

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลที่ได้มีผู้ศึกษาไว้หลายแนวความคิด ผู้วิจัยได้สรุปรวบรวมสาระสำคัญและนำเสนอดังนี้

1. แนวคิดการดูแลและพฤติกรรมการดูแล
 - 1.1 ความหมายการดูแล
 - 1.2 รูปแบบการดูแล
 - 1.3 กระบวนการดูแล
 - 1.4 พฤติกรรมการดูแล
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.1 ความหมายผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.2 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 2.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 2.4 ภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ
 - 2.5 การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.6 มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับนักศึกษาพยาบาล และการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติที่มุ่งเน้นการดูแล
 - 3.1 การจัดการศึกษาภาคปฏิบัติ
 - 3.2 ประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติ
 - 3.3 การเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

1. แนวคิดการดูแลและพฤติกรรมการดูแล (The Concept of Caring and Caring Behaviors)

1.1 ความหมายการดูแล

การดูแลเกิดร่วมกับในทุกกิจกรรมการพยาบาลตลอดเวลา ใช้อธิบายการปฏิบัติกรพยาบาล และเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณลักษณะเฉพาะในทางวิชาชีพการพยาบาล แสดงว่า “การดูแลเป็นศาสตร์และศิลปะของการพยาบาลอย่างแท้จริง” หรืออีกนัยหนึ่ง “การดูแลเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล” (Leininger,

1981; Watson, 1984; Gardow, 1989; พวงรัตน์ บุญญาภักดิ์, 2536; พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) แนวคิดการดูแล
มีการศึกษาค้นคว้าใฝ่หาภายใต้มุ่งอธิบายความหมาย กระบวนการดูแล ส่วนประกอบของการดูแลไว้ต่างกันดังต่อไปนี้

May (1969: 300 อ้างถึงใน Amy, 1997: 7) กล่าวว่า พื้นฐานของการดูแลมีความรู้สึกร่วมเกี่ยวของ
และผูกพันกับผู้อื่นในฐานะความเป็นมนุษย์ เริ่มจากการมีความรักร่วมกับความรู้สึกปรารถนาที่จะให้การดูแล
และแสดงออกอย่างเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำ

Maxwell (1972: 6-8) กล่าวว่า การดูแลเป็นสิ่งที่เกิดร่วมกัน และสามารถรับรู้ต่อกันในสัมพันธภาพ
ของบุคคลระหว่างการให้และการรับการดูแล

Brunner และ Suddarth (1975: 12) กล่าวว่า การดูแลเป็นความห่วงใยอาทรอย่างผูกพันและความ
รู้สึกที่มีต่อบุคคลแต่ละคนในสัมพันธภาพการดูแลมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

Leininger (1971, 1976, 1994) กล่าวว่า การดูแลเป็นส่วนที่ฝังลึกอยู่ในการปฏิบัติเป็นส่วนประกอบ
ที่เกิดขึ้นในการพยาบาลผู้ป่วย เป็นการรับรู้ถึงการแสดงการกระทำของมนุษย์ และกระบวนการที่ช่วยเหลือผู้อื่น
(Assistive) การสนับสนุนส่งเสริม (Supportive) และการเอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitative) ให้กับผู้อื่นเป็นราย
บุคคล หรือกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความสนใจเอาใจใส่ โดยมีองค์ความรู้ที่หลากหลายทั้งทาง
วิชาการและต้องเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ที่แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม
มีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ สนองตอบความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคลในการดำเนิน
ชีวิตและพึงพอใจในความตาย โดยการดูแลเชิงวิชาชีพและการดูแลทั่ว ๆ ไป แตกต่างกันในความหมาย
รูปแบบการดูแล การแสดงออก และการกระทำที่แปรเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม

Watson (1976, 1984) กล่าวว่า การดูแลเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือระหว่างบุคคลในการเอาใจใส่
ร่วมกัน (Helping-trust Relationship) อย่างต่อเนื่อง รมกับใช้ความรู้ กระบวนการช่วยเหลือ และความสามารถรับ
รู้ถึงสภาวะของบุคคลแบบองค์รวม เน้นด้านจิตวิญญาณอย่างกลมกลืน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ป่วย มีอิสระในการเลือกสนใจ รวมทั้งมีเอกลักษณ์ และคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตอยู่ หรือความ
ตายและมีความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

Blatner (1981: 10) อธิบายว่า เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ที่มีความ
เข้าใจ ไว้วางใจกัน นำมาซึ่งการแลกเปลี่ยน ความคิด ความรู้ ประสบการณ์ พลังงานและเทคนิควิธีการระหว่าง
กัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการยกระดับภาวะสุขภาพที่สนองตอบความต้องการ และเกิดความพึงพอใจในชีวิต

Bevis (อ้างถึงใน Leininger, 1981: 49-59) อธิบายว่า เป็นกระบวนการและรูปแบบของศิลปะการ
ปฏิบัติดูแลที่แสดงออกด้วยความรู้สึกเอาใจใส่ ยุติศตุนด้วยความรัก ในขณะที่สัมพันธภาพระหว่างกัน
เพื่อการสนับสนุนและช่วยให้ผู้อื่นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ความรู้สึกในการดูแลเป็นการใช้ความคิดที่ละเอียด
ครอบคลุมนในการที่จะแสดงออกเป็นการกระทำ รวมทั้งมีปัจจัยร่วมที่มีผลทำให้การดูแลแตกต่างกันไป ตาม
ค่านิยม วัฒนธรรม วุฒิมาระ เวลา ระดับความเครียดและค่าใช้จ่ายในขณะดูแล

Gaut (1983 อ้างถึงใน Leininger, 1981: 50) ได้วิเคราะห์แนวคิดการดูแลของ Paterson และ Zderad
โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ส่วน และอธิบายไว้ว่าประกอบด้วย

- 1) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้สึกสนใจ หรือเอาใจใส่ในการดูแลผู้อื่น
- 2) ผู้ให้การดูแลจะแสดงกิจกรรมในการสัมผัสผู้อื่น ได้ตามกฎหมาย
- 3) เป็นการผสมผสานความรู้สึก และการกระทำเพื่อปกป้องสวัสดิภาพของผู้อื่น การดูแลจะเกิดขึ้น เป็นกระบวนการกระทำ มากกว่าการพิจารณาเป็นพฤติกรรมเฉพาะ

Roach (1987: 49, 1997: 2-3) กล่าวว่า การดูแลเป็นสิ่งที่คงอยู่ในความสามารถของมนุษย์ทุกคน หรือเป็นวิถีของความเป็นมนุษย์ (Human mode of Being) จำเป็นในการพัฒนาและนำไปสู่การบรรลุตามความต้องการของมนุษย์ทั้งบุคคล เป็นการแสดงกระทำทั้งหมดที่ถูกกำหนดไว้ตามความรู้สึกของบุคคล เชื่อว่า "การดูแลเป็นการดูแลจากใจ" ร่วมกับเป็นการแสดงความสามารถในการดูแลมนุษย์โดยใช้ความรู้ ละทักษะความชำนาญที่กำหนดบทบาทของผู้ให้การดูแลเชิงวิชาชีพ การดูแลเป็นส่วนสำคัญภายนอกที่รวมเข้าไว้ในทุก ๆ กิจกรรมการพยาบาลและการรักษาที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ และอธิบายวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างชัดเจน

Morse และ Other (1990 อ้างถึงใน Kenny, 1996: 261-272) โดยศึกษารวบรวมการให้ความหมาย และแนวคิดการดูแลทางการพยาบาล สรุปไว้ 5 แนวคิด ว่า การดูแล คือ

- 1) คุณลักษณะที่อยู่ในบุคคล ตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีแบบแผน
- 2) ความประพฤติตามหลักศีลธรรม หรือความคิดทางอุดมคติที่เป็นการประพฤติตามกฎเกณฑ์ ศีลธรรม และความยึดมั่นของบุคคล
- 3) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
- 4) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่จะรวมถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกัน
- 5) การดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อการบำบัดรักษาที่มีลักษณะเฉพาะ

MacPherson และคณะ (1991:229) กล่าวว่า การดูแลเป็นขั้นตอนที่จะเกิดขึ้น และสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่ผู้อื่นได้ โดยผู้ให้การดูแลให้ความสนใจ เอาใจใส่ ร่วมรู้สึก เข้าใจจิตใจและการแสดงออกอย่างมีเหตุผลต้องตระหนักถึงมุมมองของผู้อื่น เข้าใจวัตถุประสงค์ และการยอมรับจากผู้รับการดูแล ก่อนให้การดูแล

ฟวงรัตน์ บุญญานรักษ์ (2536: 13; 2538: 43-44) กล่าวว่า การดูแลเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการสามารถรับรู้ มองเห็นและระบุได้ และการเน้นถึงกิจกรรมเชิงปฏิบัติในส่วนลึกที่เฉพาะเจาะจง และแสดงถึงแก่นแท้ของวิชาชีพการพยาบาลได้ชัดเจนมากกว่าการพยาบาล

ฟาริดา อิบราฮิม (2533:214-219) กล่าวว่า การดูแลเป็นการกระทำที่ต้องปฏิบัติกับคนที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ประกอบด้วยความรู้สึก การนึกคิด และเทคนิคปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง และความเป็นจริงหรือสัจจะ (Fact & truth) ที่สามารถรับรู้ได้ระหว่างกัน โดยมีความรู้ ทักษะปฏิบัติการดูแล และความรักเป็นพลังพื้นฐานในการดูแล

สรุปได้ว่า การดูแลเกิดขึ้นทันทีที่มีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับการดูแล เป็นการเห็นคุณค่า ให้ความสำคัญ ความนึกคิดด้วยพื้นฐานของการเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทรกันโดยตรงต่อกิจกรรมการปฏิบัติในกระบวนการและการตัดสินใจ ร่วมกับสามารถรับรู้ ระงับพฤติกรรมหรือการกระทำที่ถ่ายทอดในขณะที่ให้การดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนอย่างผสมผสานแบบองค์รวม เพื่อดำรง

ไว้ซึ่งการเจริญเติบโตและพัฒนาการของภาวะสุขภาพ ที่สนองตอบตามความต้องการและความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล มุ่งให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดพลังอำนาจที่เกิดรวมกันทั้งจากผู้ป่วย พยาบาล และวิชาชีพ

1.2 รูปแบบของการดูแล

Blatner (1981: 82-94 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538: 53-54) เสนอไว้ 3 รูปแบบ คือ

1. การดูแลตนเอง (Intrapersonal Caring) เริ่มจากบุคคลจะต้องเอาใจใส่ต่อตนเองแบบองค์รวม ให้ความเคารพ รับรู้คุณค่า ความสามารถและศักยภาพของตนกับสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดการดูแลบุคคลอื่นด้วยความมั่นใจ

2. การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เกิดขึ้นในขณะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน อากัปกิริยาสัมผัส (Touch) เกิดความผูกพันเป็นทางที่ถ่ายทอดถึงการดูแลและให้สนใจ สามารถรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตรงกัน และ Gradner (อ้างถึงใน Leininger, 1981: 69-79) อธิบายว่า เป็นกิจกรรมการดูแลเชิงวิชาชีพของพยาบาล ให้การสนับสนุนครอบคลุมบุคคลทั้งคน (Holistic care) ให้การสนับสนุน (Supportives Caring)

3. การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นระบบการพึ่งตนเองของชุมชน ในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพอนามัย โดยมีผู้ให้บริการของรัฐและเอกชนที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ยับยั้งความสับสน และให้ความช่วยเหลือเกื้อหนุน

Brown (1986: 60-61) ได้วิเคราะห์และอธิบายรูปแบบการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย และการสนองตอบของพยาบาลในประสบการณ์การดูแล ที่เสนอไว้ 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 พยาบาลต้องใช้การเก็บซ่อนความรู้สึกภายใต้การดูแล ในการแสดงความสามารถที่มีความรู้ทักษะ การเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ และให้ความอบอุ่นใจ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ยอมรับในคุณลักษณะความต้องการ และการส่งเสริมเอกลักษณ์ของบุคคล มุ่งเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยคำนึงถึงความรู้สึกและการได้เลือกตัดสินใจของผู้รับการดูแล

Watson และ other (1979) เสนอรูปแบบการดูแลใน 2 ลักษณะ คือ

รูปแบบที่ 1 การแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริม และปกป้องความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Expressive activity) ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1) เกิดระหว่างการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ศรัทธา ความหวัง การไวต่อการรับรู้ การยอมรับความรู้สึก ความเมตตากรุณา ความร่วมรู้สึก การสัมผัส ความอบอุ่นใจและความจริงใจ

2) เกิดจากการสนับสนุน ได้แก่ การเอาใจใส่ การเฝ้าระวัง ความคุ้มครองตรา ให้ความสุขสบาย ปกป้องและปรับสภาพแวดล้อม ด้วยการยอมรับความเป็นส่วนตัวและอาณาเขตตามความต้องการ

รูปแบบที่ 2 การแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อตอบสนองการรักษายาบาล (Instrumental activities) ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1) พฤติกรรมที่กระทำด้านร่างกายด้วยการแนะนำช่วยเหลือ เช่น การช่วยให้เกิดความพึงพอใจตามความต้องการของมนุษย์ การจัดการตามวิธีการปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การลด

ความเครียดด้วยเทคนิควิธีพิเศษ การจัดสภาพแวดล้อม

2) พฤติกรรมการช่วยเหลือด้านความรู้ เช่น การชี้แนะ การสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและการแก้ไขปัญหา

13 กระบวนการดูแล

Brown (1986: 61) ศึกษาการดูแลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล จัดกระบวนการดูแลไว้ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการ ความสามารถหรือความปรารถนาของตน

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลควรเข้าใจ และยอมรับความต้องการของผู้ป่วย กำหนดกิจกรรมการดูแล ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ชัดเจนร่วมกัน นับว่าเป็นขั้นของกระบวนการบ่งชี้ประสิทธิภาพของการดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ บรรลุตามความต้องการ เป็นขั้นที่จำเป็นต่อการเกิดคุณภาพของการดูแล โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงการดูแลที่ตนได้รับ

ขั้นตอนที่ 4 การรับรู้ถึงผลการดูแลที่ได้รับซึ่งกันเกิดการรับรู้ความสามารถ ความสนใจ เอาใจใส่ และคุณค่าที่ได้รับจากการดูแล แสดงถึงเป็นการประเมินการดูแล

การแสดงพฤติกรรมดูแลที่ส่งเสริมและปกป้องความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Expressive activities) ร่วมกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองการรักษายาบาล (Instrumental activities) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับตามความต้องการ มีความสำคัญต่อกระบวนการดูแล

14 พฤติกรรมการดูแล

ความสำคัญของการบริการพยาบาลอยู่ที่การแสดงพฤติกรรมพยาบาล ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการแสดงออกเป็นการกระทำ และความรูสึกทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับการดูแล ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งมีผู้ศึกษาและอธิบายลักษณะการแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการดูแลไว้ดังนี้

Kreuler (1957: 302 อ้างถึงใน Wolf, 1986: 88) อธิบายว่า การดูแลเกี่ยวข้องกับความรู้สึก เป็นประสบการณ์และการตอบสนองผู้อื่นในฐานะผู้ให้การดูแล เป็นการแสดงออกถึงการเฝ้าดูแลผู้อื่น การอยู่ด้วยกัน การให้ความเอาใจใส่ การป้องกันอันตราย การจัดเตรียมเพื่อตอบสนองความต้องการและเป็นการกระทำ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ มีเมตตาในขณะที่ยินยอมร่วมกัน มีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงการไวต่อการรับรู้ตามหน้าที่ ให้การยอมรับและคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

From (1963 อ้างถึงใน Wolf, 1986: 85; Amy, 1997: 10) อธิบายว่า การดูแลมีความรักเป็นพื้นฐานที่เป็นจุดเริ่มต้นของการให้ อันก่อให้เกิดพลังในบุคคลเป็นจุดคติที่ทำให้เกิดแนวโน้มการรับรู้ถึงการแสดงออกในการเอาใจใส่ ความรับผิดชอบ การให้ความเคารพ การยอมรับและการมีความรู้และความพยายามร่วมกับการผสมผสานระหว่างกัน เพื่อการจัดอุปสรรค ในการดำรงชีวิตอยู่ และการเจริญเติบโตของผู้ได้รับการดูแล

Roger (1965: 42) อธิบายว่าความรักเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมดูแลที่แสดงออกถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ให้การยอมรับและเกิดระหว่างการให้ความช่วยเหลือต่อกัน

Mayeroff (1971: 64) อธิบายว่า เป็นกรช่วยเหลือผู้อื่นอย่างอ่อนโยน ความนุ่มนวลโดยตระหนักถึงสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกัน เป็นพื้นฐานในการเข้าถึงโลกของผู้อื่น รู้ความสามารถ ข้อจำกัดของการดูแล และพลังกำลังของกันและกัน เพื่อมุ่งให้เกิดการสนองตอบตามความต้องการ และเกิดความเจริญเติบโตจนถึงระดับที่ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า ที่มีองค์ประกอบ 8 ข้อ ดังนี้

- 1) การรู้จักเกี่ยวกับผู้รับการดูแล (Knowing) แสดงถึงการรู้จักบุคคล ทั้งในด้านพลังกำลัง ความสามารถ ความต้องการ ความปรารถนา เป้าหมายของผู้รับการดูแล นำมาซึ่งความเข้าใจวิธีการปฏิบัติกรดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้ดีขึ้น อาศัยความรู้ในพฤติกรรมมนุษย์ พัฒนาการ การสื่อสาร และการแก้ปัญหา
- 2) ความเข้าใจความหลากหลายของปัญหา (Altering rhythm) การเรียนรู้การดูแลจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการดูแล กำหนดเลือกการดูแลให้เหมาะสม รวมถึงการดัดแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้รับการดูแล ตามความสามารถของตน
- 3) ความอดทน (Patience) ในการส่งเสริมให้ผู้รับการดูแลได้พยายามค้นหา และรู้จักตนเอง ให้อเวลาในการช่วยเหลืออย่างอิสระ โดยพร้อมที่จะรับฟัง อยู่เป็นเพื่อน ยอมรับความลับสนของผู้รับการดูแล
- 4) ความจริงใจต่อผู้รับการดูแล (Honesty) เข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองและร่วมเห็นใจผู้อื่น
- 5) ความไว้วางใจเชื่อมั่น (Trust) ในการสร้างสัมพันธภาพและกำหนดหนทางที่เหมาะสมร่วมกัน
- 6) ความถ่อมตัว (Humility) เป็นการเรียนรู้ลักษณะที่แตกต่างกันของผู้รับการดูแลแต่ละบุคคล
- 7) ความหวัง (Hope) คำนึงถึงความเป็นไปได้ อย่างมีเหตุผลแท้จริงของการดูแล
- 8) ความกล้า (Courage) การปฏิบัติกรดูแลในสิ่งที่ปกป้องสิทธิของตนและผู้อื่น

Nouwen (1975 อ้างถึงใน Wolf, 1986: 88) เน้นการยอมรับในวุฒิภาวะการดูแลซึ่งกัน ประกอบด้วย การร่วมทุกข์สุข การมีส่วนช่วยเหลือสนับสนุน การฟังอย่างตั้งใจ การพูดจาสุภาพนุ่มนวล การสัมผัสอยู่ด้วยให้ความจริงใจ เข้าใจในโลกที่แท้จริง และร่วมแบ่งปัน เป็นต้น และพบว่ารูปแบบการดูแลจะต้องมีการฟังอย่างช่วยเหลือ (Listening with care) เพื่อรับรู้เรื่องราวของบุคคลอื่น และรู้สึกว่าการได้รับรู้เรื่องของผู้อื่น ส่วนการแสดงออกด้วยการช่วยเหลือ (Play with care) ต้องทำอย่างตั้งใจเน้นกิจกรรมที่ทำกับบุคคลมากกว่าจำนวนกิจกรรมที่ปฏิบัติและมุ่งหวังผลสำเร็จและด้านสุดท้ายคือการทำงานด้านการดูแลช่วยเหลือ (Working with care)

Montagu (1978 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538: 57) เป็นแสดงออกถึงความเป็นผู้อ่อนโยน มีความยืดหยุ่น ความรู้สึกร่วมและเข้าใจกัน มุ่งที่การสัมผัสที่นุ่มนวล (tactile stimulation) ร่วมกับแสดงท่าทางต้านร่างกาย โดยมีพื้นฐานจากความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เพื่อการสื่อสารต่อกัน เกิดความมั่นคงปลอดภัยและความรู้สึกสบาย

Riemen (1986: 30-36) ศึกษาในผู้ป่วยรับรู้ว่า การกระทำของพยาบาลที่ขาดการดูแล ในเรื่องดังนี้

- 1) ปฏิบัติงานอย่างรีบร้อนและมุ่งหวังประสิทธิภาพ ได้แก่ รีบร้อนตลอดเวลาไม่มีเวลาพูดกับผู้ป่วย มุ่งหวังประสิทธิภาพของงาน ทำงานคล้ายเครื่องจักร มาหาผู้ป่วยเมื่อมีงานเท่านั้น ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ขาดความเป็นมนุษย์
- 2) มุ่งปฏิบัติงานตามหน้าที่ ได้แก่ มาปฏิบัติงานตามหน้าที่ แล้วก็หมดภาระกลับบ้านเลย

