

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานครครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญ นำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้สูงอายุ
 - 1.1 ผู้สูงอายุ
 - 1.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
 - 1.1.3 การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การพยาบาล
 - 1.2.1 นิยามคำว่า การพยาบาล
 - 1.2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม
 - 1.2.3 บทบาทและขอบเขตการพยาบาล
2. ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ
 - 2.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 2.2.1 ความต้องการทั่วไป
 - 2.2.2 ความต้องการการพยาบาล
3. การรับรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้
 - 3.1 นิยามของการรับรู้
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพยาบาลผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิด ทฤษฎี และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังจะนำเสนอ ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มีความหมายผันแปรไปในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับอายุ โดยเฉลี่ยของการทำงาน หรือสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ สังคมไทยกำหนดให้ข้าราชการเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี และถือว่าเป็นวัยชราหรือวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง เข้าสู่วัยเสื่อม จึงเห็นสมควรพักผ่อนและเปลี่ยนแปลงไปทำงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบหรือต้องเผชิญภาวะเครียดมาก แต่ในสังคมอื่น ๆ เช่น สังคมอาฟริกาหรือมาเลเซีย กำหนดเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 55 ปี หรือในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา จะเกษียณอายุ 65 ปี การเกษียณอายุกับความเป็นผู้สูงอายุ ในแต่ละสังคมจึงแตกต่างกัน

ตามมติของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) ที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 กำหนดให้ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้ถือเกณฑ์กำหนดนี้เช่นเดียวกัน และได้เปลี่ยนแปลงมาใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” แทน คำว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา” จากการเสนอต่อที่ประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ ในปี พ.ศ. 2512 ของ พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ด้วยเหตุผลว่าเป็นคำที่สื่อความหมายเชิงให้เกียรติ ยกย่อง และนับถือ (อ้างถึงในสุภาณี กาญจนจารี, 2537: 227)

องค์การอนามัยโลกแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คนชรา มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชรามากมีอายุ 90 ปีขึ้นไป (อ้างถึงใน Yurick et. al., 1980: 31; อ้างถึงในชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538: 3) แต่สถาบันผู้สูงอายุแห่งอเมริกา (National Institution of Aging of America) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ วัยชราตอนต้นมีอายุระหว่าง 55-74 ปี และวัยชราตอนปลายมีอายุ 74 ปีขึ้นไป (อ้างถึงใน Brown, 1978: 33; อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธุ์, 2539: 2) และ Alfred Kahn (อ้างถึงใน ศรีทับทิม พานิชพันธ์, 2534: 52) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้นมีอายุระหว่าง 55-74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลางมีอายุระหว่าง 75-84 ปี และผู้สูงอายุวัยท้ายมีอายุมากกว่า 84 ปี

นอกจากนี้มีการแบ่งการสูงอายุของมนุษย์ออกเป็น 4 ลักษณะคือ (อ้างถึงใน Hall, 1976: 3-4; อ้างถึงในสุรกุล เจนอบรม, 2534: 4-5; อ้างถึงใน ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 35)

ลักษณะที่ 1 การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยการนับจากวัน เดือน ปีที่เกิด โดยไม่นำเอาเรื่องสุขภาพ ความสามารถ หรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง

ลักษณะที่ 2 การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะมีอายุเพิ่มขึ้นแต่ละปี

ลักษณะที่ 3 การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

ลักษณะที่ 4 การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลภายในครอบครัว ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่น ๆ ด้วย

อย่างไรก็ตามการแบ่งการสูงอายุที่นิยมและใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การแบ่งการสูงอายุตามวัย เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่ใช้ได้ง่ายและมีความชัดเจนที่สุด ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ เป็น 2 กลุ่มคือ วัยชราตอนต้น อายุระหว่าง 60-74 ปี และวัยชราตอนปลายอายุมากกว่า 74 ปีขึ้นไป เพื่อให้เหมาะสมกับประเทศไทย และการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ

1.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนเกิดขึ้นมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Stanley and Beare, 1994: 13) ซึ่งมีความแตกต่างจากการเกิดโรค เนื่องจากบุคคลไม่สามารถป้องกัน หลีกเลี่ยง หรือเปลี่ยนให้กลับคืนสู่สภาพเดิม ดังนั้นกระบวนการสูงอายุจึงเป็นปรากฏการณ์ที่นักทฤษฎีในศาสตร์ด้านต่าง ๆ ให้ความสนใจว่ามีสาเหตุจากอะไร และเกิดขึ้นได้อย่างไร โดยประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537: 9-19) ได้ศึกษาเอกสารและสรุปอธิบายการสูงอายุไว้ว่าสาเหตุของการสูงอายุมี 2 ประการ คือ พันธุกรรม (Genetic Etiology) และสิ่งแวดล้อม (Environment Etiology) ซึ่งอธิบายด้วย 1) ศาสตร์ด้านชีวภาพ 2) ศาสตร์ด้านจิตวิทยา และ 3) ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา รายละเอียดของข้อสรุปเป็นดังนี้

ศาสตร์ด้านชีวภาพ (Biological View) อธิบายไว้ 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) กลุ่มของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 4 ทฤษฎีย่อย คือ 1) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) 2) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock) 3) ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory)

และ 4) ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) ซึ่งอธิบายว่า สิ่งมีชีวิตแก่ขึ้นเพราะมีการถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดพลาดที่ผิดปกติการถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติเกิดขึ้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการถ่ายทอดรหัสปกติของสารพันธุกรรม DNA (Deoxyribonucleic Acid) จากนิวเคลียสของเซลล์ ซึ่งเมื่อมีการผลิตมากขึ้นโอกาสในการถ่ายทอดผิดพลาดก็จะมีมากขึ้น

ลักษณะที่ 2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) กลุ่มของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 2 ทฤษฎีย่อย คือ 1) ทฤษฎีการเสียดและถลอก (Wear and Tear) 2) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) และ 3) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ซึ่งอธิบายว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยไปตามการใช้งาน

ลักษณะที่ 3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) กลุ่มของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 4 ทฤษฎีย่อย คือ 1) ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) 2) ทฤษฎีการสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) 3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) และ 4) ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross Linkage Theory) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการตามลักษณะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายว่า การแก่เกิดจากความล้มเหลวของการทำงานในระบบต่าง ๆ และความบกพร่องของกลไกการควบคุม

ศาสตร์ด้านจิตวิทยา

ศาสตร์ด้านนี้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุโดยให้ความสนใจต่อพัฒนาการของบุคลิกภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละวัยขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม การอธิบายกระบวนการสูงอายุด้านจิตวิทยานี้ยังขาดความสอดคล้องของข้อมูลและแนวคิดที่จะอธิบายได้ชัดเจน จึงมักอธิบายคาบเกี่ยวกับด้านสังคมวิทยา ซึ่งใช้คำว่า Psychosocial View of Aging

ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา

ศาสตร์ด้านนี้อธิบายร่วมกับศาสตร์ด้านจิตวิทยาประกอบด้วย 3 ทฤษฎี คือ 1) ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) 2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) และ 3) ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity Theory) ซึ่งเป็นการอธิบายเน้นว่าบุคคลจะอยู่ในสังคมเพื่อเป็นการรักษาความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ตามทฤษฎีการสูงอายุนั้นได้กล่าวแล้วว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือเป็นลักษณะความ

เสื่อมถอยโดยทั่วไป แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอารมณ์ และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (พิชญภรณ์ มุลศิลป์, 2536: 15-22; ทศนีย์ อนันตพันธ์พงศ์, 2538: 11-13; ปรียธิดา เชิดชูเกียรติสกุล, 2538: 35-40; ลำไย มุสิกคามะ, 2538: 32-35; Tucker et al., 1988: 3)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านนี้ของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์เป็นต้นไป ทำให้ความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง ดังนี้

1) ระบบเซลล์และเนื้อเยื่อ เซลล์ทุกเซลล์มีอายุขัยของเซลล์แตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด เมื่อเซลล์เก่าตายจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเพื่อซ่อมแซม ยกเว้นเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ ในวัยสูงอายุนั้นมีจำนวนเซลล์ที่ตายมากและรวดเร็วกว่าอัตราการสร้างเซลล์ใหม่ ทำให้กระบวนการเจริญเติบโตหรือการดำรงรักษาของเนื้อเยื่อต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป ด้วยเหตุนี้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เซลล์ต่างๆ จึงเหี่ยวลง

2) ระบบประสาทรับสัมผัสพิเศษ ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของประสาทสัมผัสภายนอกต่างๆ คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ได้แก่การมองเห็นในผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติ จะพบว่าผู้สูงอายุมีสายตาสีเทา มองเห็นความชัดของภาพลดลงตามระดับความเสื่อมของจอภาพ นอกจากนั้นลานสายตาของผู้สูงอายุจะแคบลง จึงมักเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุได้ง่าย การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย การได้ยินมีการเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน ความผิดปกติของเสียงที่ผ่านอากาศ มีการเหี่ยวของเนื้อเยื่อภายในหูชั้นในโดยไม่ทราบสาเหตุ และอาจจะมีการเปราะแตกง่ายของกระดูกภายใน การรับคลื่น และการรับรสจะลดลง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกอยากอาหารน้อยลง เนื่องจากดื่มน้ำและน้ำลายในปากลดน้อยลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจะมีผิวหนังเหี่ยวแห้ง เนื่องจากขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยงความยืดหยุ่นลดลง

3) ระบบโครงกระดูก ผู้สูงอายุมีแคลเซียมสลายตัวจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมของแคลเซียมจากลำไส้ลดลงและสูญเสียทางไตมากขึ้น ร่วมกับการขาดวิตามินดี มักจะทำให้เกิดรูพรุนตามแนวกระดูกยาวเกิดเป็นโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ได้ง่าย รอยต่อของกระดูกสันหลังจะหดลง โด้ง รุ่ม และความสูงลดลงโดยเฉลี่ยประมาณ 1-2 ซม. จากวัยหนุ่มสาว แคลเซียมที่สลายออกมาจะไปเกาะที่กระดูกอ่อนหรือเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ลดความยืดหยุ่น การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก เกิดอาการปวดตามข้อ

4) ระบบประสาท เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลงเรื่อยๆ น้ำหนักของสมองจะลดลงด้วย น้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นแทนที่ เซลล์มีสารไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง และบางแห่งมีการเสื่อมสลายของปลอกหุ้มเซลล์ประสาททำให้ความเร็วของการส่งสัญญาณ และการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า จนบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวที่ไม่สัมพันธ์กันทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ ร่วมกับมีความสับสน ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ซึ่งความจำของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงโดยเฉพาะความจำในเหตุการณ์ปัจจุบัน ส่วนความจำในอดีตจะปกติสามารถจำเรื่องในอดีตได้ดี แต่ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ จะลดลง

5) ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจจะมีขนาดไม่เปลี่ยนแปลง แต่บริเวณผนังของหัวใจจะหนาขึ้น เนื่องจากมีไขมันเพิ่มในช่องว่างของผนังหุ้มทรวงอก ลิ้นหัวใจจะแข็งตัว เนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังผืดเพิ่มขึ้นทำให้การปิดเปิดไม่ดีเกิดลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ หลอดเลือดจะมีผนังหลอดเลือดฝอยหนา การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียต่างๆ จึงลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อย เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางมากขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น โดยเฉพาะความดันซิสโตลิกภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว มีความดันโลหิตสูง-ต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ซึ่งความผิดปกติของระบบการไหลเวียนเลือดพบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ

6) ระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหาร ความอยากอาหารจะลดลง เพราะประสาทรับกลิ่นและรับรสมีความสามารถรับสัมผัสน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฟันและเหงือกทำให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างลำบาก ปากและลิ้นแห้งเกิดการติดเชื้อมากขึ้น การรับรสเสียไปทำให้เบื่ออาหาร ต้องเลือกลักษณะอาหารมากขึ้น การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมแคลเซียมและเหล็กลดลง ผู้สูงอายุจึงมักเป็นโรคขาดอาหาร และโลหิตจางได้ง่าย ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ นอกจากนี้ยังมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก ท้องเสียได้ง่าย เพราะประสิทธิภาพในการทำงานของระบบย่อยอาหารลดลง

7) ระบบการขับถ่ายของเสีย ไตมีขนาดเล็กลงการไหลเวียนของเลือดลดลง การกรองของไตลดลง ขับของเสียได้น้อยลง แต่ขับน้ำออกมากขึ้นทำให้ปัสสาวะบ่อย ตอนกลางคืน กระเพาะปัสสาวะในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนรูปร่างไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่ยึดเหนี่ยว และความอ่อนแอของผนังกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้มีอาการปัสสาวะขัด บางรายกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะจะหดตัวได้ไม่ดี ทำให้ปัสสาวะซึม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ชายอาจปัสสาวะขัดจากต่อมลูกหมากโต

ผู้หญิงอาจกลับปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน กระเพาะปัสสาวะยึดกล้ามเนื้อหูรูดท่อนปัสสาวะหย่อน

8) ระบบการหายใจ พบว่า มีการเสื่อมของเซลล์ชนิดอพิทีเลียม ซึ่งปกคลุมผนังของทางผ่านอากาศหายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผนังกล้ามเนื้อทรวงอกมีความแข็งเพิ่มขึ้น เพราะกระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ความจุปอดลดน้อยลง มีความรู้สึกเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม ไม่เพียงพอที่จะถ่ายเทปริมาณของอากาศในปอดให้เต็มที่ อัตราการหายใจช้าลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอหรือน้อย มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในถุงลมมากขึ้น จึงมักพบว่าผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย

9) ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว การผลิตฮอร์โมนต่ำลงเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รูปร่างผอมลง ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นเบาหวานอย่างอ่อนๆ ได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

10) ระบบภูมิคุ้มกัน มีประสิทธิภาพการทำงานลดลงทำให้เมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงและหายช้า

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงด้านนี้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจ เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ และมีผลต่อการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุนั้น มีผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ด้วย ดังนี้

1) สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียคู่ชีวิต เพื่อน และบุคคลที่คุ้นเคย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกหรือพวกราจากบุคคลอันเป็นที่รัก รู้สึกหดหู เศร้าใจ นำไปสู่การคิดถึงความตายว่าเป็นสิ่งใกล้ตัวและรู้สึกกลัวตายทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2) สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในสังคมปัจจุบันครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง ต่างคนต่างอยู่มีการติดต่อร่วมกิจกรรมน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความรู้สึกเจ็บเหงา ว่าเหว และรู้สึกว่าตนมีคุณค่าน้อยลง

3) การสูญเสียสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาทสังคม เนื่องจากถึงวัยที่จะต้องปลดเกษียณ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลง เนื่องจากหมดภาวะด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่เกียรติยศชื่อเสียง ความนับหน้าถือตา ความภาคภูมิใจและ

สูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกหมดหวังขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง เกิดภาวะซึมเศร้าได้

4) สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง ฮอร์โมนลดลง เกิดความเสื่อมทางด้านเพศ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศต่างๆ ที่ยังมีความต้องการอยู่ ซึ่งนับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญและก่อให้เกิดความวิตกกังวล

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยมีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้น สังคมของผู้สูงอายุ จึงมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ได้แก่

1) สถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น มีความต้องการการยอมรับ และรู้สึกว่าตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม หากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้ต้องพึ่งพาอาศัยและเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้รู้สึกเสียอำนาจ หมดความสำคัญ และบทบาททางสังคม อาจก่อให้เกิดความอับอาย และคิดว่าตนเป็นปัญหาหรือเป็นภาระเรื้อรังของสังคม

2) การถูกทอดทิ้ง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว เป็นสังคมใหม่จากการขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง และจากความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีความสามารถในการร่วมกิจกรรมช้าลง จึงขาดกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้งเกิดความเหงา และความว่าเหว

3) การเสื่อมความเคารพ ผู้สูงอายุในอดีตมักได้รับความเคารพนับถือจากผู้อ่อนอาวุโสในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันเทคโนโลยีที่ได้เข้ามามีบทบาทในการศึกษาของคนรุ่นใหม่ทำให้ไม่ต้องการการพึ่งพาถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์จากผู้สูงอายุ และคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนไม่ทันต่อเหตุการณ์ซึ่งก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย สภาพเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องถอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้ปรากฏชัดว่าผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากกลุ่มคนวัยอื่น การพยาบาลผู้สูงอายุพยาบาลจึงต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เพื่อให้การพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.1.3 การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะมีความเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ โดยมีผู้ศึกษาไว้หลายท่านซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปได้ใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ลักษณะความเจ็บป่วย 2) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และ 3) หลักการดูแล ดังนี้

ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

Hodkinson (1976: 1-5) ได้อธิบายลักษณะของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุว่ามีลักษณะที่แตกต่างไปจากบุคคลในวัยอื่นๆ 5 ประการ คือ

- 1) ผู้สูงอายุ มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะแตกต่างจากวัยอื่นที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเพียงบางโรค
- 2) ปฏิกริยาของร่างกายต่อการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป เช่น เมื่อมีการอักเสบติดเชื้ออาจไม่พบอาการเจ็บป่วย ไม่มีไข้ จำนวนเม็ดเลือดขาวอาจปกติ
- 3) อาการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยสูงอายุบ่นถึงความเจ็บปวดแม้เพียงเล็กน้อย อาจเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค
- 4) อุณหภูมิ การควบคุมความร้อนในผู้สูงอายุมักไม่ปกติ จึงไม่อาจ指望ซึ่งถึงการเจ็บป่วยได้
- 5) ไม่มีอาการแสดงของโรค โรคบางโรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อาจจะไม่มีการแสดงของโรคเลย เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคจากเชื้อไวรัส แต่สามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้

ซวลี แยมวงส์ (2538: 12-13) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ 6 ประการ คือ

ประการที่ 1 มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronicity) บุคคลที่อายุเกิน 60 ปีจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่านั้นและบุคคลที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มักจะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดโรคกำเริบ หรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะเรื้อรังได้

ประการที่ 2 มีพยาธิสภาพหลายระบบ (Multiple pathology) และมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยสูงอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคกับโรค โรคกับวัยสูงอายุ และมีปฏิสัมพันธ์กับการรักษา ทำให้ปัญหาซับซ้อนยิ่งขึ้น จึงต้องศึกษา ค้นหาอาการของโรคโดยรอบคอบเมื่อแรกรับผู้ป่วยสูงอายุ

ประการที่ 3 อาการไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical presentation) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย อาการจะไม่เด่นชัดเหมือนในวัยหนุ่มสาว เช่น เมื่อติดเชื้ออาจไม่มีไข้ แต่สับสน มีเหงื่อ และให้ข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุมักไม่บอกถึงอาการผิดปกติของตนเอง เนื่องจาก 1) คิดว่าเกิดจากวัยสูงอายุ 2) เคยบอกถึงอาการที่ผิดปกติ แต่ถูกเพิกเฉย 3) มีความพร้อมในด้านความรู้คิด 4) มีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ทำให้ขาดความสนใจในตนเอง 5) กลัวผลที่จะเกิดตามมาจะทำให้ขาดอิสระ ต้องพึ่งพา ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ

ประการที่ 4 มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมหน้าที่ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ และถ้ามีการเสื่อมหน้าที่โดยเฉพาะมีความพร้อมด้านความรู้คิด การเคลื่อนไหว การควบคุมการขับถ่าย จะมีอัตราการตายสูง (Predeath dependency)

ประการที่ 5 มีการเจ็บป่วยที่พบบ่อยขึ้น เช่น ต่อมลูกหมากโต ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุหกล้ม

ประการที่ 6 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เช่น ปอดอักเสบ ภาวะเบาหวานจากอุบัติเหตุ มีการฟื้นฟูสภาพช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาได้ง่าย

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์ (2539: 1) ได้ศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยสูงอายุไว้ดังนี้

1) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการสูงวัยทำให้สมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ ต่ำกว่าในวัยผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาว การฟื้นกลับสู่สภาพเดิมจะช้าและไม่สมบูรณ์

2) สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลรวมของหลายปัจจัยที่เกิดขึ้นในอดีต เช่น ความลำบากในการดำเนินชีวิต โรคภัยไข้เจ็บ และผลของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพกายและจิต

3) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากการสูงวัยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยจำนวนหนึ่งไม่มีอาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคนั้นๆ ออกมา ทำให้การวินิจฉัยลำบาก ล่าช้า การรักษาไม่เหมาะสมและทันที่

4) โรคทางกายอาจจะแสดงเหมือนกับว่ามีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดเชื้อในร่างกาย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง อาจถูกนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะอะสับสนเฉียบพลัน

5) ปัญหาทางจิตใจโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า มักจะไม่บอกว่าเบื่อหรือซึมเศร้า แต่มักมาด้วยปัญหาสุขภาพกาย การนอนไม่หลับ และน้ำหนักลดเป็นต้น

6) ผู้สูงอายุมักมีโรคแทรกหลายๆ โรค ทั้งในแง่ปัญหาทางกาย ทางใจ รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในคนคนเดียว

7) ผลของยาในผู้ป่วยสูงอายุจะมีมากกว่าปกติและพบว่ามีปัญหาจากผลข้างเคียงของยาได้น้อย

ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของพยาบาลที่ให้การพยาบาล เพื่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือต้องสามารถตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุได้

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ

1) ปัญหาการเคลื่อนไหว สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในวัยสูงอายุ ซึ่งกล้ามเนื้อจะสลายตัวขาดความแข็งแรง ทำให้การทรงตัวไม่มั่นคง การมีเนื้อเยื่อเส้นใยมาเกาะบริเวณรอบข้อต่างๆ ทำให้ข้อหนาขึ้นเคลื่อนไหวลำบาก ตึง ดัดขัด ก่อให้เกิดความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว รวมทั้งการมีกระดูกสะโพกและหัวเข่าอ่อนทำให้เดินและเคลื่อนไหวได้ช้า และในเพศหญิงที่เป็นวัยหมดประจำเดือนแล้วฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้แคลเซียมในเนื้อกระดูกสลายมากขึ้น เกิดโรคกระดูกพรุนรองกระดูกจะบางลง มีโอกาสเกิดกระดูกหักเส้นประสาทจนเกิดอาการชา เคลื่อนไหวไม่ได้ อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดโรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ กล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้ออักเสบ โรคเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง หรือเคลื่อนไหวไม่ได้

เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น ด้วยวิธีการรักษาและความเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว จึงทำให้แคลเซียมในเนื้อกระดูกสลายยับยั้งออกทางไตมากขึ้น เกิดกระดูกพรุนและมีโอกาสเกิดกระดูกหักได้ง่าย และถ้าขาดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานๆ จะเกิดการยึดติดของข้อ เอ็นยึดข้อ เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาเช่น แผลกดทับ ท้องผูก นิ้วในระบบทางเดินปัสสาวะ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การติดต่อกับสังคมสิ่งแวดล้อมน้อยลง ซึมเศร้า (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538: 11)

2) ปัญหาท้องผูกและกลืนอาหารไม่อยู่ การขับถ่ายอุจจาระตามปกติจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เกณฑ์ปกติของผู้สูงอายุคือวันละ 3 ครั้ง ถึงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ลำไย มุสิกคามะ, 2538: 33) สาเหตุของท้องผูกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ประสาทรับความรู้สึกและประสาทสั่งการทำงานได้ช้าลง มวลของกล้ามเนื้อท้องกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานลดลงและอ่อนแอทำให้ลำไส้บีบรัดตัวลดลง ฟันไม่ดีรับประทานผักผลไม้ที่มีเส้นใยได้น้อยลง ทำให้ขาดเส้นใยอาหาร ความกลัวเจ็บปวดขณะถ่ายอุจจาระ หรือการใช้ยาบรรเทาเป็นประจำซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบและประสาทรับส่งความรู้สึกการบีบตัวของลำไส้ไม่ดี โดยปัญหาท้องผูกมักเกิดจากสาเหตุมากกว่าหนึ่งสาเหตุ การพยายามแบ่ง

ถ้าอายุจะเกิดความดันในช่องอกสูงขึ้น เลือดดำไหลกลับจากขาและอวัยวะอื่นเข้าสู่หัวใจได้น้อยลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและสมองลดลง ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตตกอย่างรวดเร็ว จึงมีผลต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหัวใจอาจตายได้ง่าย

อาการท้องผูก และท้องเสียในผู้สูงอายุจะสัมพันธ์กับภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่ (ลำโย มุสิกคามะ, 2538: 32) ซึ่งการกลั้นอุจจาระไม่อยู่นั้น ทำให้ผู้สูงอายุถูกรังเกียจ อับอาย เครียด เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ และนำไปสู่การแยกตัวจากสังคม ปัญหาท้องผูกและกลั้นอุจจาระไม่อยู่นั้นส่วนมากสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

3) ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ไม่ใช่โรค แต่เป็นภาวะหนึ่งที่มีความรุนแรงได้หลายระดับ ตั้งแต่ปัสสาวะไหลเล็ดออกมา 2-3 หยดนานๆ ครั้ง จนถึงระดับรุนแรงที่นำปัสสาวะรั่วไหลออกมาจำนวนมากวันละหลายครั้ง โดยระดับความรุนแรงมักจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และพบในเพศหญิงมากกว่าชาย สาเหตุเนื่องจากความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง และการทำหน้าที่ของอวัยวะเหล่านั้นผิดปกติไป กล่าวคือกล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะหย่อนตัว ไม่มีแรงบีบหรือมีการตีบตันของท่อปัสสาวะ ทำให้กลไกการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ อุบัติเหตุหกล้ม เกิดความทุกข์ทรมาน เสียชีวิตจากการติดเชื้อในระบบไหลเวียนเลือด เครียด วิตกกังวล เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลนาน

4) ปัญหาการหกล้ม สาเหตุของการหกล้มเกิดจากหลายสาเหตุ แต่ละสาเหตุจะส่งผลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ จากการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุที่ขาดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีภาวะข้อเสื่อม ทำให้การเคลื่อนไหวไม่มั่นคง การเปลี่ยนแปลงของการหมุนเวียนโลหิตอาจมีความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดหน้ามืด เป็นลม ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสลดลง ถ่ายปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ร่วมกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น จักรวาลของไม้เป็นระเบียบ ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุที่หกล้มและได้รับบาดเจ็บจะกลัวการหกล้มจึงลดกิจกรรมต่างๆ ลง ดังนั้นจึงนำไปสู่การพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นโดยไม่จำเป็น และถ้าได้รับบาดเจ็บรุนแรงถูกนำส่งโรงพยาบาล อาจพบมีกระดูกหักจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมา เช่น การติดเชื้อ

5) ปัญหาการรับประทานอาหาร สาเหตุจากฟันโยกคลอน ฟันหลุด ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก ต่อมารับรสเหี่ยวลีบทำให้การรับรู้รสชาติอาหารลดลงและไม่เจริญอาหาร รีเฟล็กซ์การกลืนเสื่อม หลอดอาหารบีบตัวลดลงทำให้การกลืนลำบาก และสำลักอาหารได้ง่าย กระเพาะอาหารบีบตัวน้อย น้ำย่อยต่างๆ หลั่งออกมาน้อยลง ไม่รู้สึกหิว มีอัตราการเผาผลาญสารอาหารและการดูดซึมลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะทุพโภชนาการ โลหิตจางได้ง่าย ขาดความแข็งแรงและขาดพลังงาน

6) ปัญหาอนอนไม่หลับ สาเหตุจากถ่ายปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป หลับในเวลากลางวันมาก อารมณ์เครียด วิดกกังวล รวมทั้งจากการไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าการนอนเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด (Hewes and Hannigan, 1995: 164) แต่มักเป็นในผู้ป่วยสูงอายุทำให้อนอนหลับไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งคุณภาพของการนอนหลับจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้การนอนไม่หลับมีความแตกต่างกันในแต่ละคน บางคนหลับแต่ตื่นบ่อย บางคนหลับๆ ตื่นๆ บางคนหลับยาก บางคนแทบไม่ได้หลับเลย บางคนหลับในช่วงสั้นๆ แล้วตื่นไม่หลับอีก

7) ปัญหาแผลกดทับ สาเหตุจากสภาพของผิวหนังเปลี่ยนแปลง บางลง เหี่ยวยุบ ยื่นหยุ่นน้อย หลอดเลือดแตกง่ายเมื่อถูกแรงกดทับจึงเกิดเลือดออกใต้ผิวหนัง การถูไถและเสียดสี การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ ความเปียกชื้นเกิดการระคายเคืองของผิวหนัง ความเย็นทำให้หลอดเลือดหดตัว ความร้อนทำให้เนื้อเยื่ออักเสบ ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนออกซิเจน สารอาหาร ขั้วถ่ายของเสียระหว่างเซลล์และหลอดเลือดแดงฝอยน้อยลง เซลล์อ่อนแอเป็นแผลได้ง่าย การมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคระบบประสาทและสมองผิดปกติ รวมทั้งรูปร่างของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่มีร่างกายผอมจะมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย จะเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกได้สูง ส่วนผู้ที่อ้วนจะมีแรงกดบริเวณที่รับน้ำหนักมากเลือดจึงไปเลี้ยงน้อยลง

แผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ มักเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่ร้อยละ 95 ของแผลกดทับสามารถป้องกันได้ (ลำไย มุสิกคามะ, 2538: 56) ดังนั้นการเกิดแผลกดทับจึงเป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาลในระดับที่ไม่ดี

8) ปัญหาความจำเสื่อมและภาวะสับสน สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของสมองในวัยสูงอายุซึ่งจะมีน้ำหนักของสมองลดลง และขนาดเล็กลงเนื่องจากสูญเสียเซลล์ประสาท มีความพร่องของการเผาผลาญภายในเซลล์สมอง มีความไม่สมดุลของภาวะกรดต่างและอิเล็กโตรไลต์ที่อยู่ในร่างกายหรือฮอร์โมนในร่างกายผิดปกติร่วมกับโรค

ทางสมอง และอาจเกิดขึ้นได้ในคนที่เครียดมาก อดนอน ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังหรือถูกแยกกักขัง ถูกจำกัดให้อยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม จึงทำให้เกิดภาวะสับสนได้ง่าย

9) ปัญหาความเหงา ว่าเหว่ สาเหตุจากผลของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้างลดน้อยลง จึงทำให้เกิดความเหงา ว่าเหว่ และถ้าไม่ได้รับความสนใจ เอาใจใส่ จะทำให้ผู้สูงอายุนึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่สนใจตนเองและสุขภาพก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ซึ่งผลของการเจ็บป่วยจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น พลังงานลดลง ร่างกายทรุดโทรม ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการติดเชื้อและเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาแต่ละชนิดได้ง่าย

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุเป็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพมาก และแต่ละปัญหาจะส่งผลกระทบต่อถึงกันทำให้เกิดปัญหาเพิ่มเติมทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมหลายอย่างตามมา เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสูงอายุและพยาธิสภาพซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องที่ซับซ้อนประกอบกับเป็นปัญหาที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเฉพาะและเหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามควรแก่อัตภาพ

หลักการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

หลักการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะเป็นแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี ได้มีผู้เสนอหลักการในลักษณะของความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

Mead (1977: 73-77) กล่าวถึงหลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุไว้

4 ประการ คือ

ประการที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุต้องการความเข้าใจและความอดทนเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล

ประการที่ 2 การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ ต้องพูดด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนน หรือใช้คำพูดซ้ำๆ เนื่องจากมีความบกพร่องของสมองทำให้การรับรู้และความเข้าใจต่างๆ ลดลง

ประการที่ 3 พยาบาลจะต้องไม่ละเลยเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆ เช่น อาการงุนงง เลอะเลือนซึ่งเป็นอาการของโรคแทรกซ้อนทางสมอง

ประการที่ 4 การรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุควรกระทำด้วยความรัก ความเข้าใจ ความนับถือ และคำนึงถึงผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าวิธีการรักษาและการให้ยา

ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537: 41-42) ได้ศึกษาวิจัยและระบุหลักการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุไว้ดังนี้

ประการที่ 1 การเฝ้าระวัง สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญมาก อาการแสดงของผู้สูงอายุ อาจแสดงถึงความผิดปกติบางอย่าง ซึ่งไม่ควรละเลยหรือ คิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ เช่น การไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด

ประการที่ 2 เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย จะมีความผิดปกติหลายๆ อย่างซึ่งต้องการการดูแลพิเศษ ดังนั้นการเฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติหลายๆ อย่างที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการการรักษาพยาบาลได้

ประการที่ 3 อาการผิดปกติต่าง ๆ ที่สังเกตได้จากการแสดงของผู้สูงอายุ ควรได้รับการค้นหาสาเหตุอย่างรอบคอบ เช่น อาการซึม หน้ามืด เป็นลมบ่อยๆ หกล้ม เนื่องจากการดูแลรักษาตามอาการ อาจทำให้ละเลยต่อการรักษาพยาบาลตามสาเหตุที่แท้จริงของความผิดปกติของผู้สูงอายุ

ประการที่ 4 เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ง่าย ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนนั้น ได้แก่ หกล้ม แผลกดทับ สับสนตอนกลางคืน

ประการที่ 5 วิธีการรักษาพยาบาลที่เป็นธรรมชาติที่มีผลข้างเคียงน้อยที่สุด คือ วิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ วิธีการรักษาพยาบาลที่คาดว่าอาจมีโรคแทรกซ้อนแก่ผู้สูงอายุและโรคที่เกิดนั้นอาจรุนแรงกว่าโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นวิธีเหล่านี้ควรหลีกเลี่ยง

ประการที่ 6 การสังเกตปฏิกิริยาและผลข้างเคียงจากการได้รับยาเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยามากที่สุด ดังนั้นจึงควรสังเกตอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2539: 9) ได้กล่าวสรุปหลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่สำคัญ คือการให้การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นการพยาบาลเพื่อชดเชยความเสื่อม ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมทั้งฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีที่สุดตามสภาวะของร่างกาย โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล

จากแนวความคิดเกี่ยวกับหลักการพยาบาลผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้วิจัยขอสรุปดังนี้

1) ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และควรได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามความสามารถที่มีอยู่

2) การรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือต่างๆ ในผู้ป่วยสูงอายุควรเหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

3) การเฝ้าระวัง สังเกตอาการ อาการแสดงของผู้สูงอายุควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

4) การให้ความรัก ความเข้าใจ ความนับถือ ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นสิ่งที่ยุทธพยาบาลควรตระหนักและเห็นความสำคัญ

5) ควรให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งใหม่ รู้จักและสามารถใช้แหล่งประโยชน์

1.2 การพยาบาล

1.2.1 นิยามคำว่า การพยาบาล

มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ได้ให้ความหมายของการพยาบาลว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้อยู่ในสภาวะที่จะต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (อ้างถึงในสุปราณี วคินอมร, 2536: 26)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า การพยาบาล เป็นการใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ โดยยึดหลักการให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยต่อประชาชนและสังคม โดยมีได้คำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ตลอดจนลัทธิการเมือง (อ้างถึงในสุปราณี วคินอมร, 2536: 26)

สมาคมพยาบาลสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association, 1980) ได้ให้ความหมายของการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำซึ่งเป็นการให้บริการขั้นวิชาชีพ ที่ต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับชีววิทยา สรีรวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา สังคมวิทยา และทฤษฎีการพยาบาลพื้นฐาน ในการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลในการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพ และการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือทุพพลภาพ และดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรือช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ตายอย่างสงบ และมีเกียรติ การปฏิบัติการพยาบาลรวมถึงการบริหาร การสอน หรือให้คำปรึกษานิเทศ และการประเมินผลการปฏิบัติ การจัดการเกี่ยวกับการให้ยาและการรักษา เพื่อแสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล (Ebersole and Hess , 1981 อ้างถึงในธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล, 2535: 16)

ในประเทศไทยได้ระบุความหมายของการพยาบาลไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ว่าการพยาบาลเป็นการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค รวมทั้งการ

ช่วยเหลือแพทย์ และการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2535: 1) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติต่อผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการสังเกต สอน และสนับสนุน

สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 5) ให้ความหมายของการพยาบาลว่าเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยตนเอง ช่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย ช่วยเพิ่มความสามารถและเอื้ออำนวย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวต่อการสูญเสีย และความยากลำบากต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อให้เขาสามารถดูแลสุขภาพตนเองและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

จากความหมายของการพยาบาลดังกล่าวสรุปได้ว่า การพยาบาลเป็นการใช้ความรู้ทางศิลปะและวิทยาศาสตร์ สำหรับให้บริการทางสุขภาพแก่บุคคล ทั้งผู้ที่ปกติและผู้เจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยกิจกรรมการพยาบาลต้องครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอยู่ในกรอบแนวคิดของการพยาบาลที่ประนอม โอทกานนท์ (2538: 123) อธิบายไว้ กล่าวคือ การพยาบาลครอบคลุม คำ 3 คำ คือ บุคคล สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

1.2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เป็นทฤษฎีการดูแลของตนเอง มุ่งส่งเสริมศักยภาพของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ ในลักษณะเดียวกับมิติหลักทางการพยาบาล ประกอบด้วยทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน 3 ทฤษฎี คือ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และ 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Orem, 1985: 33-34; 1991: 158; 1995: 103-106) ดังนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self care)

ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการดูแลตนเองซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมาย หรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างจงใจเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมถึงเมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะ

ต้องเรียนรู้การดูแลที่เฉพาะขึ้นโดยการแสวงหาข้อมูล การติดต่อมีปฏิสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเป็นพฤติกรรมดูแลตนเอง และให้การดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self care deficit or dependent care deficit)

ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองเมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสถานการณ์ที่บุคคลขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล ความพร่องในการดูแลไม่ใช่ความพร่องของอวัยวะ แต่เป็นการไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลและความสามารถในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

ทฤษฎีนี้กล่าวถึงระบบการพยาบาลว่าเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลใช้ความสามารถในการปรับแก้ไขเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองโดยกำหนดวางแผน และจัดเตรียมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยด้วยกิจกรรมที่เป็นผลต่อผู้ป่วยในการฝึกหัดให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ประกอบด้วยระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด ทดแทนบางส่วน หรือแบบระดับประคอง

สำหรับแนวคิดของทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะต้องเข้าใจถึงความต้องการการดูแลทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดนี้ Orem (1985: 90-95) จึงแบ่งประเภทของความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) ไว้ 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care Requisites) เป็นสิ่งที่ปฏิบัติควบคู่ได้กับกระบวนการชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การดำรงรักษา ความมั่นคงของชีวิต ความสมบูรณ์ทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ได้แก่

- 1) การดำรงรักษาร่างกายให้ได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ
- 2) การดูแลเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่ายและการถ่ายเทของเสียออกจากร่างกาย
- 3) การรักษาสมดุลย์ระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

4) การรักษาสสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

5) การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต ต่อการทำหน้าที่ และต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง

6) การส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่และพัฒนาการภายในกลุ่มสังคม ที่ตนอยู่ตามศักยภาพ รับผิดชอบต่อตนเองและส่งเสริมให้มีความต้องการอยู่อย่างปกติ

ประเภทที่ 2 ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care Requisites) เป็นกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ตามวงจรชีวิตและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิต ซึ่งสนับสนุนกระบวนการชีวิตและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการตามระยะพัฒนาการของชีวิต โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองทั่วไปในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะอยู่ในครรภ์ มารดาและระหว่างกระบวนการเกิด ระยะแรกเกิด วัยทารก วัยเด็กและวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และระยะตั้งครรถ์ไม่ว่าจะอยู่ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

2) การจัดหา การดูแล เพื่อป้องกันการเกิดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ในสภาพแวดล้อมที่อาจจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์หรือระงับ บรรเทา หรือเอาชนะสิ่งที่จะเป็นอันตราย เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม ล้มเหลวในการพัฒนาลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล การสูญเสีย ญาติ เพื่อน หรือผู้ร่วมงาน การสูญเสียของรักหรือความมั่นคงด้านการรักษาอาชีพ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่ อย่างกะทันหัน ปัญหาเกี่ยวเนื่องกับสภาพทางสังคม ภาวะสุขภาพและจิตใจไม่ดี หรือมีความพิการ สภาพการณ์ดำรงชีวิตที่กดขี่ทารุณ ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือภาวะใกล้ตาย

ประเภทที่ 3 ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่

1) การแสวงหาและยึดมั่นในการช่วยเหลือทางด้านการแพทย์ เมื่ออยู่ในเหตุการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญกับตัวกระทบด้านร่างกายและชีววิทยาหรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดอาการที่เป็นพยาธิสภาพ หรือเมื่อมีหลักฐานว่าสภาพทางพันธุกรรม จิตใจ และร่างกายจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ หรือเกิดความผิดปกติ หรือเกิดโรคขึ้น

2) รู้และใส่ใจในสภาพที่เกิดขึ้น

3) ปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพตามคำสั่งการวินิจฉัยโรค แผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้น เพื่อควบคุมให้สามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างดี เพื่อแก้ไขความพิการหรือความผิดปกติ หรือเพื่อชดเชยความพิการที่เกิดขึ้น

4) รู้และใส่ใจหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือสิ่งที่เป็อันตรายต่อร่างกาย ให้เป็นไปตามมาตรการการรักษา

5) ปรับอัตรานอนมิติ และอัตลักษณ์เสียใหม่ให้เหมาะสม โดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยหรือความพิการของตน และยอมรับสภาพของตนเองในการรักษาเฉพาะอย่าง เช่น การถูกตัดขา การรับการรักษาด้วยรังสี

6) เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วยและในสภาพที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัย และการรักษาเฉพาะอย่างเพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากจะต้องคำนึงถึงความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองนี้ บุคคลจะต้องรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง อีกประการหนึ่งด้วย ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นความสามารถในการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำโดยทั่วไป แบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ (Knowing) และความสามารถที่จะกระทำ (Doing) เช่น ทักษะในการเรียนรู้ การรับรู้เหตุการณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง ประสาทรับความรู้สึก

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำที่มีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การกระทำดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 34) เช่น ความสนใจและความเอาใจใส่ตนเอง การควบคุมพลังงาน และการเคลื่อนไหว การใช้เหตุผล และแรงจูงใจ ทักษะในการตัดสินใจ การจัดระบบการดูแลตนเองและปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในระยะต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่ขาดความสามารถในระดับใดระดับหนึ่ง จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน การลงมือปฏิบัติ

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองนั้นจะลดลงในบุคคลวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือด้วยระบบการพยาบาล

ระบบพยาบาล (Nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยอาศัยระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ภายใต้ระบบสังคม ในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งถือเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเป็นไปตามความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามแนวคิดดังกล่าว Orem (1985: 154-156) จึงได้เสนอระบบการพยาบาลไว้ 3 ระบบ ดังนี้

1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยซึ่งมีความจำกัดทางจิตใจ ทางกายภาพที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวในการดูแลตนเอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมได้ เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยที่รับรู้ได้แต่ไม่สามารถที่จะเคลื่อนไหวได้ ผู้ที่ไม่สนใจตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เช่นผู้ป่วยโรคจิตรุนแรง

2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ผู้ป่วยกับพยาบาลจะตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหว ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีความสามารถเรียนรู้ได้ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ตามความต้องการ แต่พยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือด้วยการสอน แนะนำ คอยกระตุ้น และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ Orem ได้เสนอแนะวิธีการให้ความช่วยเหลือของพยาบาลไว้ 5 ประการ ดังนี้ (อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 43-47)

ประการที่ 1 การกระทำหรือกระทำแทน ในรายที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะต้องช่วยในการหาข้อมูล ตัดสินใจ และวางแผนการกระทำ และผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมรับรู้

ประการที่ 2 การชี้แนะ ในรายที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ โดยพยาบาลช่วยแนะนำ ตรวจสอบ สนับสนุน

ประการที่ 3 การสนับสนุน เป็นการส่งเสริม ให้กำลังใจ และแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้

ประการที่ 4 การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

ประการที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

จากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม สามารถอธิบายสรุปได้ว่า บุคคลที่ต้องการการพยาบาล ได้แก่ บุคคลที่ไม่สามารถที่จะกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลในปกครองได้ จึงอยู่ในภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self Care Deficits) เป็นผลให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองในรูปของการรักษา (Therapeutic Self Care Demand) ซึ่งอาจจะเป็นความต้องการเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามการพัฒนาการและตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการที่กล่าวนี้ต้องมากกว่าความสามารถหรือพลัง หรือศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง หรืออาจกล่าวใหม่ได้ว่า บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง (Self Care Demand) มากกว่าความสามารถที่มีอยู่ (Self Care Agency) ทำให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic Self Care Demand) นั่นคือ บุคคลอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (Self Care Deficits) จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องการการพยาบาล

ผู้วิจัยนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมมาเป็นแนวทางในการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุด้วยเหตุผล คือ 1) ผู้สูงอายุมีกระบวนการการสูงอายุ ภาวะเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เข้ามาเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง จึงอยู่ในภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด ดังนั้นการพยาบาลจึงจำเป็นและเป็นที่ต้องการสำหรับผู้สูงอายุ 2) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความต้องการของบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในวัยใด และไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้มนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ตลอดจนส่งเสริมและแสวงหาความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ให้แก่ตนเองหรือบุคคลในความปกครองของตน การดูแลตนเองจึง

สิ่งที่จำเป็นและเป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของตนเอง 3) การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นการแสดงถึงการยอมรับศักยภาพ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองส่งเสริมให้มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเป็นแนวทางที่สนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคลนำมาซึ่งความพึงพอใจต่อการพยาบาล และ 4) ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ช่วยให้พยาบาลมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เด่นชัดขึ้น โดยใช้บทบาทของพยาบาลในการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน ให้กำลังใจและเป็นที่ยอมรับ ซึ่งมิใช่เพียงจะกระทำแทนแต่เพียงอย่างเดียว

1.2.3 บทบาทและขอบเขตการพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจและรับรู้ถึงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากพบว่ามีสถิติผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมากขึ้นประกอบกับในปัจจุบันยังไม่มีโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยสูงอายุในประเทศไทย ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเข้าใจในบทบาทและขอบเขตของตนให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมถึงสามารถตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

วรรณวิไล จันทราภา (2532: 8) ได้กล่าวถึงบทบาทหลักของการพยาบาลไว้ดังนี้

บทบาทที่ 1 Custodial Care : เป็นบทบาทของการปกป้อง คุ้มครอง จัดหา ดูแลเสมือนแม่ดูแลเด็ก

บทบาทที่ 2 Nourishing Care : เป็นบทบาทในการบำรุงเลี้ยง กระตุ้น ผลักดัน จูงใจ และส่งเสริม

บทบาทที่ 3 Cherishing Care : เป็นบทบาทที่ต้องให้ความเมตตา เอาใจใส่ เป็นมิตร เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และเห็นใจ

สุปาณี วศินอมร (2536 : 13) ได้กล่าวถึงพยาบาลว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทที่สำคัญ 3 บทบาท

1) บทบาทด้านการรักษา (Therapeutic role) พยาบาลสามารถที่จะสังเกตอาการแรกเริ่มของผู้ป่วยและอาการที่เปลี่ยนไปหลังจากได้รับการรักษา

2) บทบาทด้านการดูแล (Caring role) พยาบาลต้องมีบทบาทด้านการดูแลมากที่สุด จุดมุ่งหมายใหญ่ของบทบาทด้านนี้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

3) บทบาทด้านสังคม (Socializing role) เพื่อลดความกังวลในผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในด้านนี้จำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง

นอกจากนี้ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์หลักของการพยาบาล 5 ประการ คือ
 ประการที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วยหรือพิการมีสุขภาพดีขึ้น เช่น การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร

ประการที่ 2 การป้องกันโรคหรือการบาดเจ็บต่างๆ เป็นการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย หรือพิการ ให้พ้นจากการเกิดโรค ความพิการหรือบาดเจ็บ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบ

ประการที่ 3 การดูแลรักษาพยาบาล เป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาลบุคคลที่เจ็บป่วยแล้วให้บรรเทาความเจ็บป่วย ให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัยมากที่สุด เช่น สังเกตอาการเริ่มแรก และอาการที่เปลี่ยนแปลงไป หาข้อมูลเพื่อช่วยในการวินิจฉัย เพื่อได้รับการรักษาพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม ให้การดูแลเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้การรักษาพยาบาลไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร และพยายามหาทางแก้ไขปัญหานั้น

ประการที่ 4 การฟื้นฟูสภาพและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความสามารถช่วยวัยวยะที่ยังเหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด พยาบาลต้องสอน และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ประการที่ 5 การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายสมศักดิ์ศรี สิ้นใจอย่างสงบสุข และไม่ทรมานทรมาย

ปิยะรัตน์ ตาดินิจ (2524: 11) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลไว้ 5 ประการ คือ

ประการที่ 1 ด้านการให้การดูแลช่วยเหลือ สอนและแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว

ประการที่ 2 ด้านการป้องกัน สอนวิธีป้องกันโรคและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน ให้มีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจ

ประการที่ 3 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ คำแนะนำ ให้สุขศึกษา

ประการที่ 4 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง สอนวิธีการออกกำลังกาย

ประการที่ 5 ด้านการร่วมมือในการปฏิบัติการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดี และมีการประสานงาน

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถุษฐ์ (2527: 682) เสนอขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลว่าต้องครอบคลุมงาน 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

1) ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลด้านส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมในเรื่องการตรวจสุขภาพ การให้คำแนะนำและให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ การสอน และการสาธิต การฝึกอบรม การประสานงาน การปฏิบัติการพยาบาล และการจัดสภาพแวดล้อม

2) ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลด้านการป้องกันโรค ประกอบด้วย กิจกรรมในเรื่องการให้ภูมิคุ้มกันในรูปแบบต่าง ๆ การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง การปฏิบัติเมื่อมีโรคระบาด

3) ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรมในเรื่องการตรวจสุขภาพ การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การประสานงาน การจัดสภาพแวดล้อม

4) ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมในเรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ การสอน สาธิต ให้ผู้รับบริการทดลองฝึกปฏิบัติช่วยตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง

สุชาติ เสตพันธ์ (2532: 16) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยสรุป ได้ดังนี้

1) กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำ การสอน สุขศึกษา และการประสานงาน เพื่อให้สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุดีขึ้น เช่น การให้คำแนะนำเรื่องอาหารแก่ผู้ป่วยและญาติ

2) กิจกรรมด้านการป้องกันโรค เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี

3) กิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมที่อาศัยกระบวนการพยาบาลเพื่อการค้นหาปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เช่น การรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยอย่างมีระบบ

4) กิจกรรมด้านการฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เช่น การสอน การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ



ครอบครัวรู้จักวิธีที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการเยี่ยมบ้านของพยาบาล และการช่วยส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ตรึงตา พูนผลอำนวย (2536: 23-25) ได้กล่าวถึงการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ว่าเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายการพยาบาล โดยตรงที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้รับงานบริการที่ผสมผสานตามมิติของการให้บริการ 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยขอบข่ายของงาน ดังกล่าวคือ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การดูแลและส่งเสริมด้านโภชนาการ
- 2) การป้องกันโรค ได้แก่ การจัดระบบดูแลรักษาความสะอาดและการทำลายเชื้อ การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือมีภูมิคุ้มกันต่ำ
- 3) การรักษาพยาบาล ได้แก่ การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง รวดเร็ว
- 4) การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การสอนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยเร็วที่สุด

Euswas (1993: 309-326) ได้กล่าวถึงการพยาบาลที่เป็นพลังบำบัด (Therapeutic use of self) ซึ่งเป็นการเน้นคุณค่าของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยเกิดความรู้สึกชื่นชมที่ได้รับการดูแลนั้นอย่างมีศักดิ์ศรี จึงเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองซึ่งพยาบาลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องตามองค์ประกอบ ดังนี้

- ประการที่ 1 อยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ
- ประการที่ 2 สร้างสัมพันธภาพให้มีความไว้วางใจต่อกัน โดยที่พยาบาลแสดงความเต็มใจที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ
- ประการที่ 3 ให้อำนาจกับผู้ป่วยในการมีส่วนร่วม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ตรงกันในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ
- ประการที่ 4 สื่อสารด้วยความเข้าใจ ความเมตตา เอื้ออาทร ทั้งคำพูดและการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง
- ประการที่ 5 มีสติสัมปชัญญะ พยาบาลต้องมีความรู้ตัวอยู่เสมอถึงความพร้อมต่อความคิดความรู้สึกและการกระทำของงานในการช่วยเหลือผู้ป่วย

ประการที่ 6 รักษาคุณภาพใช้องค์ความรู้-พลังงาน-เวลา พยายามควรผสมผสานความรู้และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละสถานการณ์ ให้พลังกายพลังใจและให้เวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาแนวคิดของบทบาทและขอบเขตการพยาบาลจะพบว่าอยู่ในลักษณะของมิติการพยาบาล 4 ด้าน ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งหวังให้มีการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และยกระดับสุขภาพให้ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 2) การป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งหวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค และมีการทำลายเชื้อโรค
- 3) การรักษาพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งหวังให้ได้รับความสุขสบาย หลีกเลี่ยงโรค บรรเทาอาการเจ็บป่วยโดยได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
- 4) การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือสามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุปว่าในระบบบริการด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวมากที่สุด มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในบทบาทอิสระ และสะท้อนให้เห็นถึงความคิดริเริ่มความตั้งใจและความตระหนักถึงความสำคัญต่อการพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วยสูงอายุ

2. ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ

ตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Needs Theory) ความต้องการขั้นมูลฐานของมนุษย์จะเป็นไปตามลำดับขั้น เริ่มจากความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiologic needs) ซึ่งได้แก่ ความต้องการในสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย เป็นลำดับ ความต้องการนี้ต้องได้รับการตอบสนองเป็นลำดับแรก และยังมีความต้องการที่ไม่ใช่ความ

ต้องการทางด้านร่างกาย หรือกล่าวได้ว่าเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคม ซึ่งได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ (Needs for love and belonging) ความต้องการความยกย่องนับถือ (Esteems needs) และความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการที่สูงขึ้นไปตามลำดับ ความต้องการเหล่านี้จะเป็นไปตามลำดับขั้น บุคคลจะพยายามให้ความต้องการขั้นต่ำสุด คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้รับการตอบสนองเป็นอันดับแรก ความต้องการขั้นสูงกว่าจะเกิดขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองตามลำดับขั้นหลังจากที่ความต้องการขั้นต่ำกว่า ได้รับการตอบสนองเรียบร้อยแล้ว

Luckmann and Sorensen (1966: 9) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ โดยจำแนกความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เป็น 6 ระดับ ดังนี้

- 1) ความต้องการเพื่อความอยู่รอดของชีวิต (Survival needs) ได้แก่ ความต้องการเกี่ยวกับอาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย
- 2) ความต้องการกระตุ้น (Stimulation needs) ได้แก่ ความต้องการเกี่ยวกับเรื่องเพศ การมีกิจกรรมด้วยการใช้มือ และอื่นๆ
- 3) ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety needs) ได้แก่ ความต้องการความปลอดภัย ความมั่นคงและการปกป้องคุ้มครองในชีวิต
- 4) ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem needs) ได้แก่ ความต้องการการยอมรับนับถือ และความภาคภูมิใจ
- 5) ความต้องการความรัก (Love needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และการอยู่ใกล้ชิด
- 6) ความต้องการสมหวังในชีวิต (Self actualization needs) เป็นกระบวนการที่บุคคลได้ใช้ความสามารถของตนเอง เพื่อความสำเร็จและความรู้สึกสมหวังในชีวิต

Henderson (อ้างถึงใน ชาราวัดน์ ส่งสิทธิกุล, 2535: 25) ได้จัดแบ่งความต้องการของผู้ป่วยไว้ 14 ประการคือ 1) ความต้องการการหายใจเป็นปกติ 2) ความต้องการอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 3) ความต้องการขับถ่ายของเสีย 4) ความต้องการการเคลื่อนไหว และคงไว้ซึ่งรูปร่างเช่น การเดิน นั่งหรือการเปลี่ยนท่า 5) ความต้องการนอนหลับหรือพักผ่อน 6) ความต้องการเสื้อผ้า 7) ความต้องการรักษาระดับอุณหภูมิของร่างกาย 8) การรักษาความสะอาดของร่างกาย 9) การหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม 10) การติดต่อสื่อสารการแสดงความรู้สึก ความต้องการ ความกลัว 11) การทำงานตามความเชื่อมั่นศรัทธาของตน 12) การทำงานให้ประสบความสำเร็จ 13) การเล่นหรือมี

ส่วนร่วมในการบันเทิงต่างๆ 14) การเรียนรู้คุณค่าหรือพึงพอใจในการหาความแปลกใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา และภาวะสุขภาพ

จึงสรุปได้ว่าความต้องการของบุคคลประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และความต้องการด้านสังคม ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีความต้องการเหมือนกัน แต่จะแตกต่างกันในวิธีการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล

2.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ

2.2.1 ความต้องการทั่วไป

ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ มีดังนี้ (อ้างถึงใน นงลักษณ์ บุญไทย, 2539: 30-31)

ประการที่ 1 ความต้องการที่จะมีชีวิตที่ยืนยาวที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่ปรารถนาที่จะพบกับความทุกข์ทรมาน ปัญหาต่างๆ หรือความขาดแคลนต่างๆ ในการดำรงชีวิตหรือความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่จนกว่าความตายจะเข้ามาถึง

ประการที่ 2 ความต้องการที่จะได้รับการพักผ่อนในสภาพที่ดีกว่าและเป็นเวลามากขึ้นกว่าเดิม โดยถอนตัวเองออกจากสภาพการทำงานที่ซ้ำซากจำเจและสภาพความเหนื่อยอ่อนของร่างกาย

ประการที่ 3 ความต้องการที่จะรักษาหรือคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจต่างๆ ที่ตนเองได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม หรือสิ่งอื่นๆ ที่ตนเองมีอยู่ในขณะที่อยู่ในวัยกลางคนของชีวิต เช่น การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ความชำนาญต่างๆ ความเป็นเจ้าของสิทธิและอำนาจหรืออิทธิพลต่างๆ ที่ตนเคยมีหรือเคยได้รับ

ประการที่ 4 ความต้องการที่จะคงอยู่ในการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตแทนที่จะมีบทบาทเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามหรือมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำเท่านั้น การมีโอกาสได้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและเข้าร่วมทำกิจกรรมที่น่าสนใจในกลุ่มจะเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ภาคภูมิใจ และสามารถแสดงความคิดเห็นต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

ประการที่ 5 ความต้องการที่จะปลดตัวเองออกจากวิถีการดำเนินชีวิตที่สับสนวุ่นวายที่ต้องผจญกับการแข่งขัน แก่งแย่งชิงดีกัน ซึ่งเรียกร่องเวลาเกียรติยศ ชื่อเสียงและความสะดวกสบายต่างๆ ไป

ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2534: 62) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support) ผู้สูงอายุเมื่อถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวหรือแยกตัวอยู่คนเดียว ขาดความมั่นคงทางอารมณ์และทางจิตใจ รวมทั้งทางเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคล หรือองค์การสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวเดิมของตนควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว

2) ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคม ประเภท ประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราภาพและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่สภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม

3) ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุง ชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสดูแลเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4) ความต้องการที่จะลดความพึ่งพาคคนอื่นให้น้อยลง ถ้าหากครอบครัวและสังคมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

5) ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มและสังคม (Sense of Belonging) ความต้องการการยอมรับและความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม (Sense of Recognition) ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่ม ของชุมชน และของสังคม (Sense of Importance) ความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม และสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับลูกหลานในครอบครัวและสังคมได้ (Better Relationships and Adaptation and Adjustment) ความต้องการการมีโอกาสทำสิ่งที่ตนปรารถนา (Sense of opportunity)

6) ความต้องการทางกายและจิตใจ (Physical and Psychological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งที่ธรรมชาติของร่างกายต้องการเพื่อมาเสริมสร้างร่างกายให้ดำรงอยู่ได้ ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการปัจจัย 4 คือ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ส่วนความต้องการด้านจิตใจเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้แต่รู้สึกได้ เช่น ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security Needs) โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยปราศจาก

ความวิตกกังวลหวาดกลัว และการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี นอกจากนี้ยังมีความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition Needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการมีโอกาสดำเนินการ (Opportunity Needs) โดยเฉพาะในเรื่องความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายชีวิต

7) ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานของตน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐช่วยในการจัดหาอาชีพให้เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้เพื่อตนเองจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ คือ ความต้องการที่จะช่วยตนเองเพื่อให้พ้นจากสภาวะความบีบคั้นทางเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่าความต้องการพื้นฐานของบุคคลและผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกัน แต่ด้วยลักษณะเฉพาะของวัยสูงอายุ จึงทำให้ความต้องการของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและยุ่งยากมากกว่า โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงต้องรับรู้ถึงความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ

2.2.1 ความต้องการการพยาบาล

การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ควรเป็นการพยาบาลที่มีความครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากเป้าหมายของการพยาบาลผู้สูงอายุไม่ใช่การหายจากโรค แต่เป็นคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้สูงอายุ พยาบาลจึงควรต้องรู้และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยเมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังและความต้องการต่อการได้รับการบริการที่ดีที่สุดโดยมีผู้ศึกษา และเสนอไว้ดังนี้

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2522: 55-57) ได้ศึกษาถึงความคาดหวังของผู้ป่วยต่อความต้องการการพยาบาลในฐานะผู้รับบริการ จำนวน 30 คน ด้วยลักษณะคำถาม 5 ข้อ คือ

- ข้อ 1. ท่านต้องการพยาบาลที่มีลักษณะอย่างไร
 - ข้อ 2. ท่านต้องการให้พยาบาลสนใจต่อสภาพร่างกายของท่านในแง่ใด
 - ข้อ 3. ท่านต้องการให้พยาบาลสนใจต่อความเจ็บป่วยของท่านในลักษณะใด
 - ข้อ 4. ท่านต้องการให้พยาบาลสนใจต่อสภาพจิตใจของท่านในแง่ใด
 - ข้อ 5. ท่านต้องการให้พยาบาลใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรแก่ท่าน
- ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการต้องการพยาบาลที่เป็นผู้มีวาจาดี กิริยานิ่มนวล สุภาพ มีความเป็นมิตร จริงใจ ทักทายซักถามให้ความสนใจ คอยช่วยเหลือ เช็ดตัว อาบน้ำ ดูแลใกล้ชิดขณะรับประทานอาหาร สนใจต่อความเจ็บป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมี

อาการวิกฤต และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ การสัมผัสจากพยาบาลซึ่งจะเป็นการจับการพูด การอยู่ใกล้ อย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นการรักษาตามแพทย์หรือให้ยา และที่ต้องการรองลงมาคือการตอบสนอง เมื่อผู้ป่วยบ่นหรือกล่าวถึงความเจ็บป่วยในตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจเป็นการฟัง พักหน้า ยิ้มรับ การอธิบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยที่สงสัย การซักถามให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การเอาใจอย่างสม่ำเสมอ การสอบถามอาการ การช่วยเหลือและตอบสนองในทันทีที่ผู้ป่วยต้องการ การให้เกียรติโดยเรียกคุณ ป้า น้า นำหน้าชื่อ และต้องการให้พยาบาลอธิบายเดือนหรือเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะทำกิจกรรมใดๆ

ลออ หุตางกูร (2521: 90) ได้กล่าวถึงสิทธิและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยว่า ประกอบด้วย

ประการที่ 1 ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับการรักษาเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต และมีชีวิตอยู่ด้วยสุขภาพที่ดี

ประการที่ 2 ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างดีที่สุด เท่าที่สภาพของสถาบันหรือสังคมจะอำนวยได้

ประการที่ 3 ความต้องการและสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลด้วยความเมตตาปราณีจากผู้รักษา และผู้พยาบาล

ประการที่ 4 ความต้องการและสิทธิในการเป็นเจ้าของร่างกายและชีวิตของตนเอง การกระทำใดๆ ต่อร่างกายของผู้ป่วย จะต้องได้รับความยินยอมพร้อมใจด้วยความเข้าใจในเหตุผล เว้นแต่ในกรณี que ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะที่จะรับรู้ได้

ประการที่ 5 ความต้องการและสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีเกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น ไม่ต้องการการปฏิบัติที่ขาดศีลธรรมหรือมารยาทอันดี การดูหมิ่นเหยียดหยาม การล่วงละเมิดต่อวัฒนธรรม หรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือเคารพนับถือ การถูกทอดทิ้งเหมือนคนไร้ค่า

Hay and Anderson (1963: 96-99 อ้างถึงใน อำไพ ยุติธรรม, 2526: 16) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสภาพพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการเกี่ยวกับ

- 1) การได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ และการรักษาที่ได้รับ
- 2) การได้เรียนรู้และฝึกหัดปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวัน
- 3) ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ
- 4) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเป็นประโยชน์ต่อสังคม
- 5) การได้รับการยอมรับจากสังคมในความเจ็บป่วยหรือพิการ
- 6) การได้รับการรักษาพยาบาล

- 7) การได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เพื่อชดเชยสภาวะไร้สมรรถภาพ
- 8) การบรรลุจุดมุ่งหมายของชีวิต
- 9) ความสุขสบายใจ
- 10) การบรรเทาความกลัวหรือความวิตกกังวล
- 11) ความเข้าใจและการให้กำลังใจ
- 12) การยอมรับในความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น

Shanks and Kenedy (1970: 146) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลดังนี้ คือ

- 1) ต้องการได้รับการพยาบาลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด
- 2) ต้องการพยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์ และบุคลิกลักษณะที่ดี
- 3) ต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการสังเกตความรู้สึก และการแสดงออกของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการได้
- 4) ผู้ป่วยและญาติควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อช่วยให้มีความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้
- 5) ต้องการให้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องและสมบูรณ์ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและแหล่งประโยชน์ในชุมชน
- 6) ต้องการให้พยาบาลรวบรวมและเก็บแผ่นบันทึกรายงานต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษา ตลอดจนเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย
- 7) ต้องการให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีสุขภาพดี

Mouchel (1970: 40) ได้ให้ข้อคิดว่า ความต้องการประการแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การหายใจ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยซึ่งไม่รู้สึกรู้สึกตัวหรือผู้ป่วยหนัก ย่อมต้องการสิ่งเหล่านี้ทั้งสิ้น และเมื่อพ้นระยะวิกฤติไปแล้ว ความต้องการด้านจิตใจจะตามมา พยาบาลต้องเข้าใจความต้องการเหล่านี้ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีระดับความต้องการแตกต่างกัน แต่ความต้องการการปลดปล่อยเป็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุด และเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและความปลดปล่อยเป็นที่พึงพอใจแล้ว ความต้องการ ความรัก ความเป็นเจ้าของ จะเกิดตามมา

Messner (1993: 38-41) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากพยาบาล ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1) การรับฟัง พยาบาลต้องรับฟังผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจะบอกความต้องการของตนเองให้พยาบาลทราบ เมื่อพยาบาลแสดงถึงความต้องการและยอมรับฟังผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ได้รับความสนใจนี้ พยาบาลจึงไม่สามารถเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงได้ และผู้ป่วยไม่ต้องการคำถามที่เกิดจากความคิดเห็นของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตั้งใจรับฟังและใช้ศิลปะในการฟัง เพื่อจะได้ประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

2) การถามความต้องการ การถามความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองได้ แต่ถ้าพยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วย จากความคิดของตนเองจะมีความคลาดเคลื่อนผิดพลาด เนื่องจากพยาบาลจะเข้าใจในกระบวนการของโรคมกกว่าตัวผู้ป่วย

3) การไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกกล่าวหรือแสดงออก สิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องเห็นถึงความสำคัญ เช่น เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวดพยาบาลควรเชื่อ เนื่องจากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเอง พยาบาลไม่ควรพูดว่ายಾವิตกกังวลเลย และเห็นเป็นเรื่องปกติ แต่ควรให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวด ซึ่งอาจเป็นแค่การประคบประครองด้วยการยอมรับและเห็นความสำคัญของตัวผู้ป่วยเท่านั้น

4) การให้การพยาบาลโดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยไม่ใช่โรคที่เป็น ผู้ป่วยต้องการได้รับความสนใจในตัวเขามากกว่าตัวโรค และต้องการสัมพันธภาพที่ดี การประเมินผู้ป่วยจากแฟ้มผู้ป่วยไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสม เพราะมีสิ่งอื่นอีกมากจากตัวผู้ป่วย นอกเหนือจากยาและผลการตรวจทางห้องทดลอง

5) การพูดกับผู้ป่วยไม่ใช่พูดถึงผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกคับข้องใจเมื่อถูกพูดถึงเหมือนไม่มีตัวตนอยู่ขณะนั้น หรือให้การรักษาพยาบาลเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น การพูดศัพท์ทางการแพทย์ หรือการใช้ภาษาทางวิชาการเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการแสดงให้เห็นว่าสนใจในตัวผู้ป่วย และควรแนะนำตนเองเมื่อพบผู้ป่วยในระยะแรก

6) การเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ครอบครัวหรือผู้อื่นทราบเรื่องการเจ็บป่วยของตน เช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้นการถามเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยพยาบาลควรต้องใช้ความระมัดระวัง และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

7) การที่ไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคอย เมื่อจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรอ พยาบาลควรบอกเหตุผลด้วยคำพูดที่สุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่า พยาบาลยังเห็นความสำคัญของตนเสมอ และการอธิบายถึงเหตุผลนั้น อาจมีความจำเป็นต้องเสนอทางเลือกด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีหมดหนทาง

8) อธิบายวิธีการปฏิบัติ ผู้ป่วยมักถูกบอกให้ทำตามคำสั่ง โดยที่ไม่มีการสอบถามถึงความเข้าใจ หรือประเมินความสามารถที่จะปฏิบัติได้ เช่น ให้ออกกำลังกาย ให้งดอาหารไขมันสูง ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจของผู้ป่วยและความรู้สึกว่ามีเข้าใจ

9) การให้ข้อมูล ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพื่อมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยและญาติ เพื่อการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น การจัดเอกสารหรือการให้คำอธิบาย แนะนำ และควรให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของโรคเป็นระยะเสมอ ไม่ควรรอที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้านเท่านั้น

10) ความจำเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การจำประวัติของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมักต้องการเล่าอดีตให้ฟัง พยาบาลควรให้ความสำคัญและจำสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

11) การอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการอยู่โรงพยาบาลและรู้สึกไม่พอใจเมื่อไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ แม้ว่าจะรู้ถึงการดูแลอย่างดีที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปรับให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้และตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

จากแนวคิดความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุข้างต้นได้นำมาพิจารณาร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ผู้วิจัยได้นำมาสรุปเป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

1) ความต้องการการดูแลให้ได้รับอากาศ อาหาร น้ำอย่างเพียงพอ และเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเท และมีการระบายอากาศที่เพียงพอ ควรได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือได้รับการกระตุ้นให้เคลื่อนไหว ควรได้รับอาหารให้พอเพียงกับความต้องการทั้งปริมาณและคุณภาพ มีสารอาหารครบถ้วน ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน จำนวนแคลอรีในแต่ละวันเฉลี่ยประมาณ 1,200 ถึง 2,000 แคลอรี (Peirce et al., 1994: 638) รวมทั้งได้รับน้ำอย่างเพียงพอวันละ 1.5 ถึง 2 ลิตร ยกเว้นเป็นโรคหัวใจหรือไตที่ต้องระวังภาวะน้ำเกิน ประกอบกับควรมีการประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร เช่น การดื่อกอาหาร การเคี้ยว และการกลืน

2) ความต้องการการดูแลให้มีการขับถ่ายที่ปกติ ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่ายและมีปัญหาที่พบบ่อยคือ ท้องผูก ดังนั้นจึงควรได้รับประทาน

อาหารที่มีกากใย อย่างเพียงพอวันละ 15 กรัม เช่น ก๋วย ลัม มะละกอ เพื่อลดอาการท้องผูก และแก้ไขปัญหาริดสีดวงทวารที่ไม่สมคุลในร่างกาย

3) ความต้องการรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ซึ่งจะช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกายและความผาสุกด้านจิตใจ โดยควรจัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ หลีกเสี่ยงกิจกรรมที่รบกวน ศึกษาแบบแผนการนอน เช่น ในบางรายต้องฟังเพลงธรรมะก่อนนอน หรือในช่วงกลางวันควรกระตุ้นให้มีกิจกรรมเพื่อผลต่อความสามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าจะพักหลับควรเป็นช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 30 นาที

4) ความต้องการการรักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยสูงอายุควรมีเวลาที่จะอยู่คนเดียวตามลำพัง เพื่อจะได้มีเวลาพักผ่อน ลดความเหนื่อยล้าและมีพลังสำรองไว้ใช้ต่อไป แต่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้พบและสนทนาในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ โดยควรจัดหาอุปกรณ์ เช่น แวนตา หูฟัง ปฏิทิน นาฬิกา หนังสือ วิทยุตามที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อลดความพร่องในการติดต่อสื่อสาร และได้รับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

5) ความต้องการการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น เตียงไม่สูงเกินไป พื้นเรียบไม่ลื่น แนะนำวิธีการขอความช่วยเหลือหรือจัดหากรังสัญญาณให้ ได้เฝ้าระวังผลเสียต่างๆ จากการได้รับยา

6) ความต้องการการส่งเสริมการทำหน้าที่ เพื่อมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข โดยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเต็มศักยภาพ ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ จัดของใช้อยู่ใกล้มือตามความคุ้นเคย ให้ใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า ส่งเสริมการฟื้นฟูให้สามารถทำหน้าที่และพึ่งพาตนเองด้วยการออกกำลังกาย รวมถึงติดตามอาการเมื่อได้รับยาตามการรักษา

7) ความต้องการการช่วยให้เผชิญกับผลของความเจ็บป่วยที่คุกคามบทบาทความมั่นคงและคุณค่าของตน โดยรับฟังความรู้สึก เรื่องราวในอดีต ให้ญาติเข้าเยี่ยมดูแลเพื่อช่วยลดความรู้สึกว่าเหว่ แยกตัว ให้มีการควบคุมดูแลตนเองเพื่อความ รู้สึกมีประโยชน์ และมีศักดิ์ศรี (ซวลี แยมวงส์ 2538: 17) ประกอบกับผู้สูงอายุสนใจและมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น ทั้งนี้เพราะการใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายเป็นการเข้าใกล้วาระสุดท้ายของชีวิตหรือความตาย ซึ่งเป็นเรื่องที่อยู่เหนืออำนาจบังคับของมนุษย์ ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีกิจกรรมปฏิบัติทางศาสนาเป็นหลักเพื่อให้มีจิตใจที่สงบสุข ศาสนาจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญกับการยอมรับความเจ็บป่วยและภาวะเครียดที่เกิดขึ้น (Yurick et al ., 1989: 53)

อย่างไรก็ตามการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ควรเป็นการพยาบาลที่มีความครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ กล่าวคือ

ประการที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้มีการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และยกระดับสุขภาพให้ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความต้องการการดูแลให้ได้รับอากาศ อาหาร น้ำ ความต้องการการขับถ่ายที่ปกติ ความต้องการการรักษาสมดุระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ความต้องการการรักษาสมดุระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความ ต้องการการช่วยให้เผชิญกับผลของความเจ็บป่วยที่คุกคามบทบาทความมั่นคงและคุณค่าของตน

ประการที่ 2 การป้องกันโรค เป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หลีกเสี่ยงความเจ็บป่วยหรือพิการ ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค และมีการทำลายเชื้อโรค ได้แก่ ความต้องการการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ประการที่ 3 การรักษาพยาบาล เป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย หลีกเลี่ยงโรค บรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ได้แก่ ความต้องการการส่งเสริมการทำหน้าที่เพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และความต้องการการช่วยให้เผชิญกับผลของความเจ็บป่วยที่คุกคามบทบาทความมั่นคงและคุณค่าของตน

ประการที่ 4 การฟื้นฟูสภาพ เป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ได้มีความสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือสามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ได้แก่ ความต้องการการรักษาสมดุระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความต้องการการส่งเสริมการทำหน้าที่เพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และความต้องการการช่วยให้เผชิญกับผลของความเจ็บป่วยที่คุกคาม บทบาทความมั่นคงและคุณค่าของตนเอง

3. การรับรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

3.1 นิยามของการรับรู้

การรับรู้ (Perception) ถือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากการรับรู้แล้วจะไม่สามารถมี “ความจำ” หรือ “การเรียนรู้” ได้

การรับรู้ มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ “Percipere” ซึ่ง per หมายถึง ผ่าน (Through) และ cipere หมายถึง การนำ (to take) (อ้างถึงใน Blunting, 1988: 168)

นักการศึกษาและนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ในทฤษฎีต่าง ๆ กัน ซึ่งพอจะนำมาเสนอโดยสังเขปดังนี้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster’s Dictionary 1975: 1100) ได้ให้นิยามว่า การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

Garrison and Magoon (1972: 607) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลทราบว่าเป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่บุคคลจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้น จะต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

King (1984: 24) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่ รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ

Chaplin (อ้างถึงใน Blunting, 1988: 169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับความรู้สึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัยเป็นความสามารถของมนุษย์ในการวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบและเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณ หรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมินร่วมกัน

จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ (2526: 86) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้นำเอาสิ่งที่ตนได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึก จากสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคลเข้ามาจัดระเบียบและให้ความหมาย โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้สึกเดิม ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

จิระประภา ภาวีไล (2535: 57) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการด้านความคิด ความเข้าใจที่มนุษย์ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว โดยบุคคลนั้นมีความใส่ใจในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่างๆ ของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ ผ่านทางระบบประสาทหรือสัมผัสของร่างกายทั้งห้า และเมื่อข้อมูลถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิด บุคคลจะเลือกจัดประเภทของข้อมูลและมีการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยคุณสมบัติภายในตัวบุคคล

ประเทือง สูงสุวรรณ (2534: 22) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องต่างๆซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความ อากาการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย

สรุปได้ว่าการรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และเมื่อพิจารณาจะพบว่าการรับรู้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ ลักษณะของสิ่งเร้าและลักษณะของผู้รับรู้ โดยลักษณะของสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการรับรู้ได้ดีนั้น ต้องเป็นสิ่งเร้าที่มีความเข้มและขนาดที่มาก มีการเร้าซ้ำบ่อยๆ และมีความแตกต่างจากสิ่งเร้าอื่น ส่วนลักษณะของผู้รับรู้นั้นแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านสรีรวิทยา (Physiological factors) ได้แก่ ระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งห้า 2) ด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ เจตคติ (King, 1984: 24; จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ, 2526: 86; จิตรประภา ภาวิไล, 2538: 58) ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นเรื่องเฉพาะส่วนบุคคล (Individual) ที่จะเลือกสรรตามความสนใจ ความต้องการ และเป้าหมายในอนาคต

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาล

การรับรู้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่อยู่ภายในบุคคล บุคคลอื่นจะรับรู้ได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการแสดงออก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลประจำการจึงศึกษาค้นคว้าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้รับรู้ กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุและพยาบาลประจำการไว้ดังนี้

ผู้ป่วยสูงอายุ

เพศ จากแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศที่พิชัญ ประเสริฐสินธุ์(2523: 26) ได้เสนอไว้พบว่ามีความแตกต่างกันกล่าวคือ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยมากกว่าชาย เนื่องจากหญิงมีอำนาจการเผาผลาญในร่างกายต่ำกว่าและมีภาวะรับผิตชอบน้อยกว่า ประกอบกับหญิงสามารถระบายออกของอารมณ์ได้ดีกว่า ด้วยการบ่น และพูดไปเรื่อยๆ นอกจากนี้ นิสา ชูโต (อ้างถึงใน บรรลุ ศิริพานิช, 2524: 13) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชาย และ นภาพร ชโยวรรณ และ มาลินี วงศ์สิทธิ์ (2532: 27) ศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตมักพบในเพศหญิงมากกว่าชาย เพราะส่วนใหญ่หญิงจะอายุมากกว่าชาย จึงเป็นหม้าย ขาดคู่คิดเป็นที่ปรึกษา ดังนั้นเพศจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาล

อายุ อุทัย หิรัญโต (2524 อ้างถึงใน ปัทมา ใจเพชร, 2535: 29) กล่าวว่าวัยของบุคคลปรุงแต่งความรู้สึกนึกคิด ความสนใจ ทศนคติ บุคลิกภาพของบุคคลให้แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเป็นตัวแปรสำคัญด้านชีวภาพที่มีผลต่อการรับรู้ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2538: 13) และมีผลทางอ้อมต่อระดับความรุนแรงของโรค ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 74 ปีขึ้นไป มักช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง (พิชญ์ ประเสริฐสินธ์, 2523: 94) ดังนั้นอายุจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาล

สถานภาพสมรส จากการศึกษาของธระ สุขวัจน์ (2525: 22) พบว่าการสูญเสียคู่สมรสหรือผู้ใกล้ชิดทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า เหงา มีจิตใจหดหู่ มีผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูง และ นงลักษณ์ บุญไทย (2539: 32) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่จะเป็นผู้มีแรงสนับสนุนทางสังคม และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาล

รายได้ Chattfield (1977: 593) กล่าวว่ารายได้มีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีรายได้สูงมีผลต่อการลดปัญหาสุขภาพ ทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขมิกา ยามะรัตน์ (2527: 118) ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมักจะมีสุขภาพอนามัยดีด้วย ดังนั้นรายได้จึงอาจมีผลต่อความต้องการการพยาบาล

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล ทำให้บุคคลได้พัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสมองเห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้รับการนับหน้าถือตา และมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมามากกว่าผู้ด้อยโอกาสในการศึกษา (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539: 32) และ King (1981: 29) เชื่อว่าพื้นฐานการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคลด้วย แม้ว่าจะมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษา (ประภาพร จิพันธุ์ยา และคณะ, 2536: 62) การศึกษาของ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2531: 27) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความต้องการการดูแลความต้องการข้อมูลและคาดหวังการดูแลมากกว่าผู้ป่วยระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาของผู้ป่วยสูงอายุ จึงอาจมีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาล

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือเป็นภาวะเครียด และวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมักจะมีโรคประจำตัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นจึงเป็นประสบการณ์ตรงสำหรับการรับรู้ จากการศึกษาของ Clough

(1988 อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536: 29) พบว่าเมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงและยาวนาน อาจไปกระตุ้นระบบการคิดรู้ (Cognitive system) ให้มากเกินไป และเกิดการคิดรู้ผิดผลาดขึ้นได้ (Cognitive error) ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และรุนแรงเมื่อประสบกับภาวะเครียดที่รุนแรงและยาวนาน อาจเกิดภาวะอ่อนล้าทางกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลให้การทำงานของระบบการรับรู้บิดเบือนไปได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ถือเป็นสิ่งชี้วัดภาวะสุขภาพเบื้องต้น (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์, 2536: 40) การศึกษาของมาลี ตั้งชลทิพย์และคณะ (2538: 14) พบว่าพยาบาลต้องใช้เวลามากที่สุดในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ พุ่มไทรย์ (2532: 104) ว่าพยาบาลใช้เวลาให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำมากที่สุด ดังนั้นความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันจึงอาจมีผลในการรับรู้ความต้องการการพยาบาล

จากปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่ามีผู้ศึกษาไว้ในลักษณะของความเกี่ยวข้องสอดคล้องกัน กล่าวคือ เพศกับสถานภาพสมรส โดยเฉพาะเพศหญิงและสถานภาพสมรสหม้าย อายุกับระดับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีการศึกษาน้อยกว่าวัยอื่น และรายได้กับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้มีรายได้สูงจะมีสุขภาพดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ แต่อย่างไรก็ตามการมีรายได้ต่ำอาจทำให้ไม่เข้ารับการรักษาพยาบาล

พยาบาลประจำการ

อายุ ปราโมทย์ จิตบรรจง (2522: 22) เสนอแนวคิดว่ามีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย มีผลให้การรับรู้แตกต่างกัน เช่นเดียวกับแนวคิดของ ทศนา บุญทอง (2529 อ้างถึงใน ปัทมา ใจเพชร, 2535:29) ที่ว่าในบุคคลปกติการมีอายุมากขึ้น จะทำให้มีการมองปัญหาชัดเจนและถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น ดังนั้นอายุของพยาบาลจึงน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างกันได้

ประสบการณ์การทำงาน เพ็ญศรี ระเบียบ (2527: 827) กล่าวว่าประสบการณ์การทำงานของพยาบาลเป็นประสบการณ์ตรงที่ทำให้เกิดความชำนาญ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา หรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ โดย เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2521: 12) ให้ข้อคิดว่าประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันด้วย และประสบการณ์ยังช่วยให้บุคคลตรวจสอบหาวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ๆ อยู่เสมอ (Roger, 1961 อ้างถึงใน ปัทมา ใจเพชร, 2535: 31) ดังนั้น

ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลอาจมีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ

ระดับการศึกษา พันธ์ หันนาคินทร์ (2526: 24) กล่าวว่า วุฒิการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติงานในองค์การ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีความรู้ ความคิด ทักษะ และทักษะในเรื่องต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น และเป็นที่ยอมรับว่า การศึกษาเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของบุคคลให้เป็นผู้มีความรู้ มีทัศนคติ และทักษะต่างๆ อย่างกว้างขวางและเป็นรากฐานของความเข้าใจ (ปีทมา ใจเพชร, 2535: 30) ดังนั้นระดับการศึกษาของพยาบาลจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ

การอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาความคิด พฤติกรรมและการกระทำที่เหมาะสมในการทำงานและเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ และสมรรถภาพในการทำงานทั้งในปัจจุบันและในอนาคต (อ้างถึงใน ปีทมา ใจเพชร, 2535: 32) ซึ่งเป็นการช่วยให้มีแนวคิดทางการพยาบาลที่ทันสมัย เพิ่มความสามารถทางการพยาบาล และส่งเสริมให้ปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525: 12) ดังนั้นการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุจึงอาจมีผลต่อการรับรู้ของพยาบาลต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ

การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ถือเป็นภาระผูกพันในการดูแล และการมีปฏิสัมพันธ์กันในระยะเวลายาว ซึ่งขนบธรรมเนียม ประเพณีไทย ยังคงยกย่องผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดความเข้าใจ และมีเจตคติทางบวกกับผู้สูงอายุ (สุจิต บุญบงการและคณะ, 2521 อ้างถึงใน ลำไย มุสิกคามะ, 2538: 151) ดังนั้นผลของการมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่แตกต่างกันอาจทำให้พยาบาลประจำการมีการรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกัน

จากปัจจัยของพยาบาลประจำการ พบว่า อายุ ประสบการณ์ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กัน โดยพยาบาลประจำการที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์การทำงานมากด้วย และในอดีตพยาบาลประจำการมีระดับการศึกษาชั้นอนุปริญญา แต่ปัจจุบันอยู่ในระดับปริญญา (วรรณวิไล จันทราภา, 2532: 1) นอกจากนี้การมีผู้สูงอายุในครอบครัว และการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ยังมีผลต่อการเรียนรู้ เจตคติ ของพยาบาลประจำการ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Poster และคณะ (197: 112-113) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม จำนวน 20 คน ซึ่งไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา และไม่มี

อาการชนิดปัจจุบันเจ็บพลันเมื่อแรกเริ่ม แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) บทบาทของผู้ป่วย 2) สถานที่ 3) การติดต่อระหว่างบุคคล/สังคม และ 4) กฎระเบียบของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการรู้กฎระเบียบของโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก และอันดับรองลงมาคือ ต้องการรู้จักสถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้องและบทบาทของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยพยายามปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ จึงให้ความร่วมมือมากกว่าจะคำนึงถึงสิทธิของตนเอง

พนิดา ดามาพงศ์ (2519: 112-116) ความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลต่อกิจกรรมการพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน กิจกรรมการพยาบาลแบ่งเป็น 4 หมวด คือ หมวดร่างกาย หมวดจิตใจและสังคม หมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และการให้สุขศึกษา หมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่ากิจกรรมการพยาบาล หมวดการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับมีความสำคัญเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ หมวดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หมวดจิตใจและสังคม และหมวดร่างกายตามลำดับ โดยผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่ากิจกรรมการพยาบาลตรงตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างรอบคอบมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง

เดือนฉาย เนียมทรัพย์ (2520: 79-81) การศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการหลังผ่าตัดในด้านสรีรวิทยา จิตใจ และวิญญาณ จากผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก 30 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าว 45 คน โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งความต้องการหลังผ่าตัดไว้เป็น 2 หมวด คือหมวดความต้องการในด้านจิตวิญญาณ ความต้องการด้านสรีรวิทยา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการหลังผ่าตัดโดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการด้านจิตวิญญาณสูงสุด แต่พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการด้านสรีรวิทยาสูงสุด นอกจากนี้พบว่า 1) ความคิดของผู้ป่วยและพยาบาลต่อความต้องการหลังผ่าตัดโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน 2) ความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลต่อความต้องการหลังผ่าตัดเป็นรายด้านมีความแตกต่างกัน เฉพาะด้านความต้องการด้านสรีรวิทยา 3) ความคิดเห็นของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงต่อความต้องการหลังผ่าตัดโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน 4) ความคิดเห็นของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด 3-5 วัน และ 6-9 วันต่อความต้องการหลังผ่าตัดโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน และ 5) ความคิดเห็นของพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปีและมากกว่า 3 ปี ต่อความต้องการหลังผ่าตัดโดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกัน

อำไพ ยุติธรรม (2522: 53-71) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการจัดอันดับความสำคัญ ในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและพยาบาล จำนวน 60 คู่ ในแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม แบ่งกิจกรรมเป็น 4 หมวด คือ 1) ด้านการรักษาพยาบาล 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม 4) การให้คำแนะนำและความรู้เรื่องโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดในกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการสังเกตอาการ ในขณะที่พยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุดในกิจกรรมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และพบว่าความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและของพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กัน

พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ (2523: 101-104) ได้ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ จากผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน โดยทำการเปรียบเทียบความคิดเห็น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ต้องการให้สังเกตและตรวจนับชีพจร การหายใจ 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ต้องการการติดต่อกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน 3) ด้านสังคม ต้องการการยอมรับว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่งของโรงพยาบาล 4) ด้านความศรัทธาและความเชื่อ ต้องการได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและทุกข์ทรมานน้อยที่สุด 5) ด้านการกลับสู่ครอบครัว ต้องการที่จะอยู่ที่บ้านกับลูกหลาน นอกจากนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุระหว่างเพศชายและหญิงหรือระหว่างการเจ็บป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรมโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528: 70-82) ความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ จากผู้ป่วยสามัญ 400 คน และพยาบาลวิชาชีพ 195 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังจะได้รับต่ำกว่าที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติ 2) ค่าคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคาดหวังจะปฏิบัติสูงกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง และ 4) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่คาดหวังจะได้รับ และสรุปว่าความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังและเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลไม่ตรงกัน

ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537: 128-133) การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรม และสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรม 314 คน และในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 260 คน พบว่า ในชมรมผู้สูงอายุมีความต้องการเรื่องการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องเพศ และมีความต้องการในการจัดกิจกรรมการพยาบาล 6 เรื่อง คือ 1) การจัดการเพื่อให้มีการตรวจไขมันในเส้นเลือด 2) การตรวจภาวะซีด 3) การเอ็กซเรย์ปอด 4) การตรวจสายตา 5) การตรวจการได้ยิน และ 6) การบันทึกจำนวนครั้งที่มารับบริการ นอกจากนี้มีกิจกรรม 3 กิจกรรม คือ 1) การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชมรม 2) การยอมรับผู้สูงอายุในฐานะอาวุโส และ 3) การจัดการให้มีการบำบัดสิ่งผิดปกติเป็นกิจกรรมที่จัดไว้เพียงพอแล้ว แต่มีหนึ่งกิจกรรมคือการจัดให้มีการตรวจการได้ยิน เป็นกิจกรรมที่จัดไว้ไม่เพียงพอ สำหรับในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองเป็นอัมพาตหรือหลงลืมขั้นรุนแรง มีปัญหาเรื่องเข่ามีปัญหา และมีปัญหาซึมเศร้า ทั้งนี้มีความต้องการที่เกิดจากการเสื่อมถอยของร่างกายและจากปัญหาความเจ็บป่วย 3 อันดับแรก คือ 1) ปัญหากระดูกและข้อ 2) เหนื่อยและพิน และ 3) การขับถ่ายปัสสาวะ นอกจากนี้พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ คือ บุคลากรพยาบาลและบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนด้านการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอ มีความจำกัดในเรื่องอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น

ลำไย มุสิกคามะ (2538: 73) ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการวิจัยตามปัญหาสุขภาพที่พบเป็นประจำในผู้สูงอายุ 5 เรื่อง คือ 1) ภาวะท้องผูก และกลิ่นอูจจาจะไม่อยู่ 2) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 3) แผลกดทับ 4) หกล้ม และ 5) ความจำเสื่อมและภาวะสับสน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครทั้งของภาครัฐบาลและเอกชน ผลการศึกษาพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับน้อย มีเจตคติทางบวก และมีการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่างกันในด้านประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุ และการมีผู้สูงอายุในครอบครัว มีความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ 3) พยาบาลวิชาชีพที่มีความแตกต่างกันในด้านประสบการณ์การทำงานแผนกที่ปฏิบัติงานและการได้รับการอบรมเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุมีเจตคติต่อการพยาบาลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) พยาบาลวิชาชีพที่มีผู้สูงอายุในครอบครัวแตกต่างกัน มีเจตคติต่อการพยาบาลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีผู้สูงอายุในครอบครัวมีเจตคติต่อการพยาบาลผู้สูงอายุดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้สูงอายุในครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

