

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมใน 3 ประเด็นดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.1 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

2.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

2.3 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

2.4 กระบวนการพยาบาลกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

ในโรงพยาบาล

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลจะมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นได้ง่าย ทั้งนี้มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ 50 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรค (Anderson, 2003) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาคือคนอื่นและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (Eliopoulos, 2001) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย คือ

1.1 ปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ ผนังกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่น และแรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างลดลง ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง หลอดเลือดมีการตีบแข็ง โดยเฉพาะหลอดเลือดเอออดตาร์ ลิ้นหัวใจมีลักษณะตีบแข็ง เอสเอโนด (sinoatrial node : SA node) มีเซลล์ลดลง (pacemaker cell) ทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ จากการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุนำที่สำคัญของการตายในผู้สูงอายุ พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 50 ของกลุ่มอายุ 65-74 ปี และประมาณร้อยละ 60 ของกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure, CHF) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac dysrhythmias) (Roach, 2001 ; Smeltzer & Bare, 2000)

ความดันโลหิตสูง มีสาเหตุจากการตีบแคบของหลอดเลือด การเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะซีด หรือจากโรคต่างๆ เช่น ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โดยมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดเมื่อยศีรษะ หงุดหงิดง่าย มีความจำบกพร่อง หรือมีภาวะสับสน และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Eliopoulos, 2001)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) หรือโรคหัวใจขาดเลือด เป็นความผิดปกติที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ พบอุบัติการณ์เสียชีวิตถึงร้อยละ 78 - 80 ในเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิงจนกระทั่งอายุ 80 ปี จึงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้เท่ากันทั้งสองเพศ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุจะไม่ชัดเจน ที่พบได้บ่อยคือ หายใจลำบาก (dyspnea) เหนื่อยล้า (fatigue) และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง บางครั้งอาการจะทุเลาลงเมื่อมีการเปลี่ยนท่า ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยอาการได้อย่างชัดเจน และเกิดความล่าช้าที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) (Roach, 2001)

โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure, CHF) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุนำของการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2001) โรคหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะล้มเหลวของหัวใจในการบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการ ส่วนใหญ่เกิดจากความล้มเหลวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left-side heart failure)

ผู้ป่วยจะมีอาการนำด้วยภาวะหายใจลำบากเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) มีอาการบวม (edema) นอนราบไม่ได้ (orthopnea) มีอาการตื่นมาหอบเหนื่อยเวลากลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea) เหนื่อยล้า และอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกนึกคิด หรือมีภาวะสับสนได้ (altered mental status) (Julie, 2003 ; Roach, 2001)

โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac dysrhythmias) เป็นความผิดปกติในการส่งกระแสไฟฟ้าในการทำงานของหัวใจ ส่งผลให้มีความผิดปกติของอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ มีความสัมพันธ์กับแหล่งกำเนิดกระแสไฟฟ้าและตัวนำที่กระตุ้นการทำงานของหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลม หหมดสติ มึนงง เหนื่อยล้า แน่นหน้าอก ใจสั่น และหายใจลำบากหรือมีอาการแสดงของภาวะปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ เช่น ผิวหนังซีด เย็น หรือหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (neck vein distention) ปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรง ทำให้มีภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) โดยระดับความรุนแรงจะเกี่ยวเนื่องกับการสูญเสียหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้น้อยโดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญและกล้ามเนื้อหัวใจเมื่อความรุนแรงมากขึ้น จะก่อให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) หากทำการช่วยฟื้นคืนชีพซ้ำ สมอลจะถูกทำลายและเสียชีวิตในที่สุด (Smeltzer & Bare, 2000)

1.2 ปัญหาของระบบประสาท (neurological system)

เมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่สำคัญ คือ จำนวนเซลล์ประสาทลดลง (neuron) พบว่า เมื่ออายุ 75 ปี เซลล์ของประสาทจะลดลงอย่างน้อยประมาณร้อยละ 10 จำนวนเซลล์ที่ลดลงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบความรู้สึกนึกคิด สูญเสียประสาทรับความรู้สึก (Roach, 2001) ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นช้าจากระยะเวลาของการนำสัญญาณประสาทไปยังสมองช้าลง ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดปัญหาที่พบบ่อย คือ โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accidents) และความผิดปกติเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว คือ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium or acute confusional state) และโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) (Eliopoulos, 2001 ; Smeltzer & Bare, 2000)

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accidents) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลก พบอุบัติการณ์มากขึ้นในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 55 ปี ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอายุมากกว่า 65 ปี (Roach, 2001) ภาวะโรคหลอดเลือดสมองจะพบมากขึ้นในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงดังนี้ มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดตีบแข็ง อ้วน มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง มีภาวะเครียด สูบบุหรี่ มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดหรือเป็น

โรคเบาหวาน อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ชนิด และ ความรุนแรงของการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง อาการเริ่มแรกจะมีอาการปวดศีรษะและ มีความรุนแรงถึงขั้นหมดสติและเสียชีวิต (O'Neill, 2002) แต่เนื่องจากปัจจุบันมีความก้าวหน้า ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงพบอัตราการเสียชีวิตลดลง แต่พบความพิการหลงเหลือ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น พบว่า มีเพียงร้อยละ 10 ที่หายเป็นปกติ ร้อยละ 40 มีความพิการหลงเหลือ ร้อยละ 40 มีความพิการมาก และอีกร้อยละ 10 ยังคงต้องการ การดูแลรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือสถานบริการ (Stroker, 1983 อ้างตาม จารึก, ซอลดา, และ ประณีต, 2546)

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium or acute confusional state) เป็นภาวะที่พบ บ่อยในวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบความชุกของการเกิดอุบัติ การณ์ในผู้ป่วยที่แรกรับในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 13-14 และระหว่างที่นอนรักษาตัวในโรง พยาบาล พบประมาณร้อยละ 5-12.5 ภาวะสับสนเฉียบพลันมีสาเหตุจากความผิดปกติใน การทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีความผิดปกติของความจำ สูญเสียการรับรู้เวลาสถานที่ บุคคล สูญ เสียความสามารถในการรับรู้หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจได้ บางครั้งอาจมีอาการวุ่นวายหรือเซื่องซึม ซึ่งมีผลกระทบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและ ผู้ดูแล (สุทธิชัย, 2542)

กลุ่มอาการสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในการ ทำงานของสมองส่วนเปลือกสมอง (cerebral cortex) จากความเสื่อมตามวัยหรือโรคของเนื้อ สมอง อาการหรือพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ คือ ความบกพร่องของความจำ ทั้งความจำ ระยะสั้นและความจำระยะยาวมีความบกพร่องเกี่ยวกับความคิดที่เป็นนามธรรม (abstract thinking) การตัดสินใจบกพร่อง หรือมีอาการผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ เช่น ไม่สามารถ พูดหรือเข้าใจภาษา (aphasia) ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ ไม่สามารถคิดหรือทำอะไรที่ซับซ้อน ได้ (apraxia) การแปลความรู้สึกผิดพลาด (agnosia) หรือมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ อาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บทบาทหน้าที่การทำงาน การสร้าง สัม พันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างและการเข้าสังคม (วรรณนิภา, 2542)

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อม พบในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยไม่มีสาเหตุที่สามารถระบุได้อย่างแน่นอน ลักษณะของโรคขึ้น อยู่กับการเปลี่ยนแปลงของสมอง และจะมีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถกลับไปฟื้นคืนได้ อาการเริ่มแรกจะมีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา อาการจะดำเนินไปอย่างช้าๆ มีความบกพร่อง

ทางความคิด ไม่เข้าใจภาษา ระยะสุดท้ายของโรคจะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ และการเคลื่อนไหว มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สูญเสียความรู้สึกนึกคิด ไม่สามารถจำญาติหรือบุคคลที่คุ้นเคยได้ (Eliopoulos, 2001)

จากปัญหาของระบบประสาท ผู้สูงอายุจะมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสำคัญ ตามมา คือ การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อ (O'Neill, 2002)

1.3 ปัญหาของระบบหายใจ (respiratory system)

ในผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของทรวงอก ประกอบด้วยภาวะผิดปกติของโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ภาวะหลังคดโก่ง (kyphosis) ทำให้การขยายตัวของปอดถูกจำกัด กล้ามเนื้อหายใจหดตัวได้ไม่เต็มที่ ซึ่งโครงเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่จากมีแคลเซียมเกาะทำให้เนื้อปอดแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่น มีความจุปอดลดลง มีอากาศค้างในปอดภายหลังการหายใจออกมากขึ้น ปอดบางส่วนจะแฟบ ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีความไวต่อการเกิด ปอดแฟบมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากความยืดหยุ่นของวงแหวนน้อยลง (elastic recoil) จึงทำให้ทางเดินหายใจมีแนวโน้มที่จะปิดหรืออุดตัน ทำให้เหนื่อยง่าย และมีอาการหายใจลำบาก เมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) หรือเมื่อเกิดความตึงเครียด ความสามารถทำให้ทางเดินหายใจโล่งหรือประสิทธิภาพในการไหลลดลง ก่อให้เกิดการติดเชื้อง่ายและมีความรุนแรงเกิด ภาวะล้มเหลวของระบบหายใจ (White & Duncan, 2002) ปัญหาสำคัญของระบบหายใจในผู้สูงอายุ คือ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) และปอดอักเสบ (pneumonia) (O'Neill, 2002) กล่าวคือ

ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease or COPD) เป็นภาวะพร่องในการระบายลมเข้าและออกจากปอดเนื่องจากการเพิ่มแรงเสียดทานในทางเดินหายใจหรือภาวะหอบหืด (adult asthma) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และภาวะถุงลมโป่งพอง (emphysema) พบอุบัติการณ์มากขึ้นในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง คือ สูบบุหรี่ มีการติดเชื้อของทางเดินหายใจเรื้อรัง และอากาศเป็นพิษ จะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและพบมากในวัยสูงอายุ ลักษณะอาการของโรคจะมีความรุนแรงได้ตลอดเวลา มีอาการนำด้วยอาการไอ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ มีอาการหายใจลำบาก น้ำหนักลด นิ้วข้อมือหนึ่งซีกค้ำ มีภาวะพร่องของระดับออกซิเจนในร่างกาย ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง

ปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอยู่โรงพยาบาลนานกว่าวัยอื่นๆ โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อโดยเฉพาะเชื้อสเตรปโตคอคคัส นิวโมเนียเอ (Streptococcus pneumoneae) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคอื่นๆ เช่น ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจวาย การอักเสบของปอด ทำให้มีภาวะพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายอาการและอาการแสดงโดยทั่วไปของปอดอักเสบ คือ มีไข้ หนาวสั่น มีเสมหะ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว มีอาการปวดขณะหายใจเข้าออก หายใจลำบาก อาการของโรคอาจจะมี ความรุนแรงถึงขั้นวิกฤตจนไม่สามารถรักษาให้หายได้

1.4 ปัญหาของระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal tract)

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพปากและฟัน ฟันจะหลุดร่วง มีปัญหาเรื่องเหงือก ต่อม น้ำลาย ขับน้ำลายลดลง ทำให้มีความยากลำบากในการเคี้ยวและกลืนอาหาร การรับรสลดลง ประสาทและกล้ามเนื้อการกลืนเสื่อมสภาพทำให้สำลักอาหารบ่อย การหลั่งกรด และการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การย่อยอาหารไม่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุอาจจะมีความรู้สึกแน่นอึดอัด ไม่สุขสบาย ปวดแสบบริเวณยอดอก นอกจากนี้จะมีการลดจำนวนขนโบกพัดบริเวณลำไส้เล็ก (villi) การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กช้าลงจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงน้อย มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อตับ ทำให้การสังเคราะห์โปรตีนบกพร่องและมีความผิดปกติในการดูดซึมไขมัน ซึ่งปัญหาสำคัญของระบบทางเดินอาหารที่พบในผู้สูงอายุ คือ การขาดสารอาหาร (malnutrition) ภาวะขาดน้ำ (dehydration) ความผิดปกติของการไหลกลับของน้ำย่อยในทางเดินอาหาร (gastrointestinal esophageal reflux disease) (O'Neill, 2002 ; Smeltzer & Bare, 2000) มีรายละเอียดดังนี้

การขาดสารอาหาร (malnutrition) เป็นปัญหาสำคัญต่อผู้สูงอายุ เกิดจากการรับรสและกลืนลดลงทำให้ความอยากอาหารลดลง จำนวนกรดในกระเพาะอาหารน้อย และมีภาวะพร่องในการดูดซึมอาหารบริเวณลำไส้เล็ก จากการลดลงของการไหลเวียนเลือดและจำนวนเซลล์ที่ช่วยในการดูดซึม การได้รับผลกระทบจากการรับประทานยา เช่น อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และจากภาวะเศรษฐกิจที่ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกอาหาร (Eliopoulos, 2001) นอกจากนี้ภาวะขาดสารอาหารจะมีความรุนแรงมากขึ้นจากปัจจัยด้านโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันได้แก่โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง ตับวายและไตวาย (Lewis, 2002) การขาดสารอาหารเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ทำให้ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสติดเชื้อง่าย การหายของแผลช้า และมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน (O'Neill, 2002)

ภาวะขาดน้ำ (dehydration) เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการสูญเสียน้ำระหว่างเซลล์ โดยลดลงเหลือประมาณร้อยละ 50 ของน้ำหนักตัว ซึ่งอาจจะมีสาเหตุจากการสูญเสียมากหรือ ดื่มน้ำได้น้อยลงจากการลดลงของประสาทรับความรู้สึกกระหายน้ำ ความกลัวการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ขาดการกระตุ้นหรือไม่สามารถดื่มได้เอง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือมีการเปลี่ยนแปลงของ ระดับความรู้สึกตัว ปัญหาการขาดน้ำจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก มีภาวะไม่สมดุลย์ ของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ มีภาวะสับสนหรืออาจมีความรุนแรงถึงขั้นมีภาวะพว่องในการทำงาน ของไต ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Eliopoulos, 2001)

ความผิดปกติของการไหลกลับของน้ำย่อยในทางเดินอาหาร (gastrointestinal esophageal reflux disease) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยมีการไหลกลับของน้ำย่อยใน กระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหารจากหลอดที่กระเพาะอาหารอยู่ต่ำ หรือมีความผิดปกติในการเก็บ น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดแสบยอดอก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือมีอาการขณะนอนพัก (O'Neill, 2002)

1.5 ปัญหาของระบบการขับถ่ายปัสสาวะ (urinary)

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการขับถ่ายปัสสาวะ โดยจะมีเซลล์ ของไตลดลง ไตมีขนาดเล็ก การทำงานของไตจะลดลงประมาณร้อยละ 40-60 การไหลเวียนเลือด ไปเลี้ยงไตลดลงจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะไม่สมดุลของกรดต่าง และอิเล็กโตรลัยท์ (พรรณงาม และคณะ, 2542) ความจุของกระเพาะปัสสาวะในผู้สูงอายุจะลดลง ทำให้ปัสสาวะ บ่อยโดยเฉพาะตอนกลางคืน กล้ามเนื้อในการควบคุมหลอดเสื่อมทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะ กระปริบกระปรอย ไม่สามารถขับปัสสาวะได้หมด เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบและติดเชื้อได้ ปัญหาที่สำคัญของระบบการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุ คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) และปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence of urine) (White & Duncan, 2002)

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ประกอบด้วย กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) ทางเดินปัสสาวะอักเสบ (urethritis) และไตอักเสบ (pyelonephritis) มีสาเหตุจาก การกลั้นปัสสาวะ ความสามารถในการขับถ่ายลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง การเพิ่มขึ้นของกรดในปัสสาวะ การลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ในวัยหมด ประจำเดือน และมีสาเหตุอื่นๆ คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง การมีเพศสัมพันธ์ และการใส่สายสวน อาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และมีอาการรุนแรงถึงขั้นสับสน และความดันโลหิตต่ำ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจะมีความรุนแรงทำให้มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและรุนแรง

ถึงขั้นเสียชีวิตโดยเฉพาะเชื้อ อี. โคไล (E. coli) ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (O'Neill, 2002)

ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence of urine) พบในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ ร้อยละ 15-30 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (กมลรัตน์, 2543) ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดชั่วคราว (transient incontinence) ซึ่งเป็นอาการกลั้นปัสสาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่นาน สามารถแก้ไขให้กลับเป็นปกติเหมือนเดิมได้ สาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดชั่วคราวมีสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การรับประทานยาบางชนิด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ปัญหาทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ภาวะสับสน อีกชนิดหนึ่งคือ ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ (established incontinence) เป็นความผิดปกติที่มีประวัติมานาน และมีสาเหตุจากความผิดปกติทางสรีรวิทยา (สุทธิชัย, 2542) จากปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตสังคม คือ จากการเปลี่ยนแปลงความทนของผิวหนัง ทำให้ผู้สูงอายุเป็นแผลได้ง่าย ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จะทำให้ผิวหนังเปียกชื้น เกิดแผลถลอกและลุกลามกลายเป็นแผลติดเชื้อ ผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวล กลัวสังคมรังเกียจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีพฤติกรรมแยกตัว (กมลรัตน์, 2543)

1.6 ปัญหาของระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system)

เมื่ออายุมากขึ้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อความสามารถและการดำเนินชีวิต ความสามารถในการทำกิจกรรมได้ลดลงต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Roach, 2001) การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบ คือ กระดูกมีจำนวนแคลเซียมลดลง ทำให้เปราะบางและหักง่าย ต่อติดยาก หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ทำให้ปวดหลัง มีกระดูกข้อเสื่อม เกิดข้ออักเสบ ปวดข้อ ผู้สูงอายุจะมีปริมาณกล้ามเนื้อลดลง มีเยื่อพังผืดเกิดขึ้นแทน กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง เชื่องช้า ทำงานหรือออกแรงมากไม่ได้ เพลีย ล้าเร็ว และทำให้การทรงตัวไม่ดี มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Smeltzer & Bare, 2000) จากการเปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดปัญหาสำคัญคือ ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) และข้อเสื่อม (osteoarthritis)

ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) เป็นการลดลงของมวลกระดูก ส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุเพศหญิง เนื่องจากการสูญเสียมวลกระดูกมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดกับบุคคลในกลุ่มต่อไปนี้ คือ วัยหมดประจำเดือน บุคคลที่สูบบุหรี่ ผู้ที่ขาดสารอาหารโดยเฉพาะแคลเซียมและวิตามินดี บุคคลที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นเวลานาน ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือได้รับคาเฟอีนเป็นปริมาณมาก (O'Neill, 2002) ภาวะกระดูกพรุนเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดกระดูกหักโดยเฉพาะกระดูกสะโพก ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เป็นอย่างมาก เนื่องจากก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและภาวะทุพพลภาพ ภาวะกระดูกพรุนจะได้รับความสนใจน้อย เนื่องจากจะปรากฏอาการแสดงให้เห็นเมื่อมีการหักของกระดูกเกิดขึ้นแล้วเท่านั้น(สุภาพ และลินจง, 2544)

ข้อเสื่อม (osteoarthritis) เป็นความผิดปกติของข้อที่พบบ่อย ซึ่งเกิดจากกระบวนการเสื่อมของข้อโดยมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน อ้วน หรือเกิดจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณข้อ ภาวะข้อเสื่อมจะเป็นสาเหตุให้มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ข้อติดแข็ง โดยทั่วไปอาการจะเป็นมากหลังจากตื่นนอนใหม่ๆและอย่างน้อยประมาณ 30 นาที หรือเมื่อมีการเคลื่อนไหวอาการจะดีขึ้น ผลกระทบต่อการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เกิดจากความปวดที่เกิดขึ้นขณะมีการเคลื่อนไหว หรือการจำกัด การเคลื่อนไหวของข้อจากการผิดรูป โดยทั่วไปพบข้อเสื่อมได้บ่อยบริเวณกระดูกสะโพก กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง และบริเวณส่วนปลายหรือส่วนต้นของนิ้ว (Smeltzer & Bare, 2000)

จากปัญหาของระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ จะมีผลให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมานจากอาการปวดและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเช่นเดียวกับปัญหาทางระบบประสาท นอกจากนี้ยังทำให้สูญเสียการทรงตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้ง่าย ทั้งนี้การหกล้มในผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และมีการหักของกระดูกโดยเฉพาะกระดูกสะโพก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (สุทธิชัย, 2542)

1.7 ปัญหาของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system)

ในผู้สูงอายุต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง ระดับไทรอกซินในกระแสเลือดต่ำ มีผลให้การเผาผลาญสารอาหารลดลง ร่างกายลดการหลั่งอินซูลินทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโรคเบาหวาน (diabetes mellitus) (Roach, 2001)

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก พบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินประมาณร้อยละ 50 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Roach, 2001) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกิดขึ้นมากมาย ที่สำคัญคือ มีผลต่อการหายของแผลและเกิดแผลได้ง่ายโดยเฉพาะบริเวณเท้า นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงต่อประสาทตา การทำงานของไต หลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (O'Neill, 2002) ความรุนแรงของโรคเบาหวานจะมีอันตรายถึงขั้นวิกฤตได้ ที่พบบ่อยคือ ภาวะคีโตนคั่ง ผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลสูงขึ้นเรื่อยๆ น้ำตาลจะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ ทำให้มีการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ร่างกายมีภาวะขาดน้ำรุนแรง ระบบการไหลเวียนของน้ำในร่างกายล้มเหลว เกิดภาวะช็อกจากการขาดน้ำ (hypovolumic shock) และมีภาวะกรดจากการสร้างคีโตน

มากขึ้น ทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (เป็ทมา, 2544) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการแย่งลง จะรบกวนการดำเนินชีวิต ต้องพึ่งพานุคคูลอื่นมากขึ้น และหากผู้ป่วยไม่สามารถรักษาบทบาทหน้าที่ที่ควรจะมีต่อครอบครัวได้ จะทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวล เบื่อหน่าย มีภาวะเครียดและปรับตัวไม่ได้ (ทิพาพร, สุทธิณัฐ, และ ประทุม, 2536)

1.8 ปัญหาของระบบประสาทการรับรู้พิเศษ (special senses)

จากวัยสูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประสาทการรับรู้ด้านการมองเห็น และการได้ยิน ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทั้งภายในและภายนอกดวงตา ส่งผลให้การมองเห็นและความคมชัดของภาพลดลง และมีความผิดปกติเกิดขึ้นทั้งที่มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและจากภาวะโรคอื่นๆ คือ ต้อกระจก ต้อหิน และประสาทตาเสื่อม จากภาวะเบาหวาน ความผิดปกติเหล่านี้หากมีความรุนแรงและไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่วัยแรก จะทำให้ตาบอดได้ ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการได้ยินเสียงลดลง และบางรายอาจจะไม่ได้ยินเสียงเลย การเปลี่ยนแปลงของประสาทการรับรู้เกี่ยวกับการมองเห็น และการได้ยิน จะส่งผลกระทบต่อรูปแบบและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นลดลง ขาดความเพลิดเพลินและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแยกตัวจากสังคม (Cleary, 1997) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุที่สำคัญ เช่น การหกล้ม

1.9 โรคมะเร็งในผู้สูงอายุ

มะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ พบอุบัติการณ์ และมีอัตราการตายสูงขึ้น ส่วนใหญ่ที่พบได้แก่ มะเร็งปอด ระบบทางเดินอาหาร ผิวหนัง เต้านม และต่อมลูกหมาก การรักษา มะเร็งในผู้สูงอายุ มีผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดรุนแรงกว่าปกติ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา ความบกพร่องหน้าที่การทำงานของตับ ไต และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก (Lewis, 2002) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค มะเร็งจะต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ซึ่งเป็นปัญหาที่พบทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย อาการปวดจะมีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถฟื้นฟูสภาพปกติได้ และความรุนแรงของอาการจะมากขึ้นตามระยะของโรค (All & Huycke, 1999)

2. ปัญหาด้านจิตสังคม

จากกระบวนการสูงอายุและภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องเจอกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการรักษา อุปกรณ์ช่วยชีวิต และบางครั้งถูกคุกคามจากความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (Williams, 1998) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความเป็นวิตกกังวล ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบ

สนองที่พบทั่วไปเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยมีปัจจัยเสริมจากสถานการณ์ที่วิกฤตคุกคามชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ หรือสูญเสียบทบาททางสังคม มีความขัดแย้งต่อการให้คุณค่า และเป้าหมายในชีวิตของตน และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ส่งผลให้สูงอายุมีความล้มเหลวในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Harden, 1997) ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะที่มีการกระตุ้นความรู้สึกที่มากเกินไป (sensory overload) หรือมีภาวะพรากความรู้สึก (sensory deprivation) จากการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งต่างๆที่ไม่มีความหมายเป็นเวลานาน และมากเกินไป เช่น แสงสว่างตลอดเวลาในหอผู้ป่วย เสียงดังจากเสียงเครื่องช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ เสียงการเคลื่อนย้ายเตียง ภาวะนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุ (Williams, 1998)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ทำให้ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาของจอม (2541) เกี่ยวกับภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะอารมณ์เศร้ามี 3 ประการ คือ การสูญเสียความมีสุขภาพดี การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของชัดเจน (2542) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ผลจากการวิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้สูงอายุจะมีปัญหาแยกตัวจากสังคม (social isolation) เนื่องมาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การขาดความสนใจเอาใจใส่ดูแลจากญาติ คู่ครองหรือเพื่อน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงอย่างรุนแรง เช่น สูญเสียการมองเห็น การได้ยิน

3. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นความรู้สึกนึกคิด ประกอบด้วยหลายมิติ ช่วยเสริมสร้างความผาสุกของคนเรา ช่วยสร้างขวัญกำลังใจและความหวัง โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ภาวะจิตวิญญาณจะเป็นแหล่งพลังอำนาจแหล่งหนึ่ง ที่ช่วยให้หายจากโรค (สายพิน, 2533 อ้างตาม ศิริรัตน์, 2545) ช่วยเสริมสร้างความมุ่งมั่น ความหวัง ช่วยสร้างความรู้สึกรู้หรือให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (Coyle, 2001) ในขณะที่เดียวกันภาวะเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความทุกข์ทาง

จิตวิญญาณ จากการถูกจำกัดหรือขัดขวางการปฏิบัติตามความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือภาวะทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ (Harden, 1997) ซึ่งจากการศึกษาของสมพร (2541) เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะจิตวิญญาณโดยรวมด้านการให้ความหมาย เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวัง ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรง จะมีคะแนนภาวะจิตวิญญาณโดยรวม ด้านการให้ความหมาย เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในระดับต่ำหรือมีความบีบคั้นทาง จิตวิญญาณทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเอง ตั้งใจไว้ได้

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คนเป็นองค์รวม ประกอบด้วยกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ บุคคลจึงมีความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลย์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม บางครั้งความต้องการไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม (โสภณ, 2541) เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยในผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นโดยเฉพาะเมื่อเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

1.1 ความต้องการการดูแลด้านการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด

จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีอาการหอบเหนื่อยง่าย เนื่องจากมีปัญหาที่ปอดและหัวใจ จึงมีความต้องการการดูแลที่ตอบสนองให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ ต้องการได้รับการดูแลให้การหายใจเป็นไปตามปกติ ได้รับอากาศบริสุทธิ์ ถ่ายเทได้สะดวก หากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนอิริยาบถอยู่เสมอ เช่น อยู่ในท่านั่ง เพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้น มีการบริหารการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ช่วยระบายเสมหะและป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ (จรัสรัตน์, 2543)

1.2 ความต้องการการดูแลด้านอาหารและน้ำ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต ความต้องการอาหารของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Timby, 2003)

การได้รับสารอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคให้หายขาด ช่วยบรรเทา ความรุนแรงของโรคหรือช่วยสนับสนุนการรักษาจำเพาะโรคให้ประสบความสำเร็จ (วิชัย, 2543) ผู้สูง อายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบ ทางเดินอาหาร และจากภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพ โดยปกติผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารประมาณ ร้อยละ 55 ของจำนวนแคลอรีที่ได้จากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 30 ของจำนวนแคลอรีที่ได้จากไขมัน และร้อยละ 15 ของจำนวนแคลอรีที่ได้จากโปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่มีเส้นใยมากขึ้น เนื่อง จากอาหารเส้นใยจะช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือด ช่วยปรับระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบา หวาน และช่วยในการเคลื่อนไหวของลำไส้ การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ จะต้องคำนึง ถึงภาวะสุขภาพ เนื่องจากชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับจะมีความสัมพันธ์กับ ความรุนแรง ของโรค เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน (Eliopoulos, 2001)

นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้ดีขึ้น โดยการ จัดอาหารที่ผู้สูงอายุชอบแต่ไม่ขัดกับแผนการรักษารับประทาน จัดอาหารอ่อนย่อยง่าย หรือตัด อาหารเป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อป้องกันการกลืนลำบากและช่วยให้การกลืนสะดวกขึ้น ที่สำคัญอาจ อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่นระหว่างรับประทานอาหาร (Ebersole & Hess, 1998) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่รู้สึกตัว ต้องดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางตามแผนการรักษา ควร ประเมินความสามารถในการย่อยและการดูดซึม สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการดูดซึมจะต้องดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด ต้องช่วยเหลือ ใน การพลิกตะแคงตัวเพื่อกระตุ้นให้มีการเผาผลาญพลังงาน และดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ (วิชัย, 2543)

น้ำเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ภาวะขาดน้ำเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยเมื่อผู้ สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีสาเหตุจากดื่มน้ำน้อย ประสาทรับรู้ภาวะขาดน้ำทำงาน ช้าลง มีไข้ ติดเชื้อ การจำกัดการเคลื่อนไหว การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ผู้ป่วยสูงอายุจึงควรได้รับน้ำ เพียงพอกับปริมาณที่สูญเสียไป ซึ่งควรได้รับไม่น้อยกว่า 30 ซีซีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ 1500 ซีซีต่อวัน สำหรับในรายที่ให้อาหารทางสายยาง ควรมีน้ำเป็นส่วนผสม ประมาณ 750 ซีซี ต่อลิตร และภายหลังให้อาหารทางสายยาง ควรให้น้ำเสริมไปอีกประมาณ ร้อยละ 25 ของปริมาณอาหารที่ให้แก่ผู้ป่วย (Lewis, 2002)

1.3 ความต้องการการดูแลด้านการขับถ่าย

จากปัญหาในระบบการขับถ่าย ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องการ การดูแลให้การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นปกติ โดยการช่วยเหลือให้ขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอ

เป็นเวลา ช่วยในการรอม่อนนอน จัดให้นั่งอย่างเหมาะสม มิดชิดเป็นส่วนตัว ต้องการการดูแล ให้ได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม อาหารที่มีเส้นใย ดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอ และการป้องกัน อาการท้องผูก โดยดูแลให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการการช่วยเหลือให้ฝึกการขับถ่ายเป็นเวลา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกลั้น อุจจาระได้ (Ebersole & Hess, 1998) สำหรับผู้ที่มีปัญหาอุจจาระแข็งมาก หรือไม่สามารถขับ ถ่ายอุจจาระได้เอง จะต้องสวนอุจจาระให้ (Lewis, 2002) นอกจากนี้ยังมีความต้องการ การดูแลความสะอาดภายหลังขับถ่าย ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดแผลและ ติดเชื้อ สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (Eliopoulos, 2001)

1.4 ความต้องการการดูแลในการพักผ่อนนอนหลับ

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีปัญหาของการนอนหลับพักผ่อน ไม่เพียงพอจากอาการเจ็บป่วยทางกายและปัญหาทางจิตใจ จึงควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการนอน หลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้แบบแผนการนอนหลับเป็นปกติ หลีกเลี่ยงการนอนหลับ เวลากลางวัน จัดกิจกรรมที่จะไปรบกวนผู้สูงอายุในเวลากลางคืนให้น้อยลง ลดการดื่มน้ำ ช่วงเวลา 2 - 4 ชั่วโมงก่อนนอน กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ขับถ่ายปัสสาวะก่อนนอน จัดสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสมโดยไม่ให้มีเสียงดังรบกวน บรรเทาอาการปวดและให้ยาบรรเทาอาการหอบเหนื่อย ตลอดจนการแนะนำวิธีผ่อนคลาย เช่น การนวด การทำสมาธิก่อนนอน สวดมนต์ ฝึกการหายใจ (Ebersole & Hess, 1998) เป็นต้น

1.5 ความต้องการการดูแลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงจากอันตรายและ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ และการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โดยเฉพาะการหกล้ม จึงต้องมีการป้องกันการหกล้ม โดยการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุตั้งแต่รับเข้ามาในโรง พยาบาลและประเมินอย่างต่อเนื่อง ยกไม้กั้นเตียงขึ้น หรือใช้การผูกยึดในผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Ebersole & Hess, 1998) นอกจากนี้ต้องจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอภายใน หอผู้ป่วย โดยเฉพาะทางเดินไปห้องน้ำในเวลากลางคืน การดูแลพื้นห้องน้ำให้แห้งสะอาดไม่ให้ ลื่น จัดให้มีกริ่งกดเพื่อขอความช่วยเหลือ ล็อคล้อเตียงเพื่อป้องกันล้อเลื่อน

ความต้องการการดูแลในด้านการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อง่ายและมีความรุนแรง จึงต้องดูแลความสะอาดของเครื่องใช้หรืออุปกรณ์ทางการ แพทย์ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่สะอาดปราศจากเชื้อ การดูแลความสะอาดของร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ล้างมือก่อนการสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง หลีกเลี่ยง การอนุญาตให้เยี่ยมของบุคคลที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ หรือให้ใส่ผ้าปิดจมูก (Timby, 2003)

การดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง โดยประเมินสภาพผิวหนังอย่างต่อเนื่อง พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ไม่ลากดึงขณะยกตัว และใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (Rosdahl & Kowalski, 2003) สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน จะต้องส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนท่าบ่อยๆ โดยการจับไม้กั้นเตียงเพื่อช่วยเหลือในการขยับตัว ดูแลผิวหนังไม่ให้เปื่อยขึ้น ใช้โลชั่นหรือครีมทาบริเวณผิวหนังโดยหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการนวดบริเวณที่มีรอยแดง รวมทั้งต้องดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ และเหมาะสม (Maklebust, 1997)

1.6 ความต้องการการดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย

การดูแลความสะอาดของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ก่อให้เกิดความทุกข์สบาย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จะต้องให้การดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยช่วยเหลือในการอาบน้ำ ดูแลความสะอาดของปากฟัน ศีรษะ ผิวหนัง เล็บมือเล็บเท้า และอวัยวะสืบพันธุ์ (วิภาวี, 2537)

2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

จากปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจึงต้องการการยอมรับ ต้องการความเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าจากสมาชิกในครอบครัว (วิภาวี, 2537) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองจะมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เห็นได้จากการศึกษาของวารี (2541) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกและรับฟัง คอยอยู่เป็นเพื่อนเพื่อให้ความอบอุ่นใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ชวนพูดคุย และให้บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการได้อยู่ใกล้ชิด เพื่อส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วม ในการดูแล และผู้สูงอายุมีความผาสุกมากขึ้น (Williams, 1998) ในการดูแลรักษา ต้องให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเลือกหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้รู้สึกถึงความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ให้การดูแลที่เป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลตามคุณค่า และความเชื่อขณะอยู่โรงพยาบาล (Bizek, 1998)

3. ความต้องการการดูแลด้านสังคม

ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีผลกระทบให้ผู้สูงอายุมีภาวะแยกตัวจากสังคม ผู้สูงอายุจึงต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ต้องการการสนับสนุนและส่งเสริม

เสริมให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสถานการณ์นั้น ต้องการความเอาใจใส่จากญาติ โดยการมาเยี่ยม และคอยอยู่เป็นเพื่อน ต้องการได้พูดคุยกับบุคคลรอบข้าง (Resnick, 1998) และ ต้องการได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม และหมู่คณะ แต่ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร และผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องการพึ่งพาตนเอง ให้มากที่สุด (วิภาวี, 2537)

4. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ยังคงต้องการปฏิบัติศาสนกิจ เหมือนอยู่ที่บ้านเพื่อให้จิตใจสงบ มีความหวังและกล้าเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (บุบผา, 2543) ศาสนาเป็นความหวังของผู้สูงอายุที่ช่วยแสวงหาความอบอุ่นและความมั่นคงในจิตใจให้กับตนเอง โดยการปฏิบัติศาสนกิจ การบำเพ็ญสมาธิและภาวนาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อค้นหาความสุขที่แท้จริง (ศิริรัตน์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา (2536) ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ขณะที่เจ็บป่วย ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้ความหมายแก่ชีวิต คือ ศาสนา รองลงมาคือ บุตรหลานและคู่สมรส ผู้สูงอายุต้องการหายจากโรคและปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ต้องการความหวัง กำลังใจ และต้องการตายอย่างสงบ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (participation) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน หมายถึง ความกระตือรือร้น กระฉับกระเฉงต่อการมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมบางอย่าง หรือการเข้าเป็นส่วนหนึ่ง (to take part in) การได้มีส่วนเกี่ยวข้อง (getting involve) หรือได้รับอนุญาตให้ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ (decision making process) การให้บริการ (delivery of a service) การประเมินผล การบริการหรือเป็นการให้คำปรึกษาในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง (Brownlea, 1987 cited by Cahill, 1998)

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จึงเป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจ ให้การดูแลผู้สูงอายุ และร่วมประเมินผลจากการดูแลที่ให้ ตลอดจนการให้ข้อมูลหรือคำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุขณะที่เจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จากความเลื่อมตามวัยและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทางสุขภาพ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้ขาดอิสระ และลดความมีคุณค่าในตนเอง (ปัทมา, 2540) นอกจากนี้จากความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง บางครั้งมีความรุนแรงทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด รู้สึกถูกคุกคาม รู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มั่นคง เนื่องมาจากถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก หรือเจอกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย และประสบกับสภาพแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ดูแลจะมีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปรับตัว และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพ (Sharp, 1990) ญาติจึงจัดเป็นผู้ดูแลที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการให้ความรัก การเอาใจใส่ และช่วยเหลือในการทำกิจกรรม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยของสมบัติ และ คณะ (2543) ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของทัศนีย์ (2538) เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีการฟื้นสภาพด้านจิตใจดีกว่ากลุ่มควบคุม

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล นอกจากมีผลดีต่อตัวผู้สูงอายุแล้ว ยังมีผลดีต่อตัวผู้ดูแลเองอีกด้วย ในแง่ของความพร้อมและความมั่นใจต่อบทบาทผู้ดูแลเมื่อต้องรับผู้สูงอายุกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องประสบกับความยุ่งยากในการรับผู้สูงอายุไปดูแลต่อที่บ้าน ทำให้เกิดความเครียด และความเหนื่อยล้า จากการขาดแหล่งสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (วาริณี, 2543) การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเป็นการเตรียมความพร้อมและช่วยเหลือให้ญาติสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากการศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Bull et al., 2000) พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในระดับสูงจะมีความพึงพอใจ มีความสามารถในการดูแล และยอมรับบทบาทผู้ดูแลได้ดีกว่ากลุ่มที่มีส่วนร่วมน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของลิและคณะ (Li et al., 2003) เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมในการเสริมสร้างพลังความสามารถของผู้ดูแลต่อการพัฒนาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พบว่า ผลจากการใช้โปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองต่อความสามารถในการดูแล และผู้ดูแลมีระดับความเข้มเข้ร้าลดลงระหว่างให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพ การพยาบาลแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Laitinen, 1993) เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุ ในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสังคมภายนอก ให้ความรู้ถึงถึง ความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ และช่วยจัดการกับภาวะวิกฤตของชีวิต (Eliopoulos, 2001)

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่า ญาติเป็นผู้ดูแลที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย นั้น จากการทบทวนวรรณกรรมของฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างตาม จอม, 2540) เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ญาติมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและสถานบริการสุขภาพ หรือสวัสดิการทางสังคมอื่นๆ ช่วย เหลือด้านการเงินหรือวัสดุสิ่งของที่จำเป็น และเป็นจุดติดต่อกับชุมชนหรือสังคมที่อยู่อาศัย เมื่อผู้ สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ญาติจะเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนร่วม ในการดูแล และจากการศึกษาของลิ (Li, 2002) เกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของญาติต้องการ มีส่วนร่วม โดยส่วนใหญ่ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ดังนี้

1. มีส่วนร่วมในการสร้างความเชื่อมั่น ให้ความอบอุ่นใจ และสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ สูงอายุ
2. ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกันกับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ
3. เป็นสื่อกลางในการประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสังคมภายนอก
4. ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย อาบน้ำ แต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า การขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ
5. มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บป่วย วิธี การดูแลและการรักษาจากทีมสุขภาพ เพื่อความมั่นใจในการดูแล
6. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์
7. มีส่วนร่วมวางแผนการพยาบาล และมีส่วนร่วมการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษา

ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมมากที่สุดจะเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ นอกเหนือจากการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของชาร์พ (Sharp, 1990) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การมีส่วนร่วมของญาติยังอยู่ในระดับต่ำ ทั้งที่ได้เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมมากขึ้น กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ญาติมีส่วนร่วม คือ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ นอกเหนือจากการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า แต่งตัว ช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร ทั้งนี้มีสาเหตุจากความเหนื่อยล้าของญาติ ความคลุมเครือ คับข้องใจ รู้สึกสูญเสียบุคคลที่ญาติเคยรู้จัก และจากอาการที่แยลงจนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพกลับสู่ภาวะเดิมได้

ในขณะที่ไลทิเนน (Laitinen, 1992, 1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาในสถานพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นหน่วยให้บริการฉุกเฉิน (acute care setting) หน่วยดูแลผู้สูงอายุ (geriatric unit of health centre) และสถานพยาบาล (nursing home) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือในด้านเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจนอกเหนือจากการช่วยเหลือด้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของชาร์พ และยังพบว่าในหน่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าหน่วยให้บริการฉุกเฉิน เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยกับการรับภาระเป็นผู้ดูแลมากกว่าที่จะเห็นประโยชน์ของการเข้ามีส่วนร่วมในการดูแล และคิดว่ามีเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพช่วยดูแลอยู่แล้ว

ต่อมาได้มีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล (Schumacher, 1996) ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับยาเคมีบำบัดมีอายุเฉลี่ย ประมาณ 62 ปี พบว่า ญาติมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงจากยา ดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอ ควบคุมดูแลเกี่ยวกับความผาสุกด้านจิตใจ การรู้จักตนเอง (sense of self) จัดให้มีกิจกรรมทางสังคม ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในครอบครัว ติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา เปรียบเทียบอาการกับทีมสุขภาพ ให้การดูแลและให้การรักษาแบบทางเลือก (supplementary therapies) ตลอดจนเตรียมความพร้อมสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงตามระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและ ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี อาการไม่รุนแรง การมีส่วนร่วมของญาติจะลดลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การมีส่วนร่วมของญาติจะมากขึ้นหรือต้องให้การดูแลทั้งหมด

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล (Li et al., 2000) พบว่ามีความชัดเจนมากขึ้นในเรื่องกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติกับผู้สูงอายุโดยตรงและกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกับทีมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย คือ ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจเป็นการช่วยเหลือทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน ส่งเสริมและคอยกระตุ้นให้ผู้ช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆด้วยตนเองโดยอิสระ ดูแลด้านจิตใจ คือ อยู่เป็นเพื่อน ให้ความอบอุ่นใจ ให้ความมั่นใจต่อการดูแลรักษา และช่วยเหลือในการปรับตัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลด้านสังคม คือ เป็นคนกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมภายนอก และปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุเพื่อดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ดูแลด้านจิตวิญญาณ คือ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับผู้สูงอายุ ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับทีมสุขภาพ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ดูแลและ ทีมสุขภาพ ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลเฉพาะส่วนบุคคล ให้ความร่วมมือในแนวทางการรักษา และช่วยเหลือให้ทีมสุขภาพให้การดูแลตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

นอกจากการศึกษาถึงกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลแล้ว ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการศึกษาของโพทะยา (Potaya, 2001) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ได้ระบุรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแล ประกอบด้วย 5 ลักษณะ คือ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษา และวางแผนในการดูแล ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลด้วยตัวเอง และประเมินผลจากการดูแลที่ให้

จากกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้นสอดคล้องกับการวิเคราะห์ความล้มเหลวของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) ซึ่งได้ระบุลักษณะที่ชี้วัดการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยว่าประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย ร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแล มีส่วนร่วมในการรักษา บอกความต้องการของผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพ พึงกษัตริ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางสังคม ช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลแก่ทีมสุขภาพ และประเมินผลการดูแลที่ให้

เห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจากที่กล่าวมา ลักษณะการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

การเจรจาต่อรองกับทีมสุขภาพในการรักษา การวางแผนการดูแลและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในส่วนของการดูแลด้านร่างกาย เช่น ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควบคุมอาการของโรค และอาการข้างเคียงจากยา การดูแลด้านจิตใจ เช่น อยู่เป็นเพื่อน ให้ความอบอุ่นใจ ด้านสังคม เช่น เป็นคนกลางในการประสานความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว หรือสังคมภายนอก รักษาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา

กระบวนการพยาบาลกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมและระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลร่วมกับแนวคิดของการมีส่วนร่วม เนื่องจากกระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และนำมาวางแผนการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะบุคคลได้อย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นสามารถปรับใช้กับผู้รับบริการทุกกลุ่มและเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือการระบุปัญหา และความต้องการ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติ และการประเมินผล (Dillon, 2003 ; Rosdahl & Kowalski, 2003) ซึ่งกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลมีดังนี้

1. การประเมินสภาพปัญหาเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากในการประเมินสภาพปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการการดูแล ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลที่ผู้สูงอายุบอกหรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือตรวจร่างกาย ในการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ประกอบด้วย

ระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบการหายใจ มีส่วนร่วมในการประเมินความผิดปกติและอาการเปลี่ยนแปลง คือ ประเมินอาการหอบเหนื่อยหรือได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก ใจสั่น ประเมินอาการไอ ความผิดปกติของเสมหะ ลักษณะผิวหนังซีด เย็น อาการคล้ำจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อาการหน้ามืด บวมตามร่างกาย กระสับกระส่าย ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

ระบบประสาท มีส่วนร่วมประเมินความผิดปกติและอาการเปลี่ยนแปลง คือ ประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้บุคคล วัน เวลา และสถานที่ ความสามารถในการพูด การติดต่อสื่อสาร

ประเมินความสามารถในการคิดและการตัดสินใจ ความจำ อาการปวดเมื่อยศีรษะ อาการชักเกร็ง อาการชาบริเวณแขนขา การอ่อนแรงของแขนขา และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ระบบทางเดินอาหาร มีส่วนร่วมในการประเมินความผิดปกติและการเปลี่ยนแปลง คือ ประเมินพฤติกรรมและความเพียงพอในการรับประทานอาหาร และการดื่มน้ำขณะเจ็บป่วย อาการอ่อนเพลียประเมินความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงภายหลังการรับประทานอาหาร เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดแน่นท้อง ท้องอืด ประเมินสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความผิดปกติในการรับประทานอาหาร หรือการสูญเสียน้ำจากร่างกาย เช่น อาการท้องเสีย ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ประเมินอาการท้องผูก ประเมินความต้องการในการได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ระบบการขับถ่ายปัสสาวะ มีส่วนร่วมในการประเมินความผิดปกติและการเปลี่ยนแปลง คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การมีไข้ การปัสสาวะแสบขัด ถ่ายปัสสาวะกระปริบกระปรอย สีปัสสาวะขุ่น ประเมินปริมาณของปัสสาวะ อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ประเมินความต้องการในการขับถ่าย

ระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ มีส่วนร่วมในการประเมินความผิดปกติและการเปลี่ยนแปลง คือ ความผิดปกติของกระดูก และข้อ อาการปวดบวมแดงบริเวณข้อ อาการปวดหลัง ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม

ระบบต่อมไร้ท่อ มีส่วนร่วมในการประเมินความผิดปกติและการเปลี่ยนแปลง คือ ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลต่ำ เช่น ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการซีดมลง อาการเหงื่อแตก ตัวเย็น หน้ามืด เป็นลม

ระบบประสาทการรับรู้พิเศษ มีส่วนร่วมในการประเมินความผิดปกติและการเปลี่ยนแปลง คือ ประเมินความผิดปกติของการมองเห็น การได้ยิน

นอกจากนี้ยังมีการประเมินความต้องการการดูแลในส่วนของการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกายและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะกลัว วิดกกังวล ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง อาการซึมเศร้า ร้องไห้ อาการนอนไม่หลับ สีหน้าไม่สดชื่น ประเมินความรู้สึกต่อตนเองในภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกต่อตนเอง

การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคม ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา การต้องการความรักความเอาใจใส่จากผู้ดูแลหรือจากบุคคลใกล้เคียง ประเมินสิ่งที่เป็นอุปสรรคและความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

การประเมินปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินความเชื่อ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อ ความหวัง ความภาคภูมิใจและเป้าหมายในชีวิต

2. การระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ภายหลังจากประเมิน ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการซึ่งปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย คือ ปัญหาและความต้องการด้านการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความต้องการอาหารและน้ำที่เพียงพอเหมาะสม การขับถ่าย เช่น ปัญหาท้องผูก แน่นอึดอัดท้อง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาและความต้องการในด้านการพักผ่อนนอนหลับ ปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การหกล้ม การติดเชื้อ แผลกดทับ ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า กลัว สิ้นหวัง สูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาและความต้องการด้านสังคม เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ต้องการความรัก ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัญหาด้านการสื่อสาร ปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการรายงานความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่แพทย์หรือพยาบาล สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจน เป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุแก่แพทย์หรือพยาบาล (Keefe & Fancey, 2000 ; Li et al., 2000)

3. การวางแผน เป็นขั้นตอนในการวางแผนการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการวางแผนการดูแลนั้น ผู้ดูแลสามารถแสดงบทบาทในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์หรือพยาบาล (Cahill, 1996) ให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่เป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (Laitinen & Isola, 1996) หรือเจรจาต่อรองกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลและวิธีการรักษา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Li, 2002 ; Potaya, 2001) แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลกับทีมสุขภาพ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ให้กับผู้สูงอายุ (Keefe & Fancey, 2000 ; Li et al., 2000 ; Schumacher, 1996) และ กำหนดเป้าหมายร่วมกันกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (Lee & Craft-Rosenberg, 2002)

4. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลและเป้าหมายที่วางไว้ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลในส่วนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร รวมถึงการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุ การแต่งตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย พาลูกนั่ง หรือเดินการอาบน้ำ ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ (ทัศนาศ, 2544 ; Laitinen, 1992, 1993 ; Lee & Craft-Rosenberg, 2002 ; Li, 2002 ; Potaya, 2001 ; Sharp, 1990) ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยเหลือพยาบาลให้ผู้สูงอายุรับประทานยา ช่วยฟื้นฟูสภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามความสามารถ (Li et al., 2000) ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นการติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับ หกล้ม ภาวะสับสน (ประณีต, แสงอรุณ, เนตรนภา, ปัทมา, และ กาญจนา, 2543 ; Li et al., 2003 ; Potaya, 2001) ช่วยเหลือและจัดการกับอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาและจัดหาหรือดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับวิธีการดูแลรักษาแบบทางเลือก (Schumacher, 1996) ช่วยพิทักษ์สิทธิให้ผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (Keefe & Fancey, 2000 ; Lee & Craft-Rosenberg, 2002) ดูแลด้านจิตใจ คือ รับฟังและอยู่เป็นเพื่อนเมื่อผู้สูงอายุระบายความรู้สึก สร้างความอบอุ่นใจ ช่วยให้ผ่อนคลาย ให้ความมั่นใจต่อการรักษาแก่ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือในการปรับตัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสังคม เป็นคนกลางในการเชื่อมสัมพันธ์ภาพติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมภายนอกโรงพยาบาล หรือสมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่ง สัมพันธภาพ และให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ คือ ตอบสนองในเรื่องความเชื่อ ส่งเสริมหรือร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับผู้สูงอายุ (Li et al., 2000)

5. การประเมินผล เป็นขั้นตอนในการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลและการรักษา ซึ่งผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือผลข้างเคียงจากการรักษาหรือสังเกตอาการภายหลังให้การดูแล (Schumacher, 1996) ให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์หรือพยาบาล ในการเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่นที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล (Laitinen & Isola, 1996) เพื่อนำมาวางแผนการดูแลต่อไปและอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยหรืออุปสรรคที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Lee & Craft-Rosenberg, 2002 ; Potaya, 2001)

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่กล่าวมาจะเป็นความรับผิดชอบและการทำหน้าที่ร่วมกันของทีมสุขภาพและผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ในปัจจุบันการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับความนิยมมากขึ้น แต่ในสถานการณ์ที่เป็นจริงพบว่ายังมีข้อจำกัด ทั้งนี้มีผลมาจากปัจจัยต่างๆ ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่

อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด พฤติกรรม และประสบการณ์ชีวิต (จรัสรัตน์, 2543) ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีสุขภาพที่เสื่อมตามวัย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นระยะเวลาช้านาน แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่มีอายุมากเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ มาก ทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาและการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (วิมลรัตน์, 2537 ; Davidhizar, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของซูซึน (2541) เกี่ยวกับอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย เนื่องจากมีประสบการณ์และพัฒนาการเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถพิจารณาเหตุการณ์ได้อย่างรอบคอบ นอกจากนี้จากการศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Astedt-Kurki et al., 1997) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 20-39 ปีได้รับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และจากการศึกษาของทอมสัน (Thompson et al., 1992 cited by Cahill, 1998) เกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา กับปัจจัยส่งเสริม ด้านสถานการณ์และลักษณะประชากร พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมีความต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก และอายุสามารถเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้

นอกจากอายุจะเป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถและการปรับตัวแล้ว อายุยังเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถด้านสุขภาพร่างกาย หากผู้ดูแลอยู่ในวัยที่มีร่างกายที่ความสามารถมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงไม่มีความเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ จะทำให้มีความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของโพทะยา (Potaya, 2001) พบว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ และการศึกษาของนันทพร (2545) เกี่ยว

กับประสบการณ์เผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอจะมองสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในแง่ลบต่อตนเองและให้การดูแลด้วยความจำเป็น จากที่กล่าวมาอายุของผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มที่จะสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ บทบาทในครอบครัวและสังคม เพศที่แตกต่างกันทำให้มีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่าง กัน ซึ่งเพศหญิงจะถูกปลูกฝังอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและสมาชิกภายในครอบครัว สังคมจึงคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (จารุวรรณ, 2544) ในขณะที่เพศชายจะถูกอบรมให้เป็นผู้ที่คอยหารายได้เลี้ยงครอบครัว ดังนั้นการยอมรับในบทบาทของผู้ดูแลในเพศหญิงจึงง่ายกว่าเพศชาย (วิมลรัตน์, 2537) จึงทำให้เพศหญิงมีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย ซึ่งงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ คือ จากการศึกษาถึงความ ต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในฮ่องกง (Lee et al., 2000) พบว่า เพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเพศหญิงมีความ ต้องการในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างด้าน เพศของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วย (Lee, Dwyer, & Coward, 1993) พบว่า ลูกสาวมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าลูกชาย และการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลของญาติกับ ประสบการณ์ที่ต่างกันระหว่างเพศของผู้ดูแล (Navaie-Waliser, Spriggs, & Feldman, 2002) พบว่า ผู้หญิงสนใจดูแลและให้การดูแลที่ซับซ้อนมากกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Keefe & Fancey, 2000) พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีความต่อเนื่องและร่วมดูแลมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของบุคคล บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้ มีทักษะและความสามารถในการแสวงหาข้อมูล มีความเข้าใจแผนการรักษา รู้จักวิธีการแสวงหาความช่วยเหลือและเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้มีความรู้น้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของทอมสัน (Thompson et al., 1992 cited by Cahill, 1998) พบว่า ระดับการศึกษาสามารถเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมได้ โดยผู้ที่มีระดับการ

ศึกษาสูงจะต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และจากการศึกษาของ
ไลทิเนน (Laitinen, 1994) ได้ศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล
พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้จะขาดความเชื่อมั่น กลัวความผิดพลาด ทำให้ไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมใน
การดูแล

รายได้

รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะสามารถจัดหา
สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย (จารุวรรณ, 2544) ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะต้อง
ทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของทัศนีย์ (2538) ที่ศึกษาถึง
ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการ
ฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล พบว่า ญาติที่มีรายได้น้อยจะมี
ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมในช่วงสั้นๆ เนื่องจากต้องทำงานหาเงินเลี้ยง
ตนเองและครอบครัว ซึ่งจากที่กล่าวมาขัดแย้งกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมด้านรายได้ต่อ
ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล (Williams et al., 2003) พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมี
เวลาในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้
สูง เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการจ้างผู้ดูแล และต้องทำงานประจำ

ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์
ทั้งนี้ทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากประสบการณ์และการเรียนรู้ สามารถสืบทอดจาก
บรรพบุรุษหรือจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่งได้ (heritability of attitude) และทัศนคดียังเป็นสิ่งที่
สามารถคาดการณ์การแสดงออกถึงพฤติกรรม (Gazzaniga & Heatherton, 2003)

องค์ประกอบที่สำคัญของทัศนคติแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ (ประภาเพ็ญ, 2522 อ้างตาม
พรพรรณ, 2543 ; Gazzaniga & Heatherton, 2003)

1. องค์ประกอบของความนึกคิดความเข้าใจ (cognitive component) เป็นความนึกคิด
ความเข้าใจโดยทั่วไปที่มีต่อปรากฏการณ์หรือสิ่งนั้นๆ ทำให้เกิดการแสดงออกในแนวคิดว่าจะไรถูก
อะไรผิด

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective component) เป็นความรู้สึกที่มีต่อคุณ
ค่าของสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่างๆ หากบุคคลใดมีความคิดที่ดีต่อสิ่งนั้นก็แสดงออกในรูป
ของความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจึงแสดงออกในลักษณะของความชอบ

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavior component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มปฏิบัติหรือมีความพร้อมที่จะกระทำ ซึ่งสืบเนื่องมาจากความคิดความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงออกในการยอมรับหรือปฏิเสธ การเข้าหา หรือถอยหนี

ทัศนคติจึงเป็นความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ทัศนคติในทางบวก หรือทัศนคติที่ดี จะมีแนวโน้มที่บุคคลจะเข้าหาสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น เนื่องจากชื่นชอบและพึงพอใจ ทัศนคติในทางลบหรือทัศนคติที่ไม่ดี จะมีแนวโน้มที่บุคคลจะถอยหนีจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นเนื่องจากไม่ชอบหรือไม่พึงพอใจ (กมลรัตน์, 2524 อ้างตาม พรพรรณ, 2543)

จึงสามารถสรุปทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยแสดงออกด้วยการกระทำหรือพฤติกรรมในการดูแล ทัศนคติในแง่ลบของผู้ดูแลจะทำให้ข้อจำกัดในการเข้ามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และคาดหวังว่า การดูแลเป็นหน้าที่ของผู้ที่มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพเท่านั้น (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น (Laitinen & Isola, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและการประเมินคุณภาพการดูแลที่ได้รับ (Laitinen, 1993) พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยมองว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นการทดแทนบุญคุณ เช่นเดียวกับการศึกษาของเอสตีดีท-เคอคิ และ คณะ (Astedt-Kurki et al., 1997) เกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติที่ตอบบทบาทในการเป็นผู้ดูแลในโรงพยาบาล พบว่าญาติมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเชื่อว่าตนเองสามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ และจากการศึกษาถึงประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่อยู่เฝ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาลของนิวแมน (Newman, 1997) พบว่า ผู้ดูแลมักมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย โดยมองว่าตนเองมีความสามารถปกป้องผู้ป่วยจากการถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้รู้สึกดีขึ้น ให้ความรักและความห่วงใย และเป็นความรับผิดชอบที่จะต้องมีหน้าที่ร่วมดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติกับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ (Bauer & Nay, 2003) พบว่า ในประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลที่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีทัศนคติต่อการดูแลว่า เป็นความผูกพันตามกฎหมายที่บุตรจะต้องคอยดูแลสนับสนุนและให้ความมั่นคงกับพ่อแม่

ในการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดทัศนคติโดยอ้างอิงตามองค์ประกอบของทัศนคติ และลักษณะกิจกรรมที่ผู้ดูแลควรมีส่วนร่วม ประกอบกับข้อมูลจากงานวิจัยที่ศึกษา

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความพร้อมของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย หรือมีโรคประจำตัว จะมองสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในแง่ลบต่อตนเอง หรือต้องดูแลด้วยความจำเป็น ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความสุขต่อหน้าที่ที่ต้องให้การดูแล และมักจะมีทัศนคติที่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (นันทพร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการประเมินตนเองว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีความเจ็บป่วยระหว่างการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลมีความอดทน และทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยไม่รู้สึกเครียดหรือเหนื่อยล้า เช่นเดียวกับการศึกษาของสุดศิริ (2541) พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจะมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล

บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีบุคลิกภาพส่วนตัวมีความเข้มแข็งอดทน จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิด มาเป็นความพยายามสู้กับปัญหาในการดูแล มองการดูแลในแง่ดี มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีสภาพที่ดีขึ้นได้ และมีความพยายามอดทนต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างถึงที่สุด ไม่มีความวิตกกังวลเกินไป และยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (นันทพร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีบุคลิกมีความเข้มแข็งอดทนสูงจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งอดทนต่ำกว่าและยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

ความหวังของผู้ดูแล

ความหวังมีผลต่อความเข้มแข็งของจิตใจและเป็นแรงจูงใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลที่มีความหวังว่า ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาเป็นปกติได้ดังเดิม หรือมีสภาพร่างกายดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ จะทำให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจและกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความสนใจ เอาใจใส่ ในการดูแล และพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ผู้ดูแลจะมีเป้าหมายในการดูแลและมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายหรือท้อแท้ที่จะเผชิญปัญหา ความหวังจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญอย่างหนึ่งในการดำรงบทบาทผู้ดูแล (นันทพร, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุดศิริ (2541) ที่พบว่าความ

หวังเป็นพลังและแรงใจที่จะช่วยหล่อเลี้ยงจิตใจผู้ดูแลให้สามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความตั้งใจและกระทำอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self-efficacy)

การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ดูแล เป็นความมั่นใจต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายใต้สถานการณ์ให้ประสบความสำเร็จ (Mowat & Laschinger, 1994) ซึ่งผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงจะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับการดูแลได้ดี และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคีเฟ และคณะ (Keefe et al., 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของญาติผู้ดูแล ต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจัดการกับความเจ็บปวด พบว่า สมรรถนะในตนเองสูง จะสามารถจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ดีและผู้ป่วยมีความผาสุก ในขณะเดียวกันผู้ดูแลมีระดับความตึงเครียดลดลงและมีภาวะอารมณ์ในทางบวก

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่

ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย

ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลจะต้องเผชิญโดยตรง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษานาน และมีการทวิความรุนแรงของโรคขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุผลที่ผู้ดูแลต้องการให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในสถานบริการแทนการรับกลับไปดูแลที่บ้าน (Ryan & Scullion, 2000) นอกจากนี้โดยภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง การดูแลมีความยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่แน่ใจ และท้อแท้ (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสบการณ์ญาติในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (Jonsen et al., 2000) พบว่า เมื่อญาติทราบการวินิจฉัยโรคที่มีความรุนแรงและไม่แน่นอนต่อการหายของโรค จะมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกสิ้นหวัง ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาแพทย์และทีมสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ เนื่องจากขาดความมั่นใจในวิธีการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของชาร์พ (Sharp, 1990) พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งที่เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากการดำเนินโรคของผู้สูงอายุแย่งลง ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพเดิมได้ ทำให้ญาติเกิดความเหนื่อยล้า หหมดกำลังใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาถึงความล้มเหลวในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) พบว่า

ภาวะสุขภาพหรือความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย เป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเช่นเดียวกัน

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยรับรู้มา เช่น จากการศึกษาของจอห์นสัน และ คณะ (Jonsen et al., 2000) เมื่อญาติรับทราบข้อวินิจฉัยว่าบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคที่มีความรุนแรง จะเกิดความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง และรับรู้ว่าเป็นสัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าความตายกำลังจะมาถึง เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน มีวิธีการรักษาที่ไม่แน่นอน มีความเสี่ยงสูง ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเครียด กลัว และวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยอยู่ในขั้นรุนแรง (Titler, Cohen & Craft, 1991) ในขณะที่การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ดูแลจะรับรู้ว่ามีระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยลดลง (Leith, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0 – 10 เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการประเมิน

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 49 ของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประมาณร้อยละ 27 มีความยุ่งยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่ที่บ้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (activities of daily living or ADLs) ซึ่งกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า แต่งตัว เคลื่อนไหวร่างกาย และการขับถ่าย กิจกรรมเหล่านี้ มีความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายของบุคคล ทั้งนี้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการพิจารณาถึงความสามารถเฉพาะส่วนบุคคลในการดูแลตนเอง การพึ่งพาบุคคลอื่น และเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2001) ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง หากผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ดูแลจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น (จินตนา, 2540)

ระดับของความต้อการพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลตนเองที่สูงขึ้นของผู้ป่วยจะสะท้อนถึง ความต้อการระยะเวลาและการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลเพิ่ม ขึ้นและผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า (Gaynor, 1990 cited by Nielsen, Henderson, Cox, Williams, & Green, 1996) ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลลดลง เพราะในขณะที่ผู้ ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นเวลาที่ผู้ดูแลต้อการผ่อนภาระจาก ความตึงเครียด และต้อการเวลาในการทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนการดูแลผู้ป่วย (รัชฎา, 2543) ในขณะที่การ ศึกษาถึงแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับยาเคมีบำบัดในโรง พยาบาล (Schumacher, 1996) พบว่า การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลจะเปลี่ยนแปลงตาม ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี การมีส่วนร่วมของญาติจะลดลง เมื่อผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้อพึ่งพาผู้อื่น การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลจะมากขึ้นหรือให้การดูแลทั้งหมด สอดคล้องกับ การศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล (nursing home) (Friedemann et al., 1999) พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความ สัมพันธ์ในทางลบต้อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในสถาน พยาบาล และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งได้แปลและนำ มาประยุกต์ใช้เพื่อความสะดวกและเหมาะสมในการวัดระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ โดยสุทธิชัย (2542) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้ การรับประทานอาหาร การดูแล ความสะอาดของร่างกาย (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) การเคลื่อนตัวจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องส้วม การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ ความ สามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะโดยมีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน ซึ่ง แบบประเมินนี้ จะแบ่งระดับความสามารถเป็น 4 ระดับ คือ

- 0 - 4 หมายถึง ต้อพึ่งพาทั้งหมด (total dependence)
- 5 - 8 หมายถึง ต้อพึ่งพาเกือบทั้งหมด (severe dependence)
- 9 - 11 หมายถึง ต้อพึ่งพาระดับปานกลาง (moderately severe dependence)
- > 12 หมายถึง ต้อพึ่งพาน้อยมาก (mildly severe dependence)

ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอลเป็นเครื่องมือ ที่มีความเที่ยงตรงและมีความน่าเชื่อถือต้อการประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะพึ่งพา โดยเฉพาะใช้อย่างแพร่หลายในการประเมิน ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Lewis, 2002) เช่น การวิจัยของสมพร (2541) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ได้นำแบบประเมินความ

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ พบว่า มีระดับความเชื่อมั่นสูงที่ระดับ 0.82 โดยปรับเหลือ 9 กิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมขึ้นลงบันได ไม่สามารถประเมินได้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล

สัมพันธภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อก่อให้เกิดความสนิทสนมและความพึงพอใจ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลนั้นจะเป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อช่วยเหลือให้ได้รับการตอบสนองของความต้องการและช่วยแก้ปัญหา โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่เป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาล คือ ต้องมีความอดทน มีความความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร เอาใจใส่ดูแล เข้าใจและยอมรับในความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่น (ฉวีวรรณ, 2541) การมีสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ดี มีความไว้วางใจ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Hertzberg & Ekman, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาของไลทิเนน และไอโซลา (Laitinen & Isola, 1996) เกี่ยวกับการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยของนฤมล (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และการใช้สิทธิในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการช่วยเหลือและไว้วางใจ (helping-trust relationship) ตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson, 1985) ซึ่งวัตสันได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจว่าเป็นพื้นฐานในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจอย่างถ่องแท้ (congruence or genuineness) ความรู้สึกเข้าใจเห็นอกเห็นใจ (empathy) และการแสดงออกด้วยความอบอุ่น (nonpossessive warmth) กล่าวคือ

ความสอดคล้องและความจริงใจอย่างถ่องแท้ (congruence or genuineness) เป็นลักษณะของความเป็นจริงใจโดยปราศจากสิ่งแอบแฝง เป็นการเปิดเผยถึงความรู้สึกและเจตคติที่เป็นจริงด้วยความซื่อสัตย์และเชื่อถือได้ โดยพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ต้องมีลักษณะที่เปิดเผยมีความจริงใจ และซื่อสัตย์ปราศจากการเสแสร้ง มีความ

พยายามที่จะเรียนรู้ถึงอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษาและให้การดูแลที่ดี

ความรู้สึกร่วมใจ เห็นอกเห็นใจ (empathy) เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึกและโลกส่วนตัวของแต่ละบุคคล มีความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้ การสื่อสารที่ดี จะช่วยเหลือให้พยาบาลสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น ความรู้สึกเข้าใจเห็นอกเห็นใจนั้น พยาบาลจะต้องยอมรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่นโดยปราศจากความกังวลใจ ความโกรธ หรือความขัดแย้ง

การแสดงออกด้วยความอบอุ่น (nonpossessive warmth) เป็นเงื่อนไขสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ควบคู่กับความจริงใจ และความรู้สึกเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ โดยการแสดงออกที่อบอุ่นเป็นสิ่งที่ช่วยประสานให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทั้งภาษาและท่าทาง ได้แก่ การแสดงออกด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียงที่พูดไม่ดังเกินไป การแสดงออกทางใบหน้าที่เป็นมิตรแสดงถึงความจริงใจ การสบตาระหว่างการพูดคุย หรือการสัมผัส

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

สังคมไทยเป็นสังคมที่มีการอบรมให้บุตรหลานมีความรักและเคารพผู้สูงอายุในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรัก มีความคุ้นเคย และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว (พัชรี, พัสมณท์ และ กันยา, 2539) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล อาจเป็นผลมาจากความผูกพัน การทดแทนบุญคุณหรือความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ ความตระหนักในหน้าที่ และการยอมรับของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยอื่นๆที่กล่าวมาไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลที่ศึกษาจัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤต ประกอบกับการมีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งหากแบบสอบถามมีมากเกินไปผู้ตอบแบบสอบถามอาจเกิดความเหนื่อยล้าและข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง

สรุป

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมสมรรถภาพ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ทำให้เจ็บป่วยง่าย และมีความรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ เวลานาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีบทบาทต่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุใน การปรับตัว ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ายังมีข้อจำกัด ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการดูแลด้าน จิตสังคม และช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้มีผลมาจากปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ความหวัง และการรับรู้สรรถนะในตนเอง ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจที่ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอาศัยกรอบแนวคิดของการมีส่วนร่วม กระบวนการพยาบาล ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ มาเป็นแนวทางในการประเมินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น