ทำงานเป็นกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ชอบทำงานการพยาบาลแต่ไม่ชอบทำกับผู้ป่วย

3) ไม่มุ่งนวล กระตัง และดูถูกผู้ป่วย ได้แก่ ปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็กเล็ก ๆ มีลักษณะบึกบึน ไม่มุ่งนวล ให้คำตบท้าย ๆ เท่านั้น ราวกับว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาที่จะเข้าใจ มองดูผู้ป่วยเป็นเด็กอายุ 10 ขวบ ไม่ได้ทำตามทีบอกผู้ป่วยไว้ พุดด้วยเสียงดัง ไม่มุ่งนวลไพเราะ และปฏิบัติด้วยความกระตัง สัมผัสด้วยความไม่มุ่งนวล

4) ไม่มีการตอบสนองแม้เมื่อขอร้อง ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยกดกริ่งเรียกหรือเรียกพยาบาลไม่ได้มาหา ไม่ได้ให้ความสนใจผู้ป่วย เมื่อพูดกับผู้ป่วยก็พูดกับผู้อื่นด้วย ไม่สนใจความต้องการของผู้ป่วย ไม่ได้มาเยี่ยม

5) ให้การดูแลราวกับว่าผู้ป่วยเป็นวัตถุ ได้แก่ มองดูที่เครื่องมือโดยไม่ได้มองดูผู้ป่วย ทำราวกับว่าผู้ป่วยไม่มีชีวิตจิตใจ ไม่ได้สนใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ไม่ได้สังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ได้ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย ไม่ได้บอกว่าการกำลังทำอะไรให้แก่ผู้ป่วย มองดูผู้ป่วยเหมือนเป็นวัตถุ ปฏิบัติกับฉันเหมือนไม่ใช่มนุษย์ ไม่เคยพูดกับผู้ป่วยเมื่อมาทำงานให้ที่เตียง

Watson (1988) อธิบายว่า เป็นความเอาใจใส่ของผู้ให้การดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจต่อกัน ด้วยความเต็มใจร่วมมือกันมีอิสระในการเลือกตามเอกลักษณ์ของตน จริงใจต่อกัน เน้นด้านจิตใจและความเป็นมนุษย์ ผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึงสัมพันธภาพระหว่างกัน เป็นเป้าหมายการดูแล คือ เกิดการส่งเสริมการหาย และความภาคภูมิใจในตัวเองของผู้ป่วย มี 10 พฤติกรรม ดังนี้

1) การสร้างค่านิยมด้านความมีมนุษยธรรม และความเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น (The Formation of a Humanistic-Altruistic System & Values) เป็นพื้นฐานของการให้การดูแลมนุษย์ที่สำคัญ และส่งเสริมการดูแลเชิงวิชาชีพที่ดีที่สุด เนื่องจากความไม่เห็นแก่ตัว เป็นข้อผูกพันที่ยึดมั่นและเกิดความพอใจที่ได้รับจากการเห็นประโยชน์ผู้อื่น และความรักในเพื่อนมนุษย์

2) เอาใจใส่ต่อความเชื่อและความหวัง (Nurturing of Faith and Hope) ส่งเสริมให้กำลังใจกัน สัมผัสและการยอมรับ ซึ่งกัน

3) ไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่น (The Cultivation of Sensitivity to one's Self and others) ให้ความเข้าใจและมีอารมณ์ร่วมความรู้สึก ในขณะที่ให้การดูแล

4) การพัฒนาสัมพันธภาพในการช่วยเหลือการไว้วางใจ และสัมพันธภาพของการดูแลมนุษย์ (Development of a Helping-Trusting, Human Caring Relationship) รู้จักโลกทัศน์ความเป็นตัวของตัวเอง และทักษะของผู้ป่วยในความรู้สึก (Affects) ที่จะกระตุ้นและยับยั้งขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น

5) ส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและลบ (promotion and Acceptance of the Expression of Positive and Negative feelings) โดยการรับรู้เข้าใจความรู้สึก ปัญหาและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จริงใจ ยอมรับ และส่งเสริมให้การช่วยเหลือตอบสนองความต้องการ

6) การใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Use of Creative Problem Solving Processes) ต้องใช้ความรู้เป็นหลักร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของตน เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย

7) ส่งเสริมการเรียนการสอนระหว่างบุคคล (Promotion of Transpersonal Teaching-Learning)

มีการสอน การให้ข้อมูลและการบอกเล่าสิ่งต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย

8) มีการจัดเตรียมสภาพสิ่งแวดล้อมแบบองค์รวม (Holistic) เพื่อการสนับสนุน ป้องกัน หรือแก้ไข (The Provision for a Supportive Protective and (or) Corrective mental physical socioculture and spiritual environment) ด้วยการเอาใจใส่ช่วยเหลือสิ่งแวดล้อม ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การดูแลคุณภาพ ที่มุ่งชี้ถึงคุณภาพของการดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ การให้ความสุขสบาย (Comfort) การให้ความเป็นส่วนตัว (Privacy) การให้ความปลอดภัย (Safety) และให้ความสะอาดและความสวยงามของสภาพแวดล้อม

9) การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ (Assistance with Gratification of Human Needs) ในการประสานสร้างความต้องการร่วมกัน

10) การส่งเสริมให้มีพลังจิตวิญญาณที่มาจากประสบการณ์ตรงที่มีอยู่จริง (The Allowance for Existential-phenomenological forces) พลังจิต ประสบการณ์ตรงและวิญญาณ สัมพันธ์กันที่จะสนับสนุนการเข้าไปค้นหาความหมายในชีวิต และการมีสติรู้ตัวตลอดเวลา

Leininger (1994) กล่าวถึง "การดูแลเพื่อมนุษย์" (human care) พฤติกรรมการดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่เกิดควบคู่กับการพยาบาลมากกว่าการรักษาพยาบาล และเป็นส่วนประกอบที่เกิดขึ้นในทุก ๆ กระบวนการรักษาเป็นการรับรู้ถึงการแสดงการกระทำ และการตัดสินใจของมนุษย์และกระบวนการที่จะช่วยเหลือผู้อื่นทั้งรายบุคคลหรือกลุ่ม ที่แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม ในการมุ่งช่วยเหลือให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น เกิดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ผาสุก หรือประสบความสำเร็จ การสนองตอบความต้องการของมนุษย์ ความพึงพอใจในตนเองเพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่อยู่ภายใต้โครงสร้างหน้าที่ และสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน

การดูแลมีพื้นฐานอยู่ที่ความสนใจหรือเอาใจใส่ในความเป็นมนุษย์ ที่มุ่งถึงการแสดงออกของการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสุขสบาย (Comfort) ความสนใจเอาใจใส่ (Attention) การสัมผัส (touch) การปกป้อง (Protection) การสร้างความไว้วางใจ (Trust) การอยู่เฝ้าสังเกต (Surveillance) การประคับประคอง (Support) การช่วยเหลือ (Succor) การเลี้ยงดู (Nurturance) การเข้าถึงและร่วมรู้ความรู้สึก (Empathy) ความเห็นอกเห็นใจ มีเมตตา (Compassion) การลดภาวะเครียด (stress alleviation) และการเอาใจใส่ (Concern)

Roach (1987, 1992 40-43, 1997:1-7) กล่าวถึง เป็นความสามารถของมนุษย์ทุกคน ในการแสดงออกหรือกระทำในการดูแลต่อมนุษย์ มีพื้นฐานของความรัก ความเห็นอกเห็นใจ มีเมตตา ความห่วงใย เอาใจใส่ ร่วมสนุก เสียใจ เศร้าใจ อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อมุ่งความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลอื่น ที่จำเป็นและมีคุณค่ามากในการพัฒนาการช่วยเหลือต่อกัน อันนำไปสู่การบรรลุถึงสิ่งที่มนุษย์ต้องการและรับรู้ร่วมกันในขณะที่ยุติปฏิบัติเกิดความพึงพอใจและสุขใจต่อการแสดงออก การดูแลจะแสดงพลังอำนาจ เอกลักษณ์ของการดูแลสุขภาพของอิสระตามที่ได้รับมอบหมายจากสังคม คือ "การดูแลมนุษย์เชิงวิชาชีพ" นำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแล ได้อธิบายลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแล ประกอบด้วย 5 ด้าน (5 C's of caring)

1) ด้านความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) การปฏิบัติที่คำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างกัน และเป็นส่วนประกอบที่เกิดระหว่างการให้ความช่วยเหลือกับ ความรู้สึกนึก ให้การตอบสนองอย่างสร้างสรรค์ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมใน ประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่น และร่วมแสดงการแบ่งปัน

ความสนุก ความเศร้าใจ ความเจ็บปวด ความยินดี และความสำเร็จของผู้อื่น ในขณะที่ที่พึ่งพาต่อกันตลอดชีวิต

2) ด้านความสามารถ (Competence) การมีความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น มีการตัดสินใจ มีพลัง มีประสบการณ์ และเกิดแรงจูงใจ มุ่งหวังที่จะตอบสนองตามความต้องการอย่างเหมาะสมเท่าเทียมกันใน แต่ละบุคคลตามความรับผิดชอบและการปฏิบัติตามวิชาชีพ

3) ด้านความเชื่อมั่นไว้ใจ (Confidence) ด้วยการแสดงความเชื่อมั่นต่อกัน ซึ่งจะสนับสนุนความไว้วางใจ การพึ่งพาระหว่างกัน และการแสดงความเคารพในความเป็นบุคคล ทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่จริงจังต่อกัน อันจะนำไปสู่คุณภาพของสัมพันธภาพการดูแล

4) ด้านจิตสำนึกตามถูกต้องทางจริยธรรมศีลธรรม (Conscience) เป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ แสดงพฤติกรรมที่เข้าใจ จริงใจ ปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการตามเจตธรรมณ์ ศีลธรรม จริยธรรม ด้วยการสำนึกในบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ให้การดูแลอย่างมีเหตุผล คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรี เห็นคุณค่าในสิทธิของผู้อื่น

5) ด้านพันธะผูกพันในการปฏิบัติงาน (Commitment) เป็นส่วนที่เกี่ยวกับความปรารถนาในการช่วยเหลือตามความต้องการ และภาระหน้าที่ในฐานะผู้ให้การดูแล โดยการเลือกได้ระบอบอย่างรอบคอบในการแสดงพฤติกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับความเลื่อมใส ศรัทธา และมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลโดยไม่คำนึงถึงค่าตอบแทนหรือภาระหน้าที่ แต่เป็นความยึดมั่นผูกพันทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ที่จำเป็นต่อการดูแล มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและภาระงานที่ได้รับมอบหมาย เต็มใจปฏิบัติด้วยการเห็นคุณค่า เพื่อให้ตนบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อผู้อื่นและวิชาชีพ

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537: 30, 310-325) การดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการพลวัตที่เกิดขึ้นในขณะที่มีสัมพันธภาพการช่วยเหลือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ และเกิดความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย พยาบาลเห็นคุณค่าในการดูแลเป็นพลังบำบัดผู้ป่วย (Therapeutic used of self) และผู้ป่วยชื่นชมต่อการได้รับการดูแลเยี่ยมบุคคลมีศักดิ์ศรี

ดังนั้นการแสดงผลการพยาบาล จะบ่งบอกถึงคุณภาพของการพยาบาลได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะเกิดร่วมอยู่กับกิจกรรมการรักษาทูอย่าง (Leininger, 1994) หรืออีกนัยหนึ่ง การดูแลจะเกิดขึ้นที่ที่พยาบาลหรือนักศึกษาพบผู้ป่วย และทราบถึงปัญหา ความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นพร้อมกับการวางแผนและสิ้นสุดลงที่ปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังจากที่ได้ประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยแล้ว เป็นการปฏิบัติที่แสดงออกด้วยการกระทำร่วมกับเกิดความรู้สึกในขณะที่ให้การดูแลที่ทำด้วยศาสตร์และศิลป์ คือ ต้องเรียน รู้ ฝึก และทำด้วยพลังใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยก็สามารถรับรู้ถึงพฤติกรรมดูแลที่แสดงออกได้ตรงกันกับผู้ให้การดูแล

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุ

การกำหนดวัยสูงอายุ ใช้เกณฑ์พิจารณาในการตัดสินใจที่หลากหลาย ดังเช่น การแบ่งช่วงอายุตามปฏิทิน ใช้การคำนวณอายุขัยตามวัน เดือน ปีเกิด หรือ ใช้สรีรภาพ-ชีวภาพ เป็นเกณฑ์ที่คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลง

แปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้งานตามศักยภาพของร่างกาย นอกจากนี้ยังแบ่งตามสภาพจิต โดยพิจารณาตามความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และยังมีแบ่งตามสภาพทางสังคม ใช้เกณฑ์ บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบในการทำงานต่อสังคม เป็นต้น หากพิจารณาตัดสินตามเกณฑ์ดังกล่าว ส่งผลทำให้เกิดคำจำกัดความของวัยสูงอายุที่แตกต่างกัน

ดังนั้น สมัชชาโลก จึงลงมติ เมื่อ พ.ศ. 2525 ที่นครเวียนนา ประเทศออสเตรีย กำหนดให้ "วัยผู้สูงอายุ" (Elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเพื่อให้เกิดความเข้าใจและใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ใช้เกณฑ์เดียวกันโดยกำหนดไว้ว่า คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยคำนวณจากอายุ ตามปฏิทิน (ประสพ รัตนการ, 2522: 1; บรรลุ ศิริพานิช, 2526: 40)

2.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วงอายุของผู้สูงอายุ ทั้งในกระบวนการ อัตราการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการสูงอายุ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล สิ่งเหล่านี้อาศัยแนวคิดต่าง ๆ ของทฤษฎีการสูงอายุนำมาอธิบายกระบวนการเสื่อมที่เกิดขึ้นได้หลากหลายแนวทาง ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ก. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีววิทยา (Biologic Theories) อธิบายถึงกระบวนการทางชีวภาพ สรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่การทำงานของอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ที่แปรผันตามอายุขัย (Rockstein, 1979; อ้างถึงใน Steffl, 1984: 26; Masoro, 1989; Brookbank, 1990; อ้างถึงใน Walsh & Burke, 1992: 73-75; Cristofalo, 1990; Staab & Hodges, 1996: 8; Luggen, 1996: 29) ได้แบ่งออก 2 ประเภท ดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic Theories) อธิบายว่า อายุขัยมนุษย์ถูกกำหนดไว้ด้วยรหัสพันธุกรรมภายใน DNA ในนิวเคลียสของเซลล์ที่ควบคุมทุกส่วนของร่างกาย ประกอบด้วย 6 ทฤษฎีย่อย ได้แก่ 1.1) ทฤษฎีการจับคู่ของยีน (Finite doubling potential Theory) 1.2) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock or Programming Aging Theory) 1.3) ทฤษฎีการผ่าเหล่าหรือทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) 1.4) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) 1.5) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (The Neuroendocrine Theory) 1.6) ทฤษฎีความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory of Aging)

2. ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic Cellular Theories) อธิบายการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ลงตามช่วงระยะเวลาการทำงาน ประกอบด้วย 4 ทฤษฎี ได้แก่ 2.1) ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear Theory) 2.2) ทฤษฎีการสะสม (Accumulative Theory or the Lipofuscin Accumulative Theory or Waste Product Theory) 2.3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) 2.4) ทฤษฎีเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory or Collagen Theory) (Luggen, 1996: 30; Hustnan, 1981 อ้างถึงใน Staab, & Hodges, 1996: 9; Norword, 1990; Cristofalo, 1990 อ้างถึงใน Hogstel, 1994: 50)

ข. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychological and Sociological Theories of Aging) อธิบายถึงความสูงอายุก่อเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ และบทบาททางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องตาม

พัฒนาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Berghom, et all, 1969,1978 อ้างถึงใน Hogstel, 1994: 30, 1995: 72-73; Riley and Foner, 1972 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534: 36-37; Luggen, 1996: 31; Cumming & Henry, 1961 อ้างถึงใน Hogstel, 1994:7) ประกอบด้วย 7 ทฤษฎี ได้แก่ 1). ทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity Theory) 2). ทฤษฎีความต่อเนื่อง (The Continuity Theory) 3). ทฤษฎีถอยห่างจากสังคมหรือทฤษฎีไร้ภาวะผูกพัน (Disengagement Theory) 4). ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) 5). ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) 6). ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) 7). ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory)

จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีการสูงอายุในแต่ละทฤษฎี ได้เสนอในหลายแง่มุมที่สามารถอธิบายกระบวนการและอัตราความสูงอายุที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ดังนั้นการที่จะอธิบายกระบวนการสูงอายุได้อย่างครอบคลุม จำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีหลาย ๆ ทฤษฎี มาพิจารณาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการสูงอายุ และความเป็นผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน

2.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายไปในทิศทางเสื่อมลง มากกว่าการเจริญเติบโต และแตกต่างไปจากวัยอื่น ๆ และเกิดขึ้นในอัตราที่ไม่เท่ากันในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยสามารถอธิบายได้ตามการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการสูงอายุ ใน 3 ลักษณะ ดังนี้คือ (Hogstel, 1992 : 1-8; Elipoulos, 1997: 74-89; (Arking, 1991; Schwartz & Peterson, 1990 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกำแหง, 2537: 632-633; Burnside, 1979 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534 : 11-22; พิษณุภรณ์ มุลศิลป์, 2538; อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2537: 62-100)

ก. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา (Physical and Physiological changes) มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินต่อเนื่องกันไปอย่างช้า ๆ ทำให้เกิดความเสื่อมของเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายอาศัยทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับยีน (Genetic Programming Theory) และทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) และทฤษฎีต่าง ๆ ประกอบ การเปลี่ยนแปลงที่พบได้แก่

1). ระบบผิวหนัง (Integumentary system) พบผิวหนังมีความยืดหยุ่นลดลง แห้ง หยาบ บางลง ต่อมเหงื่อผลิตเหงื่อได้น้อย และไขมันใต้ผิวหนังลดลง การควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ลดลง สิวและขนจางลงกลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมหงอก ร่วงและแห้งง่าย บางลงมีขนาดเล็กผลิตน้ำมันลดลง เล็บแข็งและหนา เพราะหักง่าย มุมที่โคนเล็บกว้าง ผิวเล็บไม่เรียบ สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลือง

2). ระบบประสาทสัมผัส (Sensory system) จากมีการเสื่อมของระบบประสาทที่ควบคุมและรับสัมผัส ทำให้ความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่นและรับรสลดลง

3). ระบบไหลเวียนเลือด (Cardiovascular system) หัวใจจะบีบตัวและเต้นลดลง กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น หลอดเลือดหนาตัวแข็งตัวง่าย ความยืดหยุ่นลดลง เลือดไหลเวียนช้า

4). ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal system) กระดูกหลังโค้งงอจากฮอร์โมนกระดูกสันหลังบางลง และช่องว่างแคบลงความหนาแน่นของกระดูกลดลงทำให้กระดูกบางลงเพราะ

หักง่าย ฟันผุกร่อนง่าย เหงือกกรัน น้ำในไขข้อลดลง เกิดการเสื่อมของข้อเคลื่อนไหวไม่สะดวกข้อติดแข็ง ความยืดหยุ่นของเอ็นรอบข้อและเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง แข็งตัวมากขึ้น ไชกระดูกมีจำนวนลดลง

5). ระบบหายใจ (Respiratory system) ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดลดลง ผังถุงลมแตกง่าย การซึมผ่านของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง ประสิทธิภาพการไหลของเลือดในปอดและการขยายตัวของปอดลดลง ขนกวัดทางเดินหายใจทำงานลดลง

6). ระบบย่อยอาหาร (Gastrointestinal system) เหงือกกรัน ฟันโยก หักง่าย เคี้ยวอาหารลำบาก ต่อมน้ำลายหลังลดลง กล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดอาหารเสื่อมลง มีการขยายและเพิ่มแรงบีบตัวมากขึ้น ทำให้กลืนอาหารลำบาก เยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้บางลง การสร้างและหลั่งกรดเกลือและเอนไซม์ลดลง เคลื่อนไหวลดลง มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระไม่ดี เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้

7). ระบบการขับถ่ายปัสสาวะและการสืบพันธุ์ (Genitourinary system) ขนาดและการทำงานของไตลดลง อัตราการกรองของไตที่โกลเมอรูลัสลดลง มีเลือดเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้การกรองน้ำและโปรตีนกำจัดของเสียลดลง และพบโปรตีนและกลูโคสในปัสสาวะ ความจุและตัวรับการกระตุ้นที่ผนังกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง กล้ามเนื้อรอบกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะยืดหยุ่นตัวลดลง อ่อนกำลังความสามารถในการควบคุม และรับรู้ความรู้สึกปวดปัสสาวะลดลง ในผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง มีรังไข่ชนิดขาว ปีกมดลูกเหี่ยวยุบ มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุมดลูกบางลงมีพังผืดเกาะมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและขนาดลดลง ช่องคลอดแคบ สั้น เยื่อบุบางลง ซีดขาวความยืดหยุ่นตัวลดลง หลังสารหล่อลื่นน้อยลง ความรู้สึกทางเพศลดลง ในเพศชาย พบว่า อัณฑะเหี่ยวลง และผลิตอสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของอสุจิเปลี่ยนแปลง หลังน้ำเชื้อลดลง

