเดือนlongไม่ได้ ต้องช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวันทั้งหมด การคุ้ดให้ได้รับน้ำ ยา และอาหารให้เพียงพอ และการคุ้ดการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม

ผลการพยาบาล

1. ผู้ดูแลเป็นภารกิจที่สำคัญในการสอนแนะนำสำหรับและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้ดสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากขึ้นเมื่อรู้สึกคุ้นเคย เช่น ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับรูปแบบสายให้อาหารทางและการคุ้ดเสมหะทาง

ปากและจนูก และความเสี่ยงต่ออันตรายจากการติดเชื้อที่อยู่ระหว่าง ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวนอนพักอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน 3 ปี

2. การปฏิบัติภาระการป้องกันและความคุ้มครองเชื้อของผู้ดูแล ผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ร่วมกันและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีทุกภาระการ เช่น การทำแพลงก์ตอน การเปลี่ยนผ้านอน การทำความสะอาดบ้าน การถ่ายมือและการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากผู้ดูแลเคยได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยงานด้านสังกัดมาบ้างแล้วและมีความรับผิดชอบโดยตรง มีเวลาเพียงพอ ครอบครัวผู้สูงอายุมีความรู้และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี

สรุป

ตลอดระยะเวลาเยี่ยมบ้าน เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2549 ด้วยอาการมีเดือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่ด ปลายอวัยวะเพศบวมแดง รักษาในโรงพยาบาล 1 เดือน เกิดการติดเชื้อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง การขัดสิ่งแวดล้อมถูกหลักสุขागาม สนใจเรียนรู้ข้อความความรู้เพิ่มเติมตอบคำถามได้ ให้ความสำคัญทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านสอบถามความอาการผิดปกติที่พบและจดหมายสตุ๊ดต์ที่แนะนำได้รวดเร็วไม่ล่าถอย ไม่มีความเครียดและมีความพึงพอใจมากที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามและมีความพร้อมในการเรียนรู้จากการศึกษาเอกสาร ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อทบทวนหลังจากที่ได้ให้คำแนะนำไปแล้ว สามารถจดจำความรู้ที่ให้และปฏิบัติตามได้ ครอบครัวมีการลงทะเบียนจัดสภาพแวดล้อมเหมาะสม ถูกต้องตามหลักการ เช่น เดียวกับโรงพยาบาล คุณภาพการดูแลดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ดี

กรณีศึกษาที่ 7 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บ้านร่วมกับโรคอัมพาต

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุพื้นชาติไทย อายุ 84 ปี รูปร่างท้วม ผิวคล้ำ ไม่มีผอม ไม่รู้สึกตัว ไม่ได้ชักนำหนัก และวัดส่วนสูง คำานาพุธ เข็มชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสชาย ภูมิการศึกษา ปริญญาตรี ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดสุพรรณบุรี อาชีพในอดีต รับราชการ ปัจจุบัน ไม่มีรายได้ รายได้ของครอบครัวประมาณ 70,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับลูกชายโดยใช้สิทธิการรักษาสิ่งสกปรกจากการข้าราชการ ที่อยู่ปัจจุบันเขตเทศบาลแสนสุข รักษาเป็นผู้ป่วยนอกศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยญาติรับยาแทนและพยาบาลเยี่ยมบ้านดูแลเปลี่ยนสายยางให้อาหารทุก 2 สัปดาห์

ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของลูกสะไภ์ ผู้ดูแล การตรวจร่างกาย และแฟ้มประวัติ)

อาการสำคัญ ไม่รู้สึกตัว ไอมีเสียงเสมอในค่อนนาน ๆ ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นไข้ โรคอัมพาต ไม่รู้สึกตัว ให้อาหารทางสายยาง
ปัสสาวะ ได้เอง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้สูงอายุเคยมีเลือดออกในสมอง เข้ารักษาในโรงพยาบาล
พระมงกุฎเมื่อเดือนกันยายน 2547 ด้วยอาการชีด อ่อนเพลีย และเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพด้วยอาการติดเชื้อทางเดินอาหาร เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2547 และติดเชื้อทางเดิน
หายใจส่วนล่างด้วยเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2548

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่ทราบประวัติการเจ็บป่วยของบิดา มารดา สามาชิกใน
ครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของครอบครัว ผู้สูงอายุ ไม่รู้สึกตัว
ลูกสะไภ์รู้สึกว่าความเจ็บป่วยว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่รอดได้
ด้วยการจัดหาผู้ดูแลให้ได้รับประทานอาหาร ยา และไม่ให้มีอาการแทรกซ้อน

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ เมื่อเยี่ยมบ้าน อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 54 ครั้ง/นาที, การ
หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปอร์ต

ระบบผิวนัง ผิวนังบางมัน มีสะเก็ดสีขาว มีจุดสีน้ำตาลเข้มกระจายเป็นจุดตามร่างกาย
ผิวนังบริเวณหน้าผาก หางคามีรอยเที่ยบย่น ผิวนังบริเวณขาแห้งเที่ยบย่นตามวัย ผู้ดูแลจะใช้
డิชั่นบำรุงผิวทาเพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวนัง หนังศีรษะมัน ไม่มีผม

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุมีขบวนหังสองข้าง กดบุ้มเล็กน้อย

ระบบหายใจ อัตราการหายใจ慢 20 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงเสมอเวลาถagna คืน

ระบบทางเดินอาหาร รับประทานอาหารทางสายยาง วันละ 4 มื้อ ๆ ละ 350 มิลลิกรัม รับ
อาหารได้หมด ไม่มีอาการท้องอืดหลังรับประทานอาหาร

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ไม่รู้สึกตัว ตามตอบไม่รู้เรื่อง บางครั้งพูดเรื่องราว
ในอดีตเสียงดัง ໄอยาวยไม่เป็นเรื่องราว ไม่มีอาการปากเบี้ยว ปฏิกริยาของม่านตาต่อแสงปกติ

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระปกติวันละครั้ง ไม่รู้สึกตัว ใช้ผ้าอ้อมอนามัย ถ่าย
ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง สวนถุงยางอนามัยต่อ กับสายยางลงสู่ถุงรองรับปัสสาวะ

ระบบสืบพันธ์ ไม่มีบาดแผล หรือ Discharge ให้ ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Old CVA 2. Hypertension 3. Chronic ischaemic heart disease

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และคุณแล้วให้ได้รับยาอาหารและน้ำให้เพียงพอ การทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดและการป้องกันอาการแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

1. ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นโรคอัมพาต ผู้ดูแลขาดความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อ และได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิด
2. เสียงต่อการติดเชื้อที่ผิวนังและแผกกดทับ เมื่อจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนท่าเดียวเป็นเวลานาน
3. เสียงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีการใส่สายให้อาหารทางช่องปากและการปนเปื้อนเชื้อสู่ทางเดินหายใจ การได้รับประทานอาหารทางสายยางอาจเกิดการสำลัก ไอเมื่อเสนอแนะมีการใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะทางช่องปากและปาก
4. เสียงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร เมื่อจากคลายให้อาหารทางช่องปาก ปรุงอาหารเหลวเองที่บ้านและอาจมีสิ่งปนเปื้อนวัตถุดินหรืออุปกรณ์ให้อาหาร
5. เสียงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่รู้สึกตัวส่วนถุงยางอนามัย ผิวนังอวัยวะเพศอาจถูกกดทับหรือปัสสาวะ ไหลย้อนกลับ
6. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้าน เช่น การล้างมือ การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก
7. เมื่อจากผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติอ่านหนังสือไม่ได้และเป็นวัยรุ่น บางครั้งลูกสะไภ้กังวลว่าเมื่อไม่อุบัติผู้ดูแลจะให้ยาต่อเนื่องหรือไม่

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบทดสอบทั้งหมด ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวกรำทำกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ได้ ต้องช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวันทั้งหมด การดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำ และยา และการดูแลการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม

ผลการพยาบาล

1. ผู้ดูแลมีความรู้ในการสังเกตอาการ การป้องกันอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโดยการให้รับประทานยาสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้มีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น ตั้งใจเรียนรู้ในการสอนแนะนำสาเหตุและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการติดเชื้อ และความเสี่ยงต่ออันตรายจากการติดเชื้อที่ อวัยวะต่าง ๆ
2. การปฏิบัติภารกิจกรรมการป้องกันและความคุมการติดเชื้อของผู้ดูแลปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้ดี เช่น การล้างมือ การปฐุงอาหารเหลว การให้อาหารทางสายยางและการดูดเสมหะทางปากและ ช่อง การจัดสถานที่สิ่งแวดล้อม ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้สูงอายุและบุคคลในบ้าน เนื่องจากผู้ดูแลเป็นลูกจ้างรายเดือนมีความรับผิดชอบโดยตรง ครอบครัวผู้สูงอายุมีฐานะทางเศรษฐกิจดี

สรุป

ผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ได้รับความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแล ที่บ้าน ตลอดระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ไม่มีอาการป่วยจนเข้ารับการรักษาในของโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพดี การจัดสิ่งแวดล้อมถูกหลักสุขागิบาล สน.ใจเรียนรู้ซักถามความรู้เพิ่มเติมตอบคำถามได้ และไม่มีการติด เชื้อจากการดูแลที่บ้าน รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุปกรณ์สอดใส่ในร่างกายสิ่งที่สนใจ คือ การให้ความรู้แนะนำ วิธีการปฏิบัติ กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ให้ความสำคัญทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน ไม่มี ความเครียดและมีความพึงพอใจมากที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามและมี ความพร้อมในการเรียนรู้ มีการลงทุนจัดสภาพแวดล้อมเหมาะสมสมถูกต้องตามหลักสุขागิบาล

กรณีศึกษาที่ 8 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บ้านร่วมกับโรคเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุเพศชายไทย อายุ 82 ปี รูปร่างสูงสมส่วน ผิวขาว มีผมสีดำแห้งข้าว รู้สึกตัวแต่ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ยืนไม่ได้ ขาไม่มีแรง ไม่ได้ชี้งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ศาสนานพุทธ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสสูญ ขาดการศึกษาไม่ทราบ ภูมิลำเนาเดิมจังหวัดชลบุรี อาชีพในอดีต รับจ้าง ปัจจุบันไม่มีรายได้ รายได้ของครอบครัวประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่กับลูกชายใช้สิทธิการ

รักษาจากสวัสดิการข้าราชการของลูกชาย พยาบาลเยี่ยมบ้านดูแลเปลี่ยนสายให้อาหาร ทำแผลเจาะคอ ทำแผลที่เท้ามาประมาณ 2-3 ปี และรับยาเบาหวานที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของลูกสาว ผู้ดูแล การตรวจร่างกาย และเพิ่มประวัติ) อาการสำคัญ รู้สึกตัวช้าเหลือตัวเอง ได้น้อย ใส่ท่อเจาะคอ มีแผลที่เท้ากว่า 2 แผล ไอ มีเสียงเสมหะในคอ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน รู้สึกตัวแต่เดินไม่ได้ข้ามมีเรง มีแผลที่เท้าขวาที่โคนนิ้วหัวแม่เท้าขนาดเด่นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตรแพลงคีขอบบนแห้ง และแผลที่สันเท้าขนาดเด่นผ่าศูนย์กลาง 5 เซนติเมตรขอบแพลงแห้งดำ เนื้อเยื่อชีด เอ็นสีขาว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 10 ปี เมื่อ 9 มีนาคม 2547 มีแผลที่ฝ่าเท้าขวาติดเชื้อ อ่อนเพลีย ตัวเหลือง วันที่ 28 มิถุนายน 2548 ตัดนิ้วหัวแม่เท้าที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ วันที่ 15 สิงหาคม 2548 มีไข้ อ่อนเพลีย อาเจียน เข้ารับการรักษาฉีดครั้ง ปอดอักเสบ ซื้อคลส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 29 สิงหาคม 2548 ปอดอักเสบติดเชื้อ เชื้อคีดีย์ MRSA ติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อรหีริโนฟิปาก ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา วันที่ 18 ตุลาคม 2548 แผลที่เท้าเกิดเนื้อตาย หายใจหอบหนื่อยถุงลมปอดอุดตันมีเสมหะมากเข้ารับการรักษาและส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้รับการเจาะคอ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว márada เดยกป่วยเป็นโรคเบาหวาน รักษาโดยการรับประทานยา นอกนั้นสามารถรับประทานยาและรักษาได้ดี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกตัวลูกหลานรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและมีความพยาຍາดูแลรักษาแม่ทราบว่าไม่มีทางรักษาหายได้ นอกจากประคับประคองให้มีชีวิตอยู่รอดได้ด้วยการให้ได้รับประทานอาหาร ยา และไม่มีอาการแทรกซ้อน

การขักประวัติและการตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ เมื่อเยี่ยมบ้าน อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส, ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, การหายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90/70 มิลลิเมตรปรอท

ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางแห้ง มีสะเก็ดสีขาว คันตามผิวหนัง มีจุดสีน้ำตาลเข้มกระจายเป็นจุดตามร่างกาย ผิวหนังบริเวณหน้าผาก หางตามรอยเที่ยว殷 ผิวหนังบริเวณแขนขาแห้งเที่ยว殷 ตามวัย หนังศีรษะแห้ง ผิวหนังมีสีขาว

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุมีขับวนทั้งสองข้าง กดบุ้นเด็กน้อย

ระบบหายใจ อัตราการหายใจสัม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที จมูกได้รูปไม่งอเงี่ยน ใส่ท่อเจาะคออยู่ในแนวกลาง การขยายตัวของปอดปกติ ไอมีเสียงเสมอ

ระบบทางเดินอาหาร ให้อาหารทางสายทางจมูก ไม่มีอาการท้องอืดหลังรับประทานอาหาร คล้ำไม่พนก้อน ตับม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ เคาะห้องได้ยินเสียงโปรง

ระบบประสาทและประสาทสมอง รู้สึกตัว สามารถตอบรู้เรื่อง ชอบถามช้า ๆ หูดี ไม่มีอาการปากเบี้ยว หนังตาไม่ตก การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงปกติ

ระบบขับถ่าย การขับถ่ายบันสถาวรได้เองบนเตียง โดยใช้ระบบอကปัสสาวะ วันละ 5-6 ครั้ง ปริมาณปานกลาง ต่อมลูกหมากไม่โต การขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง

ระบบสืบพันธุ์ ไม่มีน้ำดีแพด หรือ Discharge ให้

ข้อมูลด้านการแพทย์

การวินิจฉัย 1. Insulin-dependent diabetes mellitus 2. Cholestasis jaundice
3. Wound infection 4. Pneumonia in both lower lobes
5. Fungal infection at lip

การพยากรณ์โรค ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง และดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ ป้องกันอาการแทรกซ้อน โรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

ปัญหาสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

- ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานมีแพลที่เท้า ผู้ดูแลขาดความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อ และได้รับยาหรือสารเคมีหลายชนิด บานงชนิดมีผลกระทำเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวนังและแพลที่เท้า เนื่องจากความคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีการใส่ท่อเจาะคอ และสายให้อาหารทางจมูกอาจมีการปนเปื้อนเชื้อสู่ทางเดินหายใจ หรืออาจเกิดการสำลัก ไอมีเสมหะมากมีการใช้เครื่องและสายดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากสายให้อาหารทางจมูก ปruzgอาหารเหลวของที่บ้านและอาจมีสิ่งปนเปื้อนวัตถุดินหรืออุปกรณ์ให้อาหาร
- ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่บ้านและความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การล้างมือ การสวมถุงมือ การใช้ผ้าปีบปากปิดจมูก การดูแลสุขภาพผู้ดูแล การทำความสะอาดเชื้อและการจัดการขยะติดเชื้อ

**6. ผู้ดูแลวิตกังวล/non ไม่ค่อยหลับกลัวว่าผู้สูงอายุจะตกเตียงเนื่องจากผู้สูงอายุ
สามารถลุกนั่งได้เองแต่เดินไม่ได้**

ระบบการพยาบาล

เป็นระบบทดลองทั้งหมด ผู้สูงอายุรักสีกี้แต่กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ไม่ได้ ต้องช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทั้งหมด การดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำและยา การดูแลการป้องกันการติดเชื้อให้เหมาะสม

ผลการพยาบาล

1. ผู้ดูแลมีความรู้ในการสังเกตอาการ การป้องกันอันตรายจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำเกินค่าปกติ สามารถฉีดยาเบาหวานที่บ้านได้และให้รับประทานยาสม่ำเสมอ ตั้งใจเรียนรู้ในการสอนแนะนำ แต่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้สูงอายุต้องไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ

2. การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของผู้ดูแล มีการเรียนรู้ร่วมกัน และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีทุกกิจกรรม เช่น การล้างมือ การดูแลห้องเจาะคอ การปฐมภาระเหลว การให้อาหารทางสายยางและการดูดเสมหะทางห้องเจาะคอ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน เนื่องจากผู้ดูแลเคยได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยงานด้านสังกัด มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อนและเป็นลูกจ้างรายเดือนมีความรับผิดชอบดี ครอบครัวผู้สูงอายุมีความรู้และมีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง

สรุป

ผู้สูงอายุชายไทยรักสีกี้ตัว มีผู้ดูแลเป็นลูกจ้าง ได้รับความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้าน ตลอดระยะเวลาเยี่ยมบ้านมีอาการหนักจนเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 5 ครั้ง การจัดสิ่งแวดล้อมอยู่หลังสุขภาพดี สนใจเรียนรู้ซักถามความรู้เพิ่มเติม รูปแบบการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้มีอุปกรณ์สอดใส่ในร่างกายสิ่งที่สนใจ คือ การให้ความรู้แนะนำ วิธีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ให้ความสำคัญทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านสอนตามอาการผิดปกติที่พบและจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่แนะนำได้ ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งการพยากรณ์โรคไม่ดี สุดท้ายเข้ารับการรักษาผ่าตัดขาขวาและติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินหายใจและในกระเพาะเลือด เสียชีวิตที่โรงพยาบาล

ภาคผนวก ข

1. หนังสือขอความอนุเคราะห์
2. แบบบันทึกข้อมูลและการเยี่ยมบ้านเพื่อคุ้มครองกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
3. แบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน
4. แบบสรุปผลการเยี่ยมบ้านเพื่อคุ้มครองกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
5. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
6. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อบริการ สำหรับญาติ และ/หรือ ผู้สูงอายุที่บ้าน



ที่ ศธ 0528.19 / 1484

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 / 382 ถ. ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข
อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

20 กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย

เรียน นพ.ประพนธ์ รายภูริวิจิตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิจัยเรื่อง “พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี” จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาววัลลภา พ่วงขา พยานาลัยนาณยการ 8 ตั้งกัดศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง “พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี” จากงบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2548

ในการนี้ผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิสิษฐ์ พิริยาพรรอน)

รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฝ่ายวิชาการและวิจัย

โทร.0-3839-0324, 0-3839-0580 ต่อ 519,526

โทรสาร. 0-3874-5803



จังหวัดเชียงใหม่

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ มหาวิทยาลัยบูรพา ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ โทร 5010

ที่ ศธ 0528.19 / ๔๘๕

วันที่ 20 กรกฎาคม 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วยนางสาววัลลภา พวงคำ พยาบาลชำนาญการ ๘ สังกัดศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง “พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจาก การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอแสนสุข จังหวัดชลบุรี” จากนบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2548 โดยมี นพ. ประพนธ์ รายภูริวิจิตร เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาเห็นควรให้ ดร. พิสมัย หอนจำปา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการดังกล่าวเป็นอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นายพิสิษฐ์ พิริยาพรรณ)

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรื่อง พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ผู้วิจัย นางวัลลภา พ่วงคำ นายบางงาน สูนบีวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ให้ข้อเสนอแนะ พิศมัย ใจดี ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โดยภาพรวมโครงการวิจัยนี้เป็นโครงการที่ดีและมีประโยชน์มาก การสร้างเครื่องมือเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถป้องกันการติดเชื้อในผู้สูงอายุจากการคุ้มครองสุขภาพที่บ้าน จะทำให้สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ และอีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่าผู้วิจัยควรมีนวัตกรรมดังนี้

1. เครื่องมือที่ทึบสุขภาพใช้ในการประเมินหาความต้องการรวมทั้งการให้คำแนะนำเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคลอดจันสำราญและบันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงหลังให้การคุ้มครองแล้ว การคุ้มครองยาที่ผู้สูงอายุได้รับที่บ้าน ผลการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุจากตารางสุขภาพ และวิธีการคุ้มครองที่ได้รับรวมทั้ง การแปลงเปลี่ยนของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เครื่องมือสำหรับผู้ดูแลในการประเมินปัญหาและความต้องการการคุ้มครองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้การคุ้มครองและประเมินผลการคุ้มครองผู้สูงอายุได้รับ
3. เครื่องมือแบบประเมินสำหรับผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการประเมินสุขภาพจิต (ความเครียดและวิตกกังวล) ของตนเองและแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะเครียดหรือวิตกกังวลอันเกิดจากการให้การคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งผลการปฏิบัติสำหรับเครื่องมือในข้อ 2 และ 3 จะเป็นส่วนหนึ่งที่ปรากฏในข้อ 1 อยู่แล้วแต่อาจทำให้ร่างสำหรับผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการใช้ ข้อเสนอแนะสำหรับเครื่องมือข้อ 1 มีดังนี้
 1. ควรแบ่งข้อมูลให้เป็นแบบบันทึก เป็นหมวดหมู่ และเขียนลำดับข้อหลักรองเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ก. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ข. รายละเอียดปัญหาสุขภาพ การให้การคุ้มครองและให้คำแนะนำในการเขียนบ้านผู้สูงอายุ และ ค. สรุปผลการเขียนบ้าน
 2. ให้หัวข้อการเขียนบ้าน (ตาราง) ควรจัดแต่ละหัวข้อตรงกันและสอดคล้องกัน โดยเฉพาะปัญหา การเขียนรูปข้อตกลงเห็นการป้องกัน การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และควรให้หัวข้อหลักรองในแต่ละส่วนก์ในตาราง และขอให้ทุกกิจกรรมมีการประเมินผลลัพธ์หรืออาจทำเป็นภาพรวมตามกลุ่มกิจกรรม

ตัวอย่างเช่น

- | | | | |
|--|--|--|---|
| 3. ปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อ | 3. ปัญหาจากปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น | 3. การลดปัญหาจากปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อ | ผลลัพธ์ |
| 3.1 สภาพแวดล้อมภายในบ้าน | 3.1 ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ - มีน้ำหนัก(อาจใช้ดัชนีมวลกาย)ในเกณฑ์ดีและมาตรฐานต่ำกว่าเกณฑ์-----อธิบาย-----
- เสียงต่อการได้รับอาหารและสารอาหารไม่เพียงพอ-----อธิบาย-----
เช่น รับประทานได้น้อย
เบื่ออาหาร หรือขัดอาหารไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ | 3.1 การลดปัญหาจากภาวะโภชนาการ - แนะนำเรื่อง
อาหารและสารอาหาร
ไม่เพียงพอ-----อธิบาย-----
เช่น รับประทานได้น้อย
เบื่ออาหาร หรือขัดอาหารไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ | 3.1 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดีและเหมาะสมเพิ่มขึ้น |
| 3.2 ลักษณะของปากและฟัน | | | |
| 3.3 พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มน้ำอัดลม หรือใช้สารเสพติด | | | |
| 3.4 ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น | - การบาดเจ็บ
- การเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น ห้องผูก ห้องเสีย
- การช่วยเหลือตนเองได้ไม่ดี เช่นที่ควรเนื่องจาก สายตา ไม่ดี, การเคลื่อนไหวลำบาก, อื่น ๆ (ถ้ามี)
- การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อื่น ๆ | | |
| 3.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเจ็บป่วยและการความเครียด | | | |



สำเนา

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ มหาวิทยาลัยนูรพา ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ โทร 5010

ที่ ศธ 0528.19 / 14 ง ๖

วันที่ 20 กรกฎาคม 2548

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วยนางสาววัลลภา พ่วงขา พยาบาลชำนาญการ 8 ตั้งกัดศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนูรพา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง “พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจาก การถูและสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเทศบาลเมืองแ سنสุข อำเภอแสนสุข จังหวัดชลบุรี” จากนบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2548 โดยมี นพ. ประพนธ์ ราชภูริวิจิตร เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ในการนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้พิจารณาเห็นควรให้ อาจารย์รีวะวรรณ เพ็งกัญหา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นายพิษิษฐ์ พิริยาพร)

รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ 0528.19/๓๗๔

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ

ด้วยนางสาววัลลภา พ่วงข้า ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 สังกัดศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการฉีดสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน มีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อขอใช้เครื่องมือวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการ ในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการฉีดสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(นายพิทิปญ์ พิริยาพร)

ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

เบิก ณ สถาบันฯ/หน่วยงานฯ/หน่วยงานฯ

ที่พัสดุ อันสัมภูติ ๑๗๒/๒ ๑๗๒/๒ ๑๗๒/๒ ๑๗๒/๒

๑๗๒/๒ ๑๗๒/๒ ๑๗๒/๒
๑๗๒/๒ ๑๗๒/๒ ๑๗๒/๒



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ มหาวิทยาลัยบูรพา ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ โทร 5010

ที่ ศช 0528.19/1806

วันที่ 28 มิถุนายน 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วยนางสาววัลลภา พ่วงขา ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 สังกัด ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย เรื่อง “พัฒนาการป้องกัน การติดเชื้อจากการคูณและสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัด ชลบุรี” จากบุประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2548 ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และเพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักวิชาการ

ในการนี้ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี สารเสริญ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย เนื่องจากมีความรู้ ความสามารถในการวิจัยและเป็นอิสระอย่างดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นายพิสิษฐ์ พิริยพารณ)

ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

แบบบันทึกข้อมูลและการถ่ายรูปสำหรับตรวจสอบกิจกรรมเชื่อมต่อทางพื้นที่ทางพื้นที่ที่มีความเสี่ยงทางอาชญากรรม

ก. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลดำเนินการของผู้สูงอายุ

- | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
| 1. อายุ..... | 2. เพศ..... | 3. อาชญากรรม..... | 4. สถานภาพ..... | 5. ภาระสืบทอด..... |
| 6. หน้ากิจ..... | 7. ความสูง..... | 8. ความสามารถทางกายภาพ..... | 9. ยาเสพติด..... | |
| 10. รายได้ผู้สูงอายุ..... | 11. แหล่งที่มาของรายได้..... | 12. สิทธิการรักษา..... | | |
| 13. รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ..... | 14. ผู้ดูแล..... | | | |
| 15. ภาวะสุขภาพ (จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล การตรวจร่างกาย และแพทย์ประจำวัน) | อาการสำคัญ | | | |
- ประวัติการเก็บป่วยในโรงพยาบาล
- ประวัติการเก็บป่วยในอดีต
- ประวัติการเก็บป่วยในครองครัว
- 16. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย**
- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| ตั้งแต่ปี..... อุณหภูมิ..... ของเสียที่พบ..... สีฟอง..... คลื่น..... ความดันโลหิต..... /..... มิติในกระชาน | | | | |
| ระบบผิวหนัง | | | | |
| ระบบหัวใจและหลอดเลือด ไฟล์เสื่อม โภชิต | | | | |
| ระบบทางเดินอาหาร | | | | |
| ระบบประสาทและประสาทสัมผัส | | | | |
| ระบบปัสสาวะ | | | | |
| ระบบตับ البنكريส | | | | |

17. ชื่อบุคคลในการเผยแพร่

การวินิจฉัย

การพยากรณ์โรค

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ที่

นางสาวภาณุวรรณ

ลักทราบ

ตามดูที่นำไปใช้

คำสำคัญ

หลักสูตร

ผลการตรวจ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. [] ให้หน่วยงานที่ได้รับการแต่งตั้งเข้ามาดำเนินการตามที่ได้ระบุไว้

20. ระบบการพัฒนา

๗. รายละเอียดปัจจัยทางพิจารณการพยาบาลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างดี

เบบมรทท/ ว.ค.บ.	การดำเนินภาระและการตั้งเกต สถาพรผู้ป่วยฯ	ปัญหา	การเรียนรู้ที่ถูกเพื่อนร่วมกัน ระหว่างครอบครัวและผู้ป่วย	การปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อของผู้ป่วยอย่างดีแล หรือรับประวัติ	ผลลัพธ์	ผู้ป่วยที่ นัดครั้งต่อไป
เข้มครัชที่ ๑.....	1. การให้ความช่วยเหลือและการตั้งเกต สถาพรผู้ป่วยฯ	1. การขาดความตื่นตัวกับโรค และการสูญเสียของภาระ ดิจิตอล	1. สูญเสียตื่นตัวเมื่อความตื่นตัวกับ โรคและการใช้เวลาหน่วงช่วง	1. มีการปฏิบัติตามความตื่นตัวกับ โรคและภาวะไข้ฟ้าที่มากขึ้น	1. ผลของการปฏิบัติตามความตื่น ตัวกับโรคและอาการไข้ฯ	ผู้ป่วยที่ นัดครั้งต่อไป
เข้มครัชที่ ๒.....	1. การให้ความช่วยเหลือและการตั้งเกต สถาพรผู้ป่วยฯ	1.1 ให้ความช่วยเหลือและแนะนำการรักษา เพื่อยกับไว้ด้านการปฏิบัติภาระ ดิจิตอล	1.1 ตามดูแล การปฏิบัติตามการรักษา เพื่อยกับโรค	1.1 มีการปฏิบัติตามความตื่น ตัวกับโรค	1.1 ความตื่นตัวลงในการปฏิบัติ เพื่อยกับไว้ด้านการ ดิจิตอล	ผู้ป่วยที่ นัดครั้งต่อไป
เข้มครัชที่ ๓.....	1. การให้ความช่วยเหลือและการตั้งเกต สถาพรผู้ป่วยฯ	1.2 ให้ความช่วยเหลือและแนะนำการรักษา เพื่อยกับไว้ด้านการปฏิบัติภาระ ดิจิตอล	1.2 สนับสนุน รักษา กระตุ้น จิตใจ และช่วยในการซักซ้อมของยา	1.2. ฝึกการปฏิบัติตามความตื่นตัว ตามความต้องการของผู้ป่วยฯ	1.2. ฝึกการปฏิบัติตามความตื่นตัว ตามความต้องการของผู้ป่วยฯ	ผู้ป่วยที่ นัดครั้งต่อไป

เบอร์ครุภาร์ที่/ ก.ค.ป.	การตั้งมายและการตั้งเงาด สถานพูดสูงอายุ	ปัญหา	การเรียบผูกตกลงเพื่อรองร่วมกัน ระหว่างครุภารครัวและผู้เยี่ยม	การประเมินตัวกรรป้องกันการ ติดเชื้ออของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล หรือครอบครัว	ผลลัพธ์	ผู้บังคับบ รุคดีรัฐต่อไป
เบอร์ครุภาร์ที่	2. การสูญเสียพิษภัยทางศีลธรรม พิษภัย	2.....	2. สามารถขอความช่วยเหลือจาก สังคมทางการติดเชื้อที่ระบุต่างๆ และ ปฏิบัติการป้องกันภัยติดเชื้อได้	2. ฝึกอบรมศักยภาพดูแลพิเศษ ระหว่างการติดเชื้อที่บ้านตามปัจจัย ของระบบต่างๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อยกเว้นโรคและการรักษาภัยติดเชื้อ	2. ฝึกอบรมแบบวงกว้าง ปฏิบัติการสูญเสียพิษภัย เพื่อยกเว้นโรคและการรักษาภัยติดเชื้อ	.....
เบอร์ครุภาร์ที่	2.1 ผู้สูงอายุที่ต้องห้ามกินอาหาร ติดเชื้อ	2.1.....	2.1 สามารถลดความไม่สงบ ของการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย แบบพิเศษมาได้สำเร็จ เช่น วันที่รับมืออาการ	2.1 ฝึกอบรมศักยภาพดูแลพิเศษ ระหว่างการติดเชื้อที่บ้าน เพื่อยกเว้นโรคและการรักษาภัยติดเชื้อ	2.1 ทราบว่ามีการติดเชื้อที่บ้าน หรือไม่ สามารถตัดสินใจการรักษา และการรักษาภัยติดเชื้อ เหมาะสม	.....
เบอร์ครุภาร์ที่	2.2 กินอาหารต้องห้ามกินอาหาร น้ำส้มสายชูที่บ้าน การให้รับประทาน ทางหลอดเดียว	2.2.....	2.2 มีการเขียนตัวกรรป้องกันการ ติดเชื้อจากน้ำส้มสายชูที่บ้าน ให้สารานุ ทางหลอดเดียวได้	2.2 มีการประเมินตัวกรรป้องกันการ ติดเชื้อจากน้ำส้มสายชูที่บ้าน ให้สารานุ ทางหลอดเดียวได้	2.2 ไม่มีการติดเชื้อจากน้ำส้มสายชูที่บ้าน ทราบว่าทางหลอดเดียวสำเร็จ	.....
เบอร์ครุภาร์ที่	2.3 การป้องกันการติดเชื้อด้วยการ ทางเดินปัสสาวะ	2.3.....	2.3 มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน การป้องกันการติดเชื้อที่ระบบ ทางเดินปัสสาวะ	2.3 มีการประเมินตัวกรรป้องกันการ ติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ	2.3 มีการประเมินแบบวงกว้าง ปฏิบัติการติดเชื้อที่ระบบทางเดิน ปัสสาวะ	.....

ເລີ່ມຕົ້ນກໍາ ທີ່ /ວ.ດ.ປ.	ການສັນນາຍແນະການສັງຄາດ	ປຶງກາ	ການເຫັນຫຼຸດທີ່ພື້ນໜ້າຮ່ວມກຳນີ້	ການປັບປຸງທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	ຜລດີ້ພົໍ່ /ນັ້ນຕົກຈຳ	ຜູ້ນັ້ນກົກ /ນັ້ນຕົກຈຳ
ເຂີຍກໍາທີ່	2.4 ການປົ້ນກິນການດິຈິຕິເຊື່ອທີ່ມະນີ ທາງດິນາຫາວັດ	2.4	2.4 ການເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.4 ມີການເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.4 ມີການເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	..........
.....	2.4 ການປົ້ນກິນການດິຈິຕິເຊື່ອທີ່ມະນີ ທາງດິນາຫາວັດ	2.4	2.4 ມີການເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.4 ມີການເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.4 ມີການເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	..........
.....	2.5 ການປົ້ນກິນການດິຈິຕິເຊື່ອທີ່ມະນີ ນີ້ເຊື່ອໃຫ້ກິ່າວັນແນະເຂດດັກກຳນີ້ ນີ້ເຊື່ອໃຫ້ກິ່າວັນແນະເຂດດັກກຳນີ້	2.5	2.5 ຕາມ-ອອນຄວາມຮູ້ ກວາມໝານຍາກ ຕິດກາວ ແລະ ວິວິທີການປ່ອງກັນ ການດິຈິຕິເຊື່ອທີ່ມະນີ	2.5 ມີການປັບປຸງທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.5 ມີການເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	..........
.....	2.6 ການປົ້ນກິນການດິຈິຕິເຊື່ອທີ່ມະນີ ທາງດິນາຫາວັດ	2.6	2.6 ເຫັນຫຼຸດທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອທີ່ມະນີ	2.6 ມີການປັບປຸງທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.6 ມີການປັບປຸງທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	..........
.....	2.7 ການປົ້ນກິນການດິຈິຕິເຊື່ອທີ່ມະນີ ຫ້ອງປົກ	2.7	2.7 ແນະນາເລຕະລົກວິທີກາງແຈ້ງ ການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.7 ມີການປັບປຸງທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	2.7 ມີການປັບປຸງທີ່ການປ່ອງກັນການ ດິຈິຕິເຊື່ອຈູ້ສູງຈາກ/ສູງແລ້ວ ຫຼືອຄອນປົວວ່າ	..........

ເລື່ອມຮັບຈິງທີ	ການຕັ້ງມາຍພະແນກຮັດ	ປຶ້ມຫາ	ການເຮັດວຽກຂອງພໍ່ມ້ວນກຳນົດ	ການປັບປຸງຕົກການນີ້ອອກດັ່ງນັ້ນ	ຜົດສັນຍົກ	ຜູ້ປັບປຸງທີ່ໄປ
/ກ.ຄ.ນ.	ສາພາຜູ້ສູງອາຊຸ			ຕິດຫຼືອອງຫຼືສູງອາຊຸ/ຜູ້ດູແດ ຫົວໜ້ອກຮອບການ		/ຝັດຮັບຈິງທີ່ໄປ
ເບີນຄົງທີ່	3. ການຍອດຜູ້ສູງອາຊຸ ແລະ ການປັບປຸງ ການເພີ່ມການຮັບອາຊຸ	3.	3. ມີຄວາມສູງໃຈເຫັນກາງ ບຣະຍຸທີ່ ຮັກການປັບປຸງທີ່ໄດ້ສອດຄະດີກຳນົດມີຢູ່າຫາ ແລະອຸປະກອດ	3. ການປັບປຸງຕົກການເຫັນຜູ້ສູງອາຊຸ ແລະການປັບປຸງການແພັ່ງກະຕະຈາຍ ເຊື່ອ	3. ທັນາຄອນດຳເນັ້ນທີ່ສັບ ປັບປຸງໃຫ້ໃນການກູ່ແລະຫຼາກພົວ ມື່ອງກັນການຮັດຕືລະໂລກໃນການຮ່າມ ປະຈຳວິວນ	/
3.1 ດັກຈົ້າຕະຫຼາມເຫັນຜູ້ສູງອາຊຸ	3.1....	3.1. ມີຄວາມຜູ້ສູງອາຊຸທີ່ປັບປຸງພະຍາຍາກສ ຈົ້າຕະຫຼາມທີ່	3.1. ມີການປັບປຸງຕົກການສູງອາຊຸ ແຕ່ສັງຄູບປະກົດ ສ້ອງຜູ້ສູງອາຊຸ ກ່ອນໃຊ້ກໍ່ຕົກປິ່ນ	3.1. ມີການປັບປຸງຕົກການສູງອາຊຸ ທີ່ສ້ອງຜູ້ສູງອາຊຸ ແລະມີອຸປະກອດ ກ່ອນໃຊ້ກໍ່ຕົກປິ່ນ	3.1. ມີການປັບປຸງຕົກການສູງອາຊຸ ທີ່ສ້ອງຜູ້ສູງອາຊຸ ແລະມີອຸປະກອດ ກ່ອນໃຊ້ກໍ່ຕົກປິ່ນ	/
3.2 ດັກສ້າງເນື້ອ	3.2....	3.2. ແນະນຳໄປແລະຕາວີຫຼືກາຮ້າສົ່ງເນື້ອ ຫຼັນຫວານທຳງ່າງ	3.2. ເນັ້ນແນະນຳຕົກການສູງອາຊຸ ຫຼັນຫວານທຳງ່າງ	3.2. ມີການປັບປຸງຕົກການສູງອາຊຸ ຫຼັນຫວານທຳງ່າງ	3.2. ມີການປັບປຸງຕົກການສູງອາຊຸ ຫຼັນຫວານທຳງ່າງ	/
3.3 ດັກຕວາມນຸ່ມ	3.3....	3.3. ແນະນຳໄປແລະຕາວີຫຼືກາຮ້າສົ່ງນຸ່ມ	3.3. ເນັ້ນແນະນຳຕົກການສູງອາຊຸ	3.3. ມີການປັບປຸງຕົກການສູງອາຊຸ	3.3. ມີການປັບປຸງຕົກການສູງອາຊຸ	/
3.4 ດັກໃຫ້ມີຄົມປາມື່ອຈຸກ	3.4....	3.4. ແນະນຳໄປແລະຕາວີຫຼືກາຮ້າສົ່ງນຸ່ມ ປົກກຸກ	3.4. ເນັ້ນແນະນຳຕົກການສູງອາຊຸ	3.4. ມີການໃຫ້ມີຄົມປາມື່ອຈຸກ	3.4. ມີການໃຫ້ມີຄົມປາມື່ອຈຸກ ນີ້ມີຄວາມເສີ່ມຕົວກາແພັ່ງຕົວ	/
3.5 ດັກອຸແລະຫຼາກຜູ້ສູງອາຊຸ	3.5....	3.5. ດັກວານຕ່າງໃຫຍ່ການສົ່ງຜູ້ສູງອາຊຸ ຫຼັນຫວານທຳງ່າງຫຼາກ	3.5. ດັກວານຕ່າງໃຫຍ່ການສົ່ງຜູ້ສູງອາຊຸ ຫຼັນຫວານເຫັນຜູ້ສູງອາຊຸ	3.5. ດັກວານຕ່າງໃຫຍ່ການສົ່ງຜູ້ສູງອາຊຸ ຫຼັນຫວານເຫັນຜູ້ສູງອາຊຸ	3.5. ດັກວານຕ່າງໃຫຍ່ການສົ່ງຜູ້ສູງອາຊຸ ຫຼັນຫວານເຫັນຜູ້ສູງອາຊຸ	/

ເລີ່ມຕົ້ນທີ່	ກາຣສິນມາຍື່ແລະກາຮັດຈາກ ສກາພູ້ຖົງອາຫຸ	ປຶ້ມາຫາ	ກາຣເວີບມື້ ຕາດອາຫຸ່ນພົອຮ່ວມກຳນ ຮະຫວາດຮອບຄໍາວຸດຂະຫຼືຢືນ	ກາຣປົງປົກທີ່ການໄປຂອງກິນກາຮ ຕິດຕັ້ງຂອງຜູ້ສູງອາຫຸ່ນໃຊ້ແດ ຫ້ອກຮອນນິ້ນຮ່ວມ	ຜົດສັບຫົກ /ນິດຮັງຕົວໜີ	ຜູ້ປົ້ນຫົກ
ເຂີຍມານີ້ທີ່	3.6 ກາຣຄວາມຄຸມສິນມາວັດໝອນ	3.6.....	3.6 ມີການນັ້ນການມີເປົ້າພໍ່ອໜັກນ ກາຣຕົດເຮືອງສານຫາຫຼຸດທີ່ແກ່ລົມບໍ່ ມີເນື້ອງແລະມີເຮົາ	3.6 ມີກາຮມມີທີ່ກາງວຸດມ ສິນວັດສ໌ອນ	3.6 ມີກາຮມເຕີຍແປຕົກຕິງວຸດ ສ໌ອນ ດະວາຫາ ບົກລັກຫຼັງກິນມາດ ມີມີແຄນ ທີ່ຫົວໜ້າກາເກະ	/.....
	3.7 ກາຣກໍາຕາຫຼື	3.7.....	3.7 ໄກ້າການນັ້ນກາງວຸດກາກສ່າງທີ່ການ ຕະຫາດ ກາຮຕົ້ມເຮົດ	3.7 ມີກາຮມມີທີ່ກາກພໍາລາຍເຫຼືອ	3.7 ມີກາຮມມີທີ່ກາກພໍາລາຍເຫຼືອ ຜູ້ທີ່ຈົງ	.....
	3.8 ກາຮຕັ້ກັ້ນ	3.8.....	3.8 ໄກ້າການນັ້ນກາງເຫັນເຫຼືອ ວິຊາກາຮຕັ້ກັ້ນ ແຕ່ອ່ານໄຫຫາ	3.8 ມີກາຮມມີທີ່ກາກຕັ້ກັ້ນ	3.8 ກາຮຕັ້ກັ້ນເປົ້າເປັນນາຍອັນຫຼັງຈາກ ແລະນຸກາດໃນກາຮນບໍາຮັງຫຼ້າຍ	.....
	3.9 ກາຮຈັກຮຸ່ານ	3.9.....	3.9 ໄກ້າການນັ້ນກາງເຫັນເຫຼືອທີ່ກັ້ນ ແລະນຸກາດທີ່ຕົ້ອງ ເປົ້າເສັ່ນຂອງນິກນ	3.9 ມີກາຮມຈັກຮຸ່ານຫຼັງຈາກຕົ້ອງ	3.9 ມີກາຮມຈັກຮຸ່ານຫຼັງຈາກຕົ້ອງຈົດຕິກິນແລະ ຈັກຮຸ່ານ	.....
	4. ກາຮປະຮະມີນຸ່າຍື່ກັ້ນກາງ	4.....	4. ກາຮຕອນທານກາງວະຊຸກພາຫາກາຍ ແລະກະໂຍະນິມສູງອາຫຸ່ນໃຫຍ້ກາງຊຸດ ວິຄຣະກໍາວານຄົງຫຼາຍແລະຕອນການ ກາວມໍ່ພົງພົງໃຈ	4. ຜູ້ຖົງຈາກ ພົ່ວ່ອງຈຸດ ໄກ້າກາຮ ຕົດຕັ້ງທີ່ນັ້ນ ມີກາວມຄົງຫຼາຍແລະປັບ ປັດໃສ່ມີກາວມພົງພົງໃຈ	4. ຜູ້ຖົງຈາກ ພົ່ວ່ອງຈຸດ ໄກ້າກາຮ ຕົດຕັ້ງທີ່ນັ້ນ ມີກາວມຄົງຫຼາຍແລະປັບ ປັດໃສ່ມີກາວມພົງພົງໃຈ	.....

แบบเพ้าระหว่างโรคติดเชื้อจากการตุ้มและสูขภาพที่บ้าน

- ชื่อผู้ป่วย..... ป่วยเป็นโรค.....
1. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
() ใช่ เมื่อ..... ป่วยเป็นโรค..... คลับบ้านเมื่อ วันที่.....
() ไม่ใช่
2. ผู้ป่วยมีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส
() เมื่อวันที่.....
() ไม่มีไข้
3. อาการอื่น ๆ ที่ปรากฏ
() ไอ เริ่มเมื่อวันที่.....
() ท้องเดิน เริ่มเมื่อวันที่.....
() ปัสสาวะแสบขัด เริ่มเมื่อวันที่.....
() หนอน เริ่มเมื่อวันที่..... ตำแหน่งที่เป็น.....
() ผื่น, แมลง เริ่มเมื่อวันที่..... ตำแหน่งที่เป็น.....
() อื่น ๆ เริ่มเมื่อวันที่.....
4. การใช้เครื่องมือพิเศษ
() การผ่าตัด เริ่มเมื่อวันที่.....
() การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด เริ่มเมื่อวันที่.....
() การสวนปัสสาวะ เริ่มเมื่อวันที่.....
() การใส่ท่อช่วยหายใจ เริ่มเมื่อวันที่.....
() อื่น ๆ เริ่มเมื่อวันที่.....
5. ยาด้านจุดซึ่งที่ผู้ป่วยได้รับ
- | | | | |
|--------|-----------------------|---------------------|-----|
| 1..... | เริ่มเมื่อวันที่..... | ระยะเวลาที่ใช้..... | วัน |
| 2..... | เริ่มเมื่อวันที่..... | ระยะเวลาที่ใช้..... | วัน |
| 3..... | เริ่มเมื่อวันที่..... | ระยะเวลาที่ใช้..... | วัน |
| 4..... | เริ่มเมื่อวันที่..... | ระยะเวลาที่ใช้..... | วัน |

6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ถึงส่งตรวจ.....วันที่ส่งตรวจ.....
ผลการตรวจ.....
ถึงส่งตรวจ.....วันที่ส่งตรวจ.....
ผลการตรวจ.....
ถึงส่งตรวจ.....วันที่ส่งตรวจ.....
ผลการตรวจ.....

7. สรุปผลการติดเชื้อ

- () ติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ดำเนินการ
เชื้อที่พบ.....
() สรุปไม่ได้ () น่าจะเป็นการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน
() ไม่น่าจะเป็น

ลงชื่อ.....ผู้คุยแล
วันที่เก็บข้อมูล.....

แบบสรุปผลการเยี่ยมบ้านเพื่อคุ้มครองกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ครั้งที่/.....

- ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี การฝึกอบรม.....
ปัญหา/ความต้องการ.....
คำแนะนำ.....
- บ. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

.....
ปัญหา/ความต้องการ.....

.....
คำแนะนำ.....

.....
การปฏิบัติที่ได้จัดกระทำให้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล.....

- ค. การคุ้มครองกันการติดเชื้อจากการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
ปัญหาความต้องการ.....

.....
คำแนะนำ.....

.....
การปฏิบัติที่ได้จัดกระทำให้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล.....

.....
ผลการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น.....

.....
ข้อมูลการส่งต่อในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป.....

ลงชื่อผู้เยี่ยม..... วันที่/.....

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ในระยะเวลา 2 เดือน ที่ผ่านมานี้ ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

โปรดเขียนเครื่องหมาย “X”ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคย เลย	เป็นครั้ง คราว	เป็น บ่อย ๆ	เป็น ประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวล				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความรุนแรงใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมารถ				
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวพิคพลາดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มีนิ่งหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				
รวม				

หมายเหตุ: ความสุขทางเพศลดลง มีความหมายรวมไปถึง ความรู้สึกเมื่อหน่ายในเรื่องการคุ้ยเลตโนงให้เป็นที่สนใจของเพศตรงข้าม เช่น ไม่สนใจความสวยงาม/ความหล่อของตนเอง ไม่เอาใจใส่ในเรื่องการแต่งตัว ไม่สนใจความสะอาดเรียบร้อยของตนเอง เป็นต้น

ผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน เป็นบ่อย ๆ = 2 คะแนน เป็นประจำ = 3 คะแนน

0-5 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ ต่ำกว่าปกติอย่างมาก ซึ่งอาจหมายความว่า

ท่านตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือ

ท่านเป็นคนเชื่อยชา ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต หรือ

ในขณะนี้ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตแล้ว

หากท่านต้องการทราบผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของท่านว่าเป็นอย่างไรในความเป็นจริง โปรดเริ่มต้นทำใหม่อีกครั้งหนึ่ง

6-17 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ซึ่งความเครียดในระดับนี้ถือว่าเป็นประ予以ชน์ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

18-25 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติเล็กน้อย อาจเป็นเพราะท่านกำลังมีปัญหา บางอย่าง และยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และท่านเองอาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมไม่มากนัก

หากท่านรู้จักการผ่อนคลายความเครียดเป็นประจำ เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อน หย่อนใจ ทำงานอดิเรก ฯลฯ จะช่วยลดความเครียดของท่านลงได้

26-29 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติปานกลาง อาจเนื่องมาจากการท่านกำลังมีปัญหา ที่รุนแรงในชีวิต เช่น มีความขัดแย้งกับผู้ใกล้ชิด มีปัญหาความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ในชีวิต เป็นต้น

ท่านอาจมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และพฤติกรรม อย่างเห็นได้ชัด เช่น มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ระบบขับถ่ายผิดปกติ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ ทำงานผิดพลาด คื๊มสรุรามากขึ้น ต้องใช้ยาเสพติด เป็นต้น

ท่านจำเป็นต้องเร่งแก้ปัญหาของท่าน โดยเร็วและควรฝึกนิคการคลายเครียด แบบต่าง ๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การให้จินตนาการ การทำสมาธิ เป็นต้น ควบคู่ไปกับการผ่อนคลายความเครียดแบบทั่ว ๆ ไปด้วย

30-60 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติมาก อาจเนื่องมาจากการท่านกำลังประสบ ปัญหาวิกฤติในชีวิต เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง ประสบอุบัติเหตุจนพิการ ถูกเลี้ยงบุคคลที่รัก ตกงาน ล้มละลาย ฯลฯ

ท่านอาจมีความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น เป็นโรคแพ้ในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจกีฬาช่าน คิดมาก ใจน้อย ตัดสินใจพิดพลาด ก้าวร้าว หรือไม่ก็ซึมเศร้า คิดอยากตาย

หากท่านมีความเครียดสูงมากเช่นนี้ นอกจากจะต้องแก้ปัญหาโดยด่วน และ ฝึกนิคการคลายเครียดแบบต่าง ๆ แล้ว อาจจำเป็นต้องไปพบผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิตเพื่อปรึกษาปัญหาและขอรับการช่วยเหลือในการเดินทางด้วย

ประสบการณ์ความเครียด

จากประสบการณ์ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุทำให้คุณเครียด

เมื่อคุณเครียดแล้ว มักมีอาการผิดปกติอะไรบ้าง
ค้านร่างกาย เช่น.....

ค้านจิตใจ เช่น,

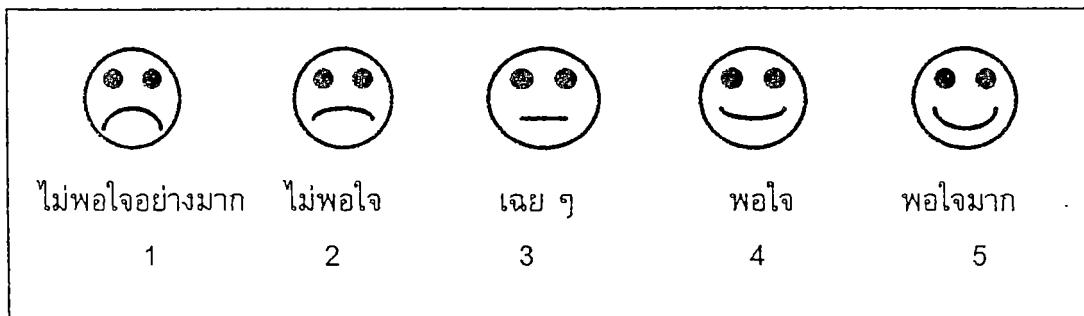
ค้านพฤติกรรม หรือการกระทำ เช่น,

อาการที่เกิดจากความเครียดของคุณ มีผลต่อการทำงานอย่างไรบ้าง

แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการบริการ

สำหรับผู้สูงอายุ และ/หรือ ผู้สูงอายุที่บ้าน

ผู้สัมภาษณ์ : แสดงภาพ Face Scale ทั้ง 5 ระดับและอธิบายให้ผู้สูงอายุทราบความหมายของภาพ



ตามคำตามผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ลงข้อ แล้วให้ชี้ระดับความพึงพอใจจากภาพที่นำมาประกอบ

ข้อที่	ท่านมีความพึงพอใจต่อ.....เพียงใด	1	2	3	4	5
1	อัชญาสัญของเจ้าหน้าที่ให้บริการ					
2	ความสะอาดในการรับบริการ					
3	วิธีการตรวจร่างกายที่ได้รับ					
4	การตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น การเจาะเลือด การส่องด้าวอย่างปัสสาวะ อุจจาระ ฯลฯ					
5	คุณภาพการบริการที่ได้รับ					
6	ปริมาณและชนิดของยาที่ได้รับยา					
7	ขั้นตอนการรับยา					
8	ขั้นตอนการข่ายค่ารักษา หรือ การใช้สวัสดิการ (ถ้าไม่ต้องจ่ายเงิน)					
9	การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว					
10	การนัดหมายในการรับบริการครั้งต่อไป					
11	การพูดจาของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อท่าน					
12	การแสดงออกหรือท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อท่าน					
13	การรอคอย เพื่อรับบริการ					
14	สถานที่ให้บริการ					
15	ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย					

ภาคผนวก ค

1. ขอส่งแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนูรพา
2. ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ใบยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์/เก็บข้อมูล



ฝ่ายบริการวิชาการ
รับที่..... ๐๔๖
วันที่..... ๑๗ ก.พ. ๒๕๔๘
เวลา..... ๙.๐๐ น.

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
รับที่..... ๓๘๘
วันที่..... ๑๕ ก.พ. ๒๕๔๘
เวลา..... ๑๖.๓๐ น.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองบริการการศึกษา งานส่งเสริมการวิจัย โทร.4510 – 4511 <http://www.research.buu.ac.th>
ที่ ศธ 0528.023/๖๓๒๕

วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘

เรื่อง ขอส่งแบบรายงานผลการพิจารณาจัดซื้อจัดจ้างวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ตามบันทึกข้อความ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ ศธ 0528.19/233 ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘
เรื่อง ส่งโครงการวิจัยฉบับแก้ไขเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจัดซื้อจัดจ้างวิจัย โครงการวิจัย
เรื่อง พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดย นางสาววัลลภา พ่วงขา
หัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจัดซื้อจัดจ้างวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา
ความทราบแล้วนั้น

บันทึกโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณา และได้รับการรับรองโครงการวิจัย
จากคณะกรรมการพิจารณาจัดซื้อจัดจ้างวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา แล้ว งานส่งเสริมการวิจัย
กองบริการการศึกษา ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งแบบรายงานผลการพิจารณาจัดซื้อจัดจ้างวิจัย ดังกล่าว
จำนวน 2 ชุด นายังท่านเพื่อแจ้งนักวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นักวิจัยทราบ จักขอบคุณยิ่ง

ผู้อนุมัติ
ศ.ดร. ชัยนาถ กานต์

1. ผู้จัดการห้อง

2. เนินดอร์ฟ อาจารย์,

นักวิจัย (ชานนิต ชัยมงคล) ภานุ

๑๕ ก.พ. ๔๘

~.~ ๑๖ ก.พ. ๔๘

(ศาสตราจารย์สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย

๑๕ ก.พ. ๔๘

1.๖ ก.พ. ๔๘



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ภาษาอังกฤษ Development in prevention of infections in aging form home health care
in saensook amphur muang chonburi.

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาววัลลภา พ่วงทำ

3. หน่วยงานที่สังกัด : ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

- 1) เคราะฟในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการ ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม
โครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และ
รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย
ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(✓) รับรองโครงการวิจัย

() ไม่รับรอง

5. วันที่ที่ให้การรับรอง : 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วนานา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



**รายชื่อคณะกรรมการพิจารณาจuryกรรมการวิจัย
งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา**

เพื่อเป็นการคุ้มครอง และปกป้องต่อตัวอย่างที่จะดำเนินการวิจัยทั้งที่เป็นมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินงานวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา และให้การดำเนินการวิจัยถูกต้องตามหลักจริยธรรม หลักสิติมุนุยชน และจรรยาบรรณนักวิจัย โดยพิจารณาและให้ความเห็นประเดิ่นจริยธรรมของโครงการวิจัย ในมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่สังกัด
1.	ศ. ดร. สมศักดิ์ พันธุ์อัฒนา	ประธานกรรมการ	สำนักงานอธิการบดี
2.	ศ. ดร. นพ. ศาสตร์ เถ้าคนช์	รองประธานกรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
3.	นพ. วรรณะ อุนาภูด	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์
4.	ดร. พิศมัย หอมจำปา	กรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
5.	ดร. สมโภชน์ อะเนกสุข	กรรมการ	คณะศึกษาศาสตร์
6.	ผศ. ดร. วุฒิชาติ สุนทรสมัย	กรรมการ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
7.	ดร. วราเทพ มุขวรรณ	กรรมการ	สถาบันวิทยาศาสตร์ทางทะเล
8.	นางสาวสุชาดา มนีสุธรรม	กรรมการ	งานวินัยและนิติกร กองการเจ้าหน้าที่
9.	รศ. ดร. วรรณี เดียวอิศเรศ	กรรมการและเลขานุการ	สำนักงานอธิการบดี
10.	นางสาวกฤณณา วีระญาโณ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา
11.	นางสาวรุ่งนภา นานะ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเทศบาลเมือง
แสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ/หัวหน้าครอบครัว ผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอชี้แจงให้ท่านทราบถึง เหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาและระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ผู้วิจัยจะทำการศึกษาข้อมูลเพื่อประเมินสถานะเหตุผลปัจจัยส่งเสริม กิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล หรือครอบครัวกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการสร้างรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยจะขออนุญาตเยี่ยมบ้านประมาณ 10 ครั้ง

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพ เช่น การล้างมือ การทำลายเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูแลสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

3. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีปฏิบัติของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว

ผู้วิจัยจะดำเนินการเยี่ยมบ้าน ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์หรือสอบถาม ผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจร่างกาย ในขณะเดียวกันผู้วิจัยจะสังเกตสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

3.1 ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ระยะเวลาที่ศึกษา กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.2 ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.3 ได้รับการเยี่ยมบ้านประมาณ 10 ครั้ง โดยได้รับการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เช่น อายุ ประวัติการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทั่วไปเบื้องต้นเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ

ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ผลกระทบความเห็นร่วมกันในการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อที่บ้าน

4. การรักษาความลับของข้อมูล

ผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวอย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อได้ที่
วัฒนา พ่วงคำ ฝ่ายบริการวิชาการ

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์ 038-390324, 390580 ต่อ 800

ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านและขอขอบคุณในความร่วมมือ
มา ณ โอกาสนี้

ใบขินยอมให้ทำการสัมภาษณ์/เก็บข้อมูล

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... นามสกุล..... อายุ..... ปี
ได้รับฟังคำอธิบายจาก..... (ชื่อผู้อธิบาย) ว่า ข้าพเจ้าเป็นบุคคลหนึ่ง
ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาโครงการวิจัย เรื่อง พัฒนาการป้องกันการติดเชื้อจากการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองแวนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยข้อความที่อธิบาย
ประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาและระยะเวลาที่ทำการศึกษา
2. การป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
3. ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติของผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ต้องปฏิบัติ
4. การรักษาความลับของข้อมูล

ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดต่าง ๆ และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบ
สัมภาษณ์ดังกล่าวเพื่อเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์
เมื่อใดก็ได้ที่ข้าพเจ้าต้องการ และจะไม่มีผลใด ๆ ต่อความเป็นอยู่ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถถอนตัว
จากการเข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติที่ได้รับจากโรงพยาบาล

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลวิจัย
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ทำวิจัย
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)