



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เวลาของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประมวลไว้ ซึ่งจะเสนอเป็น 5 หัวข้อ คือ

1. ทฤษฎีการสูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
3. ผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยและการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ
4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโรเรม
5. การจัดบุคลากรพยาบาลและใช้เวลาในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ทฤษฎีการสูงอายุ

ในปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การป้องกันโรคและการรักษาดีขึ้นกว่าเดิม จึงเป็นการยากที่จะกำหนดค่าได้ว่า ลักษณะ เช่นใดจะเรียกว่าผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยนั้นได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุโดยชุมชนผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเรื่องช้าและเป็นผู้ที่มีโรคสมควรรับการช่วยเหลือ (กุลยา คันคิผลาชีวะ 2524:2) นอกจากนี้ยังมีการแบ่งการสูงอายุของมนุษย์ออกเป็น 4 ประเภท คือ (Hall 1976: 3-4)

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิด เป็นต้นไป
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) จะมีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เข้าปัญหา

และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4. การสูงอายุกามสภาพสังคม (Sociological Aging) จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงาน เป็นต้น

จากการที่ได้มีผู้กล่าวถึงลักษณะ และสาเหตุของการสูงอายุไว้ต่าง ๆ กัน อีเบอร์โซล และ เฮส (Ebersole and Hess 1981:23-32) ได้ศึกษาถึงผู้สูงอายุ และสรุปทฤษฎีของการสูงอายุไว้ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) ทฤษฎีนี้จะมองคนเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีการวิวัฒนาการอยู่เสมอ เมื่อมีอายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้อีก ทฤษฎีนี้ค่อนข้างจะมองผู้สูงอายุในแง่ของการเจริญเติบโตทางเผ่าพันธุ์

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่างคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดการมีชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่นที่ไม่ใช่เซลล์ สรุปแล้วการสูงอายุกามทฤษฎีนี้ ต้องมีรากฐานมาจากองค์ประกอบข้อใดข้อหนึ่ง ทฤษฎีนี้ยังแบ่งได้เป็นทฤษฎีย่อยๆ ได้แก่

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึงการรั่วออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่นๆ ทำให้เกิดพวกอนุมูลอิสระ (Free Radical) อันเป็นสารที่ ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง

2.2 ทฤษฎีว่าด้วย การประสานกันของคอลลาเจน (Collagen crosslinkage Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (Collagen) และไฟบรัสโปรตีน (Fibrous protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น และจับตัวกันมากทำให้เส้นใย (Collagen fiber) หดสั้นเมื่อเข้าสู่วัยชรา

2.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) กล่าวถึงกระบวนการการคุ้มกันโรค จะประกอบด้วยกระบวนการของ บี เซลล์ (B-cell) กับ ที เซลล์ (T-cell) ในร่างกาย บี เซลล์ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อพวกแบคทีเรีย ไวรัส ปฏิกริยานี้อยู่ที่พลาสมาเซลล์ ทอนซิล เยื่อบุลำไส้ และต่อมน้ำเหลือง ส่วนที เซลล์ เป็นพวกที่ทำให้เกิดการแพ้ซ้ำและต่อต้านเนื้อเยื่อแปลกปลอม

อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดก้อนเนื้ออีกด้วย ปฏิกริยานี้เป็นการทำงานของ ค่อมไรโบส และเซลล์ที่เกี่ยวข้อง

2.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนรูป และความผิดพลาดของเซลล์ของ ร่างกาย (Somatic mutation and error Theories) ทฤษฎีแรก กล่าวถึงภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงในทันที จะทำให้เซลล์มีอายุสั้นลง ส่วนทฤษฎีความผิดพลาดของเซลล์เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลง ในโครงสร้างของ DNA (Deoxy-ribonucleic acid) และถูกส่งต่อไปยัง RNA (Ribonucleic acid) และเอ็นไซม์ที่สังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิต สารขึ้นมาชนิดหนึ่งภายในเซลล์ มีผลต่อกระบวนการเผาผลาญ หากจำนวน RNA ลด ค่าลงมาจนเซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ อาจทำให้เสียชีวิต เคยพบว่าคนที่มีความ ผิดปกติของ DNA แล้ว มีผลทำให้เกิดลักษณะสูงอายุทั้งๆ ที่อยู่ในวัยเด็ก

2.5 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามพันธุกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะโครงสร้างของอวัยวะ บางส่วนของร่างกาย คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคนเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว ซึ่งลักษณะนี้เกิดขึ้นในบางคนเท่านั้น แม้จะมีอายุมากขึ้น

2.6 ทฤษฎีว่าด้วยอุบัติเหตุ หรือความเสื่อม (Accidental or "Wear and Tear" Theory) เชื่อว่า ถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการ ชำรุดจะทำให้เกิดการหมกอายุ ถ้ามีการชำรุดมาก มีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

2.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress-Adaptation Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลทำให้เซลล์ตาย ไปได้ ผู้ที่เผชิญความเครียดบ่อยๆ จะทำให้ผู้นั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) เป็นทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญด้านจิตวิทยา จุง (Jung อ้างใน Ebersole and Hess 1981: 32) กล่าวว่า ความสำคัญของช่วงชีวิตในครึ่งหลังจะมีผลมาจากครึ่ง แรกของชีวิต และพัฒนาการด้านจิตใจของมนุษย์ ที่มีผลต่อมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง (Self concept) นอกจากนั้นค่านิยมทางศีลธรรมจรรยา จะส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตอีกด้วย

4. ทฤษฎีทางค่านสังคม (Sociologic theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมมาจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น นอกจากนี้ ทฤษฎีนี้ยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุ ลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญ และความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ควรลดความรับผิดชอบ และลดความห่วงใยลูกหลานลงบ้าง จงทำให้เป็นตัวของตัวเอง และพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อจะได้ใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ (นิตยา ชูจิต 2525: 9-16)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้น จะเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแบ่งได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์
3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

1. ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

มีการเปลี่ยนแปลงในหน่วยเล็กที่สุดของชีวิตคือ ในระดับเซลล์ซึ่งมีการเกิด เจริญเติบโต และตายลง และมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นทดแทน เมื่ออายุมากขึ้น จำนวนของเซลล์ที่ตายจะมีเพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการทำงานของระบบต่างๆ จะลดลง คือ

1.1 โครงกระดูก เมื่ออายุมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของสารคอลลาเจนและการขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกมีความเปราะพรุนสูง โอกาสที่จะรับเชื้อโรคหรือหัก หรือเปลี่ยนแปลงโครงสร้างง่ายขึ้น พื้นหน้าจะนุ่มร่อน ทำให้กินอาหารไม่สะดวกและอโรย และอาจทำให้ลักษณะการหูดจาเปลี่ยนแปลงไป

1.2 กล้ามเนื้อลาย เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถและแรงหดตัว ยึดหยุ่นและดึงตัวก็ลดน้อยลง ซ้ำลง ใยคอลลาเจน (Collagen fiber) เพิ่มมาก

ขึ้น กล้ามเนื้อหย่อนยานและการประสานงานขาดประสิทธิภาพ

1.3 กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth Muscle) คือ กล้ามเนื้อที่อยู่ตามผนังอวัยวะภายในที่กลวง เช่น ผนังช่องท้อง ปอด และหลอดเลือด ซึ่งทำงานโดยระบบประสาทอัตโนมัติ ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงน้อย (ยกเว้นกล้ามเนื้อในหลอดเลือด) และยังทำงานเป็นปกติแม้ว่าอายุจะสูงขึ้นมากก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับกล้ามเนื้อประเภทอื่น

1.4 เส้นเอ็น และใยยึดเหนี่ยวประสานระหว่างมัดกล้ามเนื้อต่าง ๆ ให้ยึดติดกัน ประกอบด้วยคอลลาเจน ซึ่งเป็นโปรตีน เมื่ออายุมากขึ้นเกิดการสับสน (Cross Linkage) ทำให้ยึดหดตัวลำบากหรือเมื่อเกิดการฉีกขาดจะประสานตัวซ้ำหรือประสานไม่สนิทเป็นรอยแผลเป็น และหายช้าในคนสูงอายุ

1.5 ผิวหนัง เมื่ออายุมากจะมีการขับไขมันน้อยลง ประสาททำงานช้าลง ผิวหนังเหี่ยวช่น ตกกระ ขาดความชุ่มฉว ผิวหนังแห้ง การปรับอุณหภูมิในตัวช้าลง ผมร่วง หัวล้าน ผมหงอก ฯลฯ เมื่ออายุมากการใช้ออกซิเจนระดับปกติลดลง ร่างกายจะปรับตัวช้า ทำให้ความรู้สึกหนาวช้าลง ทำให้การเสี่ยงต่ออุณหภูมิต่ำกว่าปกติมากขึ้น

1.6 ระบบย่อยอาหาร เมื่ออายุมากความอยากอาหารจะลดลง เพราะประสาทรับกลิ่น รส มีความสามารถน้อยลงรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน ทำให้กินอาหารลำบาก การหลั่งของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารน้อยลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ ความสามารถของระบบย่อยน้อยลงทำให้เกิดท้องอืด ท้องเฟ้อได้ง่าย นอกจากนี้มีสับสนในการกิน การเลือกกินอาหารแต่บางอย่าง ทำให้คนสูงอายุขาดโปรตีนและวิตามินบางอย่างได้ง่าย

1.7 ระบบการรับรู้ (Sense) ต่าง ๆ ซึ่งได้แก่

1.7.1 การมองเห็น ระบบประสาทตาและกล้ามเนื้อตา และแก้วตาจะเปลี่ยนแปลงเสื่อมสมรรถภาพ เมื่อสูงอายุมักจะมีสายตาสั้นคือ ไม่สามารถมองเห็นใกล้ได้เท่ากับสายตาสั้น ความไวต่อแสง การกะระยะทางลดประสิทธิภาพลง การเห็นโดยทั่วๆไปขาดสมรรถภาพลงทั้งการรับภาพ ความคมชัด และฉับไว สนิษนัยน์ตาก็จะเริ่มเปลี่ยนเป็นขุ่นมัวไม่สดใสเพราะขาดไขมัน หนึ่งตาเหี่ยวช่นหย่อนยานและการกระพริบของตาช้าลง

1.7.2 เสียง เมื่ออายุเกิน 40 ปีแล้ว หลอดเสียงจะแข็ง และยืดหยุ่นได้ยากขึ้น เพราะการเสื่อมของหลอดเสียงและกล่องเสียง เสียงคนสูง อายุจะแหลมขึ้น การควบคุมและรักษาระดับเสียงจะไค้ไม่นาน การพูดจาจะช้าลง และจังหวะการพูดจะบ่อยและนานขึ้น อาการอ้าอึ้งมากขึ้น

1.7.3 การไค้ยิน การสูญเสียการไค้ยินอาจจะสัมพันธ์กับโรค ที่เกิดกับหูส่วนกลางมาก่อน โรคของหลอดเลือกหรือหูตึง เนื่องจากมีอายุมากขึ้น มีการเสื่อมของหูส่วนกลางและส่วนในซึ่งทำหน้าที่ผิดปกติไป ความรู้สึกช้าลง เนื่องจาก เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จำนวนขนในหูลดน้อยลงและ เส้นประสาทที่นำความรู้สึกลดน้อยลง ความสามารถในการแยกเสียงเสื่อมลง โดยเฉพาะเสียงพูด นอกจากนี้ความผิดปกติ ในการไค้ยินอาจเกิดการสร้างขึ้นในหูมากเกินไป หรือมีกระดูก เกิดในหูส่วนกลาง ปกติหูเป็นอวัยวะเกี่ยวกับการไค้ยินและ ทรงตัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นใน ผู้สูงอายุ ย่อมทำให้การไค้ยินและทรงตัวผิดปกติไป ผู้สูงอายุมักจะหูตึง ถ้าพูดเสียง ดังตามปกติอาจไม่ไค้ยิน ต้องพูดหรือใช้ระดับเสียงต่ำ และทรงหน้า เรียกชื่อ พูดช้า และชัดเจน สิ่งที่ดีควรจะระลึกไว้เสมอ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ไค้ยินจะเป็นคนที่แยกตัว ออกจากสังคม และผู้สูงอายุที่การไค้ยินผิดปกติ อาจจะฟังเสียงหรือคำพูดผิดไปจาก ความจริง อาจทำให้สับสนหรือ หวาดระแวง นอกจากนี้ถ้าหูชั้นในเสื่อมจะทำให้ ทรงตัวไม่อยู่ในขณะ เปลี่ยนท่า รู้สึก บ้านหมุน เดินไม่ตรงทาง บางครั้งมีเสียงดังใน หูตลอดเวลา (สุภาณี คำนชจร 2524 : 219-220)

1.7.5 การสัมผัส ความรู้สึกจากการสัมผัสในผู้สูงอายุจะ ลดน้อยลง เนื่องจากปลายประสาทจากการขาดอาหารเรื้อรัง ซึค และอุณหภูมิ ของร่างกายต่ำ

จากการศึกษาของ เสาวณี กานต์เคซาร์ภย์ (2523) ตัวอย่างประชากร เป็นผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุจำนวน 220 คน พบว่าปัญหาสุขภาพอนามัยของ ผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับตา รองลงมามีปัญหาเกี่ยวกับฟัน

1.8 ระบบหายใจ เมื่ออายุสูงขึ้นระบบการหายใจลดประสิทธิภาพลง ประมาณ 50% เพราะเนื้อเยื่อของปอดเปลี่ยนแปลง ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่เข้าไป ในร่างกายได้น้อย การขาดออกซิเจนทำให้เกิดอาการวิงเวียนเป็นลมได้ง่าย กล้าม เนื้ออ่อนแอ คีคอะไรไม่ออกและถ้าขาดมากก็จะเกิดอาการสลับหรืออาจถึงแก่กรรมได้

1.9 ระบบการหมุนเวียนของโลหิต ปริมาณของโลหิตของคนเราขึ้นอยู่กับเพศ อายุ และน้ำหนัก ของร่างกายอัตราการทำงานของหัวใจ ในคนสูงอายุจะลดอัตราจากวัยหนุ่มสาวลงประมาณ 30%

นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาการอุดตันซึ่งเกิดจากเม็ดเลือดแข็ง หรือเนื้อเยื่อที่ชอกช้ำในหลอดเลือดอุดตันเกิดจากการเสื่อมของเซลล์ เพราะหลอดเลือดแข็งและยืดยุ่นน้อยลง ดังนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะต้องบีบตัวสูง คือทำงานมากขึ้นหลังจากอายุ 55 ปีไปแล้ว การเต้นของหัวใจจะช้าลง และไม่ค่อยปกติ ความดันโลหิตจะสูงและมีโอกาสที่จะเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอายุอื่น

1.10 ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน ประสิทธิภาพของการทำงานของต่อมไร้ท่อเสื่อมถอยลง เมื่ออายุมากขึ้น การขับปริมาณของฮอร์โมนน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- ต่อมไค้สมอง ทยอยเฉพาะสมองส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่ให้ฮอร์โมนค่า ทำให้เบื่ออาหาร

- ต่อมไทรอยด์ มีขนาดเล็กลงเมื่ออายุเกิน 50 ปีไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนค่าลงอาจทำให้เบื่ออาหาร ติบอ่อนหลังอินสุลินน้อยลง การใช้น้ำตาลในร่างกายน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอื่น

- ต่อมเพศ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์ และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ความรู้ทางเพศลดลง ฯลฯ

การเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์ (Yurick 1980 : 208) อวัยวะสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ ในเพศชาย ผิวของอัณฑะจะยืดยุ่นน้อยลง กล้ามเนื้อมีการคลายตัวมากขึ้น ลดการคั่งของโลหิตที่อัณฑะ ซึ่งจะทำให้ขนาดและความแข็งตัวลดลงด้วย แต่ถึงแม้จะมีการลดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเทอโรน (Testosterone) และแอนโดรเจน (Androgen) แต่ก็ยังสามารถผลิตน้ำอสุจิได้ แต่อาจจะลดลงจากเดิม ในเพศหญิงจะเข้าสู่สภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) ราวอายุระหว่าง 45-55 ปี ส่วนมากมักจะหมดประจำเดือนเมื่อ 50 ปีขึ้นไป

1.11 ระบบขับถ่าย (สุภาณี คำนขจร 2524: 220-221)

1.11.1 การขับถ่ายปัสสาวะ ประสาทที่ควบคุมการถ่ายปัสสาวะเสื่อมทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้ดี ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดน้อยลงจากกล้ามเนื้อเนื้อเยื่อ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเกิดภาวะแทรกซ้อน 2 อย่างที่เพิ่มขึ้นได้ง่ายคือ เกิดพิษข้างเคียงของยาถ่ายจากหน้าที่ของไตเสื่อมลง และกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ทำให้ปัสสาวะกระปริดกระปรอยไม่เป็นเวลา สาเหตุเนื่องจากเพิ่มแรงดันในกระเพาะปัสสาวะจากท้องผูก มดลูกหย่อนหรือต่อมลูกหมากโต ได้รับน้ำน้อย ทำให้ลดการกระตุ้นกระเพาะปัสสาวะเวลามีรีเฟล็กซ์ การถ่ายปัสสาวะและทำให้ลดการไหลเวียนของเลือด ลดความดันโลหิตเป็นสาเหตุของอาการสับสน อ่อนเพลีย และต่อไบบกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้ หรือได้รับยาบางอย่างโดยเฉพาะยานอนหลับ มีการเคลื่อนไหวน้อย อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีการคิดเชื่อระบบทางเดินปัสสาวะ และมีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น การแยกตัวเอง เป็นต้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของไตนั้น มีการเสื่อมของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไต ทำให้ไตได้รับเลือดน้อยลง แต่ก็ยังคงทำหน้าที่ได้นอกจากนี้ยัง มีการเสื่อมของหลอดเลือดและหน่วยกรองของไตอีกด้วย

1.11.2 การขับถ่ายอุจจาระ มีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายเนื่องมาจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลงจากกล้ามเนื้อเนื้อเยื่อ การกระตุ้นของระบบประสาทลดลง จำนวนอาหารที่เคยได้รับลดลงจากการที่เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การจำกัดอาหาร ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ท้องผูก ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยมีพยาธิสภาพ หรือไม่มีพยาธิสภาพก็ได้ แต่สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดนั้น เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ซึ่งแก่ชราไม่ได้เป็นเหตุเบื้องต้น แต่จะเสริมด้วยปัจจัยต่างๆซึ่งทำให้ท้องผูกมากขึ้น เช่น สิวไม่สะดวกแก่การลุกนั่ง หรืออยู่ไกล การเดินทาง คิมน้ำน้อย กลั้นอุจจาระ เป็นต้น

1.12 ระบบประสาท (Sutterley and Donnelly 1971: 62)

มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการสูญเสียความรู้สึกเจ็บปวด เนื่องจากขนาดและจำนวนเซลล์ลดลง ทำให้การนำความรู้สึกเข้า การแสดงปฏิกิริยาจึงช้าความไวด้วยการ

การเปลี่ยนแปลงสมองในคนสูงอายุ (พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ 2523: 27-29)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1.12.1 การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการสูงอายุโดยตรง มีการสูญเสียเซลล์ประสาทของ เบลือกสมองไปทุกวัน แต่ยังคงดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทั้งที่ ความจำ ความคิดจะไม่ร่วงโรยเท่าครั้งยังหนุ่มสาว แต่ความรู้สึกรอบคอบในกิจการ ต่างๆ จะมีมากขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แต่บุคคลบางคนจะมีความจำ ความคิด การตัดสินใจ ฯลฯ เลวลงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเมื่อเลขวัย 70 ปีไปแล้ว สมอง จะเปลี่ยนแปลงไปแบบที่เรียกว่า "โรคสมองเสื่อมในคนสูงอายุ" เซลล์ประสาท สลายตัวและสูญหายไปจำนวนมาก และเซลล์ประสาทที่เหลืออยู่ก็มีการเปลี่ยนแปลง ไปจากปกติ สมองส่วนที่เรียกว่า ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ของกลีบข้าง จะ ฝ่อ เล็กลงทั้งสองข้าง สมองกลีบอื่น ๆ จะฝ่อ เล็กลงทั่วๆ ไป ขนาดของสมอง เล็ก และน้ำหนัก น้อยลง

1.12.2 การเปลี่ยนแปลงของเส้นโลหิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสมองเป็นหย่อมๆ มีโลหิตออกหรือบางแห่งมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอเพียง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มักจะมีจุดที่อยู่นอกเส้นโลหิตแข็ง

โรคของระบบประสาทในผู้สูงอายุ

ก. เส้นโลหิตแตกในสมอง มักพบในผู้ที่มีอายุ 50-60 ปี ซึ่ง เกิดจากความพิการของหลอดเลือดที่มีผนังหนา เพราะ หลอดเลือดแข็งและที่พบบ่อย คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในคนอายุมากผนังหลอดเลือดมักแข็งตัว การยืดหยุ่นของ หลอดเลือดไม่ดีพอ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความพิการของผนังหลอดเลือดในสมองได้ โรคทำให้หลอดเลือดขนาด เล็ก ปรองพอง เป็นถุง เล็กๆ ซึ่งแตกได้ง่ายเมื่อความดันเลือด เปลี่ยนแปลง

ข. เส้นโลหิตในสมองอุดตัน มักเกิดขึ้นในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป พบได้บ่อยในคนที่ เป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดตีบแข็ง เส้นเลือดจะมีผนังหนา ขึ้น เนื่องจากมีไขมันหรือหินปูนมาเกาะ ซึ่งทำให้ทางผ่านของเลือดแคบเข้า เล็ก มากจนเลือดไหลไม่สะดวก หรืออาจเกิดรอยแผลที่ผิวด้านในของหลอดเลือด จาก รอยแผลนี้จะเป็นจุด เริ่มต้นให้เลือดมาเกาะแข็งตัวอุดตันหลอดเลือดนั้นๆ เมื่อหลอดเลือด ถูกอุดตัน เนื้อสมองจะขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เนื้อสมองส่วนนั้นตายไป โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้ผนัง เส้นเลือดเสื่อม แข็งและตีบ การขยายตัว หดตัว



ของเส้นเลือดไม่เป็นที่มาปกติ นอกจากนี้การมีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดสูง อาจทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ถ้าหลอดเลือดขนาดใหญ่ถูกอุดตันจะทำให้ผู้นั้นหมดสติหรืออาจเป็นอัมพาตครึ่งซีก อัมพาตของแขนขา มีความผิดปกติในด้านความรู้สึก เช่น ชาครึ่งซีกของลำตัว แขนขา หน้าเขียว มีความผิดปกติทางด้านการมองเห็น เช่น คาข้างใดข้างหนึ่งบอดชั่วคราวหรือลอคไป หูตึงไม่ได้ และหึ่งคนอื่นหูตึงไม่ได้ เข้าใจ หูตึงไม่ได้ เคนโรเซ เซ สาลัก กลืนอาหารไม่ลง

ค. เนื้ออกของระบบประสาทที่พบบ่อยคือ เนื้ออกของสมอง ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดร้ายแรง และร้ายแรง หรือ "มะเร็ง" มะเร็งเกิดจากสภาพการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ ซึ่งจะเริ่มจากจุดเล็กแล้วค่อยๆ ารคูลูกกลมเป็นคุ่มเป็นก้อนกระจายไปตามเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้นๆ และสามารถจะกระจายไปทุกๆ ส่วนของร่างกาย เนื้ออกของสมองอาจเกิดจากเนื้อเยื่อของสมอง หรือเยื่อหุ้มสมองเอง หรืออาจเกิดจากอวัยวะอื่นๆ เซลล์ของมะเร็งมาตามกระแสโลหิตแพร่มายังสมอง เนื้ออกมักจะเป็นในคนอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป ผู้หญิงมักจะเป็นที่มดลูก เต้านม แล้วมักจะแพร่ต่อไปยังบอดและสมอง

ง. โรคพาร์คินสัน (Parkinsonism) อาการสั่น พบได้ในผู้สูงอายุพบว่ามีอาการแขน ขาหรือศีรษะสั่นอยู่ตลอดเวลา โรคนี้มักจะเป็นกรรมพันธุ์

จ. สมองเสื่อมก่อนวัย ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภทได้แก่ สมองเหี่ยวห้าว (Alzheimer's disease) และสมองเหี่ยวเป็นกลีบ (Pick's disease)

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change)
(นิศา ชูรัต 2525: 13)

เป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม การที่ กำลังถดถอย การหยุดหรือการปลดจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีทางดำเนินชีวิตหลังจากเคยทำมาในช่วงเวลา 20-30 ปี การลคกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่างวางวางสังคมแคบทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียทางบทบาท ซึ่งอาจมีผลกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจทำให้ความมั่นใจในตนเองในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง ยิ่งถ้าเกิดการสูญเสียสามี หรือภรรยาหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด หรือเพื่อนสนิท รุนราวคราวเดียวกัน ก็จะทำให้เกิดการกระทบกระเทือนใจเพิ่มมากขึ้น และยิ่งถ้าสุขภาพทางกายขาดผู้ใกล้ชิดดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังห่อห้เพิ่มเป็นทวีคูณ

ความรู้สึกสูญเสียบทบาทในวัยชรา มักจะเกิดขึ้นในหมู่พวกทำงานนั่งโต๊ะทำงานมากกว่าพวกทำงานฝีมือ และเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ชายมากกว่ากลุ่มผู้หญิง เพราะผู้หญิงนั้นได้ผ่านการสูญเสียบทบาทและการปรับตัวมาก่อนชาย คือในช่วงหมดประจำเดือนราวอายุ 45-50 ปี ความสามารถทางสติปัญญาโดยทั่วไปลดลง ซึ่งเป็นเพราะโรคภัยบางอย่าง หรือความเสื่อมของเนื้อเยื่อในสมอง ส่วนด้านการปรับตัวทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมจะแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษาและฐานะของเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัวการรับสภาพเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น

ความเครียดของผู้สูงอายุ

ความเครียดของผู้สูงอายุ มีเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่น แต่ต่างกันตรงหลังในการปรับตัวต่อภาวะเครียดไม่เท่ากัน สาเหตุของความเครียดในผู้สูงอายุอาจเกิดจาก

1. ความบกพร่องของร่างกาย ที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
2. ความรู้สึกที่ความสามารถลดลง
3. การมีโรคประจำตัว
4. การออกจากงาน เป็นความรู้สึกว่างเปล่า หรือภาวะทางเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง

สาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีทุกข์ ซึ่งแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า แต่ก็อาจป้องกันได้ด้วยการเตรียมงานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ การตรวจสอบสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ มีงานอดิเรกทำ ตลอดจนผู้ที่อยู่ใกล้ชิดต้องให้กำลังใจให้ฮิสระเสรีภาพแก่ผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อความเครียดได้ (พิชญ์ประเสริฐสินธุ์ 2523: 40)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2523) กล่าวเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุว่า ในวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงต่างว่ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมเกิดขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุประสบกับความเครียด เมื่อบุคคลใดมีความเครียดเกิดขึ้นก็จะแสวงหากลไกที่ตนเอง เคยใช้ได้ผลในอดีตมาใช้อีก เพื่อผ่อนคลายความเครียดให้น้อยลง กลไกทางจิตที่นำมาใช้ก็มีทั้งกลไกทางจิต ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีและไม่ดี ดัง



เช่นที่ อีลิโอบูลอส (Eliopoulos 1981: 80-82) กล่าวถึงปฏิกิริยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ว่าอาจมีพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น โกรธ ซึมเศร้า คอตันหรือปฏิเสธฟังหาผู้อื่น เบี่ยงเบนความสนใจ การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง พฤติกรรมถดถอย หรือใช้ประสบการณ์ในอดีตที่เคยใช้ได้ผลเพื่อที่จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (นิศา ชูจิต 2525: 15-16)

นอกจากจะเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ที่ว่าในสังคมนั้นว่า ที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มคนสูงอายุในสภาพต่าง ๆ สังคมที่เน้นความสำคัญและความสำเร็จของคนกลุ่มหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มคนสูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์และเป็นภาระแก่สังคม แต่สังคมที่ยกย่องคนสูงอายุว่ายังมีคุณค่า มีประสบการณ์ ความเฉลียวฉลาด ให้ประโยชน์แก่สังคมทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ฯลฯ กลุ่มคนสูงอายุก็จะผ่านเข้าไปสู่บทบาทนั้น ๆ ได้โดยไม่รู้สึกยุ่งยากและกระทบกระเทือนสูญเสียบทบาทอย่างรวดเร็ว อาชีพบางประเภทที่ค่อนข้างอาศัยการสะสมของประสบการณ์หรือทุนทรัพย์และความยาวนานที่อยู่ในอาชีพเพื่อการเชื่อถือยอมรับของสังคม คนสูงอายุย่อมจะได้เปรียบและประสบผลสำเร็จได้ดีกว่า เช่น อาชีพผู้นำทางการเมือง ผู้บริหารประเทศ หรือที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนาและผู้นำทางธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นต้น แต่ถ้าอาชีพที่อาศัยกำลังกาย หรือหน้าตา รูปร่าง เช่น อาชีพนักแสดง นักร้องหรือกรรมกรที่ใช้กำลังแบกหาม การอยู่ในอาชีพก็จะเป็นช่วงสั้นและวัยหนุ่มสาวเท่านั้นที่จะได้เปรียบ อย่างไรก็ตามการมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงฐานะทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากหยุคงานประจำของคนสูงอายุโดยทั่วไป คือ การลดบทบาทและเกี่ยวข้องกับทางสังคม และกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมน้อยลง กิจกรรมต่าง ๆ ซ้ำลงไปตามจังหวะของชีวิตตัวเอง วางสังคมแคบลงและการเกี่ยวข้องกับคนอื่นก็จะมีเฉพาะกิจกรรมที่ตัวเองเป็นศูนย์กลาง เช่น การเจ็บป่วย เป็นต้น

ผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการค้นหาซื้อโรค และการปรับตัวของร่างกายลดน้อยลง โดยเฉพาะ เรื่องของการสร้างความค้นหา

คามธรรมชาติทางร่างกายเช่น การสร้าง เม็ดโลหิตขาวน้อยลง เมื่อได้รับแบคทีเรีย เป็นต้น

ฮอดคินสัน (Hodkinson 1976:1-5) ได้กล่าวถึงลักษณะของโรคใน ผู้ป่วยสูงอายุ 5 ประการคือ

1. ผู้ป่วยสูงอายุมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะแตกต่างจากวัยอื่นที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเพียงบางโรค ซึ่งข้อนี้เป็นสิ่งที่จะต้องเน้น ในทางการแพทย์ที่จะต้องศึกษาประวัติการตรวจ การศึกษาค้นหาอาการของโรคโดย รอบคอบ เมื่อเริ่มรับผู้ป่วย

2. ปฏิกริยาของร่างกายต่อการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป คือ มีการเปลี่ยนแปลงของปฏิกริยาของร่างกาย เช่น การเจ็บปวด อุณหภูมิ การเพิ่มจำนวน เม็ดโลหิตขาวอาจพบว่าในรายที่มีการอักเสบจากการติดเชื้อจะไม่พบอาการเจ็บปวด ระดับอุณหภูมิของร่างกายและจำนวนเม็ดโลหิตขาวไม่เพิ่มขึ้น เป็นต้น การคัดลिनว่า มีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกาย อาจจะต้องพิจารณาจากภาวะมีนงง สับสน อิศรา การเดินของชีพจรแทนการเพิ่มจำนวนเม็ดโลหิตขาว และอาการเจ็บปวดเป็นเครื่อง บ่งชี้แทน

3. อาการเจ็บปวด การบ่นปวดเพียงเล็กน้อยในผู้ป่วยสูงอายุ อาจเป็น อาการรุนแรงของโรคได้ ดังเช่นผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยวัยหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ จะเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงถึงกับช็อคได้ แต่ถ้าเกิดใน ผู้ป่วยสูงอายุอาจจะเจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อย หรือไม่เจ็บเลยก็ได้ หรือแม้แต่กระดูก หักก็เช่นกันอาจจะเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยจนกระทั่งกระดูกอักเสบ ซึ่งเกิดในวัยหนุ่ม สาวจะเจ็บปวดมากจนต้องนำผู้ป่วยมารับการรักษาทันที

4. อุณหภูมิ จากการศึกษาทดลองพบว่า แนวโน้มในการควบคุมความ ร้อนไม่ค่อยปกติในผู้สูงอายุ ซึ่งไม่อาจจะใช้ในการบ่งชี้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ ส่วนใหญ่อุณหภูมิจะต่ำกว่าปกติ คือ อุณหภูมิจะไม่เพิ่มขึ้นในรายที่มีการอักเสบจากการ ติดเชื้อ อาจจะต้องพิจารณาจากชีพจร หรือการเดินของหัวใจ

5. ไม่มีอาการแสดงของโรค พบว่าโรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุแต่มีได้มี อาการแสดงของโรคเลย ดังเช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือหลอดเลือดอักเสบอย่าง รุนแรง โรคถุงลมในปอดโปร่ง โรคจากเชื้อไวรัส เช่น ตับอักเสบ โรคหัวใจ ซึ่ง

ไม่มีอาการ เช่นกันแต่สามารถแพร่กระจายไปสู่คนอื่นได้

ภาวะที่สำคัญ 3 ประการในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่จะนำมาซึ่งความลำบาก เป็นปัญหาค่อญาติในครอบครัว และค่อการพักรักษาในโรงพยาบาล ก็คือ

1. ปัญหาสติปัญญาเสื่อมในผู้สูงอายุ (Intellectual failure)
เช่น อาการทางจิตเสื่อม ความจำเสื่อม

2. การทรงตัวไม่อยู่ และปัญหาในการเคลื่อนไหว (Instability and Imobility)

3. ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย (Incontinence)

ในเรื่องเดียวกันนี้กุลยา คันทิผลลาชีวะ กล่าวว่าผลแห่งการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกาย จิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไวต่อการเป็นโรคง่าย และเป็นอยู่นาน พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดหลายวประการในตัวผู้สูงอายุที่จะเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการพยาบาลเป็นอย่างมาก กล่าวคือ มีการเสื่อมถอยกำลังภายในที่จะฟื้นตัวหรือหายจากโรค มีการเสื่อมถอยของกำลังในการเคลื่อนไหว การเสื่อมของการเห็น การได้ยิน และกระบวนความจำ การเปลี่ยนนิสัยการกิน การนอน การขับถ่าย และเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การปรับตัวให้เข้ากับอุณหภูมิจึงสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างช้าๆ ความสนใจในตนเองและผู้อื่นลดลง การปลุกเกื้อหนุนและการเสียสถานภาพ การสูญเสียคู่ครอง การเสียอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจด้วยตนเอง รายได้ลดลง และการสูญเสียเป้าหมายของชีวิต ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เป็นผลทำให้การพยาบาลในวัยสูงอายุแตกต่างจากวัยอื่น การพิจารณากิจกรรมการพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ต้องพิถีพิถันมากในการวางแผนการพยาบาล

ปัญหาสำคัญที่เราพบได้แน่นอนในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มี 3 ประการคือ

1. ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยมักจะเป็นโรคเรื้อรังเสียเป็นส่วนใหญ่ แม้จะไม่มีโรครุนแรงก็ตาม แต่เนื่องจากโรคมักจะทำเป็นไปอย่างช้าๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เหมือนกับว่าเขาจะต้องเจ็บป่วยอยู่นาน จนยากที่จะรักษาได้ กล่าวพิการ ซึ่งมีผลต่อจิตใจ คือ วิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่จะไม่หาย ตัวเองจะถูกทอดทิ้ง ขาดความช่วยเหลือ ขาดที่พึ่ง ขาดรายได้ ในที่สุดอาจทำให้เศร้าซึม กลัวและเริ่ม

รู้สึกจะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อารมณ์ผู้ป่วยจะหงุดหงิด บางคนอาจมีการแสดงก้าวร้าว ไร้เหตุผล และรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งออกจากโลกที่เป็นจริงและกำลังดำเนินไปสู่ความ หลัคนรก และความตายอันเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ปฏิกริยาการแสดงออก คือ ความ อดกลั้น หรือความอดทนต่ำ เนื่องจากอารมณ์ไม่ยอมรับ เหนือหน้าผาก ราคาญเพราะ เห็นผลสำเร็จช้าเกินกว่าความมุ่งหวัง ดังนั้นอาจจะมีปฏิกริยาตอบรับที่ก้าวร้าวต่อ พยาบาลในทางลบได้ง่าย แต่บางรายอาจมีอาการหุดหอย ปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับ การพยาบาลการรักษา มักจะมีการต่อต้านเกิดขึ้นได้ทุกโอกาส บางรายกลับ มีปฏิกริยาตรงกันข้าม พยายามที่จะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตัวเองก็ เป็นได้

2. ปัญหาภาวะโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยระยะยาว ดังกล่าวมาแล้ว ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อม การฟื้นฟูกลับเข้าสู่สภาพปกติจะดำเนินไปอย่าง ช้า การรักษาจะเห็นผลช้ากว่าในคนวัยอื่น เพราะคุณสมบัติของยาและปฏิกริยาของ ร่างกายต่อการรักษาอยู่ในระดับต่ำ การผ่าตัด การหายของแผลก็ดำเนินไปอย่าง ช้า เช่นกัน สาเหตุที่ทำให้สภาวะทุกอย่างดำเนินไปอย่างเชื่องช้าเช่นนี้ เพราะมี ความเสื่อมของระบบการไหลเวียน การดูดซึมผ่านของยาและอาหารไม่ได้ผลเต็มที่ ความจำ และการยอมรับอยู่ในระดับต่ำ การสอน การชี้แนะจะเป็นไปได้โดยยาก ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมทางสมองและข้อจำกัดทางร่างกายบางอย่าง เช่น การเห็น การได้ยินเสื่อมลง ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกันได้อย่างสมบูรณ์ ในบางครั้งอาจพบ มีปฏิกริยาต่อต้านหรือชักขึ้นได้

3. ภาวะแทรกซ้อน การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีโอกาสการเป็นโรค แทรกได้มากขึ้น เพราะผลกระทบหลายด้านมีความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ โรคแทรกที่เกิดขึ้นจะเป็นทั้งโรคแทรกโดยตรงอันสืบเนื่องมาจากโรคที่เป็น เช่น เป็นแผลเกรงกรินจากเบาหวาน หรือเป็นโรคแทรกในทางอ้อมก็ได้ เช่น เป็น แผลกดทับ หรือปอดบวม เพราะต้องนอนป่วยนานวัน หรือเป็นโลหิตจางจากการ เจ็บป่วยเรื้อรัง การได้รับอาหารไม่เต็มที่ก็เป็นได้

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

ในปี 1976 สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (Ebersole and Hess



1981: 661) ได้กล่าวถึงการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุว่า ควรคำนึงถึงการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ มีการวางแผน การปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย และประเมินผลด้านประสิทธิภาพของการดูแลด้วย และเข้าถึงกิจกรรมควรจะมีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและการฟื้นฟูสภาพเพื่อที่จะรักษาระดับของการมีสุขภาพที่ดีจากโรคของกระบวนการสูงอายุหรือการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และพยายามที่จะให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีความแข็งแรงพอที่จะช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด แต่จะมากนักเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของผู้ป่วย

องค์ประกอบเบื้องต้นที่จะกำหนดการพยาบาลเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ คือ

1. กระบวนการสูงอายุ
2. ความแตกต่างกันในด้านอายุ
3. การสูญเสียของผู้ป่วยสูงอายุ
4. ความโรค เสื่อมสภาพจากการสูญเสีย
5. องค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ จิตวิทยา ชีววิทยา มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
6. การตอบสนองต่อโรคและการรักษามักจะมีลักษณะไม่เด่นชัด
7. การสูญเสียความสามารถมักมีผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายอย่าง และจากกระบวนการของการเสื่อม
8. ค่านิยมทางวัฒนธรรมสัมพันธ์กับการสูงอายุ และทัศนคติทางสังคม

บราวน์ (Brown 1964: 9) กล่าวว่า พยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญ และความเข้าใจว่าบุคคลคือ ส่วนรวมทั้งหมดซึ่งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ไม่สามารถแยกออกจากกันได้เด็ดขาด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคล ในด้านความต้องการทางด้านสรีรวิทยาทางด้านจิตใจและทางด้านวิญญาณ ซึ่งก็สอดคล้องกับที่ ไรน์ และมอนแทก (Rine and Montag 1976:57) แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 3 ประเภทคือ

1. ความต้องการทางด้านสรีรวิทยา (Physiological Needs) ได้แก่ ความต้องการทางด้านสรีรวิทยาหรือความต้องการเพื่อดำรงชีวิต เช่น ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่ต้องบรรลุเพื่อที่มนุษย์อยู่อย่างปกติสุข ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร เสื้อผ้า การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม การเคลื่อนไหว ความสะอาด ตลอดจนความต้องการทางเพศ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological Needs) ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของ ความมั่นคง ความเป็นอิสระ การพึ่งพาอาศัย ความสำเร็จ การยอมรับนับถือและความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านวิญญาณ (spiritual Needs) ได้แก่ ความต้องการความเชื่อ ความหวัง ความมีศักดิ์ศรี ความมีเหตุผล การปลอบใจ และ เสรีภาพ

มุเชล (Mouchel 1970: 40) ได้ให้ข้อคิดว่า ความต้องการประการแรกที่ทำให้เกิดความพึงพอใจคือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การหายใจ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การพักผ่อน การนอนหลับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยซึ่งไม่รู้สีกตัวหรือผู้ซึ่งป่วยหนัก ต่างต้องการสิ่งเหล่านี้ทั้งสิ้น และเมื่อพ้นระยะวิกฤติไปแล้ว ความต้องการด้านจิตใจจะตามมา พยาบาลต้องเข้าใจความต้องการเหล่านี้ ผู้ป่วยที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล จะมีระดับความต้องการแตกต่างกัน แต่ความต้องการความปลอดภัยเป็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุด และเมื่อได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านร่างกายและความปลอดภัยเป็นที่พึงพอใจแล้ว ความต้องการความรัก ความเป็นเจ้าของจะเกิดตามมา และต้องการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อความมั่นคงและการยอมรับของกลุ่ม

บีแลนด์ และแพสซอส (Beland and Passos 1975: 13) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจะต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นแนวทางบ่งชี้ถึงการพยาบาลผู้ป่วยและช่วยให้เขาได้รับตรงตามที่ต้องการในการพยาบาล ผู้ป่วยให้เป็นที่ยอมรับตามมาตรฐาน และต่อเนื่องกันตลอด 24 ชั่วโมง ก็จะต้องมีแผนการพยาบาลที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษรไว้เป็นแนวทางแก่พยาบาล เพื่อที่จะ

ให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ความต้องการนี้จะต้อง
 คอบสนองทั้งแต่ความต้องการสารชีวเคมี ความต้องการเซลล์ ความต้องการของ
 ระบบ ความต้องการของจิตใจ ความต้องการการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น และความ
 ต้องการทางสังคม

ความต้องการของผู้ป่วย จำแนกไว้หลายแบบ แต่ที่นิยมมากที่สุดคือ ตาม
 แบบลำดับชั้นของ มาสโลว์ (Maslows) ซึ่งได้กำหนดไว้ 5 ชั้นดังนี้ (Ebersole
 and Hess 1981: 4)

1. ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย (Basic Physiologic Integrity)
2. ความต้องการความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต (Safety and Security)
3. ความต้องการการเป็นเจ้าของและความรัก (Belonging - Love)
4. ความต้องการการยกย่องนับถือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Ego-Strength, Self Esteem)
5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต และความต้องการได้รับการ
 สอนงคอบ (Self Actualization and Fulfilment)

เรณูมาศ วิจิตรรัตนะ (2522) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับ
 ความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วย
 ให้ความสำคัญทางด้านจิตใจในเรื่องความต้องการรับรู้สิ่งต่างๆ เป็นอันดับแรก รอง
 ลงมาคือ ความต้องการเป็นอิสระ ความต้องการพึ่งพาอาศัยคนอื่น และความต้อ
 งการความปลอดภัยตามลำดับ ส่วนทางด้านร่างกายผู้ป่วยมีความต้องการอาหารและ
 น้ำดื่มเป็นอันดับแรก รองลงมาคือความต้องการอากาศบริสุทธิ์และอุณหภูมิที่เหมาะสม
 เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย ความต้องการพักผ่อนนอนหลับและการออกกำลังกาย
 ความต้องการเกี่ยวกับการขับถ่าย และความต้องการทางเพศ ตามลำดับ

พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ (2523) ได้ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการ
 ของผู้ป่วยสูงอายุ ขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และ

เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ 1. ความต้องการของผู้ป่วยเพศชาย หญิง
 2. การเจ็บป่วยด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม 3. ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
 สังคม ศรัทธาและความเชื่อ 4. การกลับสู่ครอบครัวหลังจากออกจากโรงพยาบาล
 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีคู่ครอง การศึกษา
 ระดับประถมศึกษา อากาโรคณะมาโรงพยาบาล รู้สึกตัวดีแต่ช่วยตนเองไม่ได้ การ
 เคลื่อนไหวของร่างกายขณะมาโรงพยาบาลต้องมีผู้พามา เป็นการเข้ารับการรักษ
 ครั้งแรก และมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง และ
 ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการ ในขณะพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
 เป็นอันดับแรกของความต้องการแต่ละด้านคือ 1. สังเกตและนับจำนวนชีพจรหายใจ
 2. สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย 3. ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิก
 คนหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า โรงพยาบาลและ
 เจ้าหน้าที่ทุกคนจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจนเต็มความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ
 ความปลอดภัย และทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และ 4. ต้องการกลับไปอยู่กับครอบครัว
 หลังจากออกจากโรงพยาบาล คณะแผนกเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของ
 ผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างเพศชาย และเพศหญิง หรือ ระหว่างการเจ็บป่วยทางด้าน
 อายุรกรรม และศัลยกรรม ครอบคลุมแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน คณะแผนกเฉลี่ยความ
 คิดเห็นเกี่ยวกับ ความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย เพศหญิง ในการกลับสู่
 ครอบครัวหลังจากออกจากโรงพยาบาล ครอบคลุมแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน

เสาวณีย์ กานต์เคชารักษ์ (2523) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการทาง
 ด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ แลเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยว
 กับความต้องการด้านความรับผิดชอบของครอบครัวและรัฐ ต่อผู้สูงอายุในชุมชน
 ผู้สูงอายุ ในลักษณะรวมด้านและด้านสถานภาพทางสุขภาพกาย ด้านความสามารถ
 ทางร่างกาย ด้านสถานภาพทางสุขภาพจิต ด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในกลุ่ม
 เหล่านี้คือ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ การศึกษา พบว่าความต้องการ
 ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุชาย และหญิง ในชุมชนผู้สูงอายุในแต่ละด้านและ
 รวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ยกเว้นความสามารถทางร่างกาย ความต้องการทางด้าน
 สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 60-75 ปี และ 75 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่มีรายได้และ
 ไม่มีรายได้ในชุมชนผู้สูงอายุในแต่ละด้านและรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ความต้องการ

ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ สถานภาพการสมรส คู่และหม้าย (รวมทั้งโสด) หรือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่าอุดมศึกษา และอุดมศึกษาขึ้นไป ในชุมชนผู้สูงอายุในแต่ละด้าน และรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการ ด้านความรับผิดชอบของครอบครัว รัฐ ในเรื่องเพศ อายุ การศึกษาไม่แตกต่างกัน ยกเว้นเรื่องรายได้ และสถานภาพสมรส

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม (Orem) ได้เริ่มต้นจากความเข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นจากบุคคลมีข้อจำกัดที่จะทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง (Limitations for self care) อันเป็นผลเนื่องมาจากภาวะสุขภาพ โอเรมได้สร้างทฤษฎีซึ่งมีความสัมพันธ์กัน 3 ทฤษฎี ได้แก่ (Orem 1985 : 33-34)

1. ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self care deficit or dependent care deficit) กล่าวถึง ความบกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสถานการณ์ที่บุคคลขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะ เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล

2. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self care) กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการให้การดูแลบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ที่มีจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมโครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของชีวิต ให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) กล่าวถึง ระบบพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลใช้ความสามารถของคนในการกำหนดวางแผน และจัดเตรียมการพยาบาลให้กับผู้ป่วย รักษাজิตกิจกรรมที่เป็นผลต่อผู้ป่วยในการฝึกหัดทำให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้

โอเรมกล่าวว่ามนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง (self-reliant) และรับผิดชอบ (Responsible) ในการดูแลตนเอง ตลอดจนส่งเสริม และแสวง



หาความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ให้แก่ตนเองหรือบุคคลในความปกครองของคนที่ดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ และเป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของมนุษย์เกี่ยวกับตนเอง

โอเรม (Orem 1985 : 90-99) แบ่งประเภทของความจำเป็นในการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 3 แบบคือ

1. ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self - care Requisites)
2. ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care Requisites)
3. ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care Requisites)

1. ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นสิ่งที่ปฏิบัติควบคู่ไปกับกระบวนการของชีวิต เพื่อที่จะดำรงรักษาความมั่นคง สมบูรณ์ทางโครงสร้างของมนุษย์และการทำหน้าที่ตามปกติ ได้แก่

1.1 การดำรงรักษาร่างกายให้ได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ

1.2 การดูแลเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่าย และการถ่ายเทของเสียออกจากร่างกาย

1.3 การรักษาสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

1.4 การรักษาสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง (Solitude) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

1.5 การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต ต่อการทำหน้าที่ และต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง

1.6 การส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่ และพัฒนาการภายในกลุ่มสังคมที่ตนอยู่ตามศักยภาพรับรู้ข้อจำกัดของตนเองและส่งเสริมให้มีความต้องการอยู่อย่างปกติ (normalcy)

2. ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ กล่าวถึง กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ตามวงจรชีวิต

รวมทั้ง เหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนาการ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 การสร้างและการดำรงรักษาสภาพการดี ซึ่งสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการและพัฒนาการของชีวิตซึ่งได้แก่ ความก้าวหน้าของมนุษย์ ไปสู่ระดับที่สูงกว่าในทางโครงสร้างและวุฒิภาวะ ความจำเป็นในการดูแลตนเองในระยะต่าง ๆ มีดังนี้คือ ระยะอยู่ในครรภ์ ระหว่างกระบวนการเกิด ระยะแรกเกิด วัยทารก วัยเด็กและวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ระยะตั้งครรภ์ไม่ว่าจะอยู่ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการ ป้องกันสิ่งซึ่งเป็นอันตรายต่อมนุษย์ในสภาพแวดล้อม หรือกีดความรุนแรงของผลจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์ ซึ่งได้แก่ การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม ล้มเหลวในการพัฒนาลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล การสูญเสียญาติ เพื่อน หรือผู้ร่วมงาน การสูญเสียของรักหรือความมั่นคงด้านการทำงาน อาชีพ การเปลี่ยนที่อยู่อย่างกะทันหันไปสู่สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับสภาพทางสังคม ภาวะทางสุขภาพกายและจิตใจไม่ดีหรือมีความพิการ สถานการณ์ดำรงชีวิตที่กดขี่ทารุณ ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือภาวะใกล้ตาย

3. ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นความต้องการการดูแลตนเองในขณะที่เกิดโรค เจ็บป่วย บาดเจ็บ มีความพิการ ไร้ความสามารถ หรือในขณะที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ประการคือ

3.1 การแสวงหาและยึดมั่นในการช่วยเหลือด้านกาแพทย์ เมื่อเผชิญกับตัวกระทบด้านร่างกาย และชีววิทยา หรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดอาการนี้เป็นพยาธิสภาพ หรือเมื่อมีหลักฐานว่าสภาพทางพันธุกรรม จิตใจ และร่างกายจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพหรือเกิดความผิดปกติ หรือเกิดโรคขึ้น

3.2 รู้ และใส่ใจในสภาพที่เกิดขึ้น

3.3 ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพตามคำสั่งการวินิจฉัยโรค แผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้น เพื่อควบคุมให้สามารถทำหน้าที่ของคนได้อย่างดี เพื่อแก้ไขความพิการหรือความผิดปกติ หรือเพื่อชดเชยความพิการที่เกิดขึ้น

3.4 รู้และเข้าใจ หรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ให้เป็นไปตามแผนการรักษา

3.5 ปรับทัศนคติ (Self Concept) และภาพลักษณ์ ของคน (Self Image) ให้เหมาะสม โดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยหรือความ พิกัดของคน และยอมรับสภาพของตนเองในการรักษาเฉพาะอย่าง

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วย และ ในสภาพที่เป็นผลมาจาก การวินิจฉัย และการรักษาเฉพาะอย่าง เพื่อให้สามารถ พักคนเองไปได้้อย่างต่อเนื่อง

ในด้านการพยาบาล โอเรม (Orem 1985:154-156) ได้เสนอ ระบบการพยาบาลไว้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly - compensatory nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) และระบบประคับประคองและให้การศึกษ (Supportive-educative system)

(1. ระบบทดแทนทั้งหมด) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยซึ่งมีความ จากทิศทางจิตใจ และทางกายภาพที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวในการดูแลตนเองได้ ทีเดียว

1.1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมอย่างจงใจ ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมอย่างใดก็ได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว (Coma)

1.2 ผู้ป่วยที่รับรู้ได้ สามารถที่จะสังเกตและตัดสินใจเกี่ยวกับการ ดูแลตนเองหรือเรื่องอื่นใด แต่ไม่สามารถที่จะเดินได้ หรือควบคุมการ เคลื่อนไหวได้

1.3 ผู้ป่วยที่สามารถจะให้ความสนใจต่อตนเองได้ มีเหตุผลใน การตัดสินใจ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและเรื่องอื่น ๆ ได้ สามารถ เคลื่อนไหว และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองบางประการได้ แต่ต้องได้รับการ นิเทศ ชี้แนะอย่างต่อเนื่อง

(2. ระบบทดแทนบางส่วน) ใช้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม การเคลื่อนไหวของร่างกายให้เป็นไปตามความต้องการในการดำรงชีวิต หรือใน การทำงานเพื่อความปลอดภัย ในระบบนี้ผู้ป่วยอาจมีกิจกรรมมากหรือน้อยกว่าปกติ

แต่อย่างไรก็ตาม ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลต่างก็มีบทบาทสำคัญ และมีส่วนร่วมพอ ๆ กัน ในการกระทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการของคน ยกตัวอย่าง เช่น ใช้ ในผู้ป่วยที่แพทย์จำกัดการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมบางอย่าง หรือกิจกรรมที่ต้องการทักษะที่ต้องใช้ความรู้ทางเทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์เฉพาะมาเกี่ยวข้อง หรือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ ที่เริ่มพร้อมที่จะเรียนรู้และทำกิจกรรมบางอย่าง

(3. ระบบระดับประคับประคองและให้การศึกษ) เป็นระบบที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีความสามารถ คือสามารถเรียนรู้ได้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ตามความต้องการ แต่ไม่สามารถกระทำได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ วิธีการช่วยเหลือในระบบนี้ประกอบด้วย การประคับประคอง การชี้แนะแนวทาง การจัดสิ่งแวดล้อมที่ ส่งเสริมพัฒนาการ และการสอน

(สรุป วิธีการช่วยเหลือในแนวคิดของโธเรม มีดังนี้

1. การทำให้ คือ พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติให้แทน
2. การเสนอแนะหรือชี้แนะทาง
3. การสนับสนุน หรือการประคับประคอง
4. การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการในด้าน การช่วยเหลือตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต
5. การสอน)

บุคคลที่ต้องการการบริการพยาบาลได้แก่ บุคคลที่ไม่สามารถที่จะทำการดูแลตนเอง หรือบุคคลในปกครองได้ บุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self Care Deficits) เป็นผลให้บุคคลเกิดความต้องการการดูแลตนเองในรูปแบบของการรักษา (Therapeutic Self Care Demand) ซึ่งอาจจะเป็น ความต้องการเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามการพัฒนาการ และตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการที่กล่าวนี้ต้องมากกว่าความสามารถ หรือพลัง หรือศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง หรืออาจกล่าวใหม่ได้ว่าบุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง (Self Care Demand) มากกว่า ความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ (Self Care Agency) ทำให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic Self Care Demand) นั่นคือบุคคลอยู่ในภาวะ

ขาดการดูแลตนเอง (Self Care Deficits) จึงเป็นความจำเป็นที่บุคคลนั้น
ต้องการการพยาบาล ความเกี่ยวเนื่องดังกล่าวเห็นได้ชัดจากโคอะแกรมต่อไปนี้
(จินตนา ฐนิพันธ์ 2529 : 135-136)



ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีกระบวนการสูงอายุ ภาวะความเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความจำ เข้ามาเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะที่ไม่สมดุลย์ ระหว่างความต้องการการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงอยู่ในภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อการบำบัด ฉะนั้นระบบการพยาบาลจึงจำเป็นต้องเป็นที่ต้องการสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนกระบวนการการพยาบาลนั้นจะต้องได้รับการวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อการบำบัด ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะขาดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อน จึงจะสามารถออกแบบระบบการพยาบาลและการวางแผนได้ ซึ่งอาจจะเป็นระบบการพยาบาลแบบทศแทนทั้งหมด ทศแทนบางส่วน หรือแบบระดับประคอง แล้วจึงนำมาให้การปฏิบัติการพยาบาลและจัดระบบช่วยเหลือทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง และกิจกรรมการคัดลึนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยตรง

นอกจากนี้โอเรม (Orem 1985:267-268) ได้กล่าวถึงความต้องการใช้เวลาในการพยาบาล (Time requirements for nursing) ว่า พยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยนั้น นอกจากต้องมีการพัฒนาทักษะทั้งในด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ข้อกำหนดทางการพยาบาล และการควบคุมการพยาบาลแล้ว ควรจะต้องคำนึงถึง ความต้องการเวลาในการพยาบาลที่เป็นไปตามการวางแผนระบบการพยาบาล ซึ่งเป็นพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลด้วย ความต้องการเวลาในการพยาบาลนั้น อาจแปรผันไปตามสาเหตุของภาวะบกพร่องการดูแลตนเองร่วมกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง วุฒิภาวะ และความสนใจของแต่ละคน และอาจจะแปรผันไปตามสภาวะความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ระบบครอบครัวของผู้ป่วย ศักยภาพในการขยายขีดความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านกว้างและด้านลึกของผู้ป่วย วิธีการช่วยเหลือของพยาบาล และการจัดบทบาทของพยาบาล บทบาทของผู้ป่วยตามระบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย

ฮาร์เปอร์ (Harper 1984:29-46) ได้ทำการวิจัยเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีของโอเรมเพื่อใช้ในพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับเรื่องยาในผู้ป่วยสูงอายุ

ผิวค่า และเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนเรื่องเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการใช้ยา มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา และเข้าใจการควบคุมปัจจัยทางสุขภาพ ได้ดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนว่าทฤษฎีของโรเรมมีโครงสร้างที่ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลได้ นอกจากนี้ อันเดอร์วูด (Underwood 1980 : 115-143) ยังใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโรเรมในการแบ่งระดับผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ออกเป็น 4 ระดับโดยพิจารณาตามความจำเป็นในการดูแลตนเองด้าน 1.อากาศ อาหารและน้ำ 2.การขับถ่าย 3.อุณหภูมิของร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล 4.การมีกิจกรรมและการพักผ่อน 5.การอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ผู้ป่วยระดับที่ 1 มีลักษณะมีข้อจำกัดด้านความสามารถที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่สามารถจะทำกิจกรรมสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกายได้โดยปราศจากความช่วยเหลือ

ผู้ป่วยระดับที่ 2 มีลักษณะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้เพียงเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกายได้ด้วยการบอกกล่าวเจ้าหน้าที่ และพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือบ้าง

ผู้ป่วยระดับที่ 3 มีลักษณะมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ สามารถทำกิจกรรมตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกายได้ และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและทำตามบันทึกฐานของสังคมได้ พยาบาลอาจจะต้องช่วยอำนวยความสะดวก ในการปรับปรุงพฤติกรรมโดยเลือกสอนและเป็นตัวอย่างที่ดีให้

ผู้ป่วยระดับที่ 4 มีลักษณะที่สามารถทำกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกายได้ และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำตามบันทึกฐานของสังคมได้ โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ แต่ต้องการการประคับประคองจากครอบครัว สังคม และการรักษาเพื่อที่จะดำรงรักษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

การจัดบุคลากรพยาบาลและการใช้เวลาในการพยาบาล

การจัดบุคลากรพยาบาล

การจัดบุคลากร (Staffing) เป็นกระบวนการปฏิบัติที่มีระบบในการจัดหาและวางตัวบุคคลในหน่วยงานอย่างเหมาะสมถูกต้องทั้งด้านคุณภาพและตำแหน่ง



หน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้งการธำรงรักษาให้มีบุคลากร ที่มีคุณภาพปฏิบัติงานอยู่ใน
หน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ จึงอาจกล่าวได้ว่า เป็นการจัดการเกี่ยวกับการบริหาร
บุคลากร เพื่อให้ได้บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ
(Competence man for competence job) และจะต้องเสริมสร้างและคงไว้
ซึ่งประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2522:4)

การใช้ประโยชน์บุคลากรเป็นกระบวนการขั้นตอนหนึ่งที่เป็นสิ่งซึ่งป้อนเข้า
ระบบ (Input) คือ ตัวบุคลากรซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ปัญหาสำคัญในการใช้
ประโยชน์บุคลากรพยาบาลไม่เต็มทีในปัจจุบันคือ การเคลื่อนย้ายการพยาบาลหรือที่
เรียกว่า "Fluidity in nursing" ซึ่งไม่เพียงแต่การพยาบาลเท่านั้นที่มีการ
เคลื่อนย้าย การดูแลรักษาด้านการแพทย์ก็มีการเคลื่อนย้ายเช่นกันกล่าวคือ พฤติกรรม
การรักษาที่อยู่ในขอบเขตการแพทย์ได้เข้ามาอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ
ตั้งแต่การขยายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทางการสาธารณสุขเบื้องต้น (Primary
medical care) ในรูปของการทำงานร่วมกัน (Collaboration) กับแพทย์
หรือคหณัชเดียวกัน การที่ผู้ช่วยพยาบาลทำหน้าที่ให้ยา หักยาเม็คและยาฉีดยา รวมทั้ง
การให้ยาเข้าเส้นเลือดดำ การเขียนแผน และการเป็นผู้ช่วยเหลือแพทย์ในการผ่าตัด
ใหญ่ สิ่งเหล่านี้เป็นการเคลื่อนย้ายหน้าที่รับผิดชอบที่นำไปสู่ข้อคิดของการใช้ประโยชน์
บุคลากรไม่เต็มทีคั้งนั้น ในการจัดหาบุคลากรควรได้พิจารณาถึงการใช้ประโยชน์
บุคลากรพยาบาลเป็นสำคัญ กล่าวคือการสงวนเวลาของพยาบาล (Conservation
of Nurse time) เพื่อให้พยาบาลมีเวลาสำหรับการพยาบาลโดยตรงมากขึ้น และ
เพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาล (Increased Nurse Responsibility) ให้
อยู่ในขอบเขตของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive Nursing) เช่น
การให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงของผู้ป่วย ในเรื่องของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค
และสุขภาพของผู้ป่วย การออกกำลังกาย หรือการบริหารร่างกายที่จำเป็นสำหรับ
ผู้ป่วยบางราย เป็นต้น พยาบาลยังจะต้องให้การดูแลและแนะนำการปฏิบัติด้วยการ
ใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมรวมไปถึงระบบการปฏิบัติงานเพื่อเสริม
ประสิทธิผลของการดูแลรักษา เช่น การใช้ระบบการบันทึกปัญหา (Problem
Oriented Charting) เป็นต้น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2522 : 11-13)

ซาเรน และสคาร์บ (Saren and Straub 1970 : 45-50) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของบริการพยาบาลในโรงพยาบาล 5 แห่ง ในมลรัฐนิวยอร์ก และอีก 1 แห่งในรัฐฟิลาเดลเฟีย โดยการเลือก โรงพยาบาลที่แตกต่างกันทั้งในด้านขนาด ชนิด เจ้าของ สถานที่ตั้ง และองค์ประกอบอื่น ๆ โดยมุ่งที่จะทำการวิจัยในด้านภาวะเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากบุคลากรค่าบริการที่ผู้ป่วยได้รับ และประสิทธิภาพของงาน วิธีการศึกษากระทำโดยการสำรวจนโยบายการปฏิบัติงาน และวิธีการหารายได้ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเปรียบเทียบลักษณะของโรงพยาบาลที่ทำการวิจัยแต่ละแห่ง การเก็บข้อมูลของงานบริการพยาบาล ใช้วิธีการสังเกตโดยตรงที่ติดต่อกัน โดยแบ่งการสังเกตบันทึกกิจกรรมเป็นระยะๆ ทุก 15 นาที ในเวรเช้าและเวรบ่าย (ไม่ทำในเวรคึก เพราะว่ามีกิจกรรมน้อยไม่คุ้มกับการลงทุน) ตลอดระยะเวลา 7 วันที่ติดต่อกันนอกจากนี้ยังใช้แบบบันทึกชนิดต่อเนื่องของแผนกพยาบาลทั้งหมดมาร่วมในการวิเคราะห์ ตัวเลขที่ได้มา ผู้ที่ทำการสังเกต และทำการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ ประมาณว่าการศึกษานี้ครอบคลุมผู้ป่วยที่เป็นประชากรสำหรับการศึกษา 5,000 คนในแบบสำรวจ 91 รายการสำรวจของเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ ผลของการศึกษาพบว่า การใช้เวลาส่วนใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพ มีได้ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมในการเก็บและหารายงาน คัดกรองงานและที่รองลงมาเป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเช่นงานธุรการ งานบ้านและการเตรียมอาหารเป็นต้น โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงร้อยละ 36 ของเวลาทั้งหมด ใช้เวลาร้อยละ 20 ในการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพต้องการทำ เช่น การเขียนรายงาน การบันทึก การคัดต่อสื่อสาร เวลาที่เหลือส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ไม่ใช่กิจกรรมการพยาบาล (Non-nursing Activities)

ระเบียบวิธีในการจัดบุคลากรพยาบาลจะต้องมีระบบ กระบวนการเพื่อที่จะบอกถึงจำนวนและประเภทของบุคลากรพยาบาล ในแต่ละเวลาได้โดยจะต้องประกันถึงคุณภาพของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะประเภทได้ด้วย ระเบียบวิธีในการจัดบุคลากรพยาบาลมีหลายวิธี เช่นวิธีศึกษาเชิงบรรยาย วิธีศึกษาโดยวิศวะอุตสาหกรรม วิธีศึกษาโดยการจัดการทางวิศวกรรม และวิธีศึกษาโดยการวิจัยปฏิบัติการ เป็นต้น ได้มีผู้นำวิธีการเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ในการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล เช่น