8). ระบบประสาท (Nervous system) การส่งและรับกระตุ้นกระแสประสาทจากสมองไปส่วนต่างๆ ลดลง สูญเสียเซลล์ประสาทไปบางส่วน การไหลเวียนเลือดที่สมองลดลง ความจำเสื่อมโดยเฉพาะการจำเรื่องใหม่ ๆ ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง การทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัสลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ตื่นง่าย หลับยาก การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละบุคคล

ข. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological change) เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ-สรีรภาพ และทางสังคม บางครั้งอาจเป็นสาเหตุส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ซึ่งประกอบด้วย

- ความเครียด การปรับตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหลาย ๆ ด้าน เกิดภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น โดยพบเพิ่มมากขึ้นถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพเกิดขึ้นหลายปัญหา

- สติปัญญา ไม่พบความเปลี่ยนแปลงในด้านความสามารถในการจำ คำนวน การพูด การรับรู้ การนำเหตุผลมาใช้ แต่จะเกิดความเสื่อมทางสติปัญญาในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นผลมาจากสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย ความสนใจลดลง มีปัญหาจากการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น

- การเรียนรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเริ่มเรียนรู้การทำงานมากขึ้น เข้าใจได้ช้า แต่ต้องใช้เวลาและไม่เร่งรัด การรับรู้ลดลงมีความสนใจสภาพแวดล้อมน้อยลง แปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อมรอบตัวและจะตื่นตัวในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ถ้ามีแรงจูงใจและสาเหตุที่ทำให้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุบกพร่อง มาจากความกลัว และการสูญเสียต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและสังคม

- การแก้ปัญหาและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการนำประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการประเมินข้อมูล หาสาเหตุของปัญหาและแก้ไข ปรับปรุง หาวิธีการใหม่ได้ รวมถึงสามารถนำประสบการณ์มาเรียบเรียงจัดความสำคัญในระดับสูงกว่า ขั้วข้อมากกว่า สามารถสร้างขึ้นมาใหม่จริงตามความเห็นของผู้สูงอายุแต่ละราย

- ความจำ มีความลำบากในการจำระยะสั้นได้อย่างแม่นยำ หรือรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้น้อยกว่าในวัยอื่น แต่สามารถเรียกความจำกลับมาในเรื่องต่างๆ ได้ดี ส่วนความจำในอดีตสามารถจดจำเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างดี มีช่วงความสนใจสั้น

- บุคลิกภาพ สืบเนื่องจากอัตมโนทัศน์ในอดีตเปลี่ยนแปลง และเกิดตามความล้มเหลวในโครงสร้างของบุคลิกภาพเดิม จะส่งผลต่อการเปลี่ยนบุคลิกภาพในปัจจุบัน ทั้งอารมณ์และการแสดงพฤติกรรม ถ้าเกิดปัญหาด้านสุขภาพและหลายปัญหาเข้ามากระทบเพิ่มเติม

- อัตมโนทัศน์ (Self-concept) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย การสูญเสียเพื่อน รายได้ พลัดพรากกับครอบครัว คู่ครอง ตำแหน่งหน้าที่การทำงาน เปลี่ยนที่อยู่อาศัย

- อารมณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีได้หลายสาเหตุแตกต่างกัน ทั้งจากความสูญเสียสิ่งต่างๆ มีอารมณ์เศร้าโศก และความเสื่อมของประสาทรับรู้ เกิดภาวะซึมเศร้า อารมณ์เหงา ว้าเหว่น้อยใจ หงุดหงิดง่าย เกิดความวิตกกังวลง่ายขึ้น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความหวาดระแวง

ค. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Culture change) ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อสาเหตุปัญหา ได้แก่การเปลี่ยนบทบาทจากการพึ่งพาตนเองมาสู่การเป็นผู้พึ่งพาบทบาทหน้าที่การงานเปลี่ยนไป ขาดคนเคารพ ยกย่องนับถือ รายได้เปลี่ยนไปบทบาททางสังคมลดลง การคบหาสมาคมกับเพื่อนลดลง ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่แปรเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น

2.4 ภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ จะพบว่าเกิดปัญหาด้านต่าง ๆ หลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว หรือป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย ในกลุ่มที่ท้าวิจัย ได้แก่ โรคปวดกระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจโรค ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน และ นีวัตติ กลิ่นงาม (2532) พบภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุพบเพิ่มเติมได้แก่ การรับฟังเสียง การนอนไม่หลับ

เป็นลมหน้ามืด และภาวะความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบมากที่สุดคือ มีอารมณ์โกรธ และขุ่นเคือง จะเห็นว่า ความเจ็บป่วย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ในอัตราที่สูงขึ้น ยืนยันได้จากการประชุมของสมาคมผู้บริหารงบประมาณการดูแลสุขภาพ (The Health Care Financing Administration) เมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 1991 ได้เสนอผลการศึกษากลุ่มประชากรที่รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1988 จำนวน 9.1 ล้านคน พบว่า ประมาณร้อยละ 21 ของผู้มารับบริการทั้งหมด เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี สาเหตุที่มานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคที่พบบ่อย 8 โรค ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด เลือดออกในสมองและกระโหลกศีรษะ โรคหัวใจวาย โรคปอดบวม โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ กระดูกหัก และภาวะไม่สมดุลน้ำ-อิเล็กโทรไลต์ (May, Kelly, Mendlein and Garbe, 1991 อ้างถึงใน Hogstel, 1994 : 250-251)

นอกจากนี้ ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะเพิ่มมากขึ้นตามความสูงอายุในอัตราร้อยละ 50-60 ของจำนวนผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมและพบในช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยนาน 8.9 วัน เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 65 ปี ที่พบเพียง 5.4 วัน (American Association of Retired Persons and Administration on Aging, 1990 : 14 อ้างถึงใน Hogstel, 1992 : 1) และคณะกรรมการการควบคุมโรคผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ศึกษาวิจัยจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล /สถานบริการของรัฐระดับต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 18 แห่ง ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม 2531 พบว่า โรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ 5 โรคแรก ได้แก่ ต้อกระจก โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และวัณโรคปอด ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย นอกจากนี้มักพบปัญหาทุพโภชนาการ และปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ร่วมด้วย

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยโรคทางอายุรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดโรคต่างๆ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาต่างกันต่าง ๆ ตามมา ด้วยเหตุที่ว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายจากการเสื่อมลงของสภาพร่างกายตามวัย ที่อาจก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (Disability) หรือไร้สมรรถภาพและขาดความสามารถ ตามมาได้ง่ายกว่าวัยอื่น และส่งผลต่อการเสียชีวิตในระยะเวลาดำเนินมาได้

ความแตกต่างของโรคที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยในลักษณะเฉพาะ แบ่งออกเป็น 9 ลักษณะ คือ (Hodkinson, 1976: 1-5; ชาลี แย้มวงศ์, 2538:12-13; สุทธิชัย จิตรพันธ์ อ้างถึงใน วิชา ศรีตมา, 2539 :187-188; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2539: 1)

1) การเจ็บป่วยมักเป็นหลายโรคในเวลาเดียวกัน (Multiple Pathology and Diseases) โดยเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคกับโรค โรคกับวัยสูงอายุและมีปฏิสัมพันธ์กับการรักษา ดังที่ Terpstra และ other (1989) และพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86 มักพบโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และพบในผู้ที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป พบร้อยละ 50 และจะพบว่า มีโรคเรื้อรังประจำเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

2) การแสดงของโรคจะไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค หรือปรากฏไม่เด่นชัด ในขณะที่มีการดำเนินของโรคในระยะที่รุนแรง (Atypical Presentation) มักพบว่าโรคทางกาย อาจแสดงเหมือนกับว่า

มีปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ

3) ปฏิกริยาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายต่อการเจ็บป่วย มีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยช้า และแตกต่างจากวัยอื่น รวมถึงมีการฟื้นตัวจาก เจ็บป่วยช้าลง (Loss of Adaptability and Delay recovery) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการสูงวัย ทำให้สมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ ต่ำกว่าในวัยอื่น การฟื้นกลับสู่สภาพเดิมจะช้าและไม่สมบูรณ์

4) อาการเจ็บปวด ผู้สูงอายุจะรับรู้ความเจ็บปวดแตกต่างจากวัยอื่น ในขณะที่มีระยะความเจ็บป่วยในระดับเดียวกัน เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะรับรู้ความรู้สึกที่สูญเสีย

5) อุณหภูมิ จากความเสื่อมของอวัยวะส่วนที่ควบคุมอุณหภูมิลดลง การควบคุมความร้อนในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีผลทำให้เกิดการแสดงอาการของการเจ็บป่วยบางโรคไม่เด่นชัดได้

6) เป็นการเจ็บป่วยที่ได้รับยาพร้อมกันหลายชนิด (Multiple Drugs) มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีปัญหาหรือโรคเรื้อรัง ซึ่งอุบัติการณ์พบเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา และอาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือโอกาสเสียชีวิตจะสูงขึ้นตามวัย ยังเป็นสาเหตุสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าปกติได้จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

7) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic vulnerable) ความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนาน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้านร่างกายพบเป็นสาเหตุที่พบส่วนใหญ่และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวนาน

8) สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลรวมของหลายปัจจัยที่เกิดขึ้นในอดีต เช่น ความลำบากในการดำเนินชีวิต โรคภัยไข้เจ็บและผลของสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสภาพกายและจิต

9) ผู้สูงอายุมักมีโรคแทรกหลาย ๆ โรค ทั้งในแง่ปัญหาทางกาย ทางใจรวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในคนเดียวกัน

นอกจากนี้พบว่าปัญหาที่ถูกกละเลยจากทั้งผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ภาวะสติปัญญาเสื่อม เช่น ความจำเสื่อม และอาการจิตเสื่อม ภาวะการทรงตัวไม่อยู่ ภาวะการไม่เคลื่อนไหว ภาวะการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และภาวะสมรรถภาพในการดูแลตนเองลดลง ซึ่งจะส่งเสริมทำให้ภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยสูงอายุให้ดำเนินไปอย่างซับซ้อนมากขึ้น อาจส่งผลขัดขวางต่อการหายจากการเจ็บป่วย และเกิดความยากลำบากในการให้การดูแลกับผู้ป่วยสูงอายุได้เป็นอย่างดี โดยจะพบปัญหาสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย 3 ประการ คือ (พรทิพย์ พุ่มไทรย์, 2532 : 29-30)

ประการที่ 1 ปัญหาภาวะโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยระยะยาว

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ถึงจะไม่ใช้โรคที่รุนแรง แต่มีการดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างช้า ๆ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอย เกิดผลโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของผู้ป่วยสูงอายุ และยังคงกระทบต่อครอบครัวและผู้ให้การดูแล

ประการที่ 2 ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ

พบเกิดขึ้นได้ภายหลังเกิดการเจ็บป่วยทางกาย และโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยสูงอายุบางคนที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกและคิดว่าตนเจ็บป่วยนาน และอ่อนแอ ไม่สามารถรักษาให้

หายได้ มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยวัยอื่นในขณะที่มีลักษณะความเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน (Cohen, 1990 อ้างถึงใน Hogstel, 1994: 252) เกิดความหวาดกลัวต่อสิ่งต่างๆ ทั้งกลัวความพิการ กลัวการตรวจรักษาและ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ จากการขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษา การมานอนอยู่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่เคยมานอนโรงพยาบาล หรือเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาล จะเกิดความหวาดกลัว วิตกกังวลมากขึ้น เพิ่มปัญหามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจจะแสดงอารมณ์หงุดหงิดง่าย บางคนแสดงออกทางก้าวร้าว ใจน้อย วัหเว แยกตัวเอง เป็นต้น (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2533: 74-78) หรือแสดงออกมา คือ เกิดความอดทนต่ำ เนื่องจากอารมณ์ไม่ยอมรับ เหนื่อยหน่าย ไร้ค่า ไร้เกียรติ ขอบความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากขึ้น ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง หรือในบางกรณีอาจแสดงปฏิกิริยาในทางลบได้ เช่น อารมณ์ท้อถอย ปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับ การดูแลรักษา มักจะต่อต้าน สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่จะขัดขวางการดูแลของพยาบาล หรือนักศึกษาพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลได้ เนื่องจากขาดความเข้าใจสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

ประการที่ 3 ภาวะแทรกซ้อน

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น จากผลกระทบหลายด้าน ทั้งจากภาวะโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ หรือจากปัญหาในกระบวนการสูงอายุ

นอกจากนี้ Rice (อ้างถึงใน อากา โจงาม, 2535: 127) กล่าวว่า มีพยาบาลจำนวนมากที่ถนัดเอาการสูงอายุมาสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และเป็นบุคคลที่ต้องการการพยาบาล และเขาคำว่าผู้ป่วยไปสัมพันธ์กับการต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาผู้สูงอายุไร้คุณค่า มีความสามารถจำกัด และ ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก และ Buschman, (1979: 265-267) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีความเจ็บป่วยภาวะสุขภาพซับซ้อนมากขึ้น และอาจเกิดการถูกทอดทิ้งไม่ได้รับความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลญาติ เพื่อนฝูง รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้สาเหตุมาจากเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ คิดว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังซับซ้อน และยุ่งยากแก่การดูแลและการทำงาน โดยพบว่าเจตคติที่ไม่ดีมีผลต่อการป้องกันการดูแลที่มีคุณภาพไม่ให้เกิดขึ้น ดังเห็นได้จาก กลุ่มที่มีเจตคติดี มีความคิดที่ดีสามารถกระตุ้นให้เกิดการสังเกตผู้ป่วยสูงอายุ แต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การดูแลและพยายามช่วยเหลือ ผู้ป่วยสูงอายุเป็นอย่างดีกว่าที่ผู้ที่มีเจตคติไม่ดี

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มที่พบความเจ็บป่วยบ่อยกว่ากลุ่มวัยอื่น และลักษณะการเจ็บป่วยที่เฉพาะ ซับซ้อนหลายโรคพร้อมกัน และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเหตุที่ว่าผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาที่แตกต่างจากวัยอื่นในหลาย ๆ ประการ อันจะก่อให้เกิดความลำบากในการดูแลได้

2.5 การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลที่แสดงถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดความสะดวกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคลและกลุ่ม ทั้งนี้รวมถึงการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยรับไว้ดูแลรักษา จนถึงจำหน่ายผู้ป่วย ตลอดจนการสอนและนิเทศการปฏิบัติงานของตนเองและผู้ป่วย (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2521 :14)

ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลและความสนใจเป็นพิเศษจากผู้ให้การดูแล ด้วยเหตุที่ว่าผู้ป่วยสูงอายุมีสมารรถภาพการดูแลตนเองลดลง ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายรรวมทั้งร่างกายเกิดปฏิกิริยากับยาที่ใช้ในการรักษา ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยความเข้าใจและยอมรับซึ่งกัน เป็นข้อมูลที่มีคุณค่าต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ อยู่บนพื้นฐานแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ต้องให้การดูแลทั้งคน (Holistic) ที่ผสมผสานองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และวิญญาณ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยเฉพาะในภาวะเสี่ยง คือ การเผชิญกับความเสื่อมถอยการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ที่จะส่งผลต่อการเกิดปัญหาในส่วนอื่น ๆ ได้ง่าย จึงต้องคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งการตระหนักถึงศักยภาพของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อมุ่งให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

โดยมีจุดมุ่งหมายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ก็คือ การให้การดูแลตรงตามความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งต้องอาศัยความรับผิดชอบของผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะในภาวะที่มีความเจ็บป่วย และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งอาจเกิดปัญหาความว้าวุ่นจากการถูกแยกจากครอบครัวหรือสังคม ต้องมารับบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ขาดการติดต่อกับครอบครัว หรืออาจเกิดความผิดปกติทางจิต จากความท้อแท้ สิ้นหวังไม่สนใจตนเอง ซึ่งจะขัดขวางต่อสภาวะสุขภาพในวัยสูงอายุมากยิ่งขึ้น ดังนั้น พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้ คือ

- 1) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายในชีวิตประจำวัน เช่น จัดเตียงนอนที่สบาย แสดงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุ ยิ้มแย้ม ให้กำลังใจ
- 2) ช่วยฝึกให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเอง ให้ความมั่นใจ และความหวังในชีวิต
- 3) ให้การพยาบาลทางเทคนิคด้วยความชำนาญ และสามารถโดยได้ผ่านการฝึกหัดมาแล้ว เพื่อร่วมและสนับสนุนสมาชิกในทีมให้การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน
- 4) ยอมรับและเคารพในความชำนาญของสมาชิกในทีม เป็นการช่วยเหลือกันในกลุ่มเพื่อผลประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ

นอกจากนี้สิ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ผลดี ก็คือความเข้าใจ และการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีความหวังมากขึ้น ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา ทำหน้าที่ของพยาบาลที่แสดงออกซึ่งความเมตตา การสัมผัส การมอง การทักทายอย่างร่าเริงและมีการยกย่อง ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจ และมีความหวัง (Chisholm, 1977: 1509-1510) สอดคล้องกับ สุขศรี บุรณะกนิษฐ (2523) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุควรเริ่มตั้งแต่ผู้ให้การพยาบาล ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ ทราบอุปนิสัย อารมณ์และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุเป็นหลักปฏิบัติก่อน จะสามารถให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ความรักและแสดงความสนใจ ห่วงใยด้วยการทักทายปราศรัยเป็นเวลาเป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอ ถ้ามีธุระต้องไปไหนไม่ได้แวะมาหาต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า เพื่อลดความวิตกกังวล
- 2) แสดงความเคารพนับถือ ยกย่องว่าเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว มีปัญหาปรึกษา

ขอความคิดเห็น คำแนะนำหรือให้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาให้ฟัง เพื่อนำมาเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจ

3) ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ในเรื่อง เอาใจใส่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ สุขภาพประจำวัน ได้ตามทฤษฎีสุข ดูแลเรื่องอาหาร โดยให้อาหารที่มีคุณค่า อ่อนโยนง่าย เปื่อยนุ่ม และรับประทานอาหารให้เป็นเวลาช่วยเหลือเกี่ยวกับการขับถ่าย ให้ดื่มน้ำนมก่อนนอน รับประทานผลไม้เพื่อการขับถ่ายที่ดี การพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับ ดูแลเกี่ยวกับความปลอดภัย ระวังไม่ให้เกิดการหกล้ม หากไม่ทั่วถึงพื้น จัดห้องนอนเตียง ให้เหมาะสม ห้องน้ำต้องสะอาด แห้ง

4) ป้องกันการติดต่อทางเชื้อโรคต่างๆ ความพิการและภาวะแทรกซ้อน รักษาความสะอาดร่างกาย

5) หางานอดิเรกให้ทำ เป็นงานที่เบาจะได้เพลิดเพลิน ไม่คิดฟุ้งซ่าน

6) การสังคม การสังสรรค์ ควรให้เข้าสังคมกับคนในรุ่นเดียวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์สนทนาไปด้วยกัน ควรจัดให้พักผ่อนหย่อนใจ

และ Shonias (1968:212-219) ศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านกับครอบครัวและพยาบาลเป็นเพียงผู้แนะนำ สนับสนุนและกระตุ้นญาติให้การดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการมากกว่า เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีสุขภาพดีขึ้นตามสภาวะ ด้วยการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยสูงอายุให้อยู่ในระดับสูงสุด จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องยึดหลักสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาล 2 ประการ คือ

1) การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ไม่ให้เสื่อมสภาพเร็วเกินไป โดยการส่งเสริมสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้วยการให้คำแนะนำการจัดกิจกรรมเสริมต่างๆ อย่างเหมาะสม

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ช่วยอำนวยความสะดวก จัดหาเครื่องช่วยเหลือที่เหมาะสม และส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้

Mead (1977: 73-77) กล่าวถึงหลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุไว้ 4 ประการคือ

ประการที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุต้องการความเข้าใจ และความอดทนเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล

ประการที่ 2 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ ต้องพูดด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนน หรือใช้คำพูดซ้ำ ๆ เนื่องจากความบกพร่องของสมองทำให้การรับรู้และความเข้าใจลดลง

ประการที่ 3 พยาบาลจะต้องไม่ละเลยเกี่ยวกับอาการแสดงต่าง ๆ เช่น อาการงุนงง และเลือนซึ่งเป็นอาการของโรคแทรกซ้อนทางสมอง

ประการที่ 4 การรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ควรกระทำด้วยความรัก ความเข้าใจ ความนับถือ และคำนึงถึงผู้ป่วยสูงอายุ มากกว่า วิธีการรักษาและการให้ยา

การทำให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยวัยอื่นได้ ผู้ให้การดูแลต้องมีการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมสมบูรณ์ที่สุด โดยยึดหลักดังนี้ คือ (Eliopoulos, 1999: 24)

1) ต้องเข้าใจความแตกต่างของผู้สูงอายุจากวัยอื่น ทั้งในด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

และทางคลินิกในการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาอาการและอาการแสดงของโรค และอาการที่ปรากฏไม่เด่นชัด ต้องการเวลามากกว่าวัยอื่น ในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล ปัญหาการดูซึม และการออกฤทธิ์ของยาจะ ช้ากว่าวัยอื่น การจัดความสำคัญในกิจกรรมตามการรับรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ฉะนั้นพยาบาลควรจะต้อง สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ และพยาธิสภาพของวัยสูงอายุ และประยุกต์การดูแลให้สอดคล้อง

1) ลดความเสี่ยง ด้วยเหตุที่ว่าผู้ป่วยสูงอายุต้องการเวลาในการฟื้นฟูสภาพมากกว่าในวัยอื่น ๆ โดยนัยแห่งการเปลี่ยนแปลงกับกระบวนการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเป็นเหตุให้ตลอดจน ปัญหาสุขภาพที่พบได้ง่าย และมีลักษณะเฉพาะดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นพยาบาลผู้ที่จะต้องประเมินภาวะ บัญชีเสี่ยง และประยุกต์ความรู้ลงสู่การปฏิบัติอย่างเข้าใจก่อนลงมือทำ

2) คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการส่งเสริมการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพและการพึ่งพาตนเองตามความสามารถและสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยสูงอายุ

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุต้องยึดหลัก "GERIATRICS" หมายถึง (ปาหนัน บุญ-หลง, 2533)

- G (Gentle) ต้องการความนุ่มนวล อ่อนโยน
- E (Empathy) ต้องการให้คนรุ่นหลังเข้าถึงความรู้สึกของตน
- R (Respect) การให้ความเคารพนับถือ
- I (Important) การให้ความสำคัญ
- A (Appreciate) ปรารถนาให้คนอื่นตระหนัก (Accept) ต้องการการยอมรับ
- T (Teacher) ความปรารถนาที่จะแนะนำ และสอนคนรุ่นหลัง
- R (Ritualistic) มีความต้องการคงไว้ซึ่งพิธีรีตอง
- I (Independence) ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการการดูแลช่วยเหลือ
- C (Companion) ต้องการมีเพื่อนใกล้ชิด
- S (Socialization) ต้องการอยู่ในสังคม

และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยยึดหลัก "Gerontological Nurse" คือ (Eliopoulos, 1997: 14-15)

G (Guide persons of all ages toward a healthy aging process) แนะนำแนวทางกระบวนการ สูงอายุให้ผู้สูงอายุเข้าใจ

E (Eliminate ageism) ดูแลการขบถาย

R (Respect the rights of older adults and ensure others do the same) ให้ความเคารพใน สิทธิของผู้สูงอายุ และปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน

O (Oversee and promote the quality of service delivery) ดูแลและส่งเสริมคุณภาพการบริการ

N (Notice and reduce risks to health and well-being) แจ้งให้ทราบและลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ

T (Teach and support caregivers) สอนและสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

O (Open channels for facing developmental tasks) ปฏิบัติงานอยู่บนพื้นฐานและแลกเปลี่ยน

ข้อมูลความจริง

L (Listen and support) ให้การรับฟังและสนับสนุน

O (Offer optimism and hope) ให้ความเบิกบานใจ กำลังใจและความหวัง

G (Generate, support, implement, and participate in research) ส่งเสริม สนับสนุน ปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในงานวิจัย

I (Implement restorative and rehabilitative measures) เป็นการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและประเมิณภาวะการฟื้นฟูสมรรถภาพ

C (Coordinate services) เป็นผู้ประสานงานกับบริการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ

A (Assess, plan, implement, and evaluate care in an individualized Manner) เป็นผู้จัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละราย และใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล

L (Link services with needs) เชื่อมโยงสื่อประสานบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ตรงกับความต้องการ

N (Nurture future gerontological nurses for advancement of the specialty) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีความรู้เฉพาะทางหรือเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุทุก ๆ เรื่อง อย่างละเอียด ลึกซึ้ง

U (Understand the unique assets of each older individual) เข้าใจความเป็นผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล

R (Recognize and encourage the appropriate management of ethical concerns) ให้การยอมรับและให้กำลังใจอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงจริยธรรม

S (Support and comfort through the dying process) ประคับประคองและให้ความสุขสบายเมื่อเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย

E (Educate to promote self-care and independence) สอนให้คำแนะนำที่จะส่งเสริมการดูแลตนเอง และการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ

ฉะนั้น นักศึกษาพยาบาล เป็นผู้เริ่มต้นฝึกหัดบทบาทให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ต้องแสดงพฤติกรรมดูแลได้อย่างผสมผสาน และสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้การดูแลควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับอาหารตามแผนการรักษา ในขณะที่เดียวกันก็ต้องติดตามป้องกันการเกิดภาวะสับสนและอิลิคโตรไลต์ที่ไม่สมดุล จากการรับประทานอาหาร

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย จึงเป็นสิ่งที่นักศึกษาพยาบาล ควรให้ความตระหนักถึงตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ คือ (นายเจ็ด อภิชาติบุตร และพรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2528 : 393-397; กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524)

ก. การดูแลทางด้านร่างกาย ตามสภาพการเปลี่ยนแปลงทางที่เกิดขึ้น ได้แก่

1). การดูแลผิวหนัง ผม เล็บ ช่องปากและฟัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ควรดูแลผิวหนังให้แห้ง เกิดความชุ่มชื้น และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนัง ด้วยการ

ทาน้ำมันหรือโลชั่นและนวดผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ รวมทั้งทำความสะอาดผมและเล็บ แช่เล็บมือก่อนตัด เพื่อให้เล็บอ่อนตัวง่ายต่อการตัดป้องกันการสะสมเชื้อโรค เนื่องจากและเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง เลือผ้า ต้องมีความอ่อนนุ่ม ไม่ระคายผิวหนัง ซองปากฟันควรให้การดูแลทำความสะอาดทุกวันและตรวจสภาพ เป็นประจำเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดกลิ่นปากและการติดเชื้อโรค และกระตุ้นความอยากอาหารมากขึ้น

2). การดูแลระบบหายใจ จัดทำนอนที่เหมาะสม รู้สึกสบาย ส่งเสริมการหายใจได้ดีที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาจากการหายใจ ที่จะก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจอารมณ์ตามมาได้ จากความหวาดกลัว สิ่งต่างๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญคือ กลัวการเผชิญความตาย เป็นต้น และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ไม่นอนเฉย

3). การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงดีขึ้น ลดการใช้พลังงานของร่างกายบางส่วน เพื่อไปทดแทนการซ่อมแซมอวัยวะส่วนที่เสื่อมหน้าที่ ด้วยการช่วยเหลือโดยการให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ป่วยสูงอายุในเรื่อง ความสำคัญของการพักผ่อน และการเปลี่ยนแปลงสภาพการนอนหลับที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ควรหมั่นสังเกตและแก้ไขปัญหาค่าที่จะเกิดขึ้นระหว่างการนอนหลับ เช่น การบรรเทาความเจ็บปวด การให้ความสุขสบายทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผ่อนคลาย ช่วยดูแลให้นอนหลับได้ดี โดยให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเล็กน้อย เป็นการออกกำลังกายเบาๆ อย่างเหมาะสมในช่วงเวลากลางวัน และหยุดการออกกำลังกายก่อนถึงเวลานอน ประมาณ 2-3 ชั่วโมง รับประทานอาหารจำพวกโปรตีน และดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ก่อนนอนก็จะสามารถช่วยให้อาการง่วงนอนเร็วขึ้น

4). อาหาร จัดเตรียมอาหารสอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วย และสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อย่างเพียงพอ และเหมาะสม อาหารพวกที่อ่อนนุ่ม สะดวกต่อการเคี้ยวและการกลืน ย่อยง่าย มีกากอาหารมาก ช่วยในการขับถ่าย แนะนำอาหารที่มีประโยชน์พร้อมทั้งอธิบายเหตุผล ความจำเป็นที่จะต้องได้รับอาหาร และการใช้เวลาผู้ป่วยสูงอายุในการรับประทานอาหาร ซึ่งช้ากว่าคนปกติ ต้องอาศัยความเข้าใจและอดทนของนักศึกษาพยาบาลที่ให้การดูแล แนะนำให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทานได้ แต่ต้องไม่ขัดกับภาวะโรคที่ดำเนินอยู่ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค และแผนการรักษา เช่น ต้องได้รับยาระบาย ยาขับปัสสาวะ หรือจำกัดน้ำ ต้องติดตามและบันทึกจำนวนสารน้ำอย่างถูกต้อง แม่นยำ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงสารน้ำในร่างกายอย่างรวดเร็ว และอาจเกิดอันตรายได้

5). การขับถ่าย ประเมินสภาพการขับถ่าย และให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ทนทานสามารถถ่ายปัสสาวะได้ จัดทำทางที่เหมาะสมในการถ่ายปัสสาวะ ดูแลเรื่องน้ำ อาหารตามจำนวนเหมาะสม และฝึกหัดการขับถ่ายเป็นเวลาและควบคุมได้ ส่วนการขับถ่ายอุจจาระ

6). การออกกำลังกาย ช่วยดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่กระตุ้นการควบคุม การขับถ่ายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและข้อต่อส่วนต่างๆ แข็งแรง ป้องกันการเกิดข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น และการบีบตัวของหัวใจ ช่วยลดความเครียด จึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ตามภาวะตามเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

7). การดูแลระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก การที่ต้องมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ซึ่งต้องใช้เวลาผู้ป่วยสูงอายุในการปรับตัวและทำกิจกรรม จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เรียบง่าย ไม่วุ่นวาย ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ยอมรับสภาวะข้อจำกัดของผู้ป่วยสูงอายุ กระตุ้นให้มีการดูแลตนเองมากที่สุด ไม่พึ่งพาผู้อื่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติให้ยอมรับสภาวะข้อจำกัด

ข. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สาเหตุ ใช้การเปลี่ยนพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน เสริมสร้างและดำรงการรักษาการติดต่อสื่อสารที่ดี จัดเวลาในการมีโอกาสดูคุยกัน ช่วยเสริมสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้เกิดขึ้น และให้โอกาสทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม ให้การดูแลด้วยความเคารพนับถือ เข้าในสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่แปรเปลี่ยนได้ง่ายตามสภาวะ และระยะเวลาของความเจ็บป่วย สร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วย รู้สึกมีความหวัง และดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย ให้โอกาสในการระบายความรู้สึกต่าง ๆ จัดให้มีการพบปะสังสรรค์กับผู้ป่วยอื่นที่มีสภาพอาการ และการดำเนินของโรคใกล้เคียงกัน ดูที่ความต้องการการเรียนรู้และจัดอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกถ่ายทอดถึงกัน

ค. การดูแลทางด้านสังคม เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ต้องให้การดูแลบริการพิเศษ เช่น งานอาสาสมัคร นันทนาการ, การพูดคุยกับเพื่อนข้างเตียง เป็นต้น จำเป็นที่นักศึกษพยาบาล ต้องประสานการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลหลายระดับ ผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย จึงต้องเป็นผู้ที่พึ่งพาคนอื่น ต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และที่สำคัญคือ ความสะอาด ฉะนั้นนักศึกษพยาบาลควรตระหนัก และไม่ควรที่จะละเลยการดูแลทุกส่วนของร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งมีความรู้ประกอบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและปัญหาการดูแล

ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ อาศัยความเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยอย่างมีเหตุผล รู้ถึงการดำเนินของภาวะสูงอายุ ทำให้ทราบปัญหาที่สำคัญได้ตามความเป็นจริง และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

คุณธรรมและจริยธรรมในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง และมีลักษณะความเจ็บป่วยที่แตกต่างจากวัยอื่น ทำให้เป็นสิ่งที่ยากต่อการให้การดูแล ดังนั้นผู้ที่สัมผัสบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีคุณธรรมและจริยธรรม จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ดี ซึ่งมีดังนี้ (สุพร พวงวราทิพย์, 2533: 13-14)

- 1) มีความเมตตากรุณา คือ มีความรัก ความปรารถนาดี ต้องการให้ผู้ป่วยมีความสุข และพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อเห็นผู้ป่วยมีความทุกข์ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เห็นใจผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) ความสุภาพอ่อนโยนคือ การปฏิบัติอย่างนุ่มนวล เรียบร้อยทั้งวาจา กิริยา
- 3) ความอดทน คือ มีความอดุสาหะ พยายามปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วง และมีความอดกลั้น สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมขณะเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างสงบ
- 4) ความเสียสละ คือ การสละความเห็นแก่ตัว ให้อะไรที่ควรให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การสละร่างกาย เวลา สติปัญญา ทรัพย์สิน รวมทั้งอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของตน

5) ความรับผิดชอบ คือ ตั้งใจที่ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจมีความผูกพันผูกพันเพียงพยายาม มีความละเอียดรอบครอบ สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ ยอมรับในผลการกระทำ

2.6 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

การปฏิบัติงานการพยาบาล ต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือและวิธีการอย่างเป็นระบบ และอาศัยเป็นแนวทางอย่างมีเหตุผล ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยและให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา จึงกำหนดมาตรฐานในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยอายุไว้ 11 ข้อ (Christ & Hohloch, 1993: 187-189) คือ

มาตรฐานที่ 1 มีองค์กรสำหรับให้บริการด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้การพยาบาลที่มีความเฉพาะและ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

มาตรฐานที่ 2 มีทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

มาตรฐานที่ 3 การรวบรวมข้อมูลการประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ต้องเป็นระบบ

มาตรฐานที่ 4 การวินิจฉัยการพยาบาลตามปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องใช้ความรู้ที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาสรุป

มาตรฐานที่ 5 การวางแผนการพยาบาลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลต้องกระทำตามแผนที่ได้

มาตรฐานที่ 6 การปฏิบัติการดูแล ต้องใช้แผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุควบคู่กับใช้ทฤษฎีการพยาบาล อย่างผสมผสาน

มาตรฐานที่ 7 การประเมินผลการพยาบาล การกระทำเพื่อเป็นการตรวจสอบการปฏิบัติการดูแล วางบรรทัดฐานตามวัตถุประสงค์

มาตรฐานที่ 8 มีความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีม

มาตรฐานที่ 9 การวิจัย มีความสำคัญต่อสร้างองค์ความรู้ และพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการพยาบาลได้

มาตรฐานที่ 10 ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุต้องมีจริยธรรม และความเชื่อทางบวกต่อผู้ป่วยสูงอายุ

มาตรฐานที่ 11 พัฒนาและส่งเสริมวิชาชีพการพยาบาลรวมทั้งประเมินผล

จะเห็นได้ว่า แนวคิดของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เน้นที่การให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม ในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายของการดูแลด้วยตนเอง เท่าที่ศักยภาพของแต่ละบุคคลจะพึงมี นอกจากนี้ จำเป็นต้องทำความเข้าใจต่อความรู้ที่เป็นพื้นฐาน เพื่อนำสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างกลมกลืน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดประสิทธิภาพได้ ย่อมเกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วยสูงอายุได้รับรู้ถึงพฤติกรรม การดูแลที่นักศึกษาระดับปริญญาตรีแสดงออกมาในขณะที่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทุก ๆ กิจกรรมการดูแลที่สนองตอบความต้องการและสภาพปัญหาแต่ละบุคคลที่แตกต่าง จึงนับว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นการปฏิบัติ และการแสดงถึงพฤติกรรมดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นอย่างชัดเจน

3. แนวคิดเกี่ยวกับนักศึกษาพยาบาลและการจัดศึกษาระดับภาคปฏิบัติที่เห็นการดูแล

3.1 การจัดการศึกษาระดับภาคปฏิบัติ

การจัดการศึกษาพยาบาลได้พัฒนามาสู่การศึกษาเชิงวิชาชีพ (Professional Education) เพื่อเตรียมบุคลากรพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถที่มุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาล บนพื้นฐานเหตุผลทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคลากรในทีมทุกระดับ รวมถึงการบูรณาการความรู้ทางวิชาการภาคทฤษฎีและการปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผล แสดงพฤติกรรมเฉพาะแบบตามบรรทัดฐานของวิชาชีพพยาบาล และบทบาทผู้ให้บริการตามที่สังคมคาดหวังไว้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพงานบริการของพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้สถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่ง โดยเฉพาะวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ต้องปรับตัวพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการกำหนดปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการผลิตพยาบาลศาสตร์ ต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 8 และปรัชญาหรือปณิธานของสถาบัน รวมทั้งมีมาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพ ดังจะเห็นได้จากที่ทุกสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงกลาโหม เมื่อปี พ.ศ. 2534 มีการประชุมปรึกษาและหาแนวทางร่วมกันเพื่อประมวลพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีนโยบายเพื่อผลิตพยาบาลศาสตร์บัณฑิตที่มีคุณภาพให้เพียงพอ กับกรขยายบริการการรักษาพยาบาลในส่วนภูมิภาค และความต้องการตามความคาดหวังของสังคม ได้กำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ไว้ดังนี้

- 1) มีศักยภาพด้านความคิดสติปัญญา ความรู้ในศาสตร์ทั้งการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2) มีความสามารถและทักษะทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการตัดสินใจการเขียน การพูด การติดต่อสื่อสารด้วยภาษาสากล ที่ทันสมัย
- 3) มีคุณธรรม จริยธรรมในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งในด้านส่วนตัวและการทำงาน
- 4) มีศักยภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ จริงใจ อารมณ์มั่นคง ควบคุมตนเองและติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้
- 5) มีภาวะผู้นำและผู้ตามที่ดี
- 6) มีความสามารถในการจัดการดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม
- 7) มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและต่อวิชาชีพ

หลักสูตรการศึกษาระดับภาคปฏิบัติจึงต้องประกอบด้วย การศึกษาระดับทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่จัดการเรียนการสอนควบคู่กันตลอดหลักสูตร เป็นการจัดสัมพันธ์สอดคล้องและผสมผสานกันไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาทางปัญญา การรู้คิด และทักษะ รวมทั้งเจตคติต่าง ๆ (Griffin, 1965 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527) ฉะนั้น บุคคลเริ่มแรกที่เกี่ยวข้องในการกระบวนการถ่ายทอดคุณลักษณะเฉพาะที่สำคัญของวิชาชีพ

การพยาบาล ก็คือ "นักศึกษาพยาบาล" ซึ่งต้องฝึกฝนการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ การเรียนรู้ และทดลองสวมบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ในขณะที่ศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาภาคปฏิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักสำคัญของการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล (Practice Oriented Discipline) มีทั้งการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ เจตคติ อุทิศตน ตลอดจนวิธีการปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสเรียนรู้และสามารถนำทฤษฎีไปสู่ภาคปฏิบัติจริง และเกิดประสบการณ์ด้วยตนเองที่หลากหลายในสถานการณ์ต่างกันในห้องปฏิบัติการ ถึงหอผู้ป่วยหรือในสถานการณ์อื่น การฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในบทบาทผู้ให้การดูแล ร่วมกับการฝึกหัดปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์และบุคคลที่เกี่ยวข้อง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2527; Atkinson, 1983: 228-233 อ้างถึงใน นันทนา น้าฝน 2538: 79)

ดังนั้นการศึกษภาคปฏิบัติ ก่อให้เกิดทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อมุ่งเกิดความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังเห็นได้จากการสรุปผลการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม -3 กันยายน 2536 ได้กำหนดความคาดหวังในความสามารถหลักในด้านการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล 3 ด้าน คือ รู้จริง ทำเป็นและทำด้วยใจรัก บัณฑิตจะต้องมีความรู้ทั้งในวิชาพื้นฐานและในวิชาชีพ มีความเข้าใจในขอบเขตและวิธีการดูแลผู้รับบริการทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย ตามบทบาททั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ด้วยการใช้ความรู้ และทักษะในการดูแลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานของกรอบแนวคิดทางทฤษฎีและจรรยาวิชาชีพเป็นแนวทางการปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเปรียบเสมือนห้องทดลอง ที่เป็นสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดประสบการณ์การดูแลของนักศึกษาพยาบาลจากการได้มีการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ตั้งแต่ระดับง่ายจนถึงระดับวิชาชีพ ที่ซับซ้อนขึ้นในแต่ละปีการศึกษา

จากที่กล่าวมาจึงเป็นสิ่งที่ยืนยันโดยนัยอย่างชัดเจนว่า การพัฒนาทั้งในด้านการศึกษาพยาบาล การบริหารและบริการทางพยาบาล รวมทั้งการวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ต้องกระทำควบคู่กันไปเสมอจะนำมาซึ่งการพัฒนาการพยาบาลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพมากขึ้น

3.2 ประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติ

การจัดประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงวุฒิภาวะและการเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลจะได้รับประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นในแต่ละชั้นปี โดยในชั้นปีที่สูงขึ้นจะสามารถนำประสบการณ์ใหม่ ๆ มาสังเคราะห์ให้เข้ากับประสบการณ์เดิม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้หรือการปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและมากขึ้น ย่อมช่วยเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ทักษะความชำนาญ การปฏิบัติได้ เพิ่มมากขึ้น อันส่งผลทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ Brim (1973) กล่าวว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อย ย่อมมีประสบการณ์น้อย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานในหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้

การจัดการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท พบว่า เป็นการจัดการเรียนรู้จากสิ่งที่ง่ายไปสู่สิ่งที่ยากขึ้น มีการบูรณาการความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปีที่ศึกษา และเริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยนักศึกษาจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะความเจ็บป่วยซับซ้อนขึ้นและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่ออยู่ในระดับชั้นปีที่สูงขึ้น และสภาพการแสดงพฤติกรรมของนักศึกษา จะต้องมีการประเมินและปรับปรุงให้เหมาะสมเป็นระยะ ในสถานการณ์การฝึกปฏิบัติ จึงมีความใกล้เคียงกับสภาพการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญ และปฏิบัติจริงเมื่อก้าวเป็นพยาบาลวิชาชีพ

สำหรับการศึกษากภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วย ใช้ระบบการจัดเนื้อหา จัดการเรียน การสอน ยึดระบบทางการแพทย์และมโนทัศน์ทางการพยาบาลร่วมกัน ใช้วิธีการสอนภาคปฏิบัติภายหลังจากสอนภาคทฤษฎีให้เสร็จสิ้น โดยจัดการศึกษาไว้ในภาคการศึกษาเดียวกันหรือระหว่างภาคการศึกษา ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการฝึกภาคปฏิบัติจัดให้นักศึกษาฝึกแบบ Block Rotation จัดให้ผ่านการศึกษาเหมือนกันทุกคน ในแต่ละช่วงเวลา ทั้งการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในผลัดเช้า ผลัดบ่าย และผลัดดึก โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 จะได้รับการเข้าผลัดน้อยกว่าชั้นปีที่ 4 มีทั้งการฝึกในสถาบันและนอกสถาบัน ตามประสบการณ์และวัตถุประสงค์ของแต่ละรายวิชาที่แตกต่างกันไป

ในแต่ละรายวิชาที่ฝึกภาคปฏิบัติจะต้องรับผิดชอบในการบริหาร และดำเนินการจัดการเรียน การสอนให้มีคุณภาพภายในรายวิชาอย่างเต็มที่ โดยนักศึกษาพยาบาลจะได้รับคู่มือหรือเอกสารการฝึก ประสบการณ์ในแต่ละรายวิชา รวมถึงการชี้แจง ปฐมนิเทศการฝึกภาคปฏิบัติทุกครั้ง ทำให้ได้รับทราบข้อมูลแท้จริง เกิดความเข้าใจวัตถุประสงค์การฝึกประสบการณ์ กิจกรรมการเรียนการสอน ความรับผิดชอบ ลักษณะการเรียนการสอน และการประเมินผล เป็นต้น เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำมาซึ่งการเตรียมพร้อม การฝึกปฏิบัติงานในแต่ละรายวิชาอย่างเหมาะสม

ฉะนั้นพฤติกรรมดูแลและกิจกรรมการดูแล จะแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่ฝึกปฏิบัติ โดยจะพบว่า ประสบการณ์เรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จะฝึกปฏิบัติในรายวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล มุ่งเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลฝึกการปฏิบัติทักษะขั้นพื้นฐานในการดูแลสุวิทย์ส่วนบุคคล และการประเมินสุขภาพความเจ็บป่วยขั้นต้นในภาวะไม่ซับซ้อนในทุกกลุ่มวัย แต่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะไม่ได้เ้าความรู้ที่เกี่ยวกับวัยสูงอายุ และภาวะการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการดูแล ให้การพยาบาลในผู้สูงอายุมาประยุกต์ปฏิบัติ

แต่การเน้นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นพื้นฐาน จะเริ่มตั้งแต่ในชั้นปีที่ 2 โดยผ่านการศึกษาภาคทฤษฎีในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Nursing) จำนวน 1 หน่วยกิต และภาคปฏิบัติอีก 1 หน่วยกิต เพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุภายหลังจากการศึกษาภาคทฤษฎีสิ้นสุดแล้ว ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เป็นพื้นฐานและพร้อมนำมาประยุกต์ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ นับว่าทำให้เกิดการเรียนรู้และฝึกทักษะด้านต่าง ๆ ได้ โดยอาศัยการแสดงออกในพฤติกรรมขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล นั่นคือ นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสได้ศึกษาและฝึกการแสดงพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีลักษณะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยวัยอื่น ภายได้

ประสบการณ์การศึกษาภาคปฏิบัติของรายวิชาที่กำหนดไว้ในวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่ง

โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เคยแสดงความสามารถและรับผิดชอบในการปฏิบัติ สามารถเผชิญสภาพปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแล อาทิเช่น ได้เคยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อมูลการติดต่อสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุ ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะความซับซ้อนแตกต่างกันเป็นต้น จากการผ่านการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งมีประสบการณ์ในการฝึกให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยมีหลักการความรู้สนับสนุน ที่ได้ผ่านการรับรองและนิเทศจากอาจารย์นิเทศตามการฝึกฝนของรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มาก่อน ซึ่งเป็นเครื่องรับรองถึงความสามารถได้ในระดับหนึ่ง ก่อนที่จะผ่านเข้าสู่การเตรียมพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในบทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อไป จึงทำให้สามารถแก้ไข ปรับเปลี่ยนการเรียนรู้และพฤติกรรมกรดูแลในด้านต่าง ๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นได้ตามวุฒิภาวะ และประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมา ในขณะที่ยังอยู่ในระบบการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ให้เหมาะสมได้

นักศึกษาพยาบาลได้รับการฝึกการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งในหอผู้ป่วยแผนก อายุกรรม-ศัลยกรรมในโรงพยาบาล ภายในกำหนดรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพียงช่วงระยะหนึ่งนั้น ยังไม่เป็นการเพียงพอ ควรได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง โดยการเปรียบเทียบและแยกแยะความแตกต่าง ถึงแม้ว่าขณะศึกษาในชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาอื่น ๆ บนหอผู้ป่วยและแหล่งฝึกอื่น ๆ ก็ตาม นักศึกษาพยาบาลยังคงต้องให้การดูแลผู้สูงอายุร่วมกับการดูแลผู้ป่วยวัยอื่น ๆ เนื่องจากปัจจุบัน ยังไม่มี บริการด้านหอผู้ป่วยที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุถูกจัดให้อยู่ในหอผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยจะให้การดูแลและการพยาบาลที่ปฏิบัติอย่างเฉพาะทางต่างกันตามสภาพผู้ป่วยทั้งอายุกรรมและศัลยกรรม ทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ทั้งในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังที่ต้องการการดูแลหลายระดับและหลายด้าน เพื่อให้ภาวะความเจ็บป่วยทุเลาความรุนแรง และสามารถดูแลตนเองได้ตามอัตภาพ

ดังนั้น นักศึกษาพยาบาล ต้องฝึกฝนประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุควบคู่กับการศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ใหญ่ ตามรายวิชานั้น ๆ ประกอบกันด้วย ดังนั้นการจำแนก ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของนักศึกษาพยาบาล ในบทบาทผู้ให้การดูแลที่ต้องปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพพัฒนาการตามวัยของผู้ถูกดูแล นั่นคือสิ่งสำคัญซึ่งต้องอาศัยการแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการให้การดูแลตามวัย ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงคุณภาพในการให้การดูแลของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการคงอยู่ของพฤติกรรมกรดูแลที่เหมาะสม อันจะแสดงถึงคุณลักษณะของการเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไปในอนาคต อีกทั้งยังสะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เสริมสร้างคุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาล ดังที่ Brown (1981: 4-15) กล่าวไว้ว่า

- 1) เป็นผู้ที่มีความสนใจ และตั้งใจที่จะศึกษาในวิชาชีพการพยาบาลอย่างจริงจัง
- 2) มีวุฒิภาวะเหมาะสมต่อการรับผิดชอบในการศึกษาของตนเอง
- 3) มีระเบียบวินัยในตนเอง

- 4) มีการวิเคราะห์เพื่อการปรับปรุง และพัฒนาตนเองใหม่มีความก้าวหน้าอยู่เสมอ
- 5) มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ผู้สอน และวิชาที่เรียน
- 6) มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 7) มีความสามารถในการใช้กระบวนการความคิด และสามารถแยกแยะความถูกต้องได้ตามหลักการทางวิชาการ วิชาชีพ และนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติอย่างเหมาะสม

ฉะนั้นจะเห็นว่า นักศึกษาพยาบาลคือองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการเรียนรู้ที่มีความสำคัญ ซึ่งมีความแตกต่างกันในนักศึกษาพยาบาลแต่ละบุคคล สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการเรียนการสอนและการเรียนรู้ เช่น สถิติปัญญา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ระดับชั้นปีที่ศึกษา ลักษณะธรรมชาติของผู้เรียน ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และการอบรมเลี้ยงดู เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยภายในบุคคลของนักศึกษาพยาบาลที่จะส่งผลกระทบต่อหรือขัดขวางต่อความคิด เจตคติ การเรียนรู้และการแสดงพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทของผู้ให้การดูแลได้เช่นกัน ภายใต้การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

3.3 การจัดการศึกษาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

บุคคลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นจะต้องมีความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับกระบวนการผู้ป่วยสูงอายุเป็นพื้นฐาน จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการช่วยลดภาระของสังคมอีกประการหนึ่งสอดคล้องกับที่ Reilly (1989) กล่าวว่า บุคคลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ / ผู้สูงอายุในระดับเชี่ยวชาญพิเศษได้ จะต้องได้รับการฝึกฝน เรียนรู้ และศึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงนับว่ามีการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวกับความสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงปัญหาที่พบในกระบวนการสูงอายุ หรือปัญหาที่ผิดปกติแหล่งบริการสุขภาพที่สนับสนุนในชุมชนและการดูแลบุคคลแบบองค์รวม สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในการศึกษาพยาบาลศาสตร์ ได้ให้นักวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุบรรจุไว้ในหลักสูตร โดยกำหนดความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ จะส่งผลต่อการให้การดูแลที่กระทำกับผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง มีเหตุผล เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และต่างวัยกันอย่างชัดเจน และการที่ต้องให้การดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลานานขึ้น และ ต้องอาศัยความอดทนอย่างมาก

สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่สนับสนุนหรือขัดขวางต่อการเอื้ออำนวยประโยชน์ในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพได้ โดยนักศึกษาพยาบาลสามารถแปลพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างแม่นยำ ทำให้สามารถค้นหาปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยสูงอายุได้ (อาภา ใจงาม, 2535 :127-132)

โดยสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีหน้าที่ในการกำกับดูแลโดยตรง เกี่ยวกับการจัดการศึกษาพยาบาลของสถาบันการศึกษาพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดการจัดการศึกษาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บรรจุไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดทุกแห่ง เพื่อ

ให้เกิดแนวทางการดำเนินงานการจัดการศึกษาพยาบาลเป็นแบบแผนคล้ายคลึงกัน อยู่ในมาตรฐานและเกณฑ์ในระดับเดียวกัน โดยวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่ง จะเป็นผู้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชาได้อย่างอิสระ ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์ ภายใต้ประมวลรายวิชาที่กำหนดไว้ดังนี้

วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ชัยนาท

ประมวลรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Nursing)

รหัสวิชา พย.245

หน่วยกิต 2(1-0-4)

สำหรับ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2

ลักษณะวิชา แนวคิดและหลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ทฤษฎีการสูงอายุ ฝึกประสบการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะปกติ และภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ บทบาทของครอบครัวและชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ สิทธิของผู้สูงอายุและแหล่งบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ เมื่อเรียนจบวิชานี้ นักศึกษาสามารถ

1. บอกบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุได้
2. อธิบายทฤษฎีการสูงอายุ ในด้านชีวจิตสังคม ได้
3. บอกปัญหาสุขภาพพบบ่อยในผู้สูงอายุได้
4. อธิบายหลักการพยาบาลผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพ
5. บอกกลวิธีในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุได้
6. ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม

และจิตวิญญาณ

7. ปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล
8. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

กิจกรรมการเรียนการสอน ภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 60 ชั่วโมง

1. ฝึกปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสุขภาพทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ทั้งในสถาบันและชุมชน
2. ฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพหรือแหล่งบริการสำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมการสอน

1. นิเทศฝึกปฏิบัติการพยาบาล
2. สอนในคลินิกและในชุมชน

การวัดและประเมินผล

1. การปฏิบัติการพยาบาล
2. การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล
3. การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย

หัวข้อเรื่อง

บทที่ 1 บทนำ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความหมาย แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุ
บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ

บทที่ 2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีทางวิวัฒนาการ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา

บทที่ 3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ การเปลี่ยนแปลง
สภาพสังคมและจิตวิญญาณ ปฏิกริยาของผู้สูงอายุที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง

บทที่ 4 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบบ่อย และการพยาบาล

ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายที่พบบ่อย

- ความจำกัดของร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการ ความบกพร่องในการสื่อสาร
- ความผิดปกติในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงในการขับถ่าย อุบัติเหตุ

ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคม

ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ

บทที่ 5 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพ

- การออกกำลังกาย สันทนาการ บทบาทในสังคม กิจกรรมด้านศาสนา
- โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะและประเภทของอาหาร จำนวนอาหาร
และจำนวนมื้อ คุณค่าของอาหาร

การช้ยา -ยาเฉพาะโรค ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ ความเชื่อ การช้ยาผิด

การดูดซึมของยา

บทที่ 6 การจัดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดบริการสนับสนุนสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดคลินิกผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรม
ผู้สูงอายุ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มอาสาสมัคร

สวัสดิการด้านที่พักอาศัย การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและประกันสังคม บทบาทของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุ

4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยวัยอื่น และบริการที่ได้รับก็ต้องมีคุณภาพเท่าเทียมกลุ่มผู้ป่วยวัยอื่น ๆ เช่นกัน เป็นความรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล ผู้เริ่มฝึกฝน และถูกปลูกฝังบทบาทของผู้ดูแลในวิชาชีพพยาบาล ต้องสามารถแสดงพฤติกรรมในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความสอดคล้องกับสภาพของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานความรู้ ความสามารถตามแนวคิดการดูแล และการพยาบาลแบบองค์รวม

พฤติกรรมการดูแลเป็นส่วนเสริมที่สำคัญ และแสดงถึงการมีความรู้ ความสามารถในการที่แสดงพฤติกรรมเฉพาะแบบ ของการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมตามที่สังคมคาดหวัง ดังจะเห็นได้จากตัวอย่าง ประสพการณ์ของ ร.ศ. ลิวลีศิริไล (2534) ได้เล่าว่า "เมื่อตอนทำงานจะต้องผ่าเอาหนองที่ปลายนิ้วออก เวลานั้นท่านกลัวจนเหงื่อซึม แต่เมื่อพยาบาลเดินเข้ามาหาและมองหน้าท่าน ยิ้มนิด ๆ เอามือโอบตัวไว้บีบเบา ๆ ที่แขน สายตาระสานกันกำลังใจของท่านนั้นได้เกิดขึ้นอย่างมหัศจรรย์ ความหึงข้านลดลง" สิ่งเหล่านี้ คือ สิ่งที่ได้รับบริการต้องการ และท่าน ได้กล่าวว่าเป็นเรื่องที่ทศกาศศรย์เข้าไม่ถึง ต้องอาศัยใจที่รับรู้นและเข้าถึงได้เท่านั้น และพบว่า สิ่งผู้ป่วยต้องการจากพยาบาล จากการศึกษา Messner (1990 อ้างถึงใน อังคณา อภิชาติ, 2537: 65-66) คือ

- 1) รับฟังผู้ป่วยเพื่อให้บอกความต้องการให้ทราบ ซึ่งต้องใช้ศิลปการพยาบาล
- 2) ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การตอบสนองที่ถูกต้อง
- 3) อย่าละเลยสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนัก และให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยบอก
- 4) อย่าดูเล้ารักษาผู้ป่วยเหมือนโรคแต่ดูแลรักษาอย่างดี สนใจตัวผู้ป่วยมากกว่า
- 5) พูดกับผู้ป่วย ไม่ใช่พูดถึงผู้ป่วย โดยเฉพาะการพูดศัพท์ทางการแพทย์
- 6) เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
- 7) อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยรอคอย หรือพยาบาลควรอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็นให้ผู้ป่วยเข้าใจ
- 8) อย่าสั่งผู้ป่วยทำโดยไม่บอกว่าทำอย่างไร
- 9) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล
- 10) จดจำสิ่งที่ผู้ป่วยเคยเป็นได้ การจดจำประวัติผู้ป่วยได้เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถมีกรทำงานได้
- 11) บอกผู้ป่วยถึงการดูแลที่จะได้รับ

สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลของ พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ (2523) และประไพ น้อยจ้อย (2540) พบว่า ผู้ป่วยทุกคนต้องการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในการให้การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ขณะที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1). ความต้องการด้านร่างกาย ในเรื่องการสังเกตและตรวจวัดสัญญาณชีพ การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัย การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การรายงานอาการเปลี่ยนแปลงต่อแพทย์ บอกให้ผู้ป่วยทราบและแนะนำถึงการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของอวัยวะ และการเตรียมสื่อการทำงานตามวัย สังเกตและช่วยเหลือด้านการพักผ่อนดูแลเกี่ยวกับการนั้ง และฝึกหัดการหายใจ

2). ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ ในด้านการติดต่อสื่อสาร พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทุกเมื่อ แสดงความเข้าใจในเรื่องเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ตามความรู้สึก ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย รับฟังปัญหาจากการบอกเล่าของผู้ป่วย แสดงความเข้าใจ ยอมรับ ในข้อบกพร่องของประสาทรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ เยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน สนทนากับผู้ป่วย และแนะนำกฎระเบียบ โดยเฉพาะเวลาต้องการความช่วยเหลือ บอกทราบวัตถุประสงค์ หรือเหตุผลก่อนให้การพยาบาล อธิบายให้ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และอธิบายถึงผล และฤทธิ์ข้างเคียงของยา การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อธิบายให้ทราบวิธีการดูแลตัวเองเมื่อออกจากโรงพยาบาล และพูดด้วยน้ำเสียงชัดเจน นุ่มนวล เป็นกันเอง

3) ความต้องการด้านศรัทธาหรือความเชื่อเกี่ยวกับการให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกคน จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเต็มความสามารถ เพื่อความปลอดภัยและทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และการอธิบายเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย จัดหาเอกสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้อ่าน จัดหาสิ่งที่จะช่วยให้ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ

4). ความต้องการด้านสังคม ในการยอมรับผู้ป่วยเป็นสมาชิกของโรงพยาบาลและให้ความสำคัญในความสามารถที่ผู้ป่วยมีประโยชน์ต่อสังคมในด้านความรู้ ความชำนาญ สนับสนุนญาติให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง สนับสนุนให้ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและให้แสดงความสามารถ ทักษะ ความชำนาญ

ดังนั้น พฤติกรรมการพยาบาล ที่เกิดขึ้นจำเป็นต่อวิชาชีพพยาบาลอย่างมาก จะบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานพยาบาล โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลที่แสดงออกมา เพื่อตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม สามารถรับรู้สอดคล้องตรงกันและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ สิ่งเหล่านี้ยืนยันได้ชัดเจนว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดำรงรักษาเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งคุณลักษณะของพฤติกรรมการดูแลที่มีการพัฒนามาจากการบูรณาการของเอกลักษณ์เดิม ในขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาลของพยาบาลบุคคณนั้น

จะเน้นการพัฒนาบทบาท ในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลให้สามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้น นับว่าเป็นส่วนที่แสดงถึงคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาลในขั้นพื้นฐาน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลานานในการถ่ายทอด พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม ทั้งต้องอาศัยการปลูกฝังพฤติกรรมอย่างเหมาะสม สม ตั้งแต่ในขณะที่ยังศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องกันไป ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองของนักศึกษา เมื่ออย่างก้าวเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อไปและเข้าสู่การเป็นสมาชิกของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างค่อนข้างสมบูรณ์ (นันทนา น้ำฝน, 2538)

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษา จึงต้องเป็นการแสดงออกที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ กับพฤติกรรมเชิงวิชาชีพ ที่ต้องผสมผสานกันอย่างกลมกลืน โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนอย่างมากในการที่จะเข้าถึงการปฏิบัติ ที่เน้นความเป็นบุคคล เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล ตระหนักในคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างมนุษย์มีจิตใจไม่ใช่วัตถุด้วยความนุ่มนวล ยอมรับ และเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือให้นักศึกษาพยาบาลสามารถ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ภายใต้การเคารพสิทธิหรือความชอบธรรมของการดูแล และการแสดงพฤติกรรมการดูแลของตนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุ

สอดคล้องกับที่ ทักนา บุญทอง (2528: 1368-1369) กล่าวว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยและสังคม นอกจากจะต้องการบริการพยาบาลที่มีพฤติกรรมพยาบาลที่แสดงถึง ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความเป็นกันเอง มีกิริยาท่าทางกระฉับกระเฉง สีหน้าไม่บึ้งตึง เคร่งเครียด สายตาเป็นมิตร มีพฤติกรรมพูดที่ถูกต้องเหมาะสม น้ำเสียงไพเราะ ไม่พูดก้าวร้าว ข่มขู่ พูดให้กำลังใจ ปลอดภัย ไม่ฟังทำร้ายผู้ป่วยด้วยสีหน้า แววตา ท่าทางและคำพูด และจากข้อสังเกตของ Hutchings และ Colburn (1979) ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องไม่แสดงออกอย่างก้าวร้าว หรือเอาแต่ใจตนเองในขณะที่ให้การพยาบาลแก่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ดังกล่าว จะได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วยและบุคคลที่พบเห็น

อนึ่ง ความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลของนักศึกษาพยาบาล ต้องเป็นการตอบสนองต่อคุณค่า เป็นการให้เหตุผลในปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน สอดคล้องกับ Roach ได้กล่าวไว้ว่า "การดูแลเป็นการแสดงออกที่อยู่ในวิถีชีวิตของมนุษย์ทุกคน ที่สามารถรับรู้ได้ระหว่างผู้รับและผู้ให้การดูแล โดยเฉพาะการดูแลเชิงวิชาชีพ จะประกอบด้วยความสามารถในการดูแลที่แสดงออกได้จริงของตนเองและผู้อื่น ที่มุ่งหวังตอบสนองสู่เป้าหมาย และบรรลุพร้อมกัน" โดย Roach ได้ศึกษาปรากฏการณ์การดูแลเชิงวิชาชีพพบว่าการดูแลมีลักษณะเฉพาะอยู่ที่การแสดงออก หรือการกระทำตามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งบอกถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาลอย่างชัดเจน และเหมาะสม สามารถนำมาเป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ เพื่อการอธิบายถึงพฤติกรรมดูแลที่นักศึกษาพยาบาลกระทำกับผู้ป่วยสูงอายุตามสภาพสังคม วัฒนธรรมไทย โดยได้จัดแบ่งพฤติกรรมดูแลในการพยาบาลไว้ 5 ด้าน ดังนี้คือ

1) ด้านความเห็นอกเห็นใจ (Compassion)

มีแรงจูงใจเป็นพื้นฐานที่เกิดจากการให้ความช่วยเหลือและความรู้สึกนึก (Eriksson, 1994: 14, Roach, 1997: 5-8) ทำให้เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจด้วยการตระหนักถึงความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และเข้าใจ รู้สึกร่วมกับผู้ป่วย ในความรู้สึกของผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้ว่า นักศึกษาเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร ทำไมจึงรู้สึกเช่นนั้น โดยไม่เอาความรู้สึกส่วนตัวของตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ส่งเสริมการแสดงออกร่วมความรู้สึก และร่วมแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้สึก ยินดี เสียใจ ทุกข์ ความสุข ความเจ็บปวด ความสำเร็จกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน (Nouwen, 1983; Roach, 1997: 5) เป็นกรปฏิบัติที่ไม่มีการเสแสร้ง ทำให้นักศึกษาพยาบาลร่วมรับรู้ และเข้าใจภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ โดยสื่อสารและแสดงออกด้วยกิริยาท่าทางนุ่มนวล สุภาพ ส่งสายตาสื่อสารที่เอื้ออาทร การพูดชักถามและให้ความ

เห็นใจ แสดงความสนใจ ห่วงใย เอาใจใส่ในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุแสดงออกทั้งคำพูด ท่าทางที่บ่งบอกถึงสภาพอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และต้องอาศัยการรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ รวมทั้งให้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกซึ่งความรู้สึก ความคิด ความต้องการของตนอย่างเต็มที่ ซึ่งจะดีกว่าบุคคลในวัยอื่นจากสภาพความเสื่อมที่พบและต้องการเวลาที่จะคิดมาก ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอายุคิดต้องการความสงบเงียบ ไม่มีการรบกวน สิ่งนี้คือพฤติกรรมที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีในขณะที่อยู่กับผู้ป่วยสูงอายุ (Wold, 1993: 111-116) และถามตนเองว่าขณะนี้ผู้ป่วยกำลังรู้สึกอย่างไร เขามองปัญหาของเขาอย่างไร และชีวิตของเขาเป็นอย่างไร คำตอบที่นักศึกษาพยาบาลได้รับ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุอย่างแท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ร่วมกับภาวะปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ควบคู่กับความต้องการทางกาย

จำเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาพยาบาล ควรพูดเพื่อแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย ด้วยการแสดงท่าทีที่อ่อนโยนประกอบด้วย แต่ต้องระวังในขณะที่แสดงกิริยาท่าทางต่อผู้ป่วยสูงอายุให้เหมาะสม กับสภาพการณ์ที่ประสบอยู่ในช่วงเวลานั้นของผู้ป่วยสูงอายุเพราะ พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้น มีความหมายต่อผู้ป่วยเสมอ (Mcknight, 1976)

นอกจากนี้ความเห็นอกเห็นใจสามารถแสดงได้ ด้วยการสัมผัสในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Roach, 1992: 58) ถือว่าเป็นวิถีทางที่ดีทางหนึ่ง ในการถ่ายทอดและสื่อสารถึงการดูแล และแสดงความรู้สึกที่มีต่อกันได้หลากหลาย การสัมผัสที่เหมาะสมกับโอกาสจะแสดงถึงความรัก ความเอาใจใส่ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย อบอุ่น อันจะนำไปสู่การเข้าใจซึ่งกัน โดยพบว่า จะสัมผัสเพิ่มมากขึ้น เมื่อพยาบาลให้ความสนใจ เข้าใจ เอาใจใส่ ให้ความสบาย ร่วมรู้สึก ให้ความเมตตา ช่วยผ่อนคลาย บรรเทาความเจ็บปวดและมีปฏิสัมพันธ์สื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้น (Barnett, 1972; Montagu, 1978, McCorkle, 1974; Ebersole and Hess, 1990) และพบว่า การสัมผัส และการพูดคุยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกลมกลืนต่อเนื่องกันตลอดเวลา ถึงร้อยละ 64 (Oliver and Redfern, 1991; Routasalo, 1996: 904-911) นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงการสัมผัสผู้ป่วยสูงอายุอย่างสุภาพอ่อนโยน และพูดจาที่ทักทายสวัสดิกับผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่นักศึกษาพยาบาลแสดงออกถึงความสนใจที่มีให้กับผู้ป่วย และยังพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะได้รับการสัมผัสมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย โดยพบปัจจัยที่มีผลต่อการสัมผัสผู้ป่วยพบว่า อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความต้องการการช่วยเหลือ และความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ส่วนพยาบาลพบว่าอายุ ความรู้ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการให้การสัมผัสผู้ป่วย (McCann and McKenna, 1993; Watson, 1975; Routasalo, 1996: 904-911)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การสัมผัสในผู้ป่วยวัยสูงอายุเป็นพฤติกรรมที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งจากสภาพร่างกาย จิตใจที่เปลี่ยนแปลง และแตกต่างจากวัยอื่น ๆ ประกอบกับปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารที่เสื่อมลง ย่อมจะทำให้การรับรู้และความรู้สึกของผู้สูงอายุ จากการได้รับการสัมผัสของพยาบาล แปรเปลี่ยนได้ง่ายขึ้น โดยการสัมผัสจับต้องตัวผู้ป่วยสูงอายุด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน ซึ่งจะ

แสดงถึงการดูแลขั้นพื้นฐานที่จะเป็นแรงจูงใจ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมในด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะการร่วมรู้สึก และความเห็นอกเห็นใจที่เป็นลักษณะประการหนึ่งของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลพึงต้องมี เพื่อเป็นรากฐานสำคัญในการที่จะสื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความรู้สึกเข้าอกเข้าใจ ที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุ

นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อมิติทางวัฒนธรรม ทั้งของตนเองและของผู้รับบริการ Hooker and Edwards (1991; อ้างถึงใน ศิริพร จิรวฒนกุล, มปป.) ได้ให้แนวปฏิบัติไว้ ดังนี้

1. ตระหนักถึงความเชื่อส่วนตัว เปิดใจรับรู้ ทำความเข้าใจต่อค่านิยม ความเชื่อของผู้อื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง
2. มีความรู้สึกไว ต่อลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล จะทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าใจผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้ดี
3. บริการพยาบาลต่าง ๆ ที่ให้กับผู้รับบริการจะต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับ ไลฟ์สไตล์ (Life style) และลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้รับบริการ พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ รวมทั้งให้ความสำคัญกับบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุด้วย
4. ความรู้และทักษะด้านวัฒนธรรม สามารถเรียนรู้ได้จากหนังสือบทความต่าง ๆ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของพยาบาล
5. พึงระลึกเสมอว่า พยาบาลไม่เพียงแต่เป็นผู้สอนเท่านั้น แต่เป็นผู้เรียนด้วย โดยเรียนรู้จากคนในวัฒนธรรมต่าง ๆ
6. ปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ต้องการทำบนพื้นฐานของการร่วมมือกันกับผู้รับบริการ อยู่ในวิถีที่ผู้รับบริการจะรับได้ และใช้จุดแข็งของผู้รับบริการเป็นประโยชน์สูงสุด

2) ด้านความสามารถในการดูแล (Competence)

เป็นการแสดงออกในขณะที่ปฏิบัติงานในการดูแลได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย มีทักษะและความชำนาญได้อย่างถูกต้องเทคนิควิธีการ และหลักการ ด้วยการนำความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุความเจ็บป่วย และหลักการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ศึกษาภาคทฤษฎี มาประยุกต์ให้เข้ากับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีเหตุผลตามหลักวิชาการ นักศึกษาพยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบระเบียบ ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ควบคู่กับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการดูแล โดยใช้ความคิด วิเคราะห์ พิจารณาสภาพ ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุได้ครอบคลุมสอดคล้องตามความต้องการ

สอดคล้อง Leininger (1984) ที่เน้นประเด็นการดูแลที่มีคุณภาพ อยู่ที่การแสดงความสามารถในการดูแลที่เป็นการปฏิบัติทางวิชาชีพที่กระทำด้วย ความรู้ หลักการ มีเป้าหมายและกระบวนการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น พร้อมทั้งแสดงออกถึงความต้องการที่จะประคับประคองให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสมปรารถนา แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจ และมีความรู้ถึงบทบาทในฐานะผู้ดูแลเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตามขอบเขตของการฝึกภาคปฏิบัติ อันจะนำไปสู่การตระหนักใน

การทดลองสวมบทบาทได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะบทบาทอิสระ และไม้อิสระในฐานะผู้ให้การดูแล

การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการรักษาให้ความรู้ความเข้าใจในเทคนิคปฏิบัติต่าง ๆ รวมทั้งกิจกรรมการปฏิบัติที่เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างถูกต้อง ก็คือ การดูแลสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละคน โดยเป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และวิญญาณอย่างสอดคล้องกับความสามารถในการปฏิบัติดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยสูงอายุโดยตรง หรือเป็นการใช้เทคนิควิธีการ หรือเครื่องมือช่วยเหลือในการสร้างเสริมการดูแลที่เพียงพอ แต่ต้องเป็นการแสดงความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตรงตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงการมีทักษะในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการรวบรวมและใช้กระบวนการพยาบาลด้วยการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง โดยการนำประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีมาปฏิบัติปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม ทัศนคติ และเหตุการณ์ มีพลังใจและแรงจูงใจในการแสดงความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นสิ่งกระตุ้นให้แสดงความสามารถออกมา และพัฒนาประสิทธิภาพของการดูแลและปรับปรุงแก้ไขงานให้มีผลดีตามเป้าหมาย

Roach กล่าวว่า การแสดงความสามารถ ถ้าปราศจากความเห็นอกเห็นใจ ก็คือ “การแสดงพฤติกรรมที่มีความทรุณโทดร้ายและขาดความเมตตาปราณี” และถ้ามีแต่ความเห็นอกเห็นใจ แต่ปราศจากความสามารถก็เป็นการแสดงพฤติกรรมที่ล่องล่ำ บุกรุกเข้าไปใน ชีวิตของบุคคลอื่น อันจะทำให้การดูแลนั้นไม่มีความหมาย” ดังนั้น การแสดงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลที่เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง

3. ด้านความเชื่อมั่นไว้วางใจ (Confidence)

เป็นลักษณะที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจเชื่อมั่น เชื่อถือ และนับถือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการยอมรับ เชื่อถือ มั่นใจว่านักศึกษาพยาบาล คือ ผู้ให้การดูแลที่ดีที่สุด สำหรับตน และไม่เป็นอันตรายต่อตน ซึ่งนับว่าความเชื่อมั่นไว้วางใจ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา (Travelbee, 1971) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุจะมีความเชื่อมั่นว่า เมื่อใดก็ตามที่ตนเกิดปัญหา นักศึกษาพยาบาลสามารถช่วยเขาได้ และในขณะเดียวกันนักศึกษาพยาบาลก็ต้อง ยอมรับในความ เป็นบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุตามความเป็นจริง รวมถึงการเข้าใจและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นละลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีพื้นฐานของความเห็นใจเข้าใจ สถานการณ์ของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน ดังนั้นการแสดงออกถึงการยอมรับ จะแสดงได้โดยการที่นักศึกษาพยาบาล รับฟังผู้ป่วยสูงอายุหรือมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้ป่วยสูงอายุพูดหรือแสดงออกนั้น ด้วยความรู้สึกที่ตนมีอยู่และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมองเห็นการกระทำของตน ส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุจัดการต่อปัญหาด้วยตนเอง

นักศึกษาพยาบาล ต้องทราบว่าจะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุในลักษณะเหมาะสม ในการสร้างความไว้วางใจเชื่อมั่นระหว่างกัน ได้นั้น ต้องให้ผู้ป่วยสูงอายุรับทราบและยินยอมที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของความซื่อตรง จิตใจเปิดเผยต่อกัน ฟังพาอาศัยซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ในขณะที่เดียวกันผู้ช่วยสูงอายุก็ยอมรับนักศึกษาพยาบาล ในฐานะผู้ให้การดูแลสุขภาพทำให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะการใช้กัมพูตกับผู้ป่วยสูงอายุในลักษณะที่แสดงออกถึงการยอมรับความคิด ความเชื่อที่ฝังแน่นร่วมกับมีปัญหาคความเสื่อมในการได้ยินและการมองเห็น ตลอดจนความจำซึ่งอาจจำนักศึกษาพยาบาลผู้ให้การดูแลไม่ได้ จะขัดขวางความเชื่อมั่นไว้ใจที่ผู้ช่วยสูงอายุมิให้กับนักศึกษาพยาบาล

ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงต้องเข้าไปใกล้ชิดกับผู้ช่วยสูงอายุบ่อย ๆ รวมทั้งทำทักขณะพูดคุยต้องเป็นกันเอง กระทำด้วยท่าทีสงบและแสดงกริยาอย่างเหมาะสม ยิ้มแย้มตลอดเวลาที่ให้การพยาบาลหรือรับฟังผู้ป่วยและไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาด้วยความตั้งใจหรือด้วยความเคยชินก็ตาม เช่น แสดงออกซึ่งความรู้สึกที่สนุกสนาน ความกลัว ประหลาดใจ โกรธหรือรังเกียจ เป็นต้น (Hodgson, 1953) ซึ่งกริยาเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ไวจากการสังเกตเห็น จึงเป็นสิ่งที่นักศึกษาพยาบาล จะต้องเรียนรู้ที่จะควบคุมการแสดงออกทางสีหน้า สายตา หรือการควบคุมการแสดงออกบางส่วน โดยเฉพาะการควบคุมอารมณ์ที่แสดงให้เห็นว่ากลัว หรือรังเกียจผู้ป่วยสูงอายุ (Kozier and Erb, 1988) เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะการพูดคุยที่ห่างไกลจากตัวผู้ป่วย หรือทำที่รีบร้อนพูดให้จบเร็ว ๆ เป็นเหตุการณ์ที่พยาบาลบางคนเมื่อหน่วยที่จะกระทำต่อผู้ป่วยสูงอายุ มากกว่าการพูดที่เป็นการให้กำลังใจหรือปลอบโยนในการที่จะให้ความไว้วางใจ ยอมรับในตัวนักศึกษาพยาบาลผู้ให้การดูแลต่อไปได้ ส่งผลต่อการรับรู้ถึงพฤติกรรมการแสดงออกของสองฝ่ายตรงกัน การพัฒนาความสามารถในการดูแลจะเกิดขึ้นโดยได้รับความไว้วางใจเป็นสิ่งสนับสนุน

4. ด้านจิตสำนึกความถูกต้องทางศีลธรรมจริยธรรม (Conscience)

นักศึกษาพยาบาลตระหนักด้วยตนเอง และพัฒนาอยู่กับประสบการณ์ ความรู้และการให้คุณค่าในตนเองและผู้อื่น โดยการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานอย่างมีสติ และคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนให้ ยำนาจการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุ เคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความรู้สึก เป็นการแสดงออกทำให้ผู้ป่วยรับรู้ที่นักศึกษาพยาบาลเห็นผู้ป่วยมีคุณค่า และมีความสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกว่าคุณค่ามีความหมาย มีคุณค่าเพียงพอต่อการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ พฤติกรรมที่แสดงออกมาอาจใช้การพูดทักทายผู้ป่วยสูงอายุด้วยคำที่สุภาพ ไพเราะ นุ่มนวล มีคำลงท้าย ไม่พูดห้วน กระด้างหรือขู่ตะคอก น้ำเสียงอ่อนโยน เรียกผู้ป่วยสูงอายุด้วยสรรพนามนำหน้าอย่างเหมาะสม (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522; ฟารีดา อิบราฮิม, 2525) เป็นคำพูดที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับรัด ไม่ใช้ศัพท์ทางวิชาการ หรือภาษาแสลง การใช้ประโยคต้องเป็นลักษณะที่เข้าใจง่าย ความหมายชัดเจน รวมทั้งแสดงพฤติกรรมของนักศึกษาจะต้องตรงตามความหมาย โดยอาจพูดซ้ำหลายครั้งหรือบอกเนื่องจากเป็นการคำนึงถึงความเสื่อมของประสาทการรับรู้ที่มีภาวะเสื่อมลง เปลี่ยนแปลงลดลงไปตามวัยที่สูงขึ้น โดยนักศึกษาพยาบาลแสดงพฤติกรรมที่สุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในฐานะผู้อาวุโส และให้การดูแลแก่ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ลำเอียง ไม่บังคับข่มขู่ให้ปฏิบัติตามความต้องการของนักศึกษาพยาบาลแต่เพียงลำพัง อีกทั้งยังช่วยปกป้องสิทธิในการเก็บเรื่องส่วนตัว และเรื่องราวความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุไว้เป็นความลับ เคารพในความเชื่อทาง ลัทธิศาสนาของผู้ป่วย และเอื้อต่อการปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ไม่กระทำการใดๆ ที่มีผลเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

มีความกล้าที่จะปกป้องสิทธิของตนในฐานะผู้ให้การดูแล และสิทธิของผู้ป่วยสูงอายุในฐานะผู้รับการดูแล ก็คือ นักศึกษาพยาบาลสามารถแสดงการซักถาม รับฟัง สงสัย การได้รับหรือถูกปฏิเสธความร่วมมือจากผู้ป่วยสูงอายุ การปกป้องคุ้มครองความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล การได้รับการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ฉะนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ เกิดการยอมรับต่อสิ่งใดได้นั้น จะต้องทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับข้อมูลต่าง ๆ อธิบายถึง เหตุผลหรือวัตถุประสงค์ของสิ่งต่าง ๆ ที่จะกระทำกับผู้ป่วย การเข้าไปดูแลควรมีการบอกแนะนำตัว และให้ข้อเท็จจริงอย่างเหมาะสม และกระทำอย่างสม่ำเสมอ การให้ข้อมูลตามความจริง อย่างชัดเจนพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และมีกรย้อนทวนความคิด และข้อมูลก็จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับทราบข้อมูลเพื่อมาประกอบการตัดสินใจ (MacNamare, 1997 อ้างถึงใน Roach, 1997: 6-8)

สิ่งเหล่านี้แสดงถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลที่จะเป็นหนทางสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในการให้การดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ภายใต้ความรับผิดชอบในหน้าที่รวมทั้งนักศึกษาพยาบาล จะต้องเลือกใช้คำพูดในการสื่อสาร ขณะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างเหมาะสมกับเพศ อายุ สภาพความสามารถศึกษา ความสนใจและเรื่องที่จะพูดคุยกันก่อนที่จะให้การดูแล (Wold, 1993: 115-116)

5) ด้านพันธะผูกพันในการปฏิบัติงานการดูแล (Commitment)

เป็นการแสดงออกถึงความตั้งใจมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน ตามบทบาทผู้ให้การดูแลได้เป็นอย่างดี โดยไม่คำนึงถึงค่าตอบแทน กระตือรือร้นในการปฏิบัติการดูแลและแสวงหาความรู้ประกอบการดูแล พัฒนาตนเองตลอดเวลา อุทิศเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอย่างเต็มที่โดยไม่แสดงความเบื่อหน่ายหรือท้อแท้ ร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อนร่วมงาน วิชาชีพอย่างเต็มใจ มีความเลื่อมใสศรัทธาในผู้ป่วยสูงอายุและงานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับ Appleton (1987) พบว่า การดูแลเป็นกระบวนการแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแล โดยการปฏิบัติที่มีความยึดมั่นผูกพัน การมีเหตุผลและการเป็นเจ้าของเมื่อมีประสบการณ์การดูแล และความยึดมั่นผูกพันหรือพันธะผูกพันในการดูแล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความปรารถนาที่จะกระทำกับภาวะงานตามหน้าที่ ที่เกิดขึ้นระหว่างสิ่งที่ควรกระทำ กับสิ่งที่ต้องการจะทำการดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อมีพันธะผูกพันในการดูแล ก็จะทำให้เกิดการดูแล (Roach, 1997: 6 Mayeroff, 1971)

นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลพึงตระหนักไว้ในตนเอง พิจารณาความรู้สึก ความคิดของตน และค้นหาความศรัทธาของตนเกี่ยวกับงานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และการกระทำที่เน้นการถ่ายทอดความรู้สึกของตนผสมผสานต่อการดูแลเชิงวิชาชีพเห็นประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าส่วนตน จะแสดงพฤติกรรมที่มีสัมพันธภาพอันดีกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงานทุกระดับ สามารถร่วมทำงานเป็นทีมได้ดี เอื้อเฟื้อต่อกัน ร่วมมือ ประสานงานที่จะช่วยให้การดูแล และการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยสูงอายุมีประสิทธิภาพสูง มีจุดมุ่งหมายร่วมและให้ความร่วมมือในการสร้างสรรค์และพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ไม่กล่าวร้ายผู้ร่วมงานที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และแสดงการช่วยเหลือให้คำแนะนำกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีประสิทธิภาพ อาสาดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยความเต็มใจสมัครใจ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมด้านความพันธะผูกพัน เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึก และการปฏิบัติด้วยความตั้งใจจริง มุ่งมั่น ทดมเท เต็มใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ อุทิศตน และ

เวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบอย่างเต็มที่ เสียสละ มีน้ำใจ เพียรพยายาม พัฒนาตนเองแสวงหาความรู้โดยไม่คำนึงถึงต่อผลการตอบแทนใด ๆ จากผู้ป่วย และกระตือรือร้น โดยจะช่วยยืดเหนี่ยวนักศึกษาพยาบาลที่มีต่องานดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ให้การดูแลตามขอบเขตของการศึกษา เพื่อให้เกิดการแสดงผลพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่สอดคล้องกับลักษณะทางวิชาชีพตามความคาดหวังของสังคมและผู้ป่วย

โดยนัยสรุปว่า การดูแลเน้นที่พฤติกรรมดูแลหรือการกระทำ ที่ผู้ให้การดูแลแสดงออกมา ซึ่งเป็นการปฏิบัติบริการในรูปแบบมนุษย์ต่อมนุษย์ (Human to human service) ที่ต้องมีทั้งการกระทำที่มีความรู้ความสามารถ เทคนิคปฏิบัติที่ถูกต้อง ประกอบกับการมีความรู้สึกร่วมในการดูแล ดังนั้นพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่นับว่ามีคุณค่า สามารถบ่งบอกและถ่ายทอดให้รับรู้ได้ตรงกันทั้งผู้รับและผู้ให้การดูแล และสำคัญต่อการแสดงผลพฤติกรรมพยาบาลที่เสริมสร้างคุณภาพการพยาบาล สอดคล้องกับ วัชรา บุญทอง (2529: 175-234) กล่าวว่า สถานการณ์ทางการพยาบาลมิใช่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของพยาบาลผู้ดูแลเพียงผู้เดียว เพราะว่าการแสดงผลพฤติกรรมเป็นผลมาจากความคิด ความรู้สึก ค่านิยม ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน รวมถึงเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆ ดังที่ วิภาติ คงอินทร์ (2525: 2-4) กล่าวว่า ผู้ดูแลแต่ละคนจะมีทัศนคติต่อผู้ป่วยและประสพการณ์ชีวิตแตกต่างกัน ย่อมจะมีแนวโน้มการแสดงผลพฤติกรรมพยาบาลที่เป็นไปตามความเชื่อและเจตคติในทิศทางคล้ายคลึงกันได้ อาทิ เช่น พวกที่มีเจตคติเชื่อว่าผู้สูงอายุทั้งหมดควรมีชีวิตในสถานพยาบาลด้วยโรคภัยไข้เจ็บ จะมีแนวโน้มพฤติกรรมพยาบาลที่เน้นการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยแทนที่จะเน้นการป้องกันโรค การดำรงภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง หรือพวกที่มีเจตคติเชื่อว่าผู้สูงอายุมีสติปัญญาหรือความเฉลียวฉลาดลดลงตามอายุมากขึ้น จะแสดงผลพฤติกรรมมักจะเลือกใช้ถ้อยคำง่าย ๆ กับผู้สูงอายุมากกว่าจะใช้พูดกับคนวัยอื่น ๆ โดยไม่ได้พิจารณาก่อนว่าเหมาะสมหรือไม่ ส่วนผู้ที่เชื่อว่าความเมตตาต่อผู้สูงอายุ จะปกป้องผู้สูงอายุจากความไม่สบายใจก็จะมีแนวโน้มพฤติกรรม แสดงออกมาในการปิดบังข้อมูลหรือจัดแปลง ความจริงให้อยู่ในลักษณะที่เห็นว่าดีสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล จึงได้นำเสนองานวิจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับการวิจัย ดังนี้

5.1 งานวิจัยในประเทศ

นฤมล ปทุมรักษ์ (2529) ได้ทำวิจัยเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบพฤติกรรมพยาบาลขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รู้สึกดีและไม่รู้สึกดี ในด้านกิริยาท่าทางที่แสดงความเอาใจใส่ การยอมรับผู้ป่วย และด้านการมีระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาลไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมด้านการแสดงสีหน้าและสายตา ด้านการพูดที่แสดงความเคารพในความเจ็บปวดของผู้ป่วย การพูดเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วย และด้านการสัมผัสผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวรรณ เอกอรรถผล (2530) วิเคราะห์ปฏิริยาสัมพันธ์ของพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 20 คน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า สถานการณ์ของการมีปฏิริยาสัมพันธ์ที่พบส่วนใหญ่คือ การพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยและเรื่องทั่วไป โดยทั้งที่พยาบาลและผู้ป่วยเป็นผู้เริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ ส่วนสถานการณ์ขณะที่พยาบาลช่วยแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย มีปฏิริยาสัมพันธ์น้อยที่สุด โดยพยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์มากกว่าผู้ป่วย สถานการณ์ที่ใช้เวลานานที่สุดในสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา ส่วนสถานการณ์ที่กักตักภัยปราศรัยเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีใช้เวลา น้อยที่สุด ยังพบว่า พฤติกรรมพยาบาลด้านความสนใจที่มีต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่พยาบาลให้ความสนใจตามลักษณะงานประจำ เป็นส่วนน้อยที่พยาบาลให้ความสนใจในลักษณะหลีกเลี่ยง และตามบทบาทของพยาบาลจิตเวช พฤติกรรมด้านอารมณ์ที่แสดงออกต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีลักษณะอารมณ์แบบเอาจริงเอาจังน้อยที่สุด คือ วิพากษ์วิจารณ์

เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์ (2535) ได้วิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาล จำนวน 30 คน ขณะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ในพฤติกรรมด้านกิริยาท่าทาง คำพูด และน้ำเสียง การแสดงออกทางสีหน้าและสายตา ในสถานการณ์ 4 ด้าน คือ การซักถามอาการผู้ป่วยและพูดคุยในเรื่องชีวิตประจำวัน การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา การดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน พบว่าพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด ในสถานการณ์ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา โดยพยาบาลเป็นผู้เริ่มมีปฏิสัมพันธ์ และสถานการณ์ให้การพยาบาลจะใช้เวลานานที่สุด วิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบบภาวะความเป็นพ่อแม่แบบช่วยเหลือ พบในสถานการณ์ซักถาม ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และพบสูงสุดในการให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ส่วนพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์แบบภาวะความเป็นผู้ใหญ่พบในการให้ความรู้และคำแนะนำมากที่สุด และพบว่า พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบบภาวะความเป็นพ่อแม่แบบช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การพยาบาล ในการซักถามอาการและพูดคุยในเรื่องชีวิตประจำวัน การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล ในขณะที่การให้ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์แบบภาวะความเป็นผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภรณ์ ลิ้มวิภาวณิชต์ (2535) ศึกษาเจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุ และพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ ใช้การสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมทั่วไปในโรงพยาบาลของรัฐ 5 แห่ง ใน เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีเจตคติทางบวกต่อผู้ป่วยสูงอายุในระดับต่ำ แต่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุระดับเหมาะสมปานกลาง โดยพบว่า พฤติกรรมการดูแลคนทั้งคน ข้อที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสนทนากับความต้องการของผู้ป่วย เช่น ความต้องการของใช้ ข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล จัดอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย สำหรับพฤติกรรมในการสนทนา เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพูดในเรื่องที่สนใจ และให้ผู้สูงอายุมีความคิดอิสระในการตัดสินใจ จัดอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ส่วนพฤติกรรมด้านให้ความสนใจ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฟังเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ซักถามเมื่อไม่แน่ใจ

และการสรุปให้ฟังซ้ำอีกครั้ง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสนทนาซักถาม การให้เวลากับผู้ป่วย มีข้อคะแนนเฉลี่ยต่ำ ซึ่งจัดอยู่ในระดับไม่เหมาะสม และพบว่า พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ สัมพันธ์กับเจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญญารณ ชุตังกร (2537) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง "มิติการดูแลของพยาบาลไทย" โดยจำแนกมิโนทัศน์การดูแลเป็น 4 มิติ คือ มิติเชิงจิตใจ หมายถึง สภาวะจิตใจที่เป็นรากฐานของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย ความเมตตา กรุณา ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความใส่ใจ ความเป็นมิตร เป็นกันเอง อ่อนน้อม และสภาวะเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ได้แก่ การตระหนักถึงความ ต้องการของผู้ป่วย การสอนผู้ป่วย มิติเชิงปรัชญา หมายถึง สภาวะความเชื่อ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะจิตใจอีกต่อหนึ่ง ประกอบด้วย และด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความเชื่อ การเคารพในสิทธิความเป็นบุคคล การแสดงออกในระบบความเชื่อ ส่วนด้านจริยธรรม หมายถึง การให้เกียรติ ความไว้วางใจ และความซื่อสัตย์ และมิติเชิงโครงสร้าง หมายถึง สภาวะด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือ และเทคนิควิ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย ด้านบริหารจัดการองค์การ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ ความปลอดภัย และด้านเทคนิค ได้แก่ การให้การพยาบาลด้วยความชำนาญถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ มิติเชิงปฏิสัมพันธ์ หมายถึง สภาวะของพฤติกรรมดูแลหรือการกระทำที่เกิดในระหว่างการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสังคม ได้แก่ การตอบปัญหา การสร้างสัมพันธภาพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง และด้านร่างกาย ได้แก่ การกระทำให้ผู้ป่วยสุขสบายทางกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ การสัมผัส การนวด การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยเหลือในกิจกรรมทางกาย

กลุ่มตัวอย่างทุกภูมิภาคของประเทศไทย เก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์พยาบาล 254 คน และผู้ป่วยทั้งหมด 252 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลและผู้ป่วยมีความคิดเห็นและรับรู้ว่า มีการปฏิบัติดูแลทั้ง 4 มิติ พบว่า ร้อยละของมิติของการดูแลทั้ง 4 มิติ แตกต่างกัน ดังนี้ คือ พยาบาลให้การดูแลมิติเชิงปรัชญามากสุด 94.60 รองลงมา ได้แก่ มิติเชิงโครงสร้าง 95.29% มิติเชิงจิตใจ 1.46% มิติเชิงปฏิสัมพันธ์ 90.51% ผู้ป่วยได้รับมิติเชิงจิตใจมากที่สุด 87.41% มิติเชิงโครงสร้าง 86.48% มิติเชิงปรัชญา 73.72% มิติเชิงปฏิสัมพันธ์ 68.93% ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่า ให้การดูแลหรือได้ทำกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยในอัตราสูงกว่าร้อยละ 90 แต่การรับรู้การดูแลของผู้ป่วยหรือการดูแลใน สายตาของผู้ป่วยต่ำกว่าการรับรู้ของพยาบาลทุกมิติ

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) ทำวิจัยศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ: การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริงในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากพยาบาลวิชาชีพจากจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย ที่กำลังศึกษา ต่อในระดับปริญญาโทปีที่ 1 และการพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 90 คน พบว่า พยาบาลมีความเห็นว่า การดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ เป็นการเอาใจใส่ช่วยเหลือเพื่อเยียวยาผู้ป่วย ซึ่งมีความพร้อมในภาวะสุขภาพ ให้มีความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลยึดปรัชญาสุขภาพองค์รวมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับใช้ความรู้และทักษะที่ได้จากการศึกษาและ ประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างทฤษฎีพื้นฐาน เรียก

ว่า “รูปแบบของความร่วมมือการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวพุทธธรรม : จิตรู้ขณะดูแลผู้ป่วย” มีองค์ประกอบ 4 ประการ คือ

1). เงื่อนไขการดูแล คือ ความพร้อมของพยาบาลที่จะให้การดูแล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติ

2). สถานการณ์เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ คือ สภาวะเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากพยาบาล ได้แก่ เมื่อเกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณตามต้องการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา การเฝ้าระวังและการติดตามเทคนิควิธีการพยาบาลตาม แผนการรักษา

3). กระบวนการปฏิสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วย คือ กระบวนการในการช่วยเหลือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มี 5 ปัจจัยร่วมกัน คือ การอยู่กับผู้ป่วย การสร้าง สัมพันธภาพไว้วางใจ การสื่อสารด้วยความเมตตา เอื้ออาทรร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา สนองความต้องการทางสุขภาพ และการคงสมดุลสติสัมปชัญญะ ไข้ปัญญาความรู้ให้พลังกายใจ และเวลาเพื่อให้เกิดการเยียวยาผู้ป่วย

4). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย เป็นความรู้สึที่ตรงกันทั้งผู้ป่วยและพยาบาล ในการรู้ถึงการให้และการได้รับการดูแลอย่างแท้จริง ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์

ยังพบว่า การแสดงออกทางพฤติกรรมการดูแลในการเอาใจใส่ผู้ป่วย มี 3 ประการ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง คำพูด และในการนำ เทคนิควิธีการการพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กลมกลืนกัน นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการดูแลผู้ป่วย มี 5 ข้อ คือ พยาบาลไม่ยึดปรัชญาในคุณค่าความเป็นมนุษย์และหรือไม่มีความรู้ในการให้การดูแล ระบบการบริหารไม่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแต่เน้นงานตามหน้าที่ การขาดแคลนบุคลากร การขาดอุปกรณ์เครื่องใช้ และสวัสดิการและค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม และยังพบว่า การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล หรือเปรียบเสมือนเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติ

สุภาพร ดาวดี (2537) ได้ศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในตนเองและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ตามปัจจัยการดูแล 10 ประการของ Watson ที่ทำให้พยาบาลปรับพฤติกรรมการดูแลของตนให้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้แบบสอบถามความตระหนักในตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กมิลเลียน เซนต์เมรี่ และซานคามิลโล และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้าย มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ราย จำนวน 149 คน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความตระหนักในตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนไปทางตันดี แต่มีพฤติกรรมการดูแลปัจจัยการดูแลในด้านการส่งเสริมพลังจิตวิญญาณ และการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน มีค่าคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แสดงว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลที่ค่อนข้างต่ำ และยังพบว่า ความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงว่าถ้าพยาบาลมีความตระหนักในตนเองดี ก็มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดีด้วย

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2538) ได้ศึกษาและหาความสัมพันธ์ ความต้องการการดูแล และการได้รับการดูแลจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีในโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 72 ราย คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของบุคคล บางประการกับความต้องการการดูแลจากพยาบาล ใช้การสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินความต้องการการดูแล และการดูแลที่ได้รับจากพยาบาล ดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลของ Larson (The Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort) ผลพบว่า ความต้องการการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนโดยรวมในปริมาณมากที่สุด 4 ระยะของการรักษาด้วยรังสี ความต้องการการดูแลจากพยาบาลรายหมวด มีคะแนนในปริมาณมาก คือ ความพร้อมของพยาบาล (หมวด 1) การให้คำแนะนำการสอน และการอำนวยความสะดวก (หมวด 2) การเฝ้าระวังและการควบคุมการ ปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพ (หมวด 6) การดูแลที่ได้รับจากพยาบาลในทุกๆระยะของการรักษาด้วยรังสี มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่ว่าได้รับการดูแลจากพยาบาลมี 2 หมวด ที่มีคะแนนประเมินในระยะก่อนฉายรังสี ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ หมวด 1 ความพร้อมของพยาบาล และหมวด 5 การสร้างความสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ และยังพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างความต้องการการดูแล และการดูแลที่ได้รับโดยรวมจากพยาบาลในทุกๆระยะของการรักษาด้วยรังสี และมีความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลและการดูแลที่ได้รับบางหมวดจากพยาบาล ในบางระยะของการรักษาด้วยรังสี

ปัญญาภรณ์ ชูตั้งกร และคณะ (2538) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การดูแลผู้ป่วย : ความหมายและพฤติกรรมของพยาบาล” โดยใช้นิเวศของ Leininger (1988) ในการอธิบายปรากฏการณ์การดูแล เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด 2 ข้อคำถาม คือ “การดูแลหมายถึงอะไร และท่านได้รับการดูแลจากพยาบาลอะไรบ้าง ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล” เก็บจากผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวม 31 คน พบความหมายของการดูแลอย่างอัตโนมัติ ตามลำดับดังนี้ 1) การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย ให้ความหมายมากที่สุด โดยประกอบด้วย การช่วยให้อาการเจ็บป่วย ไม่สุขสบายลดลง ช่วยให้อาการต่าง ๆ จากโรคทุเลาลง หรือคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบาย ปราศจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากโรค จำนวน 20 คน 2) การดูแลเอาการผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน พร้อมทั้งเอาใจใส่ ติดตามเฝ้าระวังในอาการเปลี่ยนแปลง แก้ไขตามหลักวิชาการที่ถูกต้อง จำนวน 7 คน 3) ความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่สุขสบาย จำนวน 6 คน 4) การช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายทั้งกายและใจ จำนวน 5 คน 5) การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเข้าใจ จำนวน 4 คน 6) การคอยป้องกันอันตราย จำนวน 2 คน

และยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยรับรู้ ได้รับจากพยาบาลมากที่สุดได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมด้านเทคนิค ทักษะการดูแลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประกอบด้วย การให้ยา การดูแลให้น้ำเกลือ ให้เลือด ให้ออกซิเจน พบ 37.99% ในขณะที่ได้รับการดูแลด้านการเฝ้าระวัง เช่น การวัดชีพจร ปรอท หายใจ การสังเกตอาการผิดปกติ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย ล้างแผล ล้อม การให้คำแนะนำ และการปฏิบัติที่เหมาะสม และด้านจิตใจ ได้แก่ การปลอบใจ ให้กำลังใจ ผู้ป่วยรับรู้ได้น้อยลงตาม ลำดับ โดยพฤติกรรมการดูแลทางด้านสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือแนะนำปัญหาเศรษฐกิจ และการแนะนำฟื้นฟูสมรรถภาพ พบในอันดับน้อยที่สุด กิจกรรมที่เป็นการดูแลทางด้านเทคนิค ทักษะ ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มากกว่า

กิจกรรมอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแล ด้านการให้ความสบาย การช่วยเหลือเพื่อมีอาการทุเลาลง ได้รับทราบการแสดงพฤติกรรมของพยาบาล

สมคิด จันทน์อ่วม (2539) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของตนเองและผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง โดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรม การดูแลของ Roach และ พยอม อยู่สวัสดิ์ ใช้แบบประเมินค่า 5 ระดับ เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 400 คน และผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 376 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าของผู้ป่วย ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามประสบการณ์ในแผนกที่ปฏิบัติงาน อยู่ใน ปัจจุบัน และประสบการณ์การพยาบาลแตกต่างกันโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน และมีประสบการณ์การพยาบาลสูงขึ้น จะมีความเข้าใจในการทำงาน เข้าใจในข้อมูลการปฏิบัติ และเข้าใจผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน และการพยาบาลน้อยกว่า และยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ตามการรายงานของผู้ป่วย จำแนกตามแผนก และระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลต่างกัน ในขณะที่จำแนกตามอายุ และเพศ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การรายงานพฤติกรรมการดูแลด้านการอยู่กับผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยสูติ-นรีเวชสูงกว่าผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยที่มีอายุสูงขึ้นจะเข้าใจในพฤติกรรม การดูแลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และผู้ป่วยเพศหญิงจะเห็นความสำคัญของพฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และการอยู่กับผู้ป่วยสูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย จากสภาพลักษณะของผู้ให้และผู้รับบริการเป็นเพศหญิง จึงสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้มากกว่าผู้ป่วยเพศชาย

5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Watson และ Other (1979) วิเคราะห์การแสดงออกในการให้การดูแล จากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและนักศึกษาพยาบาล กลุ่มละ 47 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ลักษณะพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกถึงการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม เห็นด้วย ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลตามวิธีการ ให้ความพยายามช่วยเหลือนอกเวลางาน สนใจเอาใจใส่และร่วมรู้สึก มีบุคลิกลักษณะของพยาบาล การประสานงานในหน้าที่ของพยาบาล ปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ กระบวนการติดต่อสื่อสาร จัดเตรียมความ สบาย ความปลอดภัย และความมั่นคง การปฏิบัติการรักษาโดยยึดความเป็นบุคคล การประเมินผู้ป่วย การสนับสนุนการช่วยเหลือดูแลตนเอง เป็นผู้ช่วยเหลือในสิ่งที่เขาไม่สามารถทำได้ และการสอน

Fork (1981) ศึกษาความหมายของการดูแล และพฤติกรรมการดูแลตามการรับรู้ของพยาบาล โดยใช้แบบสอบถาม ในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 192 คน พบว่า พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพผู้อื่นให้ดีขึ้นอย่างจริงจัง และการช่วยเหลือร่วมรับความรู้สึก ประกอบด้วย การรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ การช่วยเหลือและการแสดงการยอมรับ และสนับสนุนการแสดงออกของผู้อื่น

โดยเฉพาะการแสดงออกในการรับฟังของพยาบาล เป็นลักษณะที่แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญที่สุดที่ใช้ระหว่างบทบาทการให้การดูแลกับผู้อื่น

Larson (1981) ศึกษาความสำคัญของพฤติกรรมดูแลของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 57 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมานานกว่า 5 ปี จำนวน 57 คน เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็ง ใช้วิธีการค้นหาพฤติกรรมดูแลโดยการเรียงลำดับพฤติกรรมตามความสำคัญ (Care-Q) จัดเป็น 6 ด้าน คือ การให้ความเชื่อมั่น การให้ความสุขสบาย สัมพันธภาพที่ไว้วางใจ การอธิบายและ คอยเอื้ออำนวยช่วยเหลือ และการเฝ้าระวังและติดตามอาการ ผลพบว่า ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมดูแลที่สำคัญ เรียงตามลำดับ ประกอบด้วย รู้ว่าเมื่อใดจะฉีดยา รู้ว่าเมื่อใดจะตามแพทย์ ให้การรักษาตรงตามเวลา ตรวจรักษาผู้ป่วย และอยู่กับผู้ป่วยพยาบาลรับรู้พฤติกรรมและจัดลำดับ ได้แก่ การสัมผัสเมื่อผู้ป่วยต้องการ การยินยอมให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับโรคและการรักษา การให้การรักษาด้วยความมั่นใจ รู้ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน รู้ความต้องการของตนเองและผู้ป่วย และพบว่า ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมดูแลและให้คุณค่าของการแสดงพฤติกรรมดูแลตามแผนการรักษา ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ทักษะ เทคนิคในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา มากกว่าพฤติกรรมดูแลในความสามารถในการแสดงออกของการปฏิบัติที่ส่งเสริมความเป็นคน ในขณะที่พยาบาลให้ความสำคัญกับพฤติกรรมด้านความสามารถในการแสดงออก ของการปฏิบัติที่ส่งเสริมความเป็นคน มากกว่าการปฏิบัติโดยใช้ทักษะเทคนิคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

Brown (1986) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประสบการณ์การดูแลของพยาบาล ใช้การบันทึกแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม จำนวน 50 คน และวิเคราะห์ลักษณะกระบวนการดูแลที่เกิดขึ้น อธิบายพฤติกรรมตามกรอบแนวคิดของลักษณะพฤติกรรมดูแลที่ Watson และคณะ สร่างขึ้น ผลพบว่าพฤติกรรมดูแลของพยาบาลมี 8 ด้าน คือ 1) การตระหนักถึงคุณลักษณะและความต้องการของบุคคล โดยพยายามให้การดูแลอย่างเข้าใจ และรับรู้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ 2) การแสดงการสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่น และให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย 3) การให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ด้วยการแนะนำการสอน การให้ข้อมูลทั่วไปและที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา 4) การแสดงออกถึงการปฏิบัติที่มีความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ มีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์รู้ว่าควรจะทำปฏิบัติ และตัดสินใจปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดทั้งในการเสนอวิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวด และช่วยจัดการระงับ หรือหาวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษา 6) การให้เวลากับผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ และพยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย มากกว่าการทำงานและหน้าที่ 7) การส่งเสริมเอกลักษณ์แห่งตนของผู้ป่วยด้วยการรักษาสิทธิศักดิ์ศรี และความเป็นบุคคลโดยให้โอกาสได้ร่วมตัดสินใจ และปฏิบัติตามความต้องการของตน 8) การเฝ้าระวังเพื่อให้ความปลอดภัย ด้วยการสังเกตอย่างระมัดระวังเป็นกิจกรรมการปฏิบัติทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

Mayer, (1986:63-69) ศึกษาพฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง และครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลของ Larson พบว่า ให้ความสำคัญกับการ

ปฏิบัติการตามเทคนิควิธีการที่พยาบาลทำสูงสุดคือ การจัดการตามแผนการรักษา เช่น ฉีดยา ให้น้ำเกลือ เป็นอันดับสูงสุด รองลงมาได้แก่ การให้กำลังใจ เตรียมพร้อมช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการ เสนอตัวช่วยเหลือโดยผู้ป่วยทันทีโดยไม่ร้องขอ และการให้ความสนใจ รองลงมา คือ ให้ข้อมูลที่ความมั่นใจ ถึงการรักษาและอาการของโรค มีการวางแผนและให้การดูแลอย่างมีเหตุผล ให้การสัมผัสเมื่อผู้ป่วยต้องการ ความสุขสบาย และรับรู้ถึงความต้องการผู้ป่วย

Wolf (1986: 84-93) ศึกษาแนวคิดการดูแลและลักษณะพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในเขตพื้นที่ฟิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกา จำนวน 97 คน ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแล (The Caring Behavior Inventory : CBI) ให้จัดลำดับความเห็นด้วยกับพฤติกรรมกรรมการดูแลที่แสดงออกในแต่ละข้อความ ทั้ง 75 ข้อความ พบว่า วัเคราะห์ข้อความพฤติกรรมที่พยาบาลเห็นความสำคัญว่าเป็นลักษณะของการแสดงออก ซึ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย ที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 60% และ สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ของการแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลใน 10 อันดับแรก คือ การฟังอย่างตั้งใจ การให้ความสุขสบาย ความจริงใจ ความอดทนอดกลั้น ความรับผิดชอบ การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การสัมผัส การไวต่อการรับรู้ความรู้สึก ความเคารพ-ยอมรับ และการเรียกชื่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยใช้ชื่อ

Cronin และ Hamison (1988 อ้างใน Huggins et all, 1993) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย ของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ ในหน่วยฟื้นฟูหลอดเลือดหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย จำนวน 22 คน สอบถามความคิดเห็นวัดพฤติกรรมกรรมการดูแล แบบลิเคิตมี 5 ระดับความสำคัญ (Caring Behaviors Assessment, CBA) สอดคล้องกับปัจจัยการดูแล 10 ประการ ของ Watson พบว่า พฤติกรรม กรรมการดูแลที่สำคัญใน 3 อันดับแรก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การแสดงออกถึงความสามารถเชิงวิชาชีพ และการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน และยังพบว่า พฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยพักฟื้นที่ และสรุปว่า พฤติกรรมกรรมการดูแล เป็นลักษณะที่แสดงถึงกระบวนการดูแล และยังสามารถกำหนดประสิทธิภาพของการดูแล

Chipman (1991:171-175) ได้วิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความหมายและสถานการณ์ในการ ปฏิบัติการพยาบาล ใช้การถามถึงสถานการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมพยาบาลทั้งในสถานการณ์ ที่เป็นการดูแล และไม่ใช้การดูแล ร่วมกับการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 26 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหมวดหมู่และกลุ่มการดูแล ผลการวิจัยพบว่า ในสถานการณ์การดูแลพบพฤติกรรม กรรมการดูแลของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา จัดออกได้ 3 พฤติกรรมหลัก คือ 1). การอุทิศตน เป็นการให้ เวลาอยู่กับผู้ป่วย และครอบครัว นอกเหนือจากเวลาการทำงานเพื่อให้การรับฟังปัญหาของผู้ป่วย หรือช่วยเหลือตามที่ผู้ป่วยต้องการ 2) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วย ต้องการบรรเทาความเจ็บปวด ความสนใจ เกิดคุณค่า และเกิดความศรัทธา 3). เตรียมความพร้อมสุขสบาย ให้ผู้ป่วย และครอบครัว โดยการที่สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบไม่รบกวน อากาศถ่ายเท และช่วยให้ผู้ป่วยที่มี ภาวะความไม่สบายใจ เช่นเกิดภาวะเสียใจ หวาดกลัว วิตกกังวล หรือซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น

ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ใช่การดูแล ได้แก่ 1). ไม่อุทิศตน 2). ไม่ได้ช่วยเหลือตามที่ผู้ป่วยต้องการ ในสถานการณ์ที่พบบ่อยสุด คือ การที่ไม่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และไม่ให้ความเป็นอิสระส่วนตัวกับผู้ป่วย 3). ไม่ได้จัดเตรียมความสบายให้ผู้ป่วย หรือไม่เข้าใจในความไม่สบายใจของผู้ป่วย รวมทั้งไม่ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย หรือครอบครัวไม่สบายใจ

Swanson (1991) ได้สรุปผลรายงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตามประสบการณ์ของผู้ป่วยต่างกลุ่มกัน ครั้งที่ 1 ศึกษาโดย Swanson และ Hoffman (1986) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยแท้งบุตร จำนวน 20 คน ครั้งที่ 2 Swanson (1990) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 19 คน และครั้งที่ 3 Swanson และ Hoffman (1988) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์รุ่นที่มีภาวะความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง จำนวน 8 คน ในการศึกษาทั้ง 3 ครั้ง ใช้วิธีการสัมภาษณ์ปรากฏการณ์การดูแลที่ผู้ป่วยต้องการจากพยาบาล ผลสรุปว่า พฤติกรรม การดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ มี 8 ประการ คือ

1). การรู้จัก (Knowing) ได้แก่ การค้นหาเจตนาารมณ์ของผู้ป่วย ให้ความสนใจ ช่วยคิด เป็นศูนย์กลางของการช่วยเหลือ การหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามที่ร้องขอ

2). การอยู่กับผู้ป่วย (Being with) ได้แก่ การอยู่เฝ้า การร่วมรับรู้ความรู้สึก ไม่ทำให้ทุกข์ใจ ถ่ายทอดความสามารถ

3). การกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อผู้ป่วย (Doing for) เช่น ให้ความสบาย การมีส่วนร่วม แสดงออกด้วยการกระทำที่มีความรู้ความสามารถทักษะเฉพาะ การปกป้อง และคอยช่วยเหลืออย่างจริงจัง

4). การให้โอกาสผู้ป่วยแสดงออก (Enabling) เช่น การให้ข้อมูลหรืออธิบายข้อมูลต่าง ๆ การสนับสนุน ให้ความสนใจ การเสนอทางเลือก การแก้ไขปัญหหลายวิธี และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความเจ็บป่วยการรักษา

5). ความเชื่อมั่นที่มีต่อผู้ป่วย (Maintaining belief) เช่น การเชื่อมั่นในคุณค่าของผู้ป่วย ให้ความหวัง ความศรัทธา การมองโลกในแง่ดี มีความเชื่อที่มีเหตุผล

Rosenthal (1992: 536-539) ศึกษาพฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ความสำคัญของผู้ป่วย และพยาบาลในหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลของ Larson ใช้การเรียงลำดับความสำคัญของพฤติกรรมดูแลจากมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ผลพบว่า กลุ่มผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมดูแล ในด้านการปฏิบัติตามเทคนิควิธีการและการใช้อุปกรณ์ว่าสำคัญมากที่สุด และแตกต่างจากการรับรู้ของพยาบาล ให้ความสำคัญกับการรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจว่าสำคัญมากที่สุด

Huggins, Gandy, และ Kohut (1993:356-364) ศึกษาพฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหน่วยฉุกเฉิน โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 288 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความรุนแรงรับด่วน ปานกลาง และอาการรุนแรงน้อย โดยใช้กับแบบประเมินพฤติกรรมดูแลแบบที่ Cronin และ Hamison สร้างขึ้น (Caring Behaviors Assessment) สอบถามความคิดเห็นใช้มาตรวัดแบบลิเคิต 4 ระดับ ความสำคัญ และวัดความพึงพอใจกับการดูแล รวมทั้งวัดการประเมินสภาพอาการของตน ผลพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญพฤติกรรมดูแลมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาล

และระดับพฤติกรรมการดูแล ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

Gooding และคณะ (1993) ศึกษาความสำคัญของพฤติกรรมการดูแล ตามการรับรู้ของผู้ป่วย มะเร็ง และพยาบาล โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมของ Larson โดยใช้เรียงลำดับความสำคัญของพฤติกรรม การดูแล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ถึง พฤติกรรมการดูแลของบุคคลใน 5 อันดับแรก ได้แก่ รู้ว่าเมื่อใดจะนัดยาให้ น้ำเกลือ ให้การตอบสนองโดยเร็วทันทีเมื่อผู้ป่วยเรียก ให้การรักษาตรงเวลา รู้ว่าเมื่อใดจะตามแพทย์ และรู้ ถึงความต้องการของผู้ป่วยโดยวางแผน และปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย ส่วนพยาบาลรับรู้พฤติกรรม การดูแล และให้ความสำคัญกับการรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดง ความรู้สึก และให้การรักษา การอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยรู้ตนเอง การไม่รับรู้ความต้องการ ในการวางแผนและ ปฏิบัติทันที และพบว่า ให้ความสำคัญอันดับท้ายที่สุด ในเรื่องการรับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่ง

Wolf และ other (1994 อ้างใน Kenny, 1996 : 285-293) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของมิติการดูแล และพฤติกรรมการดูแล โดยใช้เครื่องมือประเมินรายการพฤติกรรมการดูแล (The Caring Behavior Inventory, CBI) จำนวน 43 ข้อ ใช้มาตรการวัดแบบลิเคิร์ต ให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ สอบถามพยาบาล 278 คน และผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะที่ 2 และ 3 จำนวน 263 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลมีความสัมพันธ์ และ ร่วมกัน ทำนายมิติการดูแลของพยาบาลได้ 5 มิติ ได้แก่ เคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ยอมรับและเชื่อฟังเข้าใจผู้อื่น การอยู่เฝ้าดูแล เชื้อมั้นกับผู้ป่วย เป็นผู้ประสานที่ดี มีสัมพันธ์ภาพทางบวก มีความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ การให้ความสนใจเอาใจใส่ในประสบการณ์ และการตอบสนองของบุคคลอื่น

Tatano (1996: 992-998) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมใช้การวิจัย คุณภาพ โดยให้เขียนอธิบายความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ตามประสบการณ์การ ดูแลของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 37 คน และวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนการศึกษาปรากฏการณ์การวิ จัยเชิงคุณภาพของ Colaizzi 6 ขั้นตอน ผลพบว่า

1). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมของนักศึกษา เป็นความรู้สึกของนักศึกษาที่ เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ ได้แก่ ความคับข้องใจในสภาพของผู้ป่วยสูงอายุซึ่ง ให้การดูแลได้ยาก เกิดความหวาดกลัวจากความไม่รู้ รู้สึกเศร้าใจในสภาพของผู้ป่วยที่ทำอะไรไม่ได้และทำอะไร กล้าย ๆ เด็ด และเกิดความรู้สึกร่วมเข้าอกเข้าใจผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลจะพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุด

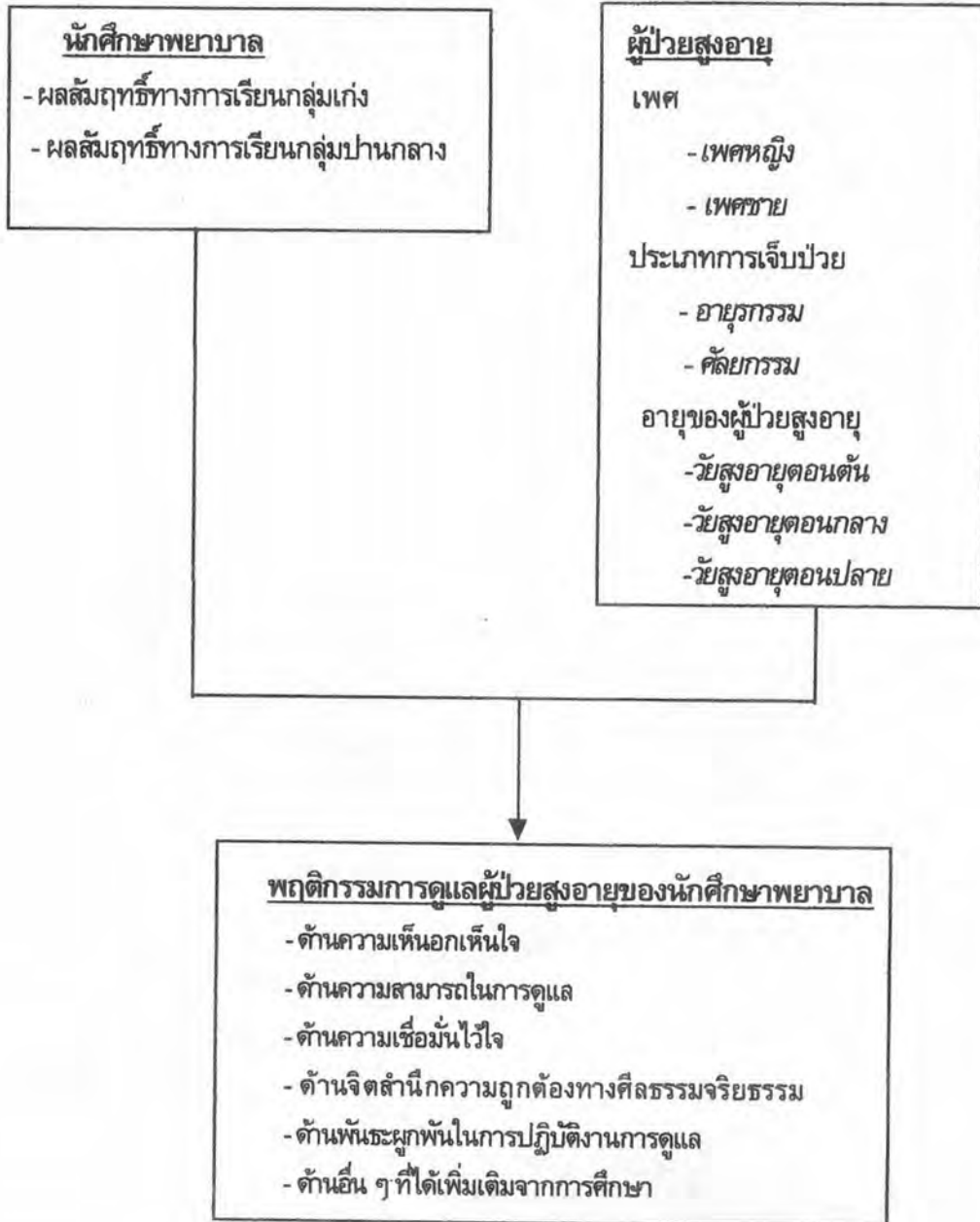
2). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมเป็นเรื่องท้าทาย สำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างมาก และประเมินผลลัพธ์ทางการดูแลได้ยาก

3) นักศึกษาพยาบาลต้องใช้วิธีการหลากหลาย ในการเข้าหาผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในการ ให้การดูแล พบว่า นักศึกษาพยาบาลใช้วิธีการติดต่อสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การสัมผัส และการแสดงออก ทางสีหน้าบ่อยที่สุดใน การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

4) ภายหลังจากการให้การดูแล นักศึกษาพยาบาลบางคนเกิดความรู้สึกไม่ดีตามมา เกิด เจตคติทางลบต่อความสูงอายุ เช่น เกิดความหวาดกลัว ที่จะมีชีวิตอยู่ในวัยสูงอายุต้องการตายในขณะที่ อายุยังน้อยดีกว่ามาเจ็บป่วยแบบนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย