

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่
เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน



นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจารุพัชร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION INTEGRATED WITH AGE-FRIENDLY
PRINCIPLE ON ANXIETY OF THE OLDER PATIENTS IN EMERGENCY ROOM

Miss Patsamon Atichockjarupat



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
โดย	นางสาวพรรณมณฑล อธิโชคจารุพัชร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ โพธิ์สาร)

พรรณษมณท์ อธิโชคจารุพัชร : ผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน. (THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION INTEGRATED WITH AGE-FRIENDLY PRINCIPLE ON ANXIETY OF THE OLDER PATIENTS IN EMERGENCY ROOM) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 162 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุต่อการลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษา ที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 จัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีจับคู่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบประเมินความวิตกกังวลโดยใช้รูปภาพแสดงสีหน้าอารมณ์ (The Faces Anxiety Scale) เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย เครื่องมือการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย แนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และ แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา 1.0 ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์ครอนบาค ได้เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

5377589836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SENIORE FRIENDLY EMERGENCY DEPARTMENT / AGEING FRIENDLY PRINCIPLE AND PRACTICES / GERIATRIC EMERGENCY MANAGEMENT / AGEING FRIENDLY ENVIRONMENT

PATSAMON ATICHOCKJARUPAT: THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION INTEGRATED WITH AGE-FRIENDLY PRINCIPLE ON ANXIETY OF THE OLDER PATIENTS IN EMERGENCY ROOM. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 162 pp.

This quasi-experimental research aimed to study the effects of nursing intervention integrated with age-friendly principle on anxiety of the older patients in emergency room. The research subjects consisted of 40 older patients who were randomly assigned to either control group and experimental group by matched pair technique. Research instruments were the Guideline for Age-friendly Environmental Modification in Emergency Room, the Handbook of Nursing Intervention Integrated Age- friendly care in Emergency Room. Research data were obtained by the Faces Anxiety Scale, and the Questionnaire of nursing Intervention in care for older patients in Emergency room. The instruments tested for content validity by 5 experts, and CVI were 1.0, while the reliability used Alpha Cronbach is .83. Statistical method used in data analysis were Mean, Standard deviation and t-test

The research findings were as follows:

1. After receiving nursing intervention integrated age-friendly principle the mean anxiety score among the older persons treated in emergency room in the experimental group was significantly lower than the score before undergoing the program ($p < .05$).

2. After receiving nursing intervention integrated age-friendly principle the mean anxiety score among the older persons treated in emergency room in the experimental group was significantly lower than those who received routine nursing ($p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา ความเอื้ออาทร และความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่ได้สละเวลาทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษา แก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนให้กำลังใจและความเมตตาเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น แก้ไขข้อบกพร่อง และข้อเสนอแนะต่าง ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับแก้เครื่องมือในการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ตรวจการหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้ใช้สถานที่ในการทำการวิจัยและเก็บข้อมูล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านภายในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือและให้โอกาสในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความเมตตาและเสียสละเวลา ในการให้ข้อมูลอันมีคุณค่าต่อการวิจัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
สมมุติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	8
จำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	13
2. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล.....	22
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ.....	28
4. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ.....	35
5. แนวคิดหลักการพยาบาลผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน.....	37
6. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน.....	51
7. การบูรณาการหลักการเอื้ออาหารในการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน.....	55
8. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	57
9. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย.....	61
รูปแบบการทดลอง.....	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการวิจัย	84
อภิปรายผล	84
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	86
รายการอ้างอิง	88
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย เอกสารแจ้งผล พิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง	99
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	162

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ที่มีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าในปี 2503 มีผู้สูงอายุ 1.21 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 4.5-5.7 ล้านคนในปี 2543 และจากสถิติการคาดประมาณประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่าในปี 2557 มีประชากรผู้สูงอายุราว 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลทำให้ปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราส่วนที่เป็นโรคเรื้อรังกว่าร้อยละ 60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคในตนเอง ทำให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยพบอัตราการใช้บริการในปี 2552 ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 29.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 24.7 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.6 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2553)

ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยบริการสุขภาพหน่วยหนึ่งที่มีผู้สูงอายุใช้บริการเพิ่มขึ้น จากรายงานของ National Hospital Ambulatory Medical Care ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี 1993-2003 พบว่าผู้สูงอายุมีสถิติเข้ารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 (Roberts et al., 2008) โดยมีอัตราที่เพิ่มขึ้นตามลักษณะของการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งรวมทั้งประเทศไทยที่เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน จากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยข้อมูลของหน่วยสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่า ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 6,867 ราย จากทั้งหมด 42,502 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา 6,323 ราย จากจำนวนทั้งหมด 41,279 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.3 และ 5,284 ราย จากจำนวนทั้งหมด 35,188 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2552 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ายอดของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินนั้น ถึงแม้จะไม่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด แต่ก็ไม่ได้ลดจำนวนลง ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่วนใหญ่พบเป็นปัญหาของโรคประจำตัวที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากที่สุด ร้อยละ 21.5 รองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับช่องท้อง ร้อยละ 13 และอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 3 เป็นต้น (Vanpee et al., 2001) ในส่วนของการวินิจฉัยโรค พบว่า โรคทางระบบประสาท อุบัติเหตุจากการหกล้ม โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด การได้รับยาหลายชนิดและผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาการปวดท้อง การติดเชื้อ ล้วนเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน (Samaras et al., 2010) ทั้งนี้ จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษามากที่สุดคืออาการที่

เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและขับถ่าย เช่นอาการท้องเสีย ไม่ถ่าย อาการปวดท้องร้อยละ 13 รองลงมาคืออาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจร้อยละ 7.4 ในส่วนของโรคประจำตัวที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงนั้น คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553)

ปัญหาความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปกับผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (Mahmoudi et al., 2010) จากการศึกษาของ Yim et al (2009) พบว่าความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยเข้ามาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในเพศชาย พบร้อยละ 42.4 และในเพศหญิงพบถึงร้อยละ 47.9 โดยในผู้สูงอายุพบว่า ความวิตกกังวลที่พบจะเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพ ทั้งนี้จากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายหลายๆระบบ โรคประจำตัวที่ทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิด พลังสำรองที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุที่มาห้องฉุกเฉินจะมีอาการที่ไม่จำเพาะ เป็นสาเหตุให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่ต้องได้รับการตรวจรักษาที่ต้องตรวจละเอียดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นและต้องใช้เวลาในการอยู่ในห้องฉุกเฉินนาน ส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Kihlgren et al., 2004) ในขณะเดียวกัน Considine (2010) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินมีความรู้สึกวิตกกังวลนั้นมาจากปัญหาของสภาพแวดล้อมของห้องฉุกเฉินที่มีสภาพภายในพื้นที่แออัด มีคนเป็นจำนวนมาก ไม่มีความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Helfin (2009) ที่พบว่า พื้นที่ที่คับแคบภายในห้องฉุกเฉิน เสียงและแสงที่ดังและสว่างอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล รวมถึงลักษณะของการบริการภายในห้องฉุกเฉินที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จำนวนบุคลากรที่หลากหลาย รวมทั้งการไม่มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาหรือเหตุผลของการรอคอยเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Ekwall, 2010) และการที่ห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินตลอดเวลาและมีข้อจำกัดที่ต้องให้ญาติผู้ป่วยต้องออกไปคอยด้านนอกไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุทำให้ให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ (Aminzadeh and Dalziel, 2002) เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ประคอง อินทรสมบัติ (2538) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ทั้งจากความแตกต่างกันระหว่างสิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงพยาบาล การถูกจำกัดไว้ในสถานที่คับแคบ สัมผัสสภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความไม่มีความเป็นส่วนตัว และจากสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น การได้ยินเสียงดัง วุ่นวายตลอดเวลา แสงสว่าง จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดย พบว่าร้อยละ 52 ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความวิตกกังวลขึ้น (Shives, 1998)

ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นหน่วยที่รับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน และอยู่ในภาวะวิกฤติ ที่ให้บริการผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ทั้งจากสาเหตุที่มาจากการได้รับอุบัติเหตุและอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนที่ ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจากสถิติพบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุ เริ่มมีอัตราที่สูงขึ้น โดยจากสถิติส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมา

อาการเจ็บหน้าอก ปวดและเวียนศีรษะ และปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจที่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินนั้นเป็นผลมาจากการเกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับการวินิจฉัยโรคที่ไม่ตรงกับอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาที่แท้จริงกับผู้สูงอายุ และนอกจากนี้อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน นอกจากจะส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมโดยจะทำให้อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว โมโหง่าย ไม่เป็นมิตร เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าง่าย กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ขาดสติ ความจำลดลง(Ebersole et al., 2005) อาจเกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นแรงสนับสนุนและปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จนถึงระดับที่ผู้สูงอายุจะไม่สามารถรับรู้ ต่อสภาพแวดล้อมรอบข้าง ไม่สามารถนึกคิดหรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ ดังนั้น การลดภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่พยาบาลต้องคำนึงถึงและให้การดูแลช่วยเหลือ

รูปแบบของการให้บริการผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินจึงมีความสำคัญในการที่จะช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า รูปแบบที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยภายในห้องฉุกเฉินเป็นมาตรฐานที่จัดทำขึ้นโดยฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการฝ่ายวิชาการที่ใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการภายในห้องฉุกเฉินทุกกลุ่มวัย โดยไม่ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2538) หรือมีรูปแบบสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ บุคลากรยังคงให้การบริการผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่จัดทำขึ้นเพื่อผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย มากกว่าที่จะคำนึงถึงความสูงอายุหรือความไวต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ทั้งในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาจะได้รับการมุ่งเน้นแต่ในเรื่องของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเป็นหลัก มากกว่าทางด้านจิตใจ ทำให้การให้การพยาบาลขาดการดูแลแบบองค์รวมพยาบาลไม่เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ส่งผลต่อคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล นอกจากนี้ บุคลากรภายในห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความเชื่อที่เอนเอียงเกี่ยวกับ การสูงอายุ โดยคิดว่าอาการบางอย่างของผู้สูงอายุเกิดจากกระบวนการของความเปลี่ยนแปลงจากอายุที่มากขึ้น ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติจากความเจ็บป่วย รวมทั้งบุคลากรยังขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างไม่ครอบคลุม ส่งผลต่อการดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ต่อเนื่อง ปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุไม่ได้รับการแก้ไข กระทั่งต่อการวางแผนการดูแลและการจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากห้องฉุกเฉินและอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของอาการป่วยและต้องกลับเข้าห้องฉุกเฉินซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) นอกจากนี้ จากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้บุคลากรมีทัศนคติที่เป็นเชิงลบกับผู้สูงอายุ ขาดการตระหนักถึงอาการหรืออาการแสดงของผู้สูงอายุ เนื่องจากคิดว่าเป็นเพราะความสูงวัยของผู้สูงอายุไม่มีความสำคัญหรือร้ายแรง นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินยังไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยสูงอายุ โดยลักษณะเตียงที่บางครั้งแคบจนเกินไปไม่สามารถปรับระดับความสูงต่ำได้ พื้นห้องน้ำที่ลื่น เป็นปัจจัยให้เกิด

ความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุจะต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัยอื่นโดยไม่มีแยกพื้นที่ หรือ จัดมุมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาของ Hwang and Morrison (2007) พบว่า สภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลและการหายของโรคของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาถึงกระบวนการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลภายในห้องฉุกเฉินพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดโปรแกรมการลดภาวะวิตกกังวลในญาติผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจากการศึกษาของ มาณิกา อยู่สำราญ (2553) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มญาติของผู้ป่วยระหว่างรอการผ่าตัด พบว่า นอกจากการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แล้ว การสนับสนุนในเรื่องของสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อม ยังมีผลทำให้สามารถลดภาวะความวิตกกังวลได้ ซึ่งในส่วนของการลดภาวะความวิตกกังวลของตัวผู้ป่วยเองนั้นจะเน้นไปที่ผู้ป่วยที่เป็นวัยผู้ใหญ่ (จิราพร ลวดทอง, 2550) โดยเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งพบว่าสามารถที่จะช่วยลดภาวะความวิตกกังวลได้

จากการทบทวนหลักการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน พบว่าแนวคิดเรื่อง Geriatric Emergency Management (Ontario Hospital Association, 2003) เป็นแนวคิดที่เน้นในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินด้วยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านผู้สูงอายุในการที่จะคัดกรองปัญหาและความเร่งด่วนในการที่จะต้องได้รับการดูแล การประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการและปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละราย รวมถึงมีการให้คำแนะนำในเรื่องของการปฏิบัติหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อต้องออกจากห้องฉุกเฉิน การดูแลในเรื่องของสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน เป็นหลักการซึ่งเน้นสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะ ส่วนหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly Principle and Practice) ของ AHMAC (2004) ประเทศออสเตรเลียเป็นหลักการดูแลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 7 หลักการ คือ 1) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการนำความรู้และอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง การป้องกันความเสื่อมของภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต 2) การดูแลโดยตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาและความซับซ้อนของความสูงอายุและผู้สูงอายุ บุคลากรสามารถประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 3) การมีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลโดยเคารพในความแตกต่างและความต้องการเฉพาะรายของผู้สูงอายุ รวมถึงความแตกต่างของวัฒนธรรม ประเพณี และเพศ 4) การจัดการเกี่ยวกับความล่าช้าในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้สูงอายุและญาติตั้งแต่แรกเริ่ม แหล่งสนับสนุนทางด้านการรักษาใกล้บ้าน 5) การหลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น หรือหลีกเลี่ยงการขยายระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น 6) การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งแรกในการให้บริการสุขภาพ ทั้งในเรื่องของการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออาทรกับผู้สูงอายุด้วย 7) การดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและความพึง

พอใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัยและผลประโยชน์สูงสุด การเคารพและยอมรับในการตัดสินใจหรือความปรารถนาของผู้สูงอายุ

สภาการพยาบาลได้ตระหนักถึงหน้าที่และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ และได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุขึ้นโดยพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องสามารถประเมินและวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ครอบคลุมทั้งในเรื่องกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สามารถที่จะใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม การให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุทั้งในขณะที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลหรือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมไปถึงในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของการดูแลรักษาและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ประกาศสภาการพยาบาล, 2552)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงได้นำแนวคิดเรื่อง Geriatric Emergency Management (Ontario Hospital Association, 2003) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน บูรณาการร่วมกับหลักการการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly Principle and Practice) (2004) มาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เป็นการแสดงบทบาทอิสระในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินอย่างเอื้ออาทรตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล และมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ซึ่งจะก่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการ ต่อคุณภาพการบริการผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้กรอบหลักการการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ (Age- friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ซึ่งมี 7 หลักการนี้ คือ 1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล 2) การตระหนักและรับรู้ถึงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ 3) การยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) การหลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น 6) หลักการในเรื่องของการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทร 7) การพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยสูงอายุ และหลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน Geriatric Emergency Management ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ที่มีจุดมุ่งหมายในการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน ร่วมกับการส่งเสริมในเรื่องความรู้และประสิทธิภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยมีการจัดการด้านต่างๆ 3 ด้านคือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การให้การพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทรตามกระบวนการพยาบาล 3) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความสูงวัยและเพื่อผู้สูงอายุ และเมื่อนำ 2 หลักการมาบูรณาการ พบว่า มีความสอดคล้องกันในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากหลักการของ AHMAC (2004) จะเน้นในเรื่องของการดูแลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งในขณะที่หลักการของ Geriatric Emergency Management ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) จะเน้นรายละเอียดของการดูแลจัดการปัญหาผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยของผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการประเมินอาการและความเร่งด่วนของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน หลังจากนั้น เริ่มค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินตามหลักการ Geriatric Emergency management ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) โดยใช้กระบวนการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วย การ

ประเมินปัญหาหรือการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล การวางแผนให้การพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล โดยในขั้นตอนทั้งหมดเหล่านี้ ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินนี้ได้นำหลักการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทร (Age-friendly Principle) ของ AHMAC (2004) เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลที่มีความเอื้ออาทรและเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หลังการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ
2. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุสูงต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ประชากร ที่ใช้ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีรับความรุนแรงของผู้ป่วยตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ตามแนวทางการคัดกรองอาการและระดับความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลของ The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS (2004) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสี่ยงของความผิดปกติ ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที และต้องมีการติดตามประเมินอาการทุก 30 นาที

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ ความวิตกกังวล

จำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น คาดเดาเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ผลการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ณ เวลานั้นตามแนวคิดของ Spielberger. (1983) โดยการซึ่งมีการประเมินภาวะวิตกกังวลขณะเผชิญ(State anxiety or S-Anxiety) ออกเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเลย จนถึงมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการภายในห้องฉุกเฉินจากภาวะการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรือจากการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วน

การพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง แนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลที่ผู้วิจัยได้จัดกระทำขึ้นเพื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอย่างเอื้ออาทร ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยนำหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ร่วมกับแนวคิดหลักการการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ประกอบด้วย

1. การคัดกรองผู้สูงอายุ เป็นการคัดกรอง (triage) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉิน จากการใช้เกณฑ์การประเมินความเร่งด่วนและคัดกรองของแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale: CATS) (2004) โดยแบ่งระดับความเร่งด่วนของการรักษาออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) ระดับที่ 2 รุนแรงมาก(Emergency) ระดับที่ 3 ฉุกเฉิน (Urgent) ระดับที่ 4 ฉุกเฉินปานกลาง (less - urgent) และ ระดับที่ 5 ไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉินเข้าร่วมโปรแกรม คัดเลือกจากผู้สูงอายุที่มีระดับความเร่งด่วนระดับ 3 ฉุกเฉิน (Urgent) ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสี่ยงของความผิดปกติ ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที และต้องมีการติดตามประเมินอาการทุก 30 นาที โดยมีเกณฑ์ที่ระบุถึงความเร่งด่วนร่วมกับการประเมินอาการสำคัญที่นำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล คือ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความเจ็บปวด โดยต้องมีการประเมินสัญญาณชีพในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาทุ่กราย ร่วมกับการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจ การประเมินระดับความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการไม่สุขสบาย และระดับความรู้สึกรู้สึกตัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมหรือได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ หรือหกล้มมาทุ่กราย โดยการแปลผลให้ยี่ดระดับความเร่งด่วนมากที่สุดเป็นเกณฑ์ตัดสิน

2. การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉิน (Assessment) ตามแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) โดยการซักประวัติ ร่วมกับการประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly) (Moore et al. 1996) ซึ่งประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ภาวะสมองเสื่อม /ภาวะซึมเศร้า /สับสนเฉียบพลัน ความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการผิวน้ำและความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาประเมินประมาณ 8-10 นาที และถ้ามีอาการผิดปกติในแต่ละส่วน จึงค่อยมาประเมินในแต่ละจุดที่ผิดปกติอย่างละเอียดเพิ่มเติมต่อไป

3 การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ตามปัญหาหรืออาการที่นำผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินในแต่ละราย โดยยึดหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ร่วมกับแนวคิดหลักการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย

3.1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จัดทำคู่มือในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้สูงอายุทั่วไป การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาบกพร่องในเรื่องของการมองเห็น การได้ยิน รวมถึงการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้

3.2) การมีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ ยอมรับในความสูงอายุของผู้สูงอายุ ความแตกต่างทางด้านเพศ วัฒนธรรม ประเพณี การให้การพยาบาลโดยแสดงความเคารพในผู้สูงอายุ

3.3) การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับเข้ามาเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินจนจำหน่าย มีการสอบถามถึงความต้องการและการประเมินอาการผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการรอคอย ผลการตรวจและการวางแผนการรักษาเป็นระยะ โดยผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนครั้งที่จะต้องเข้าไปให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำกับผู้ป่วยสูงอายุ อย่างน้อย 5 ครั้ง คือ

3.3.1) เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยคัดกรองอาการผู้สูงอายุ วัดสัญญาณชีพ พร้อมทั้งแจ้งผลการวัดสัญญาณชีพให้ผู้สูงอายุ /ญาติ ทราบ

3.3.2) เมื่อนำผู้สูงอายุเข้ามาเข้ารับการรักษา ณ จุดสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจอย่างคร่าวๆ ให้ผู้สูงอายุทราบ ห้องน้ำ การขอความช่วยเหลือ พร้อมทั้งเสนอตัวถ้าผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

3.3.3) เมื่อไปทำการพยาบาลหรือหัตถการกับผู้สูงอายุ ต้องมีการแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบถึงเหตุผลในการทำ พร้อมทั้งขั้นตอนการเตรียมตัวทุกครั้ง

3.3.4) เมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการออก โดยพยาบาลต้องแจ้งผลตรวจให้ผู้สูงอายุทราบทุกครั้ง หรือให้คำอธิบายถึงขั้นตอนการรักษาที่จะต้องทำต่อไป ระยะเวลาในการรอคอย

3.3.5) เมื่อผู้สูงอายุจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยจำนวนครั้งที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลเข้าไปให้การพยาบาลผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับอาการ หรือการร้องขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ

4 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ตามหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ร่วมกับแนวคิดหลักการการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เช่น จัดให้มีความเป็นสัดส่วน มีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย สะดวกสบาย เข้าถึงได้ง่าย (Parke & Friesen, 2007) โดยการคำนึงถึงลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการมองเห็น อาจต้องมีการจัดเตรียมแว่นขยายให้ในกรณี que ผู้สูงอายุไม่ได้นำแว่นสายตามาด้วย หรือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องในการพูด เช่น ผู้สูงอายุที่เงาะคอ อาจต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องเขียน ซึ่งในขั้นตอนการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน พยาบาลได้ทำการปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ทางเดินสำหรับที่จะไปห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ การติดสัญญาณขอความช่วยเหลือ

ช่วยเหลือ และการจัดมุมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนที่จะดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการ หลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

5 การประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ

การพยาบาลแบบปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ได้กำหนดขึ้นสำหรับผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินของ พยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้รับบริการต้องได้รับการเคลื่อนย้ายเข้าห้อง ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ได้รับการคัดกรองอาการและประเมินอาการแรกรับจาก พยาบาลวิชาชีพอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จัดลำดับความสำคัญของการเจ็บป่วยเพื่อให้แพทย์ได้ตรวจ ตามเกณฑ์อย่างรวดเร็ว ได้รับการวินิจฉัย การวางแผนการให้การพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการรักษาจากพยาบาลวิชาชีพอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องและเคลื่อนย้าย ส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง สมศักดิ์ศรี และ ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลทางจิตใจ และได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับการ รักษาที่ห้องฉุกเฉิน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการ รักษาที่ห้องฉุกเฉิน
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ารับการักษาที่ห้องฉุกเฉิน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้การปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุสูงต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปสาระสำคัญไว้ตามหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - 1.3 สาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน
 - 1.4 การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนภายในห้องฉุกเฉิน (Comprehensive Geriatric Assessment)
 - 1.5 การคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน
2. มโนทัศน์เกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 2.1 ผลของความวิตกกังวล
 - 2.2 ปัจจัยของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน
 - 2.3 การประเมินความวิตกกังวล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
 - 3.1 การดูแลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ “Age-friendly care”
 - 3.2 โรงพยาบาลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ Ageing Friendly Hospital
 - 3.3 หลักการการดูแลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age friendly principle and practices)
4. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
5. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน
 - 5.2 ห้องฉุกเฉิน รพ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - 5.1 แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน
6. การบูรณาการหลักการเอื้ออาทรในการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน
7. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุกำลังสำรองในร่างกายจะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและการตอบสนองต่อการรักษาได้ช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายผู้สูงอายุจึงมีส่วนสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ดังนี้

น้ำหนักและส่วนสูง ผู้สูงอายุจะมีน้ำหนักลดลงเพราะมวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) ลดลง ปริมาณของสารน้ำและมวลกระดูกจะลดลง เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเตี้ยลง

ไขมันและน้ำ สัดส่วนของไขมันจะเพิ่มขึ้นในขณะที่ปริมาณของน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยว ไม่เต่งตึง นอกจากนี้ ยังมีผลต่อการกระจายตัวของยาที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยยาที่ละลายในน้ำจะมี Volume of distribution (Vd) ลดลง ทำให้ระดับยาในเลือดสูงกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนยาที่ละลายในไขมัน จะมี Vd มากขึ้น ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติ แต่ค่าครึ่งชีวิตของยา (T1/2) ยาวขึ้น ถ้าได้รับยาเกินขนาดจะทำให้เกิดพิษจากยานานขึ้น

ผิวหนัง จะบางลง เพราะชั้นไขมันลดลง เป็นสาเหตุให้ผิวหนังแห้ง ตกเป็นขุย ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย และง่ายต่อการเกิดการติดเชื้อ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดแดงจะแข็งและขาดความยืดหยุ่น ทำให้แนวโน้มของความดันโลหิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายและการเกิดความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ (mortality and morbidity) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของหลอดลมลดลง ร่วมกับการมีการยึดติดของกล้ามเนื้อของผนังหน้าอก ผู้สูงอายุต้องใช้แรงในการหายใจในเพิ่มมากขึ้น เกิดลักษณะการหายใจแบบ obstructive pattern ซึ่งคล้ายกับลักษณะของผู้ป่วย COPD หรือ Asthma

ระบบทางเดินอาหาร

ช่องปากและทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการสูญเสียฟัน ต้องใช้ฟันปลอม ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเหงือกตามมา และผู้สูงอายุบางส่วนที่มีปัญหาเกี่ยวกับเหงือก จะทำให้เกิดปัญหาฟันคลอนและหลุด การสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ ส่งผลให้การรับประทานอาหารไม่สะดวก ไม่สามารถที่จะตัดหรือบดเคี้ยวของแข็ง หรือเนื้อสัตว์ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำหนักน้อย หรืออาจเกิดปัญหาน้ำหนักเกิน เนื่องจากผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารที่นุ่มๆ จำพวกแป้งหรือน้ำตาล ส่งผลให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา

ต่อมรับรสในปาก จะมีปริมาณและการทำงานลดลง ทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย ไม่อยากรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารหวาน เนื่องจากเป็นต่อมรับรสที่สามารถรับรสได้ดีกว่าต่อมรับรสชนิดอื่น

การสร้างกรดในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้เกิดการย่อยอาหารโปรตีนช้าลง หรืออาจมีปัญหามา anemia เนื่องจาก Intrinsic factor ทำงานเปลี่ยนไป

การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดการท้องผูกมากขึ้น ร่วมกับการที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการบดเคี้ยวอาหารที่ไม่ละเอียด การได้รับน้ำน้อยและการ

รับประทานอาหารที่มีกากน้อย ยิ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก นอกจากนี้ ยังอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิด diverticulosis เกิดการติดเชื้อ ทำให้ปวดท้อง ถ้าวินิจฉัยไม่ได้ อาจเป็นสาเหตุให้เกิด abscess หรือ sepsis

ตับ ขนาดของตับและเลือดที่ผ่านตับลดลง ส่งผลให้ตับทำงานลดลง มีผลทำให้ยาที่ต้องทำการ Metabolism ที่ตับ มี prolong half life ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ adverse drug reaction มากขึ้น

ไต ทำงานลดลง เพราะมีการสูญเสียของ nephron และ renal blood flow ลดลงด้วย ส่งผลให้ค่า creatinine clearance ลดลง แต่ค่า serum creatinine มักปกติ หรือต่ำกว่าปกติ เพราะ มวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุลดลง การที่มีภาวะ raising creatinine ก็ต่อเมื่อ nephron loss มากขึ้น อาจถึงขั้น renal insufficiency นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต ยังส่งผลทำให้การขับถ่ายยาลดลง ตาม creatinine clearance ที่ลดลง จึงต้องระวังขนาดของยาที่ขับถ่ายทางไต ทุกครั้ง เพราะอาจทำให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ได้ จากระดับยาในเลือดที่เพิ่มขึ้น

ระบบประสาท ในผู้สูงอายุขนาดของสมองและเซลล์สมองจะลดลง น้ำหนักของสมองจะน้อยลง เกิดช่องว่างระหว่างเนื้อสมองและกะโหลกมากขึ้น เมื่อเกิดแรงเหวี่ยงหรือการกระแทก จะเกิดการฉีกขาดได้ง่าย เกิด subtotal hemorrhage /hematoma ซึ่งการวินิจฉัยทำได้ยาก เนื่องจากประวัติการบาดเจ็บไม่ชัดเจน และอาการและอาการแสดงของภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้สูงอายุ ไม่ตรงไปตรงมา โดยผู้สูงอายุที่มาอาจไม่มีอาการปวดศีรษะเหมือนในผู้ป่วยกลุ่มอื่น แต่อาจมาด้วยสาเหตุพฤติกรรมเปลี่ยน ซึมลง นอกจากนี้ในส่วนของการทำงานของสมองจะพบว่า ความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และการรับรู้สัมผัส (sensory) ต่างๆ จะลดลง ความจำระยะสั้นจะบกพร่องก่อน ความจำระยะยาว ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพ เนื่องจากการให้ประวัติที่ไม่ชัดเจน ในส่วนของการนอนหลับของผู้สูงอายุนั้น พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ โดยผู้สูงอายุจะมีระยะของการหลับลึกลดลง ต้องตื่นอยู่บ่อยๆ ถึงแม้ว่าจะมีการงีบหลับเป็นระยะ แต่ยังรู้สึกเหมือนไม่ได้หลับ ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ยานอนหลับมากขึ้น อาจทำให้เกิด adverse drug reaction เช่น หกล้ม สับสน หรืออาการของสมองเสื่อมได้ จากการที่สมองเกิดการ sensitive ต่อยานอนหลับ

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จะลดประสิทธิภาพการทำงานลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อได้ง่าย การสร้าง antibody ในร่างกายจะลดลง เพราะฉะนั้น การฉีดวัคซีนให้กับผู้สูงอายุจะช่วยลดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้

กล้ามเนื้อและกระดูก ในผู้สูงอายุจะลดลงทั้งจำนวนและขนาดของ fiber ทำให้ strength ลดลง เมื่อร่วมกับ defect ในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ทำให้ปฏิกิริยาโต้ตอบ และการปรับตัวต่อ postural change ลดลง ทำให้เกิดการหกล้มและเกิดการหักของกระดูก จากการสูญเสียเนื้อกระดูกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากการที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้บุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำเป็นที่จะต้องปรับการบริการให้ทันกับความต้องการของประชากรของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักที่เข้ามารับการบริการที่ห้องฉุกเฉิน (Moons et al, 2003) พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษายภายในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินจะมีความแตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานหรือลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ Hazzard et al., (2003) เนื่องจาก

1.2.1 ผู้สูงอายุมีกำลังสำรองที่ลดลง การลดลงของกำลังสำรองและการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสมดุลของร่างกายในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่จะมีอาการที่ค่อนข้างรุนแรงหรือทรุดลงอย่างรวดเร็วและการฟื้นหายจะช้ากว่ากลุ่มผู้ป่วยอื่น เนื่องจากการเสื่อมลงของทางด้านร่างกาย ทำให้บุคลากรที่ดูแลจะต้องมีความรู้และเฝ้าระวังมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

1.2.2 ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายระบบ ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวสะสม ผู้สูงอายุจึงต้องมียาหลายชนิด เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยอาการใดอาการหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อการรักษาได้ ทำให้เกิดความสับสนได้ง่าย หรืออาจทำให้เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยาได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานที่ห้องฉุกเฉินบางส่วนจะเกิดความผิดพลาดในการใช้ยาหรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากมียารับประทานหลายชนิด ส่งผลให้ต้องกลับมารักษซ้ำภายในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และทำให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น (วันเพ็ญ สายยนต์ศศิกนก, 2550)

1.2.3 อาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical presentation) ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยบางครั้งอาการหรืออาการแสดงที่นำผู้สูงอายุมาเข้ารับการรักษจะไม่ค่อยชัดเจน ซึ่งแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย บางครั้งอาจไม่มีอาการแสดงของภาวะใช้น้ำมา เนื่องจากอุณหภูมิร่างกายของผู้สูงอายุจะต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ ทำให้เกิดการรักษาที่ผิดพลาด หรืออาการจะรุนแรงเพิ่มขึ้น กว่าที่แพทย์หรือพยาบาลจะทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ จากการที่กำลังสำรองของผู้สูงอายุลดลง ทำให้เมื่อเกิดความผิดปกติของอวัยวะหนึ่งอาจส่งผลต่ออวัยวะอื่นระบบได้ ทำให้เกิดความสับสนในอาการและอาการแสดงที่ผู้สูงอายุว่ามีสาเหตุจากอะไร หรือทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีหลายโรคทำให้อาการและอาการแสดงไม่เด่นชัด หรือเกิดความผิดปกติหลายระบบ แต่เกิดความเข้าใจผิดว่ามาจากสาเหตุเดียว ส่งผลให้เกิดการละเลยอาการเจ็บป่วยอีกสาเหตุหนึ่งได้ ทำให้การประเมินหรือการซักประวัติของอาการนำมาโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งบางครั้งอาการที่ผู้สูงอายุบอกอาจไม่สัมพันธ์กับโรค หรือบางครั้งผู้สูงอายุจะมีความสับสนเพราะฉะนั้น การซักประวัติจากญาติ การตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องใช้เวลา ซึ่งเป็นปัจจัยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในห้องฉุกเฉินนานขึ้น ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Kihlgren et al., 2004)

1.2.4 การดำเนินโรคและระยะเวลาที่มาพบแพทย์ จากการเปลี่ยนแปลงของเข้าสู่ภาวะชราของผู้สูงอายุ ทำให้กำลังสำรองลดลง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หรือรุนแรงกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาภายในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีอาการที่ค่อนข้างรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2544) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากคิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากความสูงอายุ ทำให้อาการดำเนินไปในทางที่รุนแรงขึ้น เกิดความยากลำบากในการรักษา ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นหายนานมากกว่าปกติ

1.2.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทุพพิกายหลายชนิด และมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่นการรับประทานยาไม่ครบ ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการวินิจฉัยโรคหรือการจัดการกับอาการ และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำของผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินของ วันเพ็ญ สายัณย์ศศิกร (2551) พบว่า การรับประทานยาไม่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับอัตราการกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำภายในห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ การได้รับยาหลายชนิดในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุของการจัดการดูแลรักษาที่ยากลำบากขึ้น เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะอาการทางคลินิกที่ไม่ตรงไปตรงมา

1.2.6 ปัญหาหรืออาการทางด้านร่างกายบางอย่างนั้น มีผลมาจากทางด้านจิตใจ เช่น ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซึม ไม่รับประทานอาหารนั้น อาจมีผลมาจากสภาวะจิตใจ เช่น การเป็นโรคซึมเศร้า

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุนั้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ามาได้รับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน การเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้บุคลากรภายในห้องฉุกเฉิน สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัยมากที่สุด

1.3 สาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะมีอัตราการใช้บริการห้องฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และมีอัตราการกลับมามาตรวจซ้ำมากกว่า โดยพบว่าระหว่างปี 1992-2002 อัตราการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 12 – 24 (Samaras et al, 2010) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยจากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินในปี 1993 – 2003 พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 34 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัย 65 – 74 ปี (Roberts et al, 2008) โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินมาจาก (Samaras et al, 2010)

1.3.1 ปัญหาในเรื่องของระบบประสาทหรือภาวะทางจิตใจ เช่น การเกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินมีภาวะสับสนจากพยาธิสภาพเดิม ประมาณ 7-10 % ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตและต้องรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล และการกลับเข้ามารักษาซ้ำ การประเมินการรับรู้หรือภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ ดังนั้น