แฮนเซน (Hansen 1963 : 93-97) นำเอาวิธีการของวิศวอุตสาหกรรมเข้ามาใช้ในการประเมินเวลาที่พยาบาลใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วย เพื่อการจัดอัตราค่าจ้างงานที่เหมาะสมไม่มากเกินไปจนเกิดความสูญเปล่าทางเศรษฐกิจหรือน้อยเกินไปจนเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่งานและผู้ป่วย วิธีการนี้ใช้แบบประเมินจากบันทึกรายงานผู้ป่วยแต่ละรายทำเป็นรายการตรวจสอบย่อย ตามชนิดของการพยาบาล และบันทึกเวลาที่ใช้ในการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย แบบรายการนี้จะให้หัวหน้ากลุ่มพยาบาล (Nursing Team Leader) หรือเสมียนประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ทำการบันทึกก็ได้ ข้อมูลที่ได้นี้จะทำการวิเคราะห์เป็นมาตรฐานเวลาที่ใช้ในการพยาบาลแต่ละกิจกรรมของโรงพยาบาลแห่งนี้ว่า เช่น เวลาที่ใช้ในการทำการพยาบาลเบื้องต้นของผู้ป่วยแต่ละรายคือ 0.79 ของชั่วโมงการพยาบาลในเวรเช้า ซึ่งเวลามาตรฐานนี้จะแตกต่างกันตามลักษณะของหน่วยงาน และระยะเวลาการทำงานของพยาบาล รวมถึงระบบงานของโรงพยาบาลด้วย ประโยชน์ที่จะได้อีกทางหนึ่งของบันทึกรายงานผู้ป่วยแบบนี้ คือใช้ในการตรวจสอบงานของพยาบาลแต่ละบุคคล และใช้วัดความสามารถของบุคลากรพยาบาลได้อีกด้วย เช่น จากบันทึกรายงานบอกว่าพยาบาลใช้เวลาในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย 4 นาที หัวหน้าพยาบาลก็อาจจะต้องประเมินว่า 4 นาทีที่ใช้นั้นมีกิจกรรมย่อยอย่างไรบ้างและใช้เวลาเท่าไรของในเวลามาตรฐาน งานที่สำเร็จในเวลาที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็นนั้นย่อมมาตีประสิทธิภาพที่ลดลงและถ้าประสิทธิภาพของงานก็คงเดิม บุคลากรผู้นั้นย่อมมีการทำงานที่มีระเบียบและความสามารถสูง เป็นต้น บันทึกรายงานนี้จะช่วยกระตุ้นให้พยาบาลได้แสดงความสามารถของคนอย่างเต็มที่ สามารถประเมินงานด้วยตนเอง และแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น ทั้งยังใช้เป็นเครื่องมือประเมินในการจัดอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับที่สามารถจัดบุคลากรเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามิจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จนพยาบาลมีเวลาให้เพียงเล็กน้อยในการทำงานให้บริการผู้ป่วย หรือลดจำนวนบุคลากรลงตามความเหมาะสม

ลูกริก และฮัมพรี (Lugwig and Humphrey 1973 : 46-48) ได้ทำการทดลองนำเอาชั่วโมงการทำงานของพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน มาใช้ในการจัดอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่พยาบาลในศูนย์บริการการแพทย์คอนรา คอสตา Contra Costa County ระหว่างปี 1961-1962 และรายงานผลว่า ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจและไม่

ก่อให้เกิดผลเสียต่อประสิทธิภาพทางการพยาบาล ลุควิก และฮัมพรีย์ ใช้ชั่วโมงการ
ทำงานของพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน เป็นแนวประเมินผลงานประจำวัน โดยคำนวณหา
แรงงานต่อเดือน ต่อปี และนำมาเป็นรูปแบบของงานพยาบาลที่ต้องการ และจัด
จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับในอัตราค่าที่สุคสำหรับแรงงานที่ต้องใช้เพิ่มขึ้น ใน
ขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นนั้นจะเรียกได้จาก บุคลากรประเภทที่ทำงานนอกเหนือ
จากเวลาปกติ โดยการกำหนดอัตราปกติของจำนวนผู้ป่วยที่ได้จากการคำนวณค่าเฉลี่ย
ของจำนวนผู้ป่วยแต่ละวันตลอดระยะเวลา 1 ปีของหอผู้ป่วย แต่ละแห่งและค่าเบี่ยง
เบนมาตรฐานตามข้อตกลง ที่ว่าในอัตราปกตินี้จะไม่มีการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่
พยาบาลที่จัดไว้แค่ประการใด ยกเว้นในกรณีพิเศษ เช่น เหตุฉุกเฉินและถ้าจำนวน
ผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าอัตราปกติ นี้ อาจจะมีการลดจำนวนเจ้าหน้าที่ได้ตามความเหมาะสม
โดยให้ผู้นิเทศงานพยาบาลเป็นผู้พิจารณาการเพิ่มและลดจำนวนเจ้าหน้าที่ ได้ด้วยการ
รยกย้ายเจ้าหน้าที่ระหว่างหอผู้ป่วย

ในปี 1965 ได้มีองค์การเอกชนแห่งหนึ่งตั้งอยู่ที่แคลิฟอร์เนียคอนาค์
เรียกว่า "CASH" (Commission for Administrative Service in
Hospital) ได้ใช้วิธีการจัดการทางวิศวกรรม ให้บริการในเรื่องของการ
วิเคราะห์ระบบงานในโรงพยาบาล โดยกำหนดขั้นตอนการทำงานไว้ 3 ขั้นตอนคือ
ระยะที่ 1 ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมบริการพยาบาลทั้งหมดรายละเอียด
ระยะที่ 2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อ

1. กำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรพยาบาลที่ต้องการในการดูแล
ผู้ป่วยในแต่ละเวร
2. กำหนดปริมาณงานในแต่ละวัน แต่ละเวร โดยคำนวณ จากลักษณะ
เฉพาะและจำนวนผู้ป่วย
3. รวบรวมข้อมูลและผลการศึกษาวิเคราะห์ ส่งไปยังโรงพยาบาลพร้อม
กับการเปรียบเทียบผลการศึกษาวิเคราะห์ และหามาตรฐานกลาง

ระยะที่ 3 นำผลการศึกษาวิเคราะห์ไปปฏิบัติ พร้อมกับติดตามประเมินผล CASH มี
สมาชิกในขณะนั้นเป็นโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วสหรัฐอเมริกา กว่า 50 แห่งผลจาก
การศึกษานี้วิเคราะห์งานของโรงพยาบาลทั้งหมด ทำให้ได้รูปแบบการจัดบุคลากร
(Staffing Pattern) ขึ้นใหม่อีกหลายรูปแบบ โดยพยายามจัดค่าที่เหมาะสมกับ

ปริมาณงานการพยาบาลและประเภทของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณภาพการดูแลเป็นสำคัญ ทั้งยังประหยัดค่าใช้จ่ายลงไปอีกด้วย จากการศึกษาวิจัยของ CASH ในการใช้รูปแบบการจัดบุคลากรที่เสนอไปให้โรงพยาบาลต่างวานั้นพบว่า โดยเฉลี่ยโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายได้ปีละประมาณ 500 เหรียญสหรัฐต่อเตียง ต่อปี (Edgecumber 1965:70)

วิธีการที่คำนึงถึงความถูกต้องและคุณภาพของการจัดบุคลากรที่มีการพัฒนาขึ้นอีกรูปแบบหนึ่งก็คือ วิธีการศึกษาในการวิจัยปฏิบัติการโดยใช้ การรวบรวมข้อมูลจากสภาพการณ์จริงในลักษณะของจำนวนเวลา ในการให้บริการด้านการดูแลรักษาและบริการอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลากรพยาบาล ที่สำคัญคือ การคำนวณเวลาในการพยาบาล (Nursing Care Time) ที่ควรจัดให้กับผู้ป่วยแต่ละประเภทและแต่ละกลุ่ม รวมทั้งเวลาในการจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Management Time) ในแต่ละหน่วยผู้ป่วย ซึ่งจะมีความต้องการในการใช้เวลาดแตกต่างกันไป เจ้าหน้าที่ผู้ทำการวิจัย และต้องมีเทคนิควิธีในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากสภาพการณ์จริงอย่างเที่ยงตรง และมีวิธีปฏิบัติในการคิดคำนวณ เวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลแต่ละประเภทด้วย

การพิจารณาใช้เทคนิควิธีจะต้องคำนึงถึงตัวแปรต่อไปนี้ด้วย

1. จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาล
2. นโยบายของโรงพยาบาลในการรับ - จำหน่ายผู้ป่วย และนโยบายการปฏิบัติ เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน
3. ปริมาณงานพยาบาลมีวิธีจัดอย่างไร อาจใช้ระบบการจ่ายแก่ผู้ป่วย หรือการคิดคำนวณงาน และการใช้เวลามาตรฐานหรือใช้ทั้งสองวิธี
4. นโยบายการบริหารบุคลากร และการจัดตำแหน่ง
5. บริการที่สนับสนุนการให้บริการด้านการดูแลรักษา
6. ความคาดหวังในคุณภาพของการพยาบาล
7. ความหมายของการปฏิบัติการพยาบาล
8. ลักษณะด้านโครงสร้าง และการออกแบบโรงพยาบาลและหน่วยผู้ป่วย
ได้มีการศึกษาโดยวิธีนี้ ที่โรงพยาบาลจอห์น ฮอบสกินส์ เป็นต้น
(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2522 : 30-31)



ปริมาณความต้องการพยาบาลของผู้ป่วย (Quantifying the Nursing Care Needs of Patients) เป็นองค์ประกอบแรกที่จะใช้กำหนดการจัดอัตรากำลังบุคลากรแบบหรือวิธีในการวัดปริมาณความต้องการนี้วัดจาก ความรู้ ประสบการณ์การพยาบาลในระยะแรก จนกระทั่งนำวิธีทางวิทยาศาสตร์ของ วิศวกรรมศาสตร์ ซึ่งจะมีเนื้อหา ระบบการเก็บข้อมูล การจัดข้อมูลที่เป็นระบบ ได้ เข้ามาใช้โดยเก็บข้อมูลอย่างระมัดระวัง ข้อมูลเหล่านี้ปรากฏในรูปการใช้เวลา เฉพาะในแต่ละงาน แต่ละกิจกรรมบริการการรักษาที่กระทำต่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ภายใต้อาชีพบันทึก สิ่งเกิด ระยะเวลาคอยเฉลี่ยจะใช้เป็นตัวแทนการใช้เวลาที่จะได้ แก่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละประเภท (Donovan 1975:107) โดยหลักการ เดียวกันนี้ ริส เฮอร์น (Rhys Hearn 1979:45-48) ได้สร้างสูตรสำเร็จในการ จัดบุคลากรในหอผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน พบว่าข้อมูลที่สำคัญในการคำนวณก็คือ ข้อมูลด้านความต้องการการพยาบาลโดยตรง ของผู้ป่วยสูงอายุ (Direct care) ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่มีผลในการพึ่งพาการ พยาบาล และองค์ประกอบด้านปริมาณงานทั้งหมดที่พยาบาลไม่ได้ให้การพยาบาล ผู้ป่วยโดยตรง (Indirect care)

เกลิงศรี สรทรง (2526) ได้ศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล ของหน่วยผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้ความต้องการการพยาบาล เป็นพื้นฐาน ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภทคือประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับกลาง และประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ ต้องการการดูแลในระยะวิกฤติ ศึกษารายปริมาณความต้องการการพยาบาลทั้งหมดที่ ผู้ป่วยได้รับ พบว่า ผู้ป่วยประเภทที่ 1 มีความต้องการการพยาบาลใน 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 1.64 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 2 มีความต้องการพยาบาล 3.98 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีความต้องการการพยาบาล 7.77 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมง ส่วนค่าเฉลี่ยเวลาของกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงที่ผู้ป่วยประเภทที่ 1, 2 และ 3 ได้รับใน 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 1.24, 3.34 และ 6.43 ชั่วโมง ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยดังกล่าวจะมากในเวรเช้าและน้อยลงในเวรบ่ายและเวรคึกตาม ลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยเวลาของกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ที่ผู้ป่วย แต่ละประเภทได้รับจากบุคลากรพยาบาลมีความแตกต่างกันและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

เวลาของกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทได้รับทีละคู่ พบว่ามีความแตกต่างกัน

การจัดแบ่งประเภทผู้ป่วย

ในปัจจุบัน การจัดการประเภทผู้ป่วยโดยอาศัยความต้องการการพยาบาลเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางสำหรับผู้บริหารการพยาบาล เพราะจะเป็นวิถีทางหนึ่งซึ่งจะนำไปสู่ระบบการจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรพยาบาล ให้อย่างเหมาะสม (Roehr 1979 : 21) ความต้องการการพยาบาลควรได้คิดออกมาเป็นกำหนดเวลาที่แน่นอนชัดเจน จึงจำเป็นต้องจัดแบ่งประเภทผู้ป่วยไว้ก่อนเป็นครั้งแรก

เทคนิคในการแบ่งประเภทผู้ป่วยมีหลายวิธีแตกต่างกันออกไป เช่น จัดผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน หรือมีคุณสมบัติเหมือนกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน เช่น มีการวินิจฉัยโรคเหมือนกันหรือจัดตามความสนใจเป็นพิเศษทางการแพทย์ แต่ในทางการพยาบาล การแบ่งประเภทผู้ป่วยหมายถึง การจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามการประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่พิจารณาได้จาก การใช้เวลาในการพยาบาล เพื่อวัตถุประสงค์ในการตัดสินใจและมอบหมายงานบุคลากรพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วย (Giovannetti 1979 : 4)

วิธีการจัดประเภทผู้ป่วย (หวงรัชนี บุญญานุรักษ์ 2522 : 38-50) เป็นวิธีการให้ค่า (Scale Device) เพื่อวัดความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Illness-Health Continuum) ในรูปปริมาณ (Quantitative Terms) ความต้องการการดูแลและบริการของผู้ป่วยแต่ละคนจะเป็นแนวทางสำคัญในการที่จะช่วยเหลือพยาบาลในการตัดสินใจงาน และประเภทบุคลากรพยาบาลเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยประจำวันในแต่ละหน่วยผู้ป่วย ทั้งยังเป็นแนวทางของผู้บริหารการพยาบาลที่จะบอกถึงลักษณะต่างๆ ของความต้องการพยาบาลในผู้ป่วยโดยทั่วไปเพื่อวางแผนในการกำหนดมาตรฐานการดูแลบุคลากรต่อไปในอนาคต ตลอดจนผู้ในเทศการพยาบาลประจำวัน สามารถใช้ประเภทของผู้ป่วย ในการปรับปรุงบุคลากรพยาบาลประจำวัน

ระเบียบวิธีการจัดประเภทผู้ป่วย จะต้องให้ข้อมูลในลักษณะของความต้องการของผู้ป่วยที่จะบ่งชี้ถึงความต้องการบุคลากรประเภทต่างๆ ได้ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้และทักษะของบุคลากรเหล่านั้นในการให้การดูแล ดังนั้นการจัดประเภทผู้ป่วยจึงต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างมี

ระเบียบวิธี และยังคงประเมินกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาด้วย

วิธีการจัดประเภทผู้ป่วยมีดังนี้

1. การประเมินแบบอย่าง (Prototype Evaluation Method)
 วิทยากรให้คะแนนเป็นอัตรการให้ค่า วิทยากำหนดคะแนนดังนี้

คะแนน 1 สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Patients)

คะแนน 3 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาคนอื่นเพียงบางส่วน (Partially-Dependent Patients)

คะแนน 5 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาคนอื่นโดยสมบูรณ์ (Dependent Patients)

วิธีประเมินก็คือ การสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ที่ผู้ป่วยได้รับ และที่ผู้ป่วยต้องการทำการให้คะแนนตามที่ได้จัดอัตรการให้ค่าไว้ จากนั้นรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ยแล้วจึงจัดเข้าประเภทของผู้ป่วย

2. การประเมินตามปัจจัย (Factor Evaluation Method) เป็นการประเมินการพยาบาลเฉพาะอย่าง วิทยากรให้คะแนนตามแบบ อัตรการให้ค่า และกำหนดค่าตามความเข้มของความต้องการ (Intensity of Needs) วิธีนี้คัดแปลงมาจากระเบียบวิธีการประเมินแบบอย่าง แต่ใช้การพิจารณาปัจจัยเฉพาะ 6 อย่างคือ การสังเกต (observation) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional Support) การให้ยาและการรักษาต่าง ๆ (Medications and Treatments) ความช่วยเหลือด้านสุขวิทยา (Assistance with Hygiene) การทดสอบต่าง ๆ (Tests) และการสอน (Teaching) วิทยากรจะต้องสังเกตเวลาที่เข้าในแต่ละปัจจัย แล้วจึงจัดประเภทผู้ป่วยตามคะแนนที่ได้และเวลาที่ให้กับการพยาบาลเฉพาะอย่าง

3. การประเมินตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วย (Progressive Patient Care Evaluation Method) ได้พัฒนาจาก 2 วิธีที่กล่าวมาแล้ว วิทยากรให้ศึกษาวิจัย เพื่อที่จะกำหนดประเภทของผู้ป่วย ตามจำนวนเวลาการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งเวลาของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภทจะคงตัว การ

ศึกษาวิจัยเพื่อหาความต้องการการพยาบาลนี้ รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และบันทึกเวลาของการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยแต่ละประเภทภายใต้เกณฑ์วัตถุประสงค์ของการดูแลตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยไว้ แล้วจึงกำหนดประเภทของผู้ป่วยเป็น 8 ประเภทคือ การดูแลในระยะวิกฤติ การดูแลที่คงที่ การดูแลในระดับกลาง การดูแลระยะยาว การดูแลตนเอง การดูแลที่บ้าน บริการผู้ป่วยนอก และการดูแลในระยะฉุกเฉิน

การหาปริมาณความต้องการการพยาบาล (Quantifying Patient Nursing Needs) แบ่งได้เป็น 2 ระยะ (Arndt and Huckabay 1975: 222-225

ระยะที่ 1 คัดลึนความต้องการการดูแลโดยตรง (Direct Patient Care) มีหลายวิธีด้วยกันโดยอาศัยการจัดประเภทผู้ป่วยตามความต้องการการพยาบาลเป็นหลัก คือ ใช้หลักการช่วยเหลือตนเองตามระดับ (Degree of Self - Sufficiency)

ระยะที่ 2 การหาความต้องการเวลาบริการพยาบาลนอกเหนือจากการพยาบาลโดยตรง (Indirect Patient Care) หมายถึง การบริหารโดยทั่วไป การเตรียมยา งานธุรการ การคิดต่อสื่อสาร และอื่น ๆ

วิธีการศึกษาของโรงพยาบาล จอห์น ฮอบสกินส์ รัช วูลฟ และยัง (Wolfe and Young) ปี 1965 พบว่า ในช่วงเวลา 24.00 - 6.00 น. ผู้ป่วยบางคนเท่านั้นที่ต้องการการพยาบาลโดยตรง ซึ่งเคยเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยผู้ใหญ่แต่ละคนได้รับการพยาบาลโดยตรงหลังเที่ยงคืนน้อยกว่า 2 นาทีต่อคน จึงคิดช่วงเวลากลางคืนดังกล่าวออกไป ค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ใหญ่ 1 วัน จึงคิดเพียงเฉพาะในช่วงเวลาการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับใน 18 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งในการหาปริมาณความต้องการการดูแลโดยตรง (Direct Patient care) ในผู้ป่วยแต่ละประเภทมีดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ หรือต้องการการพยาบาลเพียงเล็กน้อย (Self care Patients) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการพยาบาล 0.5 ชั่วโมงต่อ 18 ชั่วโมง ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยในข้อใดข้อหนึ่งนี้เท่านั้น

1. ผู้ป่วยที่เดินมาด้วยตนเองได้ สามารถรับประทานอาหารเช้า หรืออาจช่วยเหลือในการจัดเตรียมมาให้เล็กน้อย อาจจะสามารถอาบน้ำในห้องน้ำเองหรือเช็ดตัวและต้องการการช่วยเหลือในการเช็ดหลังและขา
2. สามารถเดินได้ แต่ต้องการการช่วยเหลือบ้าง อาบน้ำเองได้ในห้องน้ำหรือเช็ดตัวและต้องการการช่วยเหลือในการเช็ดหลังและขา
3. เป็นผู้ป่วยในข้อ 1 และ 2 อาจจะมีบ่นหรือมีอาการเหนื่อยหอบ ต้องการการให้ออกซิเจน หรือต้องการการให้สารน้ำเกลือ

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลระดับกลาง หรือบางส่วน (Intermediate or Partially care Patients) ต้องการการดูแล 1 ชั่วโมง ต่อ 18 ชั่วโมง 1 คืนแก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะ

1. ผู้ป่วยสามารถเดินได้ แต่ต้องการการช่วยเหลือมาก อาบน้ำได้เองในห้องน้ำ หรือต้องช่วยเหลือในการเช็ดตัว ต้องการการช่วยเหลือในการรับประทาน (ยกเว้นการให้สารน้ำเกลือทางเส้นเลือด) สายตามบ่นหรือต้องการการให้ออกซิเจน
2. ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างสมบูรณ์ในการลุกนั่ง แก้อั้วและเช็ดตัวได้ อาจรับประทานอาหารเช้า หรือต้องการในการจัดเตรียมอาหารเช้า หรือต้องการสารน้ำเกลือทางเส้นเลือด ต้องการการให้ออกซิเจน หรือมีสายตามบ่น
3. เป็นผู้ป่วยในข้อที่ 2 แต่ต้องการช่วยเหลือบางส่วนในการลุกนั่ง แก้อั้ว และต้องเช็ดตัวข้างเดียว
4. ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือบางส่วนในการลุกนั่ง แก้อั้ว สามารถเช็ดตัวเองได้บางส่วน และลักษณะการช่วยเหลือในการรับประทานอาหารเช้าอย่างสมบูรณ์ อาจจะมีสายตามบ่น หรือต้องการการให้ออกซิเจน
5. ผู้ป่วยต้องการการเช็ดตัว สามารถรับประทานอาหารเช้าและอาจจะต้องมีการเตรียมอาหารเช้าให้บ้าง หรือได้รับสารน้ำเกลือ หรือได้รับสารน้ำเกลือ มีสายตามบ่น หรือต้องการการให้ออกซิเจน
6. ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลจากพยาบาลพิเศษ หรือการช่วยเหลือใน

การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลระดับสูงหรือทั้งหมด (Intensive or total care patients) เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล 2.5 ชั่วโมงต่อ 18 ชั่วโมง อาจเป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ในประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 แต่ต้องรวมการดูแลดังต่อไปนี้รวมด้วย เช่น ต้องการการดูแลเสมหะ แยกในห้องแยก กลั่นการขับถ่ายไม่ไค้ การหาผลที่มีสายยาง เพื่อระบายหนองออกหรือน้ำเหลือง ฯลฯ หรือผู้ที่ได้รับทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางอารมณ์ ต้องการการดูแลระดับประคองจิตใจอย่างมาก หรือผู้ป่วยอื่นๆ ที่แสดงว่าต้องการการดูแลระดับประคองจิตใจอย่างมาก หรือผู้ป่วยอื่นๆ ที่แสดงว่าต้องการการดูแลมากกว่าประเภทที่ 1 และที่ 2 ที่กล่าวมา

จากเวลาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทดังกล่าว จะคำนวณหาปริมาณความต้องการพยาบาลได้ดังนี้

$$I = 0.5 N_1 + N_2 + 2.5 N_3$$

$$I = \text{ชั่วโมงการพยาบาลโดยตรง}$$

$$N_1 = \text{จำนวนผู้ป่วยประเภทที่ 1}$$

$$N_2 = \text{จำนวนผู้ป่วยประเภทที่ 2}$$

$$N_3 = \text{จำนวนผู้ป่วยประเภทที่ 3}$$

ส่วนในการหาเวลาการให้การพยาบาลโดยอ้อม (Indirect care) ได้ศึกษาและเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง เวลาการปฏิบัติงานอื่นๆ นี้เป็นระยะ 7 วัน 24 ชั่วโมงจากการศึกษาที่โรงพยาบาล จอห์น ฮอปสกินส์ (John Hopkins Hospital) พบว่า ในหอผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย 29-30 คน ต้องการเวลาในการให้การพยาบาลโดยอ้อมเฉลี่ยประมาณ 20 ชั่วโมงต่อแเวร ดังนั้นจึงคำนวณปริมาณความต้องการการพยาบาลทั้งหมดได้ดังนี้

$$PA = I + 20$$

$$PA = \text{ปริมาณการพยาบาลทั้งหมด (Productive Activities)}$$

$$I = \text{ชั่วโมงการพยาบาลโดยตรง (Direct care Index)}$$

ฉะนั้น การคิดจำนวนชั่วโมงของความต้องการการพยาบาลควรมีแบบรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตโดยตรง เพื่อตัดสินระดับของความเพียงพอในการช่วยเหลือตนเอง (degree of self-sufficiency) ซึ่งควรได้จัดจกัอัตราการ



เพื่อการประเมินรอยโรคความต้องการ 3 ข้อคือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย ซึ่งจะบอกถึงวิธีปฏิบัติทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับและข้อจำกัดด้านร่างกาย
2. จิตสังคม (Psychosocial)
3. ความต้องการการแนะนำ (Instruction needs)

วิธีการศึกษาของแมรี เอลเลน วาร์สเลอร์ (Warstler 1978:8-17) ได้แบ่ง ผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท ในแต่ละแผนกพยาบาลคือ แผนกอายุรศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ แผนกสูติศาสตร์ แผนกเด็กแรกเกิด และแผนกจิตเวช โดยแบ่งระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตนเอง (Self care) ต้องการการพยาบาล 1-2 ชั่วโมงต่อวัน รอยโรคเฉลี่ย 1.5 ชั่วโมง ได้แก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ (ในที่นี้จะขอล่าวถึงลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภทในแผนกอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์เท่านั้น)

1. ปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่จำกัดกิจกรรม ต้องการการสังเกตน้อยที่สุด
2. อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อการวิจัยบางอย่าง หรือการรักษาเล็กน้อย นอนหรือกายภาพบำบัด

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับต่ำ (Minimal care) ต้องการการพยาบาล 3-4 ชั่วโมงต่อวัน รอยโรคเฉลี่ย 3.5 ชั่วโมง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ป่วยเล็กน้อย หรืออยู่ในระยะพักฟื้น
2. จำเป็นต้องควบคุมกิจกรรมบางอย่างต้องการการรักษาเพียงเล็กน้อย
3. ต้องการการช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลเพียงเล็กน้อย

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care) ต้องการการพยาบาล 5-6 ชั่วโมง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. จัดอยู่ในประเภทที่มีกลุ่มอาการที่รุนแรง แต่ไม่ปรากฏอย่างชัดเจน หรือเป็นการป่วยชนิดกว้าง ๆ
2. พฤติกรรมผิดปกติ แต่ไม่ต้องการการดูแลใกล้ชิด
3. ต้องควบคุมกิจกรรมบ้าง หรือต้องการการรักษาเป็นระยะ ๆ

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่ำกว่าระยะวิกฤต (Modified Intensive Care) ต้องการการพยาบาล 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ropsych 7.5 ชั่วโมง 1 ชั่วโมง

1. ป่วยอย่างเฉียบพลันต้องการการสังเกตบ่อย ๆ อาจเป็นหรือไม่เป็น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยก็ได้
2. จากกิจกรรมต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่อง ความต้องการ ทางด้านร่างกาย
3. ต้องการการรักษาน้อย ๆ

ผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลในระยะวิกฤต (Intensive care) ต้องการการพยาบาล 10-14 ชั่วโมงต่อวัน ropsych 12 ชั่วโมง 1 ชั่วโมง

1. ป่วยเฉียบพลัน ต้องการการดูแลที่ติดต่อกัน การสังเกตบ่อย ๆ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ต้องควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างกวาดขัน
3. ต้องการการรักษาที่ต่อเนื่องกันและบ่อย ๆ

ในการแบ่งประเภทผู้ป่วยนี้ วาร์สเลอร์ได้กำหนดไว้ในช่วงเวลา 1.5 ชั่วโมงก่อนสิ้นสุดแต่ละเวร เพื่อประโยชน์ในการจัดบุคลากรที่เหมาะสมในเวรถัดไป และการศึกษาของวาร์สเลอร์ จะไม่คิดเวลาสำหรับกิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อมอีก เพราะได้รวมเวลาของกิจกรรมพยาบาลโดยอ้อมบางส่วนไว้ในกิจกรรมการพยาบาล โดยตรงแล้ว

นอกจากนี้ CASH ยังได้ศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยสังเกตพฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวันของ

ผู้ป่วย เช่นการรับประทานอาหาร การอาบน้ำชำระร่างกาย การขับถ่าย การจัดให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย การปฏิบัติเกี่ยวกับความต้องการยา (Medications) ความต้องการการสอนและการประคับประคองจิตใจ ความต้องการเกี่ยวกับการปฏิบัติการรักษาพยาบาล และระดับสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย จากข้อมูลเหล่านี้ CASH ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเล็กน้อย (Minimal care) เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเช้า หรือต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระดับกลาง (Average care) เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารให้รับประทาน และอาจต้องการการกระตุ้นให้รับประทาน

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากกว่าระดับกลาง (Above Average care) เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเช้า ต้องได้รับการบ้วนอาหารได้แต่สามารถเคี้ยว และกลืนอาหารได้เอง

ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากที่สุด (Maximum care) เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเช้าและกลืนอาหารได้เอง ต้องได้รับการบ้วนอาหารทางสายยาง

ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงมาตรฐานที่ผู้ป่วยแต่ละประเภทต้องการในแต่ละเวรคังแสดงในตารางคือ

ประเภทของผู้ป่วย	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรคึก (ชั่วโมง)
1	1.4	0.93	0.4
2	2.2	1.4	0.6
3	2.9	1.9	0.9
4	4.3	2.9	1.3

กำหนดเวลาในการแบ่งประเภทผู้ป่วยในแต่ละเวรนั้น CASH แนะนำให้ประเมินสภาพของผู้ป่วยใกล้ ๆ ระยะเวลาสิ้นสุดเวร เพื่อสามารถจัดประเภทผู้ป่วย และประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยในเวรต่อไปได้อย่างใกล้ชิดปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดในหน่วยนั้นๆ ทารด้วย 8 ก็จะทำให้ทราบจำนวนบุคลากรพยาบาลที่เหมาะสม ที่จะให้การพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลผู้ป่วย

วิธีการของ CASH เป็นการคำนวณหาเวลามาตรฐานสำหรับกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมและหาปริมาณความต้องการการพยาบาลทั้งหมด ครอบคลุมจำนวนครั้ง ของแต่ละกิจกรรมและหาปริมาณความต้องการการพยาบาลทั้งหมด ครอบคลุมจำนวนครั้งของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้น คูณด้วยเวลามาตรฐานของกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ และรวมกับเวลาที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมด้วย การใช้เวลาของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล

การพิจารณาชั่วโมงการทำงานพยาบาล หมายถึง เวลาของการทำงานทั้งหมดในเวรหนึ่ง ๆ นั้น บุคลากรพยาบาลควรทำงานประจำ (Regular Work) อย่างมากที่สุดไม่ควรเกิน 2 ใน 3 ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด ดังนั้นถ้าเวลาปฏิบัติงานทั้งหมดเป็น 8 ชั่วโมงบุคลากรพยาบาลควรทำงานประจำเพียง 6 ชั่วโมง ในจำนวน 6 ชั่วโมงนี้รวมเวลาพัก และเวลารับประทานอาหารเข้าไว้ด้วย โลซอท (Lysaught) ได้เสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพควรใช้เวลา 40% ของเวลาทั้งหมดในแต่ละเวรเพื่อให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย ส่วนเวลาที่เหลือเป็นงานด้านอื่นๆ เช่น งานด้านบุคลากร การควบคุมรักษาระบบการพยาบาลเป็นต้น ส่วนการพิจารณาปริมาณการพยาบาลที่เกิดขึ้นในแต่ละเวร ซึ่งจะมีความต้องการในปริมาณที่แตกต่างกัน ครอบคลุมการดูแลรักษาจะเกิดขึ้นมากในช่วงเวลา 8.00 - 16.00 น. คือ ในเวรเช้า ส่วนเวรบ่ายและเวรคึก ความต้องการการพยาบาลจะลดลงเป็นลำดับเช่น อเล็กซานเดอร์ (Alexander) ได้เสนอให้คิดเวลาการพยาบาลเวรเช้า 64% เวิร์บาย 24% และเวรคึก 12% และโปรแกรมการวิจัยของคณะแบทเทิลส์ตะวันออกเฉียงเหนือ (Battele Northwest System programs) รายงานว่า จำนวนเวลาในการพยาบาลเวรเช้าคือ 45% เวิร์บายคือ 37% และเวรคึกคือ 17% อย่างไรก็ตามการพิจารณาความต้องการการพยาบาลในแต่ละเวร ควรได้พิจารณา



ลักษณะเฉพาะของแต่ละหน่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากไม่อาจยึดข้อเสนอดังกล่าว ที่กล่าว
ไว้ในทุกหน่วยงาน ดังนั้น แต่ละหน่วยจะมีปริมาณความต้องการการพยาบาลใน
แต่ละเวรแตกต่างกัน (หวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2522 : 52-54)

ในปี พ.ศ. 2512 - 2513 กองการพยาบาลร่วมกับองค์การอนามัยโลก
ได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์กิจกรรมของเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลโรคหัวใจ
ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาแบบสังเกต และจด
บันทึกกิจกรรมของพยาบาลไว้ดังนี้คือ พยาบาล ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 45
และครึ่งหนึ่งของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยนี้จะใช้ในกิจกรรมการให้การพยาบาล
(Technical Procedures) เช่น การฉีดยา การให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดคคา
การทำแผล พยาบาลใช้เวลาบางส่วนในกิจกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย
และใช้เวลาส่วนน้อยในการดูแลความต้องการทางด้านร่างกาย (Physical Needs)
และใช้เวลาน้อยมาก ในการดูแลในเรื่องเกี่ยวกับ ความต้องการทางด้านจิตใจ
(Emotional Needs) ของผู้ป่วยและญาติ และที่สังเกตเกือบไม่พบเลยคือ การให้
สุขศึกษาผู้ป่วย (หวงน้อย สาครรัตนกุล 2519 : 27)

ในประเทศไทย มีการวิจัยเรื่อง เวลาที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย มี
รายงานว่าในโรงพยาบาลเล็กใช้เวลา 146 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คนใน 24 ชั่วโมง
เฉลี่ยในแต่ละเวรดังนี้ เวรเช้า 75 นาที เวรบ่าย 36 นาที และเวรคึก 35 นาที
โรงพยาบาลใหญ่ที่มีโรงเรือนพยาบาลใช้เวลา 237 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คนใน 24
ชั่วโมงคือ เวรเช้า 131 นาที เวรบ่าย 55 นาที และเวรคึก 51 นาที (มาลี
สนธิเกษกริน 2516)

คอนเนอร์ (Conner 1961 : 40-41) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับค่า
กำหนดการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (Direct Nursing Care Index) ที่
ได้มีการวิจัยรายงานว่า สามารถที่จะใช้เวลาที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง
เป็นข้อบ่งชี้ปริมาณของบุคลากรพยาบาลได้ งานวิจัยของคอนเนอร์ ได้จัดทำแบบ
สำรวจวัด (Measurement Study) เพื่อดูความสัมพันธ์ของปริมาณงานพยาบาล
กับค่ากำหนดการให้การพยาบาลโดยตรง และสถิติจำนวนผู้ป่วยรายวัน จำนวน
ชั่วโมงทำงานของ เจ้าหน้าที่ทุกระดับ วิชานการวัดนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างงานโดย
แบ่งลักษณะงานออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กิจกรรมที่มีผลงาน (Productive

Activities) และกิจกรรมที่ไม่มีผลงานหรือสูญเปล่า (Nonproductive Activities) โดยมีกิจกรรมย่อยดังนี้

1. กิจกรรมที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย หรือที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง
2. กิจกรรมที่เป็นการสนับสนุน หรือส่งเสริมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ
3. กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเขียน อ่าน บันทึก งานที่เกี่ยวกับรายงานของโรงพยาบาล
4. การสื่อสารข้อความ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อทั้งหมด ในการปฏิบัติหน้าที่
5. กลุ่มกิจกรรมที่ไม่มีผลงาน เรียกว่า Personal time หมายถึง
 - 5.1 การรับส่งผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย
 - 5.2 การติดต่องานในกิจกรรมของโรงพยาบาล โดยการต้องออกไปที่ต่าง ๆ นอกหอผู้ป่วย
 - 5.3 การทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับงานในการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยตรง
 - 5.4 การเดินในหอผู้ป่วย เวลาที่หมดไปในการเดินหรือทำงานอื่น ๆ โดยที่มีได้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในหน้าที่

ผลการวิจัยนี้รายงานว่า เวลาที่พยาบาลใช้ในการให้การพยาบาลโดยตรงมีความสัมพันธ์กับค่ากำหนดการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วย กล่าวคือสามารถใช้ค่ากำหนดนี้ประมาณค่าเวลาที่ใช้ในการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยได้ และเวลาที่ให้การพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญต่อชั่วโมงการทำงานของพยาบาล กล่าวคือ ไม่ว่าพยาบาลจะมีชั่วโมงการทำงานมากขึ้นหรือน้อยลง เวลาที่ใช้ในการให้การพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยนี้ จะไม่เพิ่มหรือลดลงตามไปด้วย แต่จะเป็นไปตามค่ากำหนดที่มีอยู่เดิม

หอคปรมาณงานของพยาบาลจะมีการผันแปรไปตามค่ากำหนดการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยและชั่วโมงการทำงาน แต่ไม่มีการผันแปรที่เกี่ยวเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยแต่ละวัน ส่วนการใช้เวลาในกิจกรรมที่ไม่มีผลงาน Personal time ผลของ


4. กิจกรรมเฉพาะบุคคล (Administrative Allowance) คือ กิจกรรมที่ไม่ใช่การปฏิบัติงานในหน้าที่ และรวมถึงเวลาที่ไม่มีการบันทึกกิจกรรม (Unaccounted Time)

การแบ่งระดับลักษณะผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละเวรเป็นผู้ประเมินตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และประเมินการพยาบาลที่จำเป็น (Nursing Minutes Required) ต่อผู้ป่วยแต่ละระดับ ผลของการวิจัยในระยะทดลอง รายงานว่า 36-49% ของเวลาทั้งหมด ถูกใช้ในงานด้านบริหาร (Administrative Service) และ 23-35% ใช้ในการให้การรักษายาพยาบาล รองลงมาเป็นงานด้านสารบรรณ วิทยุเฉพาะการเขียนรายงานผู้ป่วย และอื่น ๆ ลักษณะการใช้เวลาในกิจกรรมพยาบาลทั้ง 4 หมวดใหญ่ๆ นั้น คล้ายคลึงกันบนเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ ในการพยาบาลที่เกี่ยวกับความต้องการในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยพยาบาล จะใช้เวลาในกิจกรรมนี้เพียงร้อยละ 4 เท่ากับผู้ช่วยพยาบาล และเป็นเวลาของการใช้เวลาว่างร้อยละ 19 ชั่วโงง

หวนน้อย สาครรัตนกุล (2518) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมพยาบาลในโรงพยาบาลรามารักษ์ วิทยุประเมินเวลาที่ใช้ในบริการพยาบาลที่เจ้าหน้าที่พยาบาลใช้ต่อผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาของการปฏิบัติ พบว่าในเวรเช้าและเวรบ่าย มีการใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สำหรับเวรดึก มีความแตกต่างกันกับเวรเช้าและเวรบ่ายซึ่งมีการใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงน้อยที่สุด

กรีน และเรย์เนอร์ (Green and Rayner 1985: 183-200) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง การพยาบาลโดยตรง และลักษณะผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ตัวแปรด้านผู้ป่วยสูงอายุที่มีผลต่อการใช้เวลาของพยาบาลในการให้การพยาบาลคือ การรับถ่าย การแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า สุขภาพจิต ความต้องการการดูแลร่างกายเฉพาะแห่งที่เสี่ยงต่อการกักตัก เพศของผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านการอาบน้ำเช็ดตัว และการล้างมือ ล้างหน้า แต่ตัวแปรด้านการเคลื่อนไหวและการกลืนบัสสาวะของผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการใช้เวลาของพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย เมื่ออยู่ในภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับความใช้เวลาในการพยาบาลมากกว่าเพศหญิง

แรนซ์ และเฮาเออร์ (Rantz and Hauer 1987: 33-44) ได้วิเคราะห์การทํากิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน พบว่าการใช้เวลาในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเวรเช้า ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) ร้อยละ 35 ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโดยอ้อม (Nondirect care) ร้อยละ 51.3 และกิจกรรมที่ไม่มีผลงาน ร้อยละ 13.6 ซึ่งจะคล้ายคลึงกันในวันเวรบ่ายและเวรคึกคือ ในเวรบ่าย การใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ 37 ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโดยอ้อมร้อยละ 53.4 และกิจกรรมที่ไม่มีผลงาน ร้อยละ 10.2 ในเวรคึก การใช้เวลาในกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ 33.1 ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโดยอ้อมร้อยละ 58.9 และกิจกรรมที่ไม่มีผลงานร้อยละ 7.9



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย