



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง เจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุ และพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นหัวข้อดังนี้

ทฤษฎีการสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

เจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ

พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุ

มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือวัยชราไว้มากมาย และในมัจจุบันการบำบัดและการรักษาโรคดีขึ้นกว่าเดิมจึงเป็นการยากที่จะบอกว่า ใครคือผู้สูงอายุ นิสา ชูรัต (2525) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดด้วยจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาการมีชีวิตอยู่ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร (อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ, ม.ป.ป.) ได้บัญญัติคำว่า "ผู้สูงอายุ" ว่าต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำ
3. เป็นผู้ที่ต้องการความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับการช่วยเหลือ

ศรี เรือน แก้วกั้วกาล (2530) กล่าวถึงวัยชราไว้ว่า เป็นระยะสุดท้ายของชีวิต บุคคลหลายคนอาจมีชีวิตไม่ถึงวัยชรา ลักษณะพัฒนาการในวัยชราตรงกันข้ามกับระยะวัยเด็ก คือ เป็นแบบเสื่อมทราม (Deterioration) และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ มิใช่การเจริญงอกงาม (Growth) กำหนดนับกันว่า วัยชราเริ่มตั้งแต่ประมาณอายุ 65 ปี เป็นต้นไป แต่ต้องคำนึงว่าการตัดสินจากอายุตามปฏิทินว่าใครเข้าสู่วัยชราแล้วหรือไม่นั้นย่อมผิดพลาดได้ง่าย เพราะ ภาวชรา นั้นแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล อันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคนต่างกัน พัฒนาการในอดีตไม่เหมือนกัน การระวังรักษาทางกาย อารมณ์ และจิตใจไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ ยังขึ้นกับกรรมพันธุ์ เพศ และอื่น ๆ อีกด้วย

โดยทั่วไปถืออายุ 60 ปีเป็นวัยสูงอายุ และอายุนี้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านสุขภาพว่า ผู้ที่มีอายุถึง 60 ปีแล้วยังแข็งแรง และยังสามารถทำงานได้ดี จึงมีความพยายามที่จะเพิ่มอายุของการเข้าสู่วัยชราให้สูงขึ้นคือเป็น 65 ปี หรือแม้แต่มิแนวจนจะเป็น 70 ปี อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (elderly) ว่ามีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี, คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และคณะ, 2531)

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุ โดยชุมนุมผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงข้อขา และเป็นผู้มีโรคสมควรรได้รับการช่วยเหลือ (กุลยา ตันติผลาชีวะ)

จันทนา รณฤทธิ์วิชัย (2533) ได้รวบรวมความสูงอายุไว้ดังนี้

1. ความสูงอายุในเชิงชีวภาพ (Biological age) เป็นการคาดคะเนถึงประสิทธิภาพของการทำงานของร่างกายซึ่งจะเป็นไปตามอายุขัย (life span) โดยดูจากความสามารถในการทำงานที่ของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ หัวใจ สมอง เป็นต้น ผู้ที่มีอายุน้อยย่อมมีประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุน้อยในเชิงชีวภาพจะมีการคาดหวังตามอายุขัย (life expectancy) สูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก

2. ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยา (Psychological age) เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเปรียบเทียบกับบุคคลที่มี

อายุเท่า ๆ กัน ความสูงอายุเชิงจิตวิทยาที่มีความสำคัญเสมอเท่ากับความสามารถในการทำงานของอวัยวะที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น สมอง ระบบการไหลเวียนของเลือด ซึ่งจะพิจารณาความสามารถเหล่านี้ได้จากความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา ความชำนาญ ความรู้สึก แรงจูงใจ และอารมณ์

3. ความสูงอายุในเชิงสังคม (Social age) หมายถึง บทบาทและนิสัยทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ร่วมสังคมเดียวกัน โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมที่มีอายุเท่า ๆ กัน คุณลักษณะทางชีวภาพ และจิตวิทยาของบุคคลจะมีผลต่อแบบฉบับและคุณค่าทางสังคมได้

Hall (1976) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และได้แบ่งการสูงอายุของคนออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. ความมีอายุตามเวลาปฏิทิน (Chronological age) หมายถึง จำนวนเวลาหลังเกิด นับตามปีปฏิทิน

2. ความมีอายุทางชีววิทยา (Biological age) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกาย และกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะมีอายุเพิ่มขึ้น

3. ความสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological age) จะมีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยยะต่าง ๆ เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น

4. ความมีอายุทางสังคมวิทยา (Sociological age) จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงาน เป็นต้น

ปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดโดยเฉพาะที่จะสามารถอธิบายว่า ทำไมจึงเกิดการสูงอายุ เพราะแต่ละทฤษฎีต่างก็อธิบายในลักษณะเฉพาะสาขาของตน ดังนั้น การที่จะใช้ทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวในการอธิบายการสูงอายุจึงยังไม่ครอบคลุม การศึกษาขบวนการสูงอายุจะศึกษาใน 2 ด้าน คือ ด้านชีววิทยา และด้านจิตสังคม (Yurick, Robb, Spier and Ebert, 1984)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Views)

ทฤษฎีทางชีววิทยาได้พยายามอธิบายถึงกระบวนการสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะต่าง ๆ ของสิ่งมีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลง การสูงอายุ และการตาย

เนื่องจากไม่มีใครทราบถึงสาเหตุที่ทำให้บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ทฤษฎีทางชีววิทยาได้ทำการศึกษาถึงระดับหน้าที่ทางชีววิทยา พบว่าในทุกระดับของชีววิทยา ตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะ จะต้องมีการเสื่อมและมีการตายเกิดขึ้น ทฤษฎีนี้ยังแบ่งเป็น ทฤษฎีย่อย ได้แก่

1.1 ทฤษฎีโอมิเลกุล ได้พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุว่า เป็น เพราะมีการถ่ายทอด DNA (Deoxyribonucleic acid) ที่เปลี่ยนไปจากเซลล์ปกติ ทำให้ได้เซลล์ใหม่ที่แตกต่างกันไปจากเดิม จึงทำให้หน้าที่เปลี่ยนไป

1.2 ทฤษฎีเซลล์ โดยปกติเซลล์ของมนุษย์จะมีการสร้างใหม่ได้ถึง 50 ครั้ง แล้วเซลล์นั้นก็ตายไป โดยที่ก่อนเซลล์นั้นจะตาย ความสามารถนี้จะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ในเซลล์ของคนที่มียายุสูงขึ้น และการที่เซลล์จะมีอายุยืนยาวเท่าใดยังขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์และอิทธิพลอื่น ๆ อีกมาก เช่น รั้งสี ความร้อน ความเครียดทางอารมณ์ การเจ็บป่วย อาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.3 ทฤษฎีสรีรวิทยา เชื่อว่า ภูมิคุ้มกัน (Immune) กับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) จะเป็นตัวควบคุมที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ การที่ภูมิคุ้มกันจะทำหน้าที่ได้นานเพียงใดขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ จากการศึกษาในหนูที่แก่เกินวัยพบว่ามี การบกพร่องในการทำหน้าที่ของต่อมน้ำเหลือง (Lymphocyte) มีการเพิ่มการต่อต้านภูมิคุ้มกันภายในร่างกาย และมักจะมีอายุสั้น สำหรับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามี ความสัมพันธ์กันระหว่าง รั้งไข่-ต่อมใต้สมอง-สมอง (Ovarian-Pituitary-Brain) โดยที่เชื่อว่า ถ้ามีการเปลี่ยนเซลล์ในสมอง บางอย่างจะสามารถช่วยให้มีอายุยืนขึ้นได้

โรคสไตน์และซัสแมน ได้สรุปหลักของทฤษฎีความสูงอายุว่า อวัยวะทุกส่วนของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปตามความสูงอายุนอัตรานี้ไม่เท่ากัน และในแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะชนิดเดียวกันไม่เท่ากัน (Steffl, 1984) นอกจากนี้ จันทนา วัฒนฤทธิวิชัย (2533) ได้รวบรวมทฤษฎีเชิงชีววิทยา โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theories)

ได้แก่

1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theories)

กล่าวถึงอายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุนานไม่เท่ากัน ทั้งนี้จะถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสของพันธุกรรม มนุษย์มีอายุขัยเฉลี่ย 70 ปี ผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ ครอบครัวใดที่บรรพบุรุษมีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุขัยยืนยาวด้วย แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลทำให้รหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนแปลงไปได้เช่นกัน

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมภายในเซลล์ (Cellular genetic theories) กล่าวถึง ยีน (gene) ซึ่งเป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม โดยควบคุมการสร้างเอ็นไซม์ ถ้าโมเลกุลของ DNA ถูกทำลายไป จะทำให้สารประกอบต่าง ๆ อยู่ผิดตำแหน่ง ยีนก็จะมีผลผิดปกติ เอ็นไซม์ที่สร้างโดยการควบคุมของยีนที่ผิดปกติก็อาจจะมีน้อย หรือไม่ทำหน้าที่ก็ได้ มีผลให้การทำหน้าที่ของเซลล์เสียไป ในที่สุดเซลล์ก็จะมีผลผิดปกติเกิดขึ้น และตายไป

1.3 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic mutation theories) เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ DNA และเป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น เซลล์ที่ได้รับรังสีจะมีการทำลายของ DNA ซึ่งภายในเซลล์จะมีกลไกในการซ่อมแซมด้วย แต่จะช้ากว่าการทำลาย ทำให้เซลล์ตายในที่สุด

1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) เกิดขึ้นในขั้นตอนการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอ็นไซม์ จะทำให้มีการจำลองโปรตีนหรือเอ็นไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิม เป็นเหตุให้เซลล์มีอายุและตายในที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าเอ็นไซม์ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ได้น้อยลงเมื่อมีอายุมากขึ้น

2) ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Non genetic cellular theories) ทฤษฎีนี้เกี่ยวกับระยะเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ แบ่งได้เป็น

2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโรทรณ (Wear and Tear theory) เมื่อมีการใช้งานนาน ๆ ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น ก็จะมีกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทนเนื้อ

เยื่อบางชนิด เช่น ผิวหนัง เยื่อทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เมื่อเซลล์เก่าเสื่อมหรือตายไป ก็จะมีการสร้างเซลล์ขึ้นมาใหม่เพื่อทดแทนเซลล์เก่าตลอดเวลา เพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ส่วนเซลล์บางชนิดไม่สามารถแบ่งตัวได้ เช่น เซลล์ของประสาทและกล้ามเนื้อลาย ในที่สุดก็จะเสื่อมหรือตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะส่วนนี้ลดลงเรื่อย ๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น

2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำเรียกว่า ไลโรพัสซิน (lipofuscin) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมันในขบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไปของผนังเซลล์ พบว่า ไลโรพัสซินจะถูกสะสมมากเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ และทำให้คุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เซลล์มีอายุและตายได้ เนื่องมาจากการสร้างอนุมูลซึ่งมีฤทธิ์ทำลาย อนุมูลอิสระนี้เป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ ซึ่งเกิดจากผลพลอยได้ในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ ผลของการใช้ออกซิเจนภายในเซลล์ ซึ่งออกซิเจนเป็นสารที่จะทำปฏิกิริยาไวมาก เมื่อทำปฏิกิริยากับสารอื่น ๆ เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต กรดไขมัน โดยเฉพาะกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว จะทำให้เกิดอนุมูลอิสระที่ละน้อย ๆ เมื่อสะสมกันมากขึ้น ๆ ก็จะมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ ผลจากปฏิกิริยานี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ต่าง ๆ ของเซลล์ เอ็นไซม์และโปรตีนได้ เซลล์ก็ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และในที่สุดก็จะตาย

2.4 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) หรือ ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen theory) กล่าวถึง ความมีอายุที่เกิดขึ้นจากการเชื่อมตามขวางของริบเลกุลของโปรตีน ซึ่งปกติริบเลกุลเหล่านี้ต้องแยกจากกัน เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของริบเลกุลเปลี่ยนแปลงไป

การเกิดการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีผลต่อการซึมผ่านของเซลล์ การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การบีบรัดของหัวใจ และการซึมผ่านของก๊าซ สารอาหาร หลอดเลือดทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เอ็นจะแห้งและแข็ง ฟันจะหัก ผนังของหลอดเลือดแดงจะลดแรงดึงตัว

3) ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องทางสรีรวิทยา (Physiological theory)

กล่าวถึง ความมีอายุเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่

3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory)

3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory)

2. ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Views) (Yurick et al., 1984)

2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychologic theories of aging) อธิบาย

ว่า การเป็นผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน และระหว่างบุคคล โดยเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง มิใช่ปัจจัยอย่างเดียว ทฤษฎีนี้ได้อาศัยรูปแบบการพัฒนาการของ อีริคสัน (Erikson) โดยที่เขาว่าการเป็นผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย บัจฉัยแวดล้อม และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่จะผลักดันให้มีบุคลิกแตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต (Life span) 8 ระยะด้วยกัน ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต การที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ก็จะส่งผลถึงการพัฒนากลิภาพในอนาคต คือการเป็นผู้สูงอายุด้วย

2.2 ทฤษฎีทางสังคม (Sociologic theories of aging) ทฤษฎีทางสังคมแบ่งออกได้เป็น

2.2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory)

ประกอบด้วย 3 ประการ คือ

2.2.1.1 การละบทบาททางสังคม ซึ่งจะ เป็นผลดีของทั้ง

สองฝ่ายคือ ให้คนในวัยหนุ่มสาวที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาทำหน้าที่แทน สำหรับผู้สูงอายุเองก็จะได้เตรียมตัวรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น และเมื่อการตายของผู้สูงอายุมาถึง ก็จะไม่ทำให้สังคมเกิดภาวะเสียดุล

2.2.1.2 เป็นกระบวนการต่อเนื่องและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ทุก

คนจะต้องพบกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคม ไม่ช้าก็เร็ว

2.2.1.3 ความแตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งสำคัญ

ทฤษฎีนี้ไม่ได้บ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ที่ถอยหนี แต่ผู้สูงอายุจะมีความพอใจอย่างมากถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม นอกจากนี้พบว่า ถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดีมีการยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุแล้ว จะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะถอยหนี แต่การที่ผู้สูงอายุถอยหนีจากสังคมก็เนื่องมาจากผู้สูงอายุต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ ทำให้ความสัมพันธ์ร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป คู่สมรสเสียชีวิต หรือตนเองหมดสภาพหัวหน้าครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุถอยหนีออกมาจากสังคม (จันทนา รัตนวิชัย, 2533)

2.2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) เป็นการมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และความพึงพอใจในชีวิต คนที่มีการสูญเสียบทบาทมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ และเชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยรักษาสุขภาพ และบุคลิกภาพของบุคคลไว้ได้ ผู้สูงอายุที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข จะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้โดยไม่ตีตัวออกห่าง

2.2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) จากทฤษฎีการถดถอยจากสังคมกับทฤษฎีกิจกรรม ได้นำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีความต่อเนื่อง โดยในปี 1972 นิวการ์เตน (Neugarten cited by Zyl, 1979) ได้นำทฤษฎีทั้งสองมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปใหม่เป็นทฤษฎีความต่อเนื่องที่สามารถอธิบายชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้ คือการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคม จะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อน ก็จะมีสุขในการแยกตัวเองในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

จากทฤษฎีการสูงอายุทั้งทฤษฎีสาขาชีววิทยา และสาขาจิตสังคม ซึ่งอธิบายถึงสาเหตุของการสูงอายุ สรุปได้ว่า การสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

มักจะพบเสมอว่า ผู้สูงอายุมีอาการตาฟาง หูตึง พันหัก ผมหงอก รุ่มง่าม ไม่กระฉับกระเฉง มีโรคประจำตัวอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคไขข้ออักเสบ โรคต่อกระจก เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น ส่วนต่าง ๆ อวัยวะ เนื้อเยื่อ เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายเริ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ดังกล่าวจึงได้ผิดปกติไป (ปราณี ใจอาจ, 2523) ซึ่งจะเกิดในทุกระบบของร่างกาย ดังนี้

1.1 ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังไปจากปกติ ผิวหนังจะบาง แห้ง และเปราะ ขาดความยืดหยุ่น ซึ่งขึ้นอยู่กับพันธุกรรมของแต่ละคน และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การถูกแสงแดด ถึงแม้ว่าความหนาของผิวหนังชั้นนอกไม่เปลี่ยน แต่ความหนาของผิวหนังชั้นในลดลงถึงร้อยละ 20 ในผู้สูงอายุ และมีการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง ความยืดหยุ่นจะเสียไป ทำให้ผิวหนังแห้งและเปราะ เซลล์สร้างสีลดลง ทำให้ผิวหนังมีปฏิกิริยาต่อแสงมากขึ้น ผมจะบางลงและเปลี่ยนแปลงเป็นสีขาว ในผู้หญิงจะมีขนที่หน้าเพิ่มมากขึ้น เล็บจะบางและเปราะ (Chenitz, Stone and Salisbury, 1991)

1.2 ตา มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของตา หนึ่งตาจะบาง มีรอยย่นจากการสูญเสียไขมัน เยื่อบุตาจะแห้งและบาง มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังนี้ (สุภาณี กาญจนจารี, 2534)

1.2.1 สายตาวาว เนื่องจากเลนส์มีความเสื่อมความสามารถในการปรับรูปร่าง และมีผลทำให้การมองในระยะใกล้ลดลง

1.2.2 ม่านตาหดและแห้ง ทำให้ขนาดของรูม่านตาเล็กลง ลดความสามารถในการปรับต่อการเปลี่ยนแปลงของแสง

1.2.3 มีวงสีขาวรอบตาดำ (Arcus senilis) เกิดจากความเสื่อมทรามของตาขาว ๆ ไม่มีอันตราย และไม่มีผลกระทบต่อการมองเห็น

1.2.4 การแฟบของเรตินา (Retinal atrophy) ทำให้ลดความสามารถในการแยกสี และความสว่าง โดยเฉพาะสีระหว่างสีเขียวกับสีน้ำเงิน

1.2.5 ต้อกระจก พบได้บ่อยจากการสูญเสียโปรตีนที่ละลายได้ เลนส์จะขุ่นแข็ง ทำให้การปรับความไวของแสงลดลง นอกจากนั้น ในผู้สูงอายุยังเกิดต้อหิน เนื่องจากความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น

1.3 หู การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น สาเหตุเนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น จะสูญเสียการได้ยินในระดับเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ การผลิตขี้หูลดลง แต่มีการสะสมของขี้หูในช่องหูมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อย ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.4 จมูก การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้สิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตราย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533) นอกจากนั้น การสูญเสียการได้กลิ่นอาจเนื่องมาจากโรค เช่น ไซนัสอักเสบ มีก้อนในจมูก การผ่าตัด การฉายแสง และได้รับยาแอสไพริน ความผิดปกติอื่นของจมูกไม่แตกต่างจากวัยหนุ่มสาว เช่น การมีเลือดออกในจมูก ซึ่งอาจเนื่องมาจากการได้รับการกระทบ มีการทะลุของจมูก ความดันโลหิตสูง การแข็งตัวของเลือด และมีก้อนในจมูก (Chenitz et al., 1991)

1.5 คอ มีการรั้งของกระดูกคอ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากการสูญเสียของกล้ามเนื้อที่ยึดและยึดข้อกระดูก ทำให้กระดูกคอบางและแตก ในผู้สูงอายุที่สุขภาพดี การเคลื่อนไหวของคอยังคงไม่เปลี่ยนแปลง (Chenitz et al.)

1.6 เต้านม ไขมันจะลดลง มีการแทนที่ของเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) ซึ่งมักจะเกิดในวัยสูงอายุ ส่งเสริมให้เกิดเนื้องอกในวัยสูงอายุ ซึ่งเนื้องอกนี้จะพบได้ยากในผู้ป่วยที่มีหน้าอกหย่อนยาน และผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน ผู้หญิงสูงอายุมักจะมีหัวนมสีจางและเล็กกว่าในวัยสาว หัวนมอาจจะบวม แต่สามารถทำให้กลับคืนมาได้ง่ายโดยกดเบาๆ (Chenitz et al.)

1.7 ระบบหายใจ ปอดจะสูญเสียความยืดหยุ่น จำนวนถุงลมลดลง แต่จะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่ห่อหุ้มถุงลมลดลง และมีการเชื่อมต่อกันตามขวางมากขึ้น จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมลดลง ความสามารถตามปกติในการที่จะหายใจเอาอากาศเข้าไปในปอดลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหายใจเบาตื้น และเร็วกว่าคนหนุ่มสาว นอกจากนี้ การแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศบริเวณส่วนล่างปอดมีน้อยมาก และเป็นมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุนอน ตอนกลางวันจะเกิดออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุสับสน ปกติผู้สูงอายุสามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ถ้าเกิดภาวะที่ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น ความเครียด การติดเชื้อ การออกกำลังกาย ทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวได้ จึงควรระวังการติดเชื้อ โดยให้ผู้สูงอายุอยู่นานเท่าที่จำเป็นมากที่สุดเพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น

1.8 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (สุภาณี กาญจนจารี, 2534)

1) มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและสรีระของหลอดเลือด ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง การได้รับน้ำมากเกินไป หรือมีภาวะช็อค หัวใจต้องทำงานมาก อาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ถ้าหัวใจไม่สามารถปรับขนาดเซย อาจทำให้หัวใจล้มเหลวได้

2) การเปลี่ยนแปลงของระบบสื่อประสาท เป็นสาเหตุให้เกิดอาการขาดเลือด ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ นอกจากนี้ อาจพบร่วมกับการได้ยา Digitalis ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเกิดได้ง่ายถ้าระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ การเต้นผิดปกติของหัวใจจะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง จนอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้

3) การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง ผนังหลอดเลือดจะสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้แรงต้านของหลอดเลือดแดงส่วนปลายเพิ่มขึ้น

4) การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดดำ ลิ้นของหลอดเลือดดำถูกทำลาย ทำให้หลอดเลือดดำโป่งพอง การไหลเวียนไม่ดี หลอดเลือดดำตีบ มีก้อนเลือดอุดตันที่ปอด พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย สวมเสื้อรัด ๆ และนั่งไขว่ห้าง

5) ความดันโลหิตสูง เนื่องจากความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง และเพิ่มแรงต้านของเลือดส่วนปลาย เป็นสาเหตุของโรคสมองและหลอดเลือด อาจเกิดเลือดออกในสมองและเส้นเลือดในสมองอุดตัน มีผลทำลายสมอง สมองขาดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด stroke ทำให้เกิดแขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง

1.9 ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุเกิดขึ้นเนื่องจากน้ำย่อยลดลง การดูดซึมและการเคลื่อนไหวลดลง ขนาดของตับลดลง 20% เมื่ออายุ 50-70 ปี ผู้สูงอายุอาจมีภาวะขาดเลือดได้เนื่องจากการดูดซึมวิตามินบี 12 ลดลงจากการมีน้ำย่อยน้อยลง และพบอาการท้องผูกบ่อย เกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ขาดการออกกำลังกาย ดื่มน้ำน้อย และจากยาบางชนิด (Chenitz et al.)

1.10 ระบบสืบพันธุ์

ในเพศหญิง เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนและการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ขนร่วง ไขมันบริเวณหัวเหน่าลดลง การกลั่นแป้งสาคูจะไม่อยู่พบมากในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ทำให้มีภาวะเครียด การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะหย่อน

ในเพศชาย ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้รู้สึกปวดปัสสาวะบ่อย ต่อมลูกหมากโต มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย เนื่องจากกล้ามเนื้อบีบตัวไม่ดี เป็นเหตุให้ปัสสาวะค้างมาก การหลั่งน้ำอสุจิลดลง ผู้ป่วยและคู่สมรสอาจคิดว่า มีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางเพศ ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Chenitz et al, 1991)

1.11 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

หลังอายุ 30 ปี จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กาลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวช้า หลังอายุ 40 ปี มีการเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้าง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งกระตุ้นการทำงานของออสติโอบลาสต์ที่มีปริมาณลดลง ฮอร์โมนพาราไธรอยด์ทำงานเพิ่มขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่ายแม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกจะไปเกาะกระดูกอ่อนของอวัยวะอื่น ๆ เช่น บริเวณกระดูกชายโครง ผังหลอดเลือด ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกหลังยุบมากขึ้น ทำให้หลังค่อม

กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อมมากขึ้นตามอายุ เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนมาสัมผัสกัน เกิดการเสียดของข้อ ข้ออักเสบติดเชื้อง่าย ทำให้มีอาการปวดข้อ ที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง (วิไลวรรณ ทองเจริญ)

1.12 ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางคือ ไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง มีผลต่อความจำ การรับรู้ การเคลื่อนไหว การตัดสินใจ และการเผชิญกับปัญหาได้ไม่ดีเท่าที่ควร

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย มีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นไปในรูปใด ขึ้นอยู่กับลักษณะพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา และบุคลิกภาพเฉพาะตน ความเสื่อมทางอารมณ์และจิตใจ มักเกิดควบคู่กับความเสื่อมโรทรทางกาย ผู้สูงอายุมักรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีอารมณ์กังวล ใจน้อย และกระทบกระเทือนใจได้ง่าย นอกจากนั้น ความเหงาก็เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ง่าย เชื่อว่าผู้สูงอายุเหงามากกว่าคนในวัยอื่น ๆ เพราะมีเวลาว่างมากขึ้น พบความพลัดพรากจากกันมากขึ้น เช่น การตายของเพื่อน คู่ครอง การจากไปเรียนของลูกหลาน ผู้ที่เป็นโรคจะเหงาน้อยกว่าบุคคลที่มีครอบครัว (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530)

การเรียนรู้และความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ หรือความพยายามที่จะแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ลดลง มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อคำสั่งหรือคำสั่งที่แจ่มชัดกว่าวัยอื่น ๆ สำหรับการตัดสินใจ ผู้สูงอายุอาจใช้เวลาานกว่าวัยผู้ใหญ่ เพราะท่านต้องการข้อมูลที่มากพอในการตัดสินใจ ผู้สูงอายุจะมีความลำบากในการฟื้นความจำเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ มากกว่าการรู้จักว่าอะไรเป็นสิ่งที่คุ้นเคย จะมีความจำในระยะสั้นลดลง แต่ความจำในระยะยาวหรือเรื่องราวในอดีตได้ดี

การสูญเสีย ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถของประสาทสัมผัส ได้แก่ ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การลิ้มรส การรับรู้ทางผิวหนังลดลง ทำให้ต้องพึ่งพา ทำให้รู้สึกคุณค่าของตนเองลดน้อยลงไป เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้ใกล้ชิด นอกจากนั้น

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อนฝูง ซึ่งมีผลกระทบต่อกระเทือนจิตใจผู้ช่วย ทำให้เหงา ว้าเหว และกลัวตาย อาจเกิดภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกโกรธ จะเกิดเมื่อผู้สูงอายุถูกครอบครัวและสังคมทอดทิ้ง ทำให้คิดว่า ตนไม่มีความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุปฏิเสธความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว หรือแพทย์ พยาบาล มีการต่อต้าน พฤติกรรมที่เห็นได้ชัดคือ หงุดหงิด ไม่พอใจการกระทำของบุคคลรอบตัว ซึมเศร้า จู้จี้ ไม่ว่าใครจะทำอะไร ก็โกรธและ เคียดแค้นไปหมด คิดว่าผู้อื่นจะดูถูกตนเอง ทำให้เกิดความวุ่นวายในครอบครัว ทำให้สมาชิกเบือนหน้าไปได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2533)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

วัยสูงอายุเป็นช่วงของการเกษียณอายุ งานที่เคยทำประจำต้องหยุด เคยเดิน เข้าไปในสถานที่ทำงานโดยมีคนเคารพรอบไว้ เมื่อเกษียณไปแล้ว ไปไหนอาจไม่มีคนรู้จัก ไม่มีแม่แต่ผู้ทักทาย ทำให้เสียความคุ้นเคย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันไป ผู้สูงอายุหญิง จะปรับตัวได้ง่ายกว่าชาย เพราะส่วนใหญ่มุ่งทำหน้าที่หลายอย่าง นอกจากทำงานประจำนอก บ้านแล้ว ยังต้องทำงานในบ้าน นอกจากนั้น การเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ สถาน ภาวะและบทบาทเปลี่ยนไป การสมาคมกับเพื่อนฝูงลดน้อยลง และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยน ไป ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดความทุกข์ (จินตนา ยูนิพันธ์)

การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว สังคมไทยสมัยก่อนผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของ ครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและ สุขใจ แต่ในปัจจุบัณ สภาพสังคม การพัฒนาทางเศรษฐกิจ เป็นผลให้อาชีพและความเป็นอยู่ใน สังคมก็เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นหลังต้องใช้ความรู้ในการประกอบอาชีพ ต้องทำงานนอกบ้าน ครอบครัวมักจะเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มถูกละเลยให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น

การเปลี่ยนบทบาท ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75-80 ปีขึ้นไป มีสภาวะเสื่อมถอยของสุขภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุจะรู้สึกกดดันทางจิตใจที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เพราะไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ความสุขในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะดำเนินต่อไปในรูปแบบเดิม (พัชรี ตันศิริ, 2533)

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคม ถ้าผู้สูงอายุมีการยอมรับและปรับตัวได้ ก็แสดงถึงการที่มีภาวะสุขภาพจิตดี แม้จะมีอายุมากขึ้น

แต่สามารถดำเนินชีวิตและดำเนินกิจกรรมต่อไปเหมือนปกติ ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพจิตที่ตื้นเขินอยู่กับภูมิลักษณ์ และการพัฒนาจิตใจของบุคคล แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมรับและปรับตัวตามสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ ก็จะทำให้มีปัญหาในการปรับตัว สุขภาพจิตเสื่อมทราม มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ควรจะให้ความสนใจผู้ป่วย วางแผนในการดูแลส่งเสริม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้เหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ให้สามารถมีชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขจนสิ้นอายุขัย

ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ

เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านในผู้สูงอายุ ดังได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากประสบปัญหาหลายประการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม จากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ต่างได้ผลตรงกันว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด (นิศา ชูรัต, 2525 และ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2532) จากการศึกษาของ นิวัตติ กลิ่นงาม (2532) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายเกี่ยวกับทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ การรับฟังเสียง การนอนไม่หลับ และเป็นลมหน้ามืด ภาวะการเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ มีอารมณ์โกรธและขุ่นเคืองมากที่สุด รองลงมาคือ การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว ความรู้สึกผิดหวัง เปล่าเปลี่ยว วิตกกังวลในทรัพย์สิน รู้สึกตัวเองไร้ค่า สูญเสียความสำคัญ มีปมด้อย และหวาดระแวงกลัวถูกทอดทิ้ง และจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี 2531 จำนวน 39,134 ราย มีผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคต่าง ๆ 7,980 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.39 โรคที่พบบ่อย 10 โรคแรกของผู้ที่เข้ารับการรักษาในปีนั้นเรียงตามลำดับได้แก่ ต้อกระจก เบาหวาน ความดันโลหิตสูงชนิดเกิดเอง ภาวะหัวใจวายทางเดินอากาศอุดตัน โรคของท่อปัสสาวะ และทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังอื่น ๆ แอ้งใจนา เพคโตรีส โรคหลอดเลือดสมองใหญ่เฉียบพลัน และเนื้องอกที่คอมดลูก (สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2531)

ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยมีโรคาสที่จะเกิดปัญหาแตกต่างไปจากผู้ที่อายุน้อย ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ จึงต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคมของผู้สูงอายุ และลักษณะการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุด้วย

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ จะมีทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ลักษณะการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุจะแตกต่างกันในวัยหนุ่มสาว ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย และให้การพยาบาล Hodkinson (1976) ได้กล่าวถึงความแตกต่างของโรคในผู้ป่วยสูงอายุไว้ 5 อย่าง คือ

1. เป็นหลายโรค วัยอื่นมักเป็นโรคเดียว แต่ในผู้ป่วยสูงอายุมักเป็นหลายโรค Terpstra และคณะ (1989) กล่าวว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 50 ที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป

2. ปฏิกริยาของร่างกายต่อการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลง คือมีการเปลี่ยนแปลงของปฏิกริยาของร่างกาย เช่น การเจ็บปวด อุดหนุมิ การเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาว ดังจะพบว่าในรายที่มีการอักเสบจากการติดเชื้อ จะไม่พบอาการเจ็บปวด ระดับอุดหนุมิของร่างกาย และเม็ดเลือดขาวไม่เพิ่มขึ้น การตัดสินใจว่ามีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกายอาจต้องพิจารณาจากภาวะมีนงทางจิต อัตราการเต้นของชีพจรแทนการเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวและอาการเจ็บปวด

3. อาการเจ็บปวด การบ่นปวดเพียงเล็กน้อยในผู้ป่วยสูงอายุ อาจเป็นอาการรุนแรงของโรคก็ได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ จะเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงถึงกับช็อคได้ แต่ถ้าเกิดในผู้ป่วยสูงอายุ อาจเจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อยหรือไม่เจ็บเลยก็ได้ หรือแม้แต่กระดูกหักก็จะเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย จนกระทั่งกระดูกอักเสบ ซึ่งถ้ากระดูกหักในวัยหนุ่มสาวจะเจ็บปวดมากจนต้องนำผู้ป่วยมารับการรักษาทันที

4. อุดหนุมิ แนวโน้มในการควบคุมความร้อนไม่ค่อยปกติในผู้สูงอายุ ซึ่งไม่อาจจะใช้ในการบ่งชี้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ ส่วนใหญ่อุดหนุมิจะต่ำกว่าปกติ คืออุดหนุมิจะไม่เพิ่มขึ้นในรายที่มีการอักเสบจากการติดเชื้อ อาจจะต้องพิจารณาจากชีพจรหรือการเต้นของหัวใจ

5. ไม่มีอาการแสดงของโรค พบว่า โรคที่เกิดในผู้สูงอายุ แต่มิได้มีการแสดงของโรคเลย เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือหลอดเลือดอักเสบอย่างรุนแรง โรคถุงลมในปอดบ่งพอง โรคจากเชื้อไวรัส เช่น ตับอักเสบ โรคหัวใจ ซึ่งไม่มีอาการเช่นกัน แต่สามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตสังคมหลายอย่างในเวลาเดียวกัน อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการให้การพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งความสุขตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละบุคคล (อาภา ใจงาม, 2533)

ปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

1. การพึ่งพาบุคคลอื่นทางด้านร่างกาย พบว่า ร้อยละ 1-4 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ การอาบน้ำร้อยละ 3 การแต่งตัวร้อยละ 4 การรับประทานอาหารร้อยละ 1 และการขับถ่ายร้อยละ 2 และผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป ต้องการความช่วยเหลือในระดับสูงมากขึ้น การพึ่งพาบุคคลอื่นนอกจากขึ้นอยู่กับเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความแข็งแรง และความสามารถแล้ว ยังขึ้นอยู่กับโรค โรคที่ต้องการความช่วยเหลือมาก ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต และความผิดปกติด้านจิตใจ บางครั้งพยาบาลมุ่งแต่ว่าผู้สูงอายุต้องพึ่งพาพยาบาล จึงเป็นผู้กระทำกิจกรรมในก่อนที่จะมีการประเมินว่า ผู้สูงอายุทำกิจกรรมได้เพียงใด ดังนั้นจึงควรประเมินความสามารถก่อน เพื่อที่จะรักษาและช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถในหน้าที่ให้มากที่สุด

2. ความไม่สุขสบายและความเจ็บปวด ความเจ็บปวดในผู้สูงอายุประเมินได้ค่อนข้างลำบาก และไม่สัมพันธ์กัน เนื่องจากการรับรู้ของความเจ็บปวดลดลง เมื่ออายุมากขึ้นหรือจากความจำเสื่อม นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ มีผลทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดจากข้อแข็ง ข้อติด กระดูกผุ และบริเวณที่เกิดแผลกดทับ ความเจ็บปวดทำให้นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หงุดหงิด ไม่ร่วมมือ หรือซึมเศร้า การใช้อานอนหลับยิ่งเพิ่มความเจ็บปวด จึงควรหลีกเลี่ยง (สุภาณี กาญจนจารี, 2534)

3. ภาวะสับสนหรือความจำเสื่อม ทำให้สูญเสียความสามารถ สติปัญญา เซว้ ไหวพริบ เกี่ยวกับการตัดสินใจ ความคิดรวบยอด ความจำ และการมีเหตุผล ส่วนใหญ่เกิดจากสมองเสื่อม ทำให้สับสน สับสน และความจำเสื่อม สาเหตุอื่นได้แก่ ติดสุราหรือยาบางชนิด การติดเชื้อ ภาวะเครียดทางจิตสังคม เกิดความไม่สมดุลย์ของสารอาหาร และอุณหภูมิภายในร่างกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบ่อย ๆ การต้องอยู่บนเตียงนาน ๆ ขาดการกระตุ้น ไม่ได้นอน หรือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมผิดไป (Matteson & McConnell, 1988)

4. การกลืนน้ำส้ววะไม่อยู่ พบมากประมาณร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุแผนกอายุรกรรม ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น ช่องคลอดอักเสบ การไต่ยาขับปัสสาวะ ยานอนหลับ ความผิดปกติของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางจิต การอุดตันของต่อมลูกหมาก อูจาระแข็ง การอักเสบท่อทางเดินปัสสาวะ ภาวะปัสสาวะหย่อน การไม่ได้เคลื่อนไหว เป็นต้น ผลของการกลืนน้ำส้ววะไม่อยู่ทำให้เกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ อาจเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม และรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง

5. การขาดการเคลื่อนไหว เกิดได้จากสาเหตุหลายประการ เช่น ได้รับความเจ็บเสียเลือดมาก กระดูกสะโพกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือการป้องกันอุบัติเหตุโดยการใส่เหล็กกั้นเตียง การผูกยึดและการขาดบุคลากรที่จะช่วยย้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว การขาดการเคลื่อนไหว ปัญหาที่ตามมา ได้แก่ อ่อนแรง การกลืนน้ำส้ววะและอุจาระไม่ได้ การเกิดแผลกดทับ การกระทบกระเทือนทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า เกิดภาวะพรากความรู้สึก แบบแผนการนอนผิดปกติ และขาดความสมดุลย์ของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการฟื้นฟูสุขภาพทันทีที่ผู้ป่วยเริ่มเข้าโรงพยาบาล และกระทำอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนเป็นระยะ ในกรณีที่จำเป็นต้องมีการผูกยึดต้องหมั่นตรวจสอบผู้ป่วยและแก้มัดทุก 1 ชั่วโมง ดูแลผิวหนัง และบันทึกอาการที่สังเกตพบ

6. การพลัดตกและหกล้ม ผู้ป่วยสูงอายุมักเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ได้รับความยาการรักษาหลายชนิด และจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมมาอยู่ในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้มักจะเป็นสาเหตุให้พลัดตกและหกล้ม นอกจากนั้น การได้รับยาขนานใหม่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความจำเสื่อม เติงที่สูงเกินไป และการมีแสงสว่างน้อย ก็เป็นสาเหตุส่งเสริมการหกล้มจากเก้าอี้หรือตกเตียงระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจะพบมากที่สุด การป้องกันทำได้โดยการซักประวัติ สังเกตอาการหลังจากผู้ป่วยได้รับยา หมั่นตรวจดูผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือ

ระมัดระวังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย บางครั้งการผูกยึดก็ถูกนำมาใช้ป้องกันการพลัดตกและหกล้ม
อย่างไรก็ตาม พยาบาลจะต้องแก้มด้าให้ผู้ป่วย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวได้ทุก 30-45 นาที และ
ความจำเป็นของการผูกยึดควรจะได้พิจารณาทุก 24 ชั่วโมง (Matteson & McConnell,
1988)

จะเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาที่ซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึง
เป็นงานที่ทำทนายสำหรับพยาบาล ซึ่งจะต้องนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการดูแลรักษา
พยาบาล เพื่อบรรเทาอาการของโรค พร้อม ๆ กับการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
ร่วมกับการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะต้องเป็นการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ไป
พร้อม ๆ กัน

บทบาทและกิจกรรมของพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ 4 ประการ คือ การส่งเสริม
สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ คือ การจัดกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถ
ดำรงชีวิตด้วยความปกติสุข ทั้งทางกาย จิต และสังคม นอกจากนั้น ยังช่วยส่งเสริมให้บุคคล
เตรียมตัวเองเมื่อเข้าสู่วัยชรา และสามารถช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ทำให้ผู้ชรา
มีความสุขและผดุงสมรรถภาพในการมีชีวิตไว้ให้มากที่สุด

การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งการป้องกันจากสิ่งที่คุกคามสุขภาพ ป้องกัน
โรคหรืออันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดต่อผู้สูงอายุ ช่วยลดความเสี่ยงให้เกิดซ้ำที่สุด

การรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุแบ่งออกได้เป็นกิจกรรม 2 ลักษณะ
คือ

1. การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ
เพื่อให้บุคคลได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค และการร่วมมือในการรักษาของแพทย์ กิจกรรมส่วนนี้
เป็นการพยาบาลที่เป็นไปตามการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่มีอิสระ
2. กิจกรรมการช่วยเหลือ ดูแล จัดเป็นกิจกรรมที่เป็นอิสระของพยาบาล มุ่งสนอง
ความต้องการพื้นฐานของบุคคลให้ดำเนินไปอย่างปกติตามสภาพ ครอบคลุมไปถึงการได้รับอากาศ

น้ำ อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการประคับประคองจิตใจ รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและแนวทางปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลนี้ แม้ในส่วนที่เป็นกิจกรรมไม่อิสระที่ต้องปฏิบัติตามการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์นั้น พยาบาล ก็จะปฏิบัติกิจกรรมที่อิสระคือ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ทุกกิจกรรมไป คือ กล่าวโดยสรุปได้ว่า ในการปฏิบัติตามบทบาท และกิจกรรมการพยาบาลนั้นไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม การป้องกัน รักษาพยาบาล หรือฟื้นฟูสุขภาพ พยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ตลอดไป นั่นคือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ (care) เป็นกิจกรรมพื้นฐานของการพยาบาลทุกกิจกรรม ขณะที่การรักษาพยาบาล (cure) เป็นกิจกรรมการพยาบาลส่วนหนึ่งของ care เท่านั้น

การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่จัดให้บุคคลภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามสภาพให้รอดพ้นจากความพิการ หรือหากมีความพิการหลงเหลือ ก็ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ หากจะต้องสูญเสียชีวิต ก็ให้ได้เตรียมรับการจากไปด้วยดี (ทัศนีย์ นนทะสร, 2532)

ตามปกติในผู้สูงอายุ ไม่เพียงแต่จะมีการเสื่อมคุณภาพของร่างกายโดยทั่วไปเท่านั้น แต่ยังมีสิ่งอื่น ๆ เสื่อมตามไปด้วย เช่น จิตใจ และร่างกายส่วนที่จะเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพและความยืนยาวของชีวิต การสูญเสียคุณภาพของอวัยวะหลาย ๆ อย่างอาจนำไปสู่การสิ้นสภาพของการมีชีวิตที่เป็นอิสระ และเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ซึ่งจำเป็นต้องมีการตระเตรียมดูแลผู้ช่วยกันเป็นระยะยาวนาน การระวังอันตรายต่าง ๆ และการปฏิบัติอย่างระมัดระวังกับผู้ป่วย จากบุคลลากรสุขภาพ หรือสมาชิกในครอบครัว โดยมีให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุอย่างเด็กเล็ก ๆ หรือคอยเอาอกเอาใจมากเกินไป จะเป็นกุญแจสำคัญในการปรับปรุงแก้ไขความพิการของผู้ป่วยได้ การวิวัฒนาการให้การดำรงชีวิตอยู่ตรงจุดพอดีนี้เอง จะเปลี่ยนแปลงหรือหยุดยั้งการเสื่อมสภาพของชีวิต และทำให้ชีวิตยืนยาวออกไปอีกด้วย (เฮอร์แมน เจ แฟล็กซ์, 2533)

แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

โดยปกติแล้ว ผู้สูงอายุไม่ปรารถนาจะยอมแพ้ง่าย ๆ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่าง

กาย จิตใจ สังคม ผู้สูงอายุไม่ต้องการรับความสงสารจากใคร พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องเพิ่มความระมัดระวัง ควรยึดหลัก GERIATRICS คือ (ปาหนัน บุญ-หลง, 2533)

G = Gentle	ต้องการความนุ่มนวล อ่อนโยน
E = Empathy	ต้องการให้คนรุ่นหลังเข้าใจความรู้สึกของตน
R = Respect	การให้ความเคารพนับถือ
I = Important	การให้ความสำคัญ
A = Appreciate	ปรารถนาให้คนอื่นตระหนัก (ซาบซึ้ง) ในคุณค่าของตน
= Accept	ต้องการการยอมรับ
T = Teacher	ความปรารถนาที่จะแนะนำ ปรารถนาที่จะสอนคนรุ่นหลัง
R = Ritualistic	ยังมีความต้องการคงไว้ซึ่งพิธีรีตอง
I = Independence	ต้องการการดูแลช่วยเหลือตนเอง
C = Companion	ต้องการมีเพื่อนใกล้ชิด
S = Socialization	ต้องการอยู่ในสังคม

การให้การดูแลช่วยเหลือต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. การรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อลดการติดเชื้อ

1.1 การดูแลผิวหนัง ผิวหนังของผู้สูงอายุจะแห้งบางและไม่ยืดหยุ่น ต่อมเหงื่อ ต่อมไขมันทำงานน้อยลง และจำนวนน้ำลดลง จึงไม่ควรอาบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งยิ่งขึ้น ถ้าใช้สบู่ต้องล้างออกให้หมด และเช็ดให้แห้ง ควรนวดบริเวณที่เป็นกระดูกหรือบริเวณที่มีรอยแดงที่ผิวหนัง ควรทำทุกครั้งก่อนอาบน้ำหรือเช็ดตัว ใช้ครีมกันแดดหรือโลชั่นต่าง ๆ ทา ช่วยให้ผิวหนังไม่แห้งมาก

ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องความสะอาดอย่างมาก พยาบาลต้องไม่ละเลยการดูแลบริเวณบางส่วนของร่างกายอย่างพิถีพิถัน อย่านำผู้ใกล้ชิดต้องเบื่อหน่ายเพราะความสูงอายุ แล้วยังต้องรังเกียจเพราะกลิ่นอีกด้วย บางส่วนของร่างกายไม่สามารถแก้ไขได้โดยวิธีอื่น นอกจากการชำระล้าง พยาบาลต้องช่วยเหลือจัดการให้เหมาะสม

1.2 การดูแลสุขภาพในช่องปาก ควรดูแลให้ทำความสะอาดปากฟันทุกวัน และหลังรับประทานอาหาร และควรดูแลรักษาความสะอาดของฟันปลอมด้วยถ้ามี

1.3 การดูแลเล็บมือ เล็บเท้า ทำความสะอาด แยกก่อนการตัดทุกครั้ง เพื่อให้อ่อนตัว ถูงเท้า รองเท้าต้องมีความพอดีกับเท้า ถ้าอากาศหนาวควรสวมถุงเท้า

1.4 เสื้อผ้า ต้องเป็นชนิดให้ความอบอุ่นมากกว่าเดิม ใส่สบาย ถอดง่าย เสื้อผ้านุ่ม ไม่ระคายผิวหนัง ทำความสะอาดง่าย สีส่อน ๆ ช่วยให้สดชื่นบาน ขนาดพอดีตัว

2. การขับถ่าย ผู้สูงอายุจะบั้นสภาวะบ่อย บั้นสภาวะรดที่นอน และกลั้นบั้นสภาวะไม่อยู่ เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดไม่ดี และบั้นสภาวะค้างในกระเพาะบั้นสภาวะ จากกล้ามเนื้อบีบตัวไม่ดี ควรจะมีการฝึกการขับถ่ายไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุ เจาะและปราศจากกลิ่น ป้องกันการติดเชื้อทางเดินบั้นสภาวะ และช่วยให้ผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับของสังคม การฝึกขับถ่ายบั้นสภาวะควรจะทำปฏิบัติดังนี้

2.1 จัดตารางเวลาให้ผู้ป่วยถ่ายบั้นสภาวะอย่างสม่ำเสมอ

2.2 ใ้ผู้ป่วยดื่มน้ำตรงตามเวลาประมาณวันละ 2,500 มิลลิลิตร

2.3 หลังจากดื่มน้ำ 30 นาที พยายามให้ผู้ป่วยบั้นสภาวะ โดยจัดให้อยู่ในท่านั่ง ใช้หมอนรอง และตั้งขา พร้อมกับสอนผู้ป่วยให้กดบริเวณหัวเหน่า หรืออาจให้บั้นสภาวะทุก 2 ชั่วโมง

2.4 ประเมินอาการติดเชื้อทางเดินบั้นสภาวะ และบางครั้งอาจต้องวัด

Residual urine (สุภาณี กาญจนจารี, 2534)

3. การนอนหลับพักผ่อน จะช่วยให้ร่างกายสดชื่นแจ่มใส การพักผ่อนได้แก่ การนั่งพัก นอนพักเฉย ๆ โดยไม่ได้หลับ ระหว่างมื้ออาหารช่วงใดก็ได้

4. อาหารและการขับถ่าย จะต้องได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่การบริโภคอาหาร ลักษณะการหุงต้ม ดื่มน้ำให้เพียงพอ กระตุ้นให้อุจจาระทุกวัน เป็นการช่วยให้ลำไส้ใหญ่ทำงานอย่างสม่ำเสมอ การขับถ่ายปกติ ไม่มีกังวล ช่วยให้ผู้สูงอายุสดชื่น สุขสบายใจ

5. นิสัย การเปลี่ยนแปลงนิสัยในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ทำได้ยากและต้องใช้เวลา เพราะฉะนั้น จะต้องเข้าใจในด้านจิตใจของผู้สูงอายุให้มาก หากนิสัยนั้นไม่กระทบกระเทือนต่อ เสถียรภาพหรือความปลอดภัยของผู้สูงอายุเอง ก็ควรจะปล่อยให้มันเป็นไปตามปกติ

6. การออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นทุกวัย ไม่เฉพาะในวัยสูงอายุเท่านั้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ช่วยในการขับถ่าย ทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อส่วนต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหว ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ การติดกันของข้อ นอกจากนี้ ยังกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด และการทำงานของหัวใจ ช่วยลดระดับไขมันในเส้นเลือดและความเครียด จึงควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ ที่สะดวกและปลอดภัยคือ การแกว่งแขน การเดิน การนั่ง ยกขา การก้าวขา เป็นต้น

การเคลื่อนไหวน้อย ทำให้การไหลเวียนของโลหิตช้าลง ก่อให้เกิดภาวะมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ หลอดเลือดดำอักเสบ

ปัญหาการหายใจมักจะเกิดขึ้นตามมา เพราะการเคลื่อนไหวน้อย การขยายตัวของปอดลดน้อยลง ทำให้ไม่สามารถหายใจลึก ๆ ได้ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีความลำบากในการไอ เสมหะถูกขับออกไม่หมด ทำให้เกิดโรคปอดบวมในผู้สูงอายุได้มาก

สิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุในเรื่องดังกล่าวคือ การให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การเปลี่ยนท่า การพุงให้เดิน นั่งรถเข็น ออกกำลังกายตามสภาพของผู้สูงอายุ ถ้านอนในเตียงก็ต้องพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง และให้ passive exercise อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง

7. การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ ควรพูดเสียงดังกว่าธรรมดา แต่ไม่ใช่ตะโกน ออกเสียงให้ชัดเจนช้า ๆ หรือการใช้เครื่องฟังจะช่วยได้มาก พยายามให้เห็นสีหน้า ท่าทาง และตุ้มริมฝีปากของผู้พูดด้วย จะได้เข้าใจได้ดีขึ้น

8. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นตัวของตัวเอง รู้จักช่วยเหลือตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเท่าที่จะสามารถทำได้ จัดกิจกรรมให้ทำ จะได้ไม่มีเวลาว่างมาก และเห็นว่าตนเองยังมีคุณค่า รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้เพื่ออำนวยความสะดวก

ความสะดวก เช่น มีนาฬิกาบอกเวลา มีปฏิทินบอกวันที่ หนังสือ โทรทัศน์ วิทยุ ฯลฯ ส่งเสริม การรักษาสุขภาพ และการฝึกสุนัขที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ (ปาหนัน บุญ-หลง, 2533 และ สุขศรี บุรณะกนิษฐ์, 2533)

9. การให้ความรัก ความเคารพ เป็นสิ่งสำคัญสูงสุดในชีวิตของผู้สูงอายุ การไม่ ได้รับความเคารพนับถือ เป็นการสูญเสียอันยิ่งใหญ่ ผู้ใกล้ชิดจะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลา ต้อง ให้ความเคารพเยี่ยงผู้มีพระคุณ และผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในชีวิตมาก่อน ต้องให้เกิดเกียรติโดยการ ใช้วาจาที่ไพเราะ มารยาทที่ดี ไม่เร่งเร้า ยอมรับพฤติกรรมบางอย่างที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย เช่น พูดเสียงดัง บ่น จู้จี้ หงุดหงิด โกรธง่าย โดยยอมรับว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ที่กระทำไปเพราะ ความวิตกกังวล และความเครียดทางอารมณ์ที่ผู้สูงอายุต้องประสบ การให้ความรัก ความเข้า ใจ ด้วยความจริงใจจากบุตรหลาน คนใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขขึ้น ให้ความสำคัญ กับประสบการณ์ในชีวิต โดยการปรึกษาหารือ ขอความคิดเห็นเป็นการให้ความเคารพไปด้วย (บุญสืบ ศรีไชยยันต์, 2533)

จะเห็นว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุ นอกจากจะต้องเข้าใจทฤษฎีการสูงอายุ การ เปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และปัญหาในผู้สูงอายุแล้ว พยาบาลจะต้องประยุกต์ทฤษฎีในการดูแล ช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เพื่อให้ใช้ชีวิตที่เหลือ ได้อย่างมีความสุข ให้มีความพิการน้อยที่สุด และให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดย ไม่เป็นอันตรายแก่สุขภาพ

เจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ

ความหมายของเจตคติ

คำว่า เจตคติหรือทัศนคติ (Attitude) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย พอสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ท่าที และสภาพความพร้อมทางความคิดและจิตใจของบุคคลที่จะรับและตอบ สนองต่อสิ่งเร้า และสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางที่เป็นบวก ลบ หรือเป็นกลาง

เจตคติมาจากภาษาละตินว่า "Aptus" ซึ่งแปลว่า ง่าย เฝ้าย เหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่นับว่ามีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ทั้งในด้านที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของตนเอง การศึกษา การพัฒนาสังคม ทั้งนี้เพราะเจตคติมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ การจำ การแสดงออก และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่ม และสังคมส่วนรวม (ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2526)

เจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติไม่แข็งแรง จูงใจ (motive) และแรงขับ (drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ (state of readiness) และแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

ศักดิ์ สุนทรเสณี (2531) ให้ความหมายว่า เจตคติ เป็นพฤติกรรมการเตรียมพร้อมทางสมองในการที่จะกระทำ ซึ่งจะบ่งบอกถึงหน้าที่ของสภาวะจิตใจ หรือสภาพของอารมณ์ที่สลับซับซ้อน ก่อนที่คนเราจะตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งในการแก้ปัญหา โดยส่วนใหญ่แล้วจะขึ้นอยู่กับเจตคติที่จะคงไว้ซึ่งสิ่งที่ตนเองมีประสบการณ์มา เพื่อที่จะรักษาเจตนาที่ถูกต้องไว้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า ความถูกต้องหรือไม่ถูกต้องเป็นอย่างไร ตามระดับความเชื่อถือหรือระดับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะเห็นได้ว่า เจตคติเป็นนามธรรมที่เป็นพฤติกรรมภายในของเรา

เจตคติเป็นเรื่องของความชอบ ความไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อฝังใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มักจะเกิดขึ้นเมื่อเรารับรู้หรือประเมินผู้คน เหตุการณ์ในสังคม จะเกิดอารมณ์ ความรู้สึกบางอย่างควบคู่ไปกับการรับรู้ นั่น และมีผลต่อความคิดและปฏิกิริยาในใจของเรา ดังนั้น เจตคติจึงเป็นทั้งพฤติกรรมภายนอกที่อาจสังเกตได้ หรือพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยง่าย แต่มีความโน้มเอียงที่จะเป็นพฤติกรรมภายในมากกว่าพฤติกรรมภายนอก (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2534)

เจตคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ และสภาวะความพร้อมนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Allport, 1967)

นอกจากนั้น ยังมีผู้ให้ความหมายของเจตคติในทางองเดียวกันว่า

เจตคติ เป็นความรู้สึกหรืออารมณ์ ความชอบหรือไม่ชอบ ความพอใจหรือไม่พอใจ ของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการตอบสนองของ บุคคล (พวงรัตน์ บุญญาณรงค์, 2533 ; โยธิน คันสนยุท และคณะ, 2533 ; Secord and Backman, 1964 และ Rokeach, 1970)

เจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นการแสดงความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ ในลักษณะของ การประเมินในทางบวกหรือลบ ซึ่งเป็นการประเมินว่า ดี-เลว หรือชอบ-ไม่ชอบ ต่อสิ่งนั้น (Fishbein & Ajzen, 1975)

จากความหมายดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า

เจตคติ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีการแสดงความรู้สึกทั้งในทางดีและในทางไม่ดี อันจะเป็นแนวทางที่จะกระทำหรือตอบสนองตาม ความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ

องค์ประกอบของเจตคติ

โดยทั่วไป เจตคติ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive component) เป็น การตอบสนองต่อบุคคลในลักษณะของการรับรู้ อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อที่มีต่อสิ่ง ของหรือปรากฏการณ์ต่างๆ เพื่อเป็นเหตุผลที่จะสรุปความและรวมเป็นความเชื่อหรือช่วยประเมิน สิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affective component) เป็น ความรู้สึกด้านอารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า ต่างเป็นผลต่อเนื่องมาจากการที่บุคคล ประเมินผลสิ่งเร้านั้นแล้วว่า พยายามหรือไม่ พยายามหรือไม่ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือเลว

องค์ประกอบทั้งสองด้านนี้มีความสัมพันธ์กัน เจตคติบางอย่างจะประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจมาก แต่ประกอบด้วยความรู้สึกหรืออารมณ์น้อย แต่เจตคติบางอย่างก็มีลักษณะตรง กันข้าม

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อมหรือความเต็มเอียงที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการประเมินผลพฤติกรรมที่คิดจะแสดงออกมามีสอดคล้องกับความรู้สึที่มีอยู่

เจตคติที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 3 นี้เสมอ แต่จะมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2534)

กระบวนการพัฒนาเจตคติ

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ และเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กเรื่อยไปจนตลอดชีวิต ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสิ่งเร้าเฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นในวัยต่าง ๆ ความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ของคนในแต่ละวัย รวมทั้งลักษณะค่านิยมและความคาดหวังของกลุ่มและสังคมที่บุคคลดำรงชีวิตอยู่ด้วย กระบวนการพัฒนาเจตคติที่สำคัญมี

1. ทฤษฎีการเรียนรู้ การเรียนรู้เจตคติของบุคคลเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบดังนี้

1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเองกับสิ่งเร้า ถ้าประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับจากสิ่งเร้า นั้นเกิดผลเป็นที่พึงพอใจหรือเป็นผลดี จะมีอิทธิพลให้เกิดเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าประสบการณ์ไม่เป็นที่พึงพอใจ ก็มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งเร้า นั้น

1.2 การเรียนรู้จากภาวะเงื่อนไขเสริมแรง การเรียนรู้จากการกำหนดภาวะเงื่อนไขในสภาพการควบคุมให้เกิดผลพอใจ ไม่พอใจ เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุดในการเรียนเจตคติ การสอนและการอบรมเลี้ยงดูเด็ก มีลักษณะเป็นการกำหนดภาวะเงื่อนไขทั้งสิ้น ดังนั้น การสอนและการอบรมเลี้ยงดูที่มีจุดมุ่งหมายแน่นอนว่าจะสร้างหรือเปลี่ยนแปลงเจตคติโดยอ้อมสามารถใช้วิธีการกำหนดภาวะเงื่อนไขด้วยการควบคุม การเสริมแรงคือ ผลพอใจ-ไม่พอใจ ก็จะปรับพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ

1.3 การเรียนรู้จากการเลียนแบบ การเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมและเจตคติ เกิดจากการที่บุคคลได้สังเกตและเลียนแบบจากตัวอย่าง ซึ่งตัวอย่างอาจเป็นตัวอย่าง

จากชีวิตจริง ได้แก่ พ่อ แม่ ครู เพื่อน ผู้ใหญ่ ตัวอย่างจากบุคคลในประวัติศาสตร์ ตัวอย่างจากสื่อมวลชนที่รับรู้ทางวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสารต่าง ๆ

2. ทฤษฎีความสอดคล้องและทฤษฎีความขัดแย้งทางความคิด ถ้าเมื่อใดเกิดมีความขัดแย้งไม่ตรงกับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเรานั้น จะมีผลทำให้บุคคลไม่สบายใจ ต้องพยายามหาทางลดความขัดแย้ง สร้างความสอดคล้องในความคิดให้เกิดขึ้น เช่น ปรับตัวเปลี่ยนท่าทีให้สอดคล้องกับสิ่งที่เลือก เช่น ก. ไม่ชอบเต็นร่า แต่คู่รักชอบเต็นร่ามาก ก. ต้องการเอาใจคู่รัก จำต้องเปลี่ยนเจตคติท่าทีต่อการเต็นร่า จากลบเป็นบวก หรือเมื่อมีความไม่สอดคล้องเกิดขึ้น ก็จะแสวงหาข้อมูล ความรู้หรือที่ปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าจะยึดเจตคติเดิมหรือจะเปลี่ยนแปลง หรือใช้กลวิธีป้องกันตัว โดยการถอยหนี หาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง เพื่อให้สบายใจขึ้นในการเลือก

3. ทฤษฎีการตัดสินใจทางสังคม ทฤษฎีนี้เน้นอิทธิพลของกลุ่มและแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม และบรรทัดฐานของสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสร้างและเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ล้วนสามารถมีอิทธิพลต่อการสร้างหรือปรับเปลี่ยนเจตคติได้ เมื่อบุคคลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2526)

แหล่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีดังนี้

1. ครอบครัว เป็นแหล่งสำคัญต่อการเกิดและเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล โดยเฉพาะในช่วงที่บุคคลอยู่ในวัยเด็ก พ่อแม่เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีอิทธิพลมากต่อเด็ก พ่อแม่เป็นผู้ถ่ายทอดความเชื่อเจตคติและค่านิยมในเรื่องต่าง ๆ ให้กับเด็กทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา เช่น เด็กก็सानชอบรับประทานปลาร้า

2. ผู้อื่นที่บุคคลพบปะด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ เพื่อนนักเรียนรุ่นพี่รุ่นน้อง และครูอาจารย์ ในสังคมไทยรุ่นพี่ของนักเรียนในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ มีอิทธิพลในการถ่ายทอดเจตคติต่อเรื่องต่าง ๆ ไปสู่รุ่นน้องได้มาก และครูอาจารย์เป็นผู้ที่มีหน้าที่โดยตรงในการสอนนักเรียน จึงเป็นผู้มีอิทธิพลมากในการปลูกฝังเจตคติต่าง ๆ ให้กับนักเรียน

3. สื่อมวลชน เป็นแหล่งสำคัญอีกแหล่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติของนักเรียนและผู้รับสื่อ

4. ประสบการณ์ทางตรงกับที่หมายของเจตคติ การที่บุคคลได้รับประสบการณ์ทางตรงกับที่หมาย จะเป็นเจตคติที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าเจตคติที่เกิดขึ้นโดยทางอ้อม และหากบุคคลเคยมีเจตคติที่หมายหนึ่งที่เกิดขึ้นโดยทางอ้อม เช่น จากการได้ยินได้ฟังจากผู้อื่น หรือได้ชมทางโทรทัศน์ หากต่อมาเขามีโอกาสมีประสบการณ์ทางตรงกับที่หมาย ประสบการณ์ตรงนี้อาจตอกย้ำเจตคติเดิมของเขา หรือเปลี่ยนแปลงเจตคติของเขาไปในทางบวกหรือลบได้ (ธีระพร อูวรรณณ, 2533)

การวัดเจตคติ

เนื่องจากเจตคติเป็นความรู้สึก ความเชื่อของบุคคล ซึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรม และมีการเปลี่ยนแปลง การวัดเจตคติจึงไม่สามารถจะวัดได้โดยตรง แต่วัดได้จากแนวรั้วที่บุคคลแสดงออกทางภาษา และวัดในรูปของความเห็น การวัดเจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจใช้วิธีสังเกต สัมภาษณ์ หรือแบบสอบถาม หรือแบบวัดเจตคติ (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2534)

แบบวัดเจตคติที่นิยมใช้ มี

1. แบบวัดเจตคติตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert's Summated Rating Scale) มีหลักการสร้างโดยการจัดให้มีข้อความที่แสดงเจตคติต่อที่หมายในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง แล้วให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็น คำตอบของแต่ละข้อจะมีให้เลือกคำตอบ 5 ช่วง ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับความเห็นของแต่ละข้อความวัดเจตคติมีค่าประจำตัว การที่จะหาว่าบุคคลใดมีเจตคติเป็นอย่างไร ก็ใช้วิธีการรวมน้ำหนักหรือคะแนนจากการตอบข้อความของแต่ละคน ถ้าน้ำหนักรวมจากการตอบข้อความทั้งหมดมีค่าสูง แสดงว่า ระดับเจตคติของบุคคลต่อสิ่งนั้นเป็นไปในลักษณะพอใจ มาตรการของลิเคิร์ททำได้สะดวกมาก

2. แบบวัดเจตคติของออสกู๊ด (Osgood's Semantic differential Scale) โดยมีแนวความคิดว่า ความคิดรวบยอดต่าง ๆ มีความหมาย ความหมายของความคิดรวบยอดประกอบด้วยลักษณะสำคัญที่จะบรรยายความคิดรวบยอดนั้น ๆ หลายลักษณะด้วยกัน ความคิดรวบยอดมีหลายมิติ เขาจึงสร้างแบบวัดขึ้นโดยใช้ความหมายทางภาษาที่เป็นคุณศัพท์ต่าง ๆ อธิบายความหมายของสิ่งเร้าที่มีส่วนสำคัญกับบุคคล

หลักการสร้างแบบวัดมีดังนี้

2.1 กระบวนการในการอธิบาย ตัดสินใจ หรือประเมินความคิดรวบยอดของบุคคลนั้น สามารถเขียนแทนได้ในเชิงปริมาณที่อยู่ในช่วงของการวัดทางจิตวิทยา ซึ่งมีความเข้มมากน้อยตามคุณลักษณะของคุณศัพท์ 2 ตัว ดี-เลว สวย-น่าเกลียด เป็นต้น

2.2 แนวทางในการอธิบายความคิดรวบยอดของแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงการวัด จะมีลักษณะเป็นมิติเดียว และไม่ขึ้นอยู่กับช่วงการวัดอื่น ๆ

2.3 การตอบสนองหรือการประเมินของแต่ละบุคคลที่มีต่อความคิดรวบยอดในแต่ละช่วงของการวัด นิยมอยู่ในช่วง 1-7 ที่อยู่ระหว่างคุณสมบัติหรือลักษณะที่ตรงกันข้ามนั้น ตัวอย่างเช่น

		ตัวรวม							
		3	2	1	0	1	2	3	
	เข้มแข็ง	—	—	—	—	—	—	—	อ่อนแอ
		3	2	1	0	1	2	3	
	ซื่อสัตย์	—	—	—	—	—	—	—	โกง
		3	2	1	0	1	2	3	
	ว่องไว	—	—	—	—	—	—	—	เฉื่อยชา

3. แบบวัดเจตคติของไอเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein)

ฟิชไบน์และไอเซน (1975) สร้างทฤษฎีเจตคติโดยอ้างอิงจากทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นพื้นฐาน เช่นเดียวกับ Doob ให้นิยามเจตคติว่าเป็นการตอบสนองแบบแฝงต่อที่หมายหรือสิ่งเร้า โดยเกิดจากการเรียนรู้ นอกจากนั้น เจตคติมีความเกี่ยวข้องกับการเสริมแรง

ตามที่ Lott and Lott เน้นว่าเงื่อนไขผลกระทบเป็นพื้นฐานของการสร้างเจตคติ นั่นคือบุคคล ซึ่งได้รับประสบการณ์การได้รับรางวัลหรือการเสริมแรงจากพฤติกรรมใด เขาจะตอบสนองต่อรางวัลนั้น โดยอาจเป็นการตอบสนองทั้งที่สามารถสังเกตได้ หรือไม่สามารถสังเกตได้ บุคคลสองคนอาจมีเจตคติเหมือนกัน แต่มีการแสดงออกแตกต่างกัน

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของฟิชไบน์และไอเซน (Fishbein and Ajzen, 1975 : Ajzen and Fishbein, 1980)

ตามแนวทฤษฎีนี้ เจตคติเป็นองค์ประกอบของความเชื่อ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมใดจะนำไปสู่ผลกรรมดี ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการกระทำนั้น ถ้าบุคคลเชื่อในทางตรงกันข้าม ก็จะมีเจตคติไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

ฟิชไบน์และไอเซน ได้แยกเจตคติออกจากความเชื่อ เจตนา และพฤติกรรม เจตคติเป็นการประเมินว่า ที่หมายดี-เลวอย่างไร บุคคลสนับสนุน หรือต่อต้านที่หมายอย่างไร ความเชื่อเป็นความน่าจะเป็นโดยอัตนัยของบุคคลว่า ที่หมายมีลักษณะอย่างไร และสัมพันธ์กับที่หมายอื่นอย่างไร เจตนา (Intention) หรือเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral intention) หมายถึง ความน่าจะเป็นโดยอัตนัยของบุคคลที่จะทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ เกี่ยวกับที่หมาย และพฤติกรรม หมายถึง การกระทำของบุคคลเกี่ยวกับที่หมาย ตามแนวคิดนี้ ความเชื่อมีอิทธิพลต่อหรือเป็นตัวกำหนดเจตคติ เจตคติอาจมีผลย้อนกลับให้แก่ความเชื่อได้ เจตคติมีอิทธิพลต่อหรือเป็นตัวกำหนดเจตนา เจตนามีอิทธิพลต่อหรือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม พฤติกรรมอาจมีผลย้อนกลับให้แก่ความเชื่อได้

ฟิชไบน์และไอเซน ได้เสนอรูปแบบซึ่งเกี่ยวกับการตอบสนอง โดยการประเมินรวมกันเข้าทั้งหมดเป็นเจตคติต่อที่หมาย (สิ่งใดสิ่งหนึ่ง) นั่นคือ ที่หมายเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คุณสมบัติ ลักษณะนิสัย หรือคุณภาพของที่หมาย เขาจึงตั้งข้อสมมติว่า

1. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ได้รับการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการวางเงื่อนไข

2. ความหนักแน่นของความสัมพันธ์ ขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งของการวางเงื่อนไข
3. การตอบสนองที่แตกต่างกันต่อที่หมายจะเป็นส่วนประกอบในการจัดลำดับชั้น ซึ่งอยู่ในรูปของความเป็นไปได้ที่สิ่งเร้า (ที่หมาย) จะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองนั้น ๆ นั่นคือความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างที่หมายซึ่งเป็นสิ่งเร้ากับการตอบสนอง
4. การประเมินจึงมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองและถูกวางเงื่อนไขต่อที่หมาย ความสัมพันธ์นี้เป็นสัดส่วนโดยตรงกับความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างที่หมาย (สิ่งเร้า) กับการตอบสนองในแต่ละชั้นที่แตกต่างกัน ดังนั้น เมื่อความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างที่หมายกับการตอบสนองต่ำลง ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับการตอบสนองซึ่งจะเป็นตัวกำหนดเจตคติต่อที่หมาย ก็จะลดต่ำลงด้วย
5. เจตคติจึงเกิดจากผลของการรวมตัวกันระหว่างการประเมินที่ถูกวางเงื่อนไขต่อที่หมาย

สิ่งที่กำหนดเจตคติ

ในการศึกษาเจตคติตามแนวทฤษฎีของพิชไบน์และไอเซน มีตัวแปรสำคัญ ได้แก่ ความเชื่อ ซึ่งมีบทบาทในการวัดเจตคติตามแนวทฤษฎีนี้

ความเชื่อ (Belief) เปรียบเทียบได้กับองค์ประกอบทางปัญญา (cognitive) เช่นเดียวกับ ความคิด ความรู้ ความคิดเห็น ในขณะที่เจตคติหมายถึงการประเมินที่หมายออกมาในรูปของความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ แต่ความเชื่อเป็นตัวแทนของข้อมูลของที่หมาย พิชไบน์และ ไอเซน ให้คำจำกัดความของความเชื่อไว้ว่า คือ "ความเป็นไปได้โดยอัตนัยที่ที่หมายมีความสัมพันธ์กับลักษณะต่าง ๆ" หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ความเชื่อเป็นพันธะระหว่างสิ่งเร้า (ที่หมาย) กับการตอบสนอง (ลักษณะต่าง ๆ)

ในชีวิตของบุคคลทั่ว ๆ ไป ย่อมผ่านประสบการณ์มากมายหลายแบบ แต่ละคนจึงเกิดความเชื่อเกี่ยวกับวัตถุ หรือสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมากมาย ความเชื่อเหล่านี้อาจเป็นผลลัพธ์จากการที่เขาสังเกตได้โดยตรง หรือเกิดจากกระบวนการอนุมาน ทั้งนี้การเกิดความเชื่อย่อมผ่านกระบวนการเรียนรู้ ความเชื่อบางอย่างอาจมีความคงทนข้ามเวลา บางอย่างอาจถูกลืม และความเชื่อใหม่ ๆ จะเกิดขึ้นแทนที่ได้ เจตคติของบุคคลจึงเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีการ

เปลี่ยนแปลงความเชื่อใหม่ นอกจากนั้นเจตคติของบุคคลยังกำหนดได้จากความเชื่อเด่นชัดที่มีต่อที่หมาย

พิชชาโบนและไอเซน แบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ความเชื่อเชิงบรรยาย (Descriptive Belief) บุคคลสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงสิ่งสองสิ่งจากการสังเกตโดยตรงนั่นคือ บุคคลรับรู้สิ่งที่เป็นที่หมายกับลักษณะบางอย่าง เช่น ใต้อะมีลักษณะกลม เป็นต้น

2. ความเชื่อจากการอนุมาน (Inferential Belief) บุคคลไม่ได้รับประสบการณ์โดยตรงจากที่หมาย แต่เขาสร้างความเชื่อภายใต้ความสัมพันธ์ที่สังเกตได้โดยตรง ตัวอย่างเช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจนำไปสู่การสร้างความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะที่สังเกตไม่ได้ เช่น คนที่มีปฏิสัมพันธ์ ด้วยมีความซื่อสัตย์ เป็นคนฉลาด มีไหวพริบ

3. ความเชื่อที่ได้จากข่าวสารข้อมูล (Informational Belief) เป็นความเชื่อที่เกิดจากบุคคลได้รับข่าวสารหรือข้อมูลเกี่ยวกับที่หมายจากแหล่งภายนอก เช่น หนังสือ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น ความเชื่อจึงเกิดจากการที่ยอมรับข้อมูลนั้น ๆ มาเก็บไว้

ความเชื่อเด่นชัด

ในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อนี้ จากประสบการณ์ต่าง ๆ ของบุคคลทำให้บุคคลมีความเชื่อจำนวนมากมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่มีความเชื่อไม่มากนัก ที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเป็นตัวกำหนดเจตคติ กลุ่มความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่อที่เด่นชัด (Salient Belief) ซึ่งจากงานวิจัยเกี่ยวกับช่วงความจำ (Attention span) ความเข้าใจเบื้องต้น (Apprehension) และกระบวนการข่าวสาร (Information processing) แสดงให้เห็นว่าบุคคลสามารถรับรู้และใส่ใจข้อความได้ครั้งละ 5-9 ข้อความเท่านั้น ดังนั้น เจตคติของบุคคลที่มีต่อที่หมายหรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจึงถูกกำหนดโดยความเชื่อที่เด่นชัด 5 ถึง 9 ข้อความ ซึ่งการที่จะรู้ความเชื่อที่เด่นชัดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น กระทำได้โดยการถามให้ตอบแบบอิสระถึงลักษณะคุณภาพของสิ่งนั้น ๆ หรือบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการกระทำนั้น ๆ ฉะนั้นความเชื่อที่เด่นชัดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน จึงต้องมีการจัดอันดับความเชื่อของกลุ่มประชากร โดยจะพิจารณาความเชื่ออันดับแรก ๆ ของกลุ่มประชากรที่มีความถี่สูง (Modal Salient

beliefs) (Fishbein & Ajzen, 1975) เพื่อให้รัดกุมยิ่งขึ้น มีวิธีการเลือกข้อความเชื่อ มาเป็นข้อความเชื่อเด่นชัด 3 วิธีคือ

3.1 เลือกข้อความเชื่อที่เด่นชัดจากข้อความเชื่อที่กลุ่มประชากรที่ใช้สำรวจตอบมามากที่สุด จำนวน 10-12 ข้อความ

3.2 เลือกข้อความเชื่อที่เด่นชัดจากข้อความเชื่อทั้งหมดที่กลุ่มประชากรที่ใช้สำรวจตอบมาอย่างน้อย 10% หรือ 20% ของจำนวนคน

3.3 เลือกข้อความเชื่อที่เด่นชัดจากข้อความเชื่อที่มีความถี่สูงที่สุดไปจนถึงข้อความเชื่อที่ทำให้รวมความถี่ได้ 75% ของความถี่ทั้งหมดของทุก ๆ ความเชื่อ (Ajzen and Fishbein, 1980)

เมื่อได้ความเชื่อที่ต้องการ จึงนำมาสร้างแบบสอบถามซึ่งมีพื้นฐานบนความเชื่อเด่นชัดของแต่ละบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องประเมินความเชื่อแต่ละข้อ และบอกว่ามีความน่าจะเป็นโดยอัตนัยที่ที่หมายของเจตคติจะนำไปสู่แต่ละความเชื่อนั้น การประเมินจะใช้มาตรชี้วัด เพราะบางคนอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับความเชื่อในแบบสอบถาม

จะเห็นได้ว่า ชุดของความเชื่อเด่นชัดที่ได้รับจากเกณฑ์ดังกล่าวข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น นั้น มีมาตรฐานสำหรับประชากรที่ทำการศึกษ ความเชื่อเด่นชัดที่มีความถี่สูง ๆ นี้ จะเป็นตัวแทนของความเชื่อเด่นชัดที่เกิดจากแต่ละบุคคล และเป็นความเชื่อที่กำหนดเจตคติสำหรับสมาชิกส่วนใหญ่ของประชากร เพราะจากการตรวจสอบโดยทั่วไปพบว่า ภายในชุดของความเชื่อที่มีความถี่สูงสุด มีความเชื่อหลายความเชื่อที่เป็นความเชื่อเด่นชัดของแต่ละบุคคล ในการวัดความหนักแน่น และประเมินความเชื่อ นอกจากจะทำนายเจตคติของแต่ละบุคคลแล้ว ยังทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดเจตคติอีกด้วย

ความหนักแน่นของความเชื่อ (Belief Strength) คือความมากน้อยของความสัมพันธ์ระหว่างที่หมายกับลักษณะต่าง ๆ ตำแหน่งของความเชื่อเด่นชัดในลำดับขั้นที่จัดไว้ จะมีความสัมพันธ์กับความหนักแน่นของความเชื่อส่วนความหนักแน่นของความเชื่อที่ไม่เด่นชัดจะไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งในลำดับขั้น นั้นหมายความว่า การวัดความหนักแน่นของความเชื่อ จะเป็นตัวบ่งชี้ความเด่นชัดของความเชื่อได้

จากการกล่าวถึงรายละเอียดของความเชื่อ ทำให้เห็นว่า ความเชื่อต่อที่หมายนั้นมี ความสัมพันธ์กับเจตคติต่อที่หมาย ซึ่งพิชไบน์และไอเซนไคกล่าวถึงความเกี่ยวข้องระหว่างความ เชื่อกับเจตคติต่อที่หมาย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของทฤษฎีนี้ ดังต่อไปนี้

1. บุคคลมีความเชื่อต่อที่หมายหนึ่ง ๆ จำนวนมากมาย นั่นคือเชื่อว่าที่หมายมี ความสัมพันธ์กับลักษณะต่าง ๆ เช่น ที่หมายอื่น คุณสมบัติอื่น ๆ (b_i)
2. ลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับที่หมายนี้ จะมีการประเมินร่วมอยู่ด้วยนั่นคือ เจตคติ ต่อลักษณะนั้น ๆ (e_i)
3. จากหลักการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไข ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างความ เชื่อที่สัมพันธ์กับที่หมายโดยมีการประเมินอยู่ด้วย กับที่หมายของเจตคติ ($b_i e_i$)
4. ความเชื่อที่สัมพันธ์กับที่หมายโดยมีการประเมินอยู่ด้วยจะรวมตัวกัน ($\sum b_i e_i$)
5. ในโอกาสหน้า ที่หมายของเจตคติจะกระตุ้นให้บุคคลรวบรวมความเชื่อที่สัมพันธ์ กับที่หมายโดยมีการประเมินร่วมอยู่ด้วย นั่นคือ การแสดงเจตคติโดยรวมทั้งหมด

จากหลักการของทฤษฎีนี้ เจตคติของบุคคลต่อที่หมายจึงขึ้นอยู่กับความเชื่อของเขามี ต่อที่หมาย และการประเมินที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเหล่านั้น โดยเขียนออกมาในรูปของ สมการพีชคณิต ดังนี้

$$A_o = \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

โดย A_o คือ เจตคติต่อที่หมาย o

b_i คือ ความเชื่อ i ที่มีต่อที่หมาย o นั่นคือความเป็นไปได้ โดยอัตโนมัติ o เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับลักษณะ i

e_i คือ การประเมินคุณค่าทางบวกหรือลบที่บุคคลให้ กับลักษณะ i

n คือ จำนวนของความเชื่อ

การวัดเจตคติตามแนวทฤษฎีของพิชไบน์และไอเซน

หลังจากที่ได้ชุดของความเชื่อเด่นชัดแล้ว จากวิธีการดังกล่าวข้างต้น ก็จะสามารถวัดเจตคติของบุคคล โดยวัดจากความหนักแน่นของความเชื่อ และการประเมินความเชื่อต่อที่หมาย

ขั้นที่ 1 การวัดความหนักแน่นของความเชื่อของบุคคล ว่าที่หมายของเจตคติมีความสัมพันธ์กับมโนทัศน์ หรือลักษณะ หรือที่หมายอื่น ๆ มากน้อยเพียงใด โดยวัดออกมาในมิติของความเป็นไปได้ - เป็นไปไม่ได้ แบ่งออกเป็น 7 คำมาตร เช่น

การให้มมารดาทำให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง

เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

ขั้นที่ 2 การประเมินความเชื่อต่อที่หมาย ออกมาในลักษณะคุณศัพท์ของมาตรชี้วัดที่มีความหมายตรงข้ามกัน แบ่งออกเป็น 7 คำมาตร เช่น

การที่ทารกมีสุขภาพแข็งแรงเป็นสิ่งที่

ดี _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เลว

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

หลังจากนั้นจึงนำมาตรวัดการประเมินลักษณะต่าง ๆ ของที่หมาย และความหนักแน่นของความเชื่อมาคำนวณหาค่าตามสมการ

$$A_o = \sum_{i=1}^n b_{ie_i}$$

นอกจากนั้น พิซไบน์และไอเซน ได้สร้างทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจ อธิบาย และทำนายพฤติกรรมที่บุคคลมีแนวโน้มจะคิดไตร่ตรองก่อนการกระทำ เช่น พฤติกรรมการเลือกตั้ง พฤติกรรมการเลือกอาชีพ ทฤษฎีนี้จึงไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่บุคคลทำตามความอยากเฉพาะหน้า และไม่ครอบคลุมที่จะอธิบายกลุ่มคนที่แสดงพฤติกรรมโดยไม่ได้คิดไตร่ตรอง

สาระสำคัญของทฤษฎี มีดังนี้ (ธีระพร อูวรรณิณ, 2533)

1. ข้อสมมติของทฤษฎี กล่าวว่า มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่ตนมีอยู่อย่างเป็นระบบ มนุษย์พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนตัดสินใจลงมือทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น

2. ใจความของทฤษฎี

2.1 พฤติกรรมของบุคคล (B) อยู่ภายใต้การควบคุมโดยเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention ย่อว่า BI) ที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น

2.2 เจตนาเชิงพฤติกรรม (BI) ได้รับความอิทธิพลจากตัวกำหนด 2 ตัวคือ เจตนาต่อพฤติกรรม (A_B) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm ย่อว่า SN)

เจตนาต่อพฤติกรรม (A_B) ถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบ (Behavioral beliefs ย่อว่า b_i) และการประเมินผลกระทบ (evaluation of consequences ย่อว่า e_i) เขียนเป็นสมการได้ว่า

$$A_B = f \left[\sum_{i=1}^n b_i e_i \right]$$

เมื่อ n คือ จำนวนความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบ

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (SN) เป็นการประมาณของบุคคลว่า จะมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากน้อยเพียงไร กลุ่มอ้างอิงหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความสำคัญต่อตัวเขา

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคูณระหว่าง ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative beliefs ย่อว่า NB) ซึ่ง

หมายถึง ความเชื่อที่ว่า แต่ละบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิงประสงค์จะเข้าตนทำหรือไม่ทำพฤติกรรม B กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply ย่อว่า MC) เขียนเป็นสมการได้ว่า

$$SN = f \left[\sum_{j=1}^m NB_j SN_j \right]$$

เมื่อ m คือ จำนวนแหล่งอ้างอิง

สามารถเขียนสมการของพฤติกรรมของบุคคลได้ว่า

$$B \sim BI = f [A_B \cdot W_1 + SN \cdot W_2]$$

เมื่อ W_1 และ W_2 เป็นน้ำหนักมาตรฐานที่ได้จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

(Multiple Regression Analysis)

อิทธิพลของเจตคติต่อพฤติกรรม (A_B) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (SN) ต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (BI) อาจแตกต่างกันไป คือ เจตคติต่อพฤติกรรมอาจมีอิทธิพลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมมากกว่า หรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมมากกว่า หรือมีอิทธิพลไล่เลี่ยกัน

ตัวแปรภายนอก เช่น ตัวแปรชีววิทยา ตัวแปรเจตคติต่อที่หมาย และตัวแปรบุคลิกภาพจะมีอิทธิพลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (BI) ก็ต่อเมื่อมีอิทธิพลผ่านความเชื่อเกี่ยวกับการประเมินผลกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับทรศนะกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือน้ำหนักของอิทธิพลของเจตคติต่อพฤติกรรม และอิทธิพลของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม

การศึกษาพฤติกรรมที่จะศึกษา จำเป็นต้องกำหนดไตรคยค่านึงถึงการกระทำ เป้าหมาย เวลาและบริบทดังนี้

การกระทำ (Action) จะต้องกำหนดว่า เป็นการกระทำอย่างเดี่ยว (single act) เช่นการทำให้ลูกกินนม หรือกลุ่มของการกระทำ (behavior category)

เป้าหมาย (Target) หมายถึง เป้าหมายของการกระทำ เช่น การให้ลูกกินนม อาจกำหนดเป้าหมายให้ เป็นนมแม่

เวลา (Time) หมายถึง เวลาที่พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การให้ลูกกินนมแม่ตอนหัวค่ำ

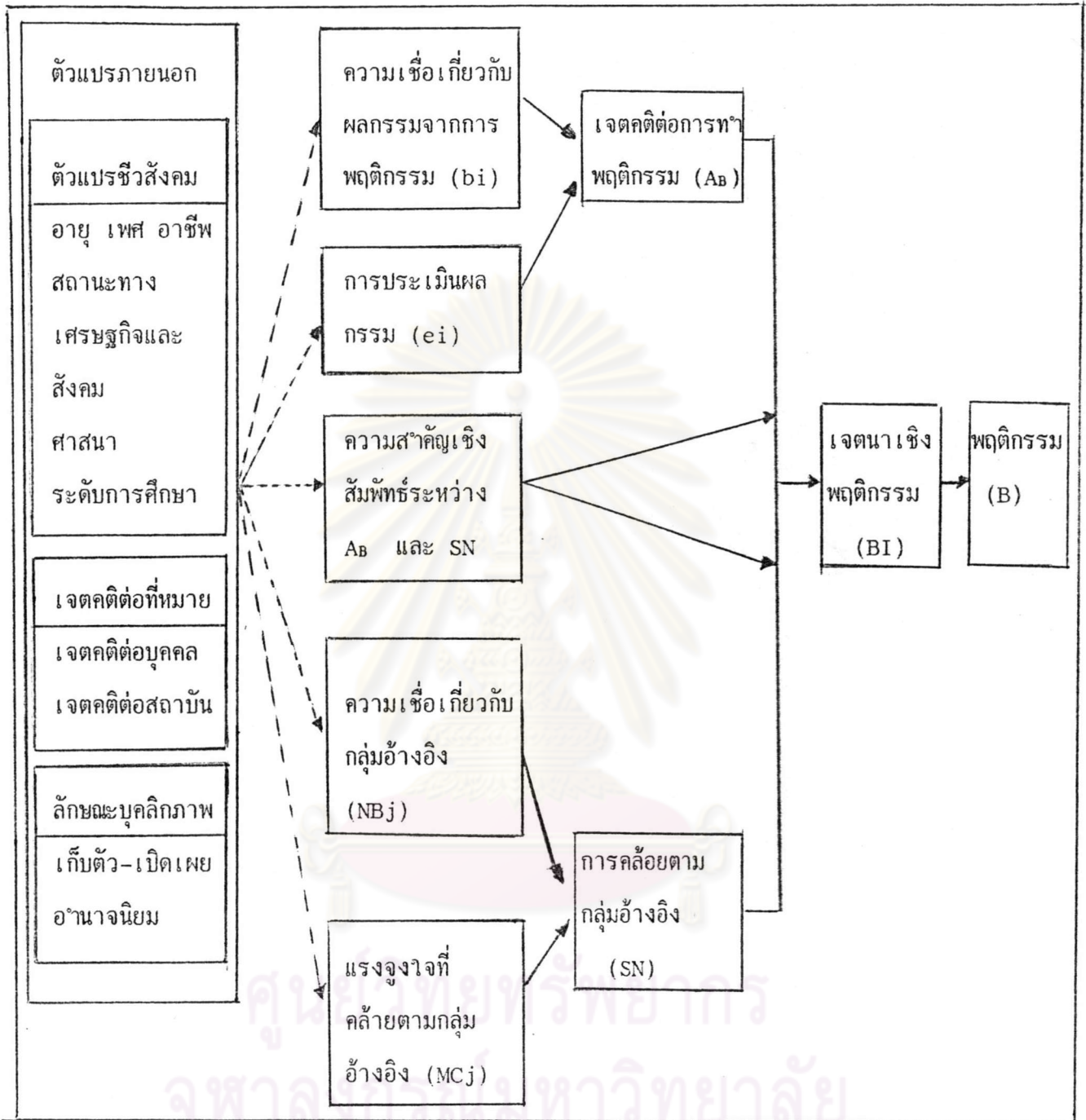
บริบท (Context) หมายถึง สถานการณ์พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การกินนมแม่ที่บ้าน

การกำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษานี้ สามารถกำหนดให้มีความจำเพาะได้ตามที่เราสนใจจะศึกษา เมื่อกำหนดพฤติกรรมแล้ว การวัดตัวแปรหลายตัวในทฤษฎีจะต้องวัดในระดับความจำเพาะให้สอดคล้องกับที่กำหนดในพฤติกรรม ตัวแปรเหล่านี้คือ เจตนาเชิงพฤติกรรม เจตคติต่อพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง

เนื้อหาสาระของทฤษฎีดังกล่าวมาข้างต้น แสดงเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



----- คำอธิบายที่เป็นไปได้สำหรับความสัมพันธ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตัวแปรภายนอกกับพฤติกรรม
 _____ ความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีที่มั่นคงที่เชื่อมโยงระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (ดัดแปลงจาก Ajzen และ Fishbein 1980 : 84 โดย ชีระพร อูรรณโณ, 2533)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการจัดเจตคติต่อที่หมาย ซึ่งพิชไบน์ และ ไอเซน ได้ให้คำนิยามเจตคติว่า "เป็นความมากน้อยของความรู้สึกในทิศทางบวกหรือลบที่บุคคลมีต่อที่หมายหนึ่ง ๆ" เพื่อวัดเจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายรูปแบบการเกิดเจตคติ มีการสร้างมาตรวัดอย่างละเอียด และเป็นการวัดทั้งด้านความเชื่อและการประเมินผลความเชื่อ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นการจัดเจตคติของบุคคลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม การนำทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุผลของพิชไบน์ และไอเซน ส่วนใหญ่จะมีผู้นิยม นำมาใช้ในการทำงานพฤติกรรมของบุคคล สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะเจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการวัดเจตคติต่อที่หมาย มิได้วัดตามตั้งใจที่จะตอบสนองพฤติกรรมหรือการทำงานพฤติกรรม จึงได้นำทฤษฎีมาใช้เฉพาะบางส่วนคือ การวัดเจตคติต่อที่หมายเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นใหม่เพื่อสังเกตพฤติกรรมของพยาบาล

ได้มีผู้นำทฤษฎีการวัดเจตคติต่อที่หมายของพิชไบน์และไอเซนมาใช้ คือ

สมสุข ดิลกสกุลชัย (2533) ได้ศึกษาเปรียบเทียบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุ ตำแหน่ง และระดับการศึกษาแตกต่างกันโดยใช้ทฤษฎีการจัดเจตคติต่อที่หมายของพิชไบน์และไอเซน พบว่า พยาบาลในกลุ่มอายุสูงมีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลทางบวกสูงกว่าพยาบาลในกลุ่มอายุต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การที่จะทราบเจตคติของบุคคลต่อที่หมาย ถ้ารวมคะแนนที่ได้จากสูตรจากการคำนวณมีค่าบวก หมายความว่า บุคคลมีเจตคติต่อที่หมายนั้นว่า เป็นสิ่งที่ดี ถูกต้อง ตรงกันข้ามถ้าบุคคลได้ผลรวมคะแนนมีค่าลบ หมายความว่า มีเจตคติต่อที่หมายนั้นว่า เป็นสิ่งไม่ดี ผิด อันอาจส่งผลถึงการกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น

เจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ

เจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ เป็นความคิด ความเชื่อของพยาบาลว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งด้านบวก ด้านลบ หรือเป็นกลางก็ได้ ซึ่งผลรวมของความคิด ความเชื่อนี้จะ เป็นแนวทางของพยาบาลผู้นั้นว่าจะปฏิบัติในตนเองใดต่อผู้ป่วยสูงอายุ

การที่พยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะช่วยให้พยาบาลยอมรับผู้สูงอายุและให้ความสนใจ มองเห็นว่า การให้การพยาบาลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่าพอใจ เกิดความพึงพอใจ เพราะความสูงอายุนั้นเป็นประสบการณ์ที่ทุกคนต้องประสบ ไม่มีผู้ใดต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น บุคคลทุกคนต้องการมีอายุยืนนานอย่างมีความสุข และต้องการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดและนานที่สุดเท่าที่จะทำได้

การที่จะมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุประกอบด้วย

1. ต้องมีความรู้ความชำนาญ และศึกษาหาความรู้อย่างสม่ำเสมอ อันนี้จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุดีขึ้น
2. การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ
3. ยอมรับช่วงชีวิตนี้ของผู้สูงอายุ เข้าใจและสนใจในความสูญเสียของผู้สูงอายุ
4. มีความตั้งใจจะจัดบริการเพื่อสนองความต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุข อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สุขสบาย และตั้งใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุตามสภาวะ
5. เอาใจใส่ต่อความผาสุกของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง
6. ยอมรับความสามารถและความจำกัดของผู้สูงอายุ (อาภา ใจงาม, 2533)

การที่พยาบาลมีเจตคติทางบวก ต่อผู้ป่วยสูงอายุ จะทำให้พยาบาล เข้าใจผู้ป่วยสูงอายุ มีผลทำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยดี มีคุณภาพ และผู้ป่วยสูงอายุเอง ก็จะได้รับความรักเอาใจใส่จากพยาบาลมากขึ้น

เจตคติของพยาบาลต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการศึกษาของพยาบาล สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และคณะ (2530) ทำการศึกษาเจตคติของพยาบาลต่อผู้สูงอายุ พบว่า เจตคติของพยาบาลต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางและไม่แตกต่างกันเมื่อจำแนกพยาบาลตามท้องที่ ระดับการศึกษา และการศึกษาอบรม นอกจากนี้ ยังพบว่า เจตคติต่อผู้สูงอายุสัมพันธ์กับอายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน กล่าวคือ พยาบาลที่มีอายุ 21-25 ปี มีเจตคติต่อผู้สูงอายุดีกว่าพยาบาลที่มีอายุ 31 ปีขึ้นไป และพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 1-5 ปี มีเจตคติต่อผู้สูงอายุดีกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมากกว่า 6 ปี

ในเรื่องเจตคติกับประสบการณ์การทำงาน Slevin (1991) ศึกษาเจตคติต่อผู้สูงอายุในวัยหนุ่มสาวที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย จากตัวอย่างประชากร 3 กลุ่มคือ นักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษา นักศึกษาพยาบาล และพยาบาล พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Treharne (1990) ซึ่งศึกษาเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลฝึกหัด พบว่า นักศึกษาพยาบาลค่อนข้างมีเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ มากกว่าพยาบาลฝึกหัดที่มีเจตคติเป็นกลาง

นอกจากนั้น ยังมีการวิจัยที่เกี่ยวกับเจตคติทางลบของพยาบาล ได้แก่ การศึกษาของ พิบูลพรรณ มหาศิริพันธ์ (2524) ศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อผู้สูงอายุ พบว่า ทัศนคติของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ Burnside (1976) ศึกษาเจตคติของบุคลากรพยาบาลที่มีต่อผู้สูงอายุ ในปี 1973 พบว่า พยาบาลมีเจตคติในทางลบ และ Buschmann (1979) เขียนบทความเกี่ยวกับเจตคติของพยาบาลพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีเจตคติในทางลบต่อผู้ป่วยสูงอายุ

Armstrong, Sandilands และ Miller (1989) ได้ศึกษาเจตคติของบุคลากรพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุใน 4 กลุ่ม พบว่า กลุ่มอาสาสมัครมีเจตคติทางบวกมากที่สุด รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลปริญญา พนักงานพยาบาลมีเจตคติต่ำสุด ส่วน Campbell (1971) ได้ศึกษาเจตคติของบุคลากรพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ช่วยพยาบาลชอบทำงานกับผู้สูงอายุมากกว่าพยาบาล พยาบาลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุน้อยที่สุด ขณะที่พนักงานพยาบาลใช้เวลามากที่สุดกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ แคมเบลยังให้ความเห็นว่า ปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อเจตคติของบุคลากรพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ อายุ การศึกษาทางการพยาบาล ระยะเวลาในการให้การพยาบาล ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ และการศึกษาอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ แต่ไม่พบว่ามีอิทธิพลสำคัญแต่อย่างใด ตัวแปรที่สำคัญในการศึกษานี้คือ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการศึกษาระดับวิชาชีพจะเพิ่มเจตคติของพยาบาลในการชอบที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และพยาบาลที่มีอายุมากจะมีเจตคติชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลจะมีเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุน้อยที่สุด และพยาบาลที่มีอายุมากจะมีเจตคติชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย

พยาบาลเป็นผู้มีโอกาสนในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การที่พยาบาลมีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยสูงอายุ จะเป็นตัวขัดขวางการตัดสินใจที่ดีของพยาบาล และคุณภาพการให้บริการพยาบาล พยาบาลจะให้การดูแลในลักษณะงานประจำ ไม่สนใจผู้ป่วยเท่าที่ควร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นจึงต้องพัฒนาเจตคติของพยาบาลให้ดีขึ้น การที่จะพัฒนาเจตคติได้จะต้องทราบเจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ

ความหมายของพฤติกรรม

ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ดังนี้

พฤติกรรม คือ การตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์ สิ่งของ สภาวะต่าง ๆ ฯลฯ ซึ่งเป็นสิ่งเร้า (Anderson & Carter, 1974)

พฤติกรรม เป็นการแสดงออกแห่งการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ หรือปฏิกิริยาตอบสนองที่เลือกแล้วว่า เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ

พฤติกรรม คือ กิริยา อากักร บพพาท ลีลา ท่าที การประพฤติ ปฏิบัติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏด้วยประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งใน 5 ทวาร คือ ्रोตสัมผัส จักขุสัมผัส ชิวหาสัมผัส จ्ञานสัมผัส และทางผิวหนัง หรือมีฉะนั้น ก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ (กันยา สุวรรณแสง, 2532)

พฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนอง หรือโต้ตอบต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ น้มได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้นจะเกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกาย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526)

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของมนุษย์ การกระทำทุกอย่างของมนุษย์ ไม่ว่าจะการกระทำนั้นผู้กระทำจะทราบดีหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม การพูด การเดิน การกระพริบตา การไต่ยีน การเข้าใจ การรู้สึกโกรธ การคิด ฯลฯ ต่างเป็นพฤติกรรมทั้งสิ้น (ชัยพร วิชชาวุธ, 2523)

จากคำนิยามดังกล่าวพอสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่บุคคลแสดงออกสามารถสังเกตได้หรือวัดได้ ได้แก่ การนั่ง การเคลื่อนไหวร่างกาย การแสดงออกทางสีหน้า คำพูด น้ำเสียง การตัดสินใจ การรับรู้ และอารมณ์

ในการปฏิบัติการพยาบาล สิ่งหนึ่งที่น่าสนใจได้คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เมื่อพยาบาลมีการติดต่อกับผู้ป่วย เช่น ในขณะที่ให้ยา ในขณะที่กระทำตามกระบวนการพยาบาล พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเมื่อกระทำกิจกรรม การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย การให้สุขศึกษา หรือจัดกิจกรรมให้ผู้ช่วยกระทำ (Travelbee, 1966 อ้างถึงใน พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529) ปฏิสัมพันธ์ เป็นส่วนของพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ของบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีการตอบสนองซึ่งกันและกัน (ลักษณะ ธรรมไพโรจน์, 2532)

ดังนั้น พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมการแสดงออกของพยาบาลขณะให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นลักษณะของการกระทำที่พยาบาลแสดงออก และผู้อื่นสังเกตได้ในขณะที่พยาบาลกระทำกิจกรรมในสถานการณ์การพยาบาล ซึ่งรวมทั้งการลงมือกระทำกิจกรรม การช่วยเหลือ และการสนทนาโต้ตอบซึ่งกันและกัน อาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นคำพูดและไม่ใช้คำพูด

พฤติกรรม ขณะให้การพยาบาลผู้ป่วย มีผู้นิยมแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านการดูแลคนทั้งคน และพฤติกรรมด้านให้ความสนใจ (จารุวรรณ เอกอรรณพผล, 2529)

พฤติกรรมของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ จะเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้ ความสามารถ และความเข้าใจของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะแสดงออกใน 3 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่มีลักษณะเต็มใจให้ความช่วยเหลือ ทั้งที่ร้องขอและไม่ได้ร้องขอ มีสีหน้ายิ้มแย้ม เป็นกันเองกับผู้ป่วย บอกเล่าข้อมูลและชี้แจงแนวทางการรักษาพยาบาลให้ผู้ช่วยทราบด้วยความสุภาพอ่อนโยน ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยพูดในเรื่องที่สนใจ

2. พฤติกรรมด้านการดูแลคนทั้งคน เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม เช่น มีการบอกให้ผู้ช่วยทราบก่อนและหลังทำการพยาบาลทำการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยพร้อม ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เต็มใจ ไม่ข้ามตัวผู้ป่วยหรือยื่นคำสี่ระยะ ชักถามพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่ว ๆ ไป อาการของโรคและความต้องการ ใช้สรรพนาม

เรียกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สังเกตสภาพร่างกายของผู้ป่วย สบตาและสัมผัสอย่างเหมาะสม ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น ไม่เร่งเร้าผู้ป่วยเพื่อให้งานเสร็จเร็วขึ้น

3. พฤติกรรมด้านให้ความสนใจ เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่มีลักษณะให้ความสนใจผู้ป่วย เต็มใจให้ความช่วยเหลือแม้ผู้ป่วยจะไม่ร้องขอ ตอบปัญหาด้วยความเต็มใจ ตั้งใจฟังผู้ป่วยพูด ให้ความสำคัญระหว่างให้การพยาบาลมีการสนทนากับผู้ป่วย ไม่ไปทำกิจกรรมอื่น ไม่สนทนากับเพื่อนร่วมงานในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้น และยุติการสนทนาเมื่อผู้ป่วยต้องการหรือสมควรกับเวลา

จะเห็นว่า พฤติกรรมของพยาบาลดังกล่าวแสดงถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ท่าทีของพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุจะรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เมื่อได้รับการพยาบาลที่ดี พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลจะมีความวิตกกังวล มีความกลัว มีความรู้สึกอึดอัด อ่างว้าง ไม่ทราบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง พยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ต้องรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย

การมีปฏิสัมพันธ์ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกให้เห็นถึงความรู้สึกนึกคิด และความต้องการของเขา และพยาบาลสามารถทราบถึงความรู้สึกนึกคิดและปัญหาของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการช่วยเหลือ และตอบสนองตามความต้องการ (ลักขณา ธรรมไพโรจน์, 2532)

ปฏิสัมพันธ์เป็นหลักการปฏิบัติพยาบาล เป็นสิ่งเชื่อมโยงพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้อาวุโสด้วยวัยวุฒิ ต้องการความรัก การยกย่อง ต้องการที่พึ่ง ถ้าพยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ก็จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้ทุเลาจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์ เป็นการคำนึงสัมพันธ์ภาพเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทุกคนมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางกายและทางจิตใจในระดับมากน้อยต่างกัน แต่สิ่งที่ทุกคนต้องการเหมือนกันคือ ต้องการการดูแลเอาใจใส่ การพยาบาลที่ดีจากพยาบาล ทางด้านพยาบาลเอง ปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ก็มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย แต่การปฏิบัติการพยาบาลจะสัมฤทธิ์ผลหรือไม่อยู่ที่ปฏิสัมพันธ์ของพยาบาล พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นผลมาจากแนวคิด ความรู้ และเจตคติของพยาบาล ซึ่งจะแสดงออกมา

เป็นพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางกิริยาท่าทาง สีหน้าและสายตา คำพูด น้ำเสียง การฟัง การสัมผัส และการวางตัวระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้ดังนี้

1. กิริยาท่าทาง หมายถึง ท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะบอกถึงอารมณ์ ความคิด ความสนใจ ความพอใจ ความกระตือรือร้น หรืออาจแสดงถึงความเป็นชา ความเบื่อหน่าย หรือท้อแท้ ผู้ป่วยต้องการพยาบาลที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส มีกิริยามารยาทดี พุดจาสุภาพอ่อนโยน กระตือรือร้น ในการช่วยเหลือผู้ป่วย มีความรู้ในการปฏิบัติงาน และมีความละเอียดรอบคอบ (วิมลรัตน์ พิงพิทยาภกุล, 2522)

2. การแสดงสีหน้าและสายตา

การแสดงออกทางสีหน้าและสายตา สามารถบอกความรู้สึกได้หลายอย่าง เช่น โกรธ ไม่พอใจ ดีใจ รังเกียจ เป็นมิตร เป็นต้น ถ้ามีการประสานสายตาร่วมด้วย จะแสดงถึงการยอมรับและพอใจที่จะมีสัมพันธภาพด้วย พยาบาลต้องเรียนรู้ที่จะควบคุมการแสดงออกบางส่วน เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นมิตร ยอมรับ หรือรังเกียจผู้ป่วย จากสีหน้าและสายตาของพยาบาล (Kozier อ้างถึงใน จารุวรรณ เอกอรรถผล, 2529) ผู้ป่วยทุกคนต้องการพยาบาลที่เป็นมิตรและยอมรับผู้ป่วย

3. พฤติกรรมด้านการพูดและน้ำเสียง

การพูดเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนมากที่สุด เพราะง่ายต่อการเข้าใจ และสามารถบอกความรู้สึก อารมณ์ของผู้พูดได้ เช่น ให้ความสนใจ ยอมรับ โกรธ เบื่อหน่าย ไม่เข้าใจ โดยความหมายในเสียงพูดนี้จะสอดคล้องหรือขัดแย้งกับคำพูดก็ได้ ในทางการพยาบาล หากพยาบาลต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยรับรู้ถึงความปรารถนาดี ความสนใจเอาใจใส่ของพยาบาลที่มีต่อเขา พยาบาลก็ต้องใช้เสียงพูดที่มีน้ำเสียงนุ่มนวล ระดับเสียงและความเร็วของคำพูดที่เหมาะสมสอดคล้องกับคำพูด (บุญศรี ปรานณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2534) การพูดของพยาบาลจะมีส่วนทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อสนองความต้องการของบุคคลได้ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เพราะการพูดที่ดีจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจดีต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและความเจ็บป่วย ขณะเดียวกันพยาบาลจะทราบ

ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น จึงสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ (จารุวรรณ เอกอรรถผล, 2529) การพูดของพยาบาลควรยึดหลักดังนี้

3.1 พยาบาลควรพูดกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพ นุ่มนวล น้ำเสียงไพเราะ มีคำลงท้าย ไม่พูดห้วน กระด้าง หรือขู่ตะคอก

3.2 พยาบาลต้องพูดในลักษณะให้ความเคารพ ให้เกียรติ และยอมรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ทำคุณความดีมาก่อน มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีชีวิตจิตใจ และมีความคิด ถึงแม้ว่าความสามารถต่าง ๆ จะลดลงก็ตาม

3.3 พยาบาลควรจะพูดเพื่อประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลที่จำเป็น พูดปลอบโยน ชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวดี พูดสนับสนุนเพื่อให้ปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องต่อไป แต่ไม่ควรกล่าวโทษผู้ป่วย พูดข่มขู่ หรือก้าวร้าว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหมดที่พึ่ง หมดกำลังใจ

สำหรับการพูดกับผู้ป่วยสูงอายุ ควรพูดเสียงดังกว่าธรรมดา ใช้ระดับเสียงต่ำ และตรงหน้า พูดช้าและออกเสียงชัดเจน

4. การฟัง

การฟังเป็นทักษะที่สำคัญยิ่งของพยาบาล เพราะผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้ว่าเขาคิด รู้สึกอย่างไร การฟังเป็นกระบวนการที่ยาก ขณะฟังพยาบาลต้องใส่ใจต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่ การฟังเป็นการแสดงถึงการยอมรับผู้ป่วย การฟังเป็นตัวกระตุ้นที่มีอำนาจที่จะทำให้ผู้ป่วยพูด ทำให้สัมพันธ์ภาพก้าวหน้า การฟังที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องนั่งใกล้ผู้ป่วยพอสมควรในท่าที่สบาย และตั้งใจฟัง ไม่ขัดจังหวะ แสดงความสนใจ โดยใช้คำถามในลักษณะกระตุ้นสนับสนุนหรือพยักหน้า ถ้ายังไม่เข้าใจ สอบถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ไม่วิจารณ์เรื่องที่ผู้ป่วยเล่า ก่อนที่จะสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ตัดสินเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าว่าดีหรือไม่ดี ผิดหรือถูก ด้วยความรู้สึกของตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

5. การสัมผัส

การสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด สามารถถ่ายทอดข้อความ และแบ่งปันความรู้สึกซึ่งกันและกัน เช่น การไข่มื้อและร่างกาย การถูหลัง การโอบไหล่และอื่น ๆ จะทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบายบรรเทาความเจ็บปวด และเป็นการเอาใจใส่ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้การสัมผัสร่วมไปกับการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลจะให้การสัมผัสผู้ป่วยใน 2 ลักษณะ คือ (Goodykoontz, 1979)

5.1 การสัมผัสขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย เมื่อมีการปฏิบัติการรักษาพยาบาล เช่น การเช็ดตัว ทาแผล ฉีดยา และการประคบหรือช่วยพยุงตัว เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นต้องมีการสัมผัสร่วมอยู่ด้วย จึงจะสามารถปฏิบัติได้

5.2 การสัมผัสที่มีลักษณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการสนับสนุน คำจุน (Support) จิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสัมผัสในขณะพูดคุยไปตามทุกข์สุข หรือแม้แต่การสัมผัสเพียงอย่างเดียวโดยมิได้พูดคุย เช่น การจับมือ การโอบไหล่ ซึ่งช่วยทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้มาก เพราะการสัมผัสของพยาบาลนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เขามีใครอยู่รอดเดี่ยว ยังมีพยาบาลเป็นเพื่อน พร้อมทั้งจะรับฟัง และพยายามทุกวิถีทางเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ การสัมผัสของพยาบาลควรจะอยู่ในขอบเขตที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรู้สึกสบาย สามารถกระทำได้ด้วยทันทีด้วยความเต็มใจ ไม่เสแสร้งเหมาะสมกับสถานการณ์ การสัมผัสจะต้องสอดคล้องกับคำพูด และความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้นผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในพยาบาล อย่างไรก็ตาม การสัมผัสของพยาบาลจะต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของสังคม เพศ และวัยด้วย เช่น ในผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ควรลูบศีรษะ โอบไหล่ หรือแตะหน้าผาก

การสัมผัส สามารถลดระดับความวิตกกังวลได้ ดังที่ สิริพันธ์ สุคนธ์รัตน์ (2527) ได้ทำการศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม ประชากรเป็นผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นด้วยคำพูด และกลุ่มควบคุมพบว่า ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสจะลดลงแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

6. ระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการมีปฏิสัมพันธ์

สำหรับระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการปฏิบัติสัมพันธ์นั้น มีหลักดังนี้ (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ สิริพร จิรวรรณกุล, 2534)

6.1 เว้นระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติตลอดจนใช้ระดับเสียงให้พอเหมาะกับระยะห่าง

6.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยและพยาบาลอยู่ใกล้กัน จะต้องสบตาผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อลดความห่างไกล แต่ถ้าพยาบาลและผู้ป่วยอยู่ใกล้กันมากไม่ควรจ้องตาผู้ป่วย เพราะทำให้รู้สึกอึดอัด

6.3 หลีกเลียงการหยิบจับของข้ามตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ศีรษะ

6.4 ในขณะที่สนทนากับผู้ป่วย ควรนั่งห่างจากผู้ป่วยประมาณ 2-4 ฟุต ซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากอาณาเขตเฉพาะตัว และไกลพอที่จะสนทนากันด้วยระดับเสียงปกติ ในกรณีที่ผู้สนทนาต้องการจะลดเสียงก็ยังสามารถได้ยิน และเป็นระยะที่พยาบาลสามารถเอื้อมมือไปสัมผัสผู้ป่วยได้

6.5 ก่อนที่จะปฏิบัติกรพยาบาลซึ่งต้องใกล้ชิดตัวผู้ป่วย จะต้องบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ก่อนว่า จะทำอะไร เพื่ออะไร และขณะปฏิบัติจะต้องทำอย่างมีคชิต เบาลือ เพื่อแสดงถึงความเอาใจใส่และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

6.6 ขณะที่พยาบาลสัมผัสตัวผู้ป่วย เพื่อแสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจหรืออื่น ๆ พยาบาลจะต้องสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยด้วยว่า สอดคล้องกับเป้าหมายของพยาบาลหรือไม่ เพื่อตรวจสอบว่าสัมผัสของพยาบาลเหมาะสมหรือไม่

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการแสดงออกของพยาบาลขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ อันเป็นผลมาจากแนวความคิด ความรู้ และเจตคติของพยาบาล ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายในและพยาบาลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมขณะปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุ โดยแสดงออกทางกิริยาท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าและสายตา การพูด น้ำเสียง การฟัง การสัมผัส และระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกสามารถสังเกตเห็นได้

การมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย ในเรื่องนี้ จารู-วรรณ เอกอรรณย์ผล (2529) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ปฏิกิริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่า พฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช มีผลทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปทางที่ดีขึ้น โดยพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จะมีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่พยาบาลแสดงออกต่อผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมของพยาบาลด้านความสนใจที่มีต่อผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์ต่ำกับพฤติกรรมของพยาบาลด้านจุดเน้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนการมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่จะให้ความสนใจผู้ป่วยตามลักษณะงานประจำ มีลักษณะอารมณ์แบบเอาจริงเอาจัง ส่วนด้านจุดเน้น พยาบาลที่ได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่มีจุดเน้นที่จิตใจ ในขณะที่พยาบาลที่ไม่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะมีจุดเน้นที่ร่างกาย

สำหรับพฤติกรรมกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่รู้สติและไม่รู้สติ นฤมล ปทุมารักษ์ (2528) ได้วิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาล ในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลหนัก พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สติและไม่รู้สติ แตกต่างกัน โดยพยาบาลมีพฤติกรรมกรรมการพยาบาลแบบมุ่งดูแลคน เมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รู้สติสูงกว่าเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่รู้สติ อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 และมีพฤติกรรมด้านการแสดงสีหน้าและสายตา ด้านการพูดที่แสดงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ด้านการพูดเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและด้านการสัมผัส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านกิริยาท่าทางที่แสดงความเอาใจใส่ ด้านกิริยาท่าทางที่แสดงการยอมรับผู้ป่วย และด้านการมีระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล พยาบาลแสดงพฤติกรรมขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สติและไม่รู้สติไม่แตกต่างกัน

ในเรื่องพฤติกรรมกรช่วยเหลือของพยาบาล Riemen (1986) ได้ศึกษาเรื่องการขาดการช่วยเหลือและการมีการช่วยเหลือในสถานการณ์ทางคลินิก โดยการรายงานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลขาดการช่วยเหลืออย่างมาก คือ ปฏิบัติงานอย่างรีบร้อนและมุ่งหวังประสิทธิภาพ เช่น รีบร้อนตลอดเวลา ไม่มีเวลาพูดกับผู้ป่วย มุ่งปฏิบัติตามที่ ไม่มุ่งเน้นเวลาระหว่าง และดูแลผู้ป่วย เช่น ปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนเด็กเล็ก ๆ ไม่ทำตามทีบอกผู้ป่วยไว้ พูดเสียงดัง ปฏิบัติด้วยความกระด้าง ไม่มีการตอบสนองแม้เมื่อขอร้อง เช่น กดกริ่ง พยาบาลไม่ได้มาหา ไม่สนใจความต้องการของผู้ป่วย เมื่อพูดกับผู้ป่วยก็พูดกับคนอื่นด้วย และให้การดูแลราวกับผู้ป่วยเป็นวัตถุ

ในการวิจัยนี้พฤติกรรมของพยาบาลขณะปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ เป็นพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มิใช่พฤติกรรมตามทฤษฎีของพิชไบรน์และไอเซน

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมนี้เป็นประเด็นที่นักวิชาการให้ความสนใจมาตั้งแต่ระดับต้นของการศึกษาเรื่องเจตคติ จนกระทั่งปัจจุบันได้แบ่งพรรณนาออกอย่างกว้าง ๆ เป็น 4 พรรษณะ คือ พรรษณะที่ว่า เจตคติกับพฤติกรรมสัมพันธ์กันน้อย พฤติกรรมเป็นสาเหตุของเจตคติ เจตคติมีส่วนเป็นสาเหตุของพฤติกรรม และเจตคติและพฤติกรรมเป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน (ธีระพร อูวรรณธณ, 2533)

เจตคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมของบุคคลเป็นปฏิกริยากับสภาพแวดล้อม อาจจะได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่า มีหรือไม่มี ใจยใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางจิตวิทยา พฤติกรรมที่มีส่วนสัมพันธ์กับเจตคติมีอยู่ 3 ส่วน คือ พฤติกรรมด้านความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมด้านความรู้สึกและอารมณ์ และการตอบสนอง

เจตคติจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม เป็นสาเหตุของพฤติกรรมและเป็นผลของพฤติกรรม เพราะเวลาที่บุคคลแสดงพฤติกรรมตามความคิดความต้องการของเขา เขาก็จะได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เขาเกิดมีความคิด ความรู้สึกบางอย่างต่อการกระทำนั้นด้วย เช่น นักเรียนที่ได้รับคำชมจากครูเมื่อทำข้อสอบได้ ก็จะมีรู้สึกพอใจ และเจตคติต่อการทำนั้น จะพยายามตั้งใจในการสอบ ดังนั้น เจตคติจึงเป็นผลของพฤติกรรม มีอิทธิพลในการกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลจะกระทำในครั้งต่อไปด้วย (ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2534)

เจตคติของบุคคลทุกอย่างเป็นส่วนที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ มีส่วนประกอบทางด้านการปฏิบัติหรือพฤติกรรมนั่นเอง เหตุผลก็เพราะว่า ความเชื่อทุกความเชื่อที่รวมตัวกันเข้าเป็นเจตคตินั้น ไม่ว่าจะ เป็นความเชื่อทางด้านการอธิบาย ประเมินค่าหรือการสนับสนุนก็ตาม จะเป็นตัวแทนของความพร้อมในการจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ใจยมีข้อแม้ว่า การที่จะออกมาเป็นการกระทำนั้นจะต้องได้ถูกเร้าอย่างเหมาะสมก่อน (Rokeach, 1970)

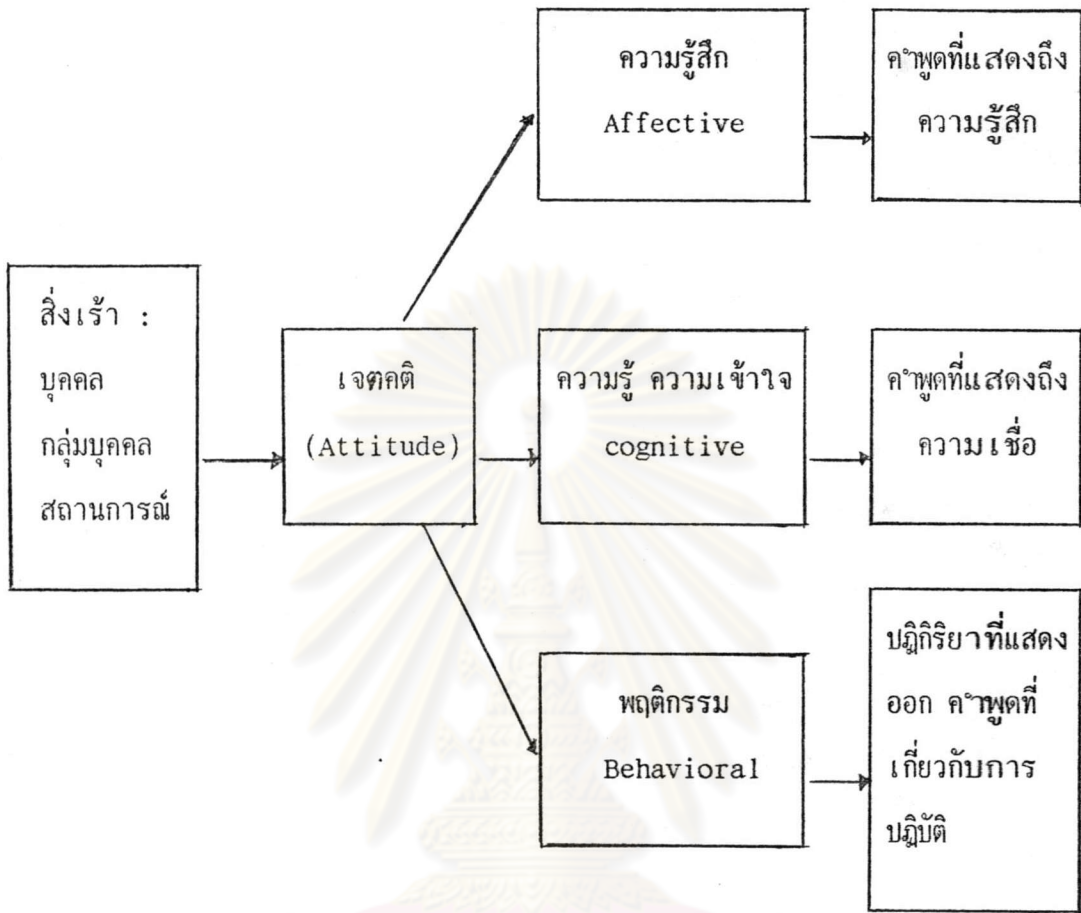
การพิจารณาว่าบุคคลใดมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด อย่างไรนั้น กระทำได้โดยพิจารณาได้จากคำพูดของบุคคลที่พูดถึงสิ่งนั้น จากการแสดงความตั้งใจที่จะปฏิบัติต่อสิ่งนั้น แต่สิ่งที่บุคคลปฏิบัติจริงตรงกับสิ่งที่รู้ เข้าใจ รู้จักและตั้งใจปฏิบัติหรือไม่นั้น เป็นสิ่งที่ต้องการคำตอบที่แน่ชัดซึ่งปัญหานี้ก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ยังไม่ชัดเจนนัก และเป็นหัวข้อที่ได้รับการศึกษาวิจัยมาก อาจเป็นได้ว่า ในหลาย ๆ กรณีที่เดียว พฤติกรรมของบุคคลต่างหากที่ตัดสินเจตคติของเขา ดังนั้น จึงไม่เน้นลักษณะที่ว่า เป็นแก่นของเจตคติ และระลึกว่าเจตคติของบุคคลและพฤติกรรมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (โรยชิน สันสนยุท และคณะ, 2533)

Triandis (1971) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมไว้ดังนี้
 เจตคติ เป็นความนึกคิดที่บรรจุด้วยอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งเป็นแนวทางที่จะแสดงออกมาในลักษณะของการกระทำตามสถานการณ์ทางสังคม ประกอบด้วย

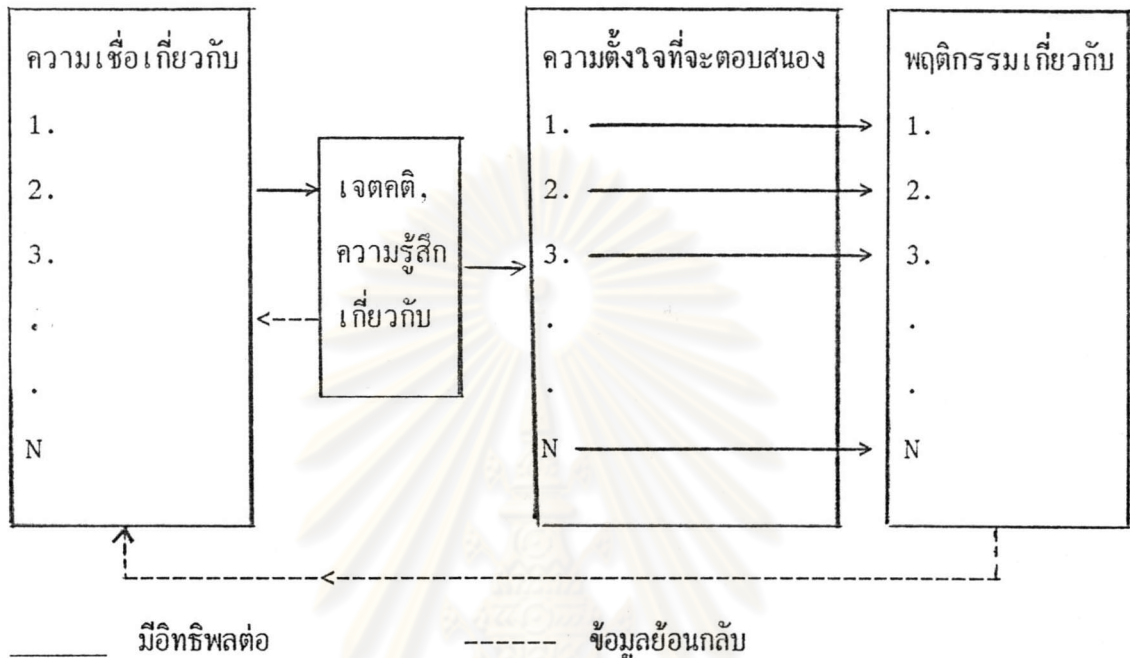
1. ความรู้สึกต่อเป้าหมาย (Affect) หมายถึง ความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ หรือทำดี-ไม่ดี ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติ
2. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง การรับรู้ผลธรรมของการกระทำและคุณค่าในผลธรรมของการกระทำที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติ
3. เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavior intention) หมายถึง แนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติต่อเป้าหมายของเจตคติ ซึ่งเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

ศูนย์วิทยพัชยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Fishbein and Ajzen (1975) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ เจตคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมตามแนวทฤษฎีการกระทำตามเหตุผล ดังนี้



จากรูปแบบดังกล่าว เจตติน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ แต่ผลการวิจัยส่วนมากไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ให้เห็นเด่นชัด หรือแสดงความสัมพันธ์ให้เห็นเล็กน้อย Kothandapani (1970) สรุปสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการทำนายพฤติกรรมจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเจตคติว่าอาจเนื่องมาจากสาเหตุดังนี้

1. ความรู้สึกอย่างเดียวไม่ได้เป็นตัวทำนายที่แน่นอนของการปฏิบัติ
2. การวัดเจตคติของบุคคลที่มีต่อบางสิ่งที่ไม่เหมาะสม
3. การใช้เครื่องมือวัดเจตคติที่ไม่เหมาะสม
4. ค่าจำกัดความของเจตคติไม่ชัดเจน

ซึ่ง ฟิชไบน์ (Fishbein, 1973 อ้างถึงใน ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และคณะ, 2527) อธิบายว่า การที่เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ เนื่องจากองค์ประกอบของเจตคติมีมาก แต่ผู้วิจัยใช้ระบบการวัดที่ไม่เหมาะสม เครื่องมือวัดขาดความตรง (Validity) นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาเจตคติโดยลำพัง จะมีทั้งเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเจตคติที่มีต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งปฏิบัติการของเจตคติทั้งสองส่วนนี้ ย่อมมีผลต่อการ

ปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก ซึ่งเจตคติไม่ใช่ตัวแปรตัวเดียวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
ของมนุษย์ จึงทำให้เจตคติไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<p>เจตคติของพยาบาล ต่อผู้ป่วยสูงอายุ</p>	<p>พฤติกรรมของพยาบาล ขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย สูงอายุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านอารมณ์ 2. ด้านการดูแลคน ทั้งคน 3. ด้านให้ความสนใจ
<p>ภูมิหลังของพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประสบการณ์การทำงาน 2. ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3. สถานภาพสมรส 4. ลักษณะของครอบครัว 	<p>เจตคติของพยาบาลต่อ ผู้ป่วยสูงอายุ</p>
<p>ภูมิหลังของพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประสบการณ์การทำงาน 2. ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3. สถานภาพสมรส 4. ลักษณะของครอบครัว 	<p>พฤติกรรมของพยาบาล ขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย สูงอายุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านอารมณ์ 2. ด้านการดูแลคน ทั้งคน 3. ด้านให้ความสนใจ