

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากฎบัตรกรรมการดูแลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยพุทธที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาคำนี้ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

ความหมายการดูแล

ทฤษฎีการดูแล

คุณลักษณะการดูแล

พฤติกรรมการดูแล

พฤติกรรมการดูแลในบริบทสังคมไทย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุและการเจ็บป่วย

ความต้องการการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ศาสนา ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยพุทธ

แนวคิดการรับรู้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

การพยาบาลเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ ต้องการการเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของคน และตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม การดูแลจึงเป็นบทบาทและหน้าที่หลักของวิชาชีพพยาบาล เป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และร่วมรับรู้ความรู้สึกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันอันตรายต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย (สมจิต, 2544) ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลมีความภูมิใจ และเพิ่มคุณค่าในตนเอง (Benner & Wrubel, 1989 cited by Morse, Bottorff, Neander, & Solberg, 1991) เพิ่มความเข้าใจตนเองและผู้ป่วย เพิ่มความสามารถและความฉลาดทางอารมณ์ของตนเอง (Griffin, 1983 cited by Morse, et al., 1991)

แนวคิดการดูแลเกิดควบคู่ไปกับประวัติของมนุษยชาติ เช่น ศาสนาพุทธจะสอนให้อยู่

ร่วมกันอย่างสงบสุข และให้ทำดีช่วยเหลือเกื้อกูล จากหลักฐานที่ปรากฏในพระไตรปิฎก พบว่า พระพุทธเจ้าทรงให้การพยาบาล เอาใจใส่ต่อผู้ป่วยทุกหมู่เหล่า ไม่ว่าจะ เป็น อุบาสกอุบาสิกาเมื่อ พระองค์ทรงทราบว่าใครป่วยก็จะเสด็จไปเยี่ยม หากพระองค์เสด็จไปด้วยพระองค์เองไม่ได้ก็จะให้ พระภิกษุรูปอื่นไปแทนพร้อมฝากธรรมโอสธไป (จรรยา, 2543) และแนวความคิดการดูแลก็ได้สืบเนื่องมาจนถึงยุคของผู้นำทางการพยาบาล มีสพลเรนไนติงเกล สิ่งที่เป็นจุดเน้นในการให้การพยาบาลของเธอก็คือ การดูแลสิ่งแวดล้อมของคนไข้ ด้านความสะดวก อากาศที่บริสุทธิ์ แสงสว่าง ความอบอุ่น ความเงียบ และการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ (ฟาริดา, 2546; รัตนา, 2531; Huch, 2003) การดูแลได้พัฒนาควบคู่มากับการพยาบาล ซึ่งนักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านในยุคต่อมา ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลมากขึ้น เพราะถือเป็นจุดเน้นและเป็นหัวใจของการพยาบาล (Leininger, 1988; Watson, 1994, 1999) และเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยทำให้เกิดการฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีความสุขสบาย พึงพอใจและเป็นสุข (Cronin & Harrison, 1988; Gaut, 1983; Morse, et al. , 1991; Riemen, 1986; Watson, 1999) ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกถึงการปลอบโยน ทำให้เกิดความหวัง และรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (ฟาริดา, 2539) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วย รวมทั้งตัวของพยาบาลผู้ให้การดูแลก็จะเกิดความภาคภูมิใจ ส่งเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าต่อตนเอง และวิชาชีพ รวมทั้งเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพต่อสังคม

ความหมายการดูแล

การดูแลเป็นคำกริยาซึ่งมีความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 คือ การเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

การดูแล (care) เป็นคำที่มาจากคำเก่าแก่ภาษาอังกฤษ คือ caru และมาจากภาษาเยอรมัน คือ kara หมายถึง การเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง (สมจิต, 2544)

นอกจากนี้นักทฤษฎีต่าง ๆ ได้ให้ความหมายการดูแลสรุปได้ดังนี้

การดูแล หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือ สนับสนุน หรือเพิ่มความสามารถของบุคคล การดูแลอาจให้ความหมายต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละวัฒนธรรม (Leininger, 1988) ในขณะที่การดูแลพยาบาลและผู้ป่วยต่างฝ่ายต่างเข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน สัมผัสถึงจิตใจของกันและกัน และเข้าใจสถานการณ์ของอีกฝ่าย (Watson, 1985) รวมทั้งเป็นวิถีทางแห่งการดูแล เลี้ยงดู ทะนุถนอมเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างและพัฒนาคุณค่าและความ

สามารถของบุคคลนั้น ซึ่งกระทำโดยบุคคลผู้ซึ่งได้รับการมอบหมายหน้าที่และมีความรู้สึกรับผิดชอบต่องานของตน (Swanson, 1991)

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายการดูแลของนักทฤษฎีแต่ละคนมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การให้การดูแลที่ดีแก่ผู้ป่วย แต่จุดเน้นของแต่ละคนอาจมีส่วนที่แตกต่างกันบ้างโดยไลนิงเกอร์ (Leininger, 1988) เน้นให้การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละวัฒนธรรม วัดสัน (Watson, 1985) เน้นการดูแลที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างการดูแล โดยที่พยาบาลและผู้ป่วยต่างฝ่ายต่างเข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน และสแวนสัน (Swanson, 1991) เน้นถึงการดูแลเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพัฒนาคุณค่า และความสามารถของบุคคล ที่กระทำโดยบุคคลผู้ซึ่งได้รับการมอบหมายหน้าที่ และมีความรู้สึกรับผิดชอบต่องานของตน

ทฤษฎีการดูแล

ทฤษฎีการดูแลเป็นทฤษฎีที่มีนักวิชาการหลายท่านทำงานด้วยกันได้ทำการศึกษา และสร้างองค์ความรู้ เสนอเหตุผลในการศึกษาปรากฏการณ์ของตนเองไว้อย่างมีระเบียบแบบแผนและน่าสนใจ ซึ่งในที่นี้จะขอกกล่าวถึงทฤษฎีการดูแลของไลนิงเกอร์ (Leininger, 1988) วัดสัน (Watson, 1985) และสแวนสัน (Swanson, 1991)

ทฤษฎีการดูแลของไลนิงเกอร์ เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ศึกษาโดย เมดเดอลีน ไลนิงเกอร์ (Madeleine Leininger) เริ่มศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 และเขียนหนังสือแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ในปีค.ศ. 1978 ซึ่งศึกษาถึงปรากฏการณ์การดูแลเชิงวัฒนธรรม พบว่าการรับรู้การดูแลจะแตกต่างกันในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การดูแลที่ประสบความสำเร็จจะต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมพื้นฐานของผู้ป่วย เพราะวัฒนธรรมมีผลต่อระบบสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วย (ฟาริดา, 2546; สมจิต, 2544; Leininger, 1988) ดังนั้น การดูแลในแนวคิดของไลนิงเกอร์ จึงเป็นทฤษฎีการดูแลที่เน้นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในความแตกต่างของวัฒนธรรมของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจะต้องเรียนรู้วัฒนธรรม การให้คุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และสามารถปรับเปลี่ยนไปตามแต่ละวัฒนธรรมโดยส่งเสริมส่วนที่ดี และค่อย ๆ ปรับเปลี่ยนในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง

นักทฤษฎีอีกท่านหนึ่งที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลคือ จีน วัดสัน (Jean Watson) ได้ศึกษาการดูแลโดยเน้นลักษณะของความคิดด้านศีลธรรมจรรยาที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกันมากกว่าการปฏิบัติตามหน้าที่ในการทำงาน รวมถึงเป็นการดูแลระหว่างบุคคลของผู้ป่วยและพยาบาล หรือการดูแลที่เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน (transpersonal caring) ซึ่งจะเน้นเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของพยาบาลและผู้ป่วยในขณะที่ให้การพยาบาล โดยในปี ค.ศ. 1979 วัดสันได้ตีพิมพ์

งานเรื่องทฤษฎีและศาสตร์ของการดูแล (The Philosophy and Science of Caring) และในปี ค.ศ. 1988 ได้พัฒนาการศึกษาด้านการดูแลและสร้างทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Human Science and Human care) เน้นการดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยที่ต่างฝ่ายต้องทำความเข้าใจกับความรู้สึกของอีกฝ่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (Watson, 1999; Barnhart, Bennett, Porter, & Sloan, 1994; Watson, 1999) โดยมีปัจจัยหรือแนวทางในการดูแล 10 ปัจจัยด้วยกัน ดังนี้ (กนกนุช, 2543; ฟาริดา, 2546; อารี, 2542; Barnhart et al., 1994; Watson, 1999)

1. การสร้างค่านิยมการเห็นประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์
2. การสร้างศรัทธาและความหวัง
3. การสร้างความไวต่อความรู้ของตนเองและผู้อื่น
4. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้ซึ่งกันและกัน
5. การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ
6. การใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในกระบวนการดูแล
7. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมการเรียนการสอน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล
8. การประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม จิตวิญญาณ
9. ความพึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้อื่น
10. การเสริมสร้างจิตวิญญาณของการมีชีวิตอยู่

สแวนสัน (Swanson) เป็นนักวิชาการทางการพยาบาลอีกท่านหนึ่งที่สนใจศึกษาถึงการดูแล ได้ศึกษาทฤษฎีการดูแลในการศึกษาระดับปริญญาเอก โดยมี จิน วัตสันเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา สแวนสันได้ศึกษาการดูแล ตามแนวทฤษฎีการดูแลของวัตสันและได้พัฒนาทฤษฎีระดับกลางในระยะต่อมาเพื่อทำความเข้าใจและการปฏิบัติ โดยได้ทำการศึกษาการดูแลในกลุ่มหญิงแท้งบุตรจำนวน 20 คน เป็นการศึกษาเรื่องแรก โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาความหมายของการดูแล และการดูแลที่หญิงแท้งบุตรหวังว่าจะได้รับการดูแล พบว่ามี 5 กิจกรรมการดูแลที่อธิบายถึงพฤติกรรมดูแลเบื้องต้นคือ (1) ความต้องการให้เข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วย (2) ความต้องการได้รับความรู้สึกว่ามีผู้ที่คอยอยู่เคียงข้าง (3) ความต้องการที่จะให้ช่วยเหลือในด้านร่างกายและจิตใจ (4) การส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตโดยให้การส่งเสริมความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย ให้คำแนะนำและช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น (5) ต้องการให้คงไว้ซึ่งความเชื่อ ในความสามารถของผู้ป่วยที่จะเผชิญ

กับความสูญเสีย ต่อมาได้มีการศึกษาการดูแลอีก 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ให้การดูแล และพ่อแม่ของผู้ป่วยเด็กในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจำนวน 19 คน (Swanson, 1990) และในกลุ่มแม่ที่มีอายุน้อย 8 คนจากจำนวนแม่อายุน้อย 68 คน (Swanson, 1988 cited by Swanson, 1991) ที่ได้รับการดูแล เป็นกลุ่มเสี่ยงในโครงการดูแลสุขภาพจิตที่จัดขึ้นในชุมชน พบว่า พฤติกรรมการดูแลที่แสดงถึงการดูแลเอาใจของผู้ให้การดูแล คือ กิจกรรมการดูแลทั้ง 5 ด้านเหมือนเดิม ซึ่งเป็นการยืนยันผลของการศึกษาของงานวิจัยเดิม นอกจากนี้สแวนสันยังได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัย (Swanson, 1999) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 – 1996 ของนักวิชาการต่าง ๆ ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการดูแลจำนวน 130 งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเพื่อเน้นความชัดเจนหรือความแน่นอนของแนวคิดการดูแล เป็นการสนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีของการให้การดูแลเพื่อบำบัดโรคและการให้การดูแลช่วยเหลือรวมทั้งป้องกันอันตรายให้แก่ผู้ป่วย ตามทฤษฎีการดูแลระดับกลางของสแวนสัน เพื่อแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีการดูแลของสแวนสันครอบคลุมทุกมิติแนวคิดการดูแล และสามารถนำกรอบแนวคิดไปศึกษาได้หลากหลายกลุ่มประชากร

คุณลักษณะการดูแล

การดูแลที่ให้แก่กันมีความหลากหลายของมุมมองที่แตกต่างกันในทัศนะของการดูแล ซึ่งมอสและคณะ (Morse et al., 1990) ได้ศึกษามุมมองและลักษณะการดูแลโดยรวม จากนักวิชาการ 35 คน ซึ่งใน 25 คน ได้มีมุมมองที่เป็นพื้นฐานจากความคิดเห็นที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปยังทฤษฎีของตัวเอง ซึ่งจากการวิเคราะห์สามารถแบ่งแนวคิดการดูแลได้ 5 คุณลักษณะดังนี้

1. การดูแลเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ของมนุษย์ (human trait) ซึ่งเป็นธรรมชาติที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มนุษยชาติดำรงอยู่ได้
2. การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรมจรรยา (moral imperative or ideal) เป็นพื้นฐานความคิดทางอุดมคติหรือหลักทางศีลธรรมทางการแพทย์ เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี และความผาสุกของมนุษย์
3. การดูแลเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก (affect) ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกห่วงใย ให้ความสนใจเอาใจใส่ ให้การปกป้อง เป็นความรู้สึกที่เป็นสิ่งคล้อย หรือแรงกระตุ้นในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่ก่อให้เกิดความใกล้ชิด และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
4. การดูแลเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแล เพราะความรู้สึกและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะให้การปฏิบัติการพยาบาลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การแสดงถึงการยอมรับผู้ป่วย ความผูกพัน สนใจ ห่วงใยผู้ป่วย คือ การดูแลที่มีคุณภาพที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย

5. การดูแลเป็นเรื่องของการบำบัดรักษา (therapeutic intervention) การให้การ

พยาบาลเพื่อการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการดูแล เช่น การรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ การสอนผู้ป่วย การสัมผัส การอยู่เป็นเพื่อน ความสามารถของพยาบาล ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย โดยสิ่งสำคัญคือความเพียงพอของความรู้และทักษะซึ่งเป็นพื้นฐานทั้งหลายของการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบาย คุณลักษณะการดูแลในวิชาชีพพยาบาล จึงเป็นคุณลักษณะการดูแลที่ผสมผสานกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยแต่ละราย

พฤติกรรมกรรมการดูแล

คุณภาพการดูแลที่ดี ย่อมมาจากพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ให้แกผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการดูแลไว้หลากหลายทั้งในและต่างประเทศ ดังเช่น

ในพุทธศาสนาพระพุทธเจ้าได้กำหนดลักษณะของผู้ที่ทำหน้าที่พยาบาลผู้อื่นไว้ คือ จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งกายและใจด้วยความเมตตา เอาใจใส่ดูแลด้วยความบริสุทธิ์ใจ ไม่แสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย เมื่อมีเวลาก็พูดคุยปลอบใจ ให้กำลังใจ เช่น การพูดถึงเรื่องธรรมะ หรือสิ่งมีสาระ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ เป็นต้น (จรรยา, 2543) หรือเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลได้ให้กับผู้ป่วย ในการช่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพ (ปัญญาภรณ์ และคณะ, 2538) รวมทั้งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการพูด คำพูดน้ำเสียงกิริยาท่าทาง การปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการปฏิบัติใด ๆ ของพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อม (พิรุณ, ม.ป.ป.)

ผู้ป่วยทุกคนเมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ดีจากพยาบาล ซึ่งเมสส์เนอร์ (Messner, 1993) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการดูแล (nursing behavior) ที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจากพยาบาล มี 11 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การรับฟังผู้ป่วย (really listen to me) โดยพยาบาลควรมีศิลปะในการรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ เพราะการตั้งใจฟังอย่างจริงจังใช้เวลาไม่มาก ก็จะสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้
2. การถามความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการอะไร (ask me what I think) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
3. ให้การดูแลโดยไม่ให้ความสำคัญในสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล (don't dismiss my concerns)

4. ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยโดยเน้นที่ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (don't treat me like a disease, treat me like person) โดยต้องการให้พยาบาลสนใจตัวผู้ป่วยมากกว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยแสดงความสุภาพ เข้าใจผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล และศึกษาข้อมูลต่าง ๆ จากตัวผู้ป่วย มากกว่าการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและผลจากห้องปฏิบัติการ

5. ต้องการให้พูดกับผู้ป่วยโดยตรง (talk to me, not at me) ผู้ป่วยมักจะเกิดความไม่สบายใจเมื่อทีมสุขภาพพูดถึงอาการ การรักษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ตรงนั้นด้วย ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลแนะนำตัวเอง และบอกว่าจะให้พยาบาลอะไรแก่ผู้ป่วย เพราะแม้ว่าผู้ป่วยจะจำชื่อเต็มของพยาบาลไม่ได้ แต่ผู้ป่วยจำได้ว่าพยาบาลได้แนะนำตัวแก่ผู้ป่วยแล้ว

6. ให้ความสำคัญโดยเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย (respect my privacy) ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการให้ครอบครัว และผู้มาเยี่ยมรู้ถึงรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น เป็นมะเร็ง พยาบาลจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ถ้าจะพูดเกี่ยวกับเรื่องนี้แก่ญาติต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อน

7. ให้ความสำคัญโดยไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคอย (don't keep me waiting) การรอคอยการรักษาเป็นสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการ เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน คับข้องใจ พยาบาลควรอธิบายเหตุผลในการรอการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเอาใจใส่

8. ให้ความสำคัญโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปฏิบัติก่อนที่จะให้ผู้ปฏิบัติสิ่งใด (don't tell me what to do without telling me how to do) การที่จะให้ผู้ปฏิบัติตัวอย่างไร ต้องศึกษาถึงความรู้ของผู้ป่วย ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติสิ่งเหล่านั้นได้หรือไม่

9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (keep me informed) ผู้ป่วยส่วนมากต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง

10. ให้ความสำคัญโดยคำนึงถึงพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย (remember who I used to be) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยจะพอใจในความสามารถเดิมที่ทำได้แม้ว่าในขณะนี้จะทำไม่ได้

11. ให้ความสำคัญโดยแสดงออกถึงพฤติกรรมที่รับรู้ได้ (let me know you care) ได้แก่ การยิ้ม การสัมผัส คำพูดที่สุภาพ แก่ผู้ป่วย

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวูล์ฟและคณะ (Wolf, Giardino, Osborne & Ambrose, 1994) ที่ได้ศึกษาถึงลักษณะของการดูแลของพยาบาล ในพยาบาล 278 คน และผู้ป่วย 263 คน ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายเชื้อชาติ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชนผิวดำ พบว่ามีมิติหรือลักษณะการดูแลของพยาบาล 5 ด้าน ดังนี้

1. การยอมรับในความแตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละคน (respect deference to others)
2. การแสดงพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (assurance of human presence)
3. การให้การดูแลโดยการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (positive connectedness)
4. การให้การดูแลโดยมีความรู้ และทักษะในวิชาชีพอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ (professional knowledge and skill)
5. การให้การดูแลโดยให้ความใส่ใจและเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วย (attentiveness to the other's experience)

นอกจากนั้นสแวนสัน (Swanson, 1991) ได้ศึกษาการดูแลและพัฒนาเป็นทฤษฎีระดับกลางพบว่ามีกิจกรรมหรือพฤติกรรมการดูแล 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล (knowing) คือ การที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการให้ความหมายของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตของผู้ป่วย โดยมีความระมัดระวังรอบคอบในการลงความเห็นหรือสันนิษฐานการให้ความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล พยาบาลจะต้องสื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ให้การดูแลอย่างละเอียดรอบคอบ และมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีปรัชญาชีวิตของตนเองที่อาจไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคล

2. การอยู่กับผู้ป่วย (being with) คือ การแสดงความรู้สึกของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่าพยาบาลจะให้การดูแล ห่วงใย อยู่เคียงข้างผู้ป่วย ช่วยแบ่งปันความรู้สึกไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ และผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใด

3. การปฏิบัติกรดูแลแก่ผู้ป่วย (doing for) คือ การที่พยาบาลให้กิจกรรมการดูแลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ระมัดระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย โดยตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ป่วย ด้วยการพยาบาลที่เปี่ยมด้วยทักษะและมีประสิทธิภาพ

4. การส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย (enabling) คือ การที่พยาบาลให้การส่งเสริมและพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วย เช่น การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์วิกฤตของชีวิตไปได้ โดยการให้ข้อมูล คำอธิบาย การสนับสนุนด้านจิตใจ ตระหนักถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย เสนอแนวทางเลือกในการแก้ไข และให้คำแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วย

5. การคงไว้ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วย (maintaining belief) คือ การที่พยาบาลให้การ

พยาบาลโดยการส่งเสริม ประคับประคองความเชื่อหรือความศรัทธา ทศนคติการมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยในการสร้างความหวัง กำลังใจที่จะผ่านพ้นภาวะเจ็บป่วย เหตุการณ์เฉพาะหน้า หรือภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้

พฤติกรรมการดูแลในบริบทสังคมไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายการดูแล และ พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ศึกษาในประเทศไทย เช่น จากการศึกษาเชิงคุณภาพของพิรุณ (ม.ป.ป.) เกี่ยวกับความหมายการดูแล ความต้องการการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจากพฤติกรรมของพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของวัตสัน ซึ่งถามคำถามปลายเปิดผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมายการดูแล พฤติกรรมการดูแลที่ได้รับจากพยาบาล พฤติกรรมการดูแลที่ต้องการ และพฤติกรรมการดูแลที่ให้ความสำคัญ พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายการดูแลว่า คือ การเอาใจใส่ ห่วงใย การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือติดตามดูแล การทำแผลฉีดยา และวัดไข้

มาลี (2542) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายการดูแล คือ การช่วยเหลือผู้ป่วย การให้ความอบอุ่นใจ การให้กำลังใจ การเคารพศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

จากการศึกษาเชิงบรรยายของปัญญากรณ์ และคณะ (2538) เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วย ความหมายการดูแลและพฤติกรรมของพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของไลนินเกอร์ โดยใช้คำถามปลายเปิดถามความหมายการดูแล และพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่า ความหมายการดูแลของผู้ป่วย คือ การช่วยเหลือให้สุขสบายทั้งกายและใจ ความนิ่มนวลอ่อนโยน ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำแนะนำ การป้องกันอันตราย

สำหรับการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยรับรู้ที่ได้รับจากพยาบาลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล เช่น จากการศึกษาของ ปัญญากรณ์ และคณะ (2538) พบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลมี 7 กิจกรรม คือ (1) การให้ยา ให้เลือด ออกซิเจน และน้ำเกลือ (2) การสังเกตอาการผิดปกติ โดยการวัดสัญญาณชีพ (3) การดูแลความสะอาด (4) การให้คำแนะนำเรื่องโรค (5) การปลอบใจ และให้กำลังใจ (6) การช่วยเหลือ แนะนำปัญหาเศรษฐกิจ (7) การแนะนำการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

และจากการศึกษาของพิรุณ (ม.ป.ป.) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลจากพยาบาล 14 กิจกรรม คือ (1) การให้ยาทุกชนิด (2) การทำแผล (3) การให้คำแนะนำปลอบใจ (4) การช่วยเหลือให้รับประทานอาหาร (5) การวัดสัญญาณชีพ (6) การซักถามอาการต่าง

ๆ (7) การทำความสะอาดร่างกาย (8) การทำกิจวัตรประจำวัน (9) การเช็ดตัวลดไข้ (10) การทำความสะอาดเสื้อผ้า (11) การช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบาย (12) การปูเตียงทำเตียง (13) การดูแลให้พักผ่อน (14) การดูแลให้ญาติเข้าเยี่ยม

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วย ырับรู้ส่วนใหญ่จะเป็นการให้การดูแลทางด้านร่างกาย คือ การให้การดูแลตามแผนการรักษา และการช่วยเหลือช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การซักถามอาการสังเกตความผิดปกติ และการให้คำแนะนำ ส่วนการดูแลด้านจิตใจที่ผู้ป่วยรับรู้ คือ คำพูดปลอบใจ และการให้กำลังใจ

นอกจากนี้พิรุณ (ม.ป.ป.) ยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด คือ การพูดจาไพเราะ ปลอบโยน ให้กำลังใจจากพยาบาล และเรื่องลำดับความสำคัญรองลงมาได้แก่ การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ การยิ้มแย้มแจ่มใสท่าทางเป็นมิตร แสดงความเป็นกันเองของพยาบาล กิริยามารยาท ท่าทาง และสีหน้าต้อนรับ การให้การพยาบาลเช่น การฉีดยาทำแผล การช่วยเหลือพยุง ยกพาไปห้องน้ำ การพูดคุยสอบถามอาการ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน การสัมผัส ในการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากการปฏิบัติของพยาบาลเรื่องลำดับความต้องการดังนี้ คือ การช่วยเหลือทันทีที่ร้องขอ คำพูดปลอบปลอบใจ การสบสายตากับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร การพูดคุยด้วยน้ำเสียงไพเราะ การยิ้มอย่างจริงใจ การดูแลอย่างใกล้ชิดติดการพูดกับผู้ป่วยด้วยภาษาถิ่น และเรียกชื่อผู้ป่วยโดยใช้คำที่เหมาะสมตามวัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย และการให้ความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความสามารถของพยาบาล การดูแลเพื่อความสบายของร่างกาย และการติดตามดูแลป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุด (Cronin & Harrison, 1988; Marini, 1999) รองลงมา คือ การให้ความรู้ และคำแนะนำ (Cronin & Harrison, 1988; Larsson et. al., 1998) และลักษณะภายนอกที่แสดงออกของพยาบาล (Cronin & Harrison, 1988) และในการศึกษาอื่นๆพบว่าผู้ป่วยต้องการการให้ข้อมูลการรักษาจากพยาบาล ทีมสุขภาพที่มีความสามารถ ความสะอาดสบาย รวมทั้งการคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (Watson, et al., 1999) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุยังมีความต้องการการดูแลด้วยความมีมนุษยธรรม ปกป้องศักดิ์ศรีและส่งเสริมคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (Marini, 1999)

จะเห็นได้ว่าทั้งงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจที่คล้ายคลึงกัน แต่ในงานวิจัยของไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการ

แสดงออกของพยาบาล เช่น คำพูดสุภาพไพเราะ การปลอบโยนให้กำลังใจจากพยาบาล กิริยามารยาทที่นุ่มนวลอ่อนโยน ให้ความเคารพผู้ที่มีวัยสูงกว่า และการช่วยเหลือให้สุขสบาย ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากการให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลที่ศึกษาในงานวิจัยในต่างประเทศ ที่ให้ความสำคัญกับความสามารถของพยาบาล และการช่วยเหลือด้านร่างกายมากกว่า แต่สิ่งที่คล้ายคลึงกันประการหนึ่งคือ ต้องการการให้คุณค่าและการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสรุปเป็นพฤติกรรมการดูแลได้ 7 ด้าน คือ ด้านกิริยามารยาทในการให้การดูแลของพยาบาล (พิรุณ, ม.ป.ป.; มาลี, 2542) ด้านการเอาใจใส่ (พิรุณ, ม.ป.ป.; มาลี, 2542) ด้านการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (มาลี, 2542) ด้านการให้กำลังใจ (มาลี, 2542) ด้านการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย (ปัญญาภรณ์ และคณะ, 2538; พิรุณ, ม.ป.ป.) ด้านการช่วยเหลือดูแลป้องกันอันตราย (ปัญญาภรณ์ และคณะ, 2538; พิรุณ, ม.ป.ป.; มาลี, 2542) รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลด้านทักษะและความสามารถของพยาบาล เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งให้ความสำคัญกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การปรับปรุงคุณภาพ และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมีมิติแห่งคุณภาพคือ ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ (สิทธิศักดิ์, 2544) พฤติกรรมการดูแลด้านทักษะและความสามารถของพยาบาล จึงเป็นพฤติกรรมการดูแลที่มีความสำคัญและเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ได้ 7 ด้าน พร้อมทั้งให้รายละเอียดพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในแต่ละด้านดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านกิริยามารยาทในการให้การดูแลของพยาบาล เช่น การพูดจาสุภาพ น้ำเสียงไพเราะ อ่อนโยน มีคำลงท้าย ไม่พูดห้วน หรือขู่ ตะคอก เรียกชื่อด้วยคำนำหน้าที่เหมาะสมตามวัย ตั้งใจฟังคำพูดของผู้ป่วย หน้าตายิ้มแย้มเป็นมิตร มีความเป็นกันเอง และปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุตามมารยาทไทยในขณะที่ให้การพยาบาล เช่น การระมัดระวังในการให้การพยาบาล หรือหยิบจับของที่อาจขำตัวหรือศีรษะผู้ป่วย การส่งของ หรือรับของ เป็นต้น เก็บอารมณ์ได้ดีไม่แสดงสีหน้าท่าทางไม่พอใจ หรือเบื่อหน่ายขณะให้การดูแล

2. ด้านการดูแลเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณา สอบถามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สนใจเอาใจใส่ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะที่ให้การพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเอาใจเขามาใส่ใจเรา รับรู้ปัญหาของผู้ป่วย โดยการหมั่นสอบถามปัญหาและความรู้สึก ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้ถูกทอดทิ้ง มีคนเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ

3. ด้านการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิของผู้ป่วย โดยให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยการให้ความเคารพในวิถีชีวิตของผู้ป่วย ระมัดระวังในกิจกรรมการดูแลที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ไม่แสดงสีหน้า ท่าทาง หรือการสัมผัสที่แสดงถึงความรังเกียจในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เคารพในสิทธิของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ด้วยการบอกกล่าวและ สอบถามความยินยอมก่อนให้การรักษา รวมทั้งให้การดูแลด้วยความเสมอภาค

4. ด้านการให้กำลังใจ โดยการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการต่อสู้กับโรคร้าย ปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ สื่อสารโดยการสัมผัสเพื่อแสดงถึงความห่วงใยต่อผู้ป่วย ให้กำลังใจและคำชมเชย พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาเพื่อ สร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วย รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมของญาติ เพื่อให้ญาติ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ญาติจะเป็นผู้ช่วย อำนวยความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่ไม่ขัดกับแผนการ รักษาตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การรดน้ำมนต์ การทำบุญตักบาตร ปล่อยนกปล่อยปลา การบริจาคโลงศพ เป็นต้น เพราะการทำบุญทำกุศล จะช่วยไม่ให้วิบากกรรมในอดีตมีผลเต็มที่อัน เป็นการเพิ่มความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น (สุริยา, 2538)

5. ด้านการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย หมายถึง การปฐมนิเทศให้คำแนะนำและ ความรู้ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานอาหารและยา การ ใส การหายใจ การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง

6. ด้านการช่วยเหลือดูแลป้องกันอันตราย หมายถึง ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับ ถ่าย และการตรวจตราดูแลสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย การติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน อันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการช่วยเหลือดูแล เมื่อมีอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการ ปวด ท้องอืด แน่นท้อง หายใจเหนื่อย และนอนไม่หลับ เป็นต้น

7. ด้านความสามารถและทักษะในการให้การพยาบาล หมายถึง พยาบาลมีความรู้ ความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ โดยการใช้ภาษาที่ ชัดเจนเข้าใจง่าย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีทักษะชำนาญคล่องแคล่วด้วยความมั่นใจ สามารถช่วย แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมรวดเร็วทันเวลา และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลที่ได้รับ

ในสถานการณ์ปัจจุบันแต่ละโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการ บริการของโรงพยาบาล เพื่อให้มีการบริการที่ดี มีมาตรฐาน ตอบสนองบทบาทหน้าที่แห่งรัฐธรรมนูญ

แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ซึ่งกล่าวถึงการที่บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุข และมาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข, 2547) ซึ่งตรงกับจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ที่ปลูกฝังให้พยาบาลมีความตระหนักในการปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาค โดยไม่คำนึงถึง เชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล และปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ และแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนอย่างเหมาะสม (มัญชุภา, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล เช่น ด้านกิจกรรมพยาบาลในการให้การดูแลของพยาบาล ดังการศึกษาของไพเราะ (2543) เรื่องคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า คุณภาพการบริการพยาบาลโดยรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการบริการของพยาบาลอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นไปในลักษณะของความความยิ้มแย้มแจ่มใส การพูดคุยด้วยความสุภาพอ่อนโยน แสดงท่าทีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง ให้การพยาบาลโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อค้นหาความผิดปกติ และป้องกันอันตราย มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลให้การดูแลอย่างมีความมั่นใจและคล่องแคล่วว่องไว พุดคุยให้กำลังใจ เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

สอดคล้องกับการศึกษาของถนอม (2544) เรื่องพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล จากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์ว่าพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือร้อยละ 90 พยาบาลมีความเอื้ออาทรเอาใจใส่ร้อยละ 47.78 พยาบาลมีการบอกก่อนให้การพยาบาลร้อยละ 46.67 และมีประสบการณ์ว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างดีเท่าเทียมกันร้อยละ 37.78 ในการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ คือ การดูแลอย่างเท่าเทียมร้อยละ 91.11 และความเอื้ออาทรสนใจเอาใจใส่ร้อยละ 66.67 และในด้านพฤติกรรมบริการจากการศึกษาของนวรรตน์ และสุวีรัตน์ (2543) เรื่องพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจังหวัด นนทบุรี พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมด้านความสุภาพอ่อนโยนอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 65.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญรัตน์ (2543) เรื่องพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำปาง พบว่า พยาบาลมีพฤติกรรมสื่อสารด้านวัจนภาษา และอวัจนภาษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ (2539) เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าความคิดเห็นของผู้ป่วยส่วนใหญ่ต่อการบริการของพยาบาลอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

ส่วนในเรื่องการปฏิบัติด้านการเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าจะได้รับจากพยาบาลผู้ดูแล (มาลี, 2527) ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยตระหนักถึงสิทธิของตนเองมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของจอร์นัท (2541) เรื่องการตระหนักถึงสิทธิในการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความตระหนักในสิทธิที่จะรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค แผนการรักษา อันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากผลการรักษา รวมทั้งการใช้จ่ายและผลข้างเคียง ค่าใช้จ่าย และกฎระเบียบของโรงพยาบาลในระดับมากทั้งในภาพรวมและรายด้าน ที่มีสุขภาพจึงควรตระหนักในการให้การดูแลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ ประณีต และคณะ (2543) ในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ความต้องการการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อที่จะปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่มีผู้ป่วยบางส่วนไม่ต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด เพราะเชื่อมั่นในวิธีการรักษาของแพทย์ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัด มักมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวด และรับรู้ว่าการผ่าตัดจะช่วยให้หายทุกข์ทรมาน พร้อมทั้งมีความมั่นใจในความปลอดภัย เพราะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล และจากการศึกษาของปราณี (2546) ในเรื่องการศึกษาปฏิบัติกิจกรรมเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยอายุกรรมหญิง โรงพยาบาลพิจิตร พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการยอมรับนับถือในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และพฤติกรรมการประเมินติดตามการพยาบาล ความรู้และความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการให้บริการในระดับมาก ส่วนการศึกษาของภูษิตา, พีระ, ยุวณุช และลดาวลัย (2544) เรื่องการปฏิบัติด้านสิทธิผู้ป่วยตามความคิดเห็นของพยาบาลในหอผู้ป่วย พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยมีการรับรู้บทบาทในการปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากเกือบร้อยละเซนต์ และรับรู้การปกป้องศักดิ์ศรีของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก นอกจากนั้นสมสมัย และพิกุลรัตน์ (2545) ศึกษาถึงคุณภาพการดูแลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลด้านจิตสังคมอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาในภาพรวมของหลายงานวิจัยสื่อถึงคุณภาพพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นของพยาบาล ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ โดยไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุ

แต่อย่างไรก็ตามในบางการศึกษา เช่น ทศนา (2544) ในเรื่องการศึกษาพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลที่เป็นจริง พบว่า หลักการพยาบาลที่ยึดถือกับการปฏิบัติไม่สอดคล้องกัน เพราะหลักการให้การดูแลผู้สูงอายุตั้งอยู่บนหลักการดูแลแบบองค์รวม แต่การปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติอยู่มีลักษณะเป็นแบบเดียวกับการให้การดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป และเน้นให้การดูแลตามหลักของชีวการแพทย์ (biomedical model) ซึ่ง

เป็นการดูแลเพื่อแก้ปัญหาพยาธิสรีรภาพ และการรักษาโรคมากกว่าการให้การดูแล จึงทำให้พยาบาลมุ่งปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองปัญหาด้านร่างกาย นอกจากนั้นเนื่องจากภาระงานที่มาก และมีหลายงานซึ่งเป็นงานที่ไม่ได้เป็นงานเพื่อการพยาบาล เช่น การเขียนใบสั่งยา การเขียนสรุปรายการ อุปกรณ์ และคิดเงินผู้ป่วยกลับบ้าน การประสานงานสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท งานเหล่านี้เป็นการเพิ่มภาระงานให้พยาบาล ทำให้พยาบาลมุ่งทำงานให้เสร็จ และไม่มีเวลาให้กับผู้ป่วย ทำให้ขาดการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วย เกิดความพ้องในการสื่อสาร และการดูแลด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของจรัสศรี และบุญวดี, (2539) เรื่องปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่า ปัญหาในระดับมากของการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล คือ การให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย จนทำให้การพยาบาลด้านจิตสังคมถูกละเลยไป และปัญหาที่พบในระดับปานกลาง คือ พยาบาลมีภาระงานด้านอื่นมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการพยาบาลด้านจิตสังคม และในการศึกษาที่ผ่านมาของอำไพ (2526) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า คุณภาพการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แต่กิจกรรมที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าอยู่ในระดับพอใช้ คือ การรับฟังคำบอกเล่า หรือปรับทุกข์ของผู้ป่วย การให้เวลาในการพูดคุย และกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำ

ในด้านการศึกษาเรื่องความพึงพอใจต่อการบริการ เช่น จากการศึกษาผลกระทบของพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลกับผลลัพธ์การดูแลของดัฟฟี (Duffy, 1992) พบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลมาก แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลมากเช่นเดียวกัน และจากการศึกษาของขวัญใจ (2547) ในเรื่องความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา พบว่า ระดับความคาดหวังและความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก และ ซึ่งในงานวิจัยต่างๆ โดยภาพรวมจะมีผลการวิจัยที่สื่อถึงการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นของพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลเมื่ออยู่โรงพยาบาล

ผู้สูงอายุและความเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุในประเทศไทย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นอายุที่ใช้เป็นเกณฑ์

กำหนดในการเกษียณอายุ และใช้ในการให้สวัสดิการสังคม (ปราโมทย์, อัญชลี, ปัทมา และมาตี, 2543) จากสถิติผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2545 พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) เพราะการศึกษาภาคบังคับในยุคต้น ๆ มีถึงระดับประถมปีที่สี่ (นภาพร จอห์น และศิริวรรณ, 2533) และมีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 62.4 รายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) ในปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มในการเพิ่มสัดส่วนของประชากรมากขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดซึ่งสูงไม่ถึง 60 ปี เมื่อ 30-40 ปีก่อน ได้เพิ่มสูงขึ้นถึงประมาณ 70 ปี ในปัจจุบัน ตลอดจนความสำเร็จของแผนลดอัตราการเกิดและอัตราการตาย ทำให้มีการคุมกำเนิดมากขึ้น จึงทำให้สัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับความสนใจในการให้การดูแลมากขึ้น เพราะมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น แบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนโรคภัยไข้เจ็บ และสุขภาพอนามัย ความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม ความต้องการสวัสดิการจากรัฐ เป็นต้น (ปราโมทย์ และคณะ, 2543) และจากสมรรถภาพของร่างกายและความต้านทานโรคลดลง เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย พบว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 50 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคหรือมากกว่า (Teaque & McGhee, 1992 cite by Long, 2003) โดยจะมีโอกาสเกิดโรคมกกว่าวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่มีอัตราการครองเตียงสูงถึงร้อยละ 30 ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (สุทธิชัย และคณะ, 2542)

ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ (Eliopoulos, 2001) จึงมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย นอกจากนั้นโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง และมักมีพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดความพิการแก่ร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เมื่ออาการของโรคกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงต้องการการดูแลเอาใจใส่ค่อนข้างมาก เนื่องจากสภาพร่างกายดังกล่าว และจากประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง (ศรีเรือน, 2545) ความไวและความรู้สึกต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดจะช้าลง ความจำของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงโดยเฉพาะเรื่องใหม่ ๆ แต่จะจำเรื่องในอดีตได้มากกว่า การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จะช้าลง มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ ทำให้นอนหลับได้น้อยลง และมักมีความวิตกกังวลเรื่องตัวเองสูงขึ้น การมองเห็นไม่ดี สำหรับหูการได้ยินจะลดลง ประสิทธิภาพการดมกลิ่นของจมูกก็จะลดลงเช่นเดียวกัน จำนวนปมรับรส

อาหารลดลงจากเดิมร้อยละ 80 ทำให้การรับรสอาหารจะทำหน้าที่ได้ลดลงโดยเฉพาะรสหวาน และเค็ม ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร (แสงจันทร์, 2541) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของทุกระบบของร่างกาย และเป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการสูญเสียตามวัย เช่น สูญเสียความสามารถทางร่างกาย ไม่สามารถทำทุกสิ่งได้ตามที่ต้องการเหมือนเดิม สูญเสียเสน่ห์ทางสังคม ผู้สูงอายุจึงต้องการความรัก ความนับถือ และการยกย่องมาก (จินตนา, 2546) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเพื่อจะเข้าใจผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จึงต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากผู้ให้การดูแลดังนี้

1. ความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย

1.1 ความต้องการทางด้านการหายใจและการไหลเวียน ผู้สูงอายุต้องการได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ถ่ายเทสะดวก และออกซิเจนที่เพียงพอ การจัดทำที่ช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีและหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จวีรัตน์, 2543) ความต้องการความสะอาดของร่างกาย โดยให้การดูแลช่วยเหลือในการทำ ความสะอาดร่างกาย ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ และช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ และปอดบวม เป็นต้น

1.2 ความต้องการอาหารและน้ำ ผู้สูงอายุต้องการอาหารและน้ำอย่างเพียงพอในขณะที่เจ็บป่วย การจัดอาหารให้ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงโรคของผู้ป่วย สภาพร่างกาย ปากฟัน แบบแผนการรับประทานอาหาร สภาพร่างกาย จิตใจ และความเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยควรเป็นอาหารที่มีคุณค่าสูงมีโปรตีน วิตามิน และพลังงานอย่างเพียงพอ (วิภาวี, 2537) นอกจากนั้น ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย สะดวกในการรับประทาน และต้องดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำที่พอเพียงต่อความต้องการของร่างกาย คือ 6 - 8 แก้ว หรือประมาณ 15,00 - 2,000 ซีซีต่อวันในผู้ที่ไม่มีข้อห้ามในการดื่มน้ำ (Miller, 2000)

1.3 ความต้องการด้านการขับถ่าย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ และท้องผูก ปัญหาด้านการขับถ่ายปัสสาวะในเพศหญิงจะพบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และในเพศชายจะพบปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะไม่สะดวกจากต่อมลูกหมากโตเบียดท่อปัสสาวะ นอกจากนั้นยังเกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อย การขับน้ำออกจากร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป โดยจะขับน้ำออกมากในเวลากลางคืนทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย

ในเวลากลางคืน (Stanley and Beare, 1995 อ้างตาม วิไลวรรณ, 2545) พยาบาลผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการให้คำแนะนำให้ซบถายเป็นเวลาโดยการฝึกถ่ายปัสสาวะ และให้ปัสสาวะก่อนนอนทุกครั้ง ดูแลความสะดวกในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการซบถถ่ายได้ โดยดูแลให้ร่างกายและเสื้อผ้าที่นอนผู้ป่วยแห้งสะอาดสม่ำเสมอ (วิไลวรรณ, 2545) เพื่อป้องกันการเปียกและเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง ส่วนปัญหาด้านการซบถถ่ายอุจจาระ เกิดจากการที่ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ทำให้อาหารย่อยไม่หมด มีกากอาหารค้างอยู่ในลำไส้จำนวนมาก (พรรณงาม และคณะ, 2542) เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ต้องนอนอยู่บนเตียง ขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย จึงเกิดปัญหาท้องผูกได้ง่าย จึงควรให้การดูแลโดยการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายเคลื่อนไหวกายเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารกากใยและน้ำอย่างเพียงพอช่วยเหลือในการซบถถ่ายโดยการให้หมอนนอน พร้อมทั้งดูแลจัดสถานที่ให้มีขีดโดยการกั้นม่านให้ผู้ป่วย และช่วยเหลือในการทำความสะดวกร่างกาย (สมจิต, 2544)

1.4 ความต้องการการพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเวลานอนจะน้อยลง ตื่นบ่อย หลับยาก ง่วงและนอนตอนกลางวัน ประกอบกับการลุกขึ้นปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ทำให้นอนหลับกลางคืนไม่เต็มที่ (วิไลวรรณ, 2545) นอกจากนี้เมื่อมาอยู่โรงพยาบาลจากสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย แสงสว่าง และเสียงรบกวนจากผู้ป่วยข้างเตียง ทำให้รบกวนการนอนของผู้สูงอายุ พยาบาลควรให้การดูแลโดยการจัดสภาพแวดล้อมภายในตึกผู้ป่วยให้เงียบสงบเท่าที่จะทำได้ โดยการสวมรองเท้าพื้นยางในการทำงานเพื่อป้องกันการเกิดเสียงรบกวนขณะทำงาน และปิดไฟดวงที่ไม่จำเป็นให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ดูแลบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่รบกวนการนอนของผู้ป่วย เช่น ความปวด และแนะนำให้ผู้ป่วยไหว้พระ หรือทำสมาธิก่อนนอนเพื่อเกิดความผ่อนคลาย นอนหลับได้มากขึ้น

1.5 ความต้องการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ผู้สูงอายุเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่าง ๆ จะทำให้มีประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้ง่าย การจัดสถานที่ อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ต้องมีความเฉพาะเจาะจงและเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้มากที่สุด (ลินจง, 2539) จึงต้องจัดสถานที่โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยดูแลให้มีไม้กั้นเตียงป้องกันการตกเตียง พื้นที่แห้งสะอาด และมีราวจับในห้องน้ำ แสงสว่างที่เพียงพอ กริ่งกดเพื่อขอความช่วยเหลือ (จรีรัตน์, 2543)

2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

จุดสูงสุดในชีวิตของคนเราในยามแก่เฒ่าก็ต้องการชีวิตที่มีความสุขสงบ มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ เนื่องจากความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น และความเอาใจใส่ เป็นสิ่งที่ทุกคน

แสวงหา ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ย่อมต้องการสิ่งเหล่านี้ และความต้องการจะมากขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะเป็นวัยไม้ใกล้ฝั่ง จึงอยากให้ลูกหลานญาติพี่น้องนึกถึงตนเองและเอาใจตนเองบ้าง เป็นวัยที่ต้องการความรักความอบอุ่น ความนับถือ ยกย่อง และความเอื้ออาทร เอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง มากกว่าวัยอื่น ๆ เช่น การถามไถ่พูดคุย กอด จูบ เอาอกเอาใจ เป็นต้น (จินตนา, 2546; พรรณงาม และคณะ, 2542; สุพัตรา, 2542) นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย การให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลจึงต้องให้การดูแลที่แสดงถึงความเคารพในวัยวุฒิ และให้การดูแลเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากสมาชิกในครอบครัว สังคม (วิภาวี, 2537) และจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมกำลังใจของผู้ป่วยในการต่อสู้กับโรคร้าย จากการศึกษาของจूरินทร์ (2543) เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการเรียงลำดับตามความสำคัญ คือ การต้อนรับที่ยิ้มแย้มเป็นกันเอง การแจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล การได้ทราบว่าตนเป็นโรคใดอย่างชัดเจนเข้าใจง่าย กิริยาสุภาพอ่อนน้อม วาจาไพเราะ เป็นต้น โดยแต่ละกิจกรรมมีความต้องการอยู่ในระดับร้อยละ 70 ขึ้นไป

3. ความต้องการการดูแลด้านสังคม

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่บทบาททางสังคมจะลดลง เริ่มออกห่างจากสังคม เพราะเป็นวัยของการเกษียณอายุการทำงาน รวมทั้งการเสื่อมสภาพของร่างกาย โอกาสที่จะพบปะกับบุคคลอื่นลดน้อยลง ส่งเสริมให้รู้สึกเหงามากขึ้น (วิภาวี, 2537) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยในโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุจึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุรู้จักกับผู้ป่วยเตียงข้าง ๆ และจัดให้ผู้สูงอายุเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (จूरินทร์, 2543) เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและความอบอุ่นใจ รวมทั้งจะได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ และวิธีการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และวิธีปฏิบัติตัวที่ประสบความสำเร็จของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อส่งเสริมการช่วยเหลือกัน และส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน

4. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย กำลังใจส่วนหนึ่งนอกจากกำลังใจจากบุตรหลาน ผู้สูงอายุยังต้องการกำลังใจจากสิ่งที่ตนเองให้ความนับถือศรัทธา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้สามารถฝ่าฟันโรคร้ายที่ตนเองประสบอยู่ได้ เช่น การศึกษาของบุบผา (2536) พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ ศาสนา บุตรหลานและคู่สมรส ดังนั้นการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องทราบถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย จัดหาและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของผู้ป่วยที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจของผู้ป่วย แม้ว่าการดูแลทางด้านจิตวิญญาณจะเป็นพฤติกรรมดูแลที่สื่อถึงการดูแลที่

ดี แต่กลับพบว่าพฤติกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณกลับไม่เป็นพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจากพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่า พยาบาลมีภาระงานมากจึงทำให้ไม่มีเวลาพูดคุยเรื่องทางด้านจิตวิญญาณกับผู้ป่วย (Annette, 2003) และจากการศึกษาของจอร์จันน์ พบว่า กิจกรรมด้านสังคมและจิตวิญญาณ ไม่มีกิจกรรมใดที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีความต้องการในระดับมาก อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าเป็นขอบเขตที่พยาบาลจะให้ได้ หรือคิดว่าเป็นเรื่องที่ตนเองและครอบครัวที่ต้องจัดการเอง (จอร์จันน์, 2543)

ศาสนา ความเชื่อ และวิถีชีวิตผู้สูงอายุไทยพุทธ

แนวคิดทางศาสนาของผู้สูงอายุไทยพุทธ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ ประชากรร้อยละ 92.95 ของประเทศนับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2542) ศาสนาพุทธจึงมีอิทธิพลต่อความเชื่อและวิถีชีวิตของคนไทยตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต คติธรรมและสุภาษิตต่าง ๆ ที่คนไทยใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต หรือเป็นเครื่องปลอบใจยามมีทุกข์ ได้รับอิทธิพลมาจากพุทธศาสนา เช่น การพึ่งตนเอง การมองว่าทุกสิ่งในโลกล้วนอนิจจัง ความกตัญญู กตเวทิตะ เป็นต้น รวมทั้งการอยู่ร่วมกันก็มีหลักธรรมในการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ และสงเคราะห์ช่วยเหลือกัน และมีหลักธรรมที่สอนการพึงปฏิบัติระหว่างกันของบุคคล (เอื้อน, 2537)

นอกจากนั้นศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่เน้นที่ตัวมนุษย์ การดำเนินชีวิต และการปฏิบัติเพื่อพัฒนาชีวิตเป็นสำคัญ หลักธรรมของศาสนาจึงเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตของชาวพุทธ (ทัศนีย์, 2545; สิวลี, 2544) และเป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจ เป็นแหล่งของความหวังและกำลังใจเมื่อมีความเครียด (Mickley & Soeken, 1993) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความใกล้ชิด และสนใจเกี่ยวกับศาสนามากกว่าวัยหนุ่มสาว ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเกิดมาในยุคที่ประชาชนมีความใกล้ชิดกับศาสนา (ทัศนีย์ และนางลักษณ, 2545) เมื่อผู้สูงอายุไทยพุทธเจ็บป่วยและเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลการรับรู้พฤติกรรมดูแลจากพยาบาล จึงอาจมีมุมมองที่มีรากฐานมาจากคำสั่งสอนทางศาสนา ซึ่งครอบคลุมทั้งรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งหลักธรรมทางศาสนาที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยพุทธ เช่น

1. พรหมวิหาร 4 ซึ่งเป็นหลักธรรมที่พึงปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ และผู้ตกทุกข์ได้ยาก และใช้ในการบริหารงาน (คุณ, 2537; ทัศนีย์ และบุญทิศา, 2545) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 เมตตา คือ ความรัก การปรารถนาให้ผู้อื่นเป็นสุข

1.2 กรุณา คือ การไม่อยู่นิ่งเฉยเมื่อเห็นผู้อื่นเป็นทุกข์โดยไม่นิ่งเฉยในการให้การช่วย

เหลือเพื่อลดความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ด้วยความเมตตา

1.3 มุทิตา คือ ความยินดีเมื่อเห็นผู้อื่นเป็นสุข

1.4 อุเบกขา คือ การวางตัวเป็นกลางไม่แสดงความดีใจ เสียใจ มีความยุติธรรม

2. ทิศ 6 คือ หลักธรรมในการประพฤติปฏิบัติต่อกันของชาวพุทธ ซึ่งจะทำให้สังคมมีความสุข เพราะเมื่อบุคคลปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม ก็เกิดความสัมพันธ์อันดีงามทางสังคม ปรากฏผลเป็นชีวิตที่เหมาะสมและผาสุก (พรหมสารวิภังค์, 2547; สุจิตรา, 2530; สุวรรณ, 2523) ซึ่งทิศ 6 ประกอบด้วย

2.1 ทิศตะวันออก คือ พ่อแม่หรือผู้อาวุโส โดยการเลี้ยงดูท่านตอบแทน ช่วยเหลือการทำงาน ให้การดูแลเมื่อแก่เฒ่า รักษาชื่อเสียงวงศ์ตระกูล ประพฤติตนให้เหมาะสมกับการเป็นลูก ทำบุญอุทิศส่วนกุศลเมื่อท่านล่วงลับ

2.2 ทิศเบื้องขวา คือ ครู อาจารย์ โดยการให้ความเคารพ ตั้งใจฟัง และปฏิบัติตามด้วยความเคารพ ช่วยเหลือปรนนิบัติท่าน

2.3 ทิศเบื้องหลัง คือ บุตร ภรรยา โดยสามีปฏิบัติต่อภรรยาด้วยความยกย่องให้เกียรติ ไม่ดูหมิ่นเหยียดหยาม ไม่ประพฤตินอกใจ ให้ความรับผิดชอบในการดูแลงานบ้าน เลี้ยงดูและให้ของขวัญตามโอกาส ส่วนภรรยาพึงปฏิบัติต่อสามีคือ ดูแลบ้านให้เรียบร้อย ดูแลญาติมิตร ทั้งฝ่ายตนเองและฝ่ายสามี ไม่ประพฤตินอกใจ รักษาทรัพย์ ชยันไม่เกียจคร้าน

2.4 ทิศเบื้องซ้าย คือ มิตรสหาย โดยจะปฏิบัติต่อกันด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ พุดจาต่อกันด้วยคำพูดไพเราะสุภาพ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน วางตนเสมอต้นเสมอปลาย

2.5 ทิศเบื้องล่าง คือ คนรับใช้ โดยมอบหมายงานตามความเหมาะสม ให้ค่าจ้าง และดูแลจัดสวัสดิการยามเจ็บป่วย ให้รางวัลและการพักผ่อนหย่อนใจตามโอกาสสมควร ส่วนผู้เป็นคนรับใช้ต้องยกย่องนาย ทำงานให้ดีและเรียบร้อย ซื่อสัตย์รับเฉพาะของที่นายให้

2.6 ทิศเบื้องบน หรือ สมณพราหมณ์ เพราะเป็นผู้สูงด้วยคุณธรรม และเป็นผู้นำทางจิตใจ เพื่อให้บุคคลรู้จักหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ทำให้เกิดการรับผิดชอบในหน้าที่ของตน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

3. สังคหัตถ์ 4 พระพุทธองค์ทรงชี้ นำให้พุทธศาสนิกชนประพฤติปฏิบัติต่อกันด้วยความโอบอ้อมอารี พุดจาไพเราะน่าฟัง ช่วยเหลือผู้อื่น และวางตนพอดี (ประกอบ, 2542) ซึ่งก็คือ หลักธรรมในการทำความดีต่อผู้อื่น สงเคราะห์ช่วยเหลือกัน และผูกใจผูกใจผูกใจ (ทัศนีย์ และจุฑารัตน์, 2545; ธรรมปิฎก, 2545; สุจิตรา, 2530) ได้แก่

3.1 ทาน คือ การให้เผื่อแผ่แบ่งปัน สิ่งของตนมีเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น โดยให้ปัจจัยสี่ และความรู้ความเข้าใจแก่ผู้อื่น

3.2 ปิยวาจา คือ วาจาเป็นที่รัก ด้วยการใช้คำพูด ไพเราะน่าฟัง แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ และมีเหตุมีผล เรียกด้วยสรรพนามตามศักดิ์ เช่น ลุง ป้า น้า อา อันเป็นภาษาของคนรักใคร่กัน

3.3 อัตถจริยา คือ การช่วยเหลือด้วยแรงกาย ทำตัวให้เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น

3.4 สมานัตตตา คือ ความมีตนเสมอ หรือการเอาตัวเข้าสมาน ทำตัวเข้ากับผู้อื่นได้ การรู้จักวางตัวที่เหมาะสม กับบุคคล ตำแหน่ง เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม เคารพผู้ใหญ่ เ็นดูผู้น้อย เสมอต้นเสมอปลาย ให้ความเป็นกันเอง ทำให้เกิดวัฒนธรรมอันดีและอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข

ในความเข้าใจทางพุทธธรรม คุณค่าทางจริยธรรมที่เป็นสิ่งสำคัญ คือ 1) ความ

ตระหนักรู้ว่า ผลที่ต้องการไม่อาจสำเร็จได้ด้วยการอ่อนน้อมพระผู้สร้าง หรืออำนาจเหนือธรรมชาติ แต่สำเร็จได้ด้วยการลงมือกระทำ 2) การกระทำเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ จะต้องรู้และเข้าใจกระบวนการของธรรมชาติ และจัดการกับสิ่งทั้งหลายด้วยปัญญา 3) การรู้และเข้าใจกระบวนการของธรรมชาติ ว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามกระแสแห่งเหตุและปัจจัย ไม่หลงผิด เข้าไปยึดมั่นถือมั่นในสิ่งทั้งหลาย เป็นอิสระไม่ตกเป็นทาสของสิ่งที่เข้าไปเกี่ยวข้อง แต่เข้าไปเกี่ยวข้องอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ด้วยปัญญา (ธรรมปิฎก, 2545; พุทธศาสนิกฯ, 2535) พร้อมกันนั้นก็สอนให้รู้จักที่จะอยู่อย่างกลมกลืนประสานกับธรรมชาติ และเพื่อนมนุษย์ ด้วยการประพฤติคุณธรรมต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ใจเปิดกว้าง และทำให้เกิดความประสานกลมกลืน เช่น เมตตา (ความรักความปรารถนาดีต่อกัน) กรุณา (ความคิดช่วยเหลือ) มุทิตา (ความบันเทิงใจในความสุขของผู้อื่น) อุเบกขา (ความวางใจเป็นกลาง ตัดสินเหตุการณ์ตามเหตุและปัจจัย) ความสามัคคี ความร่วมมือ การช่วยเหลือ บำเพ็ญประโยชน์แก่กัน ความเสียสละ ความสำรวมตน ความอดทน ความเคารพอ่อนน้อม ความมีวิจรรณญาณ เป็นต้น ซึ่งจะตรงกันข้ามกับกิเลสที่สร้างความขัดแย้ง เช่น ความริษยา กัดกัดดุดม ความเห็นแก่ตัว ความหุนหัน ความเยอหยิ่ง ความหวาดระแวง ความเกียจคร้าน ความหดหู่ ความลุ่มหลงมกมาย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้พุทธศาสนิกชนมีชีวิตที่ประสานกลมกลืนกับธรรมชาติ มีชีวิตอยู่อย่างเข้าใจกฎธรรมชาติ ไม่ยึดมั่น ถือมั่น ไม่ขึ้นต่อสิ่งใด ไม่สูญเสียอิสรภาพ ใช้ชีวิตอย่างมีสติ (ธรรมปิฎก, 2545)

ซึ่งจะเห็นได้ว่าหลักธรรมคำสอนจากหลักธรรมในพุทธศาสนามีหลายประการ แต่จุดประสงค์ใหญ่ก็เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เป็นสังคมที่มีมิตรไมตรี เห็นอกเห็นใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่สงเคราะห์ช่วยเหลือกัน

ความเชื่อของผู้สูงอายุไทยพุทธ

นอกจากหลักธรรมดังกล่าวข้างต้น พุทธศาสนิกชนยังมีความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม บุญบาป และความเชื่อเรื่องวิญญาณและไสยศาสตร์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อประเพณี และการดำเนินชีวิตของพุทธศาสนิกชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม คำสอนของพุทธศาสนาเกี่ยวกับกฎแห่งกรรมมีว่า ชีวิตของแต่ละคนจะมีสภาพแบบใดหรือเป็นเช่นใด ย่อมขึ้นอยู่กับผลกรรมที่ตนได้ทำมา และจะทำต่อไป ถึงแม้ว่าคนไทยจะเชื่อเรื่องโชคลางและอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แต่ก็ยอมรับคำสอนเรื่องกรรม เพราะความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมสามารถอธิบายเรื่องความแตกต่าง และความไม่เท่าเทียมกันทางด้านต่าง ๆ ของบุคคลในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อมนุษย์จึงเป็นผลมาจากกรรมหรือการกระทำของมนุษย์เอง ในทัศนะของพุทธศาสนาโรคภัยไข้เจ็บของมนุษย์ที่เป็นอยู่นั้นมีสาเหตุหลายประการด้วยกัน แต่เป็นการยากที่คนทั่วไปจะรู้ว่าโรคใดเป็นโรคที่เกิดจากเวรกรรม หรือเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ ดังนั้นพุทธศาสนาจึงแนะนำให้ชาวพุทธถือเอาโรคทุกโรคที่ตนเป็นนั้นไม่ได้เป็นโรคเวรโรคกรรม แต่เป็นโรคที่รักษาได้ นอกจากนั้นความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาวะความเจ็บป่วยของตนด้วยความสงบ (สุริยา, 2538) และหลักคำสอนนี้ยังสอนสอนเรื่องการทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว และวัดความชั่วดีอยู่ที่เจตนาของผู้กระทำ คือ ผู้ใดทำกรรมใดก็จะได้รับผลกรรมนั้น เชื่อว่าคนเรามีกรรมที่ทำไว้เป็นสิ่งที่ควบคุมการดำเนินไปของชีวิตคน แต่สามารถลบล้างได้โดยการสร้างกรรมดีทดแทนหรือลบล้างกรรมชั่ว (ฟาริดา, 2541; สีวลี, 2544)

2. ความเชื่อเรื่องบุญบาป บุญบาปเป็นผลมาจากความเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด โดยมีความเชื่อว่าผลของกรรมดี จะเกื้อหนุนให้ชีวิตมีความสุข ผลของกรรมชั่วทำให้ชีวิตไม่มีความสุข แนวความคิดเรื่องบุญบาปจึงมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทย จึงทำให้คนไทยนิยมการทำบุญกุศลประเภทต่าง ๆ ตามความพร้อมและความสามารถของแต่ละบุคคล เพราะต้องการสะสมบุญกุศล และในยามเจ็บป่วยการทำบุญกุศล เช่น การบริจาคโลหิต การปล่อยนกปล่อยปลา ทำบุญตักบาตร จะช่วยบรรเทาวิบากกรรมในอดีต ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ (สุริยา, 2538)

3. ความเชื่อเรื่องวิญญาณและไสยศาสตร์ ก่อนที่พุทธศาสนาจะเข้ามาในประเทศไทย วัฒนธรรมไทยมีความเชื่อเรื่องวิญญาณอยู่แล้ว คือ เชื่อว่าแต่ละคนมีวิญญาณอยู่ในร่างกายเมื่อตายแล้วก็จะไปเกิดใหม่ โดยที่วิญญาณนั้นจะไม่ตายแต่จะเวียนว่ายตายเกิดจนกว่าจะหลุดพ้นจากสังสารวัฏ (สุริยา, 2538) จึงมีความเชื่อตามคติการทำบุญอุทิศส่วนกุศลเพิ่มให้แก่ผู้ตาย (ทักษิณานุประทาน) ว่าการทำบุญกวาดน้ำจะทำให้ผู้ล่วงลับไปแล้วได้รับส่วนกุศลด้วย และมีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เช่น พุทธศาสนิกชนชาวใต้มีความเชื่อหลายประการที่สืบเนื่องมาจากศาสนา แต่ความเชื่อโดยส่วนใหญ่มักจะมีผสมผสานอยู่กับความเชื่อดั้งเดิมในด้านไสยศาสตร์การ

นับถือผีสาางเทวดา และบางอย่างก็มีความขัดแย้งกับแก่นแท้ของพุทธศาสนา เช่น การปลุกเสกทำให้เกิดความรู้สึกดีลึทธิ จึงเชื่อว่าน้ำมนต์ และสายสิญจน์เป็นเครื่องป้องกันผีและเสนียดจัญไร เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าพระพุทธรูป และพระบรมสารีริกธาตุเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์สามารถแสดงอภินิหารได้ จึงมีความเคารพนับถือพระพุทธรูป และนิยมแขวนพระห้อยคอเพื่อขอการปกป้องรักษาให้แคล้วคลาดจากภัยอันตรายต่างๆ มากกว่าที่จะถือเป็นเครื่องเตือนสติให้ระลึกถึงหลักพุทธธรรม (ตณฺย, 2538)

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยพุทธ

การดำเนินชีวิตประจำวันพุทธศาสนิกชนทั่วไป มีกิจกรรมทางศาสนา คือ การทำบุญตักบาตรแด่พระภิกษุสงฆ์ในตอนเช้า เพื่อเป็นการสืบต่อพุทธศาสนา การรักษาศีล 5 (หรือความปกติของกาย วาจา โดยไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักขโมย ไม่ประพฤติผิดในกาม ไม่พูดปด ไม่เล่นการพนัน) และไหว้พระสวดมนต์ เพื่อเคารพบูชาและระลึกถึงพระรัตนตรัย โดยมักจะทำเวลาก่อนนอน นอกจากนี้ชาวพุทธยังมีกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันมาฆบูชา วิสาขบูชา อาสาฬหบูชา เป็นต้น ซึ่งในวันสำคัญเหล่านี้จะมีการร่วมกิจกรรมของชุมชนในการไปร่วมทำบุญ และเวียนเทียนที่วัด (คุณ, 2537) การปฏิบัติกิจทางศาสนาของชาวพุทธจึงอยู่ที่ใจ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ทำความดี ละเว้นความชั่ว และทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ซึ่งเป็นหัวใจของพุทธศาสนา เป็นเรื่องจิตใจของแต่ละบุคคลที่จะประพฤติปฏิบัติให้มีความอยู่เย็นเป็นสุข ไม่เบียดเบียนผู้อื่นและตนเอง

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ปลูกฝังวัฒนธรรมการให้เกียรติและยกย่องผู้สูงอายุ (สิวลี, 2544) มีการสอนมารยาทแก่เด็กในการปฏิบัติต่อผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เช่น มารยาทการรับส่งของจากผู้ใหญ่ ต้องปฏิบัติด้วยอาการนอบน้อมเคารพนับถือ เมื่อจะรับของก็ไหว้ท่านก่อนแล้วจึงรับ เมื่อจะส่งของให้ท่านก็ส่งของก่อนแล้วจึงไหว้ เมื่อจะลา ก็ให้ไหว้อีกครั้ง การเดินถ้าเดินผ่านผู้ใหญ่ให้เดินผ่านลักษณะสำรวจม ปล่อยมือวางข้างตัว ค้อมตัวลงเมื่อใกล้ถึงผู้ใหญ่ การเดินจะไม่เดินลงส้นเพราะจะเกิดเสียงดัง และการเข้าพบผู้ใหญ่ในขณะที่ผู้ใหญ่ยืนอยู่ เดินอย่างสุภาพเข้าไปใกล้พอสมควร ไหว้แล้วยืนสำรวจม มือประสานกัน ถ้าผู้ใหญ่นั่งเก้าอี้ ให้เดินอย่างสุภาพ เมื่อเข้าไปใกล้ยกมือไหว้ แล้วนั่งเก้าอี้ หรือนั่งเก้าอี้ก่อนแล้วยกมือไหว้ก็ได้ กรณีผู้ใหญ่นั่งอยู่กับพื้น ให้คลานเข้าเข้าไปใกล้ นั่งพับเพียบเก็บเท้าแล้วไหว้ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าสังคมไทยให้ความสำคัญและยกย่องผู้สูงอายุและถือว่าผู้สูงอายุเป็นร่วมโพธิ์ร่มไทรของบ้าน (สุวรรณ, 2523)

บุคลิกลักษณะของคนไทยจึงมีลักษณะสุภาพอ่อนน้อม เคารพผู้ใหญ่ และเกรงใจผู้อื่น ยอมรับสภาพ และวิถีชีวิตของตนเองที่ถูกกำหนดโดยสังคม และพรหมลิขิต คนไทยมีความสงสาร และเห็นอกเห็นใจผู้อื่นสูง พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้อื่น มีการคำนึงถึงศักดิ์ศรี และภาพพจน์ของตนเองอย่างมาก (ยศ, 2539) และในชาวไทยภาคใต้จะมีบุคลิกลักษณะนิยมความ

เป็นอิสระ ยึดมั่นประเพณีทางศาสนา รักพวกพ้อง มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ยกย่องผู้มีวัยวุฒิ คุณวุฒิ และชาติวุฒิ (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2527 อ้างตาม ดนัย, 2538) จึงให้ความเคารพ ยกย่องข้าราชการ รวมทั้งยกย่องเพศชายมากกว่าหญิง เพราะมีความเชื่อว่าผู้ชายเกิดในภพที่สูงกว่าหญิง เมื่อผู้ชายจะลงมาเกิดมีเทวดาเป็นผู้เชิญลงมา ส่วนผู้หญิงมีผีเป็นผู้เคาะกะลาเชิญมาจากใต้ดิน รวมทั้งเพศชายเป็นผู้สืบสกุล มีฐานะเป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้แสวงหาทรัพย์เงินทองมาเลี้ยงดูครอบครัว (दनัย, 2538)

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากอาการของโรค และจากสภาพร่างกายที่แก่ชรา ประกอบกับการเปลี่ยนสถานที่อยู่ใหม่จึงทำให้เกิดความไม่คุ้นเคย การดูแลที่ดีของพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย นอกจากนี้บุตรหลานและญาติมิตร รวมทั้งศาสนา จะเป็นแหล่งความหวังและกำลังใจของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ คือ บุตรหลานคู่สมรส และศาสนา (บุบผา, 2536) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุต้องการกำลังใจจากครอบครัว บุตรหลาน รวมทั้งศาสนา เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวและขวัญกำลังใจของตนเอง สำหรับผู้สูงอายุไทยพุทธการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามักเป็นเรื่องเฉพาะคนที่แต่ละบุคคลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การไหว้พระสวดมนต์ก่อนนอน การแขวนพระระลึกรั้งพระรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยปกป้องรักษาให้ปลอดภัย การทำบุญต่างๆ เป็นต้น แต่สำหรับสิ่งที่ปฏิบัติเองไม่ได้ บุตรหลานจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น การนำสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการจะทำบุญไปให้ผู้ป่วยอธิษฐาน และนำไปปฏิบัติกิจกรรมแทนตามความต้องการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลทางจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่สื่อถึงการดูแลที่ดี แต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่คุณภาพการดูแลหวัง เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่ายามีภาระงานมาก มีเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยน้อย (Annette, 2003)

การรับรู้พฤติกรรมดูแลจากพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุไทยพุทธในโรงพยาบาล จึงเป็นการรับรู้พฤติกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุตามความเชื่อ และค่านิยมในวัฒนธรรมไทยที่ให้การยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุไทยพุทธในโรงพยาบาล จึงควรตระหนักในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุไทยพุทธตามความเชื่อและค่านิยมที่ตรงตามดังกล่าว โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยจิตที่เป็นกุศล มีความเมตตากรุณา ให้การดูแลด้วยการแสดงออกทางวาจา และทางกายที่นุ่มนวลอ่อนโยน เอาใจใส่ เข้าใจผู้ป่วย อุดหนุนเสียสละ เต็มใจให้การดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี เกิดความผาสุกทางใจ รับรู้ว่าจะได้รับการดูแลที่ดีจากพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี และสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลและความเป็นวิชาชีพพยาบาลที่มีคุณภาพ สร้างความภาคภูมิใจให้แก่ตนเอง และหน่วยงาน

อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ตนเอง และผู้ปวยต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

ความหมายการรับรู้

การรับรู้ หมายถึง การรับสัมผัสสิ่งเร้าโดยผ่านประสาทสัมผัส แล้วแปลความหมายออกเป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย (กานดา, 2543) โดยรับรู้ผ่านระบบรับสัมผัสซึ่งได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง และกล้ามเนื้อ ข่าวสารที่ระบบรับสัมผัสรับจากสิ่งแวดล้อม จะถูกส่งต่อไปยังสมอง แล้วแปลผลออกมาเป็นพฤติกรรมการรู้สึกถึงสิ่งนั้นคือ อะไร (สุปราณี, 2541) หรือเป็นขบวนการที่คนเรารู้สึก หรือมีประสบการณ์กับวัตถุ และเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส (ประนอม, 2522; สุชา, 2541) แปล หรือตีความหมายของการรู้สึกสัมผัสจากตาเห็นภาพ จมูกได้กลิ่น หูได้ยินเสียง ผิวหนังรับสัมผัส เป็นต้น ออกมาเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่มีความหมาย การให้ความหมายและมีปฏิริยาตอบโต้ต่อสิ่งเร้ามากเพียงใด ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ ประสบการณ์ในอดีต สติปัญญาและการเรียนรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การคาดหวัง สภาวะจิตใจขณะนั้น และธรรมชาติของสิ่งเร้า (กันยา, 2542; วิภาพร, ม.ป.ป.)

ส่วนการรับรู้ในทางพุทธศาสนาหรือผัสสะ เกิดจากอายตนะ (ทางรับรู้) ซึ่งประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ที่เชื่อมต่อกับโลก (สิ่งแวดล้อมภายนอก) มาเจอกับสิ่งที่ถูกรับรู้ (อารมณ์) เกิดเป็นความรู้เฉพาะด้านของทางรับรู้ (วิญญาณ) หรือความรู้แจ้งรู้อารมณ์ โดยจะต้องมีความใส่ใจประกอบอยู่ด้วยการรู้อารมณ์จึงจะเกิดขึ้น และมีความรู้สึกต่ออารมณ์ที่รับรู้เข้ามา (เวทนา) เช่น ทุกข์ สุข โสมนัส (สบายใจ) โทมนัส (ไม่สบายใจ) อุเบกขา (ความไม่ทุกข์ไม่สุข) (พระธรรมปิฎก, 2545)

สรุปได้ว่าการรับรู้ เป็นกระบวนการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งต่างๆที่เข้ามามีผลกระทบ ต่อตนเองทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของร่างกาย และการรับรู้ของแต่ละคนจะเกี่ยวข้องกับ ความสมบูรณ์ของประสาทสัมผัสของร่างกาย จิตใจ ประสบการณ์ในอดีต ความคิด และสติปัญญาของตนเองในการแปลความหมายของสิ่งที่เข้ามากระทบกับตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางความคิดของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ การทำความเข้าใจและยอมรับบุคคลอื่น

ตลอดจนการสร้างความประทับใจระหว่างบุคคล (จิราภรณ์, 2532) นอกจากนี้การรับรู้ยังเป็นกระบวนการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อตนเองทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของร่างกาย และการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของประสาทสัมผัสของร่างกาย จิตใจ การแปลความหมายของสิ่งที่เข้ามากระทบกับตนเอง อาจแตกต่างกันไปตามการแปลความหมายของแต่ละบุคคล โดยปัจจัยของการรับรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ สิ่งที่เข้ามาสัมผัสกับบุคคลนั้น และปัจจัยจากตัวบุคคลนั่นเอง (สุชา, 2541) ได้แก่ ประสบการณ์ สติปัญญา การฝึกอบรม ทัศนคติ สภาวะอารมณ์ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคคลนั้น ซึ่งการตอบสนองของบุคคลหนึ่งต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งจึงมีลักษณะเฉพาะของบุคคลอย่างน้อยส่วนหนึ่งเป็นตัวกำหนด (บัวหลวง, 2538) ดังนั้นการรับรู้พฤติกรรมการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุไทยพุทธในโรงพยาบาล อาจมีผลจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. อายุเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ หรือภาวะจิตใจ การรับรู้ความสามารถในการเข้าใจ และตัดสินใจต่าง ๆ และความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย (มานา, วิไลวรรณ และกรองพุทธ, 2544) ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกาย และอวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ (ชาญณรงค์, 2535) รวมทั้ง ผู้สูง อายุและเป็นวัยที่ด้อย ปรับตัวต่อการสูญเสียตามวัย เช่น สูญเสียความสามารถทางร่างกาย ไม่สามารถทำทุกสิ่งได้ตามที่ต้องการเหมือนเดิม สูญเสียเส้นประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุจึงต้องการความรัก ความนับถือ และการยกย่องมาก (จินตนา, 2546) และเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็มักมีความจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย เสี่ยงต่อความพิการและเสียหายที่ของอวัยวะร่างกาย (Wagner, 1999) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง (ประคอง, 2543) มีความต้องการการดูแล และคาดหวังการดูแลจากพยาบาลมากกว่าวัยอื่น ๆ มีการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ดังเช่น การศึกษาของกุสุมา (2545) เรื่องพฤติกรรมการดูแลเชื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลเชื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเชื้ออาทรของพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า

2. เพศ เนื่องจากโครงสร้างของสมองที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง และโอกาสการเรียนรู้ของเพศชายจะมีมากกว่าเพศหญิง และอัตราการรู้หนังสือของเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในประชากรไทยโดยรวม (ภัสสร, 2540) จึงอาจทำให้เพศชายมีการรับรู้ที่ดีกว่าเพศหญิงได้ (Schaffer, 1981 อ้างตาม ธีรพันธ์, 2543) ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางจิต

สังคมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (เยวาลักษณ์, 2529) จึงเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่านอกจากนั้นเพศหญิงยังเป็นเพศที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้มีอาการที่เปลี่ยนแปลงหัวโนไหวได้ง่าย ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีอาการหงุดหงิดได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (ศิริพร, 2546; สุชา, 2542) จึงต้องการดูแลจากพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ตอบสนองความต้องการอาจทำให้การรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอาใจของพยาบาลเบี่ยงเบนไปได้ และจากการศึกษาของสิริยา (2540) ในเรื่องความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่แตกต่างกัน ในเรื่องของความนุ่มนวลในการให้การพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยเพศหญิงมีความต้องการและคาดหวังพฤติกรรมการดูแลที่นุ่มนวลจากพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย จึงทำให้มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่แตกต่างกัน ในการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า ในด้านของความเป็นมิตรในการบริการพยาบาลมีความแตกต่างกันระหว่างหอผู้ป่วยชายล้วน และหอผู้ป่วยรวมชายหญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสังคมไทยเพศหญิงต้องระมัดระวังกิริยาในการพูดคุยกับเพศชาย ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลมีความระมัดระวังกิริยาในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในหอศัลยกรรมชายล้วนมากกว่า ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลด้วยความเป็นมิตรน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชายมีระดับการคาดหวังต่อการบริการพยาบาลด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน (กัลยาณี, รัชชี่, วิไล และอุบลรัตน์, 2536)

3. การศึกษา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการรับรู้ เพราะการศึกษาจะเป็นสิ่งที่พัฒนาสติปัญญาทำให้มีความรู้ที่กว้างขวางมากขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้สามารถถึงประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตมาช่วยในการแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้ จึงทำให้บุคคลที่มีการศึกษาที่สูงกว่าอาจมีการรับรู้ที่ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (จิราภรณ์, 2532) จึงทำให้ผู้มีการศึกษาที่สูงกว่ามีความต้องการข้อมูล และคาดหวังข้อมูลจากพยาบาลสูงกว่าผู้มีการศึกษาต่ำกว่า (Dodge, 1969 อ้างตาม พรนิภา, 2536) และจากการศึกษาของมยุลี และนนทา (2541) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีความคาดหวังต่อการบริการพยาบาลในระดับสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำมีความคาดหวังต่อการบริการพยาบาลในระดับที่ต่ำกว่า นอกจากนั้นการศึกษาของเยวาลักษณ์ (2529) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมมีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของตัวเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้มีการศึกษาสูงจะมีความต้องการการดูแลที่มากกว่าผู้มีการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลจากพยาบาลได้ ถ้าได้รับการดูแลที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของตน แต่บางการศึกษากลับพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ (จรีรัตน์, 2543)

4. รายได้ เป็นสิ่งที่บ่งบอกฐานะทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้ออำนวย
ใน

การเผชิญกับความเจ็บป่วย เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการจัดหาเครื่องใช้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้มีรายได้สูงกว่าจะมีโอกาสดีกว่าผู้มีรายได้น้อยในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา และแสวงหาการรักษา รวมทั้งบริการสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) จึงทำให้มีความคาดหวังต่อการดูแลของพยาบาลมาก ถ้าได้รับการบริการที่ไม่สะดวกรวดเร็วก็จะเกิดความไม่พอใจพฤติกรรมผลการดูแลจากพยาบาล จึงทำให้อาจมีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมผลการดูแลจากพยาบาลได้ แต่จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ (2529) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง และการศึกษาของสายลม (2542) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอาการซึมเศร้าหลังคลอด โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง เนื่องจากมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการรักษาพยาบาล จึงต้องการให้อาการเจ็บป่วยทุเลาโดยเร็ว ซึ่งอาจมีผลทำให้ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลมากขึ้นเช่นเดียวกัน แต่จากการศึกษาของ อนงค์ (2542) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอำนาจเจริญ พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีความพึงพอใจการบริการมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง

5. การรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออาการและความคุกคามของโรคที่มีผลกระทบต่อตนเอง (พรนิภา, 2536) และการศึกษาของบุญวดี และจรัสศรี (2540) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองรุนแรง จะมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจรัสศรี (2543) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคมาก มีความต้องการการพยาบาล และการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลมากขึ้น จึงทำให้อาจมีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมผลการดูแลจากพยาบาล และจากการศึกษาของชัดเจน (2543) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองรุนแรงมาก ก็จะมีความวิตกกังวลมาก ซึ่งเกิดจากความกลัว วิตกกังวลไม่แน่ใจ ต่อสภาพความเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอนที่เผชิญอยู่ จึงประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเองไปในทางลบ (Stoudermire, 1994 อ้างตาม ชัดเจน, 2543) เช่นเดียวกับการศึกษาของธัญญา (2545) เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง เพราะจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ก่อให้เกิด

ความวิตกกังวลจนถึงซึมเศร้าได้ ทั้งนี้จึงอาจมีผลทำให้ต้องการการดูแลเอาใจใส่ และการให้กำลังใจจากพยาบาลมากขึ้น

6. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จะมีความวิตกกังวลกับการรักษาที่จะได้รับตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสถานที่อยู่ และสิ่งแวดล้อม ทำให้ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลมาก ดังเช่นกับการศึกษาของจัวร์ตัน (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกจะมีความต้องการการพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลมากขึ้น ทำให้มีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลจากพยาบาล

7. หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยที่แตกต่างกันจะรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่แตกต่างกัน ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยก็อาจมีความเฉพาะไปในแต่ละแผนก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีการรับรู้การดูแลจากพยาบาลแตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของสมคิด (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของอิซยา และนงนุช (2542) พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจะรับรู้การดูแลที่ต่ำกว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงต้องการการดูแลเอาใจใส่มากกว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งมีผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านความเจ็บป่วยค่อนข้างชัดเจน เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่วนหอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งมักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุที่ทำให้มีความบาดเจ็บของร่างกาย ความผิดปกติของอวัยวะ เช่น การอักเสบ อุบัติเหตุ แผลพุพองของอวัยวะต่าง ๆ เป็นต้น (ธนิต, 2541) การให้การดูแลของพยาบาลก็จะแตกต่างกันไปตามความจำเป็น และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจผลต่อมีการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาล

ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมามีทั้งการศึกษาที่พบและไม่พบความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลจากพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลจากพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน และจากการศึกษาของกุสุมา (2545) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยหนักต่อพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาล แต่เพศ รายได้ การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลจากพยาบาล

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้สูงอายุไทยพุทธเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่เจ็บป่วยจนต้องเข้ารับ การ

รักษา

ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีความ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด พฤติกรรมการดูแลที่ดีของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริม การหาย และความผาสุกของจิตใจผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยในโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นสิ่งที่แสดงถึง คุณภาพการดูแลของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่องานบริการ ของพยาบาลของโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับการดูแล ทั้งในและ ต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจคล้ายคลึงกัน แต่มี ความแตกต่างกันเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล โดยในงานวิจัย ของต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับทักษะและความสามารถของพยาบาล การดูแล ช่วยเหลือด้านร่างกาย การให้ความรู้และคำแนะนำ การให้ความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์ แต่ในงานวิจัยของประเทศไทยผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการดูแลช่วยเหลือ การ พุดจา กิริยามารยาท การให้กำลังใจ และการให้ความเคารพในวิถีปฏิบัติ ประกอบกับแนวคิดเกี่ยวกับ ทางศาสนาในการปฏิบัติต่อกันของชาวพุทธ และวัฒนธรรมในการให้ความเคารพผู้มีอาวุโส ซึ่ง เป็นเอกลักษณ์ของไทย ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยสูง อายุไทยพุทธในโรงพยาบาล เพื่อศึกษาถึงจุดดีจุดด้อยของพฤติกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ไทยพุทธในโรงพยาบาล และนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการ บริการที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่าน พ้นจากภาวะเจ็บป่วยซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามความสงบสุขในชีวิตได้อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยง การเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป