

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด
ต่อระจกต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เมื่อกลับบ้าน หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยกำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. มาตรฐานการพยาบาล

1.1 ความหมายของมาตรฐานการพยาบาล

1.2 ความสำคัญของมาตรฐานการพยาบาล

1.3 การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

1.4 การสร้างมาตรฐานการพยาบาล

1.5 การทดสอบมาตรฐานการพยาบาล

2. คุณภาพการบริการพยาบาล

3. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

4. การพยาบาลผู้สูงอายุ

4.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

4.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

4.3 รูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุแบบไอโอว่า (Glick and Tripp-Reimer, 1996: 21)

5. ต้อกระจก

6. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มาตรฐานการพยาบาล

1.1 ความหมายของมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐาน (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525) หมายถึง สิ่งที่ดีเอาเป็น
หลักสำหรับเทียบกำหนด หนึ่งมาตรฐาน (Standard) ตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster, 1980:
1772) หมายถึง สิ่งที่ตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ หรือพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบในการวัดหรือตัดสิน
ความสามารถด้านคุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

Nicholls (1977) กล่าวว่า มาตรฐานเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับให้ใช้ในการวัด เปรียบเทียบค่าในเชิงปริมาณหรือคุณภาพ คำว่ามาตรฐานนี้อาจใช้ในความหมายใกล้เคียงกับคำว่า เกณฑ์ (Criteria) หรือใช้แทนกันได้ แต่มีความหมายต่างกันเล็กน้อย กล่าวคือ คำว่า "มาตรฐาน" จะ ใช้ในความหมายที่กว้างขวาง ส่วนคำว่า "เกณฑ์" จะใช้ในความหมายที่แคบลงและเจาะจงมากกว่า หรืออาจจะกล่าวได้ว่า เกณฑ์เป็นองค์ประกอบของมาตรฐาน หนึ่งเป็นเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมิน สิ่งใด (มาตรฐาน) ย่อมต้องมีการบรรยายละเอียด หรือลักษณะที่เฉพาะเจาะจงหรือสภาพความเป็นจริงที่ควรเป็น (เกณฑ์) อาจกล่าวได้ว่าเกณฑ์เป็นส่วนประกอบของมาตรฐานนั่นเอง นอกจากนี้ Cantor (1978) ได้เสนอว่า มาตรฐาน หมายถึง ระดับของพฤติกรรมที่แสดงออก หรือเป็นรูปการของ สภาพแวดล้อมที่ได้รับการยอมรับจากผู้มีสิทธิอำนาจ หรือคำสั่งในกลุ่มสังคม (Authority)

จากความหมายของมาตรฐานสรุปได้ว่า มาตรฐาน หมายถึง สิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้นใช้เป็น เกณฑ์ในการกำหนดแนวทาง แบบอย่าง หรือคุณภาพของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทั้งนี้ มาตรฐานการพยาบาล (Nursing standard) หมายถึง ข้อความที่สามารถวัดได้และอธิบาย ลักษณะที่แสดงถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี ใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการให้การ พยาบาลผู้ป่วย ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) นอกจากนี้ มาตรฐานการ พยาบาล หมายถึง ข้อความที่มีความตรง (Valid) และชัดเจน (Explicit) แสดงถึง คุณภาพการ พยาบาลในแต่ละด้าน เป็นข้อความที่อธิบายสิ่งที่พึงกระทำ รวมทั้งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับข้อความ ที่เป็นมาตรฐานนี้ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลชนิดนั้น ๆ ได้ (Mason, 1984) ผู้วิจัยสรุปได้ว่า มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่มีความเที่ยงตรง ชัดเจน สามารถ วัดได้ และอธิบายถึงสิ่งที่พึงกระทำและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ มีเกณฑ์ชี้วัดที่จะประเมินคุณภาพ ของการปฏิบัติการพยาบาลได้ ใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งราย บุคคลและรายกลุ่ม

1.2 ความสำคัญของมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาลถือเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นเครื่องมือสำคัญของการประกันคุณภาพการ พยาบาลด้วยเหตุผลดังนี้ (กองการพยาบาล, 2542 : 3)

- 1) เป็นหลักการหรือแนวทางในการจัดบริการและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ใช้บริการโดยมีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด
- 2) เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลทั้งด้านวิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ ของการบริการพยาบาล ซึ่งจะใช้เป็นพื้นฐานในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพยาบาลอย่าง เป็นระบบและต่อเนื่อง ทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาล การจัดหาหรือการจัดการ

ทรัพยากร รวมทั้งการกำหนดนโยบาย และการฝึกอบรมจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และคุณภาพการพยาบาล

จะเห็นได้ว่ามาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับวิชาชีพการพยาบาลในการปฏิบัติ และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งทั้งต่อผู้ใช้บริการ สถาบันการบริการ และวิชาชีพพยาบาลหรือบุคลากรพยาบาลเองซึ่งต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรหรือพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากร

บุคลากรพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในทีมสุขภาพ เป็นผู้ให้บริการสุขภาพอนามัยโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการทุกเพศทุกวัย แก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย ตั้งแต่ระดับง่ายไปจนถึงยุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนอยู่ในระดับดีที่สุด พยาบาลจึงต้องมีคุณลักษณะสำคัญคือ มีความรู้ด้านศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีศิลปะในการทำงาน มีความสามารถจัดการงานบริหารสุขภาพอนามัย มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการโดยประยุกต์เทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างเหมาะสมมีความเข้าใจมนุษย์ยอมรับพฤติกรรมของผู้อื่น และมีคุณธรรมจริยธรรม

การพัฒนาบุคลากรพยาบาลเป็นงานที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันนี้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องมีความรู้ตลอดเวลา เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาบุคลากร คือ การเพิ่มทุนผลผลิตดังจะเห็นได้จากโรงพยาบาลที่มีการรับรองคุณภาพก็ให้การยอมรับว่า ต้องจัดให้มีการให้บริการด้านการศึกษา หรือให้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติงานเพื่อเข้าถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วย

รูปแบบการพัฒนาบุคลากรมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มหรือบุคคล แต่เป้าหมาย คือ การช่วยให้บุคลากรปรับปรุงบทบาทหน้าที่ในตำแหน่งที่ตนปฏิบัติงานให้มีความสามารถทางวิชาชีพมากที่สุด ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรประกอบด้วย การหาประสบการณ์ด้วยการฝึกปฏิบัติ (Induction training) วิธีการปฐมนิเทศ (Orientation procedures) การให้บริการทางการศึกษา (In-service education) การศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) และการฝึกปฏิบัติสำหรับหน้าที่เฉพาะ (Training for special functions) อาทิเช่น การฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการ เทคนิคการสร้างทีมงาน และวิธีการจัดงบประมาณ ซึ่งแต่ละหน้าที่มีกิจกรรมการศึกษาที่ชัดเจน มีวัตถุประสงค์ และวิธีการที่แตกต่างกัน (Follett, 1994)

มีผู้ให้ความหมายและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรไว้ดังนี้

การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคคล ตลอดจนทัศนคติที่ดีในการทำงาน เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (วิเชียร ทวีลาภและคณะ, 2523 อ้างถึงใน ลำไย มุสิกคามะ, 2538: 13)

สมาคมพยาบาลของสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายการพัฒนาบุคลากรไว้ว่าเป็นกระบวนการการปฐมนิเทศ การอบรมขณะประจำการและการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพัฒนาบุคลากรในองค์การให้ทำงานบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาบุคลากรเป็นความรับผิดชอบของนายจ้าง (O'Connor, 1986: 5 อ้างถึงใน ลำไย มุสิกคามะ, 2538: 13)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติในการทำงานให้ดีขึ้น โดยการปฐมนิเทศการอบรมขณะประจำการและการศึกษาต่อเนื่อง นายจ้างมีหน้าที่จัดการพัฒนาบุคลากร

ดังที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความสามารถของบุคลากรพยาบาลต้องมีการพัฒนาให้เพิ่มพูนขึ้น และองค์กรที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มการวางแผนอย่างดีในการปฏิบัติงาน มีรูปแบบที่หลากหลายในการพัฒนาบุคลากรสำหรับให้เลือกปฏิบัติ โดยขยายความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติ กิจกรรมการพัฒนาบุคลากรสามารถแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานที่บุคลากรพยาบาลได้ปฏิบัติ และเตรียมพร้อมให้บุคลากรแต่ละคนมีความรู้และรับผิดชอบที่สูงขึ้นสำหรับตำแหน่งใหม่ในอนาคต

1.3 การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล

การกำหนดมาตรฐานคุณภาพการพยาบาลจำเป็นต้องมีการจัดสร้างเกณฑ์เพื่อประเมินคุณภาพ อาจจัดทำขึ้นเฉพาะที่ หรือใช้ในระดับประเทศก็ได้ การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเพื่อใช้ระดับประเทศ ควรกระทำโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายฝ่าย เช่น ฝ่ายบริการพยาบาล ฝ่ายการศึกษา และฝ่ายการวิจัย การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ควรกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการควบคู่ไปกับ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เพราะการกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถรับรู้ผลที่เกิดขึ้นว่าดีหรือไม่

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะที่ของแต่ละหน่วยงาน ควรมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาปรัชญาและนโยบายของสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ สาธารณสุข และปรัชญาของกลุ่มงานการพยาบาล
2. ศึกษากลไกการปฏิบัติงานและสภาพปัญหาในหน่วยงาน
3. แดลงปรัชญาและจุดมุ่งหมายของคุณภาพ และการประกันคุณภาพในหน่วยงาน

4. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการประกันคุณภาพ และการประเมินคุณภาพการพยาบาล ที่หน่วยงานอื่น ๆ ได้ดำเนินการและรายงานไว้

5. ศึกษาแนวทางการประกันคุณภาพการพยาบาลจากแหล่งภายนอก เช่น กฎหมายควบคุม การประกอบวิชาชีพ เกณฑ์มาตรฐานของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึง ศึกษาความต้องการ หรือความคิดเห็นของผู้ให้บริการ แพทย์ ผู้บริหาร และ บุคคลอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ

6. กำหนดกลยุทธ์ และมาตรการประกันคุณภาพการพยาบาลในทุกแง่มุม และเกณฑ์ที่จะใช้ ประเมินคุณภาพ เพื่อทดสอบและปรับปรุง นำไปใช้ในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลของ หน่วยงาน

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ โดยอาศัยกรอบของการอ้างอิง (Frame of reference) สำหรับการสร้างมาตรฐานเพื่อการประเมิน หรือการควบคุมคุณภาพ ดังนี้

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure standard) หมายถึง มาตรฐานที่เกี่ยวกับการกำหนด คุณลักษณะของระบบบริหาร และระบบบริการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของ บุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาล รวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และ อาคารสถานที่ เป็นต้น เพื่อมุ่งถึงการบริการที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่วางไว้โดยมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยประหยัดการใช้แรงงาน เวลา งบประมาณ และทรัพยากรต่าง ๆ

Cantor (1978) ได้เสนอองค์ประกอบของมาตรฐานเชิงโครงสร้าง ดังนี้ (อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

1.1 ข้อความแสดงถึงปรัชญา วัตถุประสงค์ ตลอดจนนโยบายในการปฏิบัติงานการ พยาบาลในหน่วยงาน

1.2 นโยบายและข้อความ ที่แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการในระดับ ต่าง ๆ รวมทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติงานด้วย

1.3 โครงสร้างของการบริหารที่ชัดเจน แสดงถึงผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับ

1.4 การจัดสรรทรัพยากรกำลังที่เหมาะสมกับลักษณะงานในหน่วยงานนั้น ๆ รวมทั้ง ทักษะพิเศษที่จำเป็นต่อสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยเฉพาะ

1.5 ระบบการอบรมเพื่อเตรียมบุคลากรหรือฟื้นฟูความรู้ความสามารถของ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เพื่อการรักษาระดับการบริการที่มีคุณภาพ

1.6 ระบบการมอบหมายงาน ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.7 ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระดับต่าง ๆ ทั้งในยามปกติ และยามฉุกเฉิน

1.8 ระบบการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ได้แก่ เครื่องมือ เครื่องใช้ เงิน สถานที่ เป็นต้น

การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในทีมการพยาบาล และในทีมสุขภาพด้วย และต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการการพยาบาลและที่สำคัญที่สุดคือ การที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงสุด

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างที่ถูกกำหนดด้วยข้อความที่เป็นเกณฑ์แสดงถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลต่อผู้ป่วยต้องให้มีคุณภาพในระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่น่าพอใจและเป็นที่ต้องการ รวมทั้งคุณภาพของการติดต่อสื่อสารและการบันทึกการพยาบาลด้วย

มาตรฐานเชิงกระบวนการมีการพัฒนาตรวจสอบ และประเมินคุณภาพการพยาบาลดังตัวอย่างต่อไปนี้

2.1 The slater scale เป็นเกณฑ์วัดสมรรถภาพการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งสร้างโดย ดร. วันเดลท์ (Wandelt, 1974) แสดงกิจกรรมการพยาบาลด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ กิจกรรมการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคมของผู้ป่วย กิจกรรมตอบสนองอารมณ์สังคมของผู้ป่วยในฐานะสมาชิกของกลุ่ม กิจกรรมตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย กิจกรรมตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมอย่างผสมผสาน กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

2.2 Quality patient care scale เป็นเกณฑ์แสดงพฤติกรรมกรรมการพยาบาลที่พัฒนาจาก The slater scale และเป็นการประเมินค่าตามความถี่ของการปฏิบัติเป็น 7 ค่า ตั้งแต่ดีที่สุดจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย (อ้างถึงใน ฟาริดา ฮิบราฮิม, 2525)

การใช้ประโยชน์จากมาตรฐานเชิงกระบวนการนี้มี 3 ประการ ดังนี้

1. เป็นแนวทางในการเตรียมบุคลากรที่เหมาะสมเข้าสู่ตำแหน่ง
2. เป็นแนวทางในการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล เพื่อรักษามาตรฐานขั้นสูงของการบริการ และการปรับปรุงคุณภาพของการบริการ
3. เป็นพื้นฐานของการจัดบุคคลเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งต่างๆ

การกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการจะเน้นกิจกรรมการพยาบาลเป็นหลัก พยาบาลอาจกำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการในระดับหน่วยงานย่อย โดยคำนึงถึงลักษณะของผู้บริการเฉพาะกลุ่มที่ตนปฏิบัติการพยาบาลอยู่ กิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลต้องปฏิบัติจึงเป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มนั้นๆ ในกรณีเช่นนี้เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการที่เน้นบุคลากรพยาบาลเป็นหลัก จึงมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ คุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard) หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการพยาบาลหรือเป็นการกำหนดมาตรฐานที่บอกถึงผลที่คาดว่าจะเกิดกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล ต้องเป็นสิ่งที่พบได้ในผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มเป้าหมาย คาดหวังว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก หรือใกล้เคียงกับปกติ จะเห็นได้ว่า เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะเป็นไปในทางลบหรือทางบวกก็ได้

ขั้นตอนของการพัฒนามาตรฐานลักษณะนี้ มีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

1. กำหนดผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายของการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยต้องมีปัญหาคล้ายกัน
2. ระบุปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายให้ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง
3. พัฒนาเกณฑ์ในลักษณะที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยระบุว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างในตัวผู้ป่วย มิใช่ระบุถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ เกณฑ์ที่พัฒนารุ่นนี้ต้องเป็นเกณฑ์ที่สังเกตได้ ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดสถานการณ์ให้ชัดเจน รวมทั้งระบุวิธีตรวจสอบไว้ด้วย โดยเฉพาะเกณฑ์ที่แสดงความก้าวหน้าของผู้ป่วย
4. การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการตรวจสอบอย่างละเอียด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางของการตรวจสอบผลลัพธ์ที่กำหนดในข้อ 3 ว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด เมื่อตรวจสอบแน่ใจแล้ว จึงใช้กำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลได้

นอกจากนี้ นิโคลล์ (1977) ได้แบ่งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล เป็น 2 ลักษณะคือ มาตรฐานเชิงเป้าหมาย (End standard) มีความหมายเช่นเดียวกับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ และมาตรฐานเชิงวิธีการ (Mean standard) มีความหมายเช่นเดียวกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ ส่วน Mason (1984) แบ่งมาตรฐานการพยาบาลออกเป็น 3 ลักษณะ คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ และมาตรฐานเชิงเนื้อหา มาตรฐานเชิงเนื้อหานี้จะเน้นการสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความรู้ด้านการปฏิบัติตัว และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และยังกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลรวมอยู่ด้วย เช่น การตัดสินใจ การติดต่อประสานงาน การบันทึกและรายงาน และการประชุมปรึกษารือ

1.4 การสร้างมาตรฐานการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาลจะต้องสร้างขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลทุกคนที่ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการประเมินและควบคุมคุณภาพการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการทุกคน โดยมีความตรง (Valid) ความชัดเจนแจ่มแจ้ง (Explicit) มีความเป็นไปได้ (Achievable) และสามารถวัดหรือประเมินได้ (Measurable) เพื่อใช้ในการตัดสินใจและควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสามารถจำแนกได้ 2 วิธี คือ

1. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nicholls, 1977) กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย การสร้างมาตรฐานการพยาบาลโดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้

1.1 พิจารณาปัญหา หรือการวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัวของผู้ป่วย

1.2 วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมตามการวินิจฉัยการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาจากมากไปหาน้อย กำหนดวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล

1.3 กำหนดชื่อมาตรฐานการพยาบาล จากวัตถุประสงค์ของการวินิจฉัยการพยาบาล

1.4 สร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการจากแผนของกิจกรรมการพยาบาล โดยเพิ่มเติมรายละเอียดทุกขั้นตอนให้สมบูรณ์

1.5 สร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์จากเกณฑ์การประเมินผลเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยกำหนดข้อความในเชิงพฤติกรรม ของผู้ป่วยอย่างกว้างที่สามารถวัดประเมินได้

2. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน (Mason, 1984) ได้เสนอแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล โดยแบ่งประเภทหรือลักษณะของมาตรฐาน ออกเป็น 3 ลักษณะ คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ และมาตรฐานเชิงเนื้อหา นอกจากนี้ยังแบ่งหน่วยของการพยาบาล (Unit of nursing care) ตามกรอบทฤษฎีออกเป็น 4 มาตรฐาน ได้แก่

2.1 มาตรฐานการพยาบาลตามการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งรวมทั้งปัญหาสุขภาพและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย

2.2 มาตรฐานการพยาบาลตามการวินิจฉัยของแพทย์

2.3 มาตรฐานการพยาบาลตามมโนทัศน์ทางการพยาบาล

2.4 มาตรฐานการพยาบาลตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง

เมสันได้กำหนดขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลไว้เป็น 7-8 ขั้นตอน โดยมีความแตกต่างกันระหว่างการเขียนมาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์เล็กน้อย ดังต่อไปนี้ (Mason, 1984 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529: 50-51)

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ และมาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ ตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลของเมสัน

หลักการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ (7 ขั้นตอน)	หลักการสร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (8 ขั้นตอน)
1. ให้คำจำกัดความของวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นว่าคืออะไร	1. ให้คำจำกัดความตามวิธีการปฏิบัติการพยาบาลนั้นว่าคืออะไร
2. แจกแจงวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น	2. แจกแจงวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลนั้น
3. แจกแจงกิจกรรมการพยาบาล (Action) ที่จำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทุกขั้นตอน	3. แจกแจงผลลัพธ์ทางบวก (Positive outcome) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์
4. ชี้เฉพาะเจาะจงว่าแต่ละกิจกรรมนั้นต้องทำเมื่อใด บ่อยเพียงใด ระยะเวลาทำนานเพียงใด	4. แจกแจงผลลัพธ์ทางลบ (Negative outcome) ที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น
5. เรียงลำดับขั้นตอนของกิจกรรมที่ทำอย่างถูกต้องให้เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการ	5. กำหนดเวลาอย่างเฉพาะเจาะจงที่คาดว่าผลลัพธ์แต่ละอย่างจะเกิดขึ้นเมื่อใด
6. กำจัดข้อเสนอนั้น หรือเหตุผลของการปฏิบัติออกไปจากข้อความของมาตรฐานเชิงกระบวนการ	6. อธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่าวัดได้อย่างไร
7. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น	7. รวบรวมมาตรฐานเชิงผลลัพธ์อย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง
	8. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้น

อย่างไรก็ดีการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ตามวิธีของเมสัน นอกจากจะสร้างมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติทางการแพทย์แล้ว ยังอาจสร้างมาตรฐานสำหรับหน่วยของการพยาบาลอื่น ๆ ได้แก่

ก. มาตรฐานการพยาบาลตามการวินิจฉัยการพยาบาล รวมทั้งปัญหาทางสุขภาพ และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด เป็นต้น

ข. มาตรฐานการพยาบาลตามการวินิจฉัยของแพทย์ โดยการแปลความหมายว่าการวินิจฉัยทางการแพทย์ชนิดนั้น ๆ ต้องการการพยาบาลที่ครอบคลุมอะไรบ้าง ตัวอย่างเช่น มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยข้ออักเสบ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เป็นต้น

ค. มาตรฐานการพยาบาลตามมโนทัศน์ทางการพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มประเภทหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย กลุ่มของเหตุการณ์หรือกระบวนการซึ่งมีคุณลักษณะเฉพาะที่ให้ความหมายได้ ตัวอย่างเช่น มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่หมดสติ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดในระยะคลอด มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรืออื่น ๆ เป็นต้น

สำหรับวิธีการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ของหน่วยการพยาบาลตั้งแต่ข้อ ก. ถึง ข้อ ค. นั้น เมสันได้กำหนดขั้นตอนไว้ทำนองเดียวกันพอสรุปได้ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการ และมาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ของหน่วยการพยาบาลตั้งแต่ตามการวินิจฉัยการพยาบาล ตามการวินิจฉัยของแพทย์ และตามมโนทัศน์ทางการพยาบาลของแมสัน (Mason, 1984 อ้างใน กอบกุลพันธ์เจริญวรกุล, 2529 : 54 – 55)

หลักการสร้างมาตรฐานเชิงกระบวนการ (9 ขั้นตอน)	หลักการสร้างมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (9 ขั้นตอน)
1. ให้ความหมายหน่วยของการพยาบาลที่จะสร้างมาตรฐาน	1. ให้ความหมายหน่วยของการพยาบาลที่จะสร้างมาตรฐาน
2. กำหนดระยะเวลาแต่ละระยะเวลาของหน่วยการพยาบาลนั้น เช่น มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอด 24 ชั่วโมง และระยะต่อไป	2. กำหนดระยะเวลาแต่ละระยะของหน่วยการพยาบาลนั้น
3. แจกแจงวัตถุประสงค์ของการพยาบาลนั้น	3. แจกแจงวัตถุประสงค์ของการพยาบาลนั้น
4. เขียนรายการการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งหมด	4. แจกแจงผลลัพธ์ทางบวกที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์
5. แจกแจงกิจกรรมและการสังเกตที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล	5. แจกแจงผลลัพธ์ทางลบ ซึ่งสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้นได้
6. ชี้เฉพาะเจาะจงว่ากิจกรรมและการสังเกตนั้นต้องทำเมื่อใด	6. กำหนดเวลาอย่างเฉพาะเจาะจงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด
7. รวบรวมมาตรฐานเชิงกระบวนการอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง	7. อธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนว่า วัด ได้อย่างไร
8. กำจัดข้อเสนอนั้น หรือเหตุผลของการปฏิบัติออกไปจากข้อความมาตรฐานเชิงกระบวนการ	8. รวบรวมมาตรฐานเชิงผลลัพธ์อย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง
9. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น	9. สร้างหรือตรวจสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้น

จากแนวทางการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลนี้ พยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างหรือกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพได้นำเสนอในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและการสร้างมาตรฐานการพยาบาล (Nicholl, 1977 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529 : 45)

กระบวนการพยาบาล	มาตรฐานการพยาบาล
<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินภาวะสุขภาพอนามัย <ol style="list-style-type: none"> 1.1 รวบรวมข้อมูลทั้งอดีตัย ปรนัย 1.2 วิเคราะห์ แยกแยะข้อมูล 1.3 แปลความหมายข้อมูล 2. การวินิจฉัยการพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มาจากข้อมูลที่รวบรวมได้และแปลความหมายข้อมูลแล้ว 2.2 เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อปัญหาสุขภาพอนามัย 2.3 เป็นปัญหาที่กำหนดเกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีข้อมูลที่จำเพาะเจาะจง - มีแนวทางของข้อมูลที่เป็นไปได้สำหรับปัญหาของผู้ป่วย ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่ง - มีแนวทางการวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะพบได้สำหรับโรคใด โรคหนึ่ง ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง ประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
<ol style="list-style-type: none"> 3. การวางแผนการพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> 3.1 เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา 3.2 กำหนดเป้าหมาย (goal) 3.3 กำหนดวัตถุประสงค์หรือเกณฑ์การประเมินผล 3.4 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> * กำหนดมาตรฐานการพยาบาลเช่นเดียวกับการกำหนดแผนการพยาบาล คือ <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดข้อมูลมาตรฐานให้สอดคล้องกับการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้สัมพันธ์กับการวินิจฉัยการพยาบาล 2. กำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับการกำหนดวัตถุประสงค์ หรือเกณฑ์การประเมิน 3. กำหนดมาตรฐานเชิงกระบวนการให้สอดคล้องกับการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล
<ol style="list-style-type: none"> 4. การปฏิบัติการพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ให้การพยาบาลตามแผน 4.2 ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> * ใช้มาตรฐานเชิงกระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติให้ครอบคลุม

กระบวนการพยาบาล	มาตรฐานการพยาบาล
5. การประเมินผลการพยาบาล 5.1 ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม 5.2 ภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรม	* ใช้มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในการตรวจสอบการประเมินผลการพยาบาลภายหลังจากกิจกรรมต่างๆ ได้สิ้นสุดแล้ว

จะเห็นได้ว่าการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์นั้นจะทำให้พยาบาลสามารถประเมินคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งหรือการพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ้อย่างใดอย่างหนึ่งได้อย่างครอบคลุม และการกำหนดมาตรฐานทั้งสองลักษณะนี้ควรจะเป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกรายละเอียดที่สามารถวัดประเมินได้ จึงจะได้ความหมายของมาตรฐานอย่างสมบูรณ์ และในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลให้สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาล และมีความเที่ยงตรงในการประเมินคุณภาพการพยาบาลได้นั้น เมสันได้เสนอแนะแนวทางที่ควรคำนึงถึงไว้ 2 ประการ ดังนี้

1. การเลือกใช้คำ ควรใช้คำที่มีความหมายชัดเจนมากที่สุด สามารถแปลความหมายได้ตรงกัน และแต่ละข้อของมาตรฐานควรมีความหมายเพียงอย่างเดียว
2. ควรกำหนดข้อความที่วัดหรือประเมินคุณภาพของการพยาบาลได้หลายสถานการณ โดยเป็นข้อความที่สัมพันธ์กับลักษณะของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการบ่งบอกหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลควบคู่กันไป

นอกจากนี้ ฟาร์ดา อิบราฮิม (2525 : 275 – 276) ได้เสนอแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องคำนึงถึงเกณฑ์ 3 ประการ ประกอบด้วย

1. ต้องเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย ชัดเจน (clarity) เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนสามารถอ่านและเข้าใจตรงกันได้
2. สามารถปฏิบัติจนบรรลุวัตถุประสงค์ได้ (Achievability) หมายถึง มาตรฐานต้องอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วย พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ สามารถกระทำให้ประสบความสำเร็จได้
3. ต้องวัดได้ (Measurability) กล่าวคือ มาตรฐานจะต้องมีความเฉพาะเจาะจงในการอธิบายผลซึ่งจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการระบุวิธีการที่จะปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ และกำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น ๆ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ใช้แนวทางการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน (Mason, 1984) และตามการวินิจฉัยการพยาบาลที่รวมปัญหาสุขภาพและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูก โดยนำหลักการของกระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการสร้าง

ทำการรวบรวมปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมาสร้างมาตรฐาน เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกได้อย่างครอบคลุม

1.5 การทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล

การทดสอบมาตรฐานการพยาบาลหรือการทดสอบความเที่ยงของมาตรฐานการพยาบาล เป็นสิ่งจำเป็นต้องผ่านการตรวจสอบก่อนที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง ซึ่งการทดสอบความเที่ยงตรงของมาตรฐานการพยาบาล (Testing the validity of the standards) อาจทำได้หลายวิธี ดังนี้ (Mason, 1984 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2529)

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยการหาแหล่งผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 แหล่งด้วยกัน แหล่งผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ทรงคุณวุฒิอาจจะเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลนั้น หรืออาจเป็นตำรา เอกสารทางวิชาการที่อธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลนั้น และเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา จะต้องหาคำตอบสำหรับคำถามต่อไปนี้

1.1 มาตรฐานเชิงกระบวนการหรือเชิงเนื้อหาเหล่านี้ อธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่สัมพันธ์กับหัวข้อเรื่อง หรือหน่วยงานการพยาบาลหรือไม่

1.2 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์นั้นเป็นสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ถ้ากิจกรรมการพยาบาลได้ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพใช่หรือไม่

1.3 มาตรฐานเหล่านี้ครอบคลุมทุกประเด็นหรือไม่

2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วย แสดงว่าความตรงด้านเนื้อหาของมาตรฐานได้รับการยอมรับ ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเดียวกัน จะต้องมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในการหาความสัมพันธ์เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงประเด็นนี้ ผู้สร้างมาตรฐานจะต้องตอบคำถามเหล่านี้ คือ

2.1 เมื่อมาตรฐานเชิงกระบวนการนั้น ถูกนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงแล้วเกิดผลลัพธ์ทางบวกกับผู้ป่วยจริงหรือไม่ วิธีการหาความเที่ยงตรงในประเด็นนี้ ทำได้โดยการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์จากสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติจริง แล้วทดสอบว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการนั้นมีความสัมพันธ์กับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์หรือไม่ ซึ่งกระทำได้โดย

2.1.1 การรวบรวมข้อมูล ทำได้โดยสร้างแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อมาตรฐาน วัตถุประสงค์ รายการชื่อมาตรฐานเชิงกระบวนการ หรือเชิงผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีช่อง ใช่ (ได้ปฏิบัติ) กับไม่ใช่ (ไม่ได้ปฏิบัติ) สำหรับทำเครื่องหมายกำกับเมื่อทำการสังเกต

จากการปฏิบัติของพยาบาลอย่างน้อย 10 ครั้ง ต่อมาตรฐานเรื่องหนึ่ง เทคนิคการรวบรวมข้อมูลเพื่อหาความเที่ยงตรงกรณีนี้อาจทำได้ 2 วิธี คือ

วิธีที่ 1 ผู้วิจัยไปสังเกตพฤติกรรมของพยาบาล ที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องนั้นๆ จากหลายคน หรือหลายแหล่ง อย่างน้อย 10 ครั้ง แต่ครั้งก็ดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วย

วิธีที่ 2 ผู้วิจัยอาจขอร้องให้พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล เรื่องนั้นๆ ทำกิจกรรมทุกอย่างตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานเชิงกระบวนการ แล้วประเมินว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ทำดังนี้

- ในแต่ละมาตรฐานเชิงกระบวนการ ควรถือเกณฑ์ 9 ครั้งขึ้นไป จากการสังเกต 10 ครั้ง หรือไม่ต่ำกว่า 90 % ว่าได้ปฏิบัติจริง จึงจะถือว่าเป็นมาตรฐานที่เที่ยงตรง

- เมื่อมาตรฐานนั้นได้รับการปฏิบัติ 90 % ขึ้นไป นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ถ้าพบว่า เมื่อปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการแล้วเกิดผลดี หรือเกิดผลลัพธ์ทางบวก ทุกครั้งแสดงว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์นั้นมีความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานต่อไปได้ แต่ถ้าเกิดผลในทางลบ แสดงว่ามาตรฐานนั้นยังไม่เที่ยงตรงควรปรับปรุง แก้ไข หรือนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหรือแหล่งทางวิชาการใหม่อีกแล้วจึงนำไปทดสอบจนกว่าจะเกิดผลทางบวกทุกครั้ง

สรุป มาตรฐานการพยาบาลต้องสัมพันธ์กับการวางแผนงานและควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีการติดตามผลของการปฏิบัติ รวมถึงรูปแบบของการปฏิบัติต้องมาจากพยาบาลในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐาน และมีการประสานงานกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาล

2. คุณภาพการบริการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาลมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล กล่าวได้ว่าการพยาบาลจะมีคุณภาพได้เมื่อการปฏิบัตินั้นได้เป็นที่ยอมรับ และมีคุณค่าต่อผู้ใช้บริการ หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาล สร้างความประทับใจ และเป็นสิ่งที่พึงพอใจของทั้งผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการ กล่าวคือ บริการพยาบาลที่มีคุณภาพสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ใช้บริการว่าจะต้องได้รับบริการที่ดีมีความเหมาะสมสนองความต้องการได้มากที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนเป็นไป

ตามหลักการและความรู้ทางวิชาชีพ อันเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีต่อผู้ให้บริการ ต่อวิชาชีพการพยาบาล ต่อหน่วยงาน และต่อสังคม

คุณภาพในการปฏิบัติงานโดยทั่วไปนั้น พิจารณาได้จากการปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ได้รับมอบหมาย อย่างไรก็ตามคุณภาพย่อมต้องมีมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อตรวจสอบ หรือเปรียบเทียบระดับได้เสมอ จึงอาจกล่าวได้ว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพก็คือ การพยาบาลที่ดีและเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่เชื่อถือได้ หรือคุณภาพการบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาคโครงสร้างของบริการ กระบวนการของการให้การพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์ลักษณะดีของแต่ละภาคให้ประเมินได้ว่าอยู่ในระดับมาตรฐาน ซึ่งนำไปสู่คุณภาพการพยาบาล ขึ้นอยู่กับลักษณะต่อไปนี้

1. ระดับปริมาณของบริการที่สามารถให้ได้
2. ความเป็นที่ยอมรับ และตระหนักในคุณค่าของบริการ ทั้งในฝ่ายผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

3. ความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีระบบและมีแผน

4. ความครอบคลุมทั้งในเชิงเทคนิค วิทยาศาสตร์ จรรยา และศิลปะของการพยาบาล

รวมทั้งการจัดการ

5. การมีบันทึกเป็นหลักฐานเพื่อการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การศึกษา การประเมินผล การพัฒนา และประโยชน์ทางกฎหมาย

6. ความสามารถรักษาคุณภาพไว้ในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในแต่ละสถานที่ เวลา และสภาพการณ์ ไม่ใช่อยู่ในระดับปกติสถาน หรือระดับที่เป็นค่าเฉลี่ยของบริการทั่วไป

คุณภาพการพยาบาลต้องมีเกณฑ์ลักษณะ (Criteria) ที่ชัดเจน เพื่อให้นำการปฏิบัติการประเมินผลและการกำหนดระดับมาตรฐาน เกณฑ์ที่กำหนดขึ้นจะต้องเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับหน่วยงานหรือสถานพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการทางสุขภาพนั้นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของคุณภาพ ซึ่งอาจจะเป็นมิติหรือระดับของคุณภาพให้เข้าใจเสียก่อน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2537) ให้ความหมายขององค์ประกอบของคุณภาพ คือ

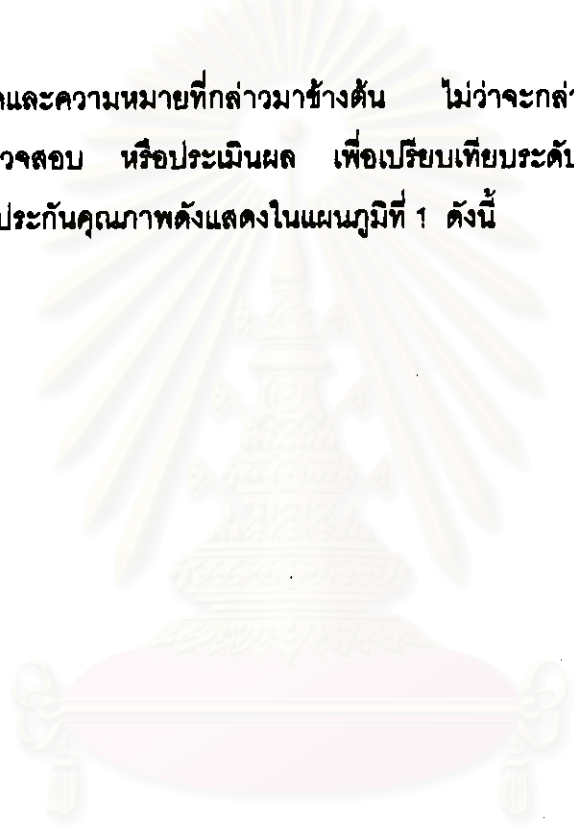
การเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงด้านระบบโครงสร้าง ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษา และการจัดองค์การที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย

ลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ เนื่องจากบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ แต่รู้สึกได้ การช่วยเสริมสร้างลักษณะทางกายภาพให้กับสิ่งแวดล้อมในบางเรื่อง จึงเป็นความจำเป็นและความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

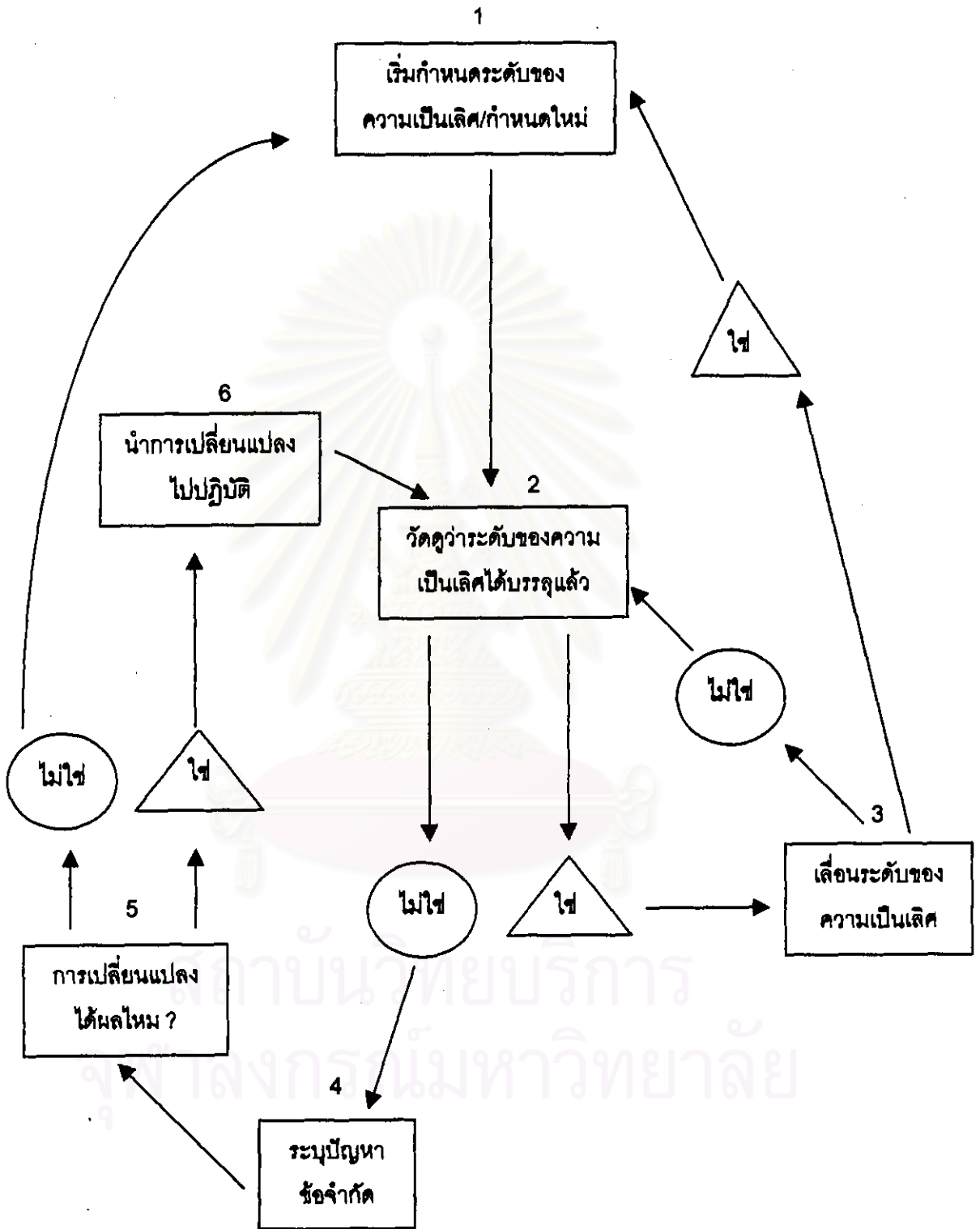
คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นโดยเฉพาะ การที่ทั้งสองฝ่ายจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านที่เป็นการแสดงความ ต้องการของผู้ใช้บริการ และด้านคำแนะนำที่ให้บริการจะได้รับประโยชน์

คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับสภาพของ ผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและได้มาตรฐาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย

จากแนวคิดและความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ไม่ว่าจะกล่าวถึงคุณภาพของงานใดก็ตาม จำเป็นต้องมีสิ่งที่ตรวจสอบ หรือประเมินผล เพื่อเปรียบเทียบระดับได้เสมอ สิ่งสำคัญที่ว่าเป็นคือ กระบวนการในการประกันคุณภาพดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แบบภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการในการประกันคุณภาพ (ทวงทิพย์ ชัยทิบาลสุขดี และ อรุณรัตน์ รอดเชื้อ, 2543: 8 – 19 ปรับจาก Luthert, J.M. and Robinson, L. 1993, Manual of standards of care. London : Blackwell Scientific Publications. p.4)

การประกันคุณภาพ (Quality assurance) เป็นกระบวนการโดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี และอรุณรัตน์ รอดเชื้อ, 2543: 8 – 19)

1. การเริ่มกำหนดระดับของความเป็นเลิศ หรือการกำหนดระดับความเป็นเลิศใหม่ หากผู้ร่วมงานทุกคนมีโอกาสได้ร่วมกำหนดจะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการมีส่วนร่วม การกำหนดระดับความเป็นเลิศนี้อาจหมายถึง การกำหนดมาตรฐาน เป็นสิ่งที่หน่วยงานสามารถพัฒนาไปถึงได้ รวมทั้งการระบุเกณฑ์ในการกระทำด้วย

2. การวัดระดับความเป็นเลิศ การวัดหรือการประเมินระดับความเป็นเลิศ มีวิธีทำได้จาก วัด-ประเมินจากเอกสาร (Nursing audit) วัดจากผู้ร่วมงาน (Peer review) วัดจากทรัพยากรที่ใช้ (Utilization review) และความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Patient satisfaction)

3. เลื่อนระดับของความเป็นเลิศ หากหน่วยงานและผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติ หรือแสดงออกถึงการบรรลุความเป็นเลิศแล้ว ต้องมีการประชุมหารือกันเพื่อเลื่อนระดับของความเป็นเลิศให้สูงขึ้น แล้วเข้าสู่ขั้นตอนที่ 1 ใหม่ หากกระบวนการมีขั้นตอน 1 ถึง 2 และ 3 นั้นจึงได้ผลดีมาก

4. ระบุปัญหาและข้อจำกัด ในกรณีที่ได้มีการวัดระดับความเป็นเลิศในขั้นตอนที่ 2 แล้ว ไม่บรรลุผลสำเร็จ จำเป็นต้องวิเคราะห์ ตรวจสอบ หาปัญหาและข้อจำกัดต่าง ๆ

5. การเปลี่ยนแปลง เมื่อตรวจสอบพบปัญหาและข้อจำกัดต่าง ๆ แล้วจำเป็นต้องหามาตรการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หากเปลี่ยนแปลงไม่ได้ผล ก็ต้องเริ่มกำหนดระดับของความเป็นเลิศใหม่ แต่ถ้าหากการเปลี่ยนแปลงได้ผลก็นำการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติจริงต่อไป

6. การนำการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ การนำวิธีการหรือการนำการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระบบการทำงานปกตินั้น เริ่มจากการตระหนักถึงหน่วยงานไม่สามารถ จะเลื่อนระดับของความเป็นเลิศได้ (ขั้น 3) จึงต้องย้อนกลับไป ขั้นที่ 4, 5 และ 6 จากนั้นจะต้องมีการวัดดูถึงระดับความเป็นเลิศ หรือสิ่งที่ต้องการให้เปลี่ยนขั้นที่ 2

สรุปว่าหากมีการเคลื่อนจากระดับ 2 – 3 นับว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก หากเคลื่อนจาก 2 – 4 – 5 – 6 นับว่าพอใช้ได้และเคลื่อนจากขั้น 2 – 4 – 5 – 1 นับว่าต้องการการพัฒนาปรับตัว ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติจะต้องมาร่วมกันคิดและกำหนดมาตรฐานหรือเกณฑ์ใหม่

อย่างไรก็ตามกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญมี 5 ประการ คือ

1. ความพึงพอใจ และความคาดหวังของประชาชน หรือผู้บริโภค เช่น ต้องการบริการด้วยน้ำใจ ใจจริง ยิ้มแย้ม รวดเร็ว ปลอดภัย และราคาถูก เป็นต้น

2. การให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และเป็นตัวแทนของผู้บริโภค

3. การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง

4. การกระตุ้น และให้แรงเสริมแก่ผู้ปฏิบัติงาน

5. การมีมาตรการป้องกันการเสี่ยง (Risk prevention)

นอกจากนี้คุณภาพการดูแลในโรงพยาบาล (Omachonu, 1990 : 44) ประกอบด้วยคุณภาพตามการกระทำ (Quality of conformance) และคุณภาพตามการเรียนรู้ (Quality in perception) ซึ่งคุณภาพตามการเรียนรู้ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. ประสบการณ์ของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ) และคุณภาพการบริการ (Customer's experience and service quality)

2. ทักษะของผู้ให้บริการ (Service provider attitude)

ในงานวิจัยครั้งนี้ จะขอกล่าวถึงทัศนคติของผู้ให้บริการหรือเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลซึ่งผู้ให้บริการถือเป็นปัจจัยนำเข้าไปที่สำคัญในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ (Process) เป็นไปได้ด้วยความราบรื่น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (สมจิตร พิริยะประภากุล, 2539)

3. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเป็นทัศนคติหรือความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบโดยเฉพาะของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งมีผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ภาวะความรู้สึกที่ดีนี้จะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคล ได้ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด (เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, 2529) หากการทำงานนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลตามความคาดหวัง บุคคลนั้นก็เกิดความสุข ความพอใจ ความเต็มใจที่จะทำงาน

มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานไว้หลายท่าน เช่น

สมิธและวาคเลย์ (Smith and Wakelay, 1972 อ้างถึงในสุภักญา แสงมุกข์, 2530) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ที่มีต่องาน ซึ่งบ่งบอกถึงระดับความพึงพอใจในการได้รับการสนองความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของเจ้าหน้าที่เหล่านั้นเพียงใด

คีลท์และจอห์น (Keelth and John, 1989 อ้างถึงในสุวรรณ สิละเศรษฐกุล, 2542) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในงานว่า เป็นความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบในงานของพนักงาน ซึ่งมีความสำคัญระหว่างความรู้สึกผูกพันในงานและทัศนคติของพนักงาน

สลาวิทท์และคณะ (Slavitt, et al., 1978) กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ มี 6 ด้านดังนี้

- 1) ค่าตอบแทน หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์อื่นๆ ที่ได้รับการปฏิบัติงาน
 - 2) ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร มีความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ทำ
 - 3) ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน หมายถึง ประเภทของงานรวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน
 - 4) นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายการบริหารงานและการปฏิบัติงานทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลใช้ปฏิบัติ และจะดำเนินการต่อไป
 - 5) การมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน
 - 6) สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตนเองและการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณประโยชน์ของงานด้วย
- ส่วนกิลเมอร์ (Gilmer, 1971: 279-283) ได้กล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานมี 10 ประการดังนี้

- 1) ความมั่นคงในงาน (Security) ได้แก่ ความรู้สึกว่าได้ปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ มีหลักประกันความมั่นคง และได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา โดยเฉพาะในบุคลากรที่มีอายุมากขึ้นจะมีความต้องการความมั่นคงปลอดภัยสูงขึ้น
- 2) โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน (Opportunity for advancement) ได้แก่ การมีโอกาสเลื่อนในตำแหน่งที่สูงขึ้น และการมีโอกาสได้รับสิ่งตอบแทนจากความสามารถในการทำงาน จากการศึกษาพบว่า การไม่มีโอกาสก้าวหน้าในงานเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน
- 3) สถานที่ทำงานและการจัดการ (Company and management) ได้แก่ ความพึงพอใจต่อสถานที่ใช้ทำงาน การมีชื่อเสียงของสถาบันและการจัดการภายในของสถาบัน
- 4) ค่าจ้าง (Wages) ได้แก่ รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษ ที่องค์กรให้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน
- 5) ลักษณะงาน (Intrinsic aspects of the job) ได้แก่ การได้ทำงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถ และความถนัดของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงมีโอกาสเรียนรู้ ทักษะในเชิงวิชาชีพ
- 6) การนิเทศงาน (Supervision) ได้แก่ เทคนิค วิธีการ และความสามารถในการนิเทศงานของผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธ์อันดีกับผู้บังคับบัญชา
- 7) ลักษณะทางสังคม (Social aspect of the job) ได้แก่ การทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
- 8) การติดต่อสื่อสาร (Communication) ได้แก่ สภาพและลักษณะการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

9) สภาพการทำงาน (Working conditions) ได้แก่ สภาพแวดล้อมต่างๆ ในการทำงาน เช่น แสงเสียง อากาศ ห้องอาหาร ห้องน้ำ สภาพความปลอดภัย และชั่วโมงการทำงาน เป็นต้น

10) ประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ (Benefits) ได้แก่ เงินเดือน บำเหน็จตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการและการรักษาพยาบาล สวัสดิการอาหาร ที่อยู่อาศัย และวันหยุด ถ้าได้รับการพิจารณาให้จากหน่วยงานอย่างเป็นทางการย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจในงานนอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วนั้น ฮาร์เรล (Harrell, 1972 อ้างถึงในจิววัฒน์ คงทอง, 2539) ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานว่าแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1) ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่

1.1) ประสบการณ์ ในการทำงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน บุคคลที่ทำงานนานจนมีความรู้ความชำนาญในงานมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ

1.2) เพศ มักพบว่าคนงานเพศหญิง จะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าคนงานเพศชาย

2) ปัจจัยด้านงาน ประกอบด้วย

2.1) ลักษณะงาน ได้แก่ ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความแปลก โอกาสที่จะได้เรียนรู้และศึกษางาน โอกาสที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จ การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ การควบคุมการทำงานและวิธีการทำงาน ความรู้สึกว่างงานที่ทำอยู่เป็นงานสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน มีความต้องการที่จะปฏิบัติงานนั้น และเกิดความผูกพันต่องาน

2.2) ขนาดของหน่วยงาน หน่วยงานขนาดเล็กผู้บริหารระดับสูง หัวหน้างานและพนักงานมีโอกาสได้ใกล้ชิดกัน รู้จักซึ่งกันและกัน ทำงานคุ้นเคยกันได้ง่ายกว่าหน่วยงานใหญ่ พนักงานรู้สึกเป็นกันเองและร่วมมือช่วยเหลือกัน ขวัญในการทำงานดี ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

3) ปัจจัยด้านการจัดการ

3.1) การนิเทศงาน การนิเทศคือการชี้แนะการทำงานจากหน่วยงาน ดังนั้นความรู้สึกต่อผู้นิเทศมักจะเน้นความรู้สึกที่มีต่อหน่วยงานและองค์การด้วยการสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้นิเทศงานและพนักงานจะเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

3.2) การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา พนักงานมีความต้องการที่จะรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร จะปรับปรุงการทำงานของตนอย่างไร ข่าวสารจากบริษัทหรือหน่วยงานต่างๆ จึงมีความหมาย และความสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

นอกจากนี้ วิทลีย์ และพุทเซียร์ (Whitley and Putzier, 1994) ได้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการทำงานเพื่อวัดความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพการทำงาน ประกอบด้วย 6 ลักษณะ ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมการทำงานเชิงวิชาชีพ (Professional work environment) หมายถึง ความต้องการวางแผนสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
2. ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน (Autonomy) หมายถึง การตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างอิสระ
3. คุณค่าของงาน (Work worth) หมายถึง การให้ความสนใจในการสร้างคุณค่าของงานหรือประโยชน์ของงานขึ้น
4. สัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ (Professional relationships) หมายถึง การเห็นความสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกันกับเพื่อนร่วมงาน
5. การแสดงออกถึงบทบาทวิชาชีพ (Role enactment) หมายถึง การกำหนดแนวทางการให้บริการอย่างชัดเจน
6. ประโยชน์เกื้อกูลต่าง ๆ (Benefits) หมายถึง เงินเดือน ผลประโยชน์ การเงิน รูปแบบการทำงานน่าพึงพอใจ การบริการและการรักษาพยาบาล สวัสดิการต่าง ๆ และวันหยุด

McNeese-Smith (1997) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในงานของพยาบาล ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงานและความไม่พึงพอใจในงานของพยาบาล (McNeese-Smith, 1999: 1355)

ความพึงพอใจในงาน	ความไม่พึงพอใจในงาน
<p>1. การดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.1 รู้สึกเป็นประสบการณ์ในการให้การดูแลที่ดี</p> <p>1.2 ได้รับคำชมจากผู้ป่วยและญาติ</p> <p>1.3 ได้เห็นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ได้กลับบ้าน</p> <p>1.4 การได้กระทำดีส่งผลต่ออารมณ์และจิตวิญญาณ</p>	<p>1. การดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.1 ได้รับคำพูดและการกระทำไม่ดีจากผู้ป่วยและญาติ</p> <p>1.2 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง เสียชีวิต</p> <p>1.3 ขาดการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้การดูแล และการสอน</p> <p>1.4 มีความกลัว หรือกระทำผิดพลาด</p>
<p>2. สิ่งแวดล้อม</p> <p>2.1 ช่วยให้การระตือหรือรับในการดูแล</p> <p>2.2 ปลอดภัย และสบายใจ</p> <p>2.3 มีความหลากหลายของผู้ป่วย เจ็บป่วย และการทำงาน</p>	<p>2. ไม่มี</p>
<p>3. ไม่มี</p>	<p>3. ปัจจัยที่รบกวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>3.1 ขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือเตียงรับผู้ป่วย</p> <p>3.2 อัตรากำลังคนไม่เพียงพอ</p> <p>3.3 มีงานต้องเขียนมากเกินไป</p> <p>3.4 มีความล่าช้าในการตามแพทย์</p>
<p>4. ความสมดุลของงานหรือปริมาณงานที่ต้องทำ</p> <p>- มีความรู้สึกท้อแท้ในการบริหารจัดการงาน</p>	<p>4. รู้สึกว่างานมีมาก</p> <p>4.1 ดูแลผู้ป่วยหนัก</p>

ความพึงพอใจในงาน	ความไม่พึงพอใจในงาน
	4.2 ขาดแคลนผู้ปฏิบัติงาน 4.3 มีความรู้สึกคุณภาพการดูแลต่ำ 4.4 มีความกลัวหรือกระทำผิด
5. สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน 5.1 เป็นมิตร มีความสามัคคี 5.2 พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน 5.3 มีความร่วมมือ 5.4 แพทย์ให้การยอมรับในความสามารถ	5. สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน 5.1 ผู้ร่วมงานให้การดูแลผู้ป่วยไม่ได้ 5.2 ปฏิบัติงานด้วยความคับข้องใจ 5.3 ผู้ร่วมงานมีทัศนคติไม่ดี 5.4 ผู้ร่วมงานไม่ปฏิบัติตามนโยบาย 5.5 การนิทนาบหรือการวิจารณ์จากผู้ร่วมงาน 5.6 คำตำหนิจากแพทย์
6. ปัจจัยส่วนบุคคล 6.1 ที่ทำงานใกล้บ้าน 6.2 ได้เงินสนับสนุนให้ครอบครัว 6.3 มีความจำเป็นสามารถหยุดงานได้ 6.4 สนับสนุนเป้าหมายส่วนบุคคล	6. ปัจจัยส่วนบุคคล - ปัญหาครอบครัวเป็นเหตุให้ไม่พึงพอใจงาน
7. ด้านวิชาชีพ 7.1 พยาบาลเป็นผู้นำหรือศูนย์กลางดูแลผู้ป่วย 7.2 มีโอกาสคิดอย่างอิสระ 7.3 มีโอกาสทำงานให้องค์กร 7.4 มีโอกาสในการเรียนต่อ 7.5 มีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ	7. ไม่มี
8. ไม่มี	8. ปัจจัยองค์กร 8.1 คุกคามความปลอดภัยส่วนบุคคล 8.2 ขาดความยุติธรรม 8.3 อาจถูกออกจากงานได้
9. ภูมิหลังทางวัฒนธรรมของพยาบาล 9.1 ค่านิยมต่อการทำงานหนัก	9. ไม่มี

ความพึงพอใจในงาน	ความไม่พึงพอใจในงาน
9.2 ค่านิยมต่อการรับใช้พระเจ้าหรือผู้อื่น 9.3 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต	
10.ฐานะด้านอาชีพของพยาบาล 10.1 การเปลี่ยนแปลงสร้างโอกาสการทำงาน 10.2 มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้นักเรียนและ พยาบาลใหม่ 10.3 สามารถใช้เวลาในการทำงาน อย่างเต็มที่ 10.4 ได้รับคำชม และภูมิใจในความสำเร็จ ของงาน	10.ฐานะด้านอาชีพของพยาบาล - รู้สึกเหนื่อยหรือเบื่อ

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ และความพึงพอใจในงานดังกล่าวมาแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดของวิทลีย์และพุทเซียร์มาเป็นกรอบในการศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

4. การพยาบาลผู้สูงอายุ

การพยาบาลผู้สูงอายุเป็นงานบริการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพของประเทศที่ให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข พึ่งพาตนเองได้สูงสุด ดังนั้นในการให้บริการผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดูแลให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปของผู้สูงอายุ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะในการพยาบาลผู้สูงอายุ และควรมีคุณสมบัติต่าง ๆ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2539: 10)

1. มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. มีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะผิดปกติ
4. มีความคิดริเริ่มในการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

5. มีความสามารถในการสอน และตั้งใจผู้สูงอายุ รวมทั้งมีทักษะในการให้คำปรึกษา
6. มีการสังเกตที่ดี สามารถแยกแยะความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว
7. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสามารถติดต่อประสานงานกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรวิชาชีพอื่นได้

8. มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

คุณสมบัติดังกล่าวทั้งหมดข้างต้นนั้น หากพยาบาลมีได้อย่างครบถ้วน จะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคนอีกด้วย

4.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

ศาสตร์ทางการสูงอายุเป็นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่ส่งผลต่อการสูงอายุ และอายุที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคในผู้สูงอายุซึ่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยเชิงชีวภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องมีการวางแผนและให้การดูแล ผู้สูงอายุ โดยยึดหลักทฤษฎีเป็นพื้นฐานในการให้บริการพยาบาล การสูงอายุมีกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการสูงอายุต่าง ๆ กัน ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้นแต่ต้องอาศัยหลายทฤษฎีประกอบกัน (Ebersole and Hess, 1997: 31) ทฤษฎีที่เด่นชัดและเป็นที่ยอมรับเกี่ยวกับ “ทฤษฎีการสูงอายุ” ประกอบด้วย ทฤษฎีเชิงชีวภาพ ทฤษฎีเชิงจิตวิทยา และทฤษฎีเชิงสังคมวิทยา ซึ่งนักวิชาการของศาสตร์ 3 สาขานี้ คือ นักชีววิทยา นักจิตวิทยา และนักสังคมวิทยา ได้เป็นผู้สร้างทฤษฎีการสูงอายุขึ้นเป็นแม่บทของการศึกษาผู้สูงอายุให้กว้างขวาง การจำแนกทฤษฎีการสูงอายุ จำแนกได้เป็น 3 ทฤษฎี และแยกย่อยเป็นทฤษฎีย่อย ดังนี้

ก. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories)

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ กล่าวถึง ขบวนการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ในทางที่เสื่อมลงในวัยสูงอายุนับตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ ดอนลอน (Donlon, 1999: 9) ได้สรุปถึงหลักของทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพว่าเป็นขบวนการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เชื่อมต่อระหว่างโครงสร้างกับหน้าที่ที่ต้องพัฒนาไปสู่การมีอายุยืนยาวหรือความตาย การเปลี่ยนแปลงในทางร่างกายประกอบด้วย โมเลกุล (Molecular) และเซลล์ (Cellular) ซึ่งเป็นส่วนประกอบในอวัยวะที่สำคัญของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะและระบบการต่อต้านเชื้อโรค นอกจากนี้ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพสามารถอธิบายว่า ทำไมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนจึงแตกต่างกัน และอะไรเป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อการมีอายุยืนยาว รวมถึง

พยาบาลที่มีความเข้าใจในทฤษฎีนี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและแนะนำให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรง

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพมีการจำแนกแยกย่อยเป็นทฤษฎีต่าง ๆ หลายทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุเป็นเรื่องของพันธุกรรม จำแนกเป็นทฤษฎีย่อย ๆ หลายทฤษฎี ดังนี้

1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theories)

นักทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไปเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุชั้ยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลทำให้รหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุชั้ยเปลี่ยนไปได้เช่นกัน (Birren 1977: 104 อ้างถึงใน จันทนา รณฤทธิรัชช, 2536 : 46)

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theories)

นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่ายีนส์ (Gene) ควบคุมลักษณะพันธุกรรมโดยการสร้างเอ็นไซม์ซึ่งควบคุมการสร้างโปรตีนและมีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคนนั้นกำหนดไว้แล้วในยีนส์

1.3 ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic mutation theory)

นักทฤษฎีผ่าเหล่ากล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงของ ดี เอ็น เอ เป็นตัวเร่งให้เซลล์ตายทำให้มนุษย์แก่เร็วขึ้น

1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory)

ทฤษฎีความผิดพลาดจะอธิบายถึง การเกิดความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอ็นไซม์ในเซลล์ ทำให้คุณสมบัติของเซลล์ผิดไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ทำให้เซลล์ตายเร็ว ซึ่งในวัยสูงอายุอัตราการเกิดความผิดพลาดจะเป็นเร็วขึ้น ส่วนในวัยหนุ่มสาวอัตราการเกิดความผิดพลาดจะเป็นไปอย่างช้า ๆ

2. ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theories)

ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมอธิบายว่า การสูงอายุเกิดจากกรรมพันธุ์ แต่เชื่อว่าเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในเซลล์ทำให้ลักษณะโครงสร้างและหน้าที่ของ ดี เอ็น เอ เปลี่ยนแปลง ทฤษฎีนี้ยังแบ่งย่อยเป็นทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรมของเซลล์ (Wear and tear theory)

ทฤษฎีความเสื่อมโทรมของเซลล์อธิบายว่า เซลล์เมื่อทำหน้าที่นานจะเกิดภาวะเสื่อมถอย ทำหน้าที่น้อยลง เซลล์ไม่อาจแบ่งตัวได้อีกจนกระทั่งตายไป เช่น เซลล์ประสาท และกล้ามเนื้อลาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมโทรม ทำหน้าที่ลดลง นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ยังกล่าวถึงขบวนการ

เปลี่ยนแปลงของเซลล์ว่า โดยปกติเซลล์จะมีการสร้างใหม่แทนเซลล์ที่ตายอยู่ตลอดเวลา แต่ในคนสูงอายุขบวนการนี้จะเกิดขึ้นน้อยลงและยิ่งกว่านั้นเซลล์บางชนิดเสื่อมลงโดยไม่มีเซลล์เกิดขึ้นใหม่ เช่น เซลล์ประสาท ภาวะการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ทำให้หน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงในการเสื่อมลง การแลกเปลี่ยนออกซิเจน การขนถ่ายอาหารเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อยลง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางท่านที่มองว่าการสูงอายุต้องประสบกับปัญหาความทรุดโทรมของ ร่างกายเท่ากับเป็นการโจมตีที่เพิ่มความเครียดในการเร่งให้เกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ มากขึ้น (Luggen, 1998: 4)

2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory)

ทฤษฎีการสะสมอธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำเรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) บางทีเรียกว่า รงควัตถุไขมัน (Fatty pigment) หรือรงควัตถุชรา (Age pigment) สารนี้ส่งผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ทำให้การซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory)

ทฤษฎีอนุมูลอิสระกล่าวถึงเซลล์ว่า มีอายุเสื่อมและตายได้ เนื่องจากมีการสร้างอนุมูลซึ่งมีฤทธิ์ทำลาย ทำให้เซลล์เสื่อม การที่เซลล์เสื่อมนั้นเป็นผลจากการสะสมสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีภายในเซลล์

พยายามควรทราบว่า ร่างกายของคนเราจะถูกรุกเร้าโดยอนุมูลอิสระทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ฉะนั้น การลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดี ลดมลภาวะของอากาศ และเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณสมบัติต่อต้านการเกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจน และลดสารอาหารที่จะไปเพิ่มการทำหน้าที่ของอนุมูลอิสระด้วย นอกจากนี้การรับประทานอาหารจำนวนน้อย ๆ โดยแบ่งออกเป็นหลายมื้อ จะทำให้ของเสียที่ได้จากกระบวนการออกซิเดชันมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งไม่มีอันตรายต่อร่างกาย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดี

2.4 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory)

ทฤษฎีการเชื่อมตามขวางอาจเรียกว่าเป็นทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen theory) กล่าวถึง ความสูงอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกัน หรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ ซึ่งโดยปกติแล้วโมเลกุลเหล่านี้ต้องแยกจากกันเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนแปลงไป การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุด คือ โปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ หรือ อีลาสติน (Elastin) และ คอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีจำนวนมากและเกาะยึดแน่น ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อขาดการยืดหยุ่น การรับประทานอาหารไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ไม่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาด

ความแข็งแรงของโครงสร้างร่างกายเพราะคอลลาเจนซึ่งมีลักษณะหนืด ๆ คล้ายหุ่นจะอยู่รอบ ๆ เซลล์ ช่วยพยุงและให้ความแข็งแรงแก่เนื้อเยื่อและพบมากในผิวหนัง เช่น กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด หัวใจ และสารประกอบที่อยู่ในสารพื้น (Ground substance)

ตัวอย่างที่พบการเชื่อมตามขวางของคอลลาเจน คือ จากความยืดหยุ่นของผนัง หลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว (Atherosclerosis) ความดันเลือดสูง เป็นต้น และตัวอย่างที่พบได้งายว่ามีการเชื่อมตามขวางของอิลาสติน คือ ที่ผิวหนัง จากลักษณะที่เรียบ อ่อนนุ่มเป็นมันตึง ก็จะกลายเป็นผิวหนัง หย่อน มีความตึงตัวน้อยลง นอกจากนี้เกิดการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีผลต่อการซึมผ่านของเซลล์ การยืดหยุ่นของ กล้ามเนื้อ การบีบรับตัวของหัวใจ และการซึมผ่านของก๊าร สารอาหาร หลอดเลือดทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เอ็นจะแห้งและแข็ง ฟันจะหัก ผนังหลอดเลือดแดงจะลดแรงตึง อิลาสตินเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวและยืดขยายได้

3. ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiologic theories)

ทฤษฎีทางสรีรวิทยากล่าวถึง ความมีอายุเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทำงานระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายและความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ

3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory)

ทฤษฎีภูมิคุ้มกันอธิบายถึง การทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากจุลินทรีย์ ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและเซลล์แปลกปลอม ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายตนเอง เช่น การติดเชื้อ เซลล์มะเร็ง กลไกในการป้องกันมี 2 วิธี คือ การสร้างแอนติบอดี เพื่อทำลายจุลินทรีย์และโปรตีนที่แปลกปลอมมา และการสร้างเซลล์ชนิดหนึ่งเพื่อทำหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอม นั้น ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญ คือ

3.1.1 การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ เซลล์ที่ทำหน้าที่ ได้แก่ ที-ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte)

3.1.2 การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันโดยการใช้สารน้ำ หมายถึง แอนติบอดี (Antibody) เซลล์ที่รับผิดชอบ คือ บี-ลิมโฟไซต์ (B lymphocyte) และเซลล์ของพลาสมา (Plasma cell)

เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า การทำหน้าที่ของ ที-ลิมโฟไซต์ จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักจะลดลงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก ทำให้เจ็บป่วยง่าย และที่สำคัญการทำหน้าที่ของต่อมไทมัส (Thymus gland) จะไม่ดีเท่ากับวัยหนุ่มสาว เนื่องจากวัยผู้สูงอายุทำให้น้ำหนักและขนาดของต่อมไทมัสลดน้อยส่งผลต่อการทำหน้าที่ของ T-cell เพราะว่าการสูญเสียการทำหน้าที่ของ

T-cell ทำให้ร่างกายถูกโจมตีจากสิ่งแปลกปลอมได้ง่าย จึงเป็นหลักสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ การป้องกันโรค และการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ

3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory)

ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่ออธิบายการทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ จะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกันเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตได้ตามปกติ เมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย พบว่าในผู้สูงอายุ ตับอ่อนจะผลิตอินซูลินออกมาช้าลง ในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงมีแนวโน้มจะเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ต่อมหมวกไต และส่วนต่าง ๆ ที่ผลิตฮอร์โมน โดยเฉพาะฮอร์โมนที่ผลิตจากไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ทำให้มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ทำงานผิดปกติและตายในที่สุด

ข. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological theories)

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยาอธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ กิเลส การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุก็ดี เป็นผลมาจากพื้นฐานในอดีต ผลจากการปรับตัวทางด้านความคิด สถิติปัญญา ความนึกคิด การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีต ทำให้แต่ละคนมีบุคลิกภาพต่างกันไป บุคคลที่ผ่านช่วงชีวิตด้วยความมั่นคง รู้สึกอบอุ่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ก็จะส่งผลในช่วงวัยสูงอายุมีความสุข มีความรู้สึกมั่นคง แต่ถ้าเป็นลักษณะตรงกันข้ามชีวิตวัยสูงอายุจะไม่มีความสุข ท้อแท้ หมดหวัง ซึมเศร้า ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีของอีริกสันและทฤษฎีของเพค

ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic theory) อธิบายถึงการพัฒนาร่างกายของคนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แบ่งได้เป็น 8 ระยะ ในระยะที่ 7 และ 8 เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะที่ 7 อยู่ในวัยอายุ 25 - 65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุประสบความสำเร็จจะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจตัวเองและสืบทอดต่อ ๆ ไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหนื่อยหน่าย เจ็บหงอย ไม่กระตือรือร้น

ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) อธิบายความแตกต่างของผู้สูงอายุทั้งด้านกายภาพ และจิตวิทยาสังคม (Hogstel, 1994: 39 อ้างถึงใน พิชญภรณ์ มูลศิลป์, 2541:15) ผู้สูงอายุที่ยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายย่อมลดลง ร่างกายเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่รู้สึกกลัวก็จะดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

ค. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological theories)

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยาอธิบายว่า สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ การมีสถานภาพของสังคมเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ร่างกายยิ่งเปลี่ยนแปลงเร็ว ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว มากขึ้น

ทฤษฎีที่กล่าวถึงการสูงอายุเชิงสังคมวิทยามีดังนี้

1. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory)

การสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุถดถอยออกไปจากสังคมที่ละน้อยจนกระทั่งผู้สูงอายุลดการติดต่อกับกลุ่มคนในระบบสังคมนั้น การถดถอยออกไปจากสังคมเนื่องจากต้องละทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุ ผู้สูงอายุจะพึงพอใจเนื่องจากอิสระจากกฎระเบียบของสังคม ผู้สูงอายุส่วนมากยังพอใจที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ถ้าแยกผู้สูงอายุออกจากบทบาทเดิม จะทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลต้องวิเคราะห์อาการถดถอยนี้ว่าเกิดจากการถดถอยออกจากสังคมหรือเกิดจากภาวะซึมเศร้าที่แท้จริง

2. ทฤษฎีกิจกรรม (The active theory)

ทฤษฎีกิจกรรมอธิบายถึงความพึงพอใจในชีวิตเกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงควรมีบทบาทใหม่มาแทนบทบาทเดิม สร้างสัมพันธ์ภาพกับคนกลุ่มใหม่ หน่วยงานอดิเรกทำพยาบาลวิชาชีพต้องสังเกตความต้องการของผู้สูงอายุ และประเมินความสามารถทางร่างกาย จิตสังคม ก่อนส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ควรเป็นกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษาและทำด้วยความสมัครใจ

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (The continuity theory)

ทฤษฎีความต่อเนื่องอธิบายว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมในสังคมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพ และแบบแผนของชีวิตแต่ละคน หากในอดีตชอบมีกิจกรรมร่วมกับสังคมก็จะชอบมีกิจกรรมในสังคมในวัยสูงอายุ ผลการวิจัยของ Lemon พบว่าผู้สูงอายุที่ถูกลดบทบาท จะทำให้ความพึงพอใจลดลง ดังนั้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี (Lemon, 1995: 511 – 513 อ้างถึงใน พิชญากรณ์ มูลศิลป์, 2541:16)

สรุปได้ว่าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงอายุซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางชีวภาพ และทฤษฎีเชิงจิตวิทยา และทฤษฎีเชิงสังคมวิทยา ความสูงอายุนของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นในระยะเวลาแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้ทฤษฎีการสูงอายุเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

4.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความมียุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อตัวบุคคลมากทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม สมรรถภาพ จิตใจและสังคม ดังนั้นบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical change) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ ความเจริญของร่างกายลดลง การปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปจะยากขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงจะเกิดกับทุกระบบของร่างกาย สรุปได้ดังนี้

1.1 ผิวหนัง จำนวนเซลล์ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังบาง การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมลดลงประมาณ 50% ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังจึงแห้งและเหี่ยวย่น ผู้สูงอายุบางคนจะมีผดงอกกระ หรือมีหูด ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง หน้าที่เสื่อมลงมีผลให้การระบายความร้อนโดยการระเหยไม่ดี

1.2 ระบบประสาท เซลล์ประสาทลดจำนวน ขนาดสมองลดลง การไหลเวียนเลือดของสมอง และการใช้ออกซิเจนของสมองลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งกระแสประสาทลดลง ทำให้ความไวต่อการรับรู้และตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง

1.3 ระบบประสาทสัมผัส เมื่อมีอายุประมาณ 40 ปี เลนส์ตาจะเริ่มเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพ สายตาเปลี่ยนเป็นสายตายาว ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวต่อการมองเห็นไม่ดี โดยเฉพาะในที่มืด แก้วตาขุ่น ความยืดหยุ่นลดลง มีวงแหวนขุ่นขาว หรือสีเทาขอบ ๆ กระจกตา (Arcus senilis) การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีการเสื่อมของการรับฟัง เพราะมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในและเส้นประสาทหูที่ 8 (Auditory nerve) จมูกมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก และกระเปาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 (Olfactory bulb) ทำให้การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสอาหารก็เสื่อมลงเช่นกัน เนื่องจากต่อมรับรสของลิ้นมีจำนวนลดลง

1.4 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มวลของกล้ามเนื้อลดลงและถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้เกิดการหย่อนยานและขาดความยืดหยุ่น ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งนานขึ้น ทำให้การ เคลื่อนไหวช้าลง นอกจากนี้อาจพบหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมบางลง ทำให้ปวดหลัง ไหล่ค่อมและหลังโก่ง ความสูงลดลง

1.5 ระบบการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี ประสิทธิภาพการ

ทำงานของหัวใจลดลง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ผันผอน ฐภายในแคบลง เกิดการอุดตันได้ง่าย เป็นผลให้ผู้สูงอายุมักเกิดภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกายและสังคม ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผลกระทบจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การตายจากของเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิต หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันสมควรที่ต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เพื่อหมดภาระการติดต่อด้านธุรกิจ การงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม รู้สึกไร้คุณค่าไม่มีเป้าหมายในชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการครองชีวิตของคน การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมจึงเป็นความเครียดทางจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งในวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม เดิมครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ถ้ายทอดความรู้สึบนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน อยู่ในฐานควรแก่การเคารพบูชา เมื่อรูปแบบของสังคมเปลี่ยนในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขันมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง และคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนไม่ทันต่อเหตุการณ์ ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญ ขาดความสนใจจากบุตรหลาน ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว และคิดว่าตนเองเป็นภาระเรื้อรังของสังคม

3.2 การยอมรับของครอบครัว สภาพสังคมใหม่และค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ทำให้ความรู้สึกกตัญญู และเห็นคุณค่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะพ่อแม่ลดลง เห็นว่าผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีเงินมาจุนเจือครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยบุตรหลานก็มองว่าเป็นภาระที่จะต้องเลี้ยงดู ในที่สุดผู้สูงอายุอาจถูกผลักไล่ออกจากครอบครัว ต้องไปพึ่งสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งถ้าปรับตัวไม่ได้อาจทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้

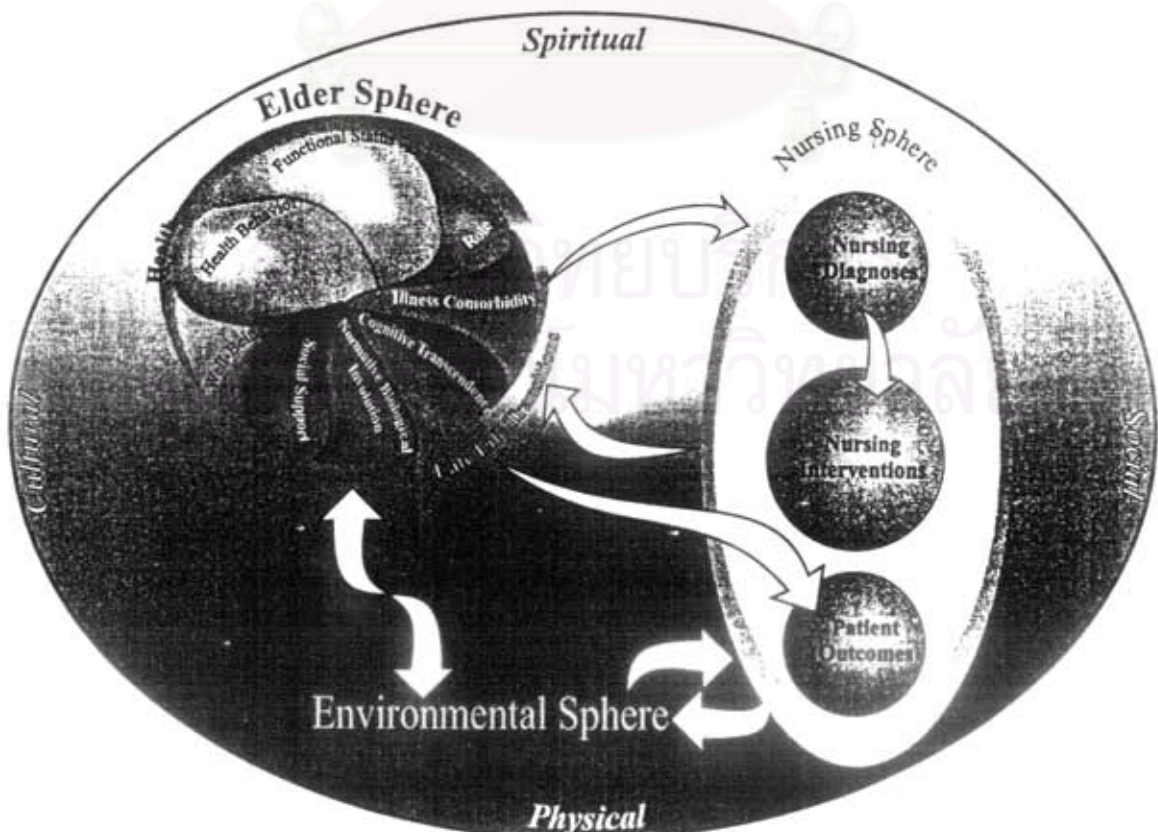
จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายนั้นเป็นขบวนการที่เกิดต่อเนื่องกันไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเกิดจากบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไปตามอายุที่สูงขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกาย และการเปลี่ยนแปลงของสังคมมีผลกระทบโดยตรงต่อสภาพ

จิตใจของผู้สูงอายุ การแสดงออกด้านจิตใจและอารมณ์จะขึ้นกับโครงสร้างทางจิตใจ ร่วมกับความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้น

4.3 รูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุแบบไอโอว่า (Glick and Tripp-Reimer, 1996: 21)

ไอโอว่า (IOWA) เป็นชื่อเมืองหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา มีมหาวิทยาลัยไอโอว่า และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยไอโอว่า ซึ่งมีทีมงานวิจัยประกอบด้วยนักวิชาการด้านการพยาบาล ได้จัดทำข้อมูลที่เรียกว่า Nursing intervention classification (NIC) หรือ Iowa Intervention Project ได้ตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ.1992 ซึ่งมี McCloskey and Bulechek เป็นบรรณาธิการ หลังจากนั้นก็มี การปรับปรุงให้เหมาะสมกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ใช้มีความเข้าใจหลักการปฏิบัติการพยาบาลมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 433 Interventions แต่ละ Intervention จะมีรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อ คำจำกัดความ และกิจกรรมที่พยาบาลควรมีแนวทางการปฏิบัติอย่างไร ซึ่งรูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุแบบไอโอว่า ก็มีรายละเอียดกิจกรรมการพยาบาลมาจาก Iowa Intervention Project (1996)

แผนภูมิที่ 2 Model of gerontological nursing (Glick and Tripp-Reimer, 1996 : 21)



รูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุแบบไอโอว่า (Glick and Tripp-Reimer, 1996: 21) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. **สภาพผู้สูงอายุ (Elder sphere)** ที่ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เปลี่ยนแปลง (Late life transitions) และภาวะสุขภาพ (Health)

บุคลากรพยาบาลควรมีความเข้าใจผู้สูงอายุที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2. **สภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental sphere)** ประกอบด้วย ด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ

บุคลากรพยาบาลควรมีความเข้าใจในสภาพสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

3. **สภาพการพยาบาล (Nursing sphere)** ประกอบด้วย การวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูก และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยร่วมกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อจะได้มีแนวคิดให้การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการและสามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้อง แม่นยำ มีการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างตรงเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยมีสุขภาพดี

สรุปรูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุแบบไอโอว่า เป็นการให้บริการพยาบาลที่ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสภาพของผู้สูงอายุ (Elder sphere) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ตลอดจนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง และสภาพแวดล้อม (Environmental sphere) ของผู้สูงอายุในด้านกายภาพ เหล่านี้ต้องนำมาวิเคราะห์และประเมินสภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับสภาพการพยาบาล (Nursing sphere) ที่ต้องให้การวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้อง แม่นยำ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างตรงเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. ต้อกระจก

Beck (1998 : 1121) ได้อธิบายว่าต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะทึบของเลนส์หรือภาวะที่แก้วตาขุ่น จึงกั้นมิให้แสงผ่านทะลุไปได้ ทำให้ตามัวหรือถึงขั้นมองไม่เห็น ซึ่งประชากรประมาณ

ร้อยละ 25 ที่มีอาการต้อกระจกจะนำไปสู่ภาวะตาบอด อย่างไรก็ตามต้อกระจกสามารถป้องกันและแก้ไขก่อนที่จะไปสู่ภาวะตาบอดได้ ต้อกระจกมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุโดยที่เลนส์จะค่อยๆ ทึบตั้งแต่อายุ 35 ปี และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบว่าร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุวัย 70 ปี จะมีภาวะการเสื่อมของสายตา ซึ่งบริเวณที่เกิดของโรคต้อกระจกอาจเกิดที่ส่วนกลางของเลนส์หรือส่วนด้านหลัง โดยเลนส์จะเปลี่ยนเป็นทึบมีลักษณะเป็นสีเหลืองและกลายเป็นสีน้ำตาลและสีดำในที่สุด อาการแสดงของโรคต้อกระจกจะเริ่มจากไม่ชัดทั้งๆ ที่การมองของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างเริ่มเสื่อมลง บางรายมีอาการแสบตาโดยเฉพาะเวลามีแสงสว่างเข้าตา บางครั้งอาจมีอาการปวดเนื่องจากมีอาการบวมและอุดตันของน้ำหล่อเลี้ยงตา ซึ่งจะเห็นว่าโรคต้อกระจกย่อมจะส่งผลต่อ กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย

สาเหตุปัจจัยส่งเสริมให้เกิดต้อกระจก ประมาณร้อยละ 95 มาจากเสื่อมตามวัย ซึ่งเป็นธรรมชาติเช่นเดียวกับอวัยวะอื่นของร่างกาย เช่น ผมที่เปลี่ยนเป็นสีขาว เป็นต้น อีก ประมาณร้อยละ 5 มาจากสาเหตุอื่น ได้แก่ จากภัยอันตราย ความผิดปกติแต่กำเนิด โรคระบบอื่น และสารพิษ

ต้อกระจกในวัยสูงอายุ (Senile cataract) พบมากที่สุด มักเป็นทั้งสองตา แต่ความรุนแรงของแก้วตาอาจไม่เท่ากัน ที่พบทั่วไปมี 3 ประเภท คือ ชุ่มบริเวณนิวเคลียส และแคปซูลส่วนหลังของแก้วตาชุ่ม ต้อกระจกในวัยสูงอายุสามารถแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ต้อกระจกเริ่มเป็น (Immature cataract) จะมีการชุ่มของแก้วตาที่คอร์เท็กซ์ แต่ นิวเคลียสยังใส
2. ต้อกระจกสุก (Mature cataract) ทั้งคอร์เท็กซ์และนิวเคลียสชุ่มหมด ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นอะไรในระยะที่จะวัดความสามารถในการมองเห็น

3. ต้อกระจกสุกอม (Hypermature cataract) ระยะนี้โปรตีนในแก้วตาจะมีการดูดซึม ดึงน้ำเข้าไป ทำให้แก้วตาบวม

อาการและอาการแสดง มีดังนี้

1. ตามัวลงช้า ๆ โดยไม่รู้สึเจ็บปวด ผู้ที่เป็นต้อกระจกจะให้ประวัติว่าตาจะมัวมากขึ้นในที่สว่าง ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจาก ขณะอยู่ที่สว่างรูม่านตาเล็กลง ส่วนอยู่ในที่มืดจะเห็นชัดขึ้นเพราะรูม่านตาขยาย
2. มองเห็นภาพซ้อน เนื่องจากการหักเหของแสงในแต่ละส่วนของแก้วตาเปลี่ยนไป
3. สายตาสั้นลง เพราะแก้วตาเริ่มชุ่มทำให้กำลังหักเหของแสงเปลี่ยนไป จึงมองในระยะใกล้ได้ชัด ขณะเดียวกันมองไกลจะไม่ชัด เมื่อใช้ไฟฉายส่องผ่านรูม่านตา จะเห็นแสงสะท้อนสีขาว

การรักษา ต้อกระจกไม่มีการรักษาด้วยยา มีวิธีเดียวเท่านั้น คือ การผ่าตัดเอาแก้วตาที่ชุ่มออก ซึ่งเรียกว่า ลอกต้อกระจก (Lens extraction) ปัจจุบันนิยมทำการผ่าตัดเอาแก้วตาออกด้วยวิธีเรียกว่า Phacoemulsification with Intraocular Lens (PE c IOL) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกอีกวิธี

หนึ่ง โดยการใช้คลื่นเสียงหรืออัลตราซาวด์ที่มีความถี่สูง เข้าไปสลายเนื้อแก้วตาแล้วดูดออกมาทิ้ง และจึงนำแก้วตาเทียม (Intraocular Lens : IOL) ใส่เข้าไปแทนเพื่อให้การมองเห็นเป็นปกติ

โดยทั่วไปผู้ป่วยอาจเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในเพื่อการผ่าตัดต้อกระจก อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากจะต้องมีการบริหารจัดการทางพยาบาล (Nursing Management) เป็นระยะดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของตาทั้งสองข้าง สภาพร่างกายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติเกี่ยวกับยาที่ใช้กับภาวะการไหลเวียนโลหิตและหัวใจ ผลการตรวจต่างๆ และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวินิจฉัยทางการแพทย์ต่อไปนี้อาจนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยต้อกระจกได้ คือ การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะตามัว ความเสี่ยงต่ออันตรายการหลุดตก หกล้มเนื่องจากตามัว และควรดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่บกพร่องที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสายตา

3. การวางแผนและความคาดหวังของผลลัพธ์ การวางแผนสำหรับผู้ป่วยโรคต้อกระจกจะมีดังนี้

3.1 แสดงถึงการปรับพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงทางสายตา

3.2 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติป้องกันอันตรายหรืออุบัติเหตุ

3.3 สาธิต/แสดงถึงวิธีการดูแลภายหลังการผ่าตัด เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การหยอดตา และการใช้ที่ครอบตา เป็นต้น

4. การปฏิบัติการพยาบาล แม้ว่าผ่าตัดต้อกระจกจะใช้เวลาไม่มากแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

4.1 ความดันลูกตาสสูง (Increase intraocular pressure) เกิดจากผลของกิจกรรมบางอย่างทำให้ความดันลูกตาสสูงทันทีทันใด เช่น การไอ การจาม การอาเจียน การก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว เป็นต้น ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้ จากการวัดความดันลูกตาค่าจะสูงกว่า 20 มม.ปรอท

4.2 การดึงรั้งของแผลเย็บ (Stress on the suture line) เมื่อความดันลูกตาสสูงทำให้แผลเย็บถูกดึงรั้ง เกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้ขึ้นกับจำนวนเลือดในช่องหน้าม่านตา

4.3 การติดเชื้อ (Infection) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากตาข้างที่ผ่าตัดถูกน้ำ ผู้ป่วยยี้ตาจนเกิดเยื่อตาอักเสบ เป็นต้น การประเมินภาวะการติดเชื้อองศาทราบได้จากผู้ป่วยบ่นปวดตามาก ถึงแม้ให้ยาแก้ปวดก็ไม่ทุเลา จากการตรวจตาพบมีขี้ตามาก หนังตาบวมแดง เยื่อตาบวมแดงปลิ้นออกนอกเปลือกตา

4.4 เลือดออกในช่องหน้าม่านตา (Hyphema) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือด ม่านตาและ/หรือซีเลียรี บอดี้ สาเหตุจากถูกถยนต์หรือวัตถุไม่มีคม (Blunt trauma) เกิดขึ้นเอง (Spontaneous) และจากผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่น ใส จามแรงๆ เบ่งถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

ดังนั้นการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจกจึงควรประกอบด้วยกรพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลภายหลังการผ่าตัด

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคือกระจกมีดังนี้

1. หยอดยาตามการรักษาของแพทย์
2. ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ได้แก่ อาบน้ำ สระผม โกนหนวด ตัดเล็บ ล้างสีเล็บ ทำความสะอาดปากและฟัน โดยเฉพาะการล้างหน้าให้สะอาดในคืนก่อนการผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด
3. ทำความสะอาดรอบๆ ตาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Phiso Hex หรือ โปวิดีน-ไอโอดีน (เบตาดีน) 1 หรือ 2 วัน ก่อนผ่าตัด
4. อาจมีการให้ยากล่อมประสาทหรือยาระบาย หากมีความจำเป็น
5. ระมัดระวังในการให้ยา โดยเฉพาะยาขับปัสสาวะและยาหยอดตาเพราะอาจมีฤทธิ์ข้างเคียงของยาเกิดขึ้น
6. อาจมียาแก้ปวดหรือยานอนหลับให้ผู้ป่วยเพื่อคลายเครียด
7. อาจจำเป็นต้องตัดขนตาข้างที่จะผ่าตัด
8. อธิบายผู้ป่วยว่าอาจมีการให้ยาชาเฉพาะที่หรือใช้ยาแบบหยอดตา ทั้งนี้พยาบาลจะต้องปรึกษาจักษุแพทย์ก่อน
9. มีการวางแผนผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจที่ถูกต้อง

การปฏิบัติกรพยาบาลหลังผ่าตัดคือกระจกจำเป็นต้องคำนึงถึงการวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์โดยมีเหตุผลประกอบด้วยดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูก

การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	การปฏิบัติการพยาบาล	เหตุผล
<p>1. เสี่ยงต่ออุบัติเหตุเนื่องจากตาอาจถูกกระทบกระเทือน</p> <p>● ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและไม่ได้รับการกระทบกระเทือนตา</p>	<p>1.1 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกครั้ง ควรระมัดระวังการกระทบกระเทือนบริเวณดวงตาและศีรษะ</p> <p>1.2 ส่งเสริมให้ใช้ที่จับหรือเกาะก้ำแกงเวลาเดิน เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนหรืออันตรายที่ตา</p> <p>1.3 จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตูแลพื้นห้องผู้ป่วยและห้องน้ำไม่ให้เปียกชื้น และมีผ้าเช็ดเท้าที่แห้งหน้าห้องน้ำ รจัดสิ่งกีดขวางที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เป็นต้น</p>	<p>1.1 เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการกระทบกระเทือนบริเวณดวงตาและศีรษะ</p> <p>1.2 เกิดผลกระทบต่อการรับรู้ด้านระยะทางและความรู้สึก</p> <p>1.3 เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย</p>
<p>2. ไม่รู้สึกสบายเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด</p>	<p>2.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น อาการปวดตา ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ บรรเทาอาการด้วยการสอบถามอธิบายถึงสาเหตุและให้ยาตามแผนการรักษา</p>	<p>2.1 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความไม่สบาย</p>
<p>● ผู้ป่วยมีความสุขสบายหลังผ่าตัด</p>	<p>2.2 จัดท่านอนให้ผู้ป่วย ไม่นอนทับบริเวณตาที่ได้รับการผ่าตัด</p> <p>2.3 จัดสภาพแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ ุง เป็นต้น</p>	<p>2.2 บริเวณแผลผ่าตัดไม่ได้รับการกดทับหรือกระทบกระเทือน</p> <p>2.3 ผู้ป่วยนอนพักหรือนอนหลับได้</p>

การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	การปฏิบัติการพยาบาล	เหตุผล
<p>3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากพร่องความรู้เรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง 	<p>3.1 แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ทำผ่าตัด</p> <p>3.2 เน้นไม่ให้ผู้ป่วยเปิดตา ใช้นิ้วมือ แหยงตา หรือขยี้ตา</p> <p>3.3 ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องด้วยวิธีปลอดเชื้อทุกขั้นตอน</p>	<p>2.1 ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ</p> <p>2.2 ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่ตา</p> <p>2.3 ผู้ป่วยไม่มีอาการบ่งชี้ของภาวะติดเชื้อ</p>
<p>4. มีความบกพร่องในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดตาเมื่อกลับบ้านเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน 	<p>4.1 ช่วยผู้ป่วยวางแผนกิจวัตรประจำวันเพื่อการดูแลตนเองและทำงานบ้านใน 2 สัปดาห์แรก</p> <p>4.2 แนะนำขณะอาบน้ำให้ใช้ขันตกราดจากไหลลงมา ระวังอย่าให้น้ำกระเด็นเข้าตา</p> <p>4.3 แนะนำเวลาแปรงฟัน ค่อย ๆ แปรง ไม่สั่นศีรษะ</p> <p>4.4 แนะนำระวังไม่ให้ห้องผูกควรรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำ</p>	<p>4.1 อาจต้องการการช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ)</p> <p>4.2 ป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>4.3 ป้องกันการกระทบกระเทือนตา</p> <p>4.4 ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันตาสูงและเลือดออกในตาได้</p>

การวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	การปฏิบัติการพยาบาล	เหตุผล
	4.5 แนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ ปวดตามากผิดปกติ ถึงแม้รับประทานยาแก้ปวดที่ได้รับจากโรงพยาบาลแล้วไม่ทุเลา	4.5 ให้เกิดความเข้าใจในการมาพบแพทย์ตรวจ

6. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรที่มีสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลถือเป็นบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่ง เพราะการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการวางแผนจำหน่าย โดยเริ่มต้นทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดศอกกระดูกส่วนใหญ่จะอยู่โรงพยาบาลระยะเวลาสั้นเพียง 1 - 2 วัน จึงควรมีแผนการให้ความรู้ ผูกทักษะแก่ผู้ป่วยหรือญาติก่อนจำหน่ายโดยสอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล อาทิเช่น ผู้ป่วยสูงอายุโรคศอกกระดูกเมื่อกลับไป บ้าน ควรมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาหยอดตาได้อย่างถูกต้อง ถ้าหยอดยาไม่ได้ควรมีญาติหรือผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเทคนิคการหยอดยา คอยช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับยาอย่างถูกต้อง และผู้ป่วยสูงอายุเมื่อกลับไปบ้านจะตระหนักถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะท้องผูกเพราะจะมีผลกระทบต่อตาข้างที่ทำผ่าตัด เป็นต้น จะเห็นว่าความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการทำผ่าตัด

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ให้แนวคิด ขอบเขต และเป้าหมายในการปฏิบัติและให้หลักในการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้สนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย (มยุรกากาญจนางกูร, 2527 อ้างถึงใน ลำไย มูลิกะคามะ, 2538: 19) ทฤษฎีของ Orem เป็นทฤษฎีหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการดูแล ผู้สูงอายุเนื่องจากความเชื่อ จุดเน้น และเป้าหมายของทฤษฎีที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผน จัดระเบียบปฏิบัติการรวมเพื่อดูแลตนเองได้ และ

คนมีลักษณะองค์รวมทำหน้าที่ ชีวภาพ การแปล ให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ และทำหน้าที่ ด้านสังคม จุดเน้นของการพยาบาล คือ บุคคล ความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง หรือมีความพร้อมในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เป้าหมายของการพยาบาล เพื่อช่วย บุคคลสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในระดับที่เพียงพอต่อเนื้ออง และช่วยให้สามารถ ในการดูแลตนเองของบุคคลมีมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของ การพยาบาลผู้สูงอายุที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ ทำหน้าที่ได้สูงสุด พึ่งพา ตนเองได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุได้ผ่านการเรียนรู้ และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมาแล้ว มีความสามารถที่จะเรียนรู้การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจว่าสิ่งใดควรทำเพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง ลงมือ กระทำเพื่อให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น บรรเทาความทุกข์ทรมาน แม้ว่าพลังความสามารถ 10 ประการ ของผู้สูงอายุจะน้อยลง ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการควบคุมอวัยวะต่าง ๆ เพื่อการเคลื่อนไหว พลังงานในร่างกายลดลง คิดช้าลง รับรู้น้อยลงเนื่องจากประสาทรับความรู้สึก การได้ยิน สายตา การ ได้กลิ่น และการรับรสเสื่อมไปตามวัย เป็นต้น ก็สามารถพัฒนาความสามารถให้คงอยู่ได้ ไม่ให้เสื่อม ไปก่อนเวลาที่ควรจะเป็น การที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะทำให้ให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าไม่เป็นภาระให้บุตรหลาน เป็นผู้มีประโยชน์ ภาคภูมิใจในตนเอง ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นกรอบ แนวคิดในการพยาบาลผู้สูงอายุทฤษฎีหนึ่ง

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ประกอบด้วยทฤษฎีที่สัมพันธ์กัน 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีระบบ การพยาบาล ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

1. ทฤษฎีระบบการพยาบาลถือเป็นทฤษฎีสำคัญ กล่าวคือ ระบบการพยาบาล ซึ่ง ประกอบด้วยระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุน ให้ความรู้ ได้มาจากการใช้ความสามารถของพยาบาล ภายใต้ข้อตกลงกับผู้รับบริการในฐานะพยาบาลกับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ความต้องการดูแลตนเองของบุคคลนั้นเป็นรับรู้และได้รับการ สนองตอบความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้องสนับสนุนให้นำมาใช้ หรือ พัฒนาให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยพยาบาลให้ความช่วยเหลือ 5 วิธี คือ การกระทำทดแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความ สามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง การที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องเหมาะสม จะต้องมีความสามารถทางการพยาบาลที่ได้มาจากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์สาขาการพยาบาล ศิลปะการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลใช้ความสามารถของตนเองได้บางส่วน หรือใช้ไม่ได้เลย หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือกลับเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่ การพัฒนาการของตนเอง ป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่ามีผลต่อสุขภาพ และพัฒนาการของตนเอง

ผู้สูงอายุซึ่งผ่านการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยเสื่อมจะปรับหน้าที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค โดยเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน มีกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสามารถใหม่ๆ มาทดแทนความสามารถที่เสื่อมถอยไป แสวงหาความช่วยเหลือเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองมีข้อจำกัด เช่น ขาดความรู้ ขาดพลังงาน ตัดสินใจเองไม่ได้ ในสภาวะเช่นนี้ต้องการพยาบาลและผู้ดูแลซึ่งส่วนมากเป็นบุตรหลานหรือพี่เลี้ยงทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบได้ ผู้ดูแลสูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล

วิธีการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งอาจจะใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 4 วิธี ดังนี้

1. กระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding another)
3. การสนับสนุน (Supporting another)
4. การสอน (Teaching)

การกระทำให้หรือกระทำแทน เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลใช้ความสามารถในการช่วยผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีจะต้องรออนุญาต และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลตัดสินใจและวางแผนการกระทำ และจะต้องบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยจะต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล

การชี้แนะ การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับความช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียดมีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง หรือกระทบน้อยที่สุด เช่น พยายามอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งฝึกการเดินเป็นครั้งแรกหลังจากได้รับการผ่าตัดและแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ การที่พยาบาลลองให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติและพูดให้กำลังใจเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจกรรมและดูแลตนเองได้

การสอน เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญกว่าวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกกระทำในสิ่งที่เพิ่มความรู้สึกมาสูในชีวิตให้กับตนเองมากกว่าคำนึงถึงสุขภาพ การที่ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจผิดหรือถูก ขึ้นอยู่กับทัศนคติ และความเชื่อซึ่งได้สะสมมาช้านาน หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

1. สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ โดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมากแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคและ/หรือการรักษาที่ได้รับเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือผู้ป่วยบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดหรือรักษาทางยา พยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลตนเอง อีกทั้งรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจค้นหาความต้องการของเขาในการเรียนรู้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2. เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้ที่นึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น

3. ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้ยากล่อมประสาท มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และถ้า จำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้ จะต้องสอนให้แจ่มชัดเฉพาะเจาะจงใช้เวลาสั้น ๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ สอน แนะนำและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

4. การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง ผู้ป่วย กับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยให้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดกระทำต่าง ๆ ในการดูแล ตนเอง

5. การประเมินโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ดีขึ้น

ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไขแต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตีเถียน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจ และความเป็นมิตร ซึ่งจะเริ่มได้จากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลที่เข้าใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะไว้วางใจอยู่แล้ว การรู้จักดีเพื่อก่อ ยกย่องเมื่อผู้ป่วยกระทำได้ดีสำเร็จ จะช่วยเพิ่มการเรียนรู้อย่างมาก

6. เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่ตัวบ่งชี้ความสามารถในการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว พยาบาลต้องคอยสังเกตและถุกคิดถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอน แนะนำ หรือกระทำอะไรให้ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยก็ได้หรือไม่ยอมรับ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7. การมีสิ่งรบกวนโดยเฉพาะในหอผู้ป่วย จะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อาจต้องมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

8. สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร

9. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ ปัญหาการสอนผู้ป่วยที่มักจะพบได้เสมอคือ ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เหมือนกับพยาบาลที่ตั้งใจสอน วิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผน เป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน

ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดระบบให้การสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบถึงความ

สำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง วิธีการที่พยาบาลจะให้ช่วยเหลือแล้ววางเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกับผู้ป่วยในการที่จะตอบสนองการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นและพยายามในการที่จะพึ่งพาตนเองอย่างเต็มที่ พยายามเรียนรู้และฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลและพยาบาลเป็นผู้ให้กำลังใจจนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้ ความเข้าใจสามารถกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้ารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน พอลสรุปได้ดังต่อไปนี้

จากรวรรณ เสวกวรรณ (2518) ได้ศึกษาความพึงพอใจในงานพยาบาลในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจความพึงพอใจในงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย ข้อทดสอบทั้งหมด 80 ข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับวิชาชีพ ตั้งแต่พยาบาลประจำการ หัวหน้าตึก และผู้ตรวจการในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 21 แห่ง ให้เป็นตัวแทนของพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 340 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความพึงพอใจในเรื่องเงินเดือนและสวัสดิการ กับโอกาสความก้าวหน้าในการทำงานอยู่ระดับต่ำ ความพึงพอใจเรื่องศักดิ์ศรีของวิชาชีพอยู่ในระดับสูง

2. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล ระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีนักเรียนฝึกงานกับโรงพยาบาลที่ไม่มีนักเรียนฝึกงาน พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาลกับโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 - 5 ปี กับ 11 ปีขึ้นไป 1 - 5 ปี กับ 6 - 10 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่พยาบาลที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 - 10 ปี กับ 11 ปีขึ้นไป ไม่แตกต่างกัน

ในการศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ (ละออดันติศิริพันธ์, 2521) พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐโดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างในความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนการศึกษาความพึงพอใจในงาน

ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ (อัครี จิตต์ภักดี, 2536) พบว่า

1. พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ให้ความสำคัญต่อปัจจัยสถานภาพของวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ ความเป็นอิสระ ค่าตอบแทน การมีปฏิสัมพันธ์ เจื่อนใจของงาน และนโยบายขององค์กร ตามลำดับ ส่วนพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐให้ความสำคัญต่อปัจจัยความเป็นอิสระมากที่สุด รองลงมาคือ สถานภาพของวิชาชีพ ค่าตอบแทน การมีปฏิสัมพันธ์ เจื่อนใจของงาน และนโยบายขององค์กร ตามลำดับ

2. ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในสถานภาพของวิชาชีพในระดับสูง มีความพึงพอใจในความเป็นอิสระ เจื่อนใจของงาน นโยบายขององค์กร และการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในค่าตอบแทนในระดับต่ำ

3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนมีความพึงพอใจในงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .05$)

อนึ่ง การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ผลการวิจัย (พิชญ์ ประเสริฐสินธุ, 2523) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความต้องการไม่แตกต่างกัน และความต้องการในขณะพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล คือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ต้องการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุก ๆ คนจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจนเต็มความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และการกลับไปอยู่กับครอบครัวหลังออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ (2536) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศ และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ คือ การสนับสนุนจาก

ครอบครัว ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และการรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยซึ่งรวมกันพยากรณ์การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 50.78 ($R^2 = .5078$)

สำหรับการศึกษาการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ (ทัศนีย์ รัชยา, 2537) พบว่าอายุ และภาวะ สุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกิจกรรม 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ คือ การแต่งตัว การกลั้นอุจจาระ และการดักอาหารรับประทานเองหรือการอาบน้ำ ตามลำดับ นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านฟันและด้านตา ส่วนเพศ การศึกษาและลักษณะการอยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ปีทมา วาจามัน (2534) ได้ศึกษาความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานจักษุวิทยาของประเทศไทยพบว่า ความสามารถทางการพยาบาลด้านจักษุวิทยาของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี จากการประเมินของผู้บังคับบัญชาและพยาบาลวิชาชีพประเมินตนเอง ส่วนความสามารถทางการพยาบาลด้านจักษุวิทยาของพยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างเมื่อแยกตามการได้รับการศึกษาอบรม ประสบการณ์ และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งไม่สนับสนุนความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม คือ ความสามารถทางการพยาบาลไม่สามารถพัฒนาจากปัจจัยพื้นฐานคือ การศึกษาอบรม ประสบการณ์ และหน่วยงานที่ปฏิบัติ

อนึ่งการศึกษาลดของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (จรัลวัฒน์ คงทอง, 2539) พบว่า คะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการพยาบาลภายหลังการใช้มาตรฐานการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้มาตรฐานการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลก่อนและหลังการใช้มาตรฐานการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ในด้านความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร (ประไพ น้อยจ้อย, 2540) พบว่า ความต้องการการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือให้รับถ่ายเป็นปกติ ให้ได้นอนหลับพักผ่อน และการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมสะอาด อากาศถ่ายเทดี ด้านการป้องกันโรคและด้านการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จัดของใช้ที่จำเป็นอยู่ใกล้มือ และด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย บอกให้ทราบวัตถุประสงค์หรือเหตุผลก่อนให้การพยาบาลอธิบายให้ทราบ

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และอธิบายถึงผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา นอกจากนี้ พินิจ
 ปรีชานนท์ และวราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร (2540) ได้ประเมินคุณภาพการพยาบาลและศึกษาถึง
 อุปสรรคของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล
 ในแผนกการพยาบาลศัลยศาสตร์ สูติ-นรีเวช และจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามธิบดี ผลการศึกษา
 พบว่า คุณภาพการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 45 กิจกรรม อยู่ในเกณฑ์ดี 9 กิจกรรม และต้อง
 ปรับปรุง 4 กิจกรรม ซึ่งได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การประเมินความวิตกกังวล
 และความกลัวอันเนื่องมาจากการผ่าตัด การร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการแก้ปัญหาทาง
 ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม รวมทั้งการสำรวจเอกสารอื่นๆ ก่อนการผ่าตัด และพบว่า
 ร้อยละ 3 ของพยาบาลวิชาชีพตอบว่าไม่มีเวลาในการปฏิบัติ 4 กิจกรรมดังกล่าว ส่วนผู้ช่วยพยาบาล
 ให้เหตุผลว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติเอง ในด้านการศึกษาผลของการใช้มาตรฐาน
 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนวันนอนใน
 โรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย โรงพยาบาล
 สมุทรสาคร (จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542) พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลหลังการใช้
 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการ
 พยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
 ลดลงหลังการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เบนตัน และไวท์ (Benton and White อ้างในอุทุมพร พรนฤสุวรรณ, 2522) ได้ศึกษาองค์
 ประกอบของความพึงพอใจในงานสำหรับพยาบาล (Registered nurse) เมื่อ ค.ศ. 1972 ศึกษาจาก
 ประชากรที่เป็นพยาบาลจำนวน 565 คน ว่ามีปฏิกริยาอย่างไรต่อองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับงาน 16 ข้อ
 แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 5 กลุ่ม โดยให้จัดอันดับความสำคัญในการทำงานพบว่า พยาบาลเห็นว่า ความ
 ปลอดภัยและความมั่นคงมีความสำคัญอันดับสูงสุด ติดตามด้วยสังคมการยอมรับ ความสมหวังใน
 ชีวิต ค่าจ้าง และอันดับที่สำคัญน้อยที่สุดคือ กลุ่มนโยบายเกี่ยวกับบุคคล

แต่เมื่อให้พยาบาลออกความเห็นอีกครั้งเกี่ยวกับความบกพร่องในองค์ประกอบต่าง ๆ ตาม
 สภาพการทำงานจริง ๆ ปรากฏว่าความปลอดภัยและความมั่นคง ที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งก็มี
 ความบกพร่องเป็นอันดับหนึ่งเช่นเดียวกัน อาทิเช่น เกี่ยวกับจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ สภาพการ
 ทำงานไม่ดี ฯลฯ ความสำคัญอันดับสองคือ ส่วนที่เกี่ยวกับสังคมกลับกลายเป็นความบกพร่องอันดับ
 สุดท้าย เพราะพยาบาลเห็นว่า สมาคมพยาบาลมีความสำคัญต่อเขามาก แต่การยอมรับเป็นความ
 บกพร่องอันดับ 2 พยาบาลไม่พอใจเกี่ยวกับโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง ตำแหน่งและการศึกษา
 อบรม ส่วนในเรื่องอื่น ๆ ซึ่งเป็นความสำคัญน้อยที่สุด แต่กลับมีความบกพร่องน้อยที่สุด ได้แก่
 รายได้ รายละเอียดของงานและนโยบายบริหารบุคลากร

Tomas and Shea (1994 อ้างใน จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542) ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาล สำหรับแผนอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สำหรับใช้ในโรงพยาบาลเซนต์แมรีเมดคิตคอลเรนเดอร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ผลการวิจัยได้มาตรฐานการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ซึ่งผลจากการนำมาตรฐานนี้ไปใช้ทำให้เกิดผลดีในทุก รูปแบบจากการประเมินเปรียบเทียบกับมาตรฐานกลางของสมาคมพยาบาลอุบัติเหตุแห่งสหรัฐอเมริกา

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า ความพึงพอใจในงาน (จารุวรรณ เสวกวรรณ, 2518) ของพยาบาลไทยอยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจในเรื่องเงินเดือนและสวัสดิการกับ โอกาสก้าวหน้าในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ แต่ความพึงพอใจเรื่องศักดิ์ศรีของวิชาชีพพยาบาลไทย อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐให้ความสำคัญต่อบัณฑิตจบใหม่ เป็นอิสระเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ สถานภาพของวิชาชีพ ค่าตอบแทน การมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อนร่วมงาน และนโยบายขององค์กรตามลำดับ

จากงานวิจัย (ทัศนีย์ ระย้า, 2537) พบว่าปัญหาเกี่ยวกับสายตาและฟันได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และการเรียนรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย มีผลต่อการปรับตัวด้านจิต สังคมของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์, 2536)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้มาตรฐานการพยาบาล (จรัวัฒน์ คงทอง, 2539) พบว่า กิจกรรมการพยาบาลหลังการใช้มาตรฐานการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้มาตรฐานการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้มาตรฐานการพยาบาล (จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542) นอกจากนี้ ผลจากการนำมาตรฐานไปใช้ ทำให้เกิดผลดีในทุกรูปแบบ (Tomas and Shea, 1994 อ้างใน จุฬามณี คุณวุฒิ, 2542) จะเห็นว่า มาตรฐานการพยาบาลเป็น แนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลที่มีความชำนาญพิเศษหรือลักษณะเฉพาะ ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับช่วงเวลา ซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบคอบ โดยเขียนเป็นมาตรฐานการดูแลหรือนโยบายการปฏิบัติที่สามารถตรวจสอบได้ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Glark and Garry, 1991)

กรอบแนวคิดของการวิจัย