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน จึงควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้หรือภาวะสมองเสื่อมทุกราย โดยการใช้แบบประเมินแบบรวบรัด หรือการประเมินแบบ 6 คำถาม ซึ่งเป็นการประเมินเกี่ยวกับวัน เวลา การให้แนะนำตัว และการประเมินเกี่ยวกับความจำระยะสั้น โดยการให้จำวัตถุ 3 อย่าง แล้วให้บอกหลังจากเว้นระยะห่างของเวลาไปประมาณ 1 นาที ซึ่งถ้าผู้สูงอายุสามารถตอบได้หมด ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องทดสอบอย่างอื่นที่เกี่ยวกับทางระบบประสาท หรือสมองเสื่อมเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สูงอายุพูดในสิ่งที่ผิดปรกติออกไป จำเป็นต้องมีการประเมินเพิ่มเติมอย่างละเอียด โดยใช้แบบทดสอบภาวะสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: Thai – Mini Mental State Exam / Thai MMSE ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มแพทย์ภายใต้ชื่อ Train The Brain Forum มาประเมินต่อไป นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังเป็นปัญหาอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุและยังเป็นอุปสรรคในการค้นหาโรคที่เฉียบพลันที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาล โดยในการประเมินภายในห้องฉุกเฉินอาจใช้ข้อคำถามง่ายๆ เช่น คุณมีความรู้สึกเศร้าหรือเบื่อชีวิตบ้างไหม ถ้าผู้สูงอายุตอบว่า เคยมีความรู้สึก จึงใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)(ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มรูปแบบต่อไป

1.3.2 ปัญหาจากการหกล้ม พบว่าการหกล้มเป็นสาเหตุถึงร้อยละ 15-30 ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน การประเมินเมื่อผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษานอกจากจะประเมินถึงอาการบาดเจ็บจากการหกล้มแล้ว การประเมินถึงในเรื่องของสาเหตุของการหกล้มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มคือ โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตต่ำจากการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหน้ามืด เป็นลม เมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) การติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ภาวะขาดน้ำ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา (WHO, 2004) หรือการถูกทำร้าย ซึ่งในต่างประเทศจะพบได้บ่อยกว่าในบริบทของสังคมไทยที่ยังคงให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุหรือผู้มีพระคุณ เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย อยู่ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2552)

1.3.3 โรคหัวใจ จากการศึกษาพบว่าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 60 มีอาการเจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะมาด้วยอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงทำให้การวินิจฉัยหรือการซักประวัติผู้สูงอายุเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

1.3.4 อาการปวดท้อง การการศึกษาพบว่าอาการปวดท้องอาการสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินร้อยละ 13 (Vanpee et al., (2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ กุทธิรักษ์ โธทองและคณะ. (2010) พบว่าผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการปวดท้องสูงเป็นอันดับสองของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Hustey et al. (2005) พบว่าอาการปวดท้องเป็นอาการหนึ่งในสี่อาการที่พบได้มากที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน และยังเป็นอาการที่ต้องใช้เวลาและเครื่องมือในการวินิจฉัยนาน เนื่องจากอาการปวดจะไม่มีลักษณะที่จำเพาะเจาะจงหรือบอกได้ว่าปวดอย่างไร ผู้สูงอายุจะบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน เช่นในผู้สูงอายุที่เป็นไส้ติ่งอักเสบ ตำแหน่งที่ปวดบางครั้งจะไม่ใช่ตำแหน่งท้องน้อยด้านขวา หรือมีไข้เหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Halter et al., 2009)

1.3.5 การติดเชื้อ จากการศึกษาพบว่าภาวะการติดเชื้อในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยที่พบบ่อยคือการติดเชื้อที่ปอด(Pneumonia) พบร้อยละ 25 รองลงมาคือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 22 และอันดับสุดท้ายคือ การติดเชื้อการติดเชื้อในกระแสโลหิตและแบคทีเรีย พบร้อยละ 18 ซึ่งอาการที่นำผู้สูงอายุมาบางครั้งจะไม่ได้มาด้วยเรื่องของปัญหาของการติดเชื้อ แต่จะมาด้วยภาวะสับสนหรือการหกล้ม ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าอาการติดเชื้อของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่รุนแรง

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีลักษณะที่เฉพาะที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยวัยอื่น บุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลจะให้เข้าใจ มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และสังคม เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ในผู้ป่วยวัยสูงอายุ เพราะฉะนั้น การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

1.4 การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนภายในห้องฉุกเฉิน (Comprehensive Geriatric Assessment)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราเพิ่มขึ้นในการเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน สืบเนื่องจากอัตราการเพิ่มของประชากรในปัจจุบัน ในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินนั้นจะมีรูปแบบการดูแลที่แตกต่างไปจากกลุ่มประชากรวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะที่ไม่เฉพาะเจาะจง อาการนำของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน อาจไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริงของอาการเจ็บป่วย เช่น ในผู้สูงอายุที่มีอาการซึม ไม่รับประทานอาหาร อาจไม่ใช่สาเหตุมาจากอาการของการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุ แต่อาจเป็นมาจากภาวะติดเชื้อ หรือผู้สูงอายุอาจมีภาวะของสมองเสื่อม เป็นต้น เพราะฉะนั้น การประเมินผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน จึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ประกอบด้วย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

1.4.1 การซักประวัติ สำหรับผู้สูงอายุนอกจากการซักประวัติการเจ็บป่วยทั่วไปแล้ว การซักประวัติทางด้านสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องของสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุผิด จะทำให้เกิดการรักษาที่ผิดพลาด ส่งผลเสียต่อผู้สูงอายุได้ ทั้งยังเป็นประเมินความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว

1.4.2 การตรวจร่างกาย การตรวจหรือประเมินร่างกายผู้สูงอายุนั้น จะต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อที่จะค้นหาปัญหาที่เกิดกับผู้สูงอายุในทุกๆด้านและนำมาวางแผนการให้การดูแลให้ครอบคลุม ป้องกันการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม โดยการประเมินผู้สูงอายุในแต่ละรายนั้นจุดเน้นของรายละเอียดในการประเมินอาจแตกต่างกัน แต่สิ่งที่จำเป็นต้อง

ประเมินผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินทุกครั้งและทุกราย คือ การประเมินสภาพทางจิตหรือการวัดความสามารถทางสติปัญญาและความสามารถในการทำงานของร่างกายหรือที่เรียกว่า การวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2536) เนื่องจากเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.4.3 การประเมินด้านสติปัญญา (Cognitive Assessment) หรือการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นการประเมินด้านความจำ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิดคำนวณ สมมติ และการตัดสินใจ โดยแบบประเมินที่เป็นที่นิยมนำมาใช้คือ Mini Mental State Exam (MMSE) โดยได้มีแพทย์ภายใต้กลุ่มชื่อ Train the Brain Forum นำมาแปลและได้นำมาทดสอบใช้กับผู้สูงอายุไทย โดยได้ชื่อว่า Thai -Mini Mental State Exam (Thai -MMSE)(ประเสริฐ อัสสันตชัย , 2536)

1.4.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นการประเมินทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกภาพ/พฤติกรรมของผู้สูงอายุ และใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งในประเทศไทยที่นิยมนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.4.5 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Function Assessment) เป็นการประเมินความสามารถพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Activities of Daily Living, ADL) ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การขึ้นบันได 1 ชั้น การควบคุมการขับถ่าย ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องประเมินผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินทุกราย เนื่องจากเป็นสิ่งที่สามารถบ่งได้ถึง การเปลี่ยนแปลงความสามารถหรือภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคบางอย่าง การให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการวางแผนการจำหน่าย

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Basic et al. (2002) พบว่า นอกจากการประเมินในเรื่องของความสามารถด้านสติปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้ว สิ่งจำเป็นที่ต้องประเมินผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน คือ แหล่งสนับสนุนในสังคมของผู้สูงอายุ และความเสียหาย และในส่วนของ Leah and Adams (2010) กล่าวว่า การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนภายในห้องฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย การประเมินในเรื่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนที่จะเข้ามารับการรักษา 3 วัน ประวัติของโรคหลอดเลือดสมองภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า ประวัติการหกล้ม ประวัติการเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่มีกรวางแผน การเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ การนอนติดเตียง และภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ (ดัดแปลงมาจาก การประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุของสมาคมผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ, 2010) สามารถช่วยลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ลดกลับเข้ามารักษาซ้ำภายในภายในห้องฉุกเฉิน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน

1.4.6 การประเมินปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Screening for Common Problems in Ambulatory Elderly) Moore et al., (1996) ประกอบด้วย

1) การประเมินทางด้านสายตา โดยถามว่า “คุณมีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันเพราะสายตาหรือเปล่า”

- 2) การประเมินการได้ยิน
- 3) การประเมินการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบประเมิน Get up and Go Test
- 4) การประเมินภาวะการล้มล้มปัสสาวะไม่อยู่ การถามว่า “ภายใน 1ปีที่ผ่านมา เคยปัสสาวะรดหรือไม่” ถ้าเคย “เคยปัสสาวะรดมากกว่า 6 ครั้ง ใน 1 ปีหรือไม่”
- 5) การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการถามถึงน้ำหนักที่ลดโดยไม่ตั้งใจลดมากกว่า 25 % ของน้ำหนักเดิม ภายใน 6 เดือน และการชั่งน้ำหนัก
- 6) การสอบถามเกี่ยวกับความจำ โดยใช้ แบบประเมิน Three -Item Recall
- 7) สอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยการสอบถามว่า “คุณมีความรู้สึกเศร้าหรือเบื่อชีวิตบ้างไหม”
- 8) สอบถามเกี่ยวกับความสามารถพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living, ADL) โดยสอบถามเกี่ยวกับความสามารถพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6 ข้อ คือ
 - 8.1) คุณสามารถทำกิจกรรมหนักๆ เช่นเดินเร็วหรือขี่จักรยานหรือเปล่า
 - 8.2) คุณสามารถทำงานบ้าน เช่นล้างพื้นหรือล้างกระจกได้หรือเปล่า
 - 8.3) คุณสามารถไปตลาดซื้อของเองได้หรือเปล่า
 - 8.4) คุณสามารถเดินทางไปไกลๆ เองได้หรือเปล่า
 - 8.5) คุณสามารถอาบน้ำเองได้หรือเปล่า
 - 8.6) คุณสามารถใส่เสื้อผ้าหรือรองเท้าเองได้หรือเปล่า

โดยการประเมินปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Screening for Common Problems in Ambulatory Elderly) เป็นการประเมินที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 8-10 นาที ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินประเมิน Screening for Common Problem in Ambulatory Elderly มาใช้ประเมินผู้สูงอายุเนื่องจากการประเมินที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ มีรายละเอียดครอบคลุม ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารับการรักษภายในห้องฉุกเฉินที่มีอาการเร่งด่วนในการรักษาและมีผู้รับบริการจำนวนมาก ถ้าพบว่าการประเมินส่วนใดมีปัญหาจึงใช้แบบประเมินแบบละเอียดมาประเมินเพิ่มเติมต่อไป

1.5 การคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

การคัดแยกอาการอย่างมีประสิทธิภาพของพยาบาลในการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ห้องฉุกเฉินมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จะได้รับบริการหรือเข้ารับการรักษาจรวดวินิจฉัยจากแพทย์ได้อย่างทันที่ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลให้กับผู้สูงอายุได้ ซึ่งรูปแบบการคัดกรองมาตรฐานวัดความเร่งด่วนและการคัดกรองแคนาดา The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS) จะประกอบด้วยเกณฑ์ที่ให้ในการระบุความรุนแรงที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเป็น 5 ระดับ โดยการประเมินจากอาการที่นำมา สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oxymeter) และระดับความเจ็บปวด ดังนี้ คือ

ระดับที่ 1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบ มีระดับความรุนแรงมาก อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที และต้องได้รับการดูแลและประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อค ไม่หายใจหรือมีภาวะการหายใจลำบากอย่างรุนแรง อัตราการหายใจมากกว่า 36 ครั้งต่อนาที หรือมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oxymeter) น้อยกว่า 90 % คะแนนระดับความรู้สึกตัว น้อยกว่า 8

ระดับที่ 2 รุนแรงมาก (Emergency) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบการทำงานของร่างกายหลายระบบ ในระดับที่มีความรุนแรงมาก เสี่ยงต่อการเกิดความพิการ ต้องได้รับการดูแลภายใน 15 นาที และต้องได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 15 นาที ได้แก่ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหายใจลำบาก แต่มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oxymeter) อยู่ระหว่าง 90-92 % มีระดับสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และไม่คงที่ มากหรือน้อยกว่าค่าปกติ 20-40 % มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ หรือมีประวัติได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะและหมดสติ ค่า GCS อยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน ระดับความเจ็บปวดอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน

ระดับที่ 3 ฉุกเฉิน (Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติรุนแรงขึ้น ต้องได้รับการดูแลภายใน 30 นาที และต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 30 นาที ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ แต่ไม่มีภาวะหายใจลำบาก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oxymeter) อยู่ระหว่าง 92-94 % มีค่าความผิดปกติของสัญญาณชีพ ที่มากกว่าหรือน้อยกว่าค่าปกติ 10-20 % หรือในผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับบาดเจ็บศีรษะไม่หมดสติแต่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว อยู่ระหว่าง 10-12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ค่าคะแนนความรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีความเจ็บปวด (Pain scale) อยู่ระหว่าง 7/10 คะแนน

ระดับที่ 4 ฉุกเฉินปานกลาง (less - urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับความไม่สุขสบาย และต้องได้รับการดูแลรักษาภายในเวลา 60 นาที และต้องมีการประเมินอาการซ้ำอย่างอย่างน้อยทุก 60 นาที ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจไม่รุนแรง มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oxymeter) อยู่ระหว่าง 95-97 % ระดับของสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อยในระดับที่ไม่รุนแรง หรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ไม่มีประวัติในเรื่องของการหมดสติหรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ค่าคะแนน GCS 13-15 คะแนน ระดับความไม่สุขสบายหรือความเจ็บปวดอยู่ระหว่าง 4-7 คะแนน

ระดับที่ 5 ไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่มีอาการเดิมของโรคเรื้อรังที่สามารถตรวจจากแผนกผู้ป่วยธรรมดาได้ แต่อาจมีความวิตกกังวลต้องเข้ารับการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งต้องได้รับการดูแลภายใน 120 นาที และต้องได้รับการประเมินอาการและการดูแลทุก 120 นาที ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ แต่ไม่มีประวัติหมดสติหรือคลื่นไส้อาเจียน มีค่าคะแนน GCS 15 คะแนน Pain scale น้อยกว่า 4 คะแนน

การคัดกรองอาการของผู้สูงอายุจะสามารถช่วยให้สามารถที่จะประเมินอาการผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ช่วยลดอันตรายให้กับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ระหว่างบุคลากรกับผู้สูงอายุ สามารถที่จะให้ข้อมูลของขั้นตอนการรักษา สามารถช่วยลดความรู้สึกรวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

2. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป เป็นความรู้สึกลึบสน เครียด กังวล วิตก ตื่นเต้น ไม่มีความสุข เป็นความรู้สึกลึบสบายใจ และความรู้สึกลึบกลัว หวาดหวั่นกับสิ่งที่คุณคุกคาม แต่ยังไม่รู้ว่าเป็นอะไร (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2545) ซึ่งความวิตกกังวลนี้ นอกจากจะมีผลต่อสภาพจิตใจแล้วยังมีผลควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายด้วย (รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธศรีใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ .2550) ซึ่งความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามลักษณะเฉพาะของบุคคล ตามเหตุการณ์ที่มากระตุ้น ซึ่งสามารถแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state-anxiety หรือ s-anxiety) และความวิตกกังวลแบบแฝง (trait-anxiety หรือ t-anxiety) (Spielberger and Guerrero, 1983) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state-anxiety หรือ s-anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ไม่พึงประสงค์หรือรู้สึกว่าคุณคุกคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองมากระตุ้น ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เกิดการตื่นตัว เกิดความรู้สึกลึบเครียด ไม่สุขสบาย กระทบกระวายใจ ซึ่งความรุนแรงของความรู้สึกรวิตกกังวลขณะเผชิญจะขึ้นอยู่กับการประเมินระดับของความรุนแรงของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มากระทบนั้นๆของแต่ละบุคคล

2.1.2 ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait-anxiety หรือ t-anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะบุคลิกภาพประจำตัวของแต่ละบุคคลซึ่งจะมากหรือน้อยจะเป็นไปตามลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งในเวลาปกติจะไม่แสดงพฤติกรรมออกมาโดยตรง แต่ถ้ามีสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์มากระตุ้น จะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยในผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงสูง จะทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมและตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่คุณคุกคามอย่างรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำ ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน หรือได้รับอุบัติเหตุ ต้องเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน จะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น ในผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงสูง จะถูกเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำกว่าความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินเกิดจากการเจ็บป่วยที่ไม่ได้คาดการณ์หรือวางแผนไว้ ล่วงหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกลึบเครียด ไม่สบายใจ เกิดการคาดเดาถึงอันตรายหรือสิ่งที่คุณคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง โดยระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลนั้นขึ้นกับตัวผู้สูงอายุแต่ละราย

2.2 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทั้งทางด้านประสาทพยาธิสรีรวิทยา ร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญา การรับรู้ ซึ่งการตอบสนองต่อความวิตกกังวล สามารถแบ่งระดับได้เป็น 4 ระดับ (Stuart & Sundeen, 1983) คือ

2.2.1 ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกตื่นตัว (alert) ในการคิดหาสาเหตุและหาวิธีในทางที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ถึงเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้บุคคลเห็น ได้ยิน และเข้าใจได้ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน ทำให้บุคคลเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหา เป็นความวิตกกังวลที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน

2.2.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่ระดับรุนแรงมากกว่าระดับ Mild anxiety เล็กน้อย ซึ่งความวิตกกังวลระดับนี้ ยังสามารถให้บุคคลยังคงมีระดับของความตื่นตัวอยู่ แต่จะมุ่งประเด็นแต่ในเรื่องหรือเหตุการณ์ที่ตนสนใจ การรับรู้ในเรื่องอื่นจะแคบลง

2.2.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ระดับการรับรู้หรือประสาทรับความรู้สึกจะลดลง บุคคลจะมุ่งประเด็นไปในเรื่องของรายละเอียดปลีกย่อย ไม่สามารถที่จะคิดถึงเรื่องอื่นๆได้ ความคิดในเรื่องของการแก้ไขปัญหาจะลดลง ความรู้สึกจะถูกจำกัดหรือถูกยึดติดกับเรื่องนั้นๆตลอดเวลา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เมื่อมีสิ่งอื่นหรือเหตุการณ์อื่นมากระตุ้นจะยิ่งทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติจะตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลระดับสูงนี้ อัตราการเต้นของชีพจรจะเร็วขึ้น ระดับการหายใจกับระดับความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเพิ่มการหลั่งของอีพิเนฟริน (Epinephrine) หลอดเลือดจะหดตัวและอุณหภูมิจะลดลง

2.2.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic) ความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว หวาดหวั่นพรั่นพรึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลจะหยุดชะงัก ไม่สามารถที่จะคิดได้อย่างมีเหตุผลหรือแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่แสดงออกจะไร้ซึ่งจุดมุ่งหมาย การสื่อสารจะเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งถ้าปล่อยให้ระดับความวิตกกังวลระดับรุนแรงดำเนินต่อไปเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้เกิดประสาทหลอนและเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้

จากการศึกษาถึงระดับของภาวะวิตกกังวลจะเห็นได้ว่า ระดับของความวิตกกังวลจะมีความสำคัญเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย โดยบุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับสูง จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้ พฤติกรรมและระบบต่างๆภายในร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการพยากรณ์โรค การรักษา และการดูแล ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลก็จะสามารถเพิ่มระดับความวิตกกังวลเป็นระดับรุนแรงได้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการคุมคามต่อความปลอดภัยและชีวิตของผู้ป่วยได้ หน้าที่ของพยาบาลจึงต้องเฝ้าประเมินระดับความวิตกกังวลและหาสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเพื่อให้การดูแลและร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในการแก้ไขปัญหา ซึ่งลักษณะเช่นนี้จะเป็นการดูแลแบบองค์รวมและเป็นลักษณะการดูแลที่เอื้ออาหารต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งมีได้มุ่งดูแลรักษาพยาบาลแต่ในเรื่องของทางกายเพียงอย่างเดียว

2.3 ปัจจัยของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

การเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงเฉียบพลันหรือการได้รับอุบัติเหตุ (Moons et al., 2003) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่ได้วางแผนหรือเตรียมใจมาก่อน เป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าจะเกิดอันตรายและถูกคุมคามต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเมื่อรับเข้ารับรักษาภายในห้องฉุกเฉินมีทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน ดังนี้คือ

2.3.1 ความเครียดจากการเจ็บป่วย ความรู้สึกกลัวตาย หรือความรู้สึกกลัวว่าอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บนั้นจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตปกติ (Moons et al. 2003) สูญเสียซึ่งความคิดในการตัดสินใจด้วยตนเอง ต้องเป็นภาระของผู้ป่วยในการดูแล ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

2.3.2 สิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากการออกแบบหรือสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินเป็นลักษณะที่ใช้กับการบริการให้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นลักษณะที่ไม่มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ซึ่งสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้สูงอายุ (Nolan, 2009 ; Watson et al, 1999) คือ

1) สภาพภายในห้องฉุกเฉินที่มีลักษณะคับแคบ และหนาแน่น ไม่มีความเป็นส่วนตัว

2) ลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ร่งควน เครื่องเคียด กระจาย วิตกกังวล

3) บรรยากาศภายในห้องฉุกเฉิน ที่มีลักษณะที่เร่งรีบ เสียงดัง อึกทึก แสงไฟที่ส่องสว่างอยู่ตลอดเวลา เป็นสิ่งที่กระตุ้นผู้สูงอายุให้เกิดความวิตกกังวล

4) บุคลากรภายในห้องฉุกเฉินที่ไม่คุ้นเคย พลัดเปลี่ยนเข้ามาตรวจรักษาหรือการซักประวัติ และต้องทำงานอย่างเร่งรีบ จำกัดเวลาในการให้บริการ

5) ลักษณะเตียงของห้องฉุกเฉินที่เป็นลักษณะแคบ ไม่สุขสบายในการที่จะให้ผู้สูงอายุนอนรอเป็นเวลานาน

6) ลักษณะภายในห้องฉุกเฉินที่ต้องให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลใกล้ชิดออกไปรอด้านนอกห้องฉุกเฉิน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากครอบครัวหรือญาติผู้ใกล้ชิดรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดผู้ดูแลในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2538)

2.3.3 ลักษณะของการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากการไม่เข้าใจ ขาดทักษะที่ดีในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อสาร เช่น ผู้สูงอายุจะมีความบกพร่องเกี่ยวกับการได้ยิน เช่น หูตึง หรือในเรื่องของการมองเห็น บางครั้งในการซักประวัติ ผู้สูงอายุจะหลงลืม จำไม่ได้หรือต้องใช้เวลาในการนึก เจ้าหน้าที่ที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความคิดที่เป็นเชิงลบกับผู้สูงอายุได้ (Nolan, 2009) การให้ข้อมูลถึงขั้นตอนการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ระยะเวลาการรอคอย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกวิตก

กังวลต่อผู้สูงอายุ โดยในผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลและมีการสื่อสารที่ดีกับเจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉิน ความรู้สึกวิตกกังวลจะน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เกิดปัญหาหรือมีการสื่อสาร

2.3.4 ความล่าช้าในการรอคอย จากการที่ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยที่ต้องให้บริการผู้ป่วย ทุกกลุ่มอายุและมีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก รวมทั้งผู้สูงอายุด้วย บางครั้งหากผู้สูงอายุมาใน ระยะเวลาที่มีผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการฉุกเฉินหรือรุนแรงกว่าที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที ทำให้ ผู้สูงอายุต้องใช้เวลารอคอยในห้องฉุกเฉินเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กระวนกระวาย (Kihlgren et al. 2004) และการที่ผู้สูงอายุต้องนอนรออยู่บนเตียงนอนที่เป็น ลักษณะที่เป็นรถนอน (stretcher) ที่คับแคบและแข็ง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิด ความรู้สึกสับสน (delirium) ในผู้สูงอายุขึ้นได้ Karen et al. (2011) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนภายในห้องฉุกเฉิน คือ การใช้ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานภายในห้องฉุกเฉิน เนื่องจาก ลักษณะสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่เสียงดังอยู่ตลอดเวลา อยู่ท่ามกลางความ หนาแน่นของผู้ป่วยรายอื่นที่รอรับการรักษภายในห้องฉุกเฉิน และท่ามกลางบรรยากาศที่ตึงเครียด ความเร่งรีบในการให้การรักษาผู้ป่วย ความรู้สึกวิตกกังวลและอาการของผู้ป่วยที่อยู่ใกล้เคียง แสง สว่างที่ส่องตลอดเวลาของหลอดไฟ ทำให้ไม่ทราบเวลากลางวัน กลางคืน เป็นสิ่งที่ทำให้ระดับการรับรู้ ของผู้สูงอายุลดลง และเกิดภาวะสับสนขึ้นได้

2.4 ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในเรื่องของการทำงาน ของระบบต่างๆในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและพฤติกรรม (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว ,2522; Willson,H.S & Kneisl, C.R.,1992;Boyd,M.A.2005)

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี เมื่อเกิดภาวะความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะทำให้ อีพิเนพริน(epinephrine) นอร์อีพิเนพริน(norepinephrine)และฮอร์โมนเอซีทีเฮซ(ACTH hormone) หลั่งออกมาในกระแสเลือดมากขึ้น ส่งผลให้การควบคุมของเกลือแร่ในร่างกาย ทั้งยังมี ผลเกี่ยวกับการหลั่ง กลูคอคอร์ติคอยด์(glucocorticoids) ซึ่งมีผลต่อการเผาผลาญสารอาหารพวก โปรตีน ไขมันและน้ำตาลในร่างกาย มีการขับน้ำตาลออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น จึงทำให้การควบคุม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวลเป็นไปได้ไม่ดี นอกจากนี้ เมื่อเกิดภาวะวิตกกังวลจะมีผลต่อแอนโดรเจน (androgens) ในร่างกายซึ่งมีผลต่อ กล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการของภาวะปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้

1.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา โดยสมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum)จะ กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งจะทำให้ต่อมพิทูอิทารี หลั่งฮอร์โมนเอซีทีเฮซ(ACTH hormone) มากระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนใน (cortex adrenal gland) เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล(cortical hormone) มีผลให้ร่างกายทนทานต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้นและไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะส่งกระแสไปตามประสาทอัตโนมัติ ไปที่ Medulla ของต่อมหมวกไต ให้หลั่งอีพิเนพริน(epinephrine) ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหดตัว เกร็ง

เพื่อที่จะเตรียมสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยานี้ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยถ้าเกิดความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะทำให้เกิดการเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกาย แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงหรือระดับตื่นกลัวสุดขีด จะส่งผลให้ระบบต่างๆ หยุดการทำงานได้(สุรนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว,2522) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น(Stuart, G.W.,2009 ; Boyd, M.A., 2005) มีดังนี้

- 1) ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจและหลอดเลือด ในผู้ที่เกิดภาวะความวิตกกังวล จะส่งผลทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก เส้นเลือดหดตัว ทำให้บริเวณมือเท้าซีดและเย็น อุณหภูมิจะต่ำ มีเหงื่อออกบริเวณฝ่ามือ
- 2) ระบบกล้ามเนื้อ จะมีอาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง กระตุก มือเท้าสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- 3) ระบบหายใจ การหายใจจะลึกและเร็วขึ้น หายใจไม่อิ่ม หายใจหอบคล้ายจะเป็นลม ถอนหายใจบ่อย อึดอัดแน่นบริเวณหน้าอก
- 4) ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการอยากอาหารลดลงทำให้รับประทานอาหารได้น้อย หรือในบางรายจะมีความอยากรับประทานอาหารมากผิดปกติ มีอาการแน่น อึดอัดท้อง ไม่สบายท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจมีปัญหาท้องผูก หรือท้องเดิน
- 5) ระบบขับถ่าย ผู้ที่มีภาวะความวิตกกังวลบางรายจะส่งผลต่อระบบขับถ่าย โดยจะทำให้เกิดการถ่ายปัสสาวะบ่อย หรือบางรายอาจมีปัญหาในเรื่องของท้องผูกหรือท้องเดิน
- 6) ระบบประสาท โดยอาจส่งผลให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ความจำสั้น สมาธิไม่ดี เกิดการรับรู้ที่บกพร่องหรือบิดเบือน ส่งผลต่อการนอนหลับ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ

2.4.3 ผลต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออก โดยเมื่อเกิดภาวะความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ที่มีภาวะความวิตกกังวลหงุดหงิดฉุนเฉียว โมโหง่าย ไม่เป็นมิตร ตัวสั่นใจสั่น หายใจเร็ว (hyperventilation) พูดเร็ว ติดๆซัดๆ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว จะมุ่งสนใจแต่ตนเอง ท่าทางกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง จู้จี้ขี้บ่น บางครั้งจะทำให้เกิดการสู้หรือหลีกเลี่ยงกับสิ่งที่คิดว่าจะมาคุกคาม หรือสิ่งที่ตนเองรู้สึกวิตกกังวลอยู่

1.5 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ

1.5.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลที่เกิดจากการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ เหงื่อออก รูม่านตาขยาย (Stuart & Sundeen, 1995)

1.5.2 การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น การพูดตะกุกตะกัก ร้องไห้ เดินไปเดินมา กัดเล็บ ผุดลุกผุดนั่ง สะดุ้งตกใจง่าย ซึมไม่อยากทำอะไร ย้ำคิด้ย้ำทำ ฯลฯ (Otong,D.A., 2008)

1.5.3 การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยการสำรวจความรู้สึกที่ตนรับรู้ แล้วตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวล ดังนี้

1.5.3.1 มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลแบบง่าย โดยการใช้การขีดเส้นให้มีความยาวประมาณ 100 มิลลิเมตร ปลายปิด ด้านซ้ายจะเป็นระดับความรู้สึกที่ไม่มีความวิตกกังวลเลย และจะเพิ่มระดับความวิตกกังวลขึ้นเรื่อยๆ จนถึงมากที่สุดที่ส่วนปลายปิดด้านขวาสุด ซึ่งมาตรวัดนี้สามารถใช้ได้ง่าย แต่ผู้ป่วยจะสามารถคาดเดาในการตอบได้ถ้านำมาประเมินซ้ำๆ ทำให้ไม่สามารถทราบถึงระดับของความวิตกกังวลของผู้ถูกประเมินได้อย่างแท้จริง

1.5.3.2 แบบประเมินวิตกกังวล (The Faces Anxiety Scale) (McKinley et al.,2003) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่มีลักษณะสีหน้า 5 แบบให้ผู้ป่วยเลือก ตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลเลย จนถึงวิตกกังวลมากที่สุด เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลที่ใช้ได้ง่าย และได้นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่าง แบบประเมินภาวะวิตกกังวลขณะเฉย (State anxiety or S-Anxiety) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) กับผู้ป่วยสูงอายุทันตกรรม โดย Kudo M., et al (2003) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

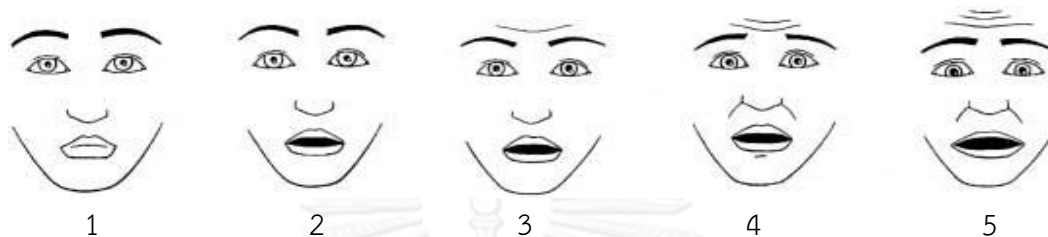
1.5.3.3 แบบวัด Anxiety Status Inventoy (ASI-SAS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในคลินิก พัฒนาโดย Zung ซึ่งแบบประเมินนี้ไม่เหมาะที่จะนำมาประเมินผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหาทางจิต เพราะจะทำให้ผลออกมามีคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

1.5.3.4 แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย (Hospital Anxiety Depression Scale) ฉบับภาษาไทย (Thai - HADS) ได้พัฒนาขึ้นโดยนายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539)เป็นแบบสอบถามที่ประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นมาโดย Zigmond and Snaith (1993) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ ส่วนของการประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ และส่วนของการประเมินอาการวิตกกังวล 7 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ ใช้วัดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดี และยังไม่มีพบปัญหาในเรื่องของการใช้ข้ามวัฒนธรรมซึ่งได้มีผู้ทำไปแปลและนำไปใช้ในหลากหลายประเทศ ทั้งในส่วนของยุโรปและเอเชีย

1.5.3.5 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลที่พัฒนาขึ้น โดยแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมิน Spielberger et al.(1983)ที่แยกระหว่างภาวะวิตกกังวลขณะเฉยและภาวะวิตกกังวลแฝง ซึ่งแต่ละส่วนจะประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ จะมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ มีระดับการวัดเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีความรู้สึกเลย จนถึงมีมากที่สุด ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งในบุคคลที่เจ็บป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและบุคคลทั่วไป ซึ่งยังไม่พบปัญหาในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ (Kogan,G.N.and McKee, D.R.2000)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินวิตกกังวล The Faces Anxiety Scale ที่พัฒนาขึ้นโดย McKinley et al. (2003) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่าย และได้มีการนำไปหา

ความสัมพันธ์กับแบบประเมินขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety) ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger. 1983) กับผู้ป่วยสูงอายุทันตกรรม โดย Kudo M., et al (2003) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยใช้รูปภาพแสดงสีหน้าอารมณ์ (The Faces Anxiety Scale) จะมีลักษณะสีหน้า 5 แบบให้ผู้ป่วยเลือก ตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลเลย จนถึงวิตกกังวลมากที่สุด



- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ไม่มีความกังวล ไม่มีความรู้สึกทุกข์ ทรมานแต่อย่างใด |
| 2 | หมายถึง | วิตกกังวลเล็กน้อย รู้สึกตื่นตัวเล็กน้อย ยังมีความรู้สึกที่สามารถทนได้ |
| 3 | หมายถึง | วิตกกังวลปานกลางถึงมาก รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ เหมือนใจสั่นๆ ซึพจรเต้นเร็ว เหงื่อออก อยากปัสสาวะบ่อยๆ พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เริ่มมีความรู้สึก ว่าไม่สามารถทนได้ |
| 4 | หมายถึง | มีความกังวลมาก กระวนกระวายใจ ไม่มีสมาธิ สับสน ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้ |
| 5 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก รู้สึกโกรธ ไม่พอใจในสิ่งต่างๆ รอบข้าง ตัว ไม่สามารถทนอยู่ในเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้นได้ |

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

จากการเพิ่มของประชากรของผู้สูงอายุที่เป็นไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบสุขภาพ หรือการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันนั้นยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและ ให้การดูแลที่ตรงกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ(ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) ทั้งยังขาดความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โดยพยาบาลจะมุ่งเน้นในการให้การดูแลแต่ในเรื่องของร่างกายเป็นหลักขาดการประเมินในเรื่องของจิตใจ โดยคิดว่าภาวะเจ็บป่วยทางกายเป็นปัญหาที่สำคัญ และด้วยเวลาอันมีจำกัดและต้องให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีจำนวนมากภายในห้องฉุกเฉิน จึงทำให้พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญกับสิ่งที่นอกเหนือจากอาการหรืออาการแสดงอันเป็นสิ่งที่นำผู้สูงอายุมาที่ห้องฉุกเฉิน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ห้องฉุกเฉินซึ่งเป็นด่านแรกของผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถนำมาบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

3.1 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2004) ได้นำหลักการ การดูแลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ “Age-friendly care” มาประกาศใช้ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ

3.1.1 หลักการให้ข้อมูลข่าวสาร ทักษะความรู้ของบุคลากร และการฝึกอบรมบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ (Information, education and training) เพื่อให้บุคลากรที่ให้บริการผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีและให้บริการอย่างมีคุณภาพ บุคลากรผู้ให้บริการผู้สูงอายุจึงควร

1) บุคลากรที่มีสุขภาพควรได้รับการเตรียมความรู้ในเรื่องของผู้สูงอายุ ความแตกต่างในเรื่องของเพศ วัฒนธรรม ความไวในเรื่องของผู้สูงอายุและการสูงอายุ ความละเอียดอ่อนในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติที่ดีและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

2) บุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับการเตรียมความรู้พื้นฐานและฝึกทักษะความสามารถในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ

3) บุคลากรที่มีสุขภาพมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในเรื่องความแตกต่างของอายุ เพศ วัฒนธรรมประเพณี มีการให้ข้อมูลความรู้ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรคและการจัดการเรื่องยาในผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนให้ความมั่นใจกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

4) บุคลากรที่มีสุขภาพควรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมดในผู้สูงอายุ รวมทั้งในเรื่องการรักษาแบบแพทย์ทางเลือกที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ

3.1.2 หลักการจัดการเรื่องระบบบริการในผู้สูงอายุ

บุคลากรที่มีสุขภาพควรมีการปรับระบบการบริหารให้ครอบคลุมกับผู้สูงอายุที่ต้องมีการดูแลที่มีความจำเพาะหรือต้องได้รับการดูแลพิเศษ เช่นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในเรื่องของการรับรู้

1) ระบบบริการสุขภาพควรจัดให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือมีปัญหาในเรื่องของเศรษฐกิจได้รับการบริการสุขภาพที่ทั่วถึงและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย

2) ศูนย์บริการสุขภาพควรมีการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับชุมชน และระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ และทุติยภูมิกับตติยภูมิ

3) ศูนย์บริการสุขภาพควรให้การสนับสนุนในเรื่องของอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้ากับสังคมและสถานที่

4) ควรมีระบบการบันทึกที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนของการดูแลที่ระดับชุมชน (ปฐมภูมิ) การดูแลในระดับทุติยภูมิ และการดูแลที่ระดับตติยภูมิ เพื่อที่จะได้สามารถให้ข้อมูลของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่กับส่วนบริการที่ต้องการข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุได้

5) ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับหน่วยงานของศูนย์บริการสุขภาพเกี่ยวกับองค์ประกอบของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนของตน

6) ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการของศูนย์บริการสุขภาพ เช่น เวลาเปิดศูนย์บริการ ตารางแพทย์ตรวจ ตารางการตรวจและการรักษาของแพทย์ และขั้นตอนการลงทะเบียน ควรเขียนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุอ่านและเข้าใจได้

3.1.3 หลักการการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

- 1) การปรับหรือการออกแบบสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยดูถึงสภาพความเป็นจริงที่สามารถทำได้ นำไปใช้ได้จริง หรือทำเท่าที่สามารถจะทำได้
- 2) มีการจัดระบบการขนส่งที่สะดวกและปลอดภัยสู่หน่วยบริการสุขภาพเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยอาจให้ทรัพยากรภายในชุมชน หรือคนในชุมชน หรือการใช้อาสาสมัคร
- 3) ควรมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านได้ง่าย
- 4) ผู้บริการสุขภาพควรมีป้ายชื่อหรือรูปภาพที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นและอ่านได้ง่าย
- 5) หน่วยบริการสุขภาพควรมีอุปกรณ์ที่ให้แสงสว่างที่เพียงพอ พื้นทางเดินที่ไม่ลื่น การวางเฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน
- 6) ภายในศูนย์บริการสุขภาพ รวมทั้งพื้นที่ในการนึ่งรอการตรวจรักษา ควรสะอาดและมีความสะดวกสบาย

3.2 Senior Friendly Hospital เป็นแนวคิดที่ทำให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ ของ Regional Geriatric Program of Toronto (1986) โดย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

3.2.1 การสนับสนุนขององค์กร (Organizational Support) ผู้บริหารต้องสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดสถานที่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนเกี่ยวกับบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ มีการส่งอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.2 กระบวนการดูแล (Processes of Care) การเน้นให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.3 การดูแลสภาพแวดล้อมทางด้านพฤติกรรมและจิตใจ (Emotional and Behavioural Environment) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ที่บุคลากรทางทีมสุขภาพปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ การยอมรับ ความเคารพในความเป็นผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ การใส่ใจในความต้องการของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่นในผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล และการให้กำลังใจกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงในเรื่องของการให้ข้อมูล

3.2.4 จริยธรรมทางการดูแลและการวิจัย (Ethics in Clinical care and Research)

3.2.5 การจัดการกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) เน้นการออกแบบทางด้านกายภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความสุขสบาย การปรับตัว การเข้าถึง ความเข้าใจและการคงไว้ซึ่งความสามารถของการทำงานทางด้านร่างกาย การรับรู้ การมองเห็น

3.3 หลักการการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age friendly principle and practices) ได้รับการสนับสนุนจาก Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) โดยกลุ่มผู้ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุออสเตรเลีย ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขของออสเตรเลีย ในปี 2004 และเผยแพร่โดยกระทรวงบริการมนุษย์ของรัฐวิคตอเรีย (Victoria Government Department of Human Services) เมื่อ เดือนเมษายน 2005 มีจุดมุ่งหมายในการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต ส่งเสริมและ ป้องกันการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งมี 7 หลักการคือ

3.3.1 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยการนำความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง การป้องกันความเสื่อมของภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

1) การดูแลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมาด้วยอาการและอาการแสดงจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2) บุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลโดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้ การปฏิบัติ และคำนึงถึงการคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกาย

2.1 การป้องกันการหกล้ม

2.2 การป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนัง

2.3 การส่งเสริมในเรื่องของโภชนาการ

2.4 การดูแลในเรื่องของภาวะสับสนและสมองเสื่อม

2.5 การดูแลในเรื่องของภาวะซึมเศร้าและการแยกตัวจากสังคม

2.6 การส่งเสริมในเรื่องของการจัดการเรื่องยา

2.7 การดูแลจัดการเรื่องของการถนัดการเคลื่อนไหว/อุจจาระ

2.8 การส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในตนเองและการช่วยเหลือตนเอง

3.3.2 การตระหนักและรับรู้ถึงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ มีความไวต่อความสูงอายุและผู้สูงอายุ

1) บุคลากรสามารถคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถคัดแยกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพได้

2) การดูแลรักษา พยาบาลแบบสหสาขาวิชาชีพ ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ โดยการประเมินต้องครอบคลุมทั้งในเรื่องของ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะสุขภาพ การนึกคิดและการรับรู้ และภาวะสุขภาพจิต

3) มีการประเมินและวางแผนการดูแลอย่างรวดเร็วในผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพแล้วมีความเสี่ยงในเรื่องของภาวะสุขภาพ ซึ่งต้องครอบคลุมทั้งในประเด็นของภาวะสุขภาพ ก่อนที่จะเจ็บป่วยมาโรงพยาบาล การวางแผนการดูแลและแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนที่ให้การสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

4) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ ต้องอยู่บนหลักของการใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์แล้วว่าใช้ได้

5) การพัฒนาการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพจะต้องมีการเชื่อมโยง ประสานงานกับบุคคลเหล่านี้ด้วย เช่น ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ บุคลากรจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือครอบครัว และแหล่งหรือบุคคลที่สนับสนุนในชุมชน

6) การดูแลและรักษาที่ให้กับผู้สูงอายุต้องให้มีการเชื่อมต่อการวางแผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการดูแลแต่เดิมที่ผู้สูงอายุเคยได้รับ

3.3.3 การมีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ : การรักษาและดูแลผู้สูงอายุด้วยการแสดงถึงการมีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ การแสดงถึงการเคารพนับถือ และการยอมรับผู้สูงอายุ เคารพในความ

แตกต่างกันและความต้องการเฉพาะรายผู้สูงอายุ รวมถึงความแตกต่างของวัฒนธรรม ประเพณี และความแตกต่างของเพศของผู้สูงอายุ

- 1) มีการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 2) บุคลากรทางทีมสุขภาพมีการดูแลที่ตอบสนองกับลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ รวมถึงความหลากหลายในเรื่องของภาษาและพื้นฐานของวัฒนธรรม รวมถึงลักษณะของพื้นที่ ที่อยู่อาศัย เช่นผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองกับผู้สูงอายุที่อยู่ต่างจังหวัด หรืออยู่ในพื้นที่ ที่ห่างไกล
 - 2.1) โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ประสานความสัมพันธ์และความปรองดองภายในครอบครัว หรือกับผู้สูงอายุกับผู้ดูแล
 - 2.2) ต้องให้สิทธิกับผู้สูงอายุในการเรียกใช้ล่ามหรือผู้แปลภาษาให้
 - 2.3) ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงของความต้องการทางด้านโภชนาการ ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมประเพณีการปฏิบัติ
- 3) ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา การวางแผนเป้าหมาย ร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพ และการให้แรงสนับสนุนในการจัดการตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจในเรื่องของความก้าวหน้าในการดูแลรักษา
- 4) ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม บุคลากรทางทีมสุขภาพต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุ การดำเนินการของโรค และมีการยืนยันหรือยืนยันถึงความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทีมบุคลากรทางทีมสุขภาพให้ ทั้งกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- 5) บุคลากรทีมสุขภาพต้องรับรู้ถึงความต้องการและความสามารถของครอบครัวและผู้ดูแล

3.3.4 หลักในเรื่องของการจัดการเกี่ยวกับความล่าช้าในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้สูงอายุและญาติตั้งแต่แรกรับการหาแหล่งสนับสนุนทางการรักษาใกล้บ้าน

- 1) การประสานงานที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการรับผู้สูงอายุเข้ารับการนอนพักในโรงพยาบาล และหน่วยยานพาหนะที่จะส่งผู้สูงอายุกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชนที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ ซึ่งรวมถึง
 - 1.1) การประสานงานกับหน่วยบริหารสุขภาพภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงรายละเอียดในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ (ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมแยกตัวจากสังคม อันตรายจากการใช้ยาและแอลกอฮอล์ การลงละเมิดผู้สูงอายุ การออกกำลังกายและภาวะโภชนาการ โรคประจำตัวของผู้สูงอายุและการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้
 - 1.2) การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับ เพื่อป้องกันและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ
 - 1.3) การประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่และใช้บริการถึงแผนการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุ
 - 1.4) การประสานงานที่มีประสิทธิภาพกับเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้สูงอายุรับบริการอยู่

1.5) การประเมินถึงความสามารถและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุใน
ขณะที่มีการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุกลับสู่ชุมชน

2) การมีช่องทางสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดความล่าช้าในการดูแล
รักษาพยาบาลและการลดระยะเวลาในการรอคอยแพทย์เฉพาะทาง

3) การมีแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและ
แหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อเพิ่มความมั่นใจว่า เมื่อผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล
กลับสู่ชุมชนแล้วจะสามารถได้รับการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

4) การมีแนวทางการดูแลที่มีเป้าหมายในเรื่องของความต้องการที่สลับซับซ้อนใน
ผู้สูงอายุ

3.3.5 การหลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และ
หลีกเลี่ยงการขยายระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

โดยในส่วนของหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น มีแนวทางในการปฏิบัติคือ

1) หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีเครื่องมือและบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ
ในการประเมินปัญหาความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยรวมถึง

1.1) แบบประเมินความเสี่ยงในผู้สูงอายุ และเครื่องมือในการประเมิน
ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมที่อาจทำให้การแสดงถึงอาการเจ็บป่วยไม่แน่ชัด

1.2) การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นสัดส่วนภายในห้องฉุกเฉิน เพื่อผู้สูงอายุ
โดยเฉพาะ โดยมีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรคอยดูแลในเรื่องของความปลอดภัยและความสุขสบาย
กับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งผู้ดูแล เพื่อความสะดวกในการให้การรักษาพยาบาล การให้บริการกับผู้สูงอายุ
และญาติ

2) การมีช่องทางสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งในเรื่องของ
การไม่รับผู้สูงอายุเข้าอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น หรืออาจมีการส่งผู้สูงอายุกลับไปรักษาต่อที่หน่วย
บริการในชุมชนที่ผู้สูงอายุรับการรักษายู่ หรือการมีหอผู้ป่วยระยะสั้นเพื่อสังเกตอาการสำหรับ
ผู้สูงอายุ

3.3.6 หลักการในเรื่องของการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งแรกใน
การให้บริการสุขภาพ

1) การออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับ
ความสูงอายุ ในเรื่อง ความบกพร่องในการรับรู้ การสูญเสียการได้ยิน ความบกพร่องในการมองเห็น
ปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสภาพร่างกาย การลดลงของภาวะ
โภชนาการ

โดยในที่นี้ ได้รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออาทรกับผู้สูงอายุด้วย
ตัวอย่างเช่น

1.1) การจัดสภาพแวดล้อมที่โล่ง สะดวกในการเคลื่อนไหว เคลื่อนย้าย
ร่างกาย ไม่วางของเกะกะ

1.2) พื้นที่ไม่ลื่น

1.3) การใช้เสียงที่ปรับระดับได้ เสียงที่ไม่สูงจนเกินไป หรือเสียงที่อยู่ในระดับต่ำ

1.4) ทางเข้าประตูห้องน้ำที่ง่ายในการเปิดประตู

1.5) มีสถานที่หรือห้องที่เงียบสงบในการประเมินผู้สูงอายุ

1.6) การเตรียมพนักงานรักษาความปลอดภัยหรือผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาในเรื่องของภาวะสับสนหรือภาวะสมองเสื่อม เพื่อการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องของพฤติกรรม

2) เมื่อมีการพัฒนานโยบายและขั้นตอนการบริหาร หน่วยบริการสุขภาพต้องนำนโยบายในเรื่องของการจัดบริการในผู้สูงอายุเข้าอยู่ร่วมด้วย ซึ่งต้องมีการจัดการที่เหมาะสมในเรื่องของการสนับสนุนผู้สูงอายุในรายที่มีภาวะพึ่งพาและในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้ และการป้องกันหรือพยายามหลีกเลี่ยงในเรื่องของการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ทั้งจากในเรื่องของการรักษา เช่น การให้น้ำเกลือ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นและจากภูมิร่างร่างกาย

3) บุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่า ความภาคภูมิใจในตนเองกับผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่สามารถที่จะมีภาวะที่จะตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้มากนัก

4) ตีกรับผู้ป่วยสูงอายุ ควรมีแนวทางจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งรวมถึงจะต้องส่งเสริมในเรื่องการมีกิจกรรม หรือการเคลื่อนไหวร่างกายให้กับผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุแต่งตัวเอง การรับประทานอาหารเอง ในพื้นที่ส่วนกลางที่จัดไว้สำหรับการรับประทานอาหาร

5) บุคลากรทีมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความมั่นใจว่า ทีมงานที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ

6) บุคลากรทีมสุขภาพพึงตระหนักและระมัดระวังเกี่ยวกับประเด็นปัญหาในเรื่องของจริยธรรมและในเรื่องของความต้องการของผู้สูงอายุ

7) บุคลากรทีมสุขภาพควรใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ทำที่จะสามารถทำได้ในการค้นหาปัญหาและความต้องการเฉพาะรายในผู้สูงอายุ

3.3.7 การดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัยและผลประโยชน์สูงสุด

1) การเพิ่มหรือขยายระดับการบริการของรถฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

2) ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเคารพและยอมรับในการตัดสินใจหรือความปรารถนาของผู้สูงอายุตามที่ผู้สูงอายุได้เขียนระบุไว้

4. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติสภาการพยาบาล ปี 2540 ได้ระบุบทบาทหนึ่งของพยาบาล คือ การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลสุขภาพของโรค และการฟื้นฟูสภาพ

4.1 Parke, B.(2007) กล่าวถึงเหตุผลในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจาก

4.1.1 เพื่อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ในการสร้างหรือจัดสิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นต้องสร้างหรือจัดให้เอื้อต่อการที่จะสามารถให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดตามความสามารถที่จะปฏิบัติ

4.1.2 เพื่อที่จะป้องกันความเสี่ยง โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเมื่อเคลื่อนไหว ลดภาวะเครียดและความวิตกกังวล สนับสนุนเรื่องความสามารถในเรื่องของการรับรู้และส่งเสริมการนอนหลับ คำนึงถึงในเรื่องของการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วย เช่น ต้องมีราวจับข้างๆ ของทางเดิน นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงขนาดและรูปร่างของราวจับด้วยเช่นกัน การออกแบบเฟอร์นิเจอร์ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความนุ่ม ลักษณะของพื้นผิว การออกแบบห้องน้ำ พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น ไม่มีน้ำท่วมขัง ประตูเป็นลักษณะของบานเลื่อนและกว้างพอที่จะสามารถนำรถเข็นเข้าไปได้ แสงสว่างต้องมีเพียงพอ และอาจใช้แสงสว่างจากธรรมชาติช่วยเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะรับรู้เวลาด้วยเช่นกัน

4.1.3 เพื่อสนับสนุนสัมพันธภาพในครอบครัวหรือผู้ดูแล จึงควรจัดพื้นที่ ที่มีมุมที่เป็นส่วนตัวในการพบปะพูดคุย และเป็นห้องที่สำหรับให้ความรู้หรือคำปรึกษากับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ลดสิ่งแวดล้อมที่จะสามารถรบกวนผู้สูงอายุ เช่น เสียง โดยมีการศึกษาพบว่า ลักษณะเสียงที่ดังตลอดเวลาจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความวิตกกังวลได้

4.2 O'Keeffe (2004). ได้เสนอแนวปฏิบัติในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โดยได้กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทั่วไป มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุส่งผลต่อการเพิ่มระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถที่จะช่วยคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในขณะที่ที่อยู่ภายในโรงพยาบาลและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตจนกระทั่งกลับบ้านได้ ซึ่งแนวปฏิบัติในการจัดสิ่งแวดล้อมนี้ สามารถที่จะนำไปใช้ได้ในทุกสถานที่ภายในโรงพยาบาล

4.2.1 การจัดสิ่งแวดล้อมพื้นที่ต่างๆไปสำหรับผู้สูงอายุ การมีแสงสว่างที่เพียงพอ ทั้งในห้องนอน ทางเดิน และห้องน้ำ หลีกเลี่ยงแสงที่จ้าหรือมืดเกินไป ไม่ควรใช้อุปกรณ์หรือคอมไฟที่สะท้อนแสงและเป็นอันตรายต่อสายตาผู้สูงอายุ เช่น คอมไฟตั้งโต๊ะ หลอดไฟดวงเล็กๆ ป้ายหรือสัญลักษณ์ต่างๆ ควรมีแสงไฟที่ส่องสว่างสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เสียงในระดับที่ดังเกินไปที่ผู้สูงอายุจะสามารถได้ยินหรือเข้าใจจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มความวิตกกังวล สับสน และอ่อนเพลีย ควรลดระดับเสียงลดในสถานที่ ที่มีผู้ป่วยสูงอายุอยู่ เช่น เสียงจากโทรทัศน์ เสียงวิทยุ หลีกเลี่ยงเสียงรบกวนภายในห้องนอนของผู้สูงอายุ วัสดุที่ใช้ในการทำผนังหรือเพดานห้องของผู้สูงอายุไม่ควรใช้วัสดุที่ทำให้เกิดเสียงก้องหรือสะท้อนเสียง การจัดเตรียมเครื่องช่วยฟังไว้ในสถานที่ที่มีผู้สูงอายุมาติดต่อ ใช้โทนสีอบอุ่นหรือโทนสีสว่างในการตกแต่งสถานที่ เนื่องจากโทนสีเย็นจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการมองเห็นหรือแยกแยะสีได้ การใช้สีในการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ใช้สีเหลือง

บริเวณระเบียง สีเขียวภายในห้อง และสีน้ำตามภายในห้องน้ำ หรือใช้สีเป็นตัวช่วยในการที่ตัดแบ่งพื้นที่ เช่น ประตูกับผนังทางเดิน ไม่ควรใช้การตกแต่งที่มีลวดลายมากเกินไป รูปภาพควรเป็นภาพที่ชัดเจนและเป็นภาพจริง หลีกเลี่ยงการตกแต่งด้วยกระจก เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนได้ วัสดุที่นำมาตกแต่งไม่ควรมีความแข็งกระด้างต่อการสัมผัส มีวัสดุที่ช่วยในการรับรู้หรือเตือนความจำ เช่น นาฬิกา (ควรมีขนาดใหญ่ สามารถมองเห็นตัวเลขได้ชัดเจน วัสดุที่ใช้ทำหน้าปัดนาฬิกา ไม่ควรสะท้อนแสง) ปฏิทินป้ายต่างๆหรือสัญลักษณ์ที่สื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ ควรมีขนาดใหญ่ มองเห็นได้ชัดเจน และอ่านง่าย

4.2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุให้ผู้สูงอายุ ใช้วัสดุที่เป็นสีพื้น ไม่ควรใช้วัสดุที่มีลวดลายมากเกินไป เพราะอาจส่งผลต่อการรับรู้ต่อผู้สูงอายุได้ พื้นต้องไม่ทำด้วยวัสดุที่ไม่มีการเคลือบเงาหรือลื่น เพราะอาจเสี่ยงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ ประตูต้องมีความกว้างเพียงพอสำหรับการให้ความช่วยเหลือ หรือสามารถนำรถเข็นเข้าไปได้ ลูกบิดประตู ควรใช้แบบคันโยก ห้องพักผ่อน ควรอยู่ในพื้นที่ภายในและทำให้สามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของเวลา เช่น กลางวัน กลางคืน ประตูของหอผู้ป่วยควรเป็นประตูที่เปิด ปิดง่าย หรือเป็นประตูอัตโนมัติ ไม่ใช้วัสดุที่สามารถทำให้พื้นมีคม อาจทำให้บาดเจ็บแก่ผู้สูงอายุได้

4.2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ห้องนอนควรอยู่ใกล้กับห้องน้ำ หรืออยู่ติดกัน เพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุ สัญญาณขอความช่วยเหลือที่สามารถพูดร้องขอความช่วยเหลือได้ ต้องมีอยู่ที่เตียงตลอดเวลา ปุ่มกดต้องใหญ่และง่ายต่อการกด ห้องนอนต้องมีขนาดกว้างพอที่รถเข็นสามารถเข้าไปได้ ห้องน้ำต้องมีขนาดกว้างพอที่รถเข็นหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) สามารถเข้าไปได้ รวมทั้งผู้ดูแลสามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ กระจกขาโต๊ะควรอยู่ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุหยิบได้สะดวก (สูงประมาณ 19 นิ้วจากพื้นและอยู่ด้านหน้าของชักโครก) ภายในห้องน้ำของผู้สูงอายุควรมี กระจกหรือที่รองปัสสาวะสำรองไว้ มีพัดลมระบายอากาศภายในห้องน้ำ มีราวให้ผู้สูงอายุจับได้อย่างมั่นคง พื้นห้องน้ำไม่เปียก และ พื้นทำจากวัสดุไม่ลื่น หลีกเลี่ยงพื้นเซรามิก มีทางลาดที่ทำสัญลักษณ์สีเหลืองมองเห็นได้ชัดเจน พื้นทางเดินสำหรับผู้สูงอายุ ต้องโล่ง ไม่มีของวางเกะกะ สามารถให้รถเข็น / อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) และผู้ดูแลอยู่พร้อมกันได้ โทรศัพท์ของผู้สูงอายุควรเป็นสีดำ ปุ่มตัวเลขสีขาวที่มองเห็นชัดเจน ขนาดใหญ่เพียงพอ กดง่าย อยู่ในตำแหน่งที่ใกล้กับเตียง สามารถควบคุมระดับเสียงได้ และมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่ใช้หูฟังได้ เสียงผู้ป่วยควรเป็นเสียงไฟฟ้า สามารถปรับระดับได้ มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง ลักษณะของไม้กั้นเตียงไม่ควรมีลักษณะเหมือนลูกกรง เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนถูกกักขังได้ ปุ่มสำหรับปรับเตียงต้องมีขนาดใหญ่เพียงพอ ง่ายต่อการใช้งาน แก้วน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีความสูงจากพื้นโดยประมาณ 18-19 นิ้ว และลึกระมาณ 18-20 นิ้ว ควรมีที่พิงแขนทั้ง 2 ข้าง ไม่ใช้วัสดุที่ลื่นในการทำแก้วน้ำ เมื่อนั่งแล้วต้องมีความมั่นคง มีที่พิงหลัง เมื่อนั่งแล้วเท้าทั้ง 2 ข้างควรแตะพื้นเต็มฝ่าเท้า นอกจากนี้ อาจต้องคำนึงถึงในเรื่องของโภชนาการหรืออาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาจให้มีอาหารเบาหวาน หรืออาหารลดเกลือในร้านสะดวกซื้อภายในโรงพยาบาล

4.3 American College of Emergency Physicians ได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับหน่วยอุบัติเหตุ ฉกฉวยสำหรับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมขั้นพื้นฐานภายในหน่วยอุบัติเหตุ ดังนี้

4.3.1 เฟอร์นิเจอร์ภายในห้องฉุกเฉิน แก้อัศจรรย์สำหรับผู้สูงอายุควรทำให้รู้สึกว่ามันนุ่มแล้วสบาย มีที่วางแขน เติงควรเป็นเตียงที่ปรับระดับได้ และต้องง่ายต่อการที่ผู้สูงอายุจะสามารถเดิน หรือ เคลื่อนไหวด้วยตนเอง เนื่องจากมีรายงานพบว่า ไม่นั่งเตียง ไม่ได้ช่วยป้องกันผู้สูงอายุจากการตกเตียง แต่อาจทำให้เป็นสาเหตุหรือทำให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น การเลือกวัสดุของพื้นผิวเฟอร์นิเจอร์ ควรมึลักษณะที่อ่อนนุ่ม ผิวเรียบลื่น ทำความสะอาดง่าย ไม่มีตะเข็บมาก เนื่องจากห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นสถานที่ ที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก การเลือกอุปกรณ์ที่นำไปทำความสะดวกได้ ง่าย เป็นการป้องกันการติดเชื้ การป้องกันการเกิดแผลกดทับภายในห้องฉุกเฉิน โดยการเลือกวัสดุ อุปกรณ์ที่อ่อนนุ่ม เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ

4.3.2 อุปกรณ์พิเศษต่างๆ เช่น ผ้าห่มไฟฟ้า, น้ำอุ่น, พื้นทางเดินไม่ควรใช้วัสดุที่ลื่น, โถง รองปัสสาวะข้างเตียงนอนผู้สูงอายุ, อุปกรณ์ช่วยเดิน, เครื่องช่วยฟัง, แวนสายตาหรือแว่นขยาย,

แสงภายในห้องฉุกเฉินควรเป็นแสงที่มีความนุ่มนวล สบายตา ไม่สว่างและไม่มืดจนเกินไป แสง จากธรรมชาติของกลางวันและกลางคืนจะช่วยให้ผู้สูงอายรรู้ถึงเวลาที่เปลี่ยนไปและช่วยลดภาวะ สับสนได้ ผู้สูงอายุควรสามารถที่จะควบคุมการเปิดปิดไฟด้วยตนเองได้ เมื่อต้องการการพักผ่อน ห้อง สำหรับผู้สูงอายุควรเป็นห้องที่ช่วยในการป้องกันเสียงสะท้อน หรือเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ จะเพิ่มความวิตกกังวลและทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนได้ ควรจัดให้มีพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และการเปิดดนตรี เบาๆ ภายในห้องฉุกเฉิน โดยมีการศึกษาพบว่า เสียงดนตรี สามารถที่จะช่วยลดความวิตกกังวล อัตราเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิตได้ โดย ผู้สูงอายุควรได้รับการแนะนำในเรื่องของการฟังดนตรีที่ตนชื่นชอบเพื่อไม่ให้เกิดการรบกวนผู้ป่วย รายอื่น

5. แนวคิดหลักการพยาบาลผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน

ห้องฉุกเฉิน รพ.จุฬาลงกรณ์

ห้องฉุกเฉิน รพ.จุฬาลงกรณ์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ- ฉุกเฉินทุกระบบ ทุกเพศ ทุกวัยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเป้าหมายในการให้บริการคือ บริการรวดเร็ว ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ใช้บริการพึงพอใจ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้กำหนดมาตรฐาน 2 มาตรฐานคือ

5.1 มาตรฐานโครงสร้างงานการพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

5.2 มาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

5.1 มาตรฐานโครงสร้างงานการพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ประกอบด้วยมาตรฐานย่อย 8 มาตรฐาน คือ

มาตรฐานที่ 1 หน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มีเป้าหมายวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีปรัชญาที่ สะท้อนให้เห็นถึงเอกลักษณ์ของงานบริการพยาบาล ซึ่งสามารถบอกทิศทางการทำงาน

มาตรฐานที่ 2 มีการจัดองค์กรการบริหารอย่างมีส่วนร่วม ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อบรรลุ วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 3 มีการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสม และเพียงพอในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

มาตรฐานที่ 4 มีมาตรการและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ทันสมัย และสอดคล้องกับกฎระเบียบ

มาตรฐานที่ 5 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้ – รับบริการ สะดวก คล่องตัว ปลอดภัยต่อการให้บริการ เป็นที่น่าพอใจของผู้ให้บริการและผู้มารับบริการเกิดความประทับใจ

มาตรฐานที่ 6 วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ต่างๆ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยผู้ให้และผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 7 มีกระบวนการดูแลให้บริการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยจัดระบบบริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

มาตรฐานที่ 8 มีการจัดการด้านคุณภาพการบริการ และการพัฒนาบริการ เพื่อสอดคล้องกับแนวทางในการดำเนินงานของโรงพยาบาล

5.1.2 มาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานย่อย 7 มาตรฐาน คือ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย โดย

1) พนักงานทุกคนต้องมีความรู้และผ่านการอบรม เรื่อง หลักการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

2) พนักงานต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถนอนได้อย่างถูกต้องด้วยความรวดเร็ว

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพอย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดย

1) พยาบาลคัดกรองทุกคนต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มากกว่า 1 ปี และมีทักษะในการสังเกต การสื่อสารและมีความรู้

2) ให้การต้อนรับด้วยท่าที่เป็นมิตร น้ำเสียงสุภาพอ่อนโยนและอบอุ่น

3) ประเมินอาการผู้ป่วยได้แม่นยำ ถูกต้อง โดยประเมินจากอาการทั่วไป รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

4) บันทึกข้อมูลผู้นำส่งอย่างละเอียด

5) ส่งต่ออาการผู้ป่วยเข้าห้องตรวจอย่างรวดเร็ว ส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยและนำส่งให้พยาบาลประจำห้องตรวจอย่างรวดเร็ว

6) ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ญาติและผู้นำส่งอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการประเมินแรกรับอย่างถูกต้องจากพยาบาลวิชาชีพอย่างทันเวลาที่เข้าถึงห้องตรวจ โดย

1) ประเมินสภาพอาการเจ็บป่วยอย่างรวดเร็วโดย

- ญาติ
- 1.1) ชักประวัติอาการเจ็บป่วยที่สำคัญที่นำมาโรงพยาบาลจากผู้ป่วย/ญาติ
 - 1.2) ประเมินอาการทั่วไป เช่น การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว
 - 1.3) ตรวจสอบสัญญาณชีพ และบันทึกเป็นข้อมูลแรกรับ
- 2) จัดลำดับความสำคัญของการเจ็บป่วยเพื่อให้แพทย์ได้ตรวจตามเกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็น 5 เกรด คือ
- 2.1) เกรด 1 Resuscitation ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิตต้องการการดูแลรักษาในทันที ระยะการรอคอย 0 นาที
 - 2.2) เกรด 2 Emergency ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องการการดูแลอย่างรีบด่วน เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตและสูญเสียอวัยวะสำคัญ หากได้รับการช่วยเหลือล่าช้า ระยะเวลารอตรวจภายใน 10 นาที
 - 2.3) เกรด 3 Urgency ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว สามารถรอได้ แต่ต้องการการใช้ทรัพยากรช่วยเหลือมากกว่าหรือเท่ากับ 2 อย่างขึ้นไป ระยะเวลารอตรวจภายใน 30 นาที
 - 2.4) เกรด 4 Semi-urgency ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป ระยะเวลารอตรวจภายใน 60 นาที
 - 2.5) เกรด 5 Non-urgency ผู้ป่วยเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน ระยะเวลารอตรวจไม่เกิน 120 นาที
- มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ วางแผนให้การพยาบาลเบื้องต้น และปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาจากพยาบาลวิชาชีพอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง
- 1) วางแผนให้การพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยและเตรียมช่วยแพทย์ตรวจตามสภาพอาการเจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว เหมาะสมและมั่นใจ
 - 2) วางแผนปฏิบัติการพยาบาล เตรียมอุปกรณ์พร้อมทำการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วย
 - 3) ระบุสภาพปัญหาและภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย แจ้งให้พยาบาลทุกคนในทีมทราบ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
 - 4) เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา เวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้และเพียงพอตลอดเวลา
 - 5) บันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลในใบ Emergency Nursing Assessment อย่างละเอียด ถูกต้อง
- มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเคลื่อนย้ายส่งต่ออย่างปลอดภัย ดังนี้
- 1) ส่งต่อข้อมูลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดย
 - 1.1) พยาบาล Admission ประสานงานส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำตึกรักษาพยาบาลในรายละเอียดของผู้ป่วย ในเรื่อง
 - 1.1.1) ประวัติการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้นำส่ง
 - 1.1.2) การรักษาพยาบาลในปัจจุบัน และที่ได้รับไปแล้ว

1.1.3) สัญญาณชีพ สภาพอาการของผู้ป่วยขณะนั้น โดยส่งต่อ
อาการสำคัญ ปัญหาและความเสี่ยง

1.1.4) อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตึก
รักษาพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนผู้ป่วยจะเข้าถึงตึกรักษาพยาบาล

1.1.5) สิทธิการรักษาของผู้ป่วย

1.2) เตรียมและตรวจสอบเอกสาร ของมีค่าของผู้ป่วย ลงบันทึกรายการ
ทั้งหมดที่สมุดส่งต่อให้พร้อมและครบถ้วน

2) เตรียมสภาพผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย

2.1) พยาบาลประจำห้องตรวจ ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ
เพื่อให้แน่ใจว่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2.2) จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม คลุมผ้าให้เรียบร้อยไม่เปิดเผยผู้ป่วย

3) เตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิตพื้นฐาน และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็นให้พร้อม

4) พนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี และเจ้าหน้าที่ติดตามไปดูแลผู้ป่วย
ขณะเคลื่อนย้าย สังเกตและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และพร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที

5) ส่งมอบเอกสาร ของมีค่าให้พยาบาลประจำตึก ตรวจสอบให้ถูกต้อง ช่วย
เคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงในตึกรักษาพยาบาลอย่างปลอดภัย

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง และสมศักดิ์ศรี

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลทางจิตใจและได้รับ ข้อมูลการรักษาพยาบาล
อย่างต่อเนื่อง โดย

1) ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ ดังนี้

1.1) เจ้าหน้าที่ทุกคนทักทาย ต้องรับด้วยท่าที่ยิ้มแย้มและพูดด้วย
น้ำเสียงสุภาพ อ่อนโยน

1.2) พยาบาลแสดงออกซึ่งการยอมรับอย่างกระตือรือร้นในขณะที่พูด
หรือฟังผู้ป่วย/ญาติ ด้วยน้ำเสียงที่ให้เกียรติ

1.3) พยาบาลให้เวลารับฟังเมื่อผู้ป่วย/ญาติให้ข้อมูลที่คิดว่าจำเป็น โดย
หยุดงานที่ทำอยู่ชั่วคราว สบตาผู้พูดและตอบสนองโดยแสดงกิริยารับรู้

1.4) ให้ความช่วยเหลือทันทีที่ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย/ญาติ อย่าง
กระตือรือร้นและเต็มใจ

2) ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบขั้นตอนการให้บริการ แนวทางการรักษาพยาบาล
แผนการรักษาพยาบาล และแจ้งผลการรักษาพยาบาลตามสถานการณ์และความเหมาะสมภายใน
ขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล

หลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน Geriatric Emergency Management ของ
Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ที่มีจุดมุ่งหมายในการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุ
ที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน ร่วมกับการส่งเสริมในเรื่องความรู้และประสิทธิภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
ภายในห้องฉุกเฉิน โดยมีการจัดการด้านต่างๆ 3 ด้านคือ

- 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 1.1) การสื่อสาร
 - 1.2) การเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ
 - 1.3) ภาวะโภชนาการ
 - 1.4) ภาวะซึมเศร้า
 - 1.5) ภาวะสมองเสื่อมและสับสนเฉียบพลัน
 - 1.6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 1.7) การจัดการความปวด
- 2) การให้การพยาบาลผู้สูงอายุตามกระบวนการพยาบาล โดย
 - 2.1) นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
 - 2.2) การปฏิบัติการพยาบาลตามการวางแผนการพยาบาลที่ได้วางแผนตามปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในภายในห้องฉุกเฉินและความต้องการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 2.2.1) การสื่อสาร
 - 2.2.2) การเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ
 - 2.2.3) ภาวะโภชนาการ
 - 2.2.4) ภาวะซึมเศร้า
 - 2.2.5) ภาวะสมองเสื่อมและสับสนเฉียบพลัน
 - 2.2.6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 2.2.7) การจัดการความปวด
- 3) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความสูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ

จากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหลายอย่างร่วมกัน เนื่องจากการเสื่อมถอยทางร่างกายที่เกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้นพยาบาลผู้ทำหน้าที่ในการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโดยตรง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536) โดยจะต้อง

 - 1) มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
 - 2) มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตสังคม ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุ
 - 3) มีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านปัญหาทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 4) มีความคิดริเริ่มในการจัดกิจกรรมต่างๆที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมหรือป้องกันภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 5) มีความรู้ความสามารถในด้านการสอน คำแนะนำ แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เข้าใจ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านได้

6) มีความไวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เนื่องจาก ลักษณะของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ค่อยสนใจอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองหรือบอกกับผู้อื่น เนื่องจากเข้าใจว่า เป็นลักษณะตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเมื่อสูงวัยขึ้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ คอยสังเกตอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถที่จะแยกได้ว่า พฤติกรรมใดที่เป็นพฤติกรรมปกติของผู้สูงอายุและพฤติกรรมใดที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงกับผู้สูงอายุ

7) มีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ ยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ให้การดูแลรักษาพยาบาลเสมือนว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคล บุคคลหนึ่งที่ยังคงมีความสามารถในการทำกิจกรรม เคารพในความเป็นตัวตนที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละคน

ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุทุกๆไป ในส่วนของพยาบาลผู้สูงอายุภายในหน่วย ฉกฉกนั้น ยังไม่มีบทบาทหรือมาตรฐานที่เป็นบทบาทเฉพาะของพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉกฉกในประเทศไทย แต่ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลภายในหน่วยอุบัติเหตุฉกฉกไว้ดังนี้

5.1 Canadian Nurses Association (2006) ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลห้องฉกฉกไว้ 19 สมรรถนะ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการคัดกรอง (Triage) 2) สมรรถนะด้านระบบทางเดินหายใจ 3) สมรรถนะด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด 4) สมรรถนะด้านระบบประสาท 5) สมรรถนะด้านการได้รับบาดเจ็บหลายระบบ 6) สมรรถนะด้านระบบหู คอ จมูก และใบหน้า 7) สมรรถนะด้านระบบทางเดินอาหาร 8) สมรรถนะด้านระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ 9) สมรรถนะด้านระบบสืบพันธุ์และสูติกรรม 10) สมรรถนะด้านระบบกระดูก และโครงสร้าง 11) สมรรถนะด้านภาวะฉกฉกจากสิ่งแวดล้อม 12) สมรรถนะด้านระบบภูมิคุ้มกันและระบบต่อมไร้ท่อ 13) สมรรถนะด้านการดูแลผู้ถูกทำร้ายร่างกายและล่วงละเมิดทางเพศ 14) สมรรถนะด้านพิษวิทยา 15) สมรรถนะด้านสุขภาพจิต 16) สมรรถนะด้านโรคติดเชื้อ 17) สมรรถนะด้านจิตสังคม 18) สมรรถนะด้านการวางแผนการจำหน่ายและการให้คำแนะนำ และ 19) สมรรถนะด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

โดยจากสมรรถนะทั้ง 19 สมรรถนะนี้ สามารถแบ่งเป็นหมวดหมู่ ได้คือ 1) สมรรถนะด้านการคัดกรองผู้ป่วย 2) สมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม 3) สมรรถนะด้านการวางแผนการจำหน่ายและการให้คำแนะนำ และ 4) สมรรถนะด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

สำหรับในประเทศไทยนั้น ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานภายในห้องฉกฉกดังนี้

5.2 อรทัย ปิงวงศานุรักษ์ (2540) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉกฉกโรงพยาบาลของรัฐ โดยทำการรวบรวมจากความคิดเห็นของแพทย์พยาบาลหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุฉกฉกและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายในห้องอุบัติเหตุ ฉกฉกเกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในห้องอุบัติเหตุ ฉกฉก ได้ 9 สมรรถนะดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการประเมินอาการผู้ป่วยในภาวะฉกฉก 2) สมรรถนะด้านการวางแผนการพยาบาล 3) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล 4) สมรรถนะด้านวิชาการ 5) สมรรถนะด้าน

กฎหมายและจริยธรรม 6)สมรรถนะด้านการบริหาร 7)สมรรถนะด้านลักษณะผู้นำ 8) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติ และ 9) ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

5.3 ภัทรมน ทับสูงเนิน (2552) ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยให้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ได้รายการ 109 รายการ แบ่งเป็น 11 ด้าน ดังนี้

5.3.1 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินของพยาบาล 13 รายการ คือ 1) สามารถให้การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน 2) สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหา ครอบคลุมแบบองค์รวมแก่ผู้รับบริการโดยเสมอภาค 3) สามารถบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลได้ครบถ้วน และใช้สื่อสารกับสหวิชาชีพได้ 4) มีทักษะในการช่วยแพทย์ทำหัตถการฉุกเฉิน และมีทักษะในการทำหัตถการในขอบเขตวิชาชีพ 5) สามารถเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง คาดคะเนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถรายงานอาการได้ถูกต้อง ทันเวลา 6) สามารถประเมินภาวะฉุกเฉินจากการได้ยา และสารน้ำ และเฝ้าระวังอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ได้สอดคล้องกับชนิดของยา 7) มีความรู้ในการเก็บรักษาอวัยวะที่ขาดหรือเกือบขาดได้ 8) มีทักษะในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคคล (PPE) และทราบหลักการในการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ 10) สามารถปฏิบัติการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ให้การดูแลระหว่างนำส่ง ควบคุมระยะเวลา ณ จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อเตรียมการรักษาได้อย่างครบถ้วน 11) สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว (end of life care เห็นอกเห็นใจ มีศิลปะในการพูดให้ผู้รับบริการสงบ สามารถเผชิญปัญหาและการสูญเสียได้ 12) มีทักษะในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจพิเศษ และอธิบายวิธีการเตรียมตัวแก่ผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจได้ และ 13) สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างในเชิงมิติสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ เพศ วัย เชื้อชาติ ศาสนา ได้อย่างเหมาะสม

5.3.2 สมรรถนะด้านการคัดกรองและการประเมินอาการในภาวะฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11 รายการ คือ 1) สามารถจำแนกความรุนแรงของอาการได้ถูกต้อง รวดเร็ว 2) สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 3) สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในช่องทางเร่งด่วน ตามความเร่งด่วนของอาการ 4) สามารถประเมินกลไกการบาดเจ็บ ประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งประเมินความเข้มข้นของ O_2 ในเลือดจากการวัด O_2 saturation และประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์สากลบางประเภทได้ 5) สามารถคัดกรองผู้ป่วยจากสถานการณ์ฉุกเฉินจากอาการเจ็บป่วยกลุ่มชนและภัยพิบัติ 6) สามารถประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะฉุกเฉินตามสาขาโรคได้ 7) สามารถคัดกรองผู้ป่วยเพื่อควบคุมการแพร่เชื้อได้ 8) มีทักษะในการซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น 9) สามารถประเมินลักษณะบาดแผล 10) สามารถประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาทันที ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจหาย หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ การเสียสมดุล กรด-ด่าง พิษของยาดีจิตาลิส ได้ 11) สามารถแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นที่สำคัญได้

5.3.3 สมรรถนะด้านการฟื้นคืนชีพขั้นสูงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 6 รายการ คือ 1) มีทักษะในการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BCLS) การฟื้นคืนชีพขั้นสูง ตามแนวทางการฟื้นคืนชีพขั้นสูงฉบับนานาชาติ และของหน่วยงานได้ถูกต้องตามมาตรฐานรวดเร็ว 2) สามารถปฏิบัติงานในทีมช่วยชีวิตด้วยความคล่องแคล่ว ว่องไว 3) สามารถช่วยแพทย์ทำหัตถการฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ 4) สามารถให้ยาที่จำเป็นในการช่วยชีวิต ตลอดจนเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาได้สอดคล้องกับชนิดของยา 5) สามารถค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ และรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และ 6) มีทักษะในการใช้ และดูแลรักษาเครื่องมือและเทคโนโลยีพิเศษ

5.3.4 สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมและการประสานงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 9 รายการ คือ 1) สนับสนุนช่วยเหลือในทีมการทำงานและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง 2) ปฏิบัติตามข้อตกลงของนโยบายและหน่วยงานได้ 3) ร่วมรับรู้และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเพื่อนร่วมทีมเสมือนเป็นคนในครอบครัว 4) สามารถทำงานเป็นทีมและร่วมงานกับสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) ยอมรับในบทบาทของผู้ร่วมงานเป็นความสำคัญของเครือข่าย และเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกับเครือข่าย 6) มีความประนีประนอมในการทำงานระหว่างสหสาขา 7) สามารถทำงานแทนเพื่อนร่วมทีมได้ 8) เข้าใจระบบของหน่วยงานตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสามารถบอกหน่วยสนับสนุนกรณีที่ไม่ชัดเจนในการดำเนินการประสานงานได้ และ 9) สามารถประสานงานกับหน่วยงานภายนอก

5.3.5 สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 9 รายการ คือ 1) มีทักษะในการเจรจาต่อรองและการบริหารความขัดแย้ง 2) มีทักษะในการแสดงออกทางวจนภาษาและอวัจนภาษาที่เหมาะสม 3) สามารถสื่อสารกับผู้รับบริการได้อย่างสร้างสรรค์ 4) สามารถสื่อสารเพื่อเสริมสร้างบรรยากาศในการทำงาน เพื่อลดความตึงเครียดในการทำงานได้อย่างเหมาะสมตามกาลเทศะ 5) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย การรักษา อาการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้รับบริการเพื่อคลายความกังวล 6) มีทักษะในการให้คำปรึกษา 7) บอกรับชอบเขตการให้ข่าวบุคคลที่มีหน้าที่ให้ข่าวแก่สื่อมวลชน และมีศิลปะในการสื่อสารกับสื่อมวลชน โดยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อสื่อมวลชน และไม่ละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ 8) สามารถพูดภาษาอังกฤษและสื่อสารด้วยภาษาอื่นตามบริบทของโรงพยาบาล และ 9) สามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การบริการต่างๆ เพื่อให้องค์กรเป็นที่รู้จักอย่างเผยแพร่

5.3.6 สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 รายการ คือ 1) มนุษย์สัมพันธ์ดี ไบหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส 2) รักในร้งงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) มีใจอยากช่วยเหลือ เชื่อว่าทุกชีวิตมีคุณค่าและสามารถรอดชีวิตถ้าได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง รวดเร็ว 4) กระตือรือร้น มีสติ และตื่นตัวในการทำงานอยู่เสมอ 5) คล่องแคล่ว ว่องไว 6) มองโลกในแง่ดี และไม่มีความติดอคติต่อสาเหตุการเข้ารับการรักษาของผู้รับบริการ 7) มีจิตสำนึกในการบริการ มีการตอบสนองต่อการร้องขอของผู้รับบริการในทันที 8) ละเอียดย สุชุม รอบคอบ ช่างสังเกต 9) มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อดทนต่อคำพูด การโต้แย้งและสภาวะอารมณ์ของผู้รับบริการ และ 10) สุขภาพแข็งแรง แต่งกายสะอาด

5.3.7 สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกลุ่มชนและภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11 รายการ คือ 1) เข้าใจแผนของโรงพยาบาลและสามารถช่วยจัดการบุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทีมที่มาเสริมเพื่อจัดกลุ่มพื้นที่ (Zone) และมอบหมายงานให้เพียงพอ เหมาะกับสถานการณ์ 2) สามารถจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ เหมาะกับสถานการณ์ 3) สามารถจัดสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ และเนื้อที่ใช้สอยในหน่วยงานให้เกิดความสะดวก คล่องตัวในการปฏิบัติงานทั้งในภาวะที่สามารถใช้พื้นที่ในหน่วยงานได้ปกติ และกรณีหน่วยงานเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือได้รับผลกระทบจากสถานการณ์จนไม่สามารถใช้พื้นที่ในหน่วยงานได้ 4) สามารถประเมินการบาดเจ็บจากสถานการณ์ เพื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน และขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลา 5) มีส่วนร่วมในการซ่อมแผนรองรับสถานการณ์ ประเมินผลการซ่อม และระบุแผนที่ต้องปรับแก้ได้ 6) สามารถจัดการกรณีเกิดข้อร้องเรียน ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ สามารถขอความช่วยเหลือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ 7) ปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายและทราบภารกิจของผู้ร่วมทีม 8) สามารถจัดระบบการไหลเวียนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 9) สามารถดูแลความปลอดภัยของตนเอง ผู้ร่วมงาน และใช้เครื่องป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ฉุกเฉินแต่ละประเภท 10) สามารถประสานงานกับหน่วยงานภายใน และภายนอกโรงพยาบาล และ 11) มีทักษะในการใช้เครื่องมือสื่อสาร เพื่อการบริหารจัดการได้

5.3.8 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11 รายการ คือ 1) มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ผลงาน และการตัดสินใจของตน 2) เป็นผู้ที่มีความคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีไหวพริบ 3) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานและเป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน 4) มีความเป็นประชาธิปไตย รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น 5) มีความซื่อสัตย์ สุจริต และยึดหลักธรรมาภิบาลในการปฏิบัติงาน 6) เชื่อมั่นในตนเอง กล้าตัดสินใจ แก้ปัญหาได้รวดเร็ว ถูกต้อง บนพื้นฐานของข้อมูลและความรู้ 7) มีวิสัยทัศน์ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ และมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนา 8) มีความยืดหยุ่นสามารถปรับตัวต่อสภาพงานที่มีความเครียดหลากหลาย ปริมาณงานไม่แน่นอน 9) เสียสละต่องานและผู้ร่วมงานตามความเหมาะสม 10) เป็นผู้มีความซื่อสัตย์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และ 11) สามารถชื่นชม จูงใจ หรือเกลี้ยกล่อมผู้อื่นคล้อยตาม และมีความน่าเชื่อถือ

5.3.9 สมรรถนะด้านกฎหมาย จริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 รายการ คือ 1) สามารถพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยได้ 2) สามารถดูแลบาดแผลผู้ป่วยนิติเวชอย่างถูกต้อง โดยไม่ทำให้เสียรูปคดี 3) สามารถจัดเก็บวัตถุพยานและเก็บรักษาได้โดยไม่เกิดการเสื่อมของวัตถุพยาน หรือหลักห่วงโซ่การอารักขาวัตถุพยาน (chain of custody) ในการบันทึกกระบวนการเก็บหลักฐาน เพื่อป้องกันการสับเปลี่ยน ปลอมแปลง หรือการชำรุด เสียหาย 4) สามารถแสดงความคิดเห็นและจัดการกรณีแพทย์สั่งการรักษาไม่เหมาะสมได้ 5) สามารถบันทึกข้อมูลได้ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกข้อมูลตามข้อเท็จจริงที่ตรวจพบอย่างละเอียด 6) สามารถดูแลทรัพย์สินของผู้รับบริการ และส่งมอบได้อย่างถูกต้อง 7) มีความรู้ด้านกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล 8) มีทักษะในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจจากแพทย์กรณีความผิดทางเพศ 9) อธิบายแนวทางการปฏิบัติให้ญาติทราบ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตผิด

ธรรมชาติจากคดีความ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยคดี และญาติในการปฏิบัติตัวโดยไม่ออกความเห็น ชี้นำ และ 10) สามารถวิเคราะห์ปัญหาความต้องการตามสิทธิ และร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ในการ จัดให้ผู้รับบริการได้ใช้สิทธิตามพึงมี พึงได้ และอธิบายสิทธิการรักษาแก่ผู้รับบริการได้

5.3.10 สมรรถนะด้านการวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 8 รายการ คือ 1) สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อ และแก้ไขภาวะวิกฤต ฉุกเฉินของผู้ป่วยได้ 2) สามารถ เคลื่อนย้ายและจัดทำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว 3) สามารถส่งต่ออาการ ปัญหาของผู้ป่วยทั้งทาง วาจาและการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรได้ครบถ้วน และประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการ ดูแล รักษาต่อยังสถานที่ที่เหมาะสม 4) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ เพื่อเตรียมความ พร้อมในการเรียนรู้ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ยา แผนการรักษา การปฏิบัติได้สอดคล้องกับการ ประเมินความต้องการของผู้รับบริการ 5) สามารถประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเป็นรายการดี 6) มีทักษะในการใช้ การดูแลความเรียบร้อย ของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่ภายในรถพยาบาล 7) สามารถจัดลำดับความสำคัญใน การวางแผนจำหน่าย และประเมินผลการจำหน่ายได้ และ 8) สามารถวางแผนจำหน่ายร่วมกับสห สาขาวิชาชีพได้

5.3.11 สมรรถนะด้านวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11 รายการ คือ 1) สามารถนำความรู้ ทฤษฎี ทางการพยาบาล ข้อมูลเชิงประจักษ์ มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประยุกต์ เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) สามารถสอน ฝึกทักษะทางการพยาบาลฉุกเฉินแก่เจ้าหน้าที่อื่น เป็นพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่และนิเทศงานบุคลากรได้ 3) สามารถช่วยทำวิจัยหรือทำวิจัยได้ 4) สามารถรวบรวมสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จัดทำข้อมูลและนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนา ระบบการดูแลงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเชิงนโยบายได้ 5) สามารถควบคุมการจัดสิ่งแวดล้อม ภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สวยงาม สะอาด ปลอดภัย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ 6) สามารถสร้างมาตรฐานและนำเสนอแนวคิดในการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 7) มีทักษะในการจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพ 8) มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลชั้น สูง เสาะแสวงหาข้อมูล ความรู้ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ร่วมงาน/หน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ เพื่อ พัฒนางานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 9) สามารถพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความ ต้องการ ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ เช่น การมีช่องทางเร่งด่วนในการรักษา (fast track) การ ลดระยะเวลาการรอคอย และการเป็นหน่วยบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) 10) สามารถ เสนอแนะแนวทางในการพัฒนา คุณภาพบริการ และสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพในการบริการ และ 11) สามารถเป็นวิทยากรสำหรับหน่วยงานต่างๆ ในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการปฐม พยาบาล การป้องกันตนเองจากภาวะฉุกเฉินสาธณภัย และอุบัติภัยต่างๆ

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินนั้น จะ เป็นการศึกษเกี่ยวกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ทั้งในกลุ่มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุนั้นจำเป็นต้องมีการดูแลหรือการประเมินที่มีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากผู้สูง จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม ที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น รวมทั้ง

ลักษณะการแสดงของการเจ็บป่วยยังเป็นลักษณะที่ไม่จำเพาะเจาะจง การให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มสูงอายุจึงเป็นการให้การพยาบาลที่จำเป็นต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ

5.4 รุ่งฟ้า อธิราชบุรีไพศาล (2551) ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุให้ความเห็นสอดคล้องกัน พบว่า สมรรถนะที่สำคัญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสมรรถนะ 8 ด้าน ดังนี้

5.4.1 สมรรถนะด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 7 รายการ คือ 1) การให้เกียรติผู้สูงอายุ 2) เห็นคุณค่าผู้สูงอายุ 3) เข้าใจปัญหาที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุหรือข้อจำกัดของผู้สูงอายุ 4) คำนึงถึงความแตกต่างรายบุคคล 5) มีความเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุ 6) การให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และ 7) เข้าใจถึงความเอมถอยของผู้สูงอายุว่าสามารถฟื้นฟูหรือชะลอได้

5.4.2 สมรรถนะด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 10 รายการ คือ 1) ทักษะการประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร 2) การให้ความสำคัญของการสื่อสารกับผู้สูงอายุ 3) การสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจเข้าใจในความสูงอายุ 4) ทักษะการสื่อสารเพื่อทราบถึงความต้องการของผู้สูงอายุ 5) การสื่อสารด้วยน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล 6) สื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 7) การสื่อสารให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจได้ 8) การสื่อสารด้วยระดับความดังและโทนเสียงที่สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย 9) การสื่อสารโดยคำนึงถึงข้อจำกัดในการเจ็บป่วย และ 10) การสื่อสารให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

5.4.3 สมรรถนะด้านการประเมินผู้สูงอายุประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 14 รายการ คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ / ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 2) การประเมินการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 3) การประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม 4) การประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและสติปัญญา 5) การประเมินแยกแยะความผิดปกติจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยได้ 6) การประเมินผิวหนังและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7) การประเมินการกลืนอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ในระยะเริ่มต้น 8) การประเมินภาวะพร่องสารน้ำและโภชนาการ 9) การประเมินความรู้/ทักษะ/ทัศนคติ ของผู้ดูแลและครอบครัวได้ 10) การประเมินด้านจิตสังคมจิตวิญญาณ 11) การประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสนเฉียบพลันและสมองเสื่อม 12) การประเมินความผิดปกติของช่องปากและฟัน 13) การประเมินค่านิยมความเชื่อของผู้สูงอายุ และ 14) การประเมินด้านเศรษฐกิจของครอบครัวผู้สูงอายุ

5.4.4 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 7 รายการ คือ 1) การพยาบาลแบบองค์รวม 2) การประเมินผู้สูงอายุเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา 3) การดูแลการเคลื่อนไหว การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างการ เช่น การใช้ไม้เท้า 4) ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) การพิจารณาผูกมัด (Physical restrains) เพื่อความปลอดภัยและเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 6) การดูแลการรับประทานอาหาร / การกลืน และ 7) การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง (Hearing aids)

5.4.5 สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 9 รายการ คือ 1) การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยและวัย

ของผู้สูงอายุ 3) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน 4) การส่งเสริมการออกกำลังกายตามความเหมาะสมตามความสามารถของผู้สูงอายุ 5) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม 6) dการส่งเสริมสุขภาพจิต/การจัดการความเครียด 7) การป้องกันโรค/ความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ 8) การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 9) การจัดการภาวะเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น เหล้า บุหรี่

5.4.6 สมรรถนะด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 10 รายการ คือ 1) มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเฉพาะในผู้สูงอายุ 2) การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ 3) การให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 4) การจัดการกับความเจ็บปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้สูงอายุ 5) การจัดการกับอาการท้องผูก 6) การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาหลายชนิด 7) การจัดการกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 8) การจัดการกับแผลกดทับ 9) การจัดการกับการมองเห็นที่ผิดปกติ 10) การให้การพยาบาลทางเลือกในการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุ

5.4.7 สมรรถนะด้านการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 6 รายการ คือ 1) การเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วม 2) การเตรียมครอบครัวเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย 3) การให้ข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุของครอบครัวเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย 5) การแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมภายในบ้าน อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย 6) การวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านและสะดวกต่อผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว

5.4.9 สมรรถนะด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 3 รายการ คือ 1) การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุ 2) การประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ภายนอกเพื่อการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุ 3) การติดตามความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

5.5 สภาการพยาบาล (2552) ได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะของพยาบาลผู้สูงอายุไว้ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและ กำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุ (Care Management) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 7 ข้อ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อพัฒนาระบบการดูแล 2) สร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ 3) จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลระยะยาว 4) กำกับและควบคุมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแล 5) สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 6) ช่วยหรือผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุให้เข้าถึงระบบสุขภาพ พึงกษัตริประโยชน์ตลอดจนการป้องกันการทารุณกรรมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ 7) สร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 7 ข้อ 1) ประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความหมายและตีความ การตอบสนองของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทั้ง

สุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและการทำหน้าที่ โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) วินิจฉัยปัญหาและแยกแยะความแตกต่างระหว่างความสูงอายุตามปกติกับกระบวนการเจ็บป่วยและการเกิดโรค โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก 3) ให้การบำบัดทางการพยาบาลในกลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม 4) ประเมิน ใฝ่ระวัง จัดการ ประสานงาน และส่งต่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม 5) จัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต และภาวะทุพพลภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 6) คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหรือมีปัญหาซับซ้อน แลละวางแผนป้องกัน แก้ไขได้อย่างถูกต้อง และทันเหตุการณ์ 7) ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 2 ข้อ คือ 1) ประสานความร่วมมือกับพยาบาลแพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ หรือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเปราะบางและมีอายุมาก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) และการเป็นที่ปรึกษา (Mentoring) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 4 ข้อ คือ 1) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้และความจำ เป็นต้น 2) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเองโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุและครอบครัว 3) สอน ชี้แนะ และเป็นที่ปรึกษาพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล และผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 4) เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุแก่นักศึกษา เยาวชน และประชาชน

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการใช้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ (Consultation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 4 ข้อ 1) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในการจัดการดูแลสุขภาพ และปัญหาที่พบบ่อย โดยประมวลข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ 2) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลระยะยาว 3) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการตัดสินใจประเด็นจริยธรรมและป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหรือการกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ 4) สร้างระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและ

การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 4 ข้อ คือ 1) ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการบำบัดทางการแพทย์และการรักษา ตลอดจนประเมินผล เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง 2) นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ ให้ได้คุณภาพและคุ้มค่า 3) พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลระยะยาว ร่วมกับเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ 4) สร้างแผนงาน หรือโครงการต่างๆ เพื่อการประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลระยะยาว

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 5 ข้อ คือ 1) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน 2) บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ 3) พินิจพิเคราะห์ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ (advocate) เพื่อให้ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม 4) ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในระดับหน่วยงานและหรือระดับองค์กร 5) มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการแพทย์

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 5 ข้อ 1) ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ 2) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติ และใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน 3) เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลเดียวกัน 4) นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ 5) วิเคราะห์และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 7 ข้อ คือ 1) กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ 2) พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง 3) ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการแพทย์สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง 4) วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล 5) นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและ

พัฒนาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 6) จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 7) เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

5.6 หลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน Geriatric Emergency Management ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ที่มีจุดมุ่งหมายในการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน ร่วมกับการส่งเสริมในเรื่องความรู้และประสิทธิภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยมีการจัดการด้านต่างๆ 3 ด้านคือ

5.6.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ

5.6.2 การให้การพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทรตามกระบวนการพยาบาล

5.6.3 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความสูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลที่ทำงานภายในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุนั้น พบว่ายังไม่มีบทบาทหรือสมรรถนะของพยาบาลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานภายในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยเฉพาะ ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาหลักการการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) (2004) มาบูรณาการกับหลักการการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) (2003) ในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินเพื่อลดภาวะความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งในด้านบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินและสมรรถนะของพยาบาลผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

6. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

6.1 แนวทางปฏิบัติในการดูแล การปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน Shanley et al. (2008) ได้แก่

6.1.1 การจัดการให้ความรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับแก่เจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉิน โดย Kihlgren et al. (2005) ได้ให้แนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพของเจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉินคือ การที่เจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉินมีความรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับเกี่ยวกับความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือในการพาผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำ หรือมีอุปกรณ์ที่ช่วยในการขับถ่ายที่เตียง การเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การส่งเสริมในเรื่องของอาหารหรือน้ำดื่ม การดูแลในเรื่อง

ของอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม มีความรู้สึกสบาย ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป หรือการจัดหาผ้าห่มให้เพียงพอต่อความต้องการ (Hayes, 2000)

6.1.2 การประเมินผู้สูงอายุครบถ้วน (Comprehensive Gerontological Assessment: CGA) (ซวลิ แยมวงซ์, 2554) เป็นการประเมินผู้สูงอายุในทุกมิติอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อ คัดกรอง ค้นหา หรือวินิจฉัยความบกพร่องที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

6.1.3 การสื่อสารกับผู้สูงอายุ (Communication) การสื่อสารกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องทำอย่างระมัดระวัง เนื่องจากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการบกพร่องในเรื่องของการสื่อสาร ทั้งสาเหตุมาจากการได้ยินที่ลดลงในผู้สูงอายุ การมองเห็นไม่ชัด หรือสายตาอายุ ภาวะสับสนหรือหลงลืม ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีทักษะในเรื่องของการสื่อสารกับผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ อย่างเช่นในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนหรือสมองเสื่อมนั้น ผู้สูงอายุจะไม่สามารถบอกหรืออธิบายถึงอาการหรือความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน การแปลความหมายในสิ่งที่ผู้สูงอายุอธิบายมาต้องอาศัยความระมัดระวัง และต้องมีการสื่อสารกับครอบครัว หรือผู้ดูแลของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ รวมถึงในเรื่องของการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาล รวมถึงเหตุผลและระยะเวลาของการรอคอยภายในห้องฉุกเฉิน

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่ส่งผลต่ออาการสื่อสาร เนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่มีคนเป็นจำนวนมาก เสียงดัง และไม่มีความเป็นส่วนตัว เป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้น การจัดหาสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เงียบพอที่จะสื่อสารกับผู้สูงอายุได้จึงมีความสำคัญ

6.1.4 การวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning) จากการศึกษาของ Moons et al. (2003) ถึงประเด็นของการรักษาผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินพบว่า การจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากห้องฉุกเฉินโดยไม่ได้ประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกลับเข้ามารับการรักษาค่า โดยการประเมินที่จำเป็นที่ต้องทำก่อนการจำหน่ายผู้สูงอายุเพื่อวางแผนการดูแลเมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่บ้าน คือ การประเมินด้านสติปัญญา (Cognitive Assessment) หรือการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living , ADL)

6.1.5 สภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินโดย Hwang and Morrison (2008) ได้ศึกษาและพบว่าสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินนั้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกรังเกียจกังวลขึ้นในผู้สูงอายุและได้ให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การปรับแสงไฟให้เป็นธรรมชาติ ไม่จ้าจนเกินไป การปรับห้องให้เป็นสัดส่วน แก้อื้อที่มีพนักและที่วางแขน อุณหภูมิของห้อง และอุปกรณ์ในการสื่อสาร เช่น แวนขยาย เครื่องช่วยฟัง ออดเรียกเจ้าหน้าที่ รวมถึงในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น พื้นที่ไม่ลื่น แห่ง ราวจับสำหรับช่วยพยุงตัวในห้องน้ำ เติงที่สามารถปรับสูงต่ำได้ การติดตั้งนาฬิกา ที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัด

6.2 Victorain Department of Health (2010) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน และเสนอแนวทางในการออกแบบการบริการผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่มีคุณภาพ โดย

6.2.1 ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินแล้วจะมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เพราะฉะนั้นเจ้าหน้าที่ควรให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในขณะนั้น ว่ารู้สึกอย่างไร หรือวิตกกังวลเรื่องอะไร พร้อมทั้งให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวล

6.2.2 ผู้สูงอายุส่วนมาก จะมาเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ต่อเมื่ออาการของโรครุนแรง เนื่องจากรู้สึกไม่ยากเป็นภาระกับคนดูแล จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ข้อมูลถึงการไม่ควรล่าช้าในการเข้ารับการรักษา หรือบุคลากรทางทีมสุขภาพภายในห้องฉุกเฉินต้องตระหนักว่าผู้สูงอายุอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า

6.2.3 การรอคอยภายในห้องฉุกเฉินทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบาย เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ทราบถึงระยะเวลาในการรอคอย หรือทราบระบบการทำงานภายในห้องฉุกเฉิน บางครั้งทำให้รู้สึกงุนงงทำไมผู้ป่วยที่มาที่หลังตนเองได้รับการรักษาก่อน ก่อให้เกิดความเครียดได้ บางครั้งรอนอนหรือเก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย การไม่ได้รับประทานอาหารหรือน้ำ เจ้าหน้าที่ควรดูแลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขสบายในระหว่างการรอคอย อธิบายระบบหรือขั้นตอนการรักษาอย่างง่าย ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจระบบการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน การจัดเตรียม อาหารและน้ำดื่มให้ผู้สูงอายุในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการงดน้ำหรืออาหาร เพื่อสังเกตอาการหรือการตรวจวินิจฉัย

6.2.4 สิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เครียด เนื่องจากเสียงที่ดังตลอดเวลา บรรยากาศที่ตึงเครียด การได้ยินการสอบถามประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยข้างเคียง การที่ต้องเห็นอาการที่ทรุดหนักของผู้ป่วยรายอื่นภายในห้องฉุกเฉิน การที่ไม่ทราบว่าต้องร้องขอความช่วยเหลือจากใคร เมื่อต้องการความช่วยเหลือ หรือได้รับการช่วยเหลือล่าช้า หรือบางครั้งที่เจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉินทำการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปอยู่ในตำแหน่งที่ห่างไกลจากเจ้าหน้าที่ สิ่งเหล่านี้ การช่วยลดความรู้สึกไม่สุขสบายหรือวิตกกังวลของผู้สูงอายุทำให้ได้ การจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีความเป็นส่วนตัว ใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล การนำเครื่องสญญาณความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ ให้ผู้สูงอายุ

6.2.5 ผู้ป่วยสูงอายุที่มา รักษาด้วยอาการปวดเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะปฏิเสธหรือไม่รับประทานยาเพื่อลดความเจ็บปวด เนื่องจากผลข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น อาการท้องผูก ง่วงนอน แต่จะไม่บอกผู้รักษา จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลในการซักประวัติ และให้คำอธิบายถึงความจำเป็นในการรักษาและบอกถึงทางเลือกที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ในการบรรเทาอาการปวดได้

6.2.6 ขั้นตอนในการตรวจรักษาภายในห้องฉุกเฉินทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย และไม่เข้าใจถึงเหตุผลในการตรวจ แพทย์และพยาบาลควรให้คำอธิบายถึงเหตุผลของการตรวจ ขั้นตอนการปฏิบัติตัวในขณะที่รับการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น เอกซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ

6.2.7 ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ต้องการบุคลากรทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุบางคนจะยอมรับการสอบถามหรือการรักษาจากนักศึกษา แต่ส่วนใหญ่ต้องการบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแล เพราะฉะนั้น การให้ผู้สูงอายุตัดสินใจว่าจะอนุญาต

ให้นักศึกษาเข้าไปทำการดูแลรักษาตนเองจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำและนักศึกษาต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

6.2.8 อุปสรรคในการสื่อสารกับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ปัญหาเรื่องการสื่อสารของผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่พบได้เสมอ และเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่แออัด มีอุปกรณ์ต่างๆ มากมาย รวมถึงจากความเชื่อมโยงของตัวผู้สูงอายุเองที่ทำให้การได้ยินลดลง ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างกันระหว่างผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุบางรายใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง แต่ไม่ได้นำมาจากบ้าน หรืออุปกรณ์เสื่อมสภาพ การปรับระดับเสียงไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มองข้ามไป โดยเมื่อคิดว่า เมื่อผู้สูงอายุไม่ได้ยินเสียงของตนเอง ทำให้เจ้าหน้าที่เพิ่มระดับเสียงขึ้น ยิ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้ยินโทนเสียงทุ้มได้ดีกว่าโทนเสียงสูงหรือแหลม วิธีการแก้ปัญหา หรือการจัดหรือนำผู้สูงอายุมาซักประวัติในพื้นที่ที่จำกัดเสียง หรือลดเสียงรบกวนจากภายนอก การดูแลตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้ผู้สูงอายุให้อยู่สภาพที่ใช้งานได้ปกติ หรือการนำเครื่องช่วยฟังสำรองมาให้ผู้สูงอายุใช้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุลืมนำมาจากบ้าน นอกจากนี้ อุปสรรคทางด้านการแตกต่างกันในเรื่องของภาษา ยังเป็นอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินอีกประการหนึ่ง ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าใจภาษาอังกฤษ หรือเจ้าหน้าที่ ไม่สามารถพูดภาษาของผู้สูงอายุได้ การมีล่ามที่จะช่วยแปลภาษาจึงมีความจำเป็นภายในห้องฉุกเฉิน

6.2.9 การมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวภายในห้องฉุกเฉิน และต้องให้แพทย์ตัดสินใจวิธีการรักษาตนเองแต่เพียงฝ่ายเดียวโดยที่ตัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลก่อนการรักษา เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ การอนุญาตให้ผู้ดูแลเข้ามาอยู่กับผู้สูงอายุ รับฟังและร่วมกันตัดสินใจ อธิบายวิธีการรักษาของแพทย์ให้ผู้สูงอายุทราบ นอกจากจะเป็นการช่วยในเรื่องของการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้สูงอายุแล้ว ยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายใจ คลายความวิตกกังวลด้วย

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะหรือได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงของทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ซึ่งทำให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นจะมีลักษณะที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป การมีความรู้พื้นฐานในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ รวมถึงในเรื่องของผลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การบูรณาการหลักการเอื้ออาทรในการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) (2004) มาบูรณาการกับหลักการการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management)(2003) โดยเป็นการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินที่ต้องผสมผสานหรือดำเนินการไปพร้อมๆกันทั้ง 2 หลักการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.1 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล การให้การพยาบาลบนพื้นฐานของข้อมูลที่ชัดเจน พิสูจน์ได้ โดยการใช้แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะ

7.2 การให้การพยาบาลโดยการตระหนักและรับรู้ถึงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจที่ซับซ้อนไปจากผู้ป่วยวัยทั่วไปจากกระบวนการชราภาพ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ที่ครอบคลุมปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อที่จะสามารถค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและนำไปสู่แนวทางในการให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายได้ ซึ่งต้องอาศัยในเรื่องของทักษะของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางการสื่อสารที่ลดลง เช่น ระดับการมองเห็นที่ลดลง สายตาคุ่น มัว สายตายาว การได้ยินที่ลดลง รวมทั้งในเรื่องของระดับการรับรู้ ความจำ โดยมีการนำแนวทางในการสื่อสารกับผู้สูงอายุมาใช้

7.3 การให้การพยาบาลโดยการเคารพในฐานะผู้สูงอายุ และตระหนักถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น ความแตกต่างในเรื่องเพศ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ โดยการให้การพยาบาลโดยการเคารพความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการพยาบาล ให้เกียรติผู้สูงอายุอยู่เสมอ โดยการใช้สรรพนามเรียกชื่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม นุ่มนวล เช่น คุณตา คุณยาย หรือมีคำนำหน้าชื่อทุกครั้ง เช่น คุณ..... การบอกผู้สูงอายุทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาล การไม่เปิดเผยร่างกายผู้สูงอายุต่อหน้าบุคคลอื่น เช่น การปิดม่านเมื่อต้องทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า การเปลี่ยนแผ่นรองปัสสาวะ/อุจจาระ การตรวจคลื่นหัวใจ เป็นต้น

7.4 การมีความต่อเนื่องในการให้การพยาบาล มีการประเมินถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นระยะ มีการติดตามสอบถามผลลัพธ์ เมื่อให้การพยาบาลเสร็จสิ้น เช่น ระดับความเจ็บปวด เมื่อได้รับการให้ยาบรรเทาปวดไปแล้ว การสอบถามถึงอาการและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุเป็นระยะ การแสดงถึงความเอาใจใส่ในการให้การพยาบาล การให้กำลังใจกับผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพแวดล้อมและลักษณะการทำงานของห้องฉุกเฉินที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความคับแคบของสถานที่ บางครั้งจำเป็นต้องให้ญาติ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุไปคอยด้านนอก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและวิตกกังวล การอนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแล เข้ามาอยู่กับผู้สูงอายุในกรณีที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา หรือการแจ้งให้ผู้สูงอายุ รับทราบว่า จะมีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือนั้น เป็นสิ่งที่สามารถช่วยในการลดภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้

7.5 การให้การพยาบาลโดยการเน้นในเรื่องของการให้ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นหรือการขยายเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยการให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหรือการลุกลามที่รุนแรงของโรค ให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะควบคุมโรคหรืออาการเจ็บป่วยไม่ให้อาการรุนแรง ให้สามารถอยู่กับโรคหรืออาการของโรคประจำตัวได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

7.6 การให้การพยาบาลโดยการเน้นในเรื่องของการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีความสะดวกสบาย คำนึงถึงการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และการพยาบาลที่เน้นการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายที่เข้ามาใช้บริการภายในห้องฉุกเฉิน ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องของการบกพร่องของการมองเห็น พยาบาลมีการประเมินถึงระดับของการมองเห็นของผู้สูงอายุ คำนึงถึงแสงสว่าง และการเตรียมแว่นขยายเพื่ออำนวยความสะดวกเมื่อผู้สูงอายุต้องการที่จะอ่านหนังสือหรือการเขียนตัวหนังสือ หรือในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นในเรื่องของการรับรู้ เช่น ปฏิทินที่ตัวอักษรขนาดค่อนข้างใหญ่ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงวัน เวลา การติดนาฬิกาในบริเวณที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน

7.7 การให้การพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุและการคำนึงถึงความปลอดภัยและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นที่สุด การให้การพยาบาลที่ยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งการปรับใช้หลักการพยาบาลให้เหมาะสมกับความเชื่อ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่ในขอบเขตของความปลอดภัยและเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมากที่สุด การให้คำแนะนำและการมีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเน้นคำแนะนำให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิการรักษา รวมถึงแหล่งบริการทางด้านสุขภาพในบริเวณใกล้บ้านที่ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

จะเห็นได้ว่า หลักการพยาบาลแบบเอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) (2004) และหลักการการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) (2003) เป็นหลักการที่เมื่อนำมาบูรณาการเข้าด้วยกัน จะสามารถเป็นหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม สามารถให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการภายในห้องฉุกเฉินได้อย่างเอื้ออาหารและมีประสิทธิภาพ

8. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ศศิลักษณ์ วิบูลย์ชัย. (2545) ได้ศึกษาถึงความต้องการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ตึกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลที่เข้ามาดูแลมีความรู้ความชำนาญและมีความมั่นใจ ในการให้การช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือและตอบสนองทันทีเมื่อผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งให้การพยาบาลอย่างเอาใจใส่ ให้เกียรติและเคารพนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย แสดงความสนอกสนใจ เอาใจใส่ ซักถามอาการอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เข้าใจได้ง่าย และนอกจากนี้ยังมีความ ต้องการเกี่ยวกับทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยต้องการให้พยาบาลแนะนำสถานที่ ขั้นตอนการตรวจรักษาพยาบาล

ดวงพร หุ่นตระกูล. (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ Age-friendly primary health care โดยการนำหลักการ การดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles) ที่มาบูรณาการกับหลักการของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ WHO ผลการศึกษาพบว่าได้รูปการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิในบริบทของไทยคือ 1)การแสดงความเคารพผู้สูงอายุ 2)การบริการเชิงรุก 3) ความเสมอภาค/เท่าเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุ4)การตายอย่างสงบ5)การดูแลที่ครอบคลุมถึงครอบครัว และ 6) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสม

จิราพร ลวดทอง. (2550) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ไม่ได้รับข้อมูล

วรัญญา จิตต์เพียร. (2552) ได้ศึกษา การพัฒนาบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดของ WHO (2004) ร่วมกับหลักการและการปฏิบัติที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุของ Australian Health Ministers' Advisory Council: AHMAC (2004) พบว่า บริการการพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับยังไม่มีคุณภาพที่ควร ผู้สูงอายุต้องการความเคารพจากบุคลากรในฐานะที่ตนเองเป็นผู้สูงอายุ ต้องการได้รับข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษา และต้องการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง หลังการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลและทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ

สมฤทัย แก้วมณี. (2552) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการดูแลเอื้ออาทรผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะวิกฤต หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนางรอง โดยใช้กรอบแนวคิดของการดูแลเอื้ออาทรผู้สูงอายุของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Age-friendly Nursing Service System: KKU Model) คือ1) การให้ความเคารพผู้สูงอายุ 2) การสื่อสารผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า และ3) การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งได้สร้างสื่อและแนวปฏิบัติการให้ข้อมูล การพัฒนาการสื่อสารให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เมื่อให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดแล้ว พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ มีเจตคติที่ดี

และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อวัดระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ พบว่า มีคะแนนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

Nolan. (2009) ได้ศึกษาถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า การป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินนั้นต้องอาศัยการใช้เครื่องมือในการประเมินผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ เครื่องมือการประเมินที่สำคัญในการประเมินผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน คือ การประเมินสภาพการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุ การประเมินระดับสติปัญญาหรือการรับรู้ การพลัดตกหกล้ม และการทดสอบในเรื่องของการเคลื่อนไหว การเดิน และภาวะซึมเศร้า เจ้าหน้าที่ในห้องฉุกเฉินควรพัฒนาในเรื่องของเทคนิคและการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยโรงพยาบาลต้องให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะในเรื่องของการสื่อสารที่ดี และควรเข้าใจผู้สูงอายุ การจัดการกับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุหรือการจัดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

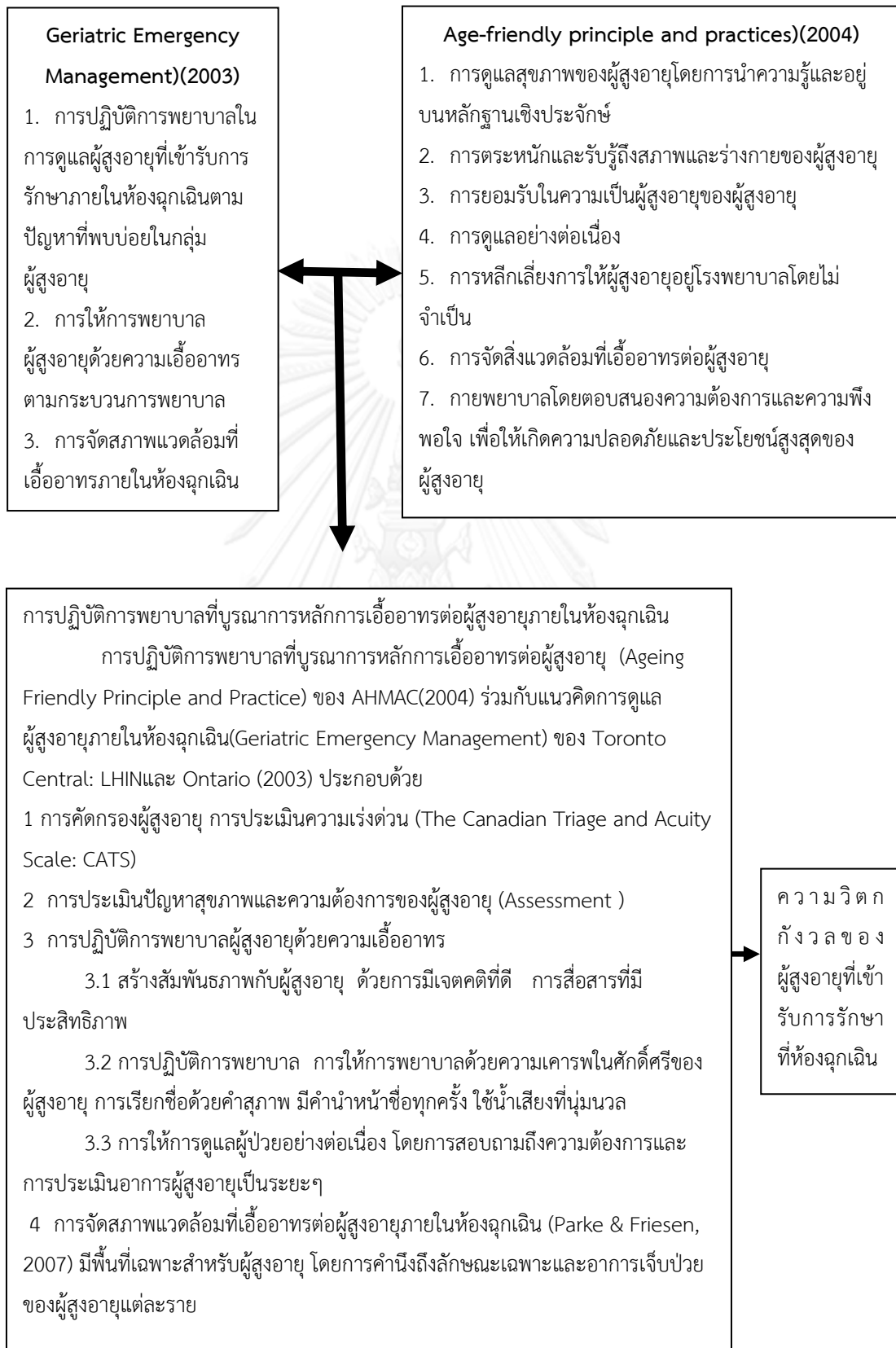
Considine. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากระยะเวลาการรอคอย จากสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากไม่มีความเป็นส่วนตัว แออัด มีคนเป็นจำนวนมาก ร่วมกับมีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา สาเหตุของระยะเวลาการรอคอย

จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่ไม่มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูง ไม่มีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แออัด ผู้สูงอายุจะต้องอยู่ร่วมกับบุคคลทั่วไป หรือบุคคลที่อาการหนัก เสียงและแสงที่ดังและสว่างอยู่ตลอดเวลา ไม่มีบุคลากรเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของการสื่อสารกับผู้สูงอายุ การรอคอยที่ยาวนาน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุจะต้องอยู่ภายในห้องฉุกเฉินตามลำพัง ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และเมื่อได้ทบทวนถึงการพยาบาลแบบเอื้ออาทรที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับ ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลแบบเอื้ออาทรในลักษณะอย่างไร ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาล ทั้งยังเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวล

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำกรอบหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาหารสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ซึ่งมี 7 หลักการนี้ คือ 1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล 2) การตระหนักและรับรู้ถึงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ 3) การยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) การหลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น 6) หลักการในเรื่องของการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาหาร 7) การพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุ มาบูรณาการกับหลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน Geriatric Emergency Management ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ที่มีจุดมุ่งหมายในการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน ร่วมกับการส่งเสริมในเรื่องความรู้และประสิทธิภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยมีการจัดการด้านต่างๆ 3 ด้านคือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การให้การพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาหารตามกระบวนการพยาบาล 3) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาหารภายในห้องฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความสูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ และเมื่อนำ 2 หลักการมาบูรณาการ พบว่า มีความสอดคล้องกันในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาหารภายในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากหลักการของ AHMAC (2004) จะเน้นในเรื่องของการดูแลอย่างเอื้ออาหาร ซึ่งในขณะที่หลักการของ Geriatric Emergency Management ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) จะเน้นรายละเอียดของการดูแลจัดการปัญหาผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยของผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วย การประเมินปัญหาหรือการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล การวางแผนให้การพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล โดยในขั้นตอนทั้งหมดเหล่านี้ ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินนี้ ได้นำหลักการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาหาร (Age-friendly Principle) ของ AHMAC (2004) เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลที่มีความเอื้ออาหารและเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินลดลงได้

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research designs) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบปกติกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉิน ในห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รูปแบบการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄
กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂

กลุ่มควบคุม	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบปกติ
กลุ่มทดลอง	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
X	หมายถึง	การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
O ₁	หมายถึง	ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
O ₂	หมายถึง	ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
O ₃	หมายถึง	ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบปกติ
O ₄	หมายถึง	ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษา ที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 20 คน กลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน จำนวน 20 โดยการวิธีการจับคู่คำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบบรายคู่ (Matched pair) ทางด้านเพศ อายุ ประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และระดับความรู้สีกวิตกกังวล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการคัดกรองอาการและระดับความรุนแรงของอาการ ตามแนวทางการคัดของอาการและระดับความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลของ The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS ตั้งแต่ ระดับ 3 ฉุกเฉิน(Urgent) ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสี่ยงของความผิดปกติ ที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป สัญญาณชีพผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมากขึ้นหรือน้อยกว่าค่าปกติ 10 -20 % ไม่มีภาวะช็อค ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจ ไม่มีภาวะหายใจลำบาก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92-100 % มีระดับความรู้สึกตัวปกติหรือมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว 10-15 คะแนน ในผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บศีรษะ ไม่หมดสติ แต่อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วย คะแนนความเจ็บปวดอยู่ระหว่าง 7 – 10 คะแนน
3. ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความบกพร่องในการสื่อสารหรือรับรู้ แต่ยังสามารถโต้ตอบหรือสื่อความหมายได้พอเข้าใจ เช่น ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องสายตาสั้นหรือสายตายาว เมื่อใส่แว่นสายตาหรือมองด้วยแว่นขยายแล้วสามารถมองเห็น หรือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องหูตึง แต่ยังสามารถที่จะสื่อสารด้วยวิธีอื่นได้ เช่น การอ่านริมฝีปาก การเขียน หรือใช้เครื่องช่วยฟัง
4. ผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับความเร่งด่วนของการรักษาตามเกณฑ์การคัดกรองอาการและความเร่งด่วนของ The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS ตั้งแต่ ระดับ 1- 2 หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะช็อค ไม่หายใจหรือมีภาวะหายใจลำบากรุนแรง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 92 % มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ตั้งแต่ไม่รู้สีกตัวต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที จนถึง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ตั้งแต่ ซึม สับสนมาก ไม่รับรู้ เชื่องซึม ไม่รู้วันเวลา สถานที่ มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หมดสติ ระดับ GCS ต่ำกว่า 10 คะแนน มีความผิดปกติตามระบบต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุหรือญาติไม่ยินดียุติเข้าร่วมการวิจัย

การจัดจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดย 20 คนแรก จัดเข้าสู่กลุ่มควบคุม หลังจากนั้น คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุเข้าสู่กลุ่มทดลอง โดยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ทีละคู่จนครบ 20 คู่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจทำให้มีผลต่อการทดลอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อรับความวิตกกังวล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Lasaras & Folkman,1984) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Matched pair) โดยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเพศที่ตรงกัน ช่วงอายุเดียวกัน ประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน และระดับความรู้สึกวิตกกังวลระดับเดียวกัน ดังนี้

1. อายุ โดยการจับคู่อายุให้อยู่ในกลุ่มอายุช่วงเดียวกัน ได้แก่
 - 1.1 อายุ 60-69 ปี (Young old)
 - 1.2 อายุ 70-79 ปี (Medium old)
 - 1.3 อายุ 80 ปี หรือมากกว่า (Old old)
2. เพศ กลุ่มตัวอย่างมีเพศที่ตรงกัน
3. ประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หลังจากมีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ แบ่งเป็น
 - 3.1 ไม่เคย
 - 3.2 เคย
4. ระดับความรู้สึกวิตกกังวล ผู้ป่วยมีระดับวิตกกังวลที่อยู่ในระดับเดียวกัน แบ่งเป็น
 - 4.1 ไม่มีความกังวล
 - 4.2 วิตกกังวลเล็กน้อย
 - 4.3 วิตกกังวลปานกลางถึงมาก
 - 4.4 มีความกังวลมาก กระวนกระวายใจ ไม่มีสมาธิ สับสน
 - 4.5 มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก

สรุป คุณลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันทางด้านคือ เพศ อายุ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน และระดับความวิตกกังวล (ตารางที่1)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน จำแนกการจับคู่ด้านเพศ อายุ ประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และระดับความรู้สึกรวิตกกังวล

กลุ่มควบคุม					กลุ่มทดลอง			
คู่ที่	เพศ	อายุ (ปี)	ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังจากที่มีอายุครบ 60 ปี	ระดับความวิตกกังวล	เพศ	อายุ (ปี)	ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังจากที่มีอายุครบ 60 ปี	ระดับความวิตกกังวล
1	หญิง	65	เคย	วิตกกังวลเล็กน้อย	หญิง	68	เคย	วิตกกังวลเล็กน้อย
2	ชาย	72	เคย	วิตกกังวลเล็กน้อย	ชาย	75	เคย	วิตกกังวลเล็กน้อย
3	ชาย	77	เคย	วิตกกังวลเล็กน้อย	ชาย	80	เคย	วิตกกังวลเล็กน้อย
4	ชาย	78	เคย	ไม่มีความวิตกกังวล	ชาย	71	เคย	ไม่มีความวิตกกังวล
5	หญิง	85	เคย	วิตกกังวลมาก	หญิง	81	เคย	วิตกกังวลมาก
6	ชาย	74	ไม่เคย	วิตกกังวลมาก	ชาย	76	ไม่เคย	วิตกกังวลมาก
7	หญิง	64	เคย	วิตกกังวลปานกลาง	หญิง	60	เคย	วิตกกังวลปานกลาง
8	หญิง	76	เคย	วิตกกังวลปานกลาง	หญิง	71	เคย	วิตกกังวลปานกลาง
9	หญิง	67	เคย	วิตกกังวลปานกลาง	หญิง	65	เคย	วิตกกังวลปานกลาง
10	ชาย	60	เคย	วิตกกังวลปานกลาง	ชาย	63	เคย	วิตกกังวลปานกลาง
11	ชาย	67	ไม่เคย	วิตกกังวลปานกลาง	ชาย	62	ไม่เคย	วิตกกังวลปานกลาง
12	ชาย	72	ไม่เคย	วิตกกังวลปานกลาง	ชาย	73	ไม่เคย	วิตกกังวลปานกลาง
13	หญิง	72	ไม่เคย	วิตกกังวลปานกลาง	หญิง	70	ไม่เคย	วิตกกังวลปานกลาง

กลุ่มควบคุม					กลุ่มทดลอง			
คู่ ที่	เพศ	อายุ (ปี)	ประสบการณ์การ เข้ารับการรักษาที่ ห้องฉุกเฉิน หลังจากที่มีอายุ ครบ 60 ปี	ระดับความ วิตกกังวล	เพศ	อายุ (ปี)	ประสบการณ์การเข้า รับการรักษาที่ห้อง ฉุกเฉินหลังจากที่มี อายุครบ 60 ปี	ระดับความ วิตกกังวล
14	ชาย	69	เคย	วิตกกังวลปาน กลาง	ชาย	64	เคย	วิตกกังวล ปานกลาง
15	หญิง	77	เคย	วิตกกังวลปาน กลาง	หญิง	79	เคย	วิตกกังวล ปานกลาง
16	หญิง	77	เคย	วิตกกังวลปาน กลาง	หญิง	73	เคย	วิตกกังวล ปานกลาง
17	หญิง	90	เคย	วิตกกังวลมาก	หญิง	81	เคย	วิตกกังวลมาก
18	ชาย	70	เคย	วิตกกังวลสูง มาก	ชาย	75	เคย	วิตกกังวลสูง มาก
19	หญิง	68	ไม่เคย	วิตกกังวลปาน กลาง	หญิง	61	ไม่เคย	วิตกกังวล ปานกลาง
20	ชาย	78	ไม่เคย	วิตกกังวลปาน กลาง	ชาย	71	ไม่เคย	วิตกกังวล ปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิดคือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องมือทดลอง

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=40)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n ₁ = 20)		กลุ่มควบคุม (n ₁ = 20)		รวม (n _{รวม} = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	50.0	10	50.0	20	50.0
หญิง	10	50.0	10	50.0	20	50.0
	$\bar{x} = 73.4$ ปี, SD. = 8.530		$\bar{x} = 73$ ปี, SD. = 7.138		$\bar{x} = 73.2$ ปี, SD. = 7.765	
อายุ						
60-69 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
70-79 ปี	12	60.0	12	60.0	24	60.0
80 ปีขึ้นไป	2	10.0	2	10.0	4	10.0
สถานภาพสมรส						
โสด	2	10.0	0	0	2	5.0
สมรส	11	55.0	12	60.0	23	57.5
หม้าย	7	35.0	8	40.0	15	37.5
ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	20	100.0	20	100.0
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	15.0	1	5.0	4	10.0
ประถมศึกษา	11	55.0	7	35.0	18	45.0
มัธยมศึกษา	3	15.0	7	35.0	10	25.0
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	2	10.0	0	0	2	5.0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	2	10.0	2	5.0
อาชีพในปัจจุบัน						
รับจ้าง	2	10.0	0	0	2	5.0
ค้าขาย	0	0	1	5.0	1	2.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	90.0	19	95.0	37	92.5

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ($n_1 = 20$)		กลุ่มควบคุม ($n_1 = 20$)		รวม ($n_{รวม} = 40$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล						
เงินสด	2	10.0	2	10.0	4	10.0
ประกันสังคม	1	5.0	0	0	1	2.5
ประกันสุขภาพ	9	45.0	9	45.0	18	45.0
เบิกราชการ	6	30.0	6	30.0	12	30.0
ครอบครัวเจ้าหน้าที่	2	10.0	3	15.0	5	12.5
โรคประจำตัว						
ไม่มี	5	25.0	3	15.0	8	20.0
มี	15	75.0	17	85.0	32	80.0
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หลังจากที่ท่านมีอายุครบ 60 ปี						
ไม่เคย	6	30.0	6	30.0	12	30.0
เคย	14	70.0	14	70.0	28	70.0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน						
< 5 ครั้ง	11	78.57	9	64.29	20	71.43
> 5 ครั้ง	3	21.43	5	35.71	8	28.57
ผู้พามาส่งเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน						
มาเอง	2	10.0	1	5.0	3	7.5
มีผู้พามา	18	90.0	19	95.0	37	92.5
บุตร	17	85.0	12	60.0	29	72
สามี	0	0	7	35.0	7	17.5
ญาติ	0	0	1	5.0	1	2.5
เจ้าหน้าที่อาสา	1	5.0	0	0	1	2.5
ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ในขณะที่เข้ารับการรักษา)						
มี	16	80.0	10	50.0	26	65.0
ไม่มี	4	20.0	10	50.0	14	35.0
บุตร	16	80.0	6	30.0	22	55.0
บุตรและสามี	0	0	1	5.0	1	2.5
ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (Grad)						
Urgent	20	100	20	100	40	100

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้มาตราวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) ซึ่งเป็นแบบประเมินวิตกกังวลแบบง่าย โดยใช้รูปภาพแสดงสีหน้าอารมณ์ (The Faces Anxiety Scale) จะมีลักษณะสีหน้า 5 แบบให้ผู้ป่วยเลือก ตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลเลย จนถึงวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย McKinley et al. (2003) และ Kudo M., et al (2003) ได้นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่าง แบบประเมินภาวะวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety) ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger. 1983) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05



- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ไม่มีความกังวล ไม่มีความรู้สึกทุกข์ ทรมานแต่อย่างใด |
| 2 | หมายถึง | วิตกกังวลเล็กน้อย รู้สึกตื่นตัวเล็กน้อย ยังมีความรู้สึกที่สามารถทนได้ |
| 3 | หมายถึง | วิตกกังวลปานกลางถึงมาก รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ เหมือนใจสั่นๆ ซึ่พจเร้นเร็ว เหงื่อออก อยากปัสสาวะบ่อยๆ พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เริ่มมีความรู้สึก ว่าไม่สามารถทนได้ |
| 4 | หมายถึง | มีความกังวลมาก กระวนกระวายใจ ไม่มีสมาธิ สับสน ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้ |
| 5 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก รู้สึกโกรธ ไม่พอใจในสิ่งต่างๆ รอบข้างตัว ไม่สามารถทนอยู่ในเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้นได้ |

2. โปรดระบุว่าคุณมีความวิตกกังวลในเรื่องใดต่อไปนี้ จากมากที่สุดไปน้อย (สามารถตอบได้มากกว่า 1ข้อ)โดยข้อที่คุณรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุดให้ใส่หมายเลข 1 และ 2, 3...ในข้อที่คุณวิตกกังวลรองลงมา

- () อาการของการเจ็บป่วยในครั้งนี้
- () ผลของการรักษาในครั้งนี้
- () การปฏิบัติตนเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน
- () การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน
- () สิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน
- () ค่าใช้จ่าย
- () อื่นๆโปรดระบุ.....

2. เครื่องมือทดลอง

2.1 คู่มือการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ภายในห้องฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้พัฒนามาจากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly Principle and Practice) ของ AHMAC(2004) ประเทศออสเตรเลียร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการปรับสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุจากการหลักการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly Principle and Practice) (2004) ประเทศออสเตรเลีย ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) โดยเป็นการปรับสิ่งแวดล้อมให้มีความเอื้ออาทร สะดวกสบาย ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ตัวอย่างเช่น การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องของการมองเห็น โดยอาจมีการจัดเตรียมแว่นขยายไว้ให้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุลืมแว่นไว้ที่บ้าน หรือการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ขามรูปไต ในผู้สูงอายุที่มีอาการคลั่งไส้อาเจียน การจัดนำน้ำอุ่นมาไว้สำหรับให้ผู้สูงอายุได้บ้วนปาก หรือการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับปัสสาวะ / อุจจาระ ไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) (2003) ร่วมกับหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุเพื่อเป็นคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินและรวบรวมข้อมูล(Assessment) ผู้วิจัยจัดทำแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ(Screening for common Problem in Ambulatory Elderly) ที่ผู้วิจัยแปลจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) การบกพร่องของการมองเห็น การฟัง ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งใช้เวลาประเมินประมาณ 8-10 นาที(Moore et al. 1996) ซึ่งถ้ามีอาการผิดปกติในแต่ละส่วน จึงค่อยมาประเมินในแต่ละจุดที่ผิดปกติอย่างละเอียดเพิ่มเติมต่อไป ร่วมกับการประเมินปัญหาของอาการสำคัญที่นำมาของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่นผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บปวดดูแลเรื่องการประเมินคะแนนของความเจ็บปวด

2. การวางแผนให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้ตรงกับปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายตามหลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน(Geriatric Emergency Management) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาตามความสำคัญของปัญหา ปัญหาที่ควรแก้ก่อนให้จัดลำดับเป็นลำดับแรก และปัญหาที่สำคัญรองลงมาไว้เป็นลำดับต่อไป

3. การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้อย่างเอื้ออาทรตามหลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน(Geriatric Emergency Management)

4. การวางแผนการจำหน่าย โดยการวางแผนการจำหน่าย ให้คำแนะนำตาม ปัญหาสุขภาพที่นำผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

ขั้นตอนการสร้างคู่มือ ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม บทความที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุและ ปัญหาที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องกลับมารักษาภายในห้องฉุกเฉิน

2. ผู้วิจัยร่างคู่มือการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ภายในห้องฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้พัฒนามาจากหลักการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age- Friendly Principle and Practice) ของ AHMAC(2004) ประเทศออสเตรเลียร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ ภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003)

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายใน ห้องฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยการนำหลักการพยาบาลผู้สูงอายุภายใน ห้องฉุกเฉินตามหลักการการดูแลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Age- Friendly Principle and Practice) (2004) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน(Geriatric Emergency Management) (2003) มาประยุกต์ใช้ โดยมีเนื้อหา ครอบคลุมในเรื่อง การดูแลให้การพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร การดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ โดยลักษณะของแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลอย่าง เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วยส่วนของกิจกรรมภายในแนวปฏิบัติ การพยาบาลที่ เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ในลักษณะของการ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” โดยมีเกณฑ์ การให้คะแนนคือ ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินผลคือ คะแนน ของกิจกรรมการปฏิบัติตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง การปฏิบัติตามหลักการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อ ผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และคะแนนของกิจกรรมการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ ตามหลักการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปให้ที่ปรึกษาพิจารณาถึงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ เพื่อความ ถูกต้องเหมาะสม และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา 1.0 โดยมีการแก้ภาษาให้เหมาะสม ถูกต้อง ตรงประเด็นและมีความ ชัดเจนมากขึ้น โดยไม่ตัดข้อคำถาม ไม่มีเพิ่มเติมจำนวนข้อคำถาม รวมข้อคำถาม ทั้งหมด 20 ข้อ ดังนี้ ข้อ 12 .ประเมินความต้องการในการช่วยเหลือให้คำแนะนำของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อกลับไป อยู่บ้าน ได้ปรับแก้เป็น “ประเมินความต้องการในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน”

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยวิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง ไปใช้กับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริงก่อนการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ .83

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 20 คน เมื่อเสร็จสิ้น จึงเริ่มทำการปรับสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน และทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยแบ่งระยะดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่การเตรียมการทดลอง
2. ระยะดำเนินการทดลอง
3. ระยะประเมินผลการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง

ภายหลังจากการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเตรียมการทดลอง ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

1.2 ประสานงานกับผู้ตรวจการหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยติดต่อกับพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยการอธิบายเกี่ยวกับการใช้คู่มือต่างๆ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยติดต่อผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล ในส่วนของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และแบบประเมินความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของขั้นตอนและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

คุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย

1.4.1 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานภายในห้องฉุกเฉิน

1.4.2 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุ

ดูแลผู้สูงอายุ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

2.1. ระยะดำเนินการกับกลุ่มควบคุม

2.2. ระยะดำเนินการกับกลุ่มทดลอง

2.1. ระยะดำเนินการกับกลุ่มควบคุม

ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ 11 ธ.ค. 56 – 25 ธ.ค. 56 ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างควบคุมที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 20 คน

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนที่จะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูลและการวิจัย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และประเมินความวิตกกังวล

2.1.2.2 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติจากพยาบาลห้องฉุกเฉิน

2.1.2.3 ประเมินความวิตกกังวลผู้สูงอายุซ้ำ ก่อนที่ผู้สูงอายุจะจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

2.1.3 ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านกับผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ภายหลังจากการประเมินความวิตกกังวลเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือญาติมีข้อสงสัย หรือต้องการคำแนะนำ ตามปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแลแต่ละราย

2.2 ระยะดำเนินการกับกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ตรวจการหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขอดำเนินการปรับปรุงสถานที่ตามหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ 26 ธ.ค. 56 - 2 ม.ค. 57

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามขั้นตอนการดูแลให้การรักษาพยาบาลของห้องฉุกเฉินโดยใช้การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ 3 ม.ค. 57 – 25 กพ. 57 ดังนี้

2.2.2.1 เมื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนดให้เข้ามารับการดูแลรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยใช้แบบคัดกรองอาการและความเร่งด่วนของ Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) (2004) โดยการประเมินอาการซักประวัติ อาการนำมา และการวัดสัญญาณชีพ ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้น

2.2.2.2 นำผู้สูงอายุมารับการดูแลรักษาพยาบาล ณ จุดสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ที่ผู้วิจัยได้จัดไว้ให้พร้อมทั้งดูแลเรื่องสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย

2.2.3 ผู้วิจัยประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูล (Assessment) ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพใช้สรรพนามเรียกที่เหมาะสมให้เกียรติกับผู้สูงอายุ ใช้ลักษณะน้ำเสียงที่ทุ้มเย็นหรืออ่อนโยนในลักษณะที่ผู้สูงอายุสามารถเห็นใบหน้าและริมฝีปากของผู้วิจัยได้ อาจต้องมีการเพิ่มเสียงในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความบกพร่องในการได้ยิน แต่ไม่ใช่ในลักษณะของการตะโกน แนะนำชื่อผู้วิจัยในการที่จะมาให้การดูแลและรวบรวมข้อมูล และประเมินความวิตกกังวล หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมและประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) โดยจะมีแบบประเมินผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดย

การสอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุและครอบครัวหรือญาติ ตามแบบประเมินภาวะปัญหาและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly) ซึ่งใช้เวลาประเมินประมาณ 8-10 นาที (Moore et al. 1996) โดยถ้ามีอาการผิดปกติในแต่ละส่วน จึงค่อยมาประเมินในแต่ละจุดที่ผิดปกติอย่างละเอียด และเพิ่มในส่วนของการประเมินอาการสำคัญที่นำผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

2.2.4 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพตามหลักการการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) และตามปัญหาของผู้สูงอายุมาวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยในที่นี้ได้ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน

2.2.5 การปฏิบัติการพยาบาล ตามปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน(Geriatric Emergency Management) และปัญหาของผู้สูงอายุ ให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย

2.2.6 แจ้งถึงแผนการพยาบาลและแผนการรักษาผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสนับสนุนการดูแลทางด้านสังคมให้กับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งเป็นการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อช่วยหาคำแนะนำหรือสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์กับครอบครัวหรือญาติในการที่จะดูแลผู้สูงอายุ

2.2.7 การอนุญาตให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามาอยู่ดูแลผู้สูงอายุข้างเตียง (ในกรณีที่ไม่ต่อการรักษาพยาบาล)

2.2.8 การดูแลให้ข้อมูลในส่วนของการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ขั้นตอนการรักษาพยาบาล รวมถึงระยะเวลาในการรอคอย

2.2.9 การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเคารพในความเป็นผู้สูงอายุ อธิบายถึงกิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่ผู้สูงอายุได้รับ รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ เช่น การให้ออกซิเจน การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเฝ้ารอในเรื่องของอุบัติเหตุ รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉิน

2.3 การประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะๆ ว่าการดูแลหรืออาการของผู้สูงอายุดีขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ โดยถ้าไม่เป็นตามเป้าหมายอาจมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกันกับผู้สูงอายุ และครอบครัวหรือผู้ดูแล อธิบายถึงผลการรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสอบถามถึงปัญหาหรือข้อสงสัย พร้อมทั้งดูแลให้ข้อมูลด้วยท่าทีที่เต็มใจ เป็นมิตร เข้าใจผู้สูงอายุในกรณีที่อาจมีการสอบถามเรื่องเดิมหลายครั้ง ดูแลให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนครั้งที่จะต้องเข้าไปให้การพยาบาลหรือการให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ครั้ง คือ

2.3.1 แรกเริ่มเมื่อผู้สูงอายุเข้ามารับการบริการภายในห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพให้ผู้สูงอายุ/ ญาติ ทราบ

2.3.2 การนำผู้สูงอายุเข้าไปรอรับการรักษา ณ จุดที่จัดเตรียมให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ ระยะเวลาในการรอคอยภายในห้องฉุกเฉินอย่างคร่าวๆ

2.3.3 เมื่อต้องทำการพยาบาล หรือหัตถการกับผู้สูงอายุ เช่น เจาะเลือด ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การส่ง X-ray ต่างๆ

2.3.4 เมื่อต้องแจ้งผลการตรวจต่างๆ ให้ผู้สูงอายุทราบ การเข้าไปประเมินผลของการให้การพยาบาลที่ได้ให้ผู้สูงอายุไปก่อนหน้านี้

2.3.5 เมื่อผู้สูงอายุจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน

โดยจำนวนครั้งที่พยาบาลเข้าไปให้การพยาบาลผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือการร้องขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ เป็นรายๆ

2.4 การวางแผนการจำหน่าย โดยมีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับผู้สูงอายุ และญาติ ให้ทุกส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น มีการประเมินถึงปัญหาเมื่อผู้สูงอายุจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ตามหลักการการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) เพื่อที่จะสามารถนำแนวทางการดูแลตนเองและผู้สูงอายุไปปฏิบัติได้จริง การส่งต่อข้อมูล/ปัญหาของผู้สูงอายุให้กับ ward ที่รับผู้สูงอายุในกรณีที่ต้องนอนโรงพยาบาล

2.5 การประเมินผลโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ช่วยวิจัย สอบถามการปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินของพยาบาลจากผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และบันทึกลงในแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2) หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง ก่อนที่ผู้สูงอายุจะ discharge ออกจากห้องฉุกเฉิน ทั้งที่จะ กลับบ้าน หรือ เข้าไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน จำแนกตามรายชื่อ (N=20)

ข้อที่	รายการ	กลุ่มทดลอง	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1	แนะนำตัวเองกับผู้สูงอายุ แสดงท่าทีที่เป็นมิตร แสดงท่าทีต้อนรับและยินดีในการให้บริการ	20(100%)	-
2	ประเมินอาการและระดับความเร่งด่วนของการรักษา โดยการวัดสัญญาณชีพ สอบถามประวัติ อาการนำมาของผู้สูงอายุ	20(100%)	-
3	พยาบาลให้แนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลภายในห้องฉุกเฉินให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัว/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ขั้นตอนของการรักษาพยาบาลโดยประมาณ ระยะเวลาในการรอคอยภายในห้องฉุกเฉิน	20(100%)	-
4	พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้สูงอายุ เช่น รถเข็นนอน ไม้กั้นเตียง สัญญาณขอความช่วยเหลือ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ	20(100%)	-
5	พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาล เช่น ระยะเวลารอคอย ผลการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	20(100%)	-
6	พยาบาลแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบและอธิบายเหตุผลของให้การพยาบาลหรือทำหัตถการ ก่อนทุกครั้ง เช่น การเจาะเลือด การให้น้ำเกลือ การส่งเอกซเรย์ การงดน้ำ งดอาหาร	20(100%)	-
7	พยาบาลมีการประเมินผลหลังการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการสอบถามอาการของผู้สูงอายุ อย่างสม่ำเสมอ	20(100%)	-
8	การแสดงท่าทีที่เคารพผู้สูงอายุ โดยการเรียกสรรพนาม นำหน้าชื่อ ของผู้สูงอายุทุกครั้ง เช่น “สวัสดีค่ะ คุณ.....” หรือการขออนุญาตเรียกสรรพนามอย่างเป็นกันเองกับผู้สูงอายุก่อนทุกครั้ง เช่น “สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวเป็นพยาบาลที่จะมาให้การดูแลคุณขออนุญาตเรียก คุณยายได้มั๊ยค่ะ”	20(100%)	-
9	แจ้งให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทราบถึง ผลการรักษา เช่น ผลการตรวจเลือด ผลเอกซเรย์ ระดับสัญญาณชีพ	20(100%)	-
10	การอนุญาตให้ครอบครัว /ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คนมาอยู่ข้างเตียงผู้สูงอายุ (ในกรณีมีมาด้วย)	19(95%)	-

ข้อที่	รายการ	กลุ่มทดลอง	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
11	พยาบาลเสนอตัวให้ความช่วยเหลือผู้สูง เมื่อต้องการได้รับความช่วยเหลือ เช่น “ถ้าคุณ..... ต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ สามารถแจ้งพยาบาลได้นะคะ ยินดีให้บริการค่ะ”	20(100%)	-
12	พยาบาลประเมินความต้องการในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เช่น “ไม่ทราบว่า เมื่อแพทย์อนุญาตให้คุณยาย...กลับไปอยู่บ้านแล้ว จะมีใครเป็นคนดูแลคะ, ทราบหรือไม่คะว่าต้องระวังเกี่ยวกับสุขภาพของคุณยาย.....อย่างไรบ้าง, มีอะไรให้พยาบาลช่วยแนะนำบ้างคะ”	20(100%)	
13	พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนการจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากห้องฉุกเฉิน ทั้งในกรณีที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ /หรือต้องรับเข้ารักษาต่อภายในโรงพยาบาล	20(100%)	-
14	จัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในมมผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	20(100%)	-
15	การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยการปิดม่านให้มิดชิด ไม่เปิดเผยร่างกายผู้สูงอายุ	20(100%)	-
16	การดูแลในเรื่องความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ เช่น รถเข็นนอนที่แข็งแรง มั่นคง สามารถปรับระดับสูงต่ำได้ ทางเดินหรือทางลาดมีราวจับสำหรับพยุงตัว พื้นทางเดินไม่ลื่น	20(100%)	-
17	ป้ายสำหรับผู้สูงอายุ มองเห็นได้ชัดเจน	20(100%)	-
18	อุปกรณ์ภายในห้องน้ำเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ก๊อกน้ำเป็นแบบก้านโยก มีราวจับสำหรับพยุงตัว ป้ายบอกลักษณะการใช้งานอุปกรณ์ต่างๆ มองเห็นชัดเจน	16(80%)	4(20%) *ปัสสาวะที่รถนอน
19	การดูแลความสะดวกสบายโดยการเตรียมสิ่งของที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุไว้ใกล้มือ เช่น ชามรูปไต กระดาษ แวนชยาย เป็นต้น	20(100%)	-
20	บรรยากาศภายในห้องน้ำผ่อนคลาย เช่น สะอาด มีกลิ่นหอม	16(80%)	4(20%) *ปัสสาวะที่รถนอน

สรุป การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินได้ร้อยละ 90 เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน จำนวน 4 ราย ไม่ได้เข้าห้องน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้เข้าห้องน้ำ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้เขียนโครงร่างของการวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิเคราะห์ตามหลักจริยธรรมการวิจัยทั้ง 3 ข้อดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลคำอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขึ้น ตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัยและให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัย

2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non maleficence) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มควบคุม อาจไม่ได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นจากปกติ แต่ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน พร้อมทั้งให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านโดยผู้วิจัยหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย และหากผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มทดลอง อาจได้รับประโยชน์จากผลของกรปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทร โดยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลอง หากมีอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ขอให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที จะช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย โดยข้อมูลของผู้ป่วยจะไม่มีการเปิดเผยถึงตัวผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน ในกรณีที่มีการนำเสนอหรือผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ และใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการ

3. หลักความยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามเกณฑ์การประเมินความเร่งด่วนและคัดกรองอาการของแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ระดับ 3 ขึ้นไป ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที ที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีภาวะช็อค หรือหายใจลำบาก สามารถสื่อสารหรือโต้ตอบสื่อความหมายพอเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะช็อค ไม่หายใจหรือหายใจลำบาก ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 15 นาทีหรือทันที มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึม สับสน ไม่รับรู้ วันเวลาสถานที่ มีความผิดปกติตามระบบต่างๆที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ และไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยการคัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองขึ้นกับวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดไว้ หากท่านอยู่ในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ปฏิบัติงานภายในห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าไปให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของผู้สูงอายุ/ญาติ ผู้ป่วยจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการบังคับข่มขู่ หรือหลอกลวง หากผู้ป่วยได้รับอันตรายที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ผู้ป่วยสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

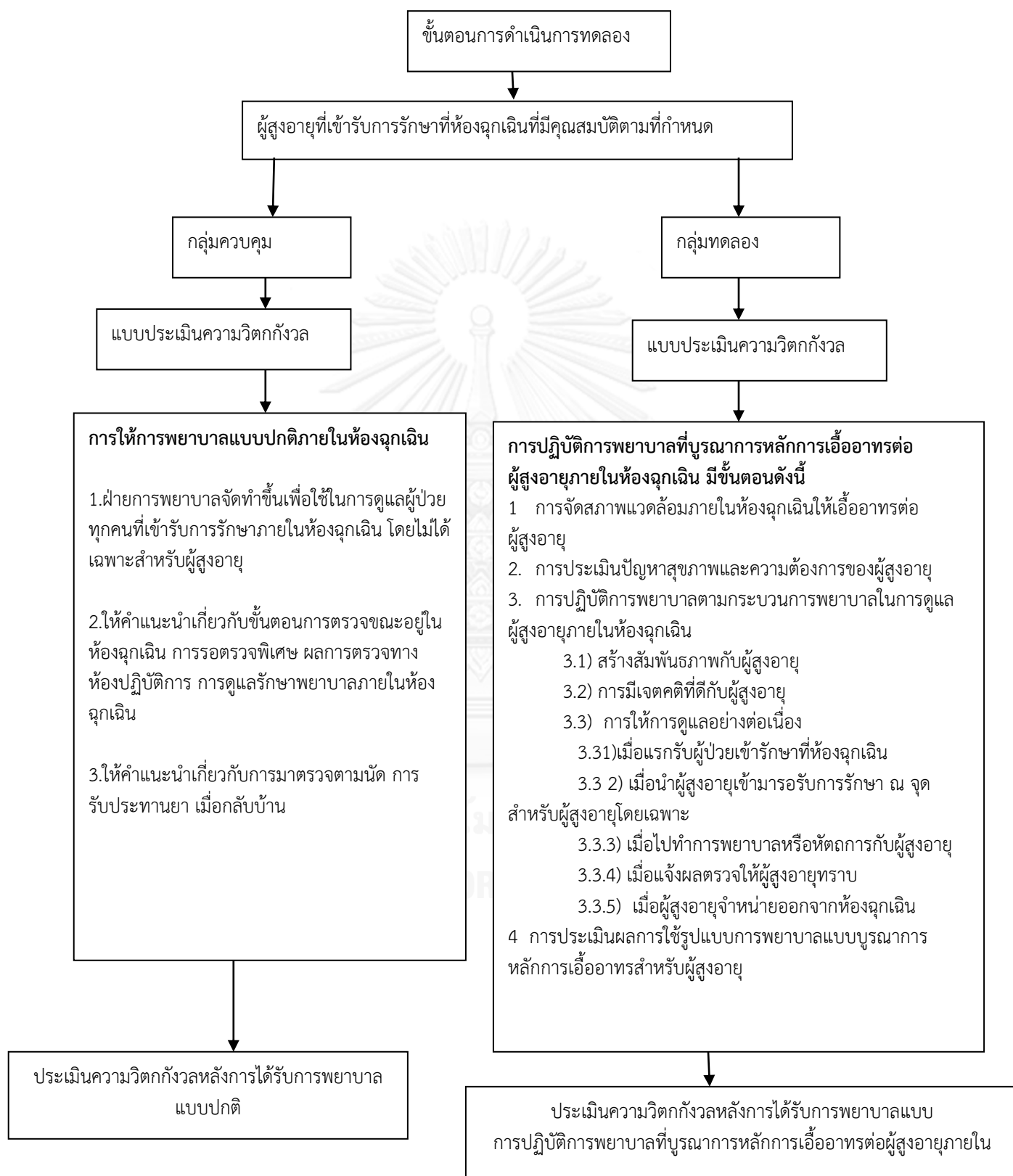
คน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนน
พระราม4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0- 2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science/ personal Computer Plus) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการใช้ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินโดยใช้สถิติ Independent t-test
- 3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉินโดยใช้สถิติ dependent t-test

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research designs) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน โดยการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ และการพยาบาลแบบปกติ

ระดับความวิตกกังวล	ก่อน		หลัง		df	t	p-value
	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ			
กลุ่มควบคุม (n=20)	3.00(0.86)	ปานกลาง	2.60(0.99)	ปานกลาง	19	3.56	0.002
กลุ่มทดลอง (n=20)	2.95(0.69)	ปานกลาง	1.45(0.6)	น้อย	19	8.82	0.000

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน หลังการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มควบคุมผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน มีความวิตกกังวลปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลองผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ไม่มีความวิตกกังวล

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจภายในห้องฉุกเฉินระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉินกับผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	\bar{x} (SD)	ระดับ	\bar{x} (SD)	ระดับ			
ก่อนการทดลอง							
ระดับความวิตกกังวล	3.00(0.86)	ปานกลาง	2.95(0.69)	ปานกลาง	38	0.20	0.840
หลังการทดลอง							
ระดับความวิตกกังวล	2.60(1.00)	น้อย	1.45(0.61)	ไม่มี	38	4.41	0.000

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research designs) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบระดับความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉิน หลังการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ
2. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการวิธีการจับคู่คำนึงถึงความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแบบรายคู่ (Matched pair) ทางด้านเพศ อายุ ประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉิน และระดับความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ส่วนที่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉิน 2) แบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้มาตราวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) ส่วนที่ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) คู่มือการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน 2) แนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน หลังการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

2. ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินของกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีค่าต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการทดลองได้ ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อที่ 1

การนำการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินได้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจาก การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมอย่างกะทันหัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินจะเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน (Moons et al., 2003) ทำให้เกิดกังวลว่าต้องเป็นภาระของผู้ป่วยในการดูแล นอกจากนี้ การเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุมักทำให้ผู้สูงอายุเกิด

ความรู้สึกพรากความรู้สึก (Sensory deprivation) เนื่องจาก ผู้สูงอายุจะต้องอยู่คนเดียวภายในห้อง ฉกฉกทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดได้ รวมถึงผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการสื่อสาร เช่น หูตึง หรือในเรื่องของการมองเห็น เจ้าหน้าที่ที่ไม่เข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความคิดที่เป็นเชิงลบกับผู้สูงอายุ (Nolan, 2009) ทำให้ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ภายในห้องฉกฉกเกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน มีอิทธิพลต่อความรู้สึก วิตกกังวลต่อผู้สูงอายุ การไม่ได้รับข้อมูลถึงขั้นตอนการรักษาภายในห้องฉกฉก ความล่าช้าในการรอคอย (Kihlgren et al. 2004) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นอีกปัจจัยที่มีต่อความรู้สึกวิตกกังวลต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉกฉกนอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการกระตุ้นความรู้สึก มากเกินไป (Sensory deprivation) จาก สภาพแวดล้อมภายในห้องฉกฉก ก็ส่งผลต่อความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุ เนื่องจากการออกแบบหรือสภาพแวดล้อมภายในห้องฉกฉกเป็นลักษณะที่ใช้กับการ บริการให้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ การจัดสิ่งแวดลอมเป็นลักษณะที่ไม่มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ สภาพภายในห้องฉกฉกที่มีลักษณะคับแคบ ไม่มีความเป็นส่วนตัว เสียงดัง อึกทึก แสงไฟที่ส่องสว่าง อยู่ตลอดเวลา ลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฉกฉก เริงควน เกร็งเครียด กระวนกระวาย วิตกกังวล ลักษณะเตียงของห้องฉกฉกที่เป็นลักษณะแคบ

การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้อง ฉกฉก เพื่อลดภาวะวิตกกังวล เป็น รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ที่ห้องฉกฉกอย่างเอื้ออาทรตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ตามหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับ ผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ร่วมกับแนวคิดหลักการการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉกฉก (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) โดยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เริ่ม จาก สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉกฉก มีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ การ สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการการศึกษาพบว่า ในผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลและมีการสื่อสารที่ดีกับ เจ้าหน้าที่ภายในห้องฉกฉก ความรู้สึกวิตกกังวลจะน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เกิดปัญหาหรือมีการสื่อสาร (Nolan, 2009) การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับเข้ามารับการรักษาภายในห้องฉกฉกจน จำหน่าย โดยการสอบถามถึงความต้องการและการประเมินอาการผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการรอคอย ผลการตรวจและการวางแผนการรักษาเป็นระยะ สามารถทำให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลได้ (Kihlgren et al. 2004) นอกจากนี้ การจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องฉกฉกให้มีความเป็นสัดส่วน มีพื้นที่เฉพาะสำหรับ ผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย สะดวกสบาย เข้าถึงได้ง่าย (Parke & Friesen, 2007) เป็นบทบาทของ พยาบาลที่มีความสำคัญในการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉกฉกเพื่อลด ภาวะความวิตกกังวลและความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ โดยการคำนึงถึงลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละราย

2) ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีค่าต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ สอดคล้องกับ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

จากการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีค่าต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินได้รับการประเมินความวิตกกังวลเมื่อเข้ามาได้รับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอย สิ่งแวดล้อมต่างๆภายในห้องฉุกเฉิน การร้องขอความช่วยเหลือ รวมถึงการอนุญาตให้ญาติ/ผู้ดูแล ได้ 1 คน เข้ามาอยู่กับผู้สูงอายุ (ในกรณีที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว (Considine, 2010) รวมถึงได้มีการให้คำแนะนำหรือตอบสนองในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เฉพาะราย โดยการแสดงออกถึงการเข้าใจ การแสดงออกถึงความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ให้เกียรติผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถลดความวิตกกังวลได้เมื่อเทียบกับการพยาบาลแบบปกติที่มีการให้ข้อมูลเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับแผนการรักษาเท่านั้น โดยไม่มีการประเมินความวิตกกังวลที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน สามารถลดความระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เกิดการพัฒนากระบวนการบริการและมาตรฐานการพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ผู้สูงอายุได้รับการบริการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้นำรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ไปปรับใช้กับหน่วยให้บริการผู้ป่วยสูงอายุแผนก

อื่นที่มีลักษณะการให้บริการคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน เช่น ผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้การสนับสนุนส่งเสริมเพิ่มให้มีพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ

3. ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล และบุคลากรทางที่มีสุขภาพ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร

4. การประเมินผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ พยาบาลทุกท่านควรให้ความสำคัญและได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลของการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินต่อการกลับเข้ามารับการรักษาย้ำภายในห้องฉุกเฉิน

2. การศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินต่อผลของการให้การพยาบาลแบบต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2540). **คู่มือจิตวิทยาคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมดิเคิล มีเดีย.
- กฤษมา ปิยะศิริระภัณฑ. (2545). **พฤติกรรมการณ์ดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา วังเฮงยะฤทธิ์. (2549). **ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แก้วสามสี สาเจริญ. (2536). **ผลการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ. (2536). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**. โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2552). **ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย : การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน**. รายงานโครงการวิจัย, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2554). **การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน**. เวชศาสตร์ฉุกเฉินผสมผสาน, 7 กุมภาพันธ์ 2554 ณ สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- จิราพร ลวดทอง. (2550). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรวรรณ จบสุบิน. (2551). **ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชบา เรียนรมย์. (2551). **ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชี้แจงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชวลี แยมวงษ์. (2554). Geriatric Syndromes: Updated Approaches. (การประชุมวิชาการ) ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- ดวงพร หุ่นตระกูล. (2550). การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ เชื้อมทอง. (2542). ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้ในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล และอามาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1); 19-30.
- บรรจบ บุญจันทร์. (2534). การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครูที่เตรียมตัวและไม่เตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุราชการ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษรา ราชรักษ์. (2549). สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปฏิรพ ปองประพทธี. (2550). ความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกาศสภาการพยาบาล. (2552). ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th> [14 ธันวาคม 2554]
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2538). ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุศาสตร์ เล่ม 3, 1-8. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). 1-2-3 ในการดูแลผู้สูงอายุ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(4): 53-57.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2536). Geriatric Assessment and Multidisciplinary Approach. ใน Handbook in Health Care for the Elderly, Book III Workshop in Healthcare for Elderly. (13 – 17) ธันวาคม. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552. [Online]. แหล่งที่มา: http://www.oppo.opp.go.th/older_data [14 ธันวาคม 2554]
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธรศรี ใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (บรรณาธิการ). (2550). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี(พิมพ์ครั้งที่ 2) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยโรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ฤทธิรักษ์ โอทอง, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ และ ประเสริฐ วศินานุกร. (2553). การวินิจฉัยอาการปวดท้องฉับพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ที่แผนกฉุกเฉิน. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 28(1): 31-42.
- สิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). การพัฒนางานประจำสู่วัตถุกรรม: การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ: ประเทศไทย. ขอนแก่น: คลังนานาชาติ
- วรัญศิญา จิตต์เพียร. (2552). การพัฒนาบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุร-วันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก. (2550). การศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554). ประชากรผู้สูงอายุ [on line]. แหล่งที่มา: http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_149.htm [22 เมษายน 2554]
- วิศรุต สุดสะอาด. (2552). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นคืนชีพ ณ ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรินรา ทงมี. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศศิลักษณ์ วิบูลย์ชัย. (2545). การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ตึกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2554 [on line]. แหล่งที่มา: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrth/download/Mahidol%20Pop_54.pdf. [14 ธันวาคม 2554]

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ**. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550** [on line]. แหล่งที่มา: http://www.oppo.opp.go.th/older_data/book/satanakran50/satanakarn50.pdf .[14 ธันวาคม 2554]
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำหรับการดูแล**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรทัย ปิงวงศานุรักษ์. (2540). **ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2555 <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/ill55/ill-full2555.pdf> กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.[14 ธันวาคม 2554]
- American Association of Colleges of Nursing. (2000). **Older Adults: Recommended Baccalaureate Competencies and Aurricular Guldelines for Geriatric Nursing Care**. [online]. Available from: <http://www.wgec.org/resources/art/nursing-baccalaurate-comp.pdf> [2011 June 15]
- Australian Government Department of Health and Ageing. (2009). **EMERGENCY TRIAGE EDUCATION KIT: TRIAGE WORKBOOK** [online]. Available from: www.health.gov.au/publicat.html [2011 June 15]
- Baraff, L. J., et al. (1992). Perceptions of emergency care by the elderly: results of multicenter focus group interview. **Annals of Emergency Medicine** 21: 814-818.
- Basic, D., Conforti, D., & Rowland. (2002). Standardized assessment of older patients by a nurse in an emergency department. **Australian Health Rehview** 25(4): 50-58.
- Boyd, M.A. (2005). **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott William&Wilkins.
- Bullard, M. J., Unger, B., Spence, J.S. & Grafstein, E. (2008). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guideline. **Can J Emerg Med** 10(2): 136-141.

- Canadian Nurses Association. (2006). [Emergency Nursing Certification](#) [online]. Available from: http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT_Emergency_e.pdf [2011 June 15]
- Considine, J., et al. (2000). Triage nurses' decision using the National Triage Scale for Australian emergency department. **Accident & Emergency Nursing** 8: 201-209.
- Considine, J., et al. (2010). Older peoples' experience of accessing emergency care. **Australasian Emergency Nursing Journal** 13:61-69.
- Dallaire, C., Poitras, J., Aubin, K., Lavoie, A., Moore, L. & Audet, G. (2010). Interrater agreement of Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale scores assigned by base hospital and emergency department nurses. **CJEM • JCMU** 12(1): 45-49.
- Ebersole, P. & Hess, P. (1990). **Toward healthy aging**. St. Louis: The C.V. Mosby Inc.
- Ekwall, A. & Sweden, M. (2010). Acuity and Anxiety From the Patient's Perspective in the Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing** 3(10): 1-5.
- Elder Friendly Hospital National Dialogue and Round Table Meeting: Briefing Note. (2011). National Round Table Meeting: Quality and Safety in an Elder Friendly Hospital. [online] Available from: <http://rgps.on.ca/files/BriefingEFHApril42011FINAL2.pdf>. [2011 June 15].
- Eliopoulos, C. (2005). **Gerontological Nursing**. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ett, W.H., et al. (1987). Patterns of use of the emergency department by elderly patients. **J Gerontol** (42): 638-642.
- Fealy, G., et al. (2009). Effectiveness of gerontologically informed nursing assessment and referral interventions for older persons attending the emergency department: systematic review. **Journal of Advanced Nursing**: 934-945.
- Flynn, D.S., Jennings, J., Moghabghab, R. & Wilding, L. J. Y. (2008). Geriatric emergency management nursing in Ontario [online]. retrieved September 15, 2011, from
- Fox, L.S. & Knight, B.G. (2005). The effects of anxiety on attentional processes in older adults. **Aging & Mental Health** 9(6): 585-593.
- Haugen, A.S., Eide, G.E., Olsen, M.V., Haukeland, B., Remme, A.R. & Wahl, A.K. (2008). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. **Journal of Clinical Nursing** 18: 2301-2310.
- Hayes, K.S. (2000). Geriatric assessment in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing** 26(5): 430-435.

- Haywood, H.C. & Spielberger, C.D. (1996). Palmar Sweating as a function of individual differences in manifest anxiety. **Journal of Personality and Social Psychology** 3(1): 103-105.
- Hazzard, W.R., Blass, J.P., Halter, J.B., Ouslander, J.G. & Tinetti, M.E. (2003). **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. New York: McGRAW-HILL.
- Helfin, M. (2009). **Geriatric health maintenance: Geriatric Medicine**. [on line]. Available from: UpToDate[®] website: <http://www.uptodate.com> [2011September 15]
- Hustey, F.M., Meldon, S.W., Banet, G.A., Gerson, L.W., Blanda, M. & Lewis, L.M. (2005). The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. **American Journal of Emergency Medicine** 23: 259–265.
- Hwang, U. & Morrison, R.S. (2007). The Geriatric Emergency Department. **The American Geriatrics Society** 55: 1873-1876.
- Kihlgren, A.L., et al. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** 18(2): 169-176.
- Kihlgren, A.L., Nilsson, M. & Sorlie, V. (2005). Caring for older patients at emergency department – emergency nurse’ reasoning. **Journal of Clinical Nursing** (14): 601-608.
- Kogan, G.N. & McKee, D.R. (2000). Assessment of Anxiety in Older Adults: Current Status. **Journal of Anxiety Disorders** 14(2): 109–132.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1994). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leah, V., and Adams, J. (2010). Assessment of older adult in the emergency department. **Nursing Standard** 46(24): 42-45.
- Li, H.C., Zheng, L.L., Teng, J.R. & Shen, M.Y. (2003). **Study on anxiety and depressive disorder of inpatients in general hospital** [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12970940> [2011 June 15]
- Lyons, M. & Paterson, R. (2009). Experiences of older people in emergency care settings. **Emergency nurse** 16(10): 26-31.
- Mahmoudi, H., Ebadi, A., Salimi, S.H., Najafi, S., Mokhtari, N.J. & Shokrollahi, F. (2010). Effect of nurse-patient communication on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. **Iranian Journal of Critical Care Nursing** 3(1): 7-12
- Martell, C. (2006). **The Senior Friendly Hospital Strategy: A systematic approach to acute care for older** Presentation to the Elder Health Steering Committee [online]. Regional Geriatric Programs of Ontario. Available from: <http://rgp.toronto.on.ca> [2011 June 15]

- Martín, G.A., Soler, S.R., Picart, A.P. & Casanovas, C.P. (2003). **Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness** [online]. Med Clin (Barc). Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed [2011 June 15]
- Meldon, S.W., Ma, O.J. & Woolard, R. (2004). **Geriatric Emergency Medicine**. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Miller, C.A. (2009). **Nursing for Wellness in Older Adults**. (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Montgomery, B. & Morris, L. (1992). **Living with Anxiety**. Victoria: Lothian Publishing Company Pty Lth.
- Moons, P., Arnauts, H. & Delooz, H.H. (2003). Nursing issues in care for the elder in the emergency department : an overview of the literature. **Accident and Emergency Nursing** 11: 112-120.
- Moore, A.A. & Siu, A.L. (1996). Screening for Common Problem in Ambulatory Elderly: Clinical Confirmation of a Screening Instrument. **The American Journal of Medicine** 100: 438-443.
- Murray, M. et al. (2004). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. **Can J Emerg Med** 6(6): 421-427.
- National panel for Acute care Nurse Practitioner Competencies (ACNP). (2004). **Acute care nurse Practitioner Competencies** [online]. Available from: <http://www.aacn.nche.edu/leadinginitiatives/educationresources/ACNP> [2011 June 15].
- Nolan, M.R. (2009). Older Patients in the Emergency Department: What Are the Risk?. **Journal of Gerontological Nursing** 35(10): 14-18.
- Ontario Hospital Association. (2003). **Geriatric Emergency Management (GEM): Delivery Models, Screening Tools and Practice Guidelines** [online]. Available from: <http://www.rgp.toronto.on.ca/GEM/GEMOHA.pdf> [2011 June 15]
- Otong, D.A. (2008). **Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts**. (2nd ed.). NY: Delmar Cengage Learning.
- Parke, B. (2007). **Physical Design Dimension of an Elder Friendly Hospital** [online]. Available from: [http://www.seniorspolicy.ca/Root/Materials/Physical%20Design%20EFH-parke%20b%20\(2\).pdf](http://www.seniorspolicy.ca/Root/Materials/Physical%20Design%20EFH-parke%20b%20(2).pdf) [2011 June 15]
- Parke, B. & Friesen, K. (2007). **Code Plus: Physical Design Components for an Elder Friendly Hospital** [online]. Available from: <http://www.fraserhealth.ca/media/CodePlus%20->

[%20Physical%20Design%20Components%20for%20an%20Elder%20Friendly%20Hospital.pdf](#) [2011 September 15]

- Parke, B. & Stevenson, L. (1999). **Creating an Elder-Friendly Hospital: Healthcare Management Forum** [online]. Available from: <http://rgp.toronto.on.ca/PDFfiles/CollaborativemodelofEDservices.pdf> [2011 June 15]
- Regional Geriatric Program of Toronto. (2009). **A collaborative model for service delivery in the Emergency Department** [online]. Available from: <http://rgp.toronto.on.ca> [2011 June 15]
- Roberts, D.C. et al. (2008). Increasing Rates of Emergency Department Visits for Elderly Patients in the United States 1993 to 2003. **Annals of Emergency Medicine** 51(6): 769-774.
- Robinson, S. & Mercer, S. (2007). Older Adult Care in the Emergency Department: Identifying Strategies that Foster Best Practice. **Journal of Gerontological Nursing** 33(7): 40-47.
- Samaras, N., Samaras, D., Chevalley, T. & Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. **Annals of Emergency Medicine** 56(3): 261-269.
- Shanley, C., Sutherland, S., Stott, K., Tumeth, R. & Whitmore, E. (2008). Increasing the profile of the care of the older person in the ED: A contemporary nursing challenge. **International Emergency Nursing** 16: 152-158.
- Shives, L.R. (1998). **Basic concepts of psychiatric-mental health nursing**. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sole, M.L., Moseley, M.J. & Klein, D.G. (2005). **Introduction to Critical Care nursing**. (4th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Spielberger & Guerrero, D.G. (1983). **Cross-Cultural Anxiety**. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Stuart, G.E., and Sundeen, S.J. (1995). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. (5th ed.). St. Louis ; mosby
- Stuart, G.E., (2009). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. (9th ed.). St. Louis ; mosby
- Tanner, E.K. (2004). Chronic illness demands for self-management in older adults. **Geriatric Nursing** 25(5): 313-317.
- The National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF). (2002). Nurse Practitioner Primary Care in Specialty Areas: Adult, Family, Gerontological, Pediatric, and Women's Health [online]. Available from: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/npcompetencies.pdf> [2011 June 15]

Turner, J.T., Lee, V., Fletcher, K., Hudson, K. & Barton, D. (2001). Measuring quality of care with an inpatient elderly population: The geriatric resource nurse model. *J Gerontol Nurse* 27(3): 8-18.

Vanpee, D., Swine, C., Vandenbossche, P. & Gillet, J.B. (2001). Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11785598> [2011 September 15]

WHO. (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? [online]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf [2011 September 15]

Willson, H.S. & Kneisl, C.R. (1992). *Psychiatric Nursing*. (4th ed.). California: Addison-Wesley Nursing.

World Health Organization. (2004). *General Principle Guiding of the Practice of Age-Friendly, Community-Based Primary Health Care* [online]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
tcher.



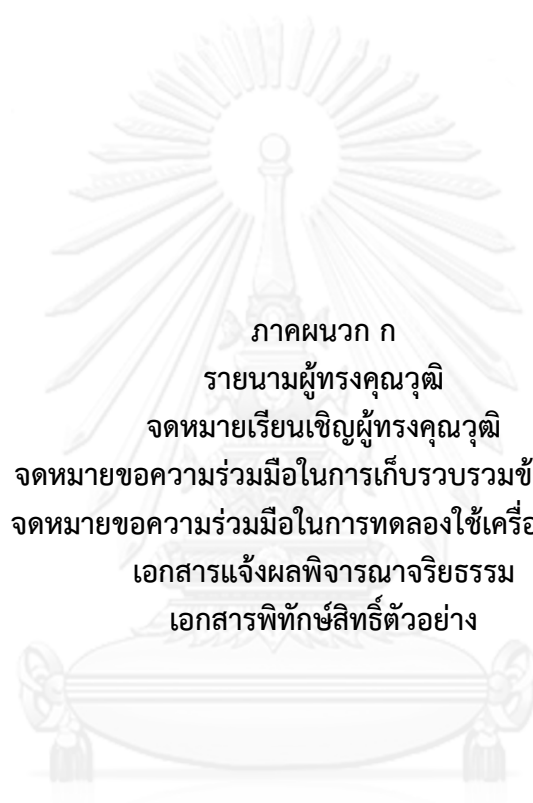
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรม

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ	ทำหนังสือถึง
ดร.ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท	อาจารย์พยาบาลประจำ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาด ไทย	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
นางพะนอ เตชะอจิก	พยาบาลชำนาญการ และผู้ ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขา การพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ แขนงการพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรี นครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายแพทย์อภิรักษ์ ต้นดีวุฒิ	อาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่
นางวันเพ็ญ เทียมนาชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ดร.ดวงพร หุ่นตระกูล	อาจารย์พยาบาลประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีพุทธชินราช

ที่ ศร 0512.11/ 0863



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรชมณต์ อธิโชคจารุพัชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาหารต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวพรชมณต์ อธิโชคจารุพัชร โทร. 080-9545-145

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓๐ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจรรพพัชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาหารต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพนอ เตชะอธิก พยาบาลชำนาญการ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิตินี้สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางพนอ เตชะอธิก

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจรรพพัชร โทร. 080-9545-145

ที่ ศธ 0512.11/๐๖๖3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓๐ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศเชียงใหม่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจารุพัชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาหารต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์อภินันท์ ดันติวุฒิ อาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์อภินันท์ ดันติวุฒิ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจารุพัชร โทร. 080-9545-145

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๘๖๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจรรพินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางวันเพ็ญ เทียมมนาชา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางวันเพ็ญ เทียมมนาชา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจรรพินทร์ โทร. 080-9545-145

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕๖3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพรชมณต์ อธิโชคจารุพัชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ดวงพร หุ่นตระกูล อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ดวงพร หุ่นตระกูล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวพรชมณต์ อธิโชคจารุพัชร โทร. 080-9545-145

ที่ ศธ 0512.11/ 1710



เลขที่ 01044	วันที่ 4 ต.ค. 56
เลขที่ 1446	วันที่ 15.12.56

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6328

๗1 ตุลาคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (สงวนชื่อ)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

+
ฝ่ายการพยาบาล
ที่ 7208
วันที่ 6 พ.ย. 2556
เวลา 15.00 น.

เนื่องด้วย นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจรัส นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 80 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวล คู่มือการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจรัส ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน หัวหน้าพยาบาล
เพื่อโปรดพิจารณา

5 พ.ย. 56

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๔ พ.ย. 2556

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจรัส โทร. 080-9545-145



COA No. 597/2013

IRB No. 057/56

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจารุพัชร

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 1.1 Dated 23 April 2013
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Dated 26 December 2012
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.1 Date 12 April 2013
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง Version 1.0 Date 12 April 2013
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 26 December 2012
6. ประวัติผู้วิจัยหลัก Version 1.0 Date 26 December 2012
7. แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน Version 1.0 Date 28 December 2012

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก



8. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ Version 1.0 Date 26 December 2012
9. แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน Version 1.0 Date 27 December 2012
10. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย เมื่อเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน Version 1.0 Date 26 December 2012
11. คู่มือ การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับพยาบาล แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน Version 1.0 Date 28 December 2012
12. แผ่นพับ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ)

รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุละพัฒน์)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 24 กันยายน 2556

วันหมดอายุ : 23 กันยายน 2557

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 597/2013

IRB No. 057/56

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION INTEGRATED WITH AGE - FRIENDLY PRINCIPLE ON ANXIETY OF THE OLDER PATIENTS IN EMERGENCY ROOM.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Patsamon Atichockjarupat

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Protocol Version 1.1 Dated 23 April 2013
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Dated 26 December 2012
3. Information sheet for research participant Version 1.1 Date 12 April 2013
4. Informed consent to participate in research projects for the organization legal representative / guardian Version 1.0 Date 12 April 2013
5. Informed consent to participate in research projects, Version 1.0 Dated 26 December 2012
6. Principal Investigator's CV Version 1.0 Date 26 December 2012

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. If the research project is completed, the researcher must be form the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

* A list of the Institutional Review Board members (names and positions) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.



7. Approach to caring environment for the elderly in the emergency room, Version 1.0 Date 28 December 2012
8. Information elderly Version 1.0 Date 26 December 2012
9. Compliance with care guidelines query caring for the elderly within the ER Version 1.0 Date 27 December 2012
10. Assessment of the severity of the illness. Once admitted to the emergency room, Version 1.0 Date 26 December 2012
11. Guide nursing practice integrated principle of caring for elderly patients admitted to the emergency room for emergency department nurses Version 1.0 Date 28 December 2012
12. Poster

Signature:.....

(Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS)

Vice-Chairman, Acting Chairman
The Institutional Review Board

Signature:.....


(Associate Professor Onanong Kulaputana MD, PhD)

Member and Assistant Secretary, Acting
Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : September 24, 2013

Approval Expire Date : September 23, 2014

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 04-10/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเฝ้าอาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

ผู้สนับสนุนการวิจัย.....

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาว พรรษมณฑต์ อธิโชคจารุพัชร

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยมงกุฎเพชรรัตน 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 (ที่บ้าน) 336 ซอยลาดพร้าว 47 (สะพาน2) แขวงวังทองหลาง เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน): 02-256-4557-8(ที่บ้าน): 02-933-2819

เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 080-954-5145 E-mail Address: pastyvin@hotmail.com

ผู้วิจัยร่วมในโครงการวิจัย.....ไม่มี.....

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ที่มี อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยระดับ 3 ขึ้นไป ซึ่งสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย จากผู้ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เอกสารนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูล เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตาม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

จากสถานการณ์ของการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ส่งผลต่อทางด้านต่างๆ มากมาย เช่น ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งทางด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีภาวะของเสื่อมถอยของการทำงานและการทำหน้าที่ต่างๆ ในร่างกาย เกิดโรคเรื้อรังตามมา ทำให้ต้องเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ซึ่งห้องฉุกเฉินก็เป็นหน่วยบริการทางด้านสุขภาพหน่วยหนึ่งที่มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน (Robers et al., 2008)

ปัญหาความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปกับผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

(Mahmoudi et al., 2010) เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอย่างกะทันหันห่างจากบ้านสู่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย เข้ามารับการรักษาทลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัว แออัด แสงที่สว่างและเสียงที่ตั้งอยู่ตลอดเวลา (Helfin., 2009 & Considine., 2010) การที่ผู้สูงอายุจะต้องใช้ระยะเวลาในการอยู่ภายในห้องฉุกเฉินเป็นระยะเวลาอันยาวนานจากการที่ต้องตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดเนื่องจากลักษณะอาการการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะมีลักษณะที่ไม่จำเพาะเจาะจง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จากปัญหาของภาวะสุขภาพของตนเอง โดยกังวลในเรื่องของการหายของโรค การที่ต้องอยู่โรงพยาบาล หรือเป็นภาระของบุตรหลาน (Yim et al., 2009) นอกจากนี้ การที่ห้องฉุกเฉินเป็นสถานบริการที่เปิดบริการ 24 ชั่วโมงและต้องรับผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัน ทำให้บุคลากรมีความหลากหลายทำให้ผู้สูงอายุไม่คุ้นชิน และไม่มี ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดทักษะในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ หรือการให้ข้อมูลที่ตรงกับผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลได้

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินนี้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลของเกลือแร่ การเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Ekwall (2010) พบว่า อาการเจ็บหน้าอก ปวดและเวียนศีรษะ รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีผลมาจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยโรคที่ไม่ตรงกับอาการเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้ การลดภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในขณะที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน จึงเป็นบทบาทที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงและให้การช่วยเหลือดูแล

รูปแบบของการให้บริการผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินอย่างเอื้ออาทรมีความสำคัญของการช่วยผู้สูงอายุในการลดการเกิดภาวะวิตกกังวล โดยการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินเป็นการปฏิบัติที่นำหลักการ 2 หลักการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาบูรณาการเข้าด้วยกันคือ 1) หลักการการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) (2003) ที่เน้นในเรื่องของการคัดกรองและการประเมินภาวะสุขภาพที่พบป่วยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน ส่วนหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) (2004) เป็นหลักการที่เน้นในเรื่องของการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากจะเน้นในเรื่องของการให้การพยาบาลกับผู้สูงอายุแล้ว ยังเน้นในเรื่องของการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ การมีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ คำนึงถึงความต้องการเฉพาะรายและตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับผลประโยชน์และการบริการที่ดีที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่รับเข้าการรักษาภายในโรงพยาบาล พบว่า ยังไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นในเรื่องของการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินเพื่อลดความวิตกกังวล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้อ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อและนามสกุลในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) หลังจากท่านตัดสินใจโดยอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อ - นามสกุล ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ปฏิบัติงานภายในห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยจะได้รับการประเมินภาวะวิตกกังวลในขณะที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินและภายหลังจากการได้รับการจำหน่ายหรือได้รับความเห็นจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถที่จะจำหน่ายกลับบ้าน ย้ายไปโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือเข้ารับการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และแจกแผ่นพับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ตามปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่นำผู้สูงอายุมารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน พร้อมกับตอบข้อซักถามของผู้สูงอายุ /ครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุ/ครอบครัวต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม

กลุ่มทดลองจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ โดยในส่วนแรก ผู้วิจัยดำเนินการปรับสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินให้มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เริ่มจากการคัดกรองอาการผู้สูงอายุ การสอบถามข้อมูลทั่วไป การประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนการให้การพยาบาลให้ตรงกับปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย การให้การพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย พร้อมทั้งมีการประเมินอาการภายหลังการให้การพยาบาลและสอบถามอาการและความต้องการความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เมื่อผู้สูงอายุมีอาการคงที่ หรืออยู่ในระหว่างการรอผลการตรวจรักษาหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถที่จะทำการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุออกจากห้องตรวจรักษามาอยู่ในส่วนของพื้นที่สังเกตอาการได้ ผู้วิจัยนำเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุมาอยู่ในมุมสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้จัดไว้ โดยในที่นี้ ได้มีการอนุญาตให้ญาติสามารถที่จะมาอยู่กับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินได้ 1 ท่าน ในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ หรือในกรณีที่ไม่มีญาติมาอยู่ด้วย พยาบาลแจ้งผู้สูงอายุว่าสามารถร้องขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา และมีการเข้าไปสอบถามถึงความต้องการความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุเป็นระยะๆตามความเหมาะสม หลังจากแพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นว่า

สามารถที่จะกลับบ้าน ย้ายไปโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือเข้ารับการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมทั้งการประเมินความต้องการความช่วยเหลือของญาติในเรื่องของการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ ประเมินภาวะวิตกกังวลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย หลังจากนั้นแจกแผ่นพับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ตามปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่นำผู้สูงอายุมารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

ระยะเวลาที่อาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย ตั้งแต่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน จนจำหน่าย

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่าน ให้ข้อมูลของท่านแก่ผู้วิจัยตรงตามความเป็นจริง รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากพบว่าในขณะที่ท่านอยู่ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้วิจัยประเมินอาการและพบว่าท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของท่าน ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที และทำการรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้การรักษา และพยาบาลท่านอย่างทันที โดยในการนี้ ท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะอยู่ร่วมโครงการวิจัยต่อไปหรือขอลอนตัวออกจากการวิจัย ซึ่งจะไม่กระทบต่อการดูแลรักษาของท่านแต่อย่างใด

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โดยพยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

ผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉิน และเป็นแนวทางในการในการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุในหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับโครงการวิจัยแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/

ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากพิสูจน์ได้ว่าท่านปฏิบัติตามแนวทางของการวิจัยที่ถูกต้องแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวพรรณมณฑล อธิโชคจรรย์พัชร เบอร์โทรศัทพ์ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ 080-954-5145

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจหากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงมือออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนผู้ป่วยออกจากโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือเมื่อยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยได้โดยตลอด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่น่าจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลงมือจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลงมือจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิ- พลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 05-10/4.0</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	---

การวิจัยเรื่อง ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่

อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้รับการชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวพรรณมณฑา อธิโชคจารุพัชร) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัว

บรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 2 แนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้
ตามความเป็นจริงแต่ละข้อเพียงข้อเดียว

1. เพศ

- () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

- () พุทธ () อิสลาม () คริสต์ () อื่นๆ

4. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพในปัจจุบัน

- () พ่อบ้าน/แม่บ้าน () เกษตรกร
() ข้าราชการบำนาญ () รับจ้าง
() ค้าขาย () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() อื่นๆ

6. สิทธิในการรักษา

- () เงินสด () ประกันสังคม
() สิทธิบัตรประกันสุขภาพ () เบิกราชการ
() อื่นๆ ระบุ.....

7. สถานภาพสมรส

- () โสด () สมรส
() หม้าย

8. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังจากที่ท่านมีอายุครบ 60 ปี

- () ไม่เคย
() เคยครั้ง

9. โรคประจำตัว

- () ไม่มี () มี ระบุ.....

10. ผู้พามาส่งเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
- () มาเอง
- () มี ระบุ () บุตร/หลาน () สามี/ภรรยา
- () ญาติ () ผู้ดูแล () อื่นๆ.....
11. ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ในขณะที่เข้ารับการทดลอง)
- () ไม่มี
- () มี ระบุ () บุตร/หลาน () สามี/ภรรยา
- () ญาติ () ผู้ดูแล () อื่นๆ ระบุ.....
12. สาเหตุ/ปัญหา การเข้ามารับการรักษาทันที ณ แผนกฉุกเฉินในครั้งนี้
-
-
13. การวินิจฉัยโรค.....
14. ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (Grad)

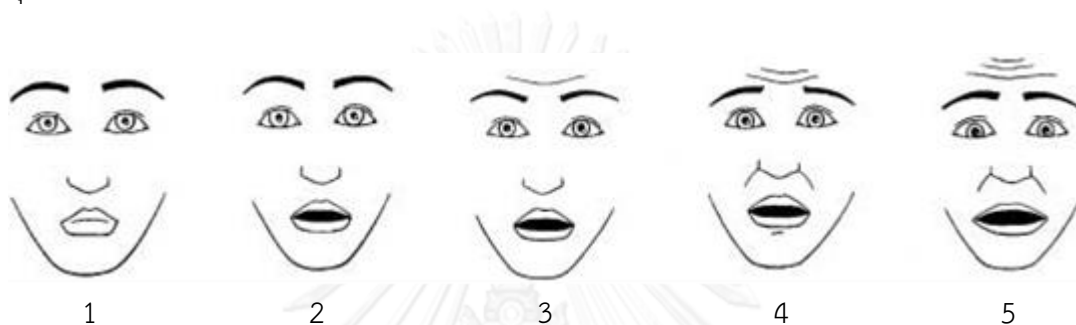
หมายเหตุ ระดับความรุนแรงของอาการของผู้สูงอายุ คัดตามเกณฑ์การวัดระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของแคนาดา The Canadian Triage and Acuity Scale : CTAS (2004)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

วันเดือนปี ที่ประเมิน.....

คำชี้แจง :โปรดตอบคำถามและทำเครื่องหมาย ลงบนเส้นที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพื่อบอกถึงความรู้สึกวิตกกังวลของท่านในขณะนี้ และคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด

1. โดยภาพรวมในขณะนี้ ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาภายในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มาก-น้อยเพียงใด



- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ไม่มีความกังวล ไม่มีความรู้สึกทุกข์ ทรมานแต่อย่างใด |
| 2 | หมายถึง | วิตกกังวลเล็กน้อย รู้สึกตื่นเต้นเล็กน้อยยังมีความรู้สึกที่สามารถทนได้ |
| 3 | หมายถึง | วิตกกังวลปานกลาง รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ เหมือนใจสั่นๆ ซึ่พจรเต้นเร็ว เหงื่อออก อยากปัสสาวะบ่อยๆ พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เริ่มมีความรู้สึกที่ไม่สามารถทนได้ |
| 4 | หมายถึง | มีความกังวลมาก กระวนกระวายใจ สับสน ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้ |
| 5 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก รู้สึกโกรธ ไม่พอใจในสิ่งต่างๆ รอบข้างตัว ไม่สามารถทนอยู่ในเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้นได้ |

2. โปรดระบุว่าท่านมีความวิตกกังวลในเรื่องใดต่อไปนี้ จากมากที่สุดไปน้อย (สามารถตอบได้มากกว่า 1ข้อ)โดยข้อที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุดให้ใส่หมายเลข 1 และ 2, 3...ในข้อที่ท่านวิตกกังวลรองลงมา

- () อาการของการเจ็บป่วยในครั้งนี้
- () ผลของการรักษาในครั้งนี้
- () การปฏิบัติตนเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน
- () การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน
- () สิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน
- () ค่าใช้จ่าย
- () อื่นๆโปรดระบุ.....

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 2 แนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คู่มือ

การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทร
ต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน



โดย

นางสาวพรรณมณฑท์ อธิโชคจารุพัชร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คำชี้แจง

คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับพยาบาล เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ช่วยในการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ตามแนวคิดหลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ปัญหาและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

นางสาวพรรณมณฑา อธิโชคจารุพัชร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คู่มือ

การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับ การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้อง
ฉุกเฉิน สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุ
- ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายใน
ห้องฉุกเฉิน (Assessment)
- ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทร
- ขั้นตอนที่ 4 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน
- ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อสูงอายุที่เข้ารับการรักษา

ภายในห้องฉุกเฉิน

สภาพแวดล้อม

แบบ

เอื้ออาทร

ภายใน

ห้องฉุกเฉิน

รับใหม่

คัดกรองอาการ โดยใช้ แบบคัดกรอง The Canadian Triage and Acuity Scale: CATS(2004

- การมองเห็น
- การได้ยิน
- การเคลื่อนไหว

ประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพ (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly)

- ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่
- ภาวะโภชนาการ
- ภาวะซึมเศร้า

(Moore et al. 1996)ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ/ความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

- ภาวะสับสนเฉียบพลัน
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ให้การพยาบาลตามปัญหา/ภาวะสุขภาพที่ได้จากการประเมินและอาการที่นำผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการใช้คู่มือ

1. ผู้ที่ใช้แนวปฏิบัตินี้คือพยาบาลที่ใช้การพยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินของพยาบาลโดยใช้การ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน

การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินที่นำหลักการ 2 หลักการมาบูรณาการเข้าด้วยกันในทางที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุคือหลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) เป็นหลักการซึ่งเน้นสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะ ซึ่งเน้นเรื่องการคัดกรองปัญหาและความเร่งด่วนในทางที่จะต้องได้รับการดูแล การประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการและปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละราย รวมถึงมีการให้คำแนะนำในเรื่องของการปฏิบัติหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อต้องออกจากห้องฉุกเฉิน การดูแลในเรื่องของสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน ส่วนหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุ (Age-friendly Principle and Practice) ของ AHMAC (2004) เป็นหลักการดูแลที่เน้นในเรื่องความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุภายในโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. มุ่งให้เกิดการพยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินอย่างเอื้ออาทร และมีคุณภาพ
2. เพื่อตอบสนองและจัดการต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินตามภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย
3. เพื่อลดภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน

คำจำกัดความ

การพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้จัดกระทำขึ้นเพื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินอย่างเอื้ออาทรตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยนำหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ร่วมกับแนวคิดหลักการการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003) ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

- 1) การคัดกรองผู้สูงอายุ
- 2) การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน (Assessment)

- 3) การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทร ตามหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทร สำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) ร่วมกับแนวคิด หลักการการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Geriatric Emergency Management) ของ Toronto Central LHIN และ Ontario (2003)
- 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน
- 5) การประเมินผล

การพยาบาลแบบปกติ หมายถึง การให้การพยาบาล การดูแลแก่ผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้กำหนดขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษากายในในห้องฉุกเฉินตามปกติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในห้องฉุกเฉิน

ภาวะวิตกกังวล หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น คาดเดาเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ผลการรักษาเกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ณ เวลานั้น ตามแนวคิดของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983)

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการภายในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จากภาวะการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรือจากการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ากลุ่มทดลอง

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
- 2) มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการคัดกรองอาการและระดับความรุนแรงของอาการตามแนวทางการคัดของอาการและระดับความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลของ The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS (2004) ตั้งแต่ ระดับ 3 ฉุกเฉิน(Urgent) ขึ้นไป
- 3) ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความบกพร่องในการสื่อสารหรือรับรู้ แต่ยังสามารถโต้ตอบหรือสื่อความหมายได้พอเข้าใจ
- 4) ผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมโครงการ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

1. คัดกรองอาการและระดับความรุนแรง (Triage)ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน
2. ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly) ร่วมกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย
3. ประเมินภาวะสุขภาพอย่างละเอียดตามแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกรณีที่พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly) ในข้อ 2 มีความผิดปกติ

4. ให้การดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุตามการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

5. ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินและการวางแผนให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อผู้สูงอายุสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ร่วมกับตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อสูงอายุ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เช่น จัดให้มีความเป็นสัดส่วน มีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย สะดวกสบาย เข้าถึงได้ง่าย โดยการคำนึงถึงลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการมองเห็น อาจต้องมีการจัดเตรียมแว่นขยายให้ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้นำแว่นสายตามาด้วย หรือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องในการพูด เช่น ผู้สูงอายุที่เจาะคอ อาจต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องเขียน และซึ่งในขั้นตอนการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน พยาบาลได้ทำการปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ทางเดินสำหรับที่จะไปห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ การติดสัญญาณขอความช่วยเหลือ และการจัดมุมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนที่จะดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อสูงอายุ ล่วงหน้าแล้ว (ดังแสดง เอกสารชุดที่ 2 กรณีตัวอย่างของ แนวทางการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน รพ. จุฬาลงกรณ์)

ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรองผู้สูงอายุ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย / พยาบาลผู้คัดกรองอาการ เป็นผู้คัดกรองหลักการคัดกรอง (triage) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน โดยใช้เกณฑ์การประเมินความเร่งด่วนและคัดกรองของแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale: CATS) (2004)

2.1 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ โดยการกล่าวคำทักทาย พร้อมกับการแนะนำตนเอง หน้าที่รับผิดชอบ และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการคัดกรองอาการผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน โดยการ

2.2 แสดงความเคารพผู้สูงอายุ โดยการเรียกผู้สูงอายุด้วยความเคารพ มีคำนำหน้าสรรพนาม ทุกครั้ง

2.3 ใช้น้ำเสียงในการเรียกและพูดคุยกับผู้สูงอายุ ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล เข้าไปพูดคุยใกล้ ๆ กับผู้สูงอายุ ไม่ตะโกน

2.4 พยาบาลวัดสัญญาณชีพ พร้อมทั้งสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำมาประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การแพ้ยา สิทธิการรักษา

2.5 แจ้งผลของระดับสัญญาณชีพให้กับผู้สูงอายุ / ครอบครัวทราบ พร้อมกับบันทึกลงในแบบประเมินระดับความรุนแรงและเร่งด่วนของอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

2.6 ส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ พร้อมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการให้กับพยาบาลในพื้นที่ที่ทำการรักษาผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่3 การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน (Assessment) พยาบาลประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉิน โดยการ

3.1 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุกล่าวทักทาย ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สีหน้าแจ่มใส พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น “สวัสดีค่ะ คุณ.....ดิฉัน.....เป็นพยาบาลภายในห้องฉุกเฉิน จะมาขออนุญาต คุณ..... ทำการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและดูแลคุณ.....ในขณะที่อยู่ภายในห้องฉุกเฉิน และถ้าคุณ.....มีปัญหาสุขภาพอย่างอื่นที่ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือ คุณ.... สามารถแจ้งได้เลยนะคะ.”

3.2 พยาบาลซักประวัติและประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้สูงอายุตามแบบประเมินภาวะปัญหาและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly) (Moore et al. 1996) ซึ่งใช้เวลาประเมินประมาณ 8-10 นาที ประกอบด้วย

- 1) การประเมินการมองเห็น
- 2) การประเมินการได้ยิน
- 3) การประเมินการทรงตัว
- 4) การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- 5) การประเมินภาวะโภชนาการ
- 6) การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 7) การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน
- 8) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

หมายเหตุ

ในกรณีที่มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly) แล้วพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพ ให้ทำการประเมินแบบละเอียดต่อไป โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุฉบับเต็ม ดังนี้

1. การประเมินการมองเห็นโดยใช้ Snelling chart
2. การประเมินการได้ยิน
3. การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบประเมินการเคลื่อนไหว Timed Up and Go Test (TUGT)

4. การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้ Geriatric Assessment Form 1.แบบประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ
5. ภาวะโภชนาการ โดยใช้ Geriatric Assessment Form 2. แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA)
6. ภาวะซึมเศร้า โดยใช้ Geriatric Assessment Form 3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ(Geriatric Depression Scale: GDS)
7. ความจำ โดยใช้ Geriatric Assessment Form 4. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini – Mental Examination:TMMSE)
8. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Geriatric Assessment Form 5. แบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติการ (Barthel ADL Index)
9. ประเมินความปวดในผู้สูงอายุ โดยใช้ Geriatric Assessment Form 6. แบบฟอร์มประเมินความปวด เฟเชียล สเกลส (facial scales) เป็นการใช้อุปกรณ์แสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด

ซึ่งควรมีการประเมินทุกรายในผู้สูงอายุที่เข้ามาด้วยปัญหาเรื่องปวด การประเมินจะต้อง ระบุถึง

- สาเหตุการเกิดความปวด
- ตำแหน่งที่เกิด
- ลักษณะของความปวด
- ความรุนแรงของการเกิด
- ความถี่ของความปวด
- สิ่งที่ทำให้ความปวดนั้นมากขึ้นหรือทุเลาลง

ในกรณีที่ผู้สูงอายุมาด้วยอาการปวดแบบเฉียบพลัน การประเมินในส่วนของความถี่ของการเกิดหรือสิ่งที่ทำให้ความปวดนั้นมากขึ้นหรือทุเลาลงอาจ ไม่จำเป็น

3.บันทึกผลของการประเมินลงในแบบประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่พบป่วยในผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน (Screening for common Problem in Ambulatory Elderly)

4. แจ้งผลของการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ทราบ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลในเรื่องของภาวะสุขภาพจากแพทย์และพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยและสุขสบาย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทร
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทร

1. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวางแผนให้การพยาบาลโดย

1.1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วนให้อยู่ในลำดับแรกในการให้การพยาบาล ส่วนปัญหาอื่นๆ ให้อยู่ลำดับถัดไป

1.2 ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนให้การพยาบาลร่วมกัน

โดยการ

- ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ / ครอบครัว พร้อมทั้งปฏิบัติการพยาบาลหรือให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ (ในกรณีที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา หรืออาการ การเจ็บป่วยของผู้ป่วย)

- การเสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือ เช่น “ถ้าคุณ.....ต้องการการช่วยเหลือ สามารถติดต่อขออนุญาตขอความช่วยเหลือหรือเรียกพยาบาลได้ตลอดเวลา นะคะ”

- การบอกผู้สูงอายุก่อนทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
- ไม่แสดงอาการไม่พอใจถ้าผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ พร้อมทั้ง กับหาสาเหตุว่าทำไม ผู้สูงอายุถึงไม่ทำตามแผนการพยาบาล พร้อมทั้งนำมาปรับแผนการ รักษาพยาบาล

2. ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรตามการวางแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้ตามปัญหา ภาวะสุขภาพที่พบบ่อยภายในห้องฉุกเฉินและความต้องการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 การสื่อสาร

2.2 การเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ

2.3 ภาวะโภชนาการ

2.4 ภาวะซึมเศร้า

2.5 ภาวะสมองเสื่อมและสับสนเฉียบพลัน

2.6 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

2.7 การจัดการความปวด

2.8 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีอาการท้องเสีย

2.9 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด

2.10 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะ

โดยในส่วนของ ข้อ 2.1 – 2.6 นั้น เป็นปัญหาและภาวะสุขภาพปัญหาที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และในส่วนของข้อ 2.7 – 2.10 มาจากการศึกษาสถิติของผู้สูงอายุที่เข้า รับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 4 การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน เป็นการ จัด สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เช่น จัด ให้มีความเป็นสัดส่วน มีพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย สะดวกสบาย เข้าถึงได้ง่าย โดยการคำนึงถึงลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการมองเห็น อาจต้อง มีการจัดเตรียมแว่นขยายให้ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้นำแว่นสายตามาด้วย หรือในผู้สูงอายุที่มีปัญหา เกี่ยวกับความบกพร่องในการพูด เช่น ผู้สูงอายุที่เจาะคอ อาจต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องเขียน และสิ่งในขั้นตอนการจัดสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน พยาบาลได้ทำการปรับสภาพแวดล้อมทาง กายภาพ เช่น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ทางเดินสำหรับที่จะไปห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ การติดต่อขออนุญาต ขอความช่วยเหลือ และการจัดมุมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนที่จะดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบ

บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อสูงอายุ ล่วงหน้าแล้ว (ดังแสดง เอกสารชุดที่ 2 กรณีตัวอย่างของ
แนวทางการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน รพ. จุฬาลงกรณ์)

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล โดยการ

1. มีการบันทึกผลของการพยาบาลลงในใบ Emergency Nursing Assessment อย่าง
ครบถ้วน

2. สอบถาม ค้นหา / ร่วมปรึกษากับผู้สูงอายุ ครอบครัว / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับปัญหา
ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

3. ให้การพยาบาลในปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการอธิบายถึง
เหตุผลของการใช้เวลาในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและอาการการเจ็บป่วยให้ผู้สูงอายุ /
ครอบครัวเข้าใจ เพื่อเป็นการลดภาวะวิตกกังวล

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัว/
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในสิ่งที่ผู้สูงอายุ ครอบครัว / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องการในแต่ละราย

5. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ / ครอบครัว สอบถามเกี่ยวกับข้อสงสัย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ
ให้เกียรติ เช่น “คุณ.....และครอบครัว มีข้อคำถามหรือสงสัยอะไรเกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการดูแล
ตนเองเมื่อกลับบ้านหรือเปล่านั้น ถ้ามี สามารถถามพยาบาลได้เลยนะคะ ดิฉันยินดีจะอธิบายให้ทราบ
ค่ะ”

Geriatric Assessment Form 1

แบบประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ

คำชี้แจง แบบประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ เป็นการประเมินเพื่อค้นหาภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยให้ท่านอ่านข้อความอย่างละเอียด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการในเรื่องของการขับถ่ายปัสสาวะของท่าน

ข้อ	หัวข้อการประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
1.	มีความรู้สึกปัสสาวะไม่อยู่		
2.	มีความรู้สึกปัสสาวะไม่หมด		
3.	ปัสสาวะกระปริดกระปรอย		
4.	หลังปัสสาวะเสร็จมีอาการปวดแสบ		
5.	ถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง แต่แต่ละครั้งปัสสาวะไม่มาก		
6.	มีปัสสาวะเล็ดราดเวลาไอ จาม หัวเราะ หรือออกกำลังกาย		
7.	ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ มีปัสสาวะเล็ดราดบ่อยครั้ง		
8.	ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อถูกน้ำเย็น หรือเห็นห้องน้ำ		
9.	มีปัสสาวะเล็ดราดในเวลากลางคืน		
10.	มีปัสสาวะเล็ดราดขณะลุกจากเตียงนอน		
11.	มีปัสสาวะเล็ดราดเปียก รดกางเกงใน		
12.	ใช้ผ้ารองซับปัสสาวะ		

ผู้สูงอายุมีอาการข้างต้นข้อ

สรุป.....

การแปลผล

ถ้าไม่มีอาการดังกล่าว 12 ข้อ หมายถึง ไม่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 ถ้ามีอาการในข้อใดข้อหนึ่งของข้อ 1-5 หมายถึง เริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 ถ้ามีอาการในข้อใดข้อหนึ่งของข้อ 6-12 หมายถึง มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

Geriatric Assessment Form2.

แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA)

คำชี้แจง: โดยการทำแบบประเมินให้ตรงกับสภาพเป็นจริงของผู้สูงอายุและนำผลคะแนนมาเทียบกับเกณฑ์ภาวะโภชนาการ

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูงเซนติเมตร ระดับอัลบูมินในเลือด.....ก./ดล.
ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด.....มก./ดล. ระดับน้ำตาลในเลือด.....มก./ดล.

การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น

1. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรกับการรับประทานอาหาร

ไม่รู้สึกริอยากอาหาร = 0 คะแนน

ความรูสึกิอยากอาหารลดลง = 1 คะแนน

รับประทานอาหารได้ปกติ = 2 คะแนน

2. น้ำหนักตัวคุณลดลงหรือไม่ ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา

ลดมากกว่า 3 กิโลกรัม = 0 คะแนน

ไม่ทราบ = 1 คะแนน

น้ำหนักลดลง 1-3 กิโลกรัม = 2 คะแนน

น้ำหนักเท่าเดิม = 3 คะแนน

3. การเคลื่อนไหวของร่างกาย

นอนบนเตียงหรือใช้รถเข็นตลอดเวลา = 0 คะแนน

ลุกจากเตียงหรือใช้รถเข็นได้เอง = 1 คะแนน

เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ = 2 คะแนน

4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะเครียดด้านจิตใจหรือมีโรคเฉียบพลันหรือไม่

มี = 0 คะแนน

ไม่มี = 1 คะแนน

5. มีปัญหาเกี่ยวกับจิตประสาทหรือไม่

ความจำเสื่อมอย่างรุนแรง หรือมีความซึมเศร้า = 0 คะแนน

ความจำเสื่อมระดับอ่อน = 1 คะแนน

ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท = 2 คะแนน

6. ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index: BMI) คำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม(kg.)หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง(m²)

BMI น้อยกว่า 19 = 0 คะแนน

BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 19 = 1 คะแนน

BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 21 และไม่เกิน 23 = 2 คะแนน

BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23 = 3 คะแนน

รวมคะแนนการคัดกรองเบื้องต้น

ได้คะแนน

คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน

ภาวะโภชนาการปกติ

คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน

มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

Geriatric Assessment Form 3.

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale: GDS)

คำชี้แจง: แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับนี้ เป็นการประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยท่านโปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ดังนี้

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้หรือไม่			
2.	คุณมีความรู้สึกไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำหรือไม่			
3.	คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณว่างเปล่าหรือไม่			
4.	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยครั้งหรือไม่			
5.	คุณรู้สึกว่าส่วนใหญ่คุณเป็นคนมีความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์หรือไม่			
6.	คุณรู้สึกกลัวว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่			
7.	คุณรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขหรือไม่			
8.	คุณรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือไม่			
9.	คุณรู้สึกว่าชอบอยู่บ้านมากกว่าที่จะออกไปข้างนอกหรือลองทำสิ่งใหม่ๆหรือไม่			
10.	คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาเรื่องความลำบากมากกว่าคนอื่นหรือไม่			
11.	คุณรู้สึกว่าช่างโชคดีที่มีชีวิตอยู่หรือไม่			
12.	คุณรู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในชีวิตหรือไม่			
13.	คุณมีความรู้สึกกระตือรือร้นหรือไม่			
14.	คุณรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีความหวังหรือไม่			
15.	คุณรู้สึกว่าคนส่วนใหญ่มีชีวิตที่ดีกว่าคุณหรือไม่			

การแปลผล

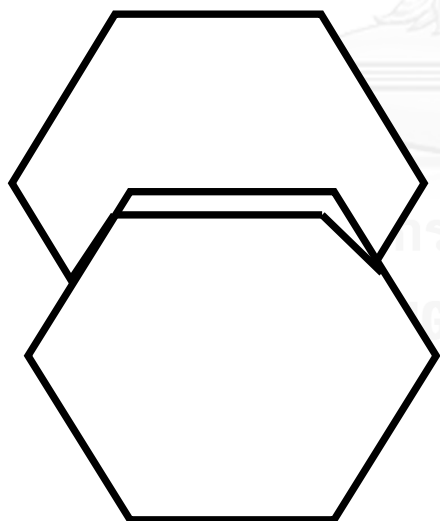
ถ้าผู้สูงอายุตอบ “ใช่” ในข้อ 2, 3,4,6,8,9,10,12,14,15 ให้ข้อละ 1 คะแนน

ถ้าผู้สูงอายุตอบ “ไม่ใช่” ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 ให้ข้อละ 1 คะแนน

โดย คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึงผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

๒ หลักตา



รัตนมหาวิทยาลัย
RATNAKORN UNIVERSITY

Geriatric Assessment Form 5

แบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติการ (Barthel ADL Index)

คำชี้แจง: แบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติการ เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำกิจกรรมได้จริง (ได้ทำอยู่จริง) ไม่ได้เป็นการถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

กิจกรรม	คะแนน
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมเรียบร้อยแล้วให้ต่อหน้า) 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้น เล็กๆ ไว้ให้ตรงหน้า 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำได้เอง (รวมถึงทำได้เมื่อเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. Transfer (ลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) ต้องมีคนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่ง 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย 3. ทำได้เอง	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย)	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่เองได้ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ช่วยเหลือตัวเองได้ราวร้อยละ 50 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี รวมทั้งติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้	

กิจกรรม	คะแนน
7.Stairs(การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ต้องการคนช่วย 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาไปด้วย)	
8.Bathing (การอาบน้ำ) 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้	
9. Bowel (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง(เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2. กลั่นได้ปกติ	
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง(เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2. กลั่นได้ปกติ	
คะแนนรวม	

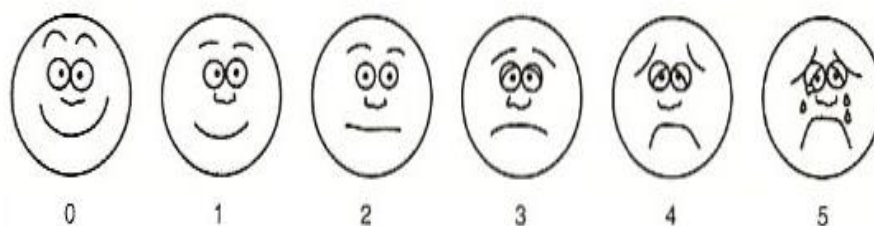
การแปลผล

- 0-4 คะแนน หมายถึง very low initial score (total dependence) ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาทั้งหมด
- 5-8 คะแนน หมายถึง low initial score (severe dependence) ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพามาก
- 9-11คะแนน หมายถึง intermediate initial score (moderately severe dependence) ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลาง
- 12+ คะแนน หมายถึง Initial high (mild severe dependence, consideration of discharging home)ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรเบื้องต้นได้มากขึ้น สามารถพิจารณาให้กลับบ้านได้

Geriatric Assessment Form 6

แบบประเมินความปวด

Wong-Baker faces pain rating scale เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวดโดยให้ผู้สูงอายุชี้ที่ใบหน้าว่าขณะนี้ รับความรู้สึกอยู่ในภาพใด (สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้)



การแปลผล

0	หมายถึง	ไม่มีอาการปวด
1(ปวดเล็กน้อย)	หมายถึง	มีอาการปวดเล็กน้อย ไม่มีความกังวล ไม่มีความทุกข์ทรมานแต่อย่างใด
2(ปวดบ้าง)	หมายถึง	มีอาการปวดเล็กน้อย แต่เริ่มรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร มีความกังวลไม่มากนัก ยังมีความรู้สึกที่สามารถทนได้
3(ปวดปานกลาง)	หมายถึง	มีอาการปวดปานกลาง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวด มีความกังวลมากขึ้น พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เริ่มมีความรู้สึกที่ไม่สามารถทนได้
4(ปวดมาก)	หมายถึง	มีอาการปวดมาก รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก ทำให้เกิดความกังวลมากและไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้
5(ปวดมากที่สุด)	หมายถึง	มีอาการปวดมากจนไม่สามารถทนได้

การปฏิบัติพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรรักษาที่ห้องฉุกเฉิน



นางสาวพรชมนต์ อธิโชคจารุพัชร

สารบัญ

	หน้า
การสื่อสาร	3
ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการเคลื่อนไหว	6
ผู้สูงอายุที่มีภาวะเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ	6
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	7
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสับสนเฉียบพลัน	7
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	8
การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความปวด	9
การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีอาการท้องเสีย	10
การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ	10
การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะ	12

การสื่อสาร

การสื่อสารกับผู้สูงอายุนั้นจะต้องใช้ทักษะและความละเอียดอ่อน เข้าใจในความเป็นผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหลายอย่างของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการสื่อสาร การลดลง/เซลล์ขนที่หายามากขึ้นเมื่อสูงอายุ หรือการมีขี้หูคั่งค้างมากทำให้เกิดปัญหาของการได้ยิน การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เป็นผลจากความเสื่อมตามวัยในหูชั้นในหรือเส้นประสาทรับเสียง ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินของผู้สูงอายุ การสูญเสียเซลล์ประสาทรับเสียงในออร์แกน ออฟ คอร์ตติ (Organ of Corti : อวัยวะชั้นปลายสุดในการรับเสียง ซึ่งอยู่ในส่วนของหูชั้นใน (Inner ear)) และเซลล์ขนในโคเคลีย (Cochlea) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน ทำให้ไม่สามารถรับเสียงคลื่นความถี่สูงได้ นอกจากนี้ อาจมีการเสื่อมของการนำคลื่นเสียงในเนื้อเยื่อโคเคลียหรือการลดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงในโคเคลีย ทำให้ไม่สามารถได้ยินเสียงทุกคลื่นความถี่ ทำให้ลดความสามารถในการได้ยิน และการฟังเสียงที่ซับซ้อน นอกจากนี้ การเสื่อมลงในเรื่องของการมองเห็นยังเป็นสาเหตุสำคัญของการทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสื่อสารที่บกพร่อง เป็นเหมือนคล้ายกับการสูญเสียอิสระ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบตลอดเวลา ซึ่งการสูญเสียการมองเห็นเป็นมากกว่าความพร่องทางร่างกายเพียงอย่างเดียว เป็นการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ทำให้เกิดความทุกข์ระทม ความต้องการความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง เพราะฉะนั้น พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการสื่อสารกับผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ

การสื่อสารกับผู้สูงอายุทั่วไป พยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้

1. แนะนำตนเองกับผู้สูงอายุก่อนที่จะเริ่มการสื่อสารหรือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ
2. ยืนอยู่ในตำแหน่งตรงหน้าของผู้สูงอายุ แต่ไม่ควรที่จะใกล้จนเกินไป ระยะห่างที่เหมาะสมคืออยู่ระหว่าง 3-6 ฟุต
3. แสดงออกถึงความเคารพผู้สูงอายุในระหว่างการสื่อสาร ยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุ ไม่ใช้น้ำเสียงที่คล้ายกับลักษณะที่ใช้พูดกับเด็ก หรือแสดงลักษณะที่ใช้กับเด็ก เช่น “คุณยาย วันนี้เป็นอะไรมาจ๊ะ ” แต่อาจเปลี่ยนเป็น “วันนี้คุณยายมีอาการผิดปกติอะไรมาคะ”
4. พูดให้ช้าลงแต่ไม่ใช่ยานหรือลากเสียง
5. การเลือกใช้คำพูดกับผู้สูงอายุ ควรเป็นคำพูดที่ใช้ทั่วๆ ไป ไม่ใช่ศัพท์ทางเทคนิคที่เป็นศัพท์เฉพาะทาง

การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในเรื่องการได้ยิน

แนวทางการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื่องความบกพร่องของการได้ยินมีดังนี้

1. แนะนำให้ผู้สูงอายุใส่เครื่องช่วยฟัง
2. ประเมินเครื่องช่วยฟังว่าทำงานปกติ ปรับระดับเสียงอยู่ในระดับที่เหมาะสม ชัดเจน ไม่มีเสียงรบกวน
3. ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้ยินด้วยหูเพียงข้างเดียว ให้ผู้ที่ต้องการสื่อสารกับผู้สูงอายุยืนพูดในข้างที่หูของผู้สูงอายุได้ยิน

4. จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อในการสนทนา ตัวอย่างเช่น การลดเสียง มีแสงสว่างที่เพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้วิธีอ่านริมฝีปากควบคู่กับการฟังไปด้วย เพราะฉะนั้น บริเวณที่จะสื่อสารกับผู้สูงอายุจึงควรมีแสงสว่างที่เพียงพอ ให้ผู้สูงอายุสามารถเห็นใบหน้าและริมฝีปากของเจ้าหน้าที่ได้ การจัดวางแสงไฟหรือดวงไฟ ควรวางไว้ข้างหลังของผู้สูงอายุ และส่องมาที่ผู้ที่สนทนากับผู้สูงอายุ

5. ไม่ควรรับประทานอาหาร เคี้ยวหมากฝรั่ง หรือปิดปากในขณะที่ทำการสนทนากับผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะอ่านริมฝีปากของผู้สนทนาได้

6. การใช้การสัมผัส เพื่อให้ผู้สูงอายุฟังความสนใจมากยิ่งขึ้นผู้ที่ตนกำลังสนทนา แต่ในลักษณะของการสัมผัสผู้สูงอายุนั้น ควรคำนึงถึงในเรื่องของความเหมาะสมของตำแหน่งที่สัมผัส ความนุ่มนวล และการแสดงออกที่สื่อออกมาจากการสัมผัส ต้องทำด้วยความเคารพและให้เกียรติกับผู้สูงอายุ

7. ทำสัญลักษณ์ไว้บนป้ายชื่อของผู้สูงอายุที่แขนปลายรถนอน โดยใช้สติ๊กเกอร์ หรือแผ่นกระดาษเขียนระบุแจ้งให้บุคลากรในทีมสุขภาพทราบ เช่น “ผู้สูงอายุไม่ได้ยินเสียง” หรือ “หูข้างขวา(ซ้าย)ไม่ได้ยิน”

การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในเรื่องการมองเห็น

แนวทางในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นบกพร่อง

1. ก่อนที่จะสนทนากับผู้สูงอายุ ควรต้องแนะนำชื่อของตนเองกับผู้สูงอายุทุกครั้ง
2. ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมองเห็นได้เลย ต้องมีการบอกผู้สูงอายุทุกครั้งที่จะเข้ามาพูดคุย ทำการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือเมื่อเสร็จสิ้นการพยาบาล
3. ผู้สูงอายุที่ใช้แว่นขยาย ควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุถือใกล้กับสายตา และวัตถุอยู่ในจุดโฟกัสของการมอง
4. ในผู้สูงอายุที่ต้องสื่อสารด้วยตัวหนังสือ การเขียนตัวหนังสือให้ผู้สูงอายุอ่าน ควรใช้ปากกาสีดำ ขนาดและตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่พอที่จะสามารถอ่านได้
5. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มีแสงสว่างที่เพียงพอ
6. ต้องมีเจ้าหน้าที่หรือญาติผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา

การสื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะอะเฟรเซีย (Aphasia)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะอะเฟรเซีย (Aphasia) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องในเรื่องของการสื่อสารจากการมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนที่ควบคุมการใช้ภาษา ซึ่งพยาธิสภาพเหล่านั้นอาจเกิดจากการบาดเจ็บที่สมอง หรือการเกิดก้อนเนื้อที่สมองก็ได้ ซึ่งความผิดปกติในเรื่องของการสื่อสาร ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของการพูด แต่อาจเป็นหลายอย่างร่วมกันเช่น การพูด การฟัง และการเขียน

แนวทางการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มี ภาวะ อะเฟรเซีย(Aphasia) มีดังนี้

1. ก่อนการเริ่มบทสนทนาหรือทำการพยาบาลควรเรียกชื่อของผู้สูงอายุก่อน ตัวอย่างเช่น “ สวัสดีค่ะ คุณ..... สบายดีมั๊ยคะ”
2. ใช้ภาษาทางกายหรืออวัจนภาษาเพื่อช่วยในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เช่น ลักษณะท่าทางการแสดงสีหน้า หรืออุปกรณ์เพื่อช่วยในการสื่อสาร เช่น รูปภาพ วัตถุสิ่งของ เป็นต้น
3. ควรพูดช้าๆ และชัดเจน แต่ไม่ช้าจนเกินไป ใช้ประโยคที่สั้น กระชับ อาจมีช่วงในการเว้นวรรคประโยค เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจกับสิ่งที่เจ้าหน้าที่พูด ประเมินว่าผู้สูงอายุเข้าใจในสิ่งที่บุคลากรพูดหรือไม่ โดยการสอบถามและให้เวลากับผู้สูงอายุในการที่จะตอบคำถาม
4. การถามคำถามกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอะเฟรเซีย(Aphasia) ควรถามทีละคำถามและรอคำตอบก่อนที่จะถามคำถามใหม่ หรือข้ามไปประโยคถัดไป อาจใช้คำถามที่สามารถตอบคำถามด้วยคำ คำเดียว หรือการแสดงท่าทางในการตอบคำถามได้ เช่น “ใช่ หรือ การพยักหน้า” “ไม่ใช่ หรือการส่ายหน้า”

การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้การเข้าใจภาษาลดลง การใช้คำลดลง ไม่สามารถที่จะหาคำที่เหมาะสมมาอธิบายเป็นคำพูดหรือสื่อถึงความต้องการของตนเองได้ การบอกชื่อของสิ่งของหรือวัตถุจะทำได้ยากขึ้น ทักษะทางด้านกรเขียนจะลดลง เนื่องจากการเลือกใช้คำและการผสมคำเป็นไปด้วยความยากลำบาก ผู้สูงอายุจะเกิดความคับข้องใจ จนผลสุดท้ายก็จะไม่เขียนหนังสือ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีสมาธิสั้น ทำให้การสนทนาที่ต้องใช้ระยะเวลาและต่อเนื่องไม่ค่อยประสบผลสำเร็จ แต่การสนทนาที่เกี่ยวกับความทรงจำในอดีตจะทำได้ง่ายกว่า ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรเข้าใจถึงพยาธิสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเทคนิคที่ช่วยในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. พยาบาลต้องแนะนำตัวเอง และเรียกชื่อของผู้สูงอายุ ไม่ควรที่จะถามผู้สูงอายุว่าจำตนเองหรือเจ้าหน้าที่ได้หรือไม่
2. ใช้ประโยคที่สั้น กระชับ ได้ใจความ เข้าใจง่าย การถามคำถามควรมีคำถามเดียวในหนึ่งประโยค และเวลาในการตอบ ไม่ตัดบท หรือตัดสินทันทีว่าผู้สูงอายุไม่เข้าใจ
3. ใช้สื่อต่างๆ ในการช่วยการสื่อสาร เช่น รูปภาพ วัตถุสิ่งของ หรือลักษณะท่าทางของเจ้าหน้าที่
4. บุคลากรทางสุขภาพต้องพยายามทำความเข้าใจภาษาของผู้สูงอายุ หรือหาคำพูดอื่นที่ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าใจได้มากกว่า

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการเคลื่อนไหว

แนวทางการพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการเคลื่อนไหว

1. ประเมินสภาพร่างกาย และปัจจัยเสี่ยงของการเคลื่อนไหวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุทุกราย ที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน
2. จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ
3. จัดวางกริ่งขอความช่วยเหลือไว้ในบริเวณที่หยิบสะดวก
4. แนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งแวดลอม สิ่งอำนวยความสะดวก กริ่งเรียกขอความช่วยเหลือ
5. แนะนำเกี่ยวกับห้องน้ำ อุปกรณ์ที่ช่วยในการเดิน ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ รวมถึงการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีที่ต้องการที่จะไปห้องน้ำ
6. จัดรถนอนสำหรับผู้สูงอายุ ให้เป็นรถนอนที่เป็นลักษณะแข็งแรง มีความมั่นคง สามารถ ล้อคล้อ และปรับระดับสูงต่ำได้
7. ปรับระดับเตียงให้ต่ำ โดยให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะนั่งบนเตียงแล้วเอาเท้าทั้ง 2 ข้างเหยียบ พื้นได้เต็มฝ่าเท้า
8. เสนอความช่วยเหลือ โดยแจ้งกับผู้สูงอายุ ว่า สามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา
9. รักษาทำความสะอาดพื้นทางเดิน ห้องน้ำให้แห้ง ไม่เปียก

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

1. การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินและมี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้สูงอายุกลับบ้าน
2. การจัดปริมาณอาหารให้กับผู้สูงอายุ โดยการจัดให้มีปริมาณของอาหารจำพวก แป้ง น้ำตาล ที่ให้พลังงานให้ลดลง แต่เพิ่มสารอาหารพวกโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ถั่วชนิดต่างๆ โดยปริมาณพลังงาน ที่ผู้สูงอายุควรได้รับในแต่ละวัน เท่ากับ 1,600 กิโลแคลอรี
3. ปริมาณสารอาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุควรได้รับในแต่ละวันคือ ประมาณวันละ 1 กรัมต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
4. ความต้องการน้ำดื่มในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะดื่มน้ำลดลง ทำให้เกิดเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะขาดน้ำ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย จึงควรให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำให้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย โดยผู้สูงอายุควรได้รับน้ำ ในปริมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งประมาณเท่ากับ 6-8 แก้วต่อวัน
5. ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย แนะนำให้ครอบครัว / ผู้ดูแล ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนอาหารให้แปลกใหม่และที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน และแบ่งชอย มีอาหารให้ มากขึ้น เช่น แบ่งเป็น 5 มื้อ ใน 1 วัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวทางผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ
2. เสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในขณะที่ผู้สูงอายุอยู่รับการรักษาภายในห้อง

ฉุกเฉิน

3. แจ้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในให้แพทย์ผู้รักษาทราบ ในผู้สูงอายุที่มีคะแนนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามากกว่า 6 คะแนนขึ้นไป เพื่อหาแนวทางในการดูแลรักษาและการป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

4. แจ้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับทราบ เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ทั้งในลักษณะของคะแนนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นการป้องกันการเกิด และในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

5. ร่วมหาแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแพทย์ผู้ทำการรักษา

6. ดูแลเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยง โดยการให้มีญาติหรือผู้ดูแลอยู่กับผู้สูงอายุข้างเตียงตลอดเวลา และให้มีผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีที่ญาติหรือผู้ดูแลไม่ได้อยู่ด้วย

7. บันทึกผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไว้ในแบบบันทึกทางการแพทย์ และการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้กับตึกรักษาพยาบาลที่รับผู้สูงอายุไว้ (ในกรณีที่แพทย์ต้องรับผู้สูงอายุไว้รักษา และสังเกตอาการเจ็บป่วยต่อ)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสับสนเฉียบพลัน

แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสับสนเฉียบพลัน

1. ค้นหาสาเหตุและดูแลจัดการที่สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อ มีไข้ การเสียนสมดุลของเกลือแร่ หรือประวัติเดิมของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

- จัดให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นสัดส่วน ลดสิ่งรบกวน
- ให้อยู่ในจุดที่พยาบาลสามารถมองเห็นและเข้าถึงเพื่อให้ความช่วยเหลือได้สะดวก
- จัดบริเวณรอบๆ ผู้ป่วย ไม่ให้วุ่นวาย นำสิ่งของและอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นออก
- ดูแลในเรื่องของความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เช่น เติงที่สามารถปรับระดับได้ การดูแลเรื่องกั้นเตียงในกรณีที่ญาติหรือผู้ดูแลไม่ได้อยู่ด้วย

- พยายามให้มีแสงสว่างเพียงพอ

- ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม

3. ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนมากขึ้น เช่น เสียงที่ดัง สภาพแวดล้อมที่วุ่นวายมากเกินไป โดยการจัดให้มีมุมเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ การกั้นม่านที่สามารถมองเห็นและเข้าให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้สะดวก

4. การสนับสนุนอุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ เช่น การติดตามสุขภาพ การติดปฏิทิน ที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นการกระตุ้นในเรื่องของวันเวลา
5. การแก้ไขในเรื่องของความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ที่สามารถทำได้ เช่น การจัดหาอุปกรณ์แว่นขยายให้ผู้สูงอายุ การใช้เครื่องช่วยฟังเพื่อช่วยในเรื่องของการได้ยิน การจัดให้มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการสื่อสาร เช่น อุปกรณ์การเขียน
6. อนุญาตให้ญาติและผู้ดูแลของผู้สูงอายุสามารถมาอยู่กับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินได้ (ในกรณีไม่ขัดต่อแผนการรักษา)
7. พยายามหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ในการยึดตรึงผู้สูงอายุโดยทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือจำเป็นต้องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำหรือต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์กับผู้สูงอายุต้องอธิบายให้ผู้สูงอายุรับทราบและเข้าใจ
8. ทำการสื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยคำพูดที่เข้าใจได้ง่าย พูดประโยคสั้นๆ ด้วยเสียงที่ชัดเจน
9. การให้คำแนะนำกับครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับภาวะของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ และเสนอตัวในการให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุ เช่น “สวัสดีค่ะคุณป้า.....ดิฉัน นางสาว.....เป็นพยาบาลที่ดูแลคุณป้านะคะ ถ้าคุณป้าต้องการอะไรหรือมีอะไรต้องการความช่วยเหลือ สามารถบอกได้ตลอดเวลานะคะ หรือถ้าคุณป้าไม่เห็นดิฉันอยู่บริเวณนี้ เนื่องจากต้องไปดูแลผู้ป่วยท่านอื่นด้วย คุณป้าสามารถที่จะกดกริ่งขอความช่วยเหลือหรือเรียกขอความช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉินได้ตลอดเวลาค่ะ”
2. ดูแลจัดการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุ
 - การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ให้มีสิ่งของวางเกะกะขวางทางเดิน
 - การใช้เตียงหรือรถเข็นนอนที่สามารถปรับระดับสูง-ต่ำได้
 - การถือค้ำหรือยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งเมื่อผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง และแนะนำผู้สูงอายุทุกครั้งในเรื่องของการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
3. การดูแลในเรื่องของการขับถ่าย การเตรียมหมอนอนหรือกระบอกปัสสาวะไว้สำหรับผู้สูงอายุ
4. การวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว /ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความปวด

แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความปวด

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ พุดคุยพร้อมกับสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสังเกตการแสดงออกทางสีหน้า อารมณ์ ท่าทางของผู้สูงอายุ
2. ประเมินความปวดในผู้สูงอายุโดยใช้ Wong – Baker faces pain rating scale
3. ดูแลให้ยาระงับความปวดให้กับผู้สูงอายุที่มีระดับความปวดที่ประเมินด้วย Wong – Baker faces pain rating scale ที่ระดับสีหน้าที่ 3 คะแนน (ในกรณีที่ไม่มีข้อต่อแผนการรักษา หรือเมื่อประเมินแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความปวดไม่อาจทนต่อระดับความปวดได้ โดยการปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา)
4. ประเมินระดับความปวด หลังจากผู้สูงอายุได้รับยา 30 นาที ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้น ทำการปรึกษาแพทย์เพื่อดำเนินการหาสาเหตุของอาการปวดต่อไป
5. ดูแลเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ยังไม่สามารถให้ยาบรรเทาอาการปวดได้ เนื่องจากต้องสังเกตอาการของผู้สูงอายุ โดย
 - 5.1 อธิบายถึงเหตุผลของการรักษาและการสังเกตอาการให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว /ผู้ดูแล ผู้สูงอายุให้เข้าใจถึงกระบวนการในการรักษาพยาบาล
 - 5.2 ยอมรับและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายถึงความรู้สึกของอาการปวดที่เป็นอยู่ในขณะนั้น
 - 5.3 ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มีผ้าห่มให้ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ จัดให้อยู่ในมุมที่สงบ ลดสิ่งรบกวนที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเพิ่มความตึงเครียด
 - 5.4 ให้ความมั่นใจกับผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งบุคลากรในห้องฉุกเฉินทุกคน
 - 5.5 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เต็มใจ
 - 5.6 การอนุญาตให้ครอบครัว /ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถเข้ามาอยู่กับผู้สูงอายุได้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุร้องขอ และไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์
 - 5.7 แจ้งผู้สูงอายุว่า “ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น สามารถแจ้งพยาบาลได้ทันที”

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีอาการท้องเสีย

แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะท้องเสีย

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ของผู้สูงอายุ
2. ประเมินการสูญเสียและเกลือแร่โดยการบันทึกอาการท้องเดินอย่างละเอียด ตั้งแต่การเริ่มต้นของอาการ จำนวนครั้ง สี ของอุจจาระ ปริมาณ รวมทั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียน
3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในแต่ละวัน โดยถ้ามีอุจจาระเหลวเป็นน้ำ ต้องนำมาคิดในเรื่องของการสูญเสียไปด้วย
4. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารน้ำทดแทนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยการกระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ ในผู้สูงอายุที่ยังสามารถรับประทานได้บ้าง โดยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก หรือดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอกับปริมาณความต้องการของร่างกาย
5. การดูแลในเรื่องของการเตรียมอุปกรณ์ในการขับถ่ายให้กับผู้สูงอายุไว้ที่เตียง เช่น หม้อนอน

6. ดูแลในเรื่องความรู้สึกสุขสบายของผู้สูงอายุ เช่น การทาครีมบริเวณรอบทวารหนัก เพื่อลดการระคายเคืองจากการถ่ายเหลว การประเมินภาวะปวดท้องในผู้สูงอายุ และให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวด พร้อมทั้งมีการประเมินอาการปวดท้องของผู้สูงอายุภายหลังจากการให้การพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

7. มีการเฝ้าระวังในเรื่องของการป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จากอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม โดยต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุไปห้องน้ำด้วยทุกครั้ง หรือการให้ผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระบนรถเข็นนอน ซึ่งต้องมีการปิดม่านให้เรียบร้อยเพื่อความเป็นส่วนตัว

8. ให้คำแนะนำกับญาติในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ถึงอาการผิดปกติที่ต้องรีบนำผู้สูงอายุกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

- อาการหรืออาการแสดงของภาวะการขาดน้ำ
- มีอาการท้องเสียเพิ่มมากขึ้น
- อาการปวดท้องรุนแรง เพิ่มมากขึ้น
- มีไข้สูง
- อุจจาระเป็นมูกปนเลือด หรือถ่ายเป็นสีดำคล้ำ

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยผู้สูงอายุ ในเรื่องของสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด (O2 Sat) และบันทึกอาการลงในบันทึกทางการพยาบาล

2. ดูแลให้ผู้สูงอายุนอนท่าศีรษะสูง หรือในท่าที่ผู้สูงอายุรู้สึกสุขสบาย และไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา

3. ในกรณีที่ต้องให้การรักษาโดยการพ่นยา หรือการให้ออกซิเจน

- อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ รวมถึงการปฏิบัติตัวในขณะที่ได้รับการพ่นยา หรือให้ออกซิเจน ด้วยท่าที่ที่ยืนดี เป็นมิตร

4. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงหรือระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจและแสดงท่าทีอ่อนโยน พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับผู้สูงอายุในการดูแลของแพทย์และพยาบาลภายในห้องฉุกเฉิน

5. แสดงความรู้สึกเต็มใจในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ เช่น “คุณยาย.....สามารถขอความช่วยเหลือโดยการกดสัญญาณขอความช่วยเหลือที่สายที่ห้อยที่ผนังห้องหรือเรียกขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา นะคะ เจ้าหน้าที่ทุกคนภายในห้องฉุกเฉินยินดีให้บริการคุณยาย....ค่ะ”

6. ประเมินอาการ ระดับสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ ภาวะหอบเหนื่อย หายใจ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด (O2 Sat) ผู้สูงอายุภายหลังจากการได้รับการพ่นยา หรือออกซิเจน พร้อมทั้งบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล

7. การวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับผู้สูงอายุ ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในกรณีที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยการพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว /ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แจ้งถึงปัญหาหรือความต้องการการให้คำแนะนำเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตามปัญหาและความต้องการเฉพาะราย

8. ดูแลให้คำแนะนำเบื้องต้น ในกรณีแพทย์อนุญาตให้ผู้สูงอายุกลับบ้านได้ ในเรื่อง

- การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ
 - การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (จนครบตามแผนการรักษา)
 - แนะนำวิธีการไอ และขับเสมหะ อย่างมีประสิทธิภาพ
 - แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร และการพักผ่อน
 - การจัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม
 - การงดสูบบุหรี่ ในผู้สูงอายุที่มีประวัติการสูบบุหรี่ หรือถ้าในกรณีที่ไม่สามารถงดได้ อาจต้องแนะนำวิธีการในการลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือสถานที่ที่ให้บริการเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่
 - การมาตรวจตามนัด
 - อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
 - * หายใจลำบากใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ช่วยหายใจ
 - * อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาที
 - * ไอมีเสมหะมาก ลักษณะเสมหะเหนียวข้น
 - * กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง เหงื่อออกท่วมตัว ปลายมือปลายเท้าเย็นขึ้น
 - * จังหวะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะ

แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะ

1. การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะ โดยการ

1.1 การประเมินทางระบบประสาท โดย

- การประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยให้ Glasgow Coma Scale
- การตรวจร่างกายว่ามีอาการ ชูบ บวม โน หรือมีการแตกของกะโหลก ศีรษะหรือไม่
- การประเมินอาการและอาการแสดง ได้แก่ การสูญเสียความจำในขณะที่เกิดเหตุ หรือการสูญเสียความทรงจำ , อาการปวดศีรษะ, อาการคลื่นไส้อาเจียน , มีอาการสับสน หรือมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากเดิม

1.2 การซักประวัติของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

- อายุ
 - สาเหตุของการบาดเจ็บ
 - ลักษณะของการเกิดการบาดเจ็บ
 - ประวัติสลับ ลืมเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ชัก แขนขาอ่อนแรง
 - ประวัติเกี่ยวกับการดื่มสุรา ของมีนเมา ยาแก้ปวดประสาท

2. แสดงความเคารพผู้สูงอายุ โดยการ แจ้งผู้สูงอายุและขออนุญาตในการตรวจบาดแผลบริเวณศีรษะ เช่น “คุณยาย.....คะ ขออนุญาตให้พยาบาลตรวจบริเวณศีรษะของคุณยายหน่อยนะคะ ว่ามีบาดแผล หรือมีสิ่งผิดปกติบ้างหรือไม่”

3. ดูแลให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้สำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำความสะอาดแผล การดูแลในเรื่องของความสบาย การเตรียมอุปกรณ์ในกรณีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียน

4. ให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุ ครอบครัว / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ทราบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น พร้อมกับการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ซึมลง ระดับความรู้สึกตัวมีการเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ แขนขาอ่อนแรง มีน้ำใสๆหรือเลือดไหลออกจากหู หรือจมูกให้แจ้งพยาบาลอย่างทันที

5. สอบถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุเป็นระยะ

6. พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ได้รับ การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการแล้ว ไม่มีความผิดปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ดังนี้

- ซึมลง
- ระดับความรู้สึกตัวมีการเปลี่ยนแปลง
- ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ
- แขนขาอ่อนแรง เดินเซ พูดไม่ชัด ชักกระตุก
- มีน้ำใสๆหรือเลือดไหลออกจากหู หรือจมูก

ให้รับมาพบแพทย์โดยทันที โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด และในกรณีเหตุเกิดในช่วงเวลา กลางคืน ไม่ต้องรอเวลาให้ถึงเช้า ให้นำผู้สูงอายุมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทันที

7. พยาบาลให้คู่มือ หรือแผ่นพับในการดูแลผู้สูงอายุที่กลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน หรือการเข้าขอรับบริการที่สถานบริการทางด้านสุขภาพ หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อน ถ้ามีอาการผิดปกติ

8. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด ถึงแม้ว่า ผู้สูงอายุจะไม่มีอาการผิดปกติก็ตาม เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Post concussion syndrome

9. สอบถามอาการและความต้องการความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุเป็นระยะ

10. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้สูงอายุลงในใบ Emergency Nursing Assessment

แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้อง ฉุกเฉิน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดย
นางสาวพรรณมณฑท์ อธิโชคจารุพัชร
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คำชี้แจง

แนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติแก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน ต่อภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุและแนวทางปฏิบัติในการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย ที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน

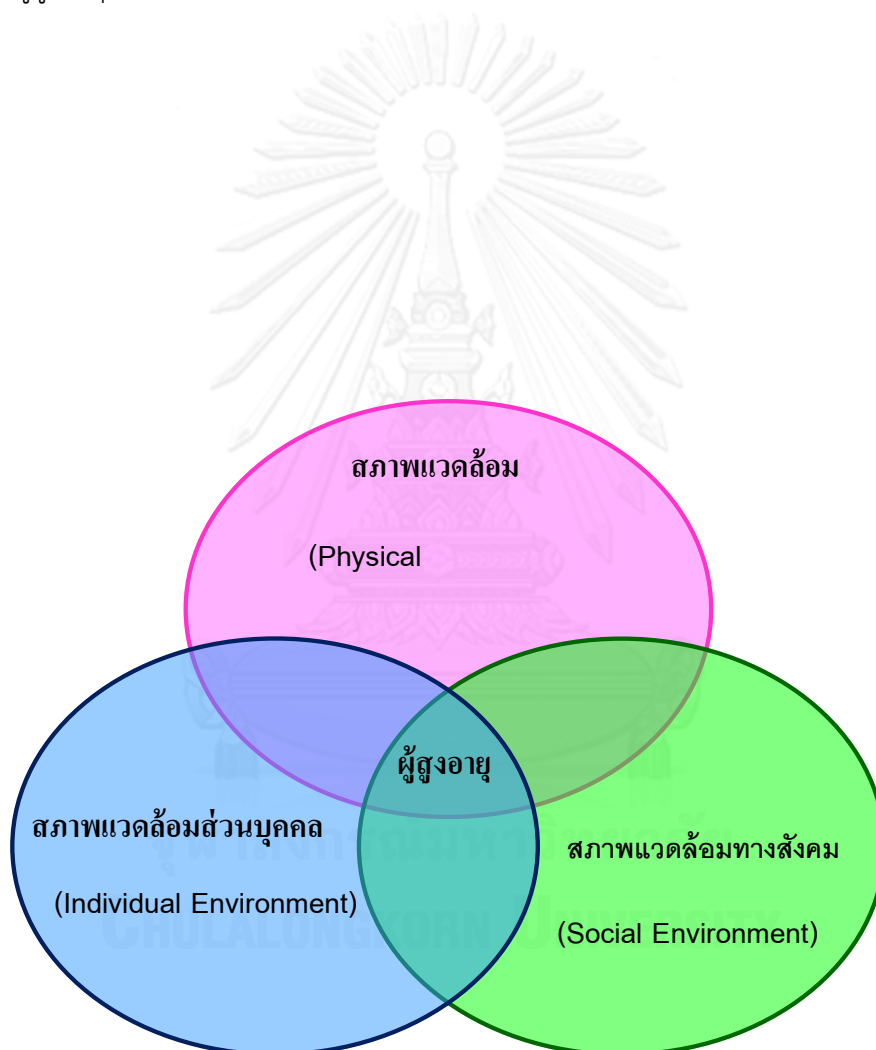
ทั้งนี้ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว ก็จะสามารถให้การดูแลและปรับสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินได้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินต่อไปในอนาคต

จารย์พัชร

พรชมนต์ อธิโชค

แนวทางในการจัดสภาพแวดล้อมแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

การจัดสภาพแวดล้อม เป็นการวางแผนและการแทรกแซงต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนและพัฒนา และนำไปสู่สิ่งที่ดีและเหมาะสม เพราะฉะนั้น การจัดหรือปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การปรับหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนา ให้นำไปสู่สภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องให้สอดคล้องกันทั้ง 3 ส่วนคือ



1.สภาพแวดล้อมส่วนบุคคล (Individual Environment) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสภาพของ ร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องมีหน้าที่ในการประเมินผู้สูงอายุในแต่ละรายและจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมและมีความปลอดภัย เช่นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสายตาอาจต้องดูในเรื่องของความ สว่างเป็นพิเศษ การเตรียมแว่นขยายให้การ จัดสภาพแวดล้อมให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน หรือใน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องของการได้ยิน อาจต้องดูในเรื่องของเสียงรอบๆ ความสงบ

2. สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมที่สามารถให้ ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ เช่น มุมที่จัดเตรียมให้สำหรับผู้สูงอายุ อาจต้องเป็นมุมที่สามารถให้ ผู้สูงอายุมองเห็นสภาพแวดล้อมทั่วไปได้ และสามารถที่จะปิดในกรณีนี้ที่ผู้สูงอายุต้องการที่จะพักผ่อน ได้ และต้องเป็นมุมที่พยาบาลสามารถมองเห็นผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา

3.สภาพแวดล้อมกายภาพ (Physical Environment) โดยจะต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับ ความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

การจัดสิ่งแวดลอมสำหรับผู้สูงอายุนั้น จะต้องคำนึงถึง

1. สิ่งเร้า (Stimulation) ของสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของสิ่งเร้าที่มีมาก จนเกินไปและสิ่งเร้าที่น้อยจนเกินไป
2. การเคลื่อนที่ (Mobility) ของผู้สูงอายุ
3. ความปลอดภัย (Safety) ของผู้สูงอายุ
4. ความรู้สึกเป็นส่วนตัว (Privacy) ของผู้สูงอายุ
5. ความสะดวกสบาย (Comfort) ของผู้สูงอายุ

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการจัดสิ่งแวดลอมให้ผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ
2. ปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ
3. การบกพร่องในเรื่องของการรับรู้ของผู้สูงอายุ เช่น ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ อากาสับสน หรือในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. ความบกพร่องในเรื่องของการสื่อสารในผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของการพูด การได้ยิน และการ มองเห็น

สำหรับการจัดสภาพแวดล้อมแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ได้ทำการปรับ สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน รพ. จุฬาลงกรณ์ เป็นแนวทางในการปรับใช้ (ดัง แสดง)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรรณมณฑท์ อธิโชคจารุพัชร เกิดวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2518 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2542 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ตึกมงกุฎเพชรรัตน 2 กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY