

ผลของโปรแกรมชีวแมนนิจุดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF HUMANITUDE PROGRAM ON ANXIETY OF OLDER PERSONS ADMITTED IN
CORONARY CARE UNIT

Miss Atcharaporn Youyangket



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของ
ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
โดย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จีราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ : ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (THE EFFECT OF HUMANITUDE PROGRAM ON ANXIETY OF OLDER PERSONS ADMITTED IN CORONARY CARE UNIT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 170 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด และ 2) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยทำการจับคู่ด้านอายุ เพศ และประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ทั้งนี้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมฮิวแมนนิจูด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory: Form X-I) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับแปลไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777208036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HUMANITUDE / ANXIETY / CORONARY CARE UNIT / OLDER PERSON

ATCHARAPORN YOUYANGKET: THE EFFECT OF HUMANITUDE PROGRAM ON ANXIETY OF OLDER PERSONS ADMITTED IN CORONARY CARE UNIT. ADVISOR: . ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 170 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare 1) anxiety of older persons admitted in coronary care unit among an experimental group before and after undergoing a humanitude program, and 2) anxiety of older persons admitted in coronary care unit among an experimental group who underwent the program and a control group who received only conventional nursing care. The participants consisted of 44 older persons, aged 60 years and over, with moderate anxiety level and admitted in coronary care unit at the Rajavithi hospital. The first 22 participants were assigned to the experimental group and the other 22 participants were assigned to control group. The participants were paired-match by age, gender, and admitted in coronary care unit. The experimental group which underwent the program designed by the researcher, was scheduled for 3 days. The research instruments were: 1) The humanitude program, 2) The State Anxiety Inventory: Form X-I (Spielberger et al., 1983) translated into Thai by Nittaya Kotchapakdee et al., (1983). All instruments were validated for content validity by five professional experts. The reliability of the anxiety scale was 0.89. Data were analyzed by using descriptive and t-test analysis. The major findings were as follows:

1. The mean score of anxiety of older persons admitted in coronary care unit who participate in the humanitude program was significantly lower than the mean score prior to experiment. ($p < .05$)

2. The mean score of anxiety of older persons admitted in coronary care unit who participate in the humanitude program after receive program was significantly lower than the mean score of those who received only conventional nursing care. ($p < .05$)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรัก ความเมตตา และเอาใจใส่จนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ อีกทั้งยังมอบโอกาส และประสบการณ์อันมีค่าตลอด ระยะเวลาที่ศึกษา คอยห่วงใยและเป็นกำลังใจสำคัญยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ กรุณาให้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุก ท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, พ.ต.ต.หญิง ดร. พรรณทิพา เวชรังษี, อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์, อาจารย์ญาดาร์ตัน บาลจ่าย และนาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้า หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้สูงอายุทุกท่านที่ เปรียบเสมือนครูผู้ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง จน ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ กรุณามอบทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์เพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. ผู้สูงอายุกับการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ.....	15
2. ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ	26
3. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude concept).....	33
4. โปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรคหัวใจ.....	49
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	60
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	64

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	74
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	77
การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)	80
การดำเนินการวิจัย	80
การวิเคราะห์ข้อมูล	89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	94
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะ	107
รายการอ้างอิง	109
ภาคผนวก.....	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	118
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัย.....	120
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	127
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์	132
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	134
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล	153

ภาคผนวก ข ภาพการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	170



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 โปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูดของ Ginesste & Marescotti (2008).....	50
ตารางที่ 2 การประยุกต์การจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของ Ginesste & Marescotti (2008).....	50
ตารางที่ 3 แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Humanitude) ตามแนวคิดของ Ginesste & Marescotti (2008).....	56
ตารางที่ 4 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ.....	70
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้.....	71
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และการวินิจฉัยโรค.....	73
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด (n=44).....	92
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	93
ตารางที่ 9 คะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจรายบุคคล.....	155
ตารางที่ 10 คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	156
ตารางที่ 11 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำแนกรายข้อ.....	157

ตารางที่ 12 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับ
โปรแกรมฮิวแมนนิจูด (จำนวน 22 คน) 158

ตารางที่ 13 Reliability แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety
Inventory: Form X-1) 159

ตารางที่ 14 Reliability แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด 160



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กลไกการติดต่อสื่อสารด้วยการพูด	38
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	64
ภาพที่ 3 สรุปลขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	90



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease [CVD]) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non communicable disease [NCDs]) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทย ประชากรมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ จากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า ประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 มีประชากรเสียชีวิตจำนวน 58,681 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 90.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจำนวน 69,699 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 107.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทั้งนี้อุบัติการณ์ดังกล่าวพบสูงขึ้นมาในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มสัดส่วนประชากรสูงชันอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 453 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ทักษพล ธรรมรังสี, 2557)

การเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรืออาการไม่คงที่ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูง (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาก และ ชวนพิศ ทำนอง, 2557) จึงต้องย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หรือ ซี.ซี.ยู. (Coronary care unit [CCU]) ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับรองรับผู้ป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีแนวโน้มเป็นวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น (Roch et al., 2011) ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาและความสำคัญในการให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยวิกฤต เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จะได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนจากบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) เพื่อให้หายจากโรคและป้องกันการเสียชีวิต แต่ในขณะเดียวกันการเข้ารับการรักษาที่นั่น กลับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล (Rincon et al., 2001; Jeitziner et al., 2015)

ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกถึงความตึงเครียด กลัว หวาดหวั่น อึดอัด ไม่สบายใจ และความกังวลของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ว่าคุกคามหรืออาจเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งจะไปกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของ บุคคลที่ค่อนข้างจะคงที่ เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลโดยปกติจะไม่แสดงพฤติกรรม ออกมาโดยตรง และเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไป แต่ถ้ามีเหตุการณ์มากระตุ้นจะเป็นตัวเสริมความรุนแรงของของความวิตกกังวลขณะเผชิญ และ 2) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะของบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ความวิตกกังวลจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัว รู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หรือกระวนกระวายใจ (Spielberger & Guerrero, 1983)

ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จัดว่ามีความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งไม่ได้คาดการณ์มาก่อน การไม่คุ้นเคยกับสถานที่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการรักษาที่เฉพาะด้านทำให้ปิดกั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ขาดความเป็นส่วนตัว รวมถึงการพบเห็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยข้างเตียง ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัย ความไม่แน่นอนในชีวิต ความกดดันหรือขัดแย้งที่ผู้สูงอายุประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง จนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เหล่านั้นได้ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 24 (Rincon et al., 2001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Koh (2007) พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 60 ทั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมากที่สุด นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ถึงร้อยละ 42 (Balasubramanian, 2013) และความวิตกกังวลจะมีระดับสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (An et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านมนุษยสัมพันธ์ คือ บุคลากรทางการแพทย์มีมนุษยสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยลดลง (Han & Park, 2002) เนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการรักษาโรคทางกาย การทำหัตถการ และการเฝ้าระวังอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อ

ความปลอดภัยต่อชีวิต จึงทำให้ละเลยการดูแลทางด้านจิตใจ (ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร และคณะ, 2556) ที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ด้วยการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang, Chen, & Su (2012) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักต้องการได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งได้รับการดูแลที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ที่ต้องการได้รับข้อมูล ความเคารพ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (สุจิตรา ลีมนานวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง, 2557) แต่ด้วยลักษณะงานของพยาบาลมีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร จึงทำให้การมีปฏิสัมพันธ์หรือการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้สูงอายุเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่องหรือน้อยลง (Han & Park, 2002) ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นทางอารมณ์และกายสัมผัส (ละออ หุตางกูร, 2535; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์, 2552) ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Sanders & Cassem, 1993; Eliopoulos, 2014)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจะต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ป่วยและต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล รวมทั้งการเข้ามาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยกับสถานที่ (Tullmann, Hawkes, & Enfield, 2010) และบรรยากาศในหอผู้ป่วยที่มีแต่การเจ็บป่วย การเสียชีวิต (Han & Park, 2002) การแยกจากครอบครัว (Han & Park, 2002; Moser et al., 2003) เนื่องจากการจำกัดเวลาและจำนวนคนเข้าเยี่ยม (Tullmann et al., 2010) ทำให้ต้องพบกับบุคลากรหรือบุคคลที่ไม่คุ้นชิน ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือจำกัดกิจกรรมบนเตียง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Schieman, 2004; Eisendrath & Shim, 2006 และการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือแนวทางการรักษาที่ชัดเจน (ชฎาภา ประเสริฐทรง และ สายสมร เฉลยกิตติ, 2556) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เนื่องจากเป็นวัยที่เปราะบาง และยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลหรือจัดการกับความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น หากผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงจะกระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ และนำไปสู่การเสียชีวิต (An et al., 2004; Hildrum et al., 2008) ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลในวันแรกที่เข้า

รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล (Cherrington et al., 2004)

การแก้ปัญหาความวิตกกังวลจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมครบทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติด้วยภาระงานที่หนัก และการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การดูแลทางด้านร่างกายเพื่อให้พ้นจากภาวะวิกฤต จนละเลยความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ประกอบกับการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินและทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคล ปัจจุบันจึงเริ่มมีการศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลายรูปแบบ โดยจากการศึกษาพบว่า การบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้ในรูปแบบการสอนอย่างมีแบบแผน (กนกพร สุคำวัง, 2557) การใช้ดนตรีบำบัด (สถาพร กลางคาร, 2540) การสนับสนุนทางสังคม (ณัฐชา พัฒนา, 2555) สุนัขบำบัด (Cho et al., 2013) จินตภาพบำบัด (Foji, 2015) และการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูล (วรรธกร รักอิสสระ, 2547; มนทิราวรรณ พิมพ์ศรี, 2550; พรพิศ เดชยศดี, 2550) ทั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และญาติหรือผู้ดูแลทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ตามแนวปรัชญาของ Ginesste & Marescotti (2008) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้ โดยแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเป็นรูปแบบการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต (Well-Being) และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) (Phaneuf, 2007; Faligant, 2014)

ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดด้วยความเคารพ และเข้าใจในความเป็นมนุษย์ โดยการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ผ่านการสบตาอย่างอ่อนโยน พร้อมรอยยิ้มที่จริงใจ และการพูดเพื่อการปลอบโยน ให้กำลังใจ หรือบอกเล่าเรื่องราวดี ๆ ร่วมกับการสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนจากพยาบาล จะช่วยถ่ายทอดอารมณ์ความรัก ความเข้าใจ ความปรารถนาดีไปสู่ผู้สูงอายุ โดยไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ อารมณ์และความรู้สึก (Phaneuf, 2007) ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และได้รับการยอมรับในความเป็นมนุษย์จากพยาบาล พร้อม

อยู่เคียงข้าง เต็มใจให้ความช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจในความทุกข์ทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ เสริมสร้างความมั่นใจ หรือกำลังใจ และก่อให้เกิดความหวัง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานเหล่านั้นได้ อีกทั้งยังทำให้เกิดความใกล้ชิด ไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Ito et al., 2015) ทำให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ และสบายใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลง (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่มักจะต้องนอนพักบนเตียงนาน ๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อประโยชน์ทางการรักษา แต่กลับส่งผลให้ผู้สูงอายุนับถึงการสูญเสียความเป็นมนุษย์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดมโนทัศน์และภาพลักษณ์ต่อตนเองในด้านลบ ความสนใจในร่างกายตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด จนเกิดความวิตกกังวลตามมา (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008) การส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้ร่างกายอยู่ในแนวตั้งตรง (Verticality) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง จนกระทั่งการลุกออกจากเตียง ได้แก่ การนั่งศีรษะสูง การนั่งห้อยขาข้างเตียง การยืน และการเดิน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย ตามหลักแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง เข้าด้วยกัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ ความหวัง เกิดคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Phaneuf, 2007, Ginesste & Marescotti, 2008; Ito, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Honda et al. (2013) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลได้เช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการทางการพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกถึงความตึงเครียด กลัว หวาดหวั่น อึดอัด ไม่สบายใจ และกังวลของบุคคล เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบหาคุกคามหรืออาจเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger et al., 1983) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่มีสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ต้องแยกจากครอบครัว ได้รับการดูแลเอาใจใส่ทางด้านจิตใจและอารมณ์น้อยลง บุคลากรระลอกใหม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ขาดกระตุ้นทางอารมณ์ และการกระตุ้นทางกายสัมผัส (ละอ อุดาทกร, 2535) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยกล่าวถึง หลักการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจ ในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล และอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) โดยให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การสบตา (Eye contact) คือ การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองสบตาต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงด้วยความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ การสบตาผู้สูงอายุขณะสนทนาจะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าพยาบาลมีความสนใจหรือใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดความสมดุลทางร่างกายและจิตใจ โดยการสบตาจะกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ในสมองส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึก ให้เกิดการหลั่งสารออกซิโตซิน (Oxytocin) และสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

เกิดความรักใคร่ผูกพัน คั่นเคย ไว้วางใจ บรรเทาอาการเจ็บปวด และลดความวิตกกังวล (Phaneuf, 2007)

2) การพูด (Speech) คือ การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยการใช้คำพูดเพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิด ทศนคติไปยังผู้ฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน การพูดระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ เช่น การพูดปลอบโยน การให้กำลังใจ การกระตุ้นด้วยคำพูด เพื่อให้ระบายความรู้สึก และการชี้แนะข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ รับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความอบอุ่น ปลอดภัย และก่อให้เกิดความมั่นใจ สามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง และช่วยลดความวิตกกังวลได้

3) การสัมผัส (Touch) คือ การติดต่อสื่อสารทางกาย เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การปลอบโยน และการให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้อยู่ตามลำพัง เมื่อมีการสัมผัสเกิดขึ้นจะมีการกระตุ้นการทำงานของสมอง โดยการส่งกระแสประสาทผ่านทางใยประสาท (Myelin neuron) ไปยังสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) เข้าสู่อะมิดาล่า (Amygdala) ซึ่งอยู่ในสมองส่วนลิมบิก (Limbic brain) ที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม หากผู้รับสัมผัสได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวล

4) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำทางให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด ได้แก่ การจัดทำให้ผู้สูงอายุที่นอนอยู่บนเตียงได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การนั่ง การยืนหรือการเดิน และการออกกำลังกาย รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการยืนหรือเดิน จะส่งกระแสประสาทผ่านทางใยประสาทไปสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงภาพลักษณ์ หรือลักษณะร่างกายของตนเองตามวิวัฒนาการของมนุษย์ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง ก่อให้เกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง จิตใจแจ่มใส และลดความวิตกกังวลในขณะเจ็บป่วยลงได้ นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น (Phaneuf, 2007)

นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) กล่าวว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดนั้นจะต้องบูรณาการหรือผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบดังกล่าวเข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป เนื่องจากเทคนิคในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน จึงต้องปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งหากเลือกปฏิบัติเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งอาจทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดูแล ส่งผลให้การดูแลเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

สำหรับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) มีขั้นตอนการดูแลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจะผสมผสานการดูแลตามองค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) เข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป โดยการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการสร้างสัมพันธ์ภาพ (Pre-preliminary) คือ ขั้นตอนการเตรียมการก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นไปอย่างราบรื่น โดยการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้ก่อนเข้าพบ เพื่อป้องกันอาการตื่นตระหนก ตกใจ และเป็นการขออนุญาตก่อนเข้าให้การปฏิบัติการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Preliminary) คือ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) คือ ขั้นตอนการให้การดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) คือ ขั้นตอนในทบทวนและการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) คือ ขั้นตอนในการยุติการให้การดูแล หรือการนัดหมายการดูแลในครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ด้วยความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจ ตามขั้นตอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 5 ขั้นตอน ร่วมกับการบูรณาการหลักการดูแลทั้ง 4 องค์ประกอบมาใช้ในการดูแล ด้วยการใช้คำพูดเพื่อให้ความมั่นใจ กำลังใจ ปลอบโยน และกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ร่วมกับการสบตาอย่างอ่อนโยน และการสัมผัสที่อบอุ่นจากพยาบาล จะช่วยถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีไปสู่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ รับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และพร้อมอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจถึงความทุกข์ความทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ ความหวัง เกิดคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจพร้อมที่เผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Ginesste & Marescotti, 2008)

จากแนวคิดและหลักฐานการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด
2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest nonequivalent control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือด และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีระดับคะแนน 40 คะแนนขึ้นไป ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberg et al. (1983) ฉบับแปลไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร และ มาลี นิสัยสุข (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) จำนวน 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน ได้แก่ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตัวแปรในการศึกษา คือ ความวิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ อึดอัด ซึ่งเกิดจากความหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ คาดเดาเกี่ยวกับอาการแผนการรักษา ผลการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberger (1983) ฉบับแปลไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550)

โปรแกรมฮิวแมนนิจูด หมายถึง กิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) การดำเนินกิจกรรมจะใช้เวลาดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที โดยการจัดกิจกรรมในแต่ละวัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) 2) การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) 3) การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) 4) การสรุปผล (Emotional consolidation) และ 5) การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) โดยแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้บูรณาการกิจกรรมการดูแลโดยนำหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทั้ง 4 องค์ประกอบ เข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การสบตา (Eye contact) คือ การสบตาด้วยสายตาสบายตาอ่อนโยน เพื่อแสดงถึงความรัก ความห่วงใย และความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ 2) การพูด (Speech) คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูดด้วยโทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล ด้วยการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก การพูดเพื่อปลอบโยน ให้กำลังใจ และชี้แนะข้อมูล 3) การสัมผัส (Touch) คือ การให้การสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน เช่น การจับมือ การลูบหลัง เพื่อแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ห่วงใย ทำให้เกิดความอบอุ่น และคลายความวิตกกังวล และ 4) การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนจากการนอนบนเตียงเป็นทำนั่ง ทำยืน หรือ การเดิน เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงการมีตัวตน และคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ โดยกิจกรรมในแต่ละวันจะประกอบด้วย 5 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมวันที่ 1 (ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) คือ ขั้นตอนก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยทำจิตใจให้สงบ มั่นคง เต็มใจให้การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสบาย คลายความวิตกกังวล และเข้าพบผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม “แรกพบ” โดยใช้เทคนิคการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้เพื่อขออนุญาตเข้าไปให้การดูแลทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (ใช้เวลา 4 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) คือ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) และการพูด (Speech) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล รวมทั้งแสดงถึงความเคารพ และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม “สบตาดูด้วยรัก” โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุทางด้านหน้าและให้อยู่ในระดับสายตาของผู้สูงอายุ ระยะห่างจากตัวผู้สูงอายุประมาณ 15-20 เซนติเมตร ผู้วิจัยเริ่มสบตากับผู้สูงอายุด้วยสายตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดูแลหรือการให้กิจกรรมทางการแพทย์ พูดคุยเรื่องทั่วไปที่สื่อถึงเรื่องราวดี ๆ ลักษณะคำพูดเชิงบวก การกล่าวชื่นชม หลีกเลี่ยงการใช้คำถามปลายปิด และสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 3 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) คือ ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตรง (Verticality) เพื่อกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและแสดงถึงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและเต็มใจให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ด้วยกิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” โดยผู้วิจัยสบตาและให้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ร่วมกับการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ภายในใจ พร้อมทั้งรับฟัง ปลอดภัย และให้กำลังใจ ร่วมกับกิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” โดยการจดทำนั่งศีรษะสูงให้แนวสันหลังตั้งฉากกับพื้นมากที่สุด แนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึก และส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง เพื่อให้ผ่อนคลาย และลดอาการเหนื่อยล้า (ใช้เวลา 10 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) คือ ขั้นตอนในการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังให้การดูแล โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) และการสัมผัส (Touch) เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน และส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น ด้วยกิจกรรม **“การสรุปผลการดูแล”** โดยการสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ในขณะที่ผู้วิจัยใช้มือทั้งสองข้างประคองมือผู้สูงอายุขึ้นมา แล้วลูบหลังมือของผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล พร้อมทั้งสบตาและยิ้มให้กำลังใจผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน (ใช้เวลา 2 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) คือ ขั้นตอนในการสิ้นสุดการดูแล โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) และการสัมผัส (Touch) เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และยินดีให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยกิจกรรม **“การนัดหมาย”** โดยผู้วิจัยสรุปปัญหาร่วมกับผู้สูงอายุ และทำการนัดหมายวัน เวลา ในการดูแลครั้งต่อไป จากนั้นกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ (ใช้เวลา 1 นาที)

กิจกรรมวันที่ 2 (ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20-30 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 และเพิ่มกิจกรรมการดูแลในขั้นตอน การปฏิบัติการดูแล ได้แก่ กิจกรรม **“การเคลื่อนไหวร่างกาย”** เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเอง เกิดการรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง โดยนำองค์ประกอบ การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) มาผสมผสานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายข้างเดียว ได้แก่ การนั่งห้อยขาข้างเดียว การยืน และการเดินออกจากเตียง ตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

กิจกรรมวันที่ 3 (ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 20-30 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลโดยการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับวันที่ 2 ครั้งที่ 2 โดยเพิ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 คือ การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล โดยผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการดูแล และกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ เพื่อแสดงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 1-2 นาที)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ประกอบด้วย การซักประวัติทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย การประเมินอาการแรกเริ่ม การให้การพยาบาลและเฝ้าระวังทางด้านร่างกายและสัญญาณชีพ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น และตอบข้อสงสัยตามทักษะของพยาบาลแต่ละคน โดยการประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และการให้การดูแลทางด้านจิตใจยังไม่มีรูปแบบหรือแบบแผนที่ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้กำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพในการให้บริการทางการพยาบาล
2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
3. ด้านการศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ นิสิต นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยโดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกับการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
 - 1.1 ความหมายและการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
 - 1.2 ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ
 - 1.3 หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
 - 1.4 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
2. ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 ประเภทและระดับของความวิตกกังวล
 - 2.3 ผลกระทบของความวิตกกังวล
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ
 - 2.5 การประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude concept)
 - 3.1 ความเป็นมาของแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
 - 3.2 ปรัชญาแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
 - 3.3 องค์ประกอบของแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
 - 3.3.1 การสบตา (Eye contact)
 - 3.3.2 การพูด (Speech)
 - 3.3.3 การสัมผัส (Touch)
 - 3.3.4 การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality)
 - 3.4 ขั้นตอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude care)
4. โปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้สูงอายุกับการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

1.1 ความหมายและการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ เกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้ง เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่หกสิบปีขึ้นไป

องค์การอนามัยโลก ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุหกสิบปีขึ้นไป หรือ ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตาม สภาพเศรษฐกิจ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (WHO, 2015)

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2548) ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มี อายุเกินหกสิบปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

จากการประชุมของสัมมนาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (Vienna international plan on aging) ในปี ค.ศ. 1982 ให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มี อายุตั้งแต่หกสิบปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุโดยมีวิธีการเรียกแตกต่างกันดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1) เรียกตามลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ คนแก่ คนชรา หรือ คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) ซึ่งเป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก หรือมีผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น

2) เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน คือ ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ซึ่งถือว่าเป็นสากล

3) เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่น ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior, Citizen) โดย ในองค์กรหนึ่งจะมีผู้เป็นหัวหน้าซึ่งเป็นผู้ใหญ่ในองค์กรต่างๆ ที่อาจจะมีอายุมากกว่าหรือไม่ใช่คนแก่

ปัจจุบัน ประเทศไทย ได้ใช้คำนิยาม ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยให้คำนิยามว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย โดย แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old) คือ อายุ 60-69 ปี 2) วัยสูงอายุ ตอนกลาง (Medium-old) คือ อายุ 70-79 ปี และ 3) วัยสูงอายุตอนปลาย (Old-old) คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและการตอบสนองต่อการ

รักษาได้ช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น จัดได้ว่าเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น และการเสื่อมของสภาพร่างกาย นอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ดังนั้น การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสามารถอธิบายได้ตามระบบ (บรรลุ ศิริพานิช, 2548; วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังนี้

1) ระบบโครงร่างและผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงระบบโครงร่างและผิวหนังในวัยสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุจะหลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ส่วนสูงลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของท้องเพิ่มขึ้น มีรอยย่นบนใบหน้า ซึ่งเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ ไขมันใต้ผิวหนัง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน ข้อต่อระหว่างบริเวณกระดูกสันหลัง หนองกระดูกสันหลังบางลง หนังกำพวดำ จะมีความชื้นลดลง ผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี การดูดซึมสารต่าง ๆ ของผิวหนังลดลงและต้องใช้เวลานานขึ้น ต่อมน้ำนมออกน้อยลง ต่อมน้ำลายลดลงทำให้กลืนตัวลดลง ต่อมน้ำมันโตแต่หลังน้ำมันออกน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีผิวแห้งการเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุ พบว่า อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้าง เซลล์กระดูกลดลง กระดูกมีการสลายแคลเซียมมากขึ้น กระดูกสันหลังยุบมากขึ้นทำให้หลังค่อม บริเวณข้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและส่วนประกอบ ข้อใหญ่ขึ้น กระดูกบริเวณข้อต่าง ๆ บางลงและเสื่อมมากขึ้น น้ำไขข้อลดลงเกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบ และติดเชื้อง่าย ทำให้เกิดอาการปวดตามข้อ และขาดโพแทสเซียม (Potassium) ในกล้ามเนื้อ ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อน้อยลง เนื่องจากปริมาณเลือดไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้น้อยลง

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ โดยหัวใจจะมีขนาดใหญ่ขึ้น มวลของหัวใจจะเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะมีการแข็งตัว ความแรงในการบีบตัวจะลดลง ส่วนการเปลี่ยนแปลงของลิ้นหัวใจคือจะมีการหนาและแข็งตัวของลิ้นเอออร์ติก (Aortic valve) และลิ้นไมตรัล (Mitral valve) ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมัน การสลายของคอเลสเตอรอล และการเกาะของแคลเซียม การเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดเกิดจากการมีการสะสมของไขมันอะมัยลอยด์ (Amyloid) เบโอสฟิลิค

(Basophilic) แคลเซียม สารคอลลาเจน โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในชั้นของอินทิมา (Intima) และมีเดีย (Media) ทำให้ขนาดของท่อหลอดเลือด (lumen) เล็กลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะเสียไป ส่วนการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่หัวใจนั้น พบว่ามีการบิดเบี้ยว คดเคี้ยว และการขยายตัวมากขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะเพิ่มขึ้น และมีการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Coronary collateral vessels) มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของหัวใจจากการสูงอายุ ได้แก่ การเต้นของหัวใจ ปริมาณเลือดก่อนเข้าสู่หัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที และความแรงในการบีบตัวของหัวใจ ในผู้สูงอายุอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจจะลดลง และช้ากว่าในคนหนุ่มสาว ส่วนการเปลี่ยนแปลงในปริมาณเลือดก่อนเข้าสู่หัวใจ เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ ลึ้นหัวใจ ความสามารถในการขยายตัวของห้องหัวใจล่างขวา และความนานของระยะพักหัวใจ (Isovolumetric relaxation time) (ทรงขวัญ ศิลารักษ์ และ สุदारัตน์ ดันสุภสวัสดิกุล, 2548)

สำหรับการเพิ่มของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเกิดจากการแข็งตัวและการลดความแรงของการคลายตัวกลับในระยะไดแอสโตลิก (Diastolic) ของหัวใจห้องล่าง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีจะลดลงประมาณร้อยละ 50 และมีการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Stroke volume) ปีละประมาณร้อยละ 0.7 ในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 20 ถึง 80 ปี สำหรับระยะเวลาในการหดตัวนั้นจะนานขึ้นประมาณร้อยละ 20 เนื่องจากเวลาในการกระตุ้นการหดตัวยาวนานขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงของการบีบตัวขณะถูกกระตุ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงความยืดหยุ่นของหลอดเลือดก็มีผลต่อระยะเวลาในการหดตัวด้วย

4) ระบบหายใจ การเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีถุงลมแบนและบางลง ความยืดหยุ่นหรือการขยายตัวลดลง ผนังของถุงลมจะโป่งพอง ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าออกในแต่ละครั้ง (Tidal volume) ลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงมีประสิทธิภาพน้อยลง ผลทั้งหมดจึงทำให้ Tidal volume ลดลง ผู้สูงอายุจึงชดเชยด้วยการหายใจเร็วขึ้นและเป็นแบบหายใจตื้นๆ ปริมาณที่หายใจออกเต็มที่ภายหลังหายใจเต็มที่ (Vital Capacity) จะมีปริมาณลดลง และปริมาณอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกธรรมดา (Functional Residual Capacity) เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอด เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงของความดันจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน ทำให้การกระจายอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอ เกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ ส่วนการเปลี่ยนแปลงของแก๊สในเลือด (Blood gas) และการควบคุมการหายใจ โดยค่าแตกต่างระหว่างออกซิเจนแดงและในถุงลมจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเสื่อมสมรรถภาพของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมและเลือด

5) ระบบประสาทรับความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทรับความรู้สึก พบว่า ผู้สูงอายุจะมีการรับความรู้สึกลดลง การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วย

อีกทั้งเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ทำให้ขนาดสมองและน้ำหนักสมองลดน้อยลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) และสารอะมัยลอยด์ (Senile plaques) สะสมที่เนื้อสมองมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงที่พบบ่อย คือ รูม่านตาเล็กลง ตอบสนองต่อแสงและการมองเห็นน้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีอาการเปลี่ยนอิริยาบถ มีความเสื่อมของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ความเร็วในการส่งประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ การเคลื่อนไหว และความคิดช้าลง เกิดอาการหลงลืม ความจำเสื่อม ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินลดลง รวมทั้ง ระบบการรับรส การรับกลิ่น และการรับสัมผัสทางกายเสื่อมลง

6) ระบบต่อมไร้ท่อ การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อของผู้สูงอายุ พบว่า ต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) มีการเหี่ยวยุบ ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้ฮอร์โมน Dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง ส่งผลให้การสร้างฮอร์โมนเพศมีปริมาณลดลง ได้แก่ Testosterone, Estrogen และ Androgens ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) พบว่าระยะครึ่งชีวิตของฮอร์โมนไทรอกซิน (Thyroxine; T4) ในเลือดเพิ่มขึ้นตามอายุ ต่บ่อนเป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ทำหน้าที่ควบคุมน้ำตาลกลูโคสของร่างกายให้อยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพบว่าเซลล์ต่บ่อนฝ่อลีบลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid hormone) จะเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะระดับเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์ต้านการทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีระดับลดลง

7) ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารในวัยสูงอายุ พบว่าเซลล์ในบริเวณหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลงกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง ทำให้อาหารในกระเพาะอาหารย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้รู้สึกแสบยอดอก การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงของกล้ามเนื้อ และการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารบางลงและเสื่อมหน้าที่ เนื่องจากการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ในลำไส้เล็กไม่ดีจึงเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตและไขมันลดลง โปรตีนคงเดิม วิตามินที่ละลายในไขมันดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินดีดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าดูดซึมแคลเซียมน้อยลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ร่วมกับเยื่อลำไส้ฝ่อลีบลง มีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้ อาหารผ่านลำไส้ช้าลง

ทำให้เศษอาหารค้างค้ำนาน เป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลง และการกระหายน้ำน้อยลงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก บางรายกล้ำเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนัก หย่อนตัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่ และถ่ายอุจจาระกะปริบะปรอย

8) ระบบทางเดินปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า ไตมีหน่วยกรองลดลงร้อยละ 30-50% และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาสะสมบริเวณเนื้อไตชั้นนอก (Cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อไตชั้นใน (Medulla) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านไตจึงลดลง อัตราการกรองของหน่วยกรอง (Glomerulus) ลดลง และมีขนาดเล็กลง อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลง กล้ามเนื้อหูรูดมีสมรรถภาพลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้

9) ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์ พบว่า เพศชายมีลูกอันทะขนาดเล็กลง ทำให้การสร้างเชื้ออสุจิ และการเคลื่อนไหวของอสุจิลดลง รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเชื้ออสุจิได้ การสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ลดลง ทำให้ต่อมลูกหมากขยายโตขึ้น ภาวะเก็บน้ำอสุจิจะมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ส่วนเพศหญิง พบว่า ภาวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวแห้ง ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นที่ผิวบางและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังจากช่องคลอดลดลง ปากมดลูกและมดลูกมีขนาดเล็กลง มีไฟบรัส (Fibrous) และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกเสื่อม จำนวนต่อมต่าง ๆ ลดลง มีพังผืดมาแทรกมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง แต่จะมีเยื่อพังผืดมาแทนที่ รอบเดือนจะสั้นลงจนถึงอายุประมาณ 45-50 ปี ประจำเดือนจึงเริ่มขาด รังไข่จะฝ่อเล็กลงและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen)

10) การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม จนทำให้เกิดความเครียด ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ได้ ถ้าผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวดีก็จะสามารถปรับตัว และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ หากไม่มีการเตรียมตัวที่ดีจะทำให้ปรับตัวยากหรือไม่ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ความวิตกกังวล ความเหงา ว้าวุ่น หวาดระแวง ภาวะซึมเศร้า หรืออาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการ เจ็บป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญและมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นภาวะที่บุคคลเผชิญกับความเจ็บป่วยรุนแรง และคุกคามต่อชีวิตจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ตลอดเวลา จึงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก หรือหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

Skillman (1975) ได้ให้ความหมาย ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คือ ภาวะที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องพยุงการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ มีการใช้เครื่องบันทึกและติดตามการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายตลอดเวลา และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและสารน้ำ รวมทั้งได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องตลอดเวลาการเจ็บป่วย

วิจิตรา กุสุมภ์ (2556) ได้กล่าวถึง ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทาง และใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลรักษาเพื่อความปลอดภัยของชีวิต

สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง (2557) ได้กล่าวถึง ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คือ ภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิตทางด้านร่างกาย (Life-threatening) โดยเกิดการเจ็บป่วยขึ้นทันทีทันใด ซึ่งเกิดจากการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมลง การกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุที่มีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกตประเมินอาการ และให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการรักษาพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา

จากความหมายของภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยรุนแรงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกาย ซึ่งคุกคามต่อชีวิต จำเป็นได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

ดังนั้น ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือด คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ จากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า ประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 มีประชากรเสียชีวิตจำนวน 58,681 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 90.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจำนวน 69,699 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 107.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทั้งนี้ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome [ACS]) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary artery disease [CAD]) โรคหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure [CHF]) และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีอาการกำเริบเกิดขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วนจากบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนการได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูง จึงต้องย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หรือ ซี.ซี.ยู. (Coronary care unit [CCU]) เพื่อรับการรักษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

1.3 หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (Coronary Care Unit)

หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหรือหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Care Unit) มีชื่อย่อว่า ซี.ซี.ยู. (CCU) ก่อตั้งขึ้นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1960 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นสถานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือด (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดที่มีพยาธิสภาพทางระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือผู้ป่วยที่ได้การวินิจฉัยโรค ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Acute myocardial infarction) อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) กลุ่มอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง ภาวะช็อกจากหัวใจ ล้มเลือดออกตันในปอด ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทางระบบหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะเจ็บป่วยของโรคหรือจากอุบัติเหตุ ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤตแต่ต้องการการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เช่น เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ หรือใส่เครื่องช่วยหายใจ (Chyun, Tocchi, & Richards, 2001)

หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นหอผู้ป่วยที่ออกแบบพิเศษ เพียบพร้อมไปด้วยอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในระดับรุนแรง โดยให้การดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งต้อง

ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจล้มเหลว และผู้ป่วยหลังทำการหัตถการเฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด (Post cardiac intervention) รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (Chyun et al., 2001)

สำหรับหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล โรงพยาบาลในภาครัฐมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจแยกเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งบางแห่งอาจใช้ชื่อว่า หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารัตนบุรี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นต้น ในภาคเอกชนโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับตติยภูมิและมีหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดให้บริการผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลสมิติเวช เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการรักษาโรคทางกาย การทำหัตถการ และการเฝ้าระวังอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ จึงทำให้ละเลยการดูแลเอาใจใส่ที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุและขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Han & Park, 2002) ร่วมกับต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Tullmann et al., 2010) การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การแยกจากครอบครัว (Han & Park, 2002; Moser et al., 2003) การพบเห็นผู้ป่วยข้างเตียงที่มีอาการหนักกว่า (Han & Park, 2002) ขาดความเป็นส่วนตัว สูญเสียการสัมผัสหรือขาดการกระตุ้นทางจิตใจ (ละอ อ หุตางกูร, 2535) ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล (Rincon et al., 2001; Jeitziner et al., 2015) ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 24 (Rincon et al., 2001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Koh (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด

1.4 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

ผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง พยาบาลระดับวิชาชีพที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสรีรพยาธิสภาพของโรคแนวทางการรักษาโรค การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความตระหนักและให้ความสำคัญในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยเข้าใจความต้องการการตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะวิกฤต และสามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพได้ (สุจิตรา ลีมอานวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2557)

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงควรมีการจัดเตรียมสถานที่ให้ถูกต้องและเหมาะสม เครื่องมือต้องมีคุณภาพ ทันสมัย และมีจำนวนเพียงพอพร้อมใช้งาน รวมทั้งมีแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็น 3 บทบาท ดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556; สุจิตรา ลีมอานวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2557; Foreman, Milisen, & Fulmer, 2010)

1.4.1 บทบาทพยาบาลในด้านการประเมินผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับ และประเมินทุกช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอด แหล่งข้อมูลอาจได้จากผู้ป่วยโดยตรง แพ้มประวัติ การตรวจร่างกาย และข้อมูลที่ได้จากเครื่องบันทึกข้อมูล พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

1.4.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การรักษาพยาบาลให้ทันเวลาที่ เนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤต หรือภาวะล้มเหลวของระบบใดระบบหนึ่ง หรือมีการบาดเจ็บหลายระบบ หรือมีการล้มเหลวหลายระบบร่วมกัน ผู้ป่วยอาจมาด้วยหมดสติ ภาวะช็อค หัวใจวาย เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพ แนวทางการรักษา เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4.3 บทบาทพยาบาลในด้านจิตสังคม พยาบาลส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญในการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยจนจะละเลยหรือให้ความสนใจ เอาใจใส่ปัญหา และความต้องการทางด้านจิตสังคมลดลง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ทั้งนี้การพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้แก่

1) ให้การยอมรับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤตผู้ป่วยต้องออกจากบ้านมาอยู่หอผู้ป่วย ซึ่งเป็นสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกถูกแยกตัวและขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ต้องมาพึ่งพาแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียความเป็นมนุษย์ สูญเสียอำนาจและภาพลักษณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า พยาบาลจึงควรสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง เปิดเผยและยอมรับผู้ป่วยโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความ รู้สึก พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ซื่อสัตย์เป็นกันเอง เคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ช่วยให้ผ่อนคลายความวิตกกังวลและความกลัว นอกจากนี้พยาบาลต้องเข้าใจ และยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงหรือตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และความก้าวหน้าทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและเข้าใจในการรักษาพยาบาล

2) การจัดเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย และจุดมุ่งหมายของการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคของการสอนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ สภาพร่างกาย

ที่ไม่พร้อมที่จะรับรู้ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาความเจ็บปวด ความไม่สบาย อ่อนเพลีย วิตกกังวล และมีความสับสน ดังนั้น การสอนหรือการให้ข้อมูลผู้ป่วยต้องมีเป้าหมายในระยะสั้น ข้อความที่พูดนั้นเป็นคำพูดง่ายและให้อธิบายซ้ำ ๆ บ่อย ๆ การที่พยาบาลอธิบายครั้งเดียว ผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจหรือผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะปฏิเสธข้อมูล หรืออยู่ในภาวะวิตกกังวล ดังนั้น การให้ข้อมูลควรคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความพร้อมควรให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคที่เป็นอยู่การพยากรณ์ของโรค จุดมุ่งหมายการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง และเข้าใจถึงเป้าหมายการรักษาเพื่อความร่วมมือที่ดีในการรักษา

3) กระตุ้นและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้เผชิญปัญหาที่วิกฤตการณ์ของชีวิตนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ต้องมีการตัดสินใจในการรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีทางเลือกวิธีการรักษาค่อนข้างจำกัด ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตควรมีเป้าหมายระยะสั้นในการแก้ไขสิ่งเร้าที่มากุ๊กคามกับชีวิตผู้ป่วย ดังนี้ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการรักษา

4) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักให้เหมาะสม สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด เช่น เสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ เสียงพูดคุยหรือปรึกษาหารือปัญหาผู้ป่วยระหว่างแพทย์กับพยาบาล เสียงโทรศัพท์ แสงไฟฟ้าที่เปิดตลอดเวลา สภาพผู้ป่วยที่นอนอยู่รอบข้างที่มีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือหมดสติที่ต้องอาศัยเครื่องมือทุกอย่างในการช่วยชีวิต นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าภายในที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง มีความผิดปกติของการหายใจ นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหรือร่างกายหลายระบบ ดังนั้น พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือและแก้ไขสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การลดระดับเสียงดัง โดยการหลีกเลี่ยงการพูดคุยที่ไม่จำเป็น การตะโกนพูดคุย การเปิดวิทยุหรือโทรทัศน์เสียงดัง ลดเสียงโทรศัพท์ และควรจัดห้องพักพยาบาลห่างจากห้องพักผู้ป่วย จัดแยกเวลากลางวันและกลางคืน โดยการหรี่ไฟฟ้าในเวลากลางคืน เปิดผ้าม่านในเวลากลางวันและปิดผ้าม่านในเวลากลางคืน จัดให้รู้เวลาโดยมีนาฬิกา ปฏิทินแขวนไว้ที่ฝาผนังให้ผู้ป่วยรู้วัน เวลา หรืออนุญาตให้ผู้ป่วยสวมนาฬิกา พูดคุยกับผู้ป่วยโดยการแนะนำบุคคล สถานที่ และเวลาอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและนอนหลับโดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ทำความสะอาดร่างกายให้สะอาด และสอนผู้ป่วยทำจิตใจให้สงบ จัดให้มีการสัมผัสและแตะต้องผู้ป่วย โดยการสัมผัส หรือจับมือผู้ป่วยระหว่างการพูดคุย สัมผัสและลูบผิวหนัง หรือกระตุ้นให้ญาติได้สัมผัสและจับมือผู้ป่วย ให้ความเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อผู้ป่วย ให้ข้อเสนอแนะ ควรหลีกเลี่ยงอภิปรายปัญหาต่อหน้าผู้ป่วย กระตุ้นให้ญาติมาเยี่ยม ควรยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยม บรรเทาอาการเจ็บปวดและความไม่สบาย โดยการให้ยาแก้ปวด จัดเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และจัดให้มี

การให้ข้อมูลล่วงหน้า โดยการแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความก้าวหน้าของโรค การย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงการสอนและแนะนำการฟื้นฟูสภาพ

5) การเตรียมผู้ป่วยและญาติออกจากหอผู้ป่วยหนัก การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นอิสระ แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีความรู้สึกอับอวนและปลอดภัยเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เมื่อถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่มั่นใจต่อการที่ถูกย้ายออกไป เนื่องจากในหอผู้ป่วยหนักมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยในการรักษา พร้อมทั้งสามารถให้การช่วยเหลือชีวิตได้ มีความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น จึงรู้สึกว่าการย้ายจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปซึ่งพยาบาลจำนวนจำกัด อาจจะไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเช่นในหอผู้ป่วยหนัก

6) การช่วยเหลือและป้องกันภาวะเครียดด้านสังคม ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตสังคมทำให้แพทย์และพยาบาลมักจะละเลยความสนใจด้านจิตสังคม จากสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าวรวมถึงการจำกัดเวลาเยี่ยม การขาดการติดต่อกับญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ถูกแยกจากสังคม พยาบาลควรให้การดูแลโดยการพูดคุยกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ญาติมาเยี่ยมและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการพยาบาลที่จะต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านร่างกายที่ค่อนข้างจะคุกคามกับชีวิต หรือคุกคามชีวิตซึ่งต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยการรักษาพิเศษ คือ หอผู้ป่วยวิกฤตที่มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีวิทยาการก้าวหน้า มีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ จำนวนมากที่มีความรู้ความสามารถ พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาคุกคามกับชีวิตของผู้ป่วย จากสภาพแวดล้อมต่างๆของหอผู้ป่วยวิกฤตอาจจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้บทบาทพยาบาลจึงไม่เพียงแต่จะให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย แต่ต้องคำนึงถึงการดูแลทางด้านจิตสังคม พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประเมินและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ มีทักษะและวิธีการสร้างสัมพันธภาพ และการติดต่อสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีความเข้าใจถึงผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยวิกฤตพร้อมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

2. ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2556) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

วาทีณี สุขมาก (2556) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกในการตอบสนองที่ปกติต่อสถานการณ์ที่คุกคามที่ไม่สามารถควบคุมหรือเลี่ยงได้ บุคคลทุกคนมักมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลเป็นบางครั้งบางคราว ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ได้แก่ ความหงุดหงิด สับสน กลัว สงสัย โดยความกลัวหรือความกังวลบางอย่างอาจสมเหตุสมผล ปัญหาที่เกิดจากภาวะวิตกกังวลอาจรุนแรงจนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

Spielberger et al. (1983) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกถึงความตึงเครียด กลัว หวาดหวั่น อึดอัด ไม่สบายใจ และกังวลของบุคคล ซึ่งจะไปกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรืออาจเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่เป็นลักษณะของบุคคลและเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เข้ามาคุกคาม โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าและประเมินว่าจะเป็นอันตราย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด กลัว อึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งมีผลต่อความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ถ้าบุคคลไม่สามารถแก้ไขได้ ความวิตกกังวลยังคงอยู่ จะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพและชีวิตได้

2.2 ประเภทและระดับของความวิตกกังวล

2.2.1 ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) (Spielberger et al, 1983) ดังนี้

1) ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะบุคลิกภาพประจำตัวของแต่ละบุคคลซึ่งจะมากหรือน้อยจะเป็นไปตามลักษณะของแต่ละบุคคล ลักษณะค่อนข้างคงที่ไม่แสดงออกมาในเชิงพฤติกรรมแต่จะเป็นตัวส่งเสริมพฤติกรรมตอบสนองของความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยพบว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงสูงมีแนวโน้มที่จะตอบสนอง

ต่อสิ่งเร้าได้ง่ายกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำและมีแนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรงกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

2) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ไม่พึงประสงค์หรือรู้สึกว่าคุณคําหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองมากกระตุ้น ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ ถูกกระตุ้น เกิดการตื่นตัว เกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย กระวนกระวายใจ ซึ่งความรุนแรงของ ความรู้สึกวิตกกังวลขณะเผชิญจะขึ้นอยู่กับประเมีนระดับของความรุนแรงของสถานการณ์หรือ เหตุการณ์ที่มากระทบของแต่ละบุคคล

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จัดว่ามีวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เนื่องจากผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่ได้คาดคิดมาก่อน เมื่อเข้ารับการรักษา ต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ต้องแยกจากครอบครัวและบุคคลที่รักมาอยู่ร่วมบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า และเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยที่อันตรายต่อชีวิต ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เนื่องจากถูกจำกัดบนเตียง การเห็นผู้ป่วยอื่นมีอาการที่รุนแรงหรือเสียชีวิต การเห็นพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยรายอื่นด้วยความรุนแรงรวมถึงการไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตสังคม ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัย ความไม่แน่นอน ความกดดัน หรือขัดแย้งที่ผู้สูงอายุประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2.2.2 ระดับของความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ (วาทีนิสุขมาก, 2556; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556; Townsend, 2011) ดังนี้

1) ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกตื่นตัวในการเตรียมตัวหาวิธีทำในสิ่งต่าง ๆ ในทางที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้บุคคลรับรู้ ได้ยิน เห็น และเข้าใจได้ดีขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหา มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ เป็นความวิตกกังวลที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลยังมีความตื่นตัว กระฉับกระเฉง ว่องไวมากขึ้น แต่การรับรู้จะแคบลง การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลง จิตใจมุ่งเน้นและจดจ่อกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น ผู้ป่วยถามพยาบาลเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยคำถามเดิมซ้ำ ๆ เนื่องจากกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ทำให้ความสนใจเรื่องอื่น ๆ ลดลง ส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองโดยมีการ

เพิ่มขึ้นของชีพจร ความดันโลหิตและอัตราการหายใจ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น รุ่มาตาขยาย เริ่มมีอาการเหงื่อออก ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้บุคคลมีการรับรู้ลดลง สมาธิและความสามารถในการจำลดลง มีอาการลึกลับ ลึกลอน สับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมความสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาหรือจัดการเรื่องต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถคิดถึงเรื่องอื่นได้ ความรู้สึกถูกจำกัดหรือถูกยึดติดกับเรื่องนั้น ๆ ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งอื่นหรือเหตุการณ์อื่นมากระตุ้นจะยิ่งทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติจะตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวล ทำให้อัตราการเต้นของชีพจร การหายใจและระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการหลั่งของสารอิพิเนพริน (Epinephrine) นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ปวดกล้ามเนื้อ ปากแห้ง ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย ใจสั่น และนอนไม่หลับ หลอดเลือดจะหดตัว และอุณหภูมิจะลดลง

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic) ความวิตกกังวลระดับนี้มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว หวาดหวั่นพรันพริ่ง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลจะหยุดชะงักไม่สามารถที่จะคิดได้อย่างมีเหตุผลหรือแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่แสดงออกจะไร้ซึ่งจุดมุ่งหมาย การสื่อสารจะเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งถ้าปล่อยไว้ระดับความวิตกกังวลระดับรุนแรงดำเนินต่อไปเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้เกิดประสาทหลอนและเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42 (Balasubramanian, 2013) ซึ่งความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย อาจมีความไม่สบายใจบ้างแต่ยังสามารถแสดงความสนใจสิ่งแวดล้อม และสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ส่วนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง จะส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด และความสามารถในการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น การพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากความวิตกกังวลจะไปขัดขวางการหายใจของโรค กระทบกระบวนการรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และกระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (An et al., 2004; Hildrum et al., 2008) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมก็จะสามารถเพิ่มระดับความวิตกกังวลเป็นระดับรุนแรงได้ ก่อให้เกิดการคุกคามต่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยได้เช่นกัน ดังนั้นหน้าที่ของพยาบาลจึงควรประเมินระดับความวิตกกังวลและหาสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ามาเข้ารับการรักษาจึงจะเป็นการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง มิได้มุ่งดูแลรักษาพยาบาลแต่ทางกายเพียงอย่างเดียว

2.3 ผลกระทบของความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ดังนี้ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554; ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2555; Hildrum et al. 2008)

2.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออกตัวเย็น ปวดศีรษะ ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ปวดท้อง และมีผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง เป็นต้น

2.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โมโหง่าย กระทบกระชวย วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีผู้ช่วยเหลือ เป็นต้น

2.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล พูดเร็วและย่ำถ้อยคำ กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง รู้สึกไม่เป็นมิตร แยกตัวหรือถอยหนีจากเหตุการณ์ เกือบความรู้สึกภายในจนกลายเป็นซึมเศร้า เป็นต้น

2.3.4 การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ขอบเขตของการรับรู้จะแคบลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ความจำลดลง ความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาลดลงรวมทั้งการรับรู้โดยประสาททั้ง 5 ลดลง

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.4.1 ปัจจัยด้านมนุษยสัมพันธ์ (Human relationship) จากการศึกษาของ Han & Park (2002) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักจะมีความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 53.7 ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ทั้งนี้ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านมนุษยสัมพันธ์ คือ บุคลากรทางการแพทย์ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการรักษาโรคทางกาย การทำหัตถการ และการเฝ้าระวังอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจของผู้ป่วย จึงทำให้ละเลยหรือให้ความสนใจ เอาใจใส่ปัญหาทางด้านจิตสังคมลดลง (สุจิตรา ลีมนานวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2557) และการดูแลเอาใจใส่ที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ที่แสดงออกถึงการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจ ทั้งนี้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในระยะแรกที่เข้ารับการรักษานในหอ

ผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ สับสน ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและบุคลากร แม้ว่าจะได้มีการเน้นถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล แต่ในสภาพเป็นจริงการทำความรู้จักระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรมีน้อยมาก เริ่มจากการบังคับให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า วัดอุณหภูมิของร่างกาย การถูกซักประวัติ และการตรวจร่างกาย จนผู้ป่วยไม่มีความเป็นส่วนตัว โดยที่ผู้ป่วยกับบุคลากรยังมีความรู้สึกว่าเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) หรือการให้การดูแลที่ไม่เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย เช่น การไม่แนะนำตัว การพูดคุยระหว่างบุคลากรโดยอ้างถึงชื่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นทางอารมณ์ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และขาดการกระตุ้นทางกายสัมผัส (ละออ หุตางกูร, 2535) รวมถึงการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาที่ชัดเจนเจ้าหน้าที่ (ชฎาภา ประเสริฐทรง และสายสมร เฉลยกิตติ, 2556) ผู้ป่วยจึงไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (รัศมี บัณณสิทธิ์รัตน์, 2552) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลตามมา

2.4.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสภาพหอผู้ป่วยหนักมีความแตกต่างจากที่บ้านของผู้สูงอายุ เป็นสถานที่แปลกใหม่ทำให้เกิดความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่รู้จัก ต้องนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ และต้องอยู่ในบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเจ็บป่วย การเสียชีวิต (Han & Park, 2002; Tullmann et al., 2010) นอกจากนี้การเปิดไฟสว่างตลอดเวลา เสียงดังจากเครื่องมือ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ และเสียงร้องของผู้ป่วยรายอื่นยังเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากผู้สูงอายุมิมีการรับรู้แคลง จึงทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้ลำบากขึ้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล (แสงจันทร์ ทองมาก, 2553)

2.4.3 การแยกจากครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะวิกฤตต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงจำเป็นต้องจำกัดเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วยให้สั้นลง และจำนวนคนเข้าเยี่ยม เพื่อให้บุคลากรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาใกล้ชิดกับญาติลดลง เกิดความรู้สึกพรากจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ขาดที่พึ่งทางจิตใจ และกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลตามมา (Han & Park, 2002; Moser et al., 2003; Tullmann et al., 2010)

2.4.4 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Schieman, 2004; Eisendrath & Shim, 2006) เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมีความผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การเดินหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ช่วยเหลือ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือจำกัดกิจกรรมบนเตียง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาอาศัยเจ้าหน้าที่ ส่งผลการทบทต่อแผนการดำเนินชีวิต และสภาพจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดความกังวลใจมากขึ้น (Schieman, 2004; Eisendrath & Shim, 2006)

2.4.5 เพศ พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีบุคลิกที่แสดงถึงความอ่อนแอ มีความรู้สึกไม่มั่นคงมากกว่าเพศชาย (ชนิษฐา นาคะ, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของ Garvin et al. (2003) และการศึกษาของ Moser. (2007) เรื่องความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 48 ชั่วโมง พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายเช่นกัน

2.4.6 อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60-80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.7 ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษามาแล้ว ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษามาก่อนได้รับประสบการณ์ในทางลบหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีจะทำให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาอีกครั้ง (Lazarus & Folkman, 1984)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้าน เพศ อายุ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวแปรควบคุมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.5 การประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

การประเมินความวิตกกังวล สามารถประเมินได้หลายวิธี ดังนี้

2.5.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลที่เกิดจากการแสดงของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิตและอุณหภูมิในร่างกาย เป็นต้น แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่สัมพันธ์กับความระดับความวิตกกังวลเนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน (Stuart, 2009; Varcarolis & Halter, 2009)

2.5.2 การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) เป็นการประเมินโดยการสังเกตลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกมา ได้แก่ การเคลื่อนไหว เช่น การเดินไปมา การผุดลุกผุดนั่ง การสื่อสารด้วยคำพูด เช่น การพูดตะกุกตะกัก การร้องไห้ กัดเล็บ สะดุ้งตกใจง่าย หรือย่ำคิดย่ำทำ เป็นต้น โดยใช้แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของ Gramham & Conley (1971 อ้างถึงใน ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538; Otonog, 2008)

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

1) มาตรวัดความวิตกกังวลแบบประเมินค่าด้วยสายตา (Visual analogue scale) ของ Gaberson (1991 อ้างถึงใน ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลแบบง่าย โดยการใช้การขีดเส้นให้มีความยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายปิดทางด้านซ้าย ตรงกับไม่มีความวิตกกังวล และจะเพิ่มระดับความวิตกกังวลขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงมากที่สุดที่ตำแหน่งปลายปิดทางด้านขวา ซึ่งมาตรวัดนี้สามารถใช้ได้ง่าย แต่ผู้ป่วยจะสามารถคาดเดาในคำตอบได้ ถ้านำมาประเมินหลายครั้ง ทำให้ไม่สามารถประเมินระดับความวิตกกังวลได้อย่างแท้จริง

2) แบบประเมินวิตกกังวล (The Faces Anxiety Scale) (McKinley et al., 2003) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่มีลักษณะสีหน้า 5 แบบให้ผู้ป่วยเลือก ตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวล จนถึงวิตกกังวลมากที่สุด เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลที่ใช้ได้ง่าย และได้นำมาหา ความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินภาวะวิตกกังวลขณะเฉยใจ (State anxiety or S-Anxiety) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) กับผู้สูงอายุทันตกรรม โดย Kudo M., et al (2003) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3) แบบประเมิน Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในคลินิก พัฒนาโดย Zung ซึ่งแบบประเมินนี้ไม่เหมาะที่จะนำมาประเมินผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหาทางจิต เพราะจะทำให้ผลออกมาคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

4) แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale [HAD]) พัฒนาขึ้นโดย Zigmond & Snaith (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล 7 ข้อ และ ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ 0-42 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง และได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) มีชื่อว่า Thai-Hospital Anxiety Depression Scale (Thai-HADS) และนำไปทดลองใช้พบว่าสามารถใช้วัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดี และยังไม่พบปัญหาในเรื่องของการใช้ข้ามวัฒนธรรมซึ่งได้มีผู้ทำนำไปแปลและนำไปใช้ในหลากหลายประเทศทั้งในส่วนของยุโรปและเอเชีย

5) แบบประเมินความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger et al. (1983) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลที่ปรับปรุงใหม่ในปี 1983 โดยแบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (The State Anxiety Inventory;

Form X-I) ใช้ประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (The Trait Anxiety Inventory: Form X-II) ใช้ประเมินความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคล จำนวน 20 ข้อ หลังจากนั้นประเทศไทยมีการนำแบบประเมินมาแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และ มาลี นิสัยสุข (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) แบบประเมินแต่ละชุดประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 20 ข้อคำถาม แบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมากที่สุด ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลทั้ง 2 ฉบับมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งในบุคคลที่เจ็บป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและบุคคลทั่วไป ซึ่งยังไม่พบปัญหาในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory: Form X-I) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และเป็นแบบประเมินที่นิยมนำไปใช้ในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (พรพิศ เดชยศดี, 2550) ทั้งนี้ยังไม่พบปัญหาในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ และความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม

3. แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude concept)

3.1 ความเป็นมาของแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

คำว่า ฮิวแมนนิจูด (Humanitude) คิดค้นขึ้นโดย Freddy Klopfenstein ประมาณปี ค.ศ. 1980 ต่อมา Albert Jacquard นักปรัชญาชาวฝรั่งเศสให้คำนิยาม คำว่า “Humanitude” ไว้ว่า Humanitude คือ “ของขวัญที่มนุษย์ได้รับมาตั้งแต่เกิด กล่าวคือ วิวัฒนาการของมนุษย์ที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์อื่น ๆ และเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจมากที่สุด คือ มนุษย์สามารถเดินด้วยสองเท้า สามารถพูด และสามารถตั้งคำถามและค้นคว้าหาคำตอบได้” (Phaneuf, 2007; Gineste & Marescotti, 2008) หลังจากนั้นในปี ค.ศ.1995 Yves Gineste and Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศส ได้กำหนดแนวคิดนี้เป็นแนวคิดทางปรัชญา (philosophy of humanitude) และนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งได้รับความนิยมนานกว่า 30 ปี (Phaneuf, 2007) ปัจจุบันมีการก่อตั้งเป็นสถาบันฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ภายใต้ชื่อว่า Institute Gineste-Marescotti [IGM]

ในประเทศฝรั่งเศส และเผยแพร่ไปยังประเทศต่าง ๆ ได้แก่ แคนาดา สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยียม ลักซิมเบิร์ก เยอรมันนี โปรตุเกส อิตาลี และประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น (Faligant, 2014)

3.2 ปรัชญาแนวความคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Philosophy of Humanitude)

ปรัชญาของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด กล่าวถึง การดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคลและอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-Being) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ชุมชน และบ้าน ด้วยการให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา (Humaneness) และความอ่อนโยน (Tenderness) รวมทั้งส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Self-sufficiency) เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) (Gineste and Marescotti, 2008; Faligant, 2014)

Humanitude มาจากคำสองคำคือ “human” แปลว่า มนุษย์ กับ “attitude” แปลว่า ทักษะคิดโดย Humanitude หมายถึง “ของขวัญ” หรือ “มรดกตกทอด” ของวิวัฒนาการที่มนุษย์สร้างขึ้นซึ่งกันและกันผ่านรุ่นสู่รุ่น ซึ่งตระหนักถึงการมีอยู่ (Existence) และความสามารถแบ่งปันเพื่อให้เกิดประโยชน์อันไม่มีที่สิ้นสุด โดยมนุษย์จะมีลักษณะเฉพาะที่ทำให้มีความแตกต่างจากสัตว์ ได้แก่ มนุษย์สามารถยืนหรือเดินด้วยสองเท้า มีลำตัวตั้งตรง (Verticality) มีการสบตา (Eye contact) สามารถพูด (Speech) ยิ้ม (Smiling) หรือหัวเราะ (laughing) มีสติปัญญา (Intelligence) มีความสามารถสัมผัสผู้อื่น (The capacity to touch the other) มีครอบครัว (The family group) มีการรับประทานอาหารเป็นมื้อ (Meals) และมีการเข้าสังคม (Socialization) เป็นต้น (Faligant, 2014) ซึ่งสิ่งเหล่านี้บ่งบอกถึงความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงหลักมนุษยธรรม การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Phaneuf, 2007)

3.3 องค์ประกอบของแนวความคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

แนวความคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) คือ แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล และอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) ด้วยการให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา และความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (Gineste & Marescotti, 2008)

3.3.1 การสบตา (Eye contact) คือ การติดต่อสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองสบตาต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับแม่มองลูกด้วยความรัก ความห่วงใย การสบตา

กันระหว่างแม่กับลูกเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ ซึ่งทำให้ให้เด็กมีการตื่นตัว ช่วยกระตุ้นทำงานของสมอง การมองซึ่งกันและกันคล้ายกับการสัมผัสเพราะเป็นสิ่งจำเป็นต่อเด็ก ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี

การสบตา เป็นการเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ โดยการสบตาหรือการมองผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตา เป็นการแสดงถึงการให้การยอมรับและตระหนักว่าคนๆ นี้มีตัวตนอยู่จริง ให้ความสนใจและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลหรือผู้ดูแลควรตระหนักว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการมองสบตาอย่างอบอุ่นจากพยาบาลเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เนื่องจากการสบตาเป็นการกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในตนเอง การสบตาผู้สูงอายุขณะสนทนาหรือระหว่างการให้การพยาบาล จะทำให้ผู้สูงอายู้รับรู้ว่าพยาบาลให้การยอมรับและสนใจใส่ใจในตัวผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ ซึ่งในขณะเดียวกัน จะช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ว่าเป็นอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยต่อไป

การสบตาแบบฮิวแมนนิจูด ควรใช้สายตาสื่อถึงความรัก (Love) ความอ่อนโยน (Tenderness) และมีความภาคภูมิใจหรือความปารถนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ (Pride) นอกจากนี้การสบตายังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Gineste & Marescotti, 2008) ดังนี้

1) การสบตาที่ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล มีลักษณะดังนี้

- ก. การสบตาในระดับเดียวกัน (Horizontal) แสดงถึง ความเท่าเทียมกัน Equality
- ข. การสบตาในแนวแกน (Axial) แสดงถึง ความซื่อสัตย์สุจริต (Honesty)
- ค. การสบตาในระยะใกล้ (Near) แสดงถึง ความอ่อนโยน (Tenderness) และความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy)
- ง. การสบตานาน ๆ (Long) แสดงถึง ความอ่อนโยน (Tenderness) มิตรภาพ (Friendship) และความรัก (Love)

2) การสบตาที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคคล มีลักษณะ ดังนี้

- ก. การมองในแนวตั้ง (Vertical) คือ การมองจากด้านบนลงด้านล่าง แสดงถึง การถูกครอบงำ หรือกดขี่
- ข. การมองค้อน (Askance look) แสดงถึง ความก้าวร้าว
- ค. การหลบสายตา หรือ การไม่มองสบตา (Fleeing) แสดงถึง ความไม่ไว้วางใจ ความกลัว หรือตื่นตระหนก ตกใจ
- ง. การมองในระยะไกล (Distant) แสดงถึง การปฏิเสธ หรือการดูหมิ่น

พยาธิสรีระของการสบตา

การสบตาจะไปกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ในสมองส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ให้หลั่งสารออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความรัก (Love Hormone) และหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุข เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความรักใคร่ผูกพัน คุ่นเคย ใจกว้างใจ อดทนอดทนตัว บรรเทาอาการเจ็บปวด และลดความวิตกกังวล (Phaneuf, 2007)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การสบตา (Eye contact) คือ การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา ลักษณะการมองสบตาต้องเป็นธรรมชาติ แสดงถึงความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ การสบตาผู้สูงอายุขณะสนทนาจะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าพยาบาลมีความสนใจหรือใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดความผูกพัน รักใคร่ ใจกว้างใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวล ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีการสบตากลับแสดงถึงการรับรู้และเข้าใจในสิ่งที่ผู้สบตาต้องการสื่อถึง

การสบตาแบบฮิวแมนนิจูด มีวิธีปฏิบัติ ดังนี้ (Gineste & Marescotti, 2008)

- 1) เข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าหรือด้านปลายเตียงนอนของผู้สูงอายุและเดินไปทางด้านที่ผู้สูงอายุหันหน้าอยู่ในขณะนั้น เพราะลานสายตาผู้สูงอายุจะแคบ และไม่ควรเข้าไปทางด้านหลังของผู้สูงอายุ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นและเกิดอาการตื่นตระหนก ตกใจ กลัวได้
- 2) เมื่ออยู่ทางด้านหน้าของผู้สูงอายุแล้ว ควรนั่งหรือยืนในตำแหน่งที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ และอยู่ในระดับสายตาของผู้ป่วย โดยมีระยะห่างประมาณ 15-20 เซนติเมตร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นใบหน้าและริมฝีปากของพยาบาล ด้วยท่าทางเป็นกันเอง โดยพยายามสบตาผู้สูงอายุให้ได้ไม่ว่าผู้สูงอายุอยู่ในท่าใดก็ตาม เช่น หากผู้สูงอายุนั่งอยู่บนเก้าอี้ในลักษณะก้มหน้า ให้พยาบาลนั่งตรงด้านหน้าของผู้สูงอายุและย่อตัวลงให้ต่ำกว่าผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถมองสบตาผู้สูงอายุได้ และไม่ควรยืนในลักษณะค้ำศีรษะของผู้สูงอายุ
- 3) พยาบาลควรใช้สายตาที่อ่อนโยน เป็นมิตร และมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเสมอ หลีกเลี่ยงสายตาที่แสดงถึงความเบื่อหน่าย ไม่เห็นด้วย ไม่น่าสนใจ หรือสายตาที่แสดงถึงความว่างเปล่าพยาบาลควรสบตากับผู้สูงอายุตลอดการให้การพยาบาล
- 4) พยาบาลควรสบตาผู้สูงอายุตลอดการให้กิจกรรมทางการพยาบาล และระหว่างการสนทนาทุกครั้ง

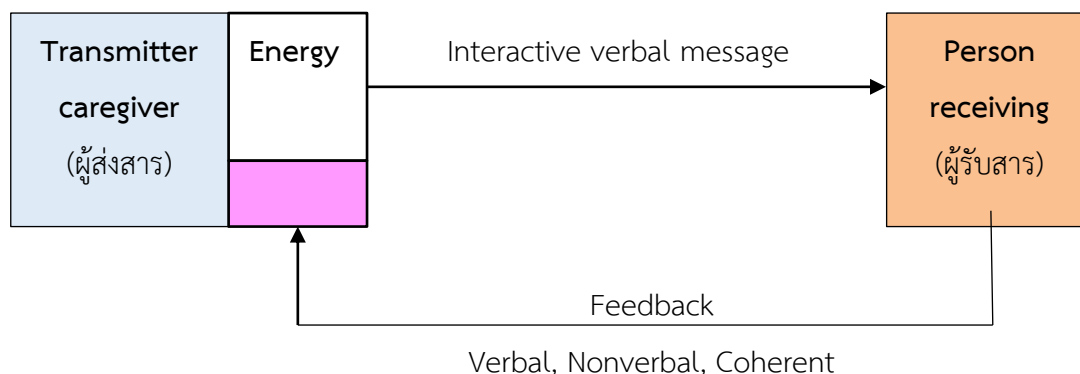
3.3.2 การพูด (Speech) คือ การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิดทัศนคติไปยังผู้ฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และช่วยแก้ไขความขัดแย้ง หากไม่มีคำพูดสัมพันธ์ภาพระหว่างมนุษย์อาจลดลงเหลือเพียงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์เท่านั้น การพูดจึงเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ที่มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด โดยเด็กจะมีโครงสร้างที่ปรับเข้ากับพัฒนาการทางการพูด ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมสื่อสารที่ชัดเจนตั้งแต่ช่วงเดือนแรกของชีวิต เด็กจะยิ้มตอบหรือพูดเป็นคำ ๆ สำรวจสภาพแวดล้อม จับวัตถุใกล้ๆ ตัว และมีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเฉพาะกับแม่ คำพูดของแม่จึงเป็นการช่วยกระตุ้นให้เด็กรับรู้ถึงความรู้สึกต่าง ๆ และช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาของเด็กด้วย (Gineste & Marescotti, 2008)

การสื่อสารด้วยคำพูดระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ การสื่อสารมีความจำเป็นพอๆ กับเด็ก การพูดรวมกับการสบตา ประกอบกับท่าทางของพยาบาลที่อ่อนโยน แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยก็มีความสำคัญเพียงพอที่พยาบาลจะคุยด้วยและพร้อมที่จะรับฟังเสมอ ถ้อยคำของพยาบาลจะช่วยปลอบประโลมใจ ทำให้เกิดความหวังที่จะมีสุขภาพดีขึ้น การชี้แนะข้อมูล และการให้กำลังใจ การกระตุ้นด้วยคำพูดของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา จะช่วยให้ลดความเจ็บปวดและคลายความเศร้าได้ (Phaneuf, 2007) ทั้งนี้การพูดกับผู้สูงอายุต้องแสดงถึงความเคารพ ให้เกียรติและยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ พยาบาลควรใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงทุ้ม นุ่มนวล ไม่ควรใช้น้ำเสียงลักษณะที่พูดกับเด็กหรือแสดงลักษณะที่ใช้กับเด็ก และควรพูดด้วยน้ำเสียงที่ดังขึ้นแต่ไม่ใช่การตะโกน เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจผิดว่าพยาบาลต่อว่าผู้สูงอายุและทำให้เกิดความไม่พอใจได้

พยาธิสรีระของการพูด (Speech)

การสื่อสารเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคน 2 คนขึ้นไป โดยการสื่อสารต้องมีทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสาร การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal communication) เป็นการส่งพลังงานจากตัวผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดยพลังงานมีจุดกำเนิดภายในสมอง เมื่อผู้ส่งสารเปล่งคำพูดออกมาเปรียบเหมือนเป็นการถ่ายทอดพลังงานจากสมองของผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารเพื่อให้ผู้รับสารรับรู้และเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ส่งสารต้องการสื่อถึง ทำให้พลังงานของผู้ส่งสารลดลงไปทุกครั้งที่ส่งสาร

เมื่อผู้ส่งสาร ส่งพลังงานผ่านคำพูด (Verbal message) ไปยังผู้รับสาร ถ้าผู้รับสารสามารถเข้าใจและรับสารจากผู้ส่งสารได้จะมีการตอบสนองกลับมาสู่ผู้ส่งสาร (Feedback) ด้วยการแสดงออกทางคำพูดหรือท่าทาง เพื่อแสดงถึงการรับรู้ในสิ่งที่ผู้ส่งสารส่งไปถึง การตอบสนองกลับนี้ถือว่าเป็นการส่งกลับพลังงานมาให้กับผู้ส่งสารนั่นเอง ทำให้ผู้ส่งสารมีพลังงานเพิ่มขึ้นในการสื่อสารกลับไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สารที่ผู้รับสารส่งกลับต้องเป็นเรื่องเดียวกัน มีความสอดคล้อง เชื่อมโยงกัน และทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกการติดต่อสื่อสารด้วยการพูด

หากผู้ส่งสารส่งพลังงานไปยังผู้รับสารแล้ว แต่ไม่ได้รับการตอบสนองกลับ จะทำให้พลังงานของผู้ส่งสารลดลงจนไม่มีพลังงานที่จะส่งสารต่อ ส่งผลให้การติดต่อสื่อสารเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง หรือการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ส่งสารจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการส่งพลังงานไปยังผู้รับสาร โดยหาวิธีการใหม่เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้รับสารได้ ด้วยการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดหรืออวัจนภาษา (Nonverbal communication) เช่น การสบตา การส่งรอยยิ้ม และการสัมผัสในการส่งพลังงานแทนคำพูดเพื่อให้ผู้รับสารรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองกลับมายังผู้ส่งสาร (Gineste & Marescotti, 2008)

การให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านอารมณ์หรือการรู้คิด ซึ่งยากต่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุ การพูดเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการสื่อสารที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดรับรู้และเข้าใจในสิ่งที่พยาบาลกำลังสื่อไปถึง ดังนั้น พยาบาลจึงควรใช้การสัมผัส การสบตา ร่วมกับการพูดควบคู่กันไป โดยพยาบาลต้องอธิบายขั้นตอนในกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้สูงอายุรับรู้ด้วยคำพูดที่นุ่มนวล ร่วมกับการพูดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

ดังนั้น สรุปได้ว่า การพูด (Speech) คือ การติดต่อสื่อสารทางวาจา ด้วยน้ำเสียงและคำพูด เพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิด ทศนคติไปยังผู้ฟัง ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน แสดงถึงความเคารพ ให้เกียรติ และยอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การสื่อสารด้วยคำพูดระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยก็มีความสำคัญเพียงพอที่พยาบาลจะคุยด้วยและพร้อมที่จะรับฟังเสมอ และทำให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นอกจากนี้การพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ การกระตุ้นด้วยคำพูดเพื่อให้ระบายความรู้สึก และการชี้แนะข้อมูลที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้สูงอายุจะเกิดความมั่นใจ รู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ เกิดความอบอุ่น และปลอดภัย และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงและเกิดความหวังที่จะมีสุขภาพดีขึ้น

การพูดแบบฮิวแมนนิจูด มีวิธีปฏิบัติดังนี้ (Gineste & Marescotti, 2008)

- 1) พยาบาลกล่าวทักทายผู้สูงอายุ แนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ให้ทราบถึงกิจกรรมการพยาบาลที่จะทำให้ทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
- 2) การพูดกับผู้สูงอายุ ควรใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล อ่อนโยน คล้ายจังหวะดนตรี จังหวะในการพูดต้องไม่เร็วหรือช้าเกินไป และไม่ควรตะโกนหรือตะคอกในขณะที่สนทนากับผู้สูงอายุ
- 3) กรณีผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางการได้ยิน ให้พูดช้า ๆ ชัด ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านริมฝีปากได้อย่างชัดเจนแทนการพูดเสียงดัง
- 4) ลักษณะคำพูดที่ใช้สื่อสารกับผู้สูงอายุ ควรใช้คำพูดเชิงบวกที่แสดงถึงความรักและความจริงใจคล้ายกับการพูดกับเด็ก เช่น การบอกเล่าเรื่องราวดี ๆ การกล่าวชื่นชม การปลอบโยน หรือการให้กำลังใจ เป็นต้น
- 5) กรณีผู้สูงอายุทำผิดพลาด ไม่ควรพูดด้วยน้ำเสียงตำหนิ กล่าวโทษ หรือถ้อยคำที่ไม่สุภาพ ควรพูดชี้แจงด้วยเหตุผล
- 6) ควรมีปฏิสัมพันธ์หรือพูดคุยกับผู้สูงอายุตลอดกิจกรรมการให้การพยาบาล เช่น การอธิบายขั้นตอนการให้การดูแล การกล่าวชื่นชม หรือการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เป็นต้น โดยการพูดจะทำงานร่วมกับองค์ประกอบตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา การสัมผัส และการจัดทำทางแนวตั้งตรงควบคู่กันไป

3.3.3 การสัมผัส (Touch) คือ การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดหรืออวัจนภาษา (Nonverbal communication) เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส เป็นการแสดงให้เห็นความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การปลอบโยน และการให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Phanuef, 2007; Gineste & Marescotti, 2008)

การสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การสัมผัสสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาสามารถแบ่งชนิดการสัมผัสได้ 2 ชนิด ดังนี้

- 1) การสัมผัสขณะปฏิบัติการพยาบาล (Procedural touch) คือ การสัมผัสในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามการรักษาและการวินิจฉัย รวมทั้งเป็นการประเมินทางการพยาบาล เช่น การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การทำแผล การฉีดยา การจับชีพจร การวัดความดันโลหิต เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้ อาจจะ

นุ่มนวลหรือรุนแรงก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของพยาบาล และสถานการณ์ในขณะที่ให้การพยาบาล นั้น ๆ ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดหรือวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้

2) การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล (Non-procedural touch) คือ การสัมผัสโดยมีจุดมุ่งหมายในการดูแล ควบคุม ควบคุมทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยการสัมผัสที่นุ่มนวล จะถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก เช่น ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผ่านการสัมผัสทางกาย โดยการจับมือ แขน หรือไหล่ของผู้ป่วย ร่วมกับการสบตา และการพูด ปลอดภัย ให้กำลังใจ หรือการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ก่อให้เกิดความสุขสบาย มีกำลังใจ และรับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้ความช่วยเหลือ (Phaneuf, 2007)

ความสำคัญของการสัมผัสสำหรับพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าจะเด็ก ผู้ใหญ่หรือคนชรา การที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน จากปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความบกพร่องทางการรู้คิด หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการสัมผัสเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับพยาบาล การให้การดูแลผู้ป่วยพยาบาล จำเป็นต้องมีการสัมผัสกับร่างกายผู้ป่วย เพราะการสัมผัสผู้ป่วยเป็นการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดที่สื่อความหมายได้ดีกว่าคำพูด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลกำลังรับฟังผู้ป่วยอยู่ มีความใส่ใจและเข้าใจในความเจ็บปวดของผู้ป่วย การสัมผัสอาจช่วยย้าเตือน สนับสนุน กระตุ้นและแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ถ้าพยาบาลละเลยและให้การพยาบาลอย่างรีบร้อน ก็อาจถูกมองว่าพยาบาลเป็นคนเย็นชา การขาดความสนใจหรือการหยาบกระด้าง ทุกอย่างขึ้นอยู่กับความรู้สึกหรือการพยาบาลที่จะให้ในการดูแลผู้ป่วยนั่นเอง (Phaneuf, 2002 cited in Phaneuf, 2007)

การสัมผัสจะกระทำโดยผ่านใช้มือของพยาบาลผ่านไปยังผิวหนัง ซึ่งเป็นช่องทางการรับรู้ความรู้สึก เนื่องจากผิวหนังเป็นอวัยวะทางประสาทสัมผัสในร่างกาย เป็นช่องทางการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสัมผัสจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อพัฒนาการของมนุษย์และการคง\ระดับความเชื่อมั่นในตนเองและความเป็นอยู่ของมนุษย์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยความต้องการได้รับการสัมผัสจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากความอบอุ่นจากมือของพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกบรรเทาความเจ็บปวด รู้สึกความปลอดภัย และเป็นการปลอบประโลมผู้ป่วย (Phaneuf, 2007)

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสัมผัสด้วยความเมตตาและอ่อนโยน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยทางจิตเวชจะมีความต้องการการสัมผัสที่อ่อนโยนเต็มเปี่ยมไปด้วยความเมตตา การสัมผัสเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยทุกคนที่ทุกข์ทรมาน โดยพยาบาลใช้การปลอบประโลมด้วยท่าทีที่แสดงถึงความรัก ความเมตตา การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การให้กำลังใจ หรือการนวดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึก

ผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ที่ต้องการการสัมผัส เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร ผู้ที่มีความบกพร่องในการมองเห็นหรือได้ยิน และผู้ที่มีอาการสับสน ดังนั้นการสัมผัสที่อบอุ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย และสะท้อนให้เห็นถึงการเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Phaneuf, 2007)

การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด พยาบาลควรให้การสัมผัสด้วยความรัก ความอ่อนโยน นุ่มนวล เพื่อให้เกิดความสุขและความไว้วางใจ การสัมผัสต้องมีลักษณะแบบกว้าง (Wide) โดยการกางฝ่ามือ และวางมือลงบริเวณที่ต้องการสัมผัสอย่างนุ่มนวล (Soft) อย่างช้า ๆ (Slow) ด้วยน้ำหนักพอดีไม่หนักหรือเบาเกินไปด้วยความทะนุถนอม (Caressing) คล้ายการโอบกอดเด็กทารก (Enveloping) ทำให้รู้สึกถึงความปลอดภัย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

พยาธิสรีรวิทยาของการสัมผัส

การสัมผัสจะกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก (Sensory receptor) ที่กระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกาย อวัยวะรับความรู้สึกนี้จะมีควมไวมาก แม้น้ำหนักสัมผัสเพียงเล็กน้อยก็สามารถเร้าความรู้สึกให้รับรู้การสัมผัสได้ โดยกระแสความรู้สึกสัมผัสนั้นจะถูกส่งไปตามทางเดินของกระแสประสาทสัมผัส (Nervous Pathway) ผ่านใยประสาท (Myelin neurons) เข้าสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ไปสู่อะมิดาล่า (Amygdala) ซึ่งอยู่ในสมองส่วนของลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม หากผู้รับสัมผัสได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน จะทำให้รับรู้ถึงความรัก ความเป็นมิตร รู้สึกผ่อนคลาย และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ การต่อต้านการดูแลที่ได้รับ

ขณะเดียวกันการสัมผัสจะทำการส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) เพื่อส่งกระแสประสาทไปสู่สมองส่วนหน้า ส่วนซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ (Cerebral Cortex) ในส่วนของประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เท็กซ์ (Somatosensory cortex) ที่บริเวณสมองใหญ่กลีบบน (Parietal lobe) เพื่อแปลผลการรับรู้ของการสัมผัส ซึ่งประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เท็กซ์ จะมีบริเวณรับความรู้สึกทางกาย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ทำหน้าที่ในการบอกตำแหน่งที่มีการสัมผัส และบริเวณรับความรู้สึกทางกาย และส่วนที่ทำหน้าที่ในการบอกรายละเอียดของสิ่งที่มาสัมผัส นอกจากนี้การสัมผัสจะส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เพื่อกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) หลั่งสารนอร์อิพิเนพรี (Norepinephrine) และกระตุ้นให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ให้หลั่งสารอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้รับสัมผัสมีอารมณ์ดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง และเพิ่มอุณหภูมิที่ผิวหนัง ดังจะเห็นได้ว่าการสัมผัสส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสัมผัสที่เหมาะสมจะส่งผลในด้านบวก (Phaneuf, 2007)

ประโยชน์ของการสัมผัส (Phaneuf, 2007)

1) การสัมผัสช่วยส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบุคลิกของบุคคลตั้งแต่แรกเกิด เนื่องจากการสัมผัสเป็นการสื่อสารที่เด็กจะได้รับผ่านการกอด การตบเบาๆ จากมารดาหรือผู้ดูแล ช่วยกระตุ้นให้เด็กตื่นตัว ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กในระยะแรก เด็กจึงเป็นวัยที่ต้องการการสัมผัสมากที่สุด เมื่อโตขึ้นความต้องการนี้จะลดลง แต่เมื่อมีปัญหาทางจิตใจหรือเจ็บป่วย บุคคลจะต้องการความรัก ความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ดังนั้นการสัมผัสจึงจะช่วยให้เกิดความอบอุ่น และความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ

2) การสัมผัสทำให้รู้สึกถึงความอบอุ่น ความรัก ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจที่ผู้สัมผัสส่งไปให้ผู้รับสัมผัส เช่น การสัมผัสจากแม่สู่ลูก เป็นการแสดงถึงความรักที่แม่มีให้กับลูก ผ่านทางการกอด การสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน ทำให้เด็กเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัย อบอุ่น ส่งผลให้เด็กอารมณ์ดีและมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

3) การสัมผัสช่วยให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ไม่ว่าจะเป็นการจับมือ จับแขน หรือการโอบไหล่ สิ่งเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่กันและกันระหว่างผู้ให้การสัมผัสและผู้รับ การสัมผัสที่เหมาะสมจะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษา

4) การสัมผัสแสดงให้เห็นถึงการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล ก่อให้เกิดความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย สุขสบาย และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เกิดความเชื่อมั่น รับรู้ว่ายังมีพยาบาลเข้าใจปัญหาและความทุกข์ที่เกิดขึ้นและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาหรือการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้

5) การสัมผัสก่อให้เกิดความอบอุ่นใจและความสุขสบาย บุคคลที่รู้สึกว่าเจ็บปวดทรมานว่าห่วย ย่อมต้องการความอบอุ่นใจให้กับตนเอง การได้รับการสัมผัสด้วยความตั้งใจจริง ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ ผ่อนคลายภาวะตึงเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว เนื่องจากการสัมผัสช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้สุขสบายได้ และบรรเทาความเจ็บปวดได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสัมผัส หมายถึง การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดหรืออวัจนภาษา เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส เป็นการแสดงให้เห็นความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ และความปรารถนาดี ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

การสัมผัสเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องทุกข์ทรมานจากปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความบกพร่องทางการรู้คิด หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจากการสัมผัสจากพยาบาลด้วยความเมตตา อ่อนโยน และนุ่มนวลแสดงให้เห็นว่าพยาบาลกำลังรับฟัง มีความใส่ใจ เข้าใจ และเห็นอกเห็นใจในความเจ็บปวดของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วย

รู้สึกบรรเทาความเจ็บปวด ปลอดภัย และผ่อนคลาย ถ้าพยาบาลละเอียดและให้การพยาบาลอย่างรีบร้อน ก็อาจถูกมองว่าพยาบาลเป็นคนเย็นชา การขาดความสนใจหรือการหยาบกระด้าง ทุกอย่างขึ้นอยู่กับความรู้สึกหรือการพยาบาลที่จะให้ในการดูแลผู้ป่วยนั่นเอง

การสัมผัสแบบฮิวแมนนิจูด มีวิธีปฏิบัติดังนี้ (Gineste & Marescotti, 2008)

- 1) พยาบาลใช้ฝ่ามือที่ต้องการสัมผัสผู้สูงอายุ โดยการกางฝ่ามือออกเพื่อสัมผัสให้เป็นบริเวณกว้าง
- 2) พยาบาลใช้ฝ่ามือสัมผัสลงบนผิวหนังผู้สูงอายุอย่างช้า ๆ ด้วยน้ำหนักมือที่พอดีไม่หนักหรือเบาจนเกินไป เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนถูกคุกคามทางเพศ
- 3) การสัมผัสควรเริ่มจากบริเวณที่มีประสาทสัมผัสน้อยที่สุด ได้แก่ บริเวณหลัง ไหล่ แขน ขา เท้า มือ และใบหน้าตามลำดับ
- 4) พยาบาลให้การสัมผัสด้วยความนุ่มนวล ทะนุถนอม เหมือนการโอบกอดเด็กทารก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย
- 5) ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสในลักษณะการจับกุมข้อมือหรือข้อเท้าของผู้สูงอายุ แต่ควรใช้การประคองข้อมือหรือข้อเท้าแทน เพื่อลดความรู้สึกเหมือนการถูกคุมขังหรือการจับกุม

3.3.4 การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด การให้การพยาบาลผู้สูงอายุโดยการจัดทำทางให้ผู้สูงอายุที่นอนอยู่บนเตียงได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ลูกนั่ง ยืนหรือเดิน และการออกกำลังกาย รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง เกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง จิตใจแจ่มใส ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Phaneuf, 2007) นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการขับถ่าย และกระบวนการเผาผลาญดีขึ้น (Phaneuf, 2007)

การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ โดยมนุษย์สามารถยืนหรือเดินด้วย 2 ขา สามารถสัมผัสผู้อื่นได้ และเป็นที่มาของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน นำไปสู่พัฒนาการทางสติปัญญา เป็นจุดเริ่มต้นของวิวัฒนาการทางภาษาและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจุบันการยืนและการเดินตรงจึงกลายเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญที่แสดงถึงความเป็นมนุษย์ (Phaneuf, 2007)

พยาธิสรีระของการจัดทำทางในแนวตั้งตรง

การจัดทำทางในแนวตั้งตรง ด้วยการเดินหรือการยืน เมื่อเท้าสัมผัสกับพื้น จะมีการส่งกระแสประสาทผ่านใยประสาทไปสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาพลักษณ์และรูปร่างหรือลักษณะร่างกายของตนเองตามวิวัฒนาการของมนุษย์ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง ก่อให้เกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง จิตใจแจ่มใสและลดความวิตกกังวลในขณะเจ็บป่วยลงได้ นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดี เนื่องจากบริเวณฝ่าเท้ามีเส้นเลือดดำจำนวนมาก และฝ่าเท้าจะมีลักษณะโค้ง เมื่อผู้สูงอายุมีการยืน เดิน จะมีการลงน้ำหนักไปที่เท้าทำให้เกิดแรงกดดันบนกล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นเลือด ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อหดตัว เกิดแรงกดไปที่เส้นเลือดและส่งผลทำให้เส้นเลือดดำไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการขับถ่าย และกระบวนการเผาผลาญดีขึ้น

นอกจากนี้การจัดทำทางในแนวตั้งตรง ยังเป็นการกระตุ้นให้มนุษย์เกิดเชาว์ปัญญา (Intelligence) ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1) เชาว์ปัญญาด้านการรับรู้ความรู้สึกนึกคิด (Sensory intelligence) คือ การพัฒนาสมองที่ทำให้เกิดการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องอาศัยเวลาพัฒนาตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสูงอายุ กล่าวคือ วัยทารกสมองมีการเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่และทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ การเรียนรู้จึงเริ่มจากการได้ยินเสียง แล้วเอื้อมมือสัมผัส ซึ่งการสัมผัสนี้เองจะทำให้ทารกเกิดการเรียนรู้ที่ต้องอาศัยช่องว่าง (Space) และเวลา (Time) พอเข้าสู่วัยสูงอายุสมองได้รับการพัฒนาเต็มที่แล้ว และมีการเรียนรู้ในเชิงมิติสัมพันธ์ แต่กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีปัญหาทางด้านความรู้คิด การเรียนรู้ในเชิงมิติสัมพันธ์จะหายไป จากการที่สมองถูกทำลาย ทำให้ผู้สูงอายุมีกระบวนการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป

2) เชาว์ปัญญาด้านการคิดเชิงนามธรรมหรือการคิดรวบยอด (Conceptual intelligence) คือ มนุษย์มีเชาว์ปัญญาด้านการคิดเชิงนามธรรมหรือการคิดรวบยอด ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ และสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้มนุษย์สามารถเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น เด็กแรกเกิดในช่วง 3 เดือนแรก ไม่สามารถถุกนั่งได้ ต้องนอนอยู่บนเตียง การสื่อสารระหว่างแม่กับลูกจะเป็นในลักษณะแนวตั้ง (Vertical) คือ แม่จะมองทารกที่นอนอยู่บนเตียง เมื่อทารกโตขึ้นเริ่มชันตัวขึ้นได้ การสื่อสารระหว่างแม่กับลูกจะเป็นในลักษณะอยู่ในระดับเดียวกันในแนวนอนขนานกับพื้น (Horizontal) ทำให้เด็กทารกเริ่มการเรียนรู้เชิงมิติสัมพันธ์ รู้จักอวัยวะ เช่น การใช้มือในการหยิบจับ เริ่มมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว เป็นต้น

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจส่วนใหญ่จะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต จนทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างจำกัด ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากสูญเสียความเป็นมนุษย์ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดมโนทัศน์และภาพลักษณ์ต่อตนเองในด้านลบ ความสนใจในตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด จนเกิดความวิตกกังวลตามมา นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงนานมากกว่า 3 วัน จะทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น การเกิดแผลกดทับ การทำงานของระบบระบบทางเดินหายใจลดลง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิตไม่ดีโดยเฉพาะในเส้นเลือดดำ โดยเฉพาะผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหรือวิกฤต เป็นต้น และหากร่างกายไม่ได้รับการเคลื่อนไหวภายใน 48 ชั่วโมงอาจทำให้เกิดพังผืดในข้อ ทำให้เกิดข้อยึดติด และหากนานเกินกว่า 3 สัปดาห์ อาจทำให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 30 และหากมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อมากกว่าร้อยละ 45 อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (Gineste & Marescotti, 2008)

ดังนั้น การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการให้ผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียงทั้งที่สามารถลุกขึ้นนั่งได้นั้นถือเป็นการลดความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ และส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ทั้งนี้ในทางการแพทย์ การจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในแนวตั้งตรงจึงเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมการหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ การให้ผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ลุกนั่ง หรือยืน และการออกกำลังกาย มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความมีตัวตน ความเป็นมนุษย์ในตนเอง จิตใจแจ่มใส และลดความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยลงได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากเกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง (Phaneuf, 2007; Gineste & Marescotti, 2008)

การจัดทำทางในแนวตั้งตรงแบบอิฐแมนนิจูด มีวิธีปฏิบัติดังนี้

1) ประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ และการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการยืน หรือการเดิน ร่วมกับส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย ตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (Gineste & Marescotti, 2008)

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรให้ผู้สูงอายุไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้นาน 40 วินาที ดูแลพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ กรณีที่ไม่สามารถเดินได้ให้นั่งรถเข็นไปห้องน้ำ และให้อาบน้ำเอง หากมีอาการเหนื่อยให้หยุดพักเป็นระยะ

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้น้อยกว่า 40 วินาที ดูแลพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ หากไม่สามารถเดินได้ให้นั่งรถเข็น และจัดหาเก้าอี้ให้นั่งอาบน้ำในห้องน้ำโดยพยาบาลช่วยทำความสะอาดร่างกายให้ผู้สูงอายุในส่วนที่ไม่สามารถทำเองได้ โดยเฉพาะการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หรือทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ที่เตียงนอนแล้วจึงพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ หากมีอาการเหนื่อยให้หยุดพักเป็นระยะ

กลุ่มที่ 4 คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยืนได้แต่นั่งข้างเตียงหรือนั่งรถเข็นได้ พยาบาลพานั่งรถเข็นไปอาบน้ำที่ห้องน้ำและช่วยอาบน้ำให้ หรือ อาบน้ำให้บนเตียงนอน

กลุ่มที่ 5 คือ ผู้สูงอายุติดเตียง (Bed ridden) ที่ไม่สามารถลงมานั่งรถเข็นได้หรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจระยะวิกฤติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการจำกัดกิจกรรมบนเตียง พยาบาลต้องเช็ดทำความสะอาดร่างกายบนเตียง

2) การประคองผู้สูงอายุให้ลุกขึ้นหรือเดิน พยาบาลควรจับมือผู้ป่วย และใช้มืออีกข้างซ้อนเข้าใต้วงแขนด้านหลังของผู้ป่วย พยายามกระชับแขนผู้ป่วยเข้าหาตัวพยาบาลเพื่อความมั่นคงและปลอดภัย จากนั้นพยุงตัวผู้ป่วยลุกขึ้นยืนสักพักแล้วจึงพาเดิน

3) พยาบาลควรเริ่มกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ยืน และเดินตามลำดับ เพื่อป้องกันอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด และแผลกดทับ

4) พยาบาลควรสังเกตลักษณะผิดปกติ สัญญาณชีพของผู้สูงอายุก่อนการให้การพยาบาลและขณะให้การพยาบาล หากพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ แน่นหน้าอก ใจสั่น ควรให้ผู้ป่วยหยุดพัก ประเมินและสอบถามอาการเป็นระยะ

3.4 ขั้นตอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008) คือ การผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน จึงต้องปฏิบัติร่วมกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) คือ ขั้นตอนก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้เพื่อขออนุญาตเข้าไปให้การดูแล และป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการตื่นตระหนกตกใจ (ใช้เวลาประมาณ 20 วินาที)

วิธีการปฏิบัติ

1) พยาบาลเดินเข้าพบผู้สูงอายุที่เตียง โดยเดินเข้าไปทางด้านหน้าของผู้สูงอายุหรือทางด้านปลายเตียงนอน เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน ไม่ควรเข้าทางด้านข้างหรือด้านหลังของผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมองไม่เห็นและเกิดการการตื่นตระหนกตกใจได้

2) พยาบาลทำการส่งสัญญาณก่อนเข้าพบผู้สูงอายุทุกครั้ง เพื่อให้รับรู้ถึงการมาของพยาบาล โดยใช้เทคนิคการเคาะประตู (กรณีที่ไม่ได้อยู่ในห้องแยกให้เคาะที่ปลายเตียง โต๊ะข้างเตียงหรือบริเวณใกล้เตียง) ด้วยการเคาะประตูเป็นจังหวะ 3 ครั้ง (ก๊อก ก๊อก ก๊อก) จากนั้นรอสัญญาณการตอบรับจากผู้สูงอายุ ประมาณ 3 วินาที หากผู้สูงอายุส่งเสียงตอบรับกลับหรือส่งสัญญาณมาแสดงถึงการยอมรับและอนุญาตให้เข้าไปดูแล

3) กรณีไม่มีสัญญาณตอบรับ ให้ขยับเข้าไปในระยะใกล้กว่าเดิม และเคาะเป็นจังหวะเช่นเดียวกับข้อ 2 หากไม่มีเสียงตอบรับ ให้เคาะประตูอีก 1 ครั้ง จึงเข้าดูแลผู้สูงอายุ

4) เมื่อเปิดประตูเข้าพบผู้สูงอายุให้ส่งเสียง หรือกล่าวทักทายผู้ป่วยและขออนุญาตเข้าพบ เพื่อเป็นการส่งสัญญาณให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนกำลังเข้ามา เมื่อผู้สูงอายุรับรู้และมีการส่งสัญญาณตอบกลับ เช่น ส่งเสียงตอบกลับ หรือลืมหันมอง หรือการแสดงออกด้วยท่าทางเมื่อได้รับสัญญาณ ให้พยาบาลเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพทันที

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) คือ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล

องค์ประกอบที่ใช้ ได้แก่ การสบตา และการพูดคุย

วิธีการปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 20 วินาที ถึง 3 นาที)

1) พยาบาลเข้าพบผู้สูงอายุ โดยเดินเข้าทางด้านปลายเตียงของผู้ป่วย และเดินไปทางด้านที่ผู้ป่วยหันหน้าอยู่ในขณะนั้น ด้วยท่าที่อบอุ่นเป็นมิตร ไม่ควรเข้าไปทางด้านหลังของผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นและเกิดอาการตื่นตระหนก ตกใจ กลัวได้

2) เมื่อเข้าไปอยู่ทางด้านหน้าของผู้สูงอายุแล้ว ให้นั่งหรือยืนอยู่ในระดับสายตาของผู้สูงอายุ และพยายามมองสบตาด้วยสายตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อจับสายตาผู้สูงอายุให้ได้ไม่ว่าผู้ป่วยอยู่ในท่าใดก็ตาม โดยใช้เทคนิคการสบตา เช่น ผู้สูงอายุนั่งอยู่บนเก้าอี้ในลักษณะก้มหน้า ให้พยาบาลนั่งตรงด้านหน้าของผู้สูงอายุและย่อตัวลงให้ต่ำกว่าผู้ป่วยเพื่อให้สามารถมองสบตาได้ โดยมีระยะห่างประมาณ 15-20 เซนติเมตร

3) เมื่อพยาบาลสามารถมองจับสายตาผู้สูงอายุได้แล้ว ให้เริ่มพูดคุยโดยใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล จังหวะของการพูดไม่เร็วหรือช้าเกินไป ลักษณะคำพูดควรเป็นคำพูดที่สื่อถึงเรื่องราวดี ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความรัก ความปรารถนาดีจากพยาบาล การสนทนาควรเป็นเรื่องทั่วไป ลักษณะคำพูดเชิงบวก เช่น การกล่าวชื่นชม หรือเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการใช้คำถามปลายปิด และอธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรมทางการพยาบาลทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) คือ ขั้นตอนการให้การดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบที่ใช้ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางแนวตั้งตรง

วิธีปฏิบัติ

- 1) พยาบาลควรมองสบตาผู้สูงอายุตลอดโดยเทคนิคการสบตา
- 2) พยาบาลพูดคุยกับผู้สูงอายุโดยใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล ไม่ตะโกนหรือตะคอกใส่ผู้สูงอายุ โดยการพูดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการพูดเพื่ออธิบายขั้นตอนของการให้กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนที่ทำให้กับผู้สูงอายุทุกครั้ง ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่เข้าใจหรือรับรู้ก็ตาม และในขณะที่พูดสายตาสายตาของพยาบาลยังคงมองสบตาผู้สูงอายุตลอดเวลา
- 3) เมื่อผู้สูงอายุเริ่มตอบสนองหรือรับรู้และให้การยินยอมแล้ว พยาบาลวางมือลงไปสัมผัสที่บริเวณ หลัง แขน มือ และใบหน้าตามลำดับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยมากกว่าตำแหน่งอื่น ๆ การสัมผัสให้ทำอย่างนุ่มนวลโดยใช้แรงเท่ากับสัมผัสเด็กอายุ 5 ขวบ และห้ามใช้มือจับบริเวณ ข้อมือ และข้อเท้าของผู้ป่วยเด็ดขาดเนื่องจากผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ว่าการกระทำนี้เป็นการคุกคามต่อตัวเอง เหมือนการถูกกุ่มขัง ทำให้ลดทอนความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดการต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 4) ให้กิจกรรมการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล
- 5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง ยืน เดิน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคการจัดท่าแนวตั้งตรง (Verticality) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การพาเดินไปอาบน้ำที่ห้องน้ำแทนการอาบน้ำที่เตียงนอน และการให้รับประทานอาหารด้วยตนเอง เป็นต้น กรณีผู้ป่วยอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน พยาบาลควรเริ่มจากการจัดท่าลุกนั่งบนเตียง การนั่งห้อยขา จากนั้นเริ่มให้ยืนข้างเตียง โดยให้พยุงผู้สูงอายุลุกยืนแต่ให้ที่นั่งน้ำหนักตัวผู้สูงอายุโดยที่พยาบาลไม่ต้องใช้แรงช่วยพยุงตัวผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงน้ำหนักตัวของตนเอง และสามารถพยุงตัวเองให้ลุกยืนขึ้นเพื่อรองรับต่อน้ำหนักตัวของตัวเองได้ ซึ่งการเดินในครั้งแรกควรเริ่มต้นในระยะทางที่ผู้สูงอายุสามารถเดินได้ เช่น ถ้าผู้สูงอายุสามารถเดินได้ในระยะทาง 8 เมตร ให้จัดโต๊ะรับประทานอาหารไว้ที่ระยะทาง 8 เมตร จากนั้นพาผู้สูงอายุเดินไปยังโต๊ะอาหาร เป็นต้น ทั้งนี้ให้เพิ่มระยะทางในการเดินทุกวัน และหากผู้สูงอายุอาการไม่ดีควรให้หยุดพัก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional Consolidation) คือ ขั้นตอนในทบทวนและการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น

องค์ประกอบที่ใช้ การสบตา การพูด การสัมผัส

วิธีการปฏิบัติ

พยาบาลสรุปผลการให้การดูแล ภายหลังสิ้นสุดการดูแล หรือสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกับผู้สูงอายุ และพูดคุยในเรื่องที่สนุกสนาน การได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน สิ่งที่ชอบ และเป็นความทรงจำดี ๆ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) คือ ขั้นตอนในการยุติการให้การดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ใช้ การสบตา การพูด การสัมผัส

วิธีการปฏิบัติ

พยาบาลทำการนัดหมายวัน เวลา หรือการวางแผนการดูแลร่วมกันกับผู้สูงอายุในการเข้ามาดูแลในครั้งถัดไป

4. โปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

โปรแกรมฮิวแมนนิจูด หมายถึง กิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) ด้วยการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเคารพในความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality) โดยมีรูปแบบกิจกรรมซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลโดยผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป เนื่องจากการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและต่อกัน จึงต้องปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน สำหรับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดตามแนวคิดนี้ โดยมีขั้นตอนการดูแลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) 2) การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) 3) การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) 4) การสรุปผล (Emotional consolidation) และ 5) การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment)

โดยโปรแกรมฮิวแมนนิจูดจะดำเนินกิจกรรมที่จัดกระทำให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาน ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูงสุด (An et al., 2004) โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายใน 24 ชั่วโมงแรก การดำเนินกิจกรรมใช้เวลาดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที โดยการจัดกิจกรรมในโปรแกรม ผู้วิจัยได้บูรณาการหลักการดูแลทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรงเข้าด้วยกันอย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไปในขั้นตอนการดูแลทั้ง 5 ขั้นตอนตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ของ Ginesste & Marescotti (2008) โดยกิจกรรมในแต่ละวันมีรายละเอียด ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมชีวแมนนิจุดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบชีวแมนนิจุดของ Ginesste & Marescotti (2008)

แนวคิดการดูแลแบบชีวแมนนิจุด (Ginesste & Marescotti., 2008)		กิจกรรมในโปรแกรม
องค์ประกอบ	ขั้นตอนการดูแล	
แนวคิดการดูแลแบบชีวแมนนิจุดของ Ginesste & Marescotti (2008) คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์หรือบุคคล และอยู่บนพื้นฐานความผาสุกในชีวิต (Well-being) โดยการให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) รายละเอียดดังนี้	<p>การดูแลแบบชีวแมนนิจุดตามแนวคิดของ Ginesste & Marescotti (2008) เป็นการนำองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบมาบูรณาการในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 2 องค์ประกอบขึ้นไป เพื่อให้การดูแลเกิดความเชื่อมโยง มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) เป็นขั้นตอนก่อนเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจขณะเข้าพบ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม</p>	<p>โปรแกรมชีวแมนนิจุด สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบชีวแมนนิจุด โดยบูรณาการทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน โดยจัดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 3 วัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ในแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรม ดังนี้</p> <p>1. กิจกรรมแรกพบ เป็นกิจกรรมการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้และขออนุญาตก่อนเข้าพบ เพื่อป้องกันอาการตื่นตระหนกตกใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล มีขั้นตอน ดังนี้</p> <p>1.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุทางด้านหน้าหรือด้านปลายเตียงนอน เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน</p> <p>1.2 ทำการส่งสัญญาณโดยใช้เทคนิคการเคาะประตู ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ในห้องแยกให้เคาะที่ปลายเตียงผู้ป่วยหรือโต๊ะข้างเตียง โดยทำการเคาะเป็นจังหวะ 3 ครั้ง จากนั้นรอสัญญาณตอบรับจากผู้สูงอายุ 3 วินาที</p> <p>1.3 หากผู้สูงอายุส่งสัญญาณตอบรับ เช่น การส่งเสียงตอบกลับ หรือหันมองตามเสียง เพื่อแสดงถึงการรับรู้และขออนุญาตให้เข้าไปดูแลได้ เมื่อผู้สูงอายุตอบรับจึงเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 ทันที</p>

แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Ginesste & Marescotti., 2008)		กิจกรรมในโปรแกรม
องค์ประกอบ	ขั้นตอนการดูแล	
<p>1. การสบตา (Eye contact) คือ การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดผ่านทางสายตา แสดงถึงความรัก ความอบอุ่น และความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ</p> <p>กลไกการสบตา คือ การสบตาจะไปกระตุ้นการทำงานของไฮโปทาลามัสในสมองส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ให้หลั่งสาร Oxytocin และสาร Endorphin เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความรักใคร่ ผูกพัน คั่นเคย ใจกว้างใจลดการตื่นตัว บรรเทาอาการเจ็บปวด และลดความวิตกกังวล</p>	<p>ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลรวมทั้งการแสดงถึงความเคารพและให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ</p> <p>องค์ประกอบที่ใช้ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสบตา 2. การพูด 	<p>2. กิจกรรมสบตาดูด้วยรัก เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา และการพูดคุย มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>2.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุทางด้านหน้าของผู้สูงอายุโดยให้อยู่ในระดับสายตา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นใบหน้าและริมฝีปากของผู้วิจัยได้ โดยมีระยะห่างจากตัวผู้สูงอายุประมาณ 15-20 เซนติเมตร ทำทางเป็นกันเอง</p> <p>2.2 ผู้วิจัยเริ่มมองสบตาผู้สูงอายุด้วยสายตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส ทำทางเป็นกันเอง</p> <p>2.3 เมื่อสามารถสบตาได้แล้ว (ไม่ควรเกิน 3 วินาที) ผู้วิจัยเริ่มพูดคุยด้วยโทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล จังหวะการพูดไม่เร็วหรือช้าเกินไป โดยการทักทายพร้อมแสดงความเคารพ และใช้สรรพนามเรียกชื่อที่เหมาะสมตามด้วยชื่อผู้สูงอายุ หรือตามที่ผู้สูงอายุต้องการให้เรียก แนะนำตัว และพูดคุยในเรื่องทั่วไปที่สื่อถึงเรื่องราวดี ๆ การกล่าวชื่นชม และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการดูแลช่วยเหลือ พร้อมทั้งสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ</p>

แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Ginesste & Marescotti., 2008)		กิจกรรมในโปรแกรม
องค์ประกอบ	ขั้นตอนการดูแล	
<p>2. การพูด (Speech) คือ การสื่อสารด้วยคำพูดโดยใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล เพื่อให้กำลังใจ ปลอดภัย และกระตุ้นระบายความรู้สึก ทำให้เกิดความไว้วางใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวล</p> <p>กลไกการพูด การพูด คือ การส่งพลังงานจากตัวผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดยพลังงานมีจุดกำเนิดภายในสมอง เมื่อผู้ส่งสาร ส่งพลังงานผ่านคำพูด ไปยังผู้รับสาร ถ้าผู้รับสารสามารถเข้าใจและรับสารจากผู้ส่งสารได้จะมีการตอบสนองกลับมาสู่ผู้ส่งสาร การพูดจึงทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเข้าใจในความเป็นมนุษย์ รับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ และสามารถประเมินสถานการณ์ได้ ถูกต้องตรงความเป็นจริง เกิดความมั่นใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวลได้</p>	<p>ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ การดูแล (Sensory circle) เป็นขั้นตอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและแสดงถึงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหา และให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล</p> <p>องค์ประกอบที่ใช้ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสบตา 2. การพูด 3. การสัมผัส 4. การจัดทำทางโนแนวตั้งตรง 	<p>3.1 กิจกรรม การกระตุ้นความรู้สึก เป็นกิจกรรมการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกโดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด และการสัมผัส มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้วิจัยเริ่มให้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล เป็นธรรมชาติ ขณะที่ยังคงสบตาผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยวางมือลงบนหลังมือของผู้สูงอายุอย่างแผ่วเบา และเลื่อนมือสัมผัสไปบนแขนหรือไหล่ของผู้สูงอายุ โดยกางนิ้วออกเพื่อให้การสัมผัสเป็นบริเวณกว้างอย่างนุ่มนวล 2) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึก โดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกที่มีอยู่ภายในใจ พร้อมทั้งรับฟัง และสร้างความมั่นใจ ร่วมกับสบตาผู้สูงอายุตลอดการทำกิจกรรม และแสดงถึงความเข้าใจด้วยการพูด ปลอดภัยและให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้การดูแลตามปัญหาของแต่ละบุคคล <p>3.2 กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายู้รับรู้ถึงความสามารถในของตนเอง การมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ ทำให้เกิดกำลังใจ และผ่อนคลายความกังวล โดยใช้ องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส</p>

แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Ginesste & Marescotti., 2008)		กิจกรรมในโปรแกรม
องค์ประกอบ	ขั้นตอนการดูแล	
<p>3. การสัมผัส (Touch) คือ การติดต่อสื่อสารทางกาย เพื่อถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกไปยังผู้รับสัมผัส เป็นการแสดงให้เห็นความรัก ความเข้าใจการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การปลอบโยน และการให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง</p> <p>กลไกการสัมผัส คือ เมื่อมีการสัมผัส จะส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส เพื่อกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนพริน และกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ให้หลั่งสารอะซิติลโคลีน ส่งผลให้รู้สึกผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล</p>		<p>และการจัดทำทางในแนวตั้งตรงมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้</p> <p>1) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่ม ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2</p> <p>2) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายวันที่ 1 ผู้วิจัยกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง โดยการจัดทำนั่งศีรษะสูง 30-45 องศา แนะนำการหายใจแบบลึก และการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตัวเองหรือพยาบาลช่วยทำในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้</p> <p>3) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายวันที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยแนะนำและกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายข้างเตียง โดยจัดทำนั่งศีรษะสูงบนเตียง ให้หายใจแบบลึก จากนั้นจัดทำนั่งห้อยขาข้างเตียง และช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุนั่งข้างเตียง นั่งเก้าอี้ข้างเตียง เดินรอบเตียง และเดินเข้าห้องน้ำ ตามลำดับ รวมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้</p>

แนวคิดการดูแลแบบชีวแมนนิจุด (Ginesste & Marescotti., 2008)		กิจกรรมในโปรแกรม
องค์ประกอบ	ขั้นตอนการดูแล	
<p>4. การจัดทำทางในแนวตั้งตรง(Verticality) คือ การจัดทำทางให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้น โดยจัดทำให้ผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ยืน หรือการเดิน และการออกกำลังกาย รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง</p> <p>กลไกการจัดทำทางในแนว คือ การเดินหรือการยืน เมื่อเท้าสัมผัสกับพื้น จะส่งกระแสประสาทผ่านใยประสาทไปสู่สมองส่วนทาลามัส กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงภาพลักษณ์และรูปร่างหรือลักษณะร่างกายของตนเองตามวิวัฒนาการของมนุษย์ ส่งผลให้เกิดรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง เกิดกำลังใจ และความหวัง มีคุณค่าในตนเอง จิตใจแจ่มใส และลดความวิตกกังวลลง</p>	<p>ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) เป็นขั้น ตอนในการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ ภายหลังให้การดูแล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างกำลังใจ ความมั่นใจและความรู้สึกดี ๆ ร่วมกันและส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น</p> <p>องค์ประกอบที่ใช้ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสบตา 2. การพูด 3. การสัมผัส 	<p>4. กิจกรรมการสรุปผลการดูแล เป็นกิจกรรมการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังสิ้นสุดการให้การดูแล โดยผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลแบบชีวแมนนิจุด และเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ผู้วิจัยรับฟังและใช้มือทั้งสองข้างประคองมือผู้สูงอายุขึ้นมา แล้วลูบหลังมือของผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวลพร้อมทั้งสบตาและยิ้มให้กำลังใจผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน</p>
	<p>ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) เป็นขั้นตอนในการสิ้นสุดการดูแล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้รับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>องค์ประกอบที่ใช้ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสบตา 2. การพูด 3. การสัมผัส 	<p>5. กิจกรรมการนัดหมาย โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน เวลา ในการดูแลครั้งต่อไปเพื่อให้ผู้สูงอายुरับทราบ จากนั้นผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการให้กิจกรรมการดูแลและกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ เพื่อแสดงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ</p>

ตารางที่ 2 การประยุกต์การจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ของ Ginesste & Marescotti (2008)

ประเภท	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย
กลุ่มที่ 1	ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทั้งหมด กระตุ้นการเคลื่อนไหวออกจากเตียง การนั่งข้างเตียง การเดินรอบเตียง การเดินเข้าห้องน้ำ ลดการนอนพัก ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง
กลุ่มที่ 2	ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้นาน 40 วินาที แต่ต้องนั่งพักเป็นระยะ	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง กระตุ้นการเคลื่อนไหวข้างเตียง การนั่งห้อยขาข้างเตียง การยืนข้างเตียง และการเดินรอบเตียง ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง
กลุ่มที่ 3	ผู้สูงอายุที่สามารถยืนได้น้อยกว่า 40 วินาที	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียงและข้างเตียง การนั่งศีรษะสูง การนั่งห้อยขาข้างเตียงหรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง และการยืนข้างเตียง ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยตนเอง
กลุ่มที่ 4	ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยืนได้ แต่ยังสามารถนั่งได้	<ol style="list-style-type: none"> ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง การนั่งศีรษะสูง การนั่งโดยไม่พึ่งพิง การนั่งห้อยขาข้างเตียง หรือพานั่งรถเข็นไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยตนเองร่วมกับพยาบาลช่วยทำ
กลุ่มที่ 5	ผู้สูงอายุที่มีปัญหาติดเตียง (bed ridden) หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย	<ol style="list-style-type: none"> ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน หรือทั้งหมด กระตุ้นการเคลื่อนไหวบนเตียง การจัดทำนั่งศีรษะสูง การนั่งโดยมีพิงพิง และการนั่งห้อยขาข้างเตียง ส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยพยาบาลช่วยทำร่วมกับกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง

ตารางที่ 3 แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Humanitude) ตามแนวคิดของ Ginesste & Marescotti (2008)

วันที่	แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด		กิจกรรมตามโปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 1 20 นาทีก่อน	1. ก่อนสร้างสัมพันธ์ภาพ (Pre-preliminary)	-	กิจกรรม “แรกพบ” โดยการส่งสัญญาณก่อนเข้าดูแลผู้สูงอายุทุกครั้ง	เพื่อส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้ และป้องกันอาการตื่นตระหนกตกใจ กลัว	4 นาทีก่อน
	2. การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Preliminary)	- การสบตา - การพูด	กิจกรรม “สบตาดูรัก” โดยการสบตาอย่างอ่อนโยน ยิ้มแย้ม และกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ในการให้การดูแล	เพื่อให้ผู้สูงอายุไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน รวมทั้งให้ความร่วมมือในการดูแล	3 นาทีก่อน
	3. การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส - การจัดทำในแนวตั้งตรง	กิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” แสดงถึงความเข้าใจ สร้างความมั่นใจ และดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ผ่านการพูดกระตุ้นความรู้สึก ให้กำลังใจ ปลอดภัย ร่วมกับการสัมผัสอย่างนุ่มนวล และการสบตาอย่างอ่อนโยน กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” โดยการจัดทำลูกนั่งบนเตียง และแนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึกเพื่อผ่อนคลาย	เพื่อแสดงถึงความสนใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ พร้อมทั้งจะรับฟังปัญหา และช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ	10 นาทีก่อน

วันที่	แนวคิดการดูแลแบบหิวแมนนิจูด		กิจกรรมตามโปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 1 (ต่อ)	4. การสรุปผล (Emotional consolidation)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การสรุปผล การดูแล” โดยสรุปผล การทำกิจกรรมร่วมกับ ผู้สูงอายุ และให้กำลังใจ เพื่อสร้างความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน	เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และความรู้สึกดี ร่วมกัน ส่งผลให้ การดูแลในครั้ง ต่อไปง่ายขึ้น	2 นาที่
	5. การสิ้นสุดการ ปฏิบัติการดูแล (The appointment)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การนัดหมาย” โดยการนัดหมาย วัน เวลาในการดูแลครั้ง ต่อไป และกล่าวลา	เพื่อให้รู้สึกถึงการ ดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ยินดีให้ ความช่วยเหลือ และให้ได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง	1 นาที่
วันที่ 2 20- 30 นาที่	1. ก่อนสร้าง สัมพันธภาพ (Pre-preliminary)	-	กิจกรรม “แรกพบ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อป้องกันอาการ ตื่นตระหนกตกใจ กลัว	3-4 นาที่
	2. การสร้าง สัมพันธภาพ (Preliminary)	- การสบตา - การพูด	กิจกรรม “สบตาด้วย รัก” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อสร้างสัมพันธ- ภาพที่ดีต่อกันและ ให้ความร่วมมือใน การดูแล	2-3 นาที่
	3. การปฏิบัติการ ดูแล (Sensory circle)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การกระตุ้น ความรู้สึก” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกผ่อนคลาย และ สบายใจ	13- 20 นาที่

วันที่	แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด		กิจกรรมตามโปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 2 (ต่อ)	3. การปฏิบัติการดูแล (ต่อ) (Sensory circle)	- การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง	กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” คือ การกระตุ้นการลุกนั่ง ยืน เดิน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ตามระดับความสามารถในการยืนของผู้สูงอายุ	เพื่อให้รับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย รับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง	
	4. การสรุปผล (Emotional consolidation)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การสรุปผลการดูแล” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น	1-2 นาที่
	5. การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การนัดหมาย” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ยินดีให้ความช่วยเหลือ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	1 นาที่
วันที่ 3 20-30 นาที่	1. ก่อนสร้างสัมพันธ์ภาพ (Pre-preliminary)	-	กิจกรรม “แรกพบ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อป้องกันอาการตื่นตระหนกตกใจกลัว	3-4 นาที่
	2. การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Preliminary)	- การสบตา - การพูด	กิจกรรม “สบตาด้วยรัก” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และให้ความร่วมมือในการดูแล	2 นาที่
	3. การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ	13-20 นาที่

วันที่	แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด		กิจกรรมตามโปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 3 (ต่อ)	3. การปฏิบัติการดูแล (ต่อ) (Sensory circle)	- การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง	กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” คือ การกระตุ้นลูกนั่ง ยืน เดิน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	เพื่อให้รับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย รับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง	
	4. การสรุปผล (Emotional consolidation)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การสรุปผลการดูแล” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อสร้างกำลังใจและผ่อนคลายความวิตกกังวล	1-2 นาที
	5. การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	ผู้วิจัยสรุปปัญหาพร้อมกับผู้สูงอายุและกล่าวสิ้นสุดการดูแลในครั้งนี้	เพื่อทบทวนปัญหาและการจัดการกับปัญหาร่วมกันและสิ้นสุดการดูแล	1-2 นาที

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดด้วยความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้สูงอายุตามแนวคิดนี้ ด้วยการใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ ปลอบโยนและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ร่วมกับการสบตา และการสัมผัสที่อบอุ่นจากพยาบาล จะช่วยถ่ายทอดอารมณ์ความรัก ความเข้าใจ ความปรารถนาดีไปสู่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ รับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และพร้อมอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจถึงความทุกข์ความทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ รวมทั้งยกย่องหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหว และทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการออกกำลังกาย ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ ความหวัง เกิดคุณค่าในตนเอง ไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Ginesste & Marescotti, 2008)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ (2527) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในแผนกอายุรกรรมสามัญ จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 36 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม เท่าๆ กัน กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภัสพร ขำวิชา (2534) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวชิระ อายุ 18-60 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสัมผัสขณะที่อยู่ในห้องพักรอผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ทัศนีย์ เชื่อมทอง (2542) ศึกษาผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ แกรงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 180 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 6 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการสัมผัส 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลองได้รับการพูดคุยโดยที่ไม่มีการสัมผัส 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมผัส มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการสัมผัสสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุแกรงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมได้เป็นอย่างดี

สุนีย์ สุธีวีระขจร (2547) ศึกษาเปรียบเทียบผลของสัมผัสบำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 18 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่ม กลุ่มละ 6 คน คือ กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสบำบัด กลุ่มที่รับดนตรีบำบัด และกลุ่มควบคุม โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับข้อมูลตามโปรแกรม 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสบำบัด และกลุ่มที่รับดนตรีบำบัดมีระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของ

กลุ่มทดลองที่ได้รับสัมผัสบำบัด และกลุ่มที่ได้รับดนตรีบำบัดในระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Honda et al. (2013) ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามแนวคิด Humanitude ของฝรั่งเศส ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลในโรงพยาบาล จำนวน 23 คน มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 18 ปี โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นระยะเวลา 5 วัน โปรแกรมการจัดอบรม ประกอบด้วย 1) การเรียนการสอน ภาคทฤษฎีเกี่ยวกับปรัชญาและแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) พยาธิสภาพโรคสมองเสื่อม และเทคนิคการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 2) การฝึกภาคปฏิบัติกับผู้สูงอายุทุกวัน โดยใช้ องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ผลการทดลอง พบว่า พยาบาลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัญหาด้านภาระงาน (มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง) และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสน ความวิตกกังวล และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนหลังการทดลอง พบว่า พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ความวิตกกังวล ภาวะสับสนวุ่นวายลดลงโดยไม่ต้องใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีภาระงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยลดลง มีความสุขกับงานมากขึ้น และมีความความเหนื่อยล้าและความเบื่อหน่ายจากงานลดน้อยลง

Delmas (2013) ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ด้วยวิธีการดูแลตามแนวคิด Humanitude โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ อายุเฉลี่ย 85 ปี อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศฝรั่งเศส จำนวน 111 คน ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 52 และมีความยากในการให้การพยาบาล เช่น การอาบน้ำ ร้อยละ 52 โดยโปรแกรมการฝึกอบรมให้แก่ผู้ดูแล แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 5 วัน และฝึกปฏิบัติ 3 วัน โดยโปรแกรมการให้การดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ใช้ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 7 เดือน วัดผลจากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ การร้องหรือตะโกนเสียงดัง การขว้างสิ่งของ และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาตกลงถึงร้อยละ 65 ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น และหลังการฝึกอบรมพบว่าผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพมีการอาบน้ำให้ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 83 เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และให้ความร่วมมือในการให้การดูแล

Ito et al. (2015) ศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (Bed ridden) ที่มีภาวะสมองเสื่อม (อายุเฉลี่ย 75 ปีขึ้นไป) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ ประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 11 คน และกลุ่มทดลอง 13 คน และพยาบาลหรือผู้ดูแลที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วย โดยให้พยาบาลในหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับการฝึกเทคนิคการดูแลฮิวแมนนิจูด (Humanitude training) และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจากโรคสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจากโรคสมองเสื่อมดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุดีขึ้น ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหวาดระแวง และวิตกกังวลลดลง ผู้สูงอายุจึงให้ความร่วมมือในการดูแลรักษามากขึ้น ทำให้พยาบาลหรือผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในภาวะที่มีการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีปัจจัยหลายๆ ด้าน ที่ทำให้เกิดความกังวลขณะเผชิญ โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านมนุษยสัมพันธ์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการรักษาโรคทางกายมากกว่าทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจึงทำให้ละเลยหรือให้ความสนใจ เอาใจใส่ปัญหาทางด้านจิตสังคมลดลง จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยจะมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่มากกว่าในภาวะปกติ การดูแลด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยโปรแกรมเป็นรูปแบบกิจกรรมการดูแลโดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ด้วยการให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยกิจกรรมในโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง โดยการดำเนินกิจกรรมในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะดำเนิน

กิจกรรมตามขั้นตอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ก่อนการสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) คือ ขั้นตอนการเตรียมการก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้การสร้างสัมพันธภาพเป็นไปอย่างราบรื่น โดยการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้ก่อนเข้าพบ เพื่อป้องกันอาการตื่นตระหนก ตกใจ และเป็นการขออนุญาตก่อนเข้าให้การปฏิบัติการดูแล 2) การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) คือ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล 3) การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) คือ ขั้นตอนการให้การดูแลโดยใช้เทคนิคการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล 4) การสรุปผล (Emotional consolidation) คือ ขั้นตอนในทบทวนและการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังได้รับการดูแล เพื่อให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน และส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น และ 5) การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) คือ ขั้นตอนในการยุติการให้การดูแล หรือการนัดหมายการดูแลในครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้โปรแกรมฮิวแมนนิจูดตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และพร้อมที่จะอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจถึงความทุกข์ความทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ รวมถึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ รู้สึกถึงความปลอดภัย เกิดความมั่นใจ และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงได้ (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008; Honda et al. 2013) ดังกรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดงไว้ในภาพที่ 2

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมฮิวแมนนิจูด (Ginesste & Marescotti, 2008) ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที	
องค์ประกอบ	ขั้นตอนการปฏิบัติ
<p>1. การสบตา (Eye contact) คือ การสบตาผู้ด้วยสายตาอ่อนโยน เพื่อแสดงถึงความรัก ความห่วงใยและความปรารถนาดีไปสู่ผู้สูงอายุ</p> <p>2. การพูด (Speech) คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูดด้วยโทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล เพื่อให้กำลังใจ ปลอดภัย และกระตุ้นระบายความรู้สึก ทำให้เกิดความไว้วางใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวล</p> <p>3. การสัมผัส (Touch) คือ การสัมผัสอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล ด้วยความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ทำให้เกิดความอบอุ่น เกิดกำลังใจ และผ่อนคลายความกังวล</p> <p>4. การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้น เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ได้แก่ การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย การยืนหรือการเดิน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</p>	<p>กิจกรรมวันที่ 1 (ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที)</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) ด้วยกิจกรรม “แรกพบ” โดยใช้เทคนิคการเคาะประตูเพื่อส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้ก่อนเข้าดูแล (ใช้เวลา 4 นาที)</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) ใช้องค์ประกอบ การสบตา และการพูด ด้วยกิจกรรม “สบตาดูด้วยรัก” โดยการสบตาอย่างอ่อนโยน ยิ้มแย้ม กล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล แนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์การดูแล (ใช้เวลา 3 นาที)</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกรดูแล (Sensory circle) ใช้องค์ประกอบ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง ด้วยกิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” โดยการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ปลอดภัย ให้กำลังใจ และกิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” โดยการจัดทำนั่งบนเตียงและแนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึกเพื่อผ่อนคลาย (ใช้เวลา 10 นาที)</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) ใช้องค์ประกอบ การสบตา การพูด และการสัมผัส โดยสรุปผลการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ สอบถามความรู้สึกภายหลังได้รับการดูแล ร่วมกับการสัมผัสและการสบตา (ใช้เวลา 2 นาที)</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติกรดูแล (The appointment) ใช้องค์ประกอบ การสบตา การพูด และการสัมผัส โดยทำการนัดหมายวัน เวลาในการดูแลครั้งต่อไป (ใช้เวลา 1 นาที)</p> <p>กิจกรรมวันที่ 2 (ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 และเพิ่มกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 คือ กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” โดยส่งเสริมการลุกนั่งข้างเตียง การยืน และการเดินตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล (ใช้เวลา 10-15 นาที)</p> <p>กิจกรรมวันที่ 3 (ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับวันที่ 2 และกล่าวสิ้นสุดการดูแล</p>

ความ
วิตก
กังวล

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest nonequivalent control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นการศึกษาระบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 22 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 44 คน มีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

- O₁ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด
- O₂ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด
- O₃ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง การพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้โปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน ได้แก่ กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 22 คน และ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการโปรแกรมชีวแมนนิจูด จำนวน 22 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยได้
3. ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ โดยการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาและคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2544) (ดังแสดงในภาคผนวก จ)
4. มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยชิว (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป
5. ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยไม่มีการเจ็บป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ภาวะช็อค โรคไตวายเฉียบพลันหรือโรคถุงลมโป่งพอง ยกเว้นภาวะที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
6. ไม่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) หรือเครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump [IABP])
7. ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้
8. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. แพทย์อนุญาตให้ย้ายออกหรือจำหน่ายกลับบ้านในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย
2. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้
 - 2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต
 - 2.2 มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึม สับสนมาก ไม่รับรู้ วันเวลา สถานที่ หมดสติ หรือระดับ GCS ต่ำกว่า 10 คะแนน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง .50 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน (Burn & Grove, 2009) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ถ้าระหว่างการดำเนินการวิจัยพบว่ามี การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดได้ ผู้วิจัย จะดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนครบจำนวนที่กำหนดไว้ในระเบียบการวิจัย โดยดำเนินการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ได้ตามระยะเวลาที่กำหนดออก จำนวน 5 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่าง ดำเนินการวิจัย ได้แก่ มีภาวะหัวใจล้มเหลวและจำเป็นต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ 1 คน แพทย์ อนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ 2 วัน จำนวน 3 คน และจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 1 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนได้กลุ่ม ตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดี คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี
2. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม คุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และแบบประเมินดังต่อไปนี้

3.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) ใช้เวลาในการประเมิน 10-15 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีปัญหาด้านการรับรู้จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 คน ไม่มีปัญหาทางด้านการรับรู้ หรือไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9 (ภาคผนวก ฉ)

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ Spielberger et al. (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ศุภภักดี และคณะ (2526) ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคะแนนความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 44 คน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยมีคะแนนความวิตกกังวล ตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 10 (ภาคผนวก ฉ)

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดทั้ง 8 ข้อ เข้ากลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จำนวน 22 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ที่ผู้วิจัยกำหนดทั้ง 8 ข้อเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ร่วมกับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน โดยให้กลุ่มทดลองมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในแต่ละคู่ (Mann, 2001) ได้แก่ อายุ (ชนิษฐา นาคะ, 2534) เพศ (ชนิษฐา นาคะ, 2534; Garvin et al., 2003; Moser, 2007) และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (Lazarus & Folkman, 1984) จนได้กลุ่มทดลองครบจำนวน 22 คน ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในระเบียบการวิจัย ทั้งนี้การควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน ได้แก่ อายุ เพศ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจดังกล่าว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ รายละเอียดดังนี้

4.1 อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความอดทน ประสบการณ์ และสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่อายุใกล้เคียงกัน โดยจัดกลุ่มอายุให้อยู่ในช่วงเดียวกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี)
- 2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี)
- 3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

4.2 เพศ จากการศึกษ พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจาก เพศหญิงมีบุคลิกที่แสดงถึงความอ่อนแอ มีความรู้สึกไม่มั่นคงมากกว่าเพศชาย (ชนิษฐา นาคะ, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของ Moser. (2007) และการศึกษาของ Garvin et al. (2003) เรื่องความ วิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 48 ชั่วโมง พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายเช่นกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน

4.3 ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนักจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษามาแล้ว (Lazarus & Folkman, 1984) ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษามาก่อนได้รับประสบการณ์ในทางลบหรือ ประสบการณ์ที่ไม่ดีจะทำให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษาอีก ดังนั้น การวิจัย ครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เหมือนกัน คือ เคย และ ไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

จากการควบคุมตัวแปรเกินในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ดังที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 7 ปี จำนวน 22 คู่ โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 12 คู่ เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คู่ เพศชาย จำนวน 9 คู่ และ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 18 คู่ และเคยเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจำนวน 4 คู่ ทั้งนี้ผลการจับคู่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดง ไว้ในตารางที่ 4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.1 และเพศ ชาย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 59.1 ทุก คนนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือมีสถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง คิด เป็นร้อยละ 34.1 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.4 ส่วนใหญ่ไม่ได้ ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.1 และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 43.2 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

สำหรับข้อมูลทางด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.2 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70.5, 54.5 และ 38.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 81.8 และได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (CAD) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมา คือ กลุ่มภาวะหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน (ASC) คิดเป็นร้อยละ 22.7 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 4 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	อายุ (ปี)	เพศ	ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ	อายุ (ปี)	เพศ	ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
1	61	ชาย	เคย	61	ชาย	เคย
2	61	หญิง	ไม่เคย	62	หญิง	ไม่เคย
3	75	หญิง	ไม่เคย	72	หญิง	ไม่เคย
4	77	ชาย	ไม่เคย	77	ชาย	ไม่เคย
5	90	หญิง	ไม่เคย	87	หญิง	ไม่เคย
6	78	หญิง	ไม่เคย	71	หญิง	ไม่เคย
7	69	ชาย	ไม่เคย	67	ชาย	ไม่เคย
8	74	หญิง	ไม่เคย	76	หญิง	ไม่เคย
9	69	หญิง	เคย	68	หญิง	เคย
10	64	หญิง	ไม่เคย	67	หญิง	ไม่เคย
11	66	ชาย	ไม่เคย	67	ชาย	ไม่เคย
12	82	หญิง	ไม่เคย	83	หญิง	ไม่เคย
13	65	หญิง	ไม่เคย	66	หญิง	ไม่เคย
14	81	ชาย	ไม่เคย	84	ชาย	ไม่เคย
15	63	ชาย	ไม่เคย	61	ชาย	ไม่เคย
16	66	ชาย	เคย	66	ชาย	เคย
17	64	หญิง	ไม่เคย	64	หญิง	ไม่เคย
18	63	หญิง	ไม่เคย	62	หญิง	ไม่เคย
19	60	หญิง	ไม่เคย	61	หญิง	ไม่เคย
20	69	หญิง	ไม่เคย	68	หญิง	ไม่เคย
21	70	ชาย	ไม่เคย	72	ชาย	ไม่เคย
22	78	ชาย	เคย	79	ชาย	เคย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	40.9	9	40.9	18	40.9
หญิง	13	59.1	13	59.1	26	59.1
อายุ (ปี)						
60-69	13	59.1	13	59.1	26	59.1
70-79	6	27.3	6	27.3	12	27.3
> 80	3	13.6	3	13.6	6	13.6
อายุเฉลี่ย (ปี)	70.05		70.23		70.14	
SD	.8.09		7.88		7.89	
ศาสนา						
พุทธ	22	100.0	22	100.0	44	100.0
สถานภาพสมรส						
โสด	2	9.1	2	9.1	4	9.1
คู่	10	45.5	15	68.2	25	56.8
หม้าย/หย่าร้าง	10	45.5	5	22.7	15	34.1
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	3	13.6	3	13.6	6	13.6
ประถมศึกษา	14	63.6	13	59.1	27	61.4
มัธยมปลาย/ปวส.	1	4.5	3	13.6	4	9.1
ปริญญาตรี	3	13.6	3	13.6	6	13.6
สูงกว่าปริญญาตรี	1	4.5	0	0	1	2.3

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	50.0	15	68.2	26	59.1
เกษตรกรกรรม	3	13.6	2	9.1	5	11.4
ค้าขาย	3	13.6	0	0	3	6.8
รับจ้าง	1	4.5	2	9.1	3	6.8
ข้าราชการบำนาญ	2	9.1	1	4.5	3	6.8
อื่น ๆ	2	9.1	2	9.1	4	9.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
ไม่มีรายได้	8	36.4	11	50.0	19	43.2
น้อยกว่า 5,000	8	36.4	5	22.7	13	29.5
5,001-10,000	3	13.6	3	13.6	6	13.6
มากกว่า 10,001	3	13.6	3	13.6	6	13.6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และการวินิจฉัยโรค

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มี	2	9.1	1	4.5	3	6.8
มี	20	90.9	21	95.5	41	93.2
โรคความดันโลหิตสูง	17	77.3	14	63.6	31	70.5
โรคไขมันในเลือดสูง	11	50.0	13	59.1	24	54.5
โรคเบาหวาน	11	50.0	6	27.3	17	38.6
โรคหัวใจ	5	22.7	5	22.7	10	22.7
โรคไต	3	13.6	1	4.5	4	9.1
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ						
ไม่เคย	18	81.8	18	81.8	36	81.8
เคย	4	18.2	4	18.2	8	18.2
การวินิจฉัยโรค						
Acute Coronary Syndrome (ACS)	5	22.7	5	22.7	10	22.7
Coronary Artery Disease (CAD)	7	31.8	9	40.9	16	36.4
Cardiac Arrhythmia	5	22.7	3	13.6	8	18.2
Chronic Heart Failure (CHF)	4	18.2	4	18.2	8	18.2
อื่น ๆ	1	4.5	1	4.5	2	4.5

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถี อีกทั้งยังคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักทั้งนี้ โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2559 เลขที่ 220/2559 (ดังแสดงในภาคผนวก ค) จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการทางการแพทย์หรือการรักษา ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) โดยระหว่างดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงให้ทราบว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก จ) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและให้เลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวอื่น ๆ การวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลลงแบบสอบถาม ใช้เวลาในการประเมิน ประมาณ 5 นาที

2. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อคำถาม โดยเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกในด้านบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกในด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ซึ่งแบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด โดยเกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

- 1 ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
- 2 มีบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
- 3 ค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมา
- 4 มีมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่แสดงความรู้สึกในด้านบวก

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
มีบ้าง	ให้	2	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่แสดงความรู้สึกในด้านลบ

มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	2	คะแนน
มีบ้าง	ให้	3	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนความวิตกกังวล แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 20-39 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลระดับต่ำ
- คะแนน 40-59 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
- คะแนน 60-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลระดับสูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมฮิวแมนนิจูด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดของ Ginesste & Marescotti (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

1.2 ผู้วิจัยเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อฝึกปฏิบัติการให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดจากประเทศฝรั่งเศส

1.3 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินโปรแกรม ระยะเวลาดำเนินการ และการประเมินผลโปรแกรม

1.4 กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ แบบแผนการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผสมผสานการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality)

1.5 จัดทำแผนการดำเนินตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ สำหรับพยาบาล

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยการนำแนวคิดฮิวแมนนิจูด ของ Ginesste & Marescotti (2008) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหา ครอบคลุมในเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบ “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” โดยมีเกณฑ์ การให้คะแนนคือ ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล คือ คะแนนของกิจกรรมที่ปฏิบัติ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด และคะแนนของกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ทั้งนี้จากการศึกษา พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองทั้ง 22 คน ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 12 (ภาคผนวก ฉ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบไปด้วย

- 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน
- 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 2 คน
- 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

ภายหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะและมีข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้เหมาะสมมากขึ้น ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ คณะผู้ทรงคุณวุฒิตัดเห็นว่ามีความเหมาะสม ไม่มีคำแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไข

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberg et al. (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) คณะผู้ทรงคุณวุฒิตัดเห็นว่ามีความเหมาะสม โดยข้อคำถามสั้นและกระชับเหมาะสมกับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และไม่มีคำแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไข เนื่องจากแบบประเมินนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และยังไม่พบปัญหาในการนำไปใช้

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2004) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับคำนิยาม หรือทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) จากนั้นคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

2.1 โปรแกรมฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยนำโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ประกอบด้วย แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (สำหรับพยาบาล) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไข จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

ส่วนที่ 1 แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดสำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1) ปรับแก้ไขระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมวันที่ 2 ครั้งที่ 2 โดยการระบุเวลาให้ชัดเจนในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

2) ปรับแก้ไขวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 โดยให้แก้ไขเป็นวัตถุประสงค์ในเชิงบวก

3) ปรับแก้ไขวิธีการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจนขึ้น

ส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (สำหรับพยาบาล) คณะผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นพร้อมกันว่า รูปเล่มของคู่มือฯ มีขนาดเหมาะสม ซึ่งเป็นขนาด A4 รูปแบบสวยงาม ชัดเจน และเข้าใจง่าย แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขในรายละเอียดบางส่วนให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

1) ปรับแก้ไขรูปภาพ ในคู่มือฯ หน้าที่ 22, 26, 27 ให้ชัดเจนขึ้น

2) ปรับแก้ไขขนาดตัวอักษรให้ชัดเจน สามารถอ่านได้ง่าย ปรับแก้ไขความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน แล้วนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้ (Try out) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการหิวแมนนิจูดในเรื่องรูปแบบของกิจกรรมและความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ต่อไป

ผลการทดลองใช้ พบว่า เนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และมีระยะเวลาเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม แต่ขั้นตอนของการจัดทำทางในแนวตั้งตรง ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองนั้น บางท่าผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านโรคของผู้ป่วย หรือทำได้ไม่ครบทุกท่า เช่น ทำยืนจับเก้าอี้แล้วย่อตัวขึ้นลง ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขโดยให้ผู้สูงอายุทำตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ส่วนคู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบหิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลฯ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยให้อ่านและลองปฏิบัติตามคู่มือฯ พบว่า รูปเล่มของคู่มือฯ มีขนาดเหมาะสม สวยงาม ภาษาเข้าใจง่าย มีรูปประกอบชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

2.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตามโปรแกรมหิวแมนนิจูด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบหิวแมนนิจูด ของ Ginesste & Marescotti (2008) มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1) ปรับแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อคำถามที่ 3 จากคำว่า “ความรัก” เป็น “ความห่วงใย เอื้ออาทร” และ ข้อคำถามที่ 4 จากคำว่า “เสมอ” เป็น “อย่างสม่ำเสมอ”

2) ปรับเพิ่มประโยคเป็นที่ใช้ในข้อคำถามที่ 5 “แสดงถึงความรัก ความห่วงใย และความเห็นอกเห็นใจ” ข้อคำถามที่ 6 “ขณะให้การพยาบาล”

3) ปรับแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อคำถามที่ 9 จากคำว่า “สอน” เป็น “แนะนำ”

4) ปรับแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อคำถามที่ 10 เป็น “พยาบาลกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ท่านลุกนั่ง ยืน หรือเดิน”

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Beck, 2004) โดยผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด มีค่าเท่ากับ 0.9

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2009) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งนี้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .70-.80 ดังนั้น แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีค่าเท่ากับ 0.89 ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 13 (ภาคผนวก ฉ) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด มีค่าเท่ากับ 0.86 ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 14 (ภาคผนวก ฉ)

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองตั้งแต่ 1 มกราคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2561 ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล และต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร่วมกับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุด เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน และเพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูลและการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 22 คน เมื่อเสร็จสิ้น จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) โดย Yves Gineste และคณะ ระหว่างวันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559 และเข้าร่วมอบรมการฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดย Yves Gineste และคณะ ระหว่างวันที่ 14-17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โปรแกรมฮิวแมนนิจูด และเครื่องมือกำกับการทดลอง

3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ทั้งนี้ได้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2559 (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

4. ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

5. ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1

3. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำการในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นระยะเวลา 3 วัน เริ่มตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษา ดังนี้

3.1 กิจกรรมการพยาบาลวันที่ 1 (ภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษา) กลุ่มควบคุมจะได้รับการซักประวัติ การประเมินอาการแรกรับ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ ได้แก่ ระเบียบการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา การประเมินสัญญาณชีพ เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

3.2 กิจกรรมการพยาบาลวันที่ 2, 3 (เวลา 8.00-16.00 น.)

เวลา 08.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และลงบันทึกทางการพยาบาล

เวลา 10.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา กรณีที่กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะได้รับการพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง และลงบันทึกทางการพยาบาล

เวลา 12.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้รับประทานอาหาร และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

เวลา 13.00 น. ทำความสะอาดร่างกายบนเตียง (PM care) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และลงบันทึกทางการพยาบาล

เวลา 14.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และลงบันทึกทางการพยาบาล

เวลา 15.00 น. ประเมินสารน้ำเข้า-ออก และลงบันทึกทางการพยาบาล

เวลา 16.00 น. ประเมินผลการให้การพยาบาล ลงบันทึกทางการพยาบาล และส่งต่อเวร

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 2

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือมีความวิตกกังวลในระดับสูง และภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเดิม แต่มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำ จำนวน 1 คน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 10 (ภาคผนวก ฉ) ทั้งนี้จากการสังเกตและสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย อายุ 61 ปี และเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมาแล้ว 1 ครั้ง แต่ครั้งนี้แพทย์นัดมาสวนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในวันแรกที่เข้ารับการรักษา มีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่เคยสวนหลอดเลือดหัวใจมาก่อน และไม่มีพยาบาลเข้ามาอธิบายให้ฟัง ไม่กล้าถามพยาบาลเนื่องจากมีผู้ป่วยหนักต้องได้รับการดูแลในขณะนั้น ผู้ป่วยบอกว่า “เห็นหมอยุ่งกันไม่กล้าถาม ก็นอนเล่นไปเรื่อยๆ ก็กลัวเป็นเหมือนเตียงข้างๆ” แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการทำสวนหลอดเลือดหัวใจแล้ว จึงสามารถปรับตัวให้เผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้แล้ว จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงเอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ใช้เวลา 5 นาที)

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 (โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป)

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดหลังจากประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 ไปแล้ว 15 นาที โดยดำเนินการทดลองในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. และเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลหรือไม่มีญาติมาเยี่ยมในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 20-30 นาที เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจะมีระดับความวิตกกังวลสูงสุดในช่วง 24 - 72 ชั่วโมง แรกของการเข้ารับการรักษา (An et al., 2004) การดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 (ภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษา)

ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ด้วยการสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าในแนวตั้งตรงตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด โดยใช้ระยะเวลา 20 นาที ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) เป็นขั้นตอนก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ใช้เวลา 4 นาที ดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และเตรียมเข้าพบผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยทำจิตใจให้สงบ มั่นคง เต็มใจให้การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสบาย คลายความวิตกกังวล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างมีประสิทธิภาพ (ใช้เวลา 3 นาที)

2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรม “แรกพบ” โดยผู้วิจัยเริ่มเข้าหาผู้สูงอายุทางด้านหน้าหรือด้านปลายเตียงนอน เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน จากนั้นทำการส่งสัญญาณให้รับรู้และเป็นการขออนุญาตก่อนเข้าพบ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้เทคนิคการเคาะประตู ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ในห้อง แยกให้เคาะที่ปลายเตียงผู้ป่วย หรือโต๊ะข้างเตียง โดยทำการเคาะเป็นจังหวะ 3 ครั้ง จากนั้นรอ

สัญญาณตอบรับจากผู้สูงอายุ 3 วินาที หากผู้สูงอายุส่งเสียงตอบรับกลับมา หรือหันมามองตามเสียง แสดงถึงการยอมรับและอนุญาตให้เข้าไปดูแลได้ จากนั้นผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ทันที (ใช้เวลา 1 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) และการพูด (Speech) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล รวมทั้งแสดงถึงความเคารพ และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม **“สบตาดูด้วยรัก”** (ใช้เวลา 3 นาที) ดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุทางด้านหน้าของผู้สูงอายุโดยให้อยู่ในระดับสายตาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นใบหน้าและริมฝีปากของผู้วิจัยได้ ระยะห่างจากตัวผู้สูงอายุประมาณ 15-20 เซนติเมตร ด้วยท่าทางเป็นกันเอง จากนั้นเริ่มมองสบตาผู้สูงอายุโดยใช้เทคนิคการสบตา (Eye contract) ด้วยสายตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส (ใช้เวลา 1 นาที)

2) ผู้วิจัยพยายามมองสบตาผู้สูงอายุด้วยสายตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส ท่าทางเป็นกันเอง เมื่อสามารถสบตาได้แล้ว (ไม่ควรเกิน 3 วินาที) ผู้วิจัยเริ่มพูดคุยกับผู้สูงอายุ ด้วยโทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล จังหวะการพูดไม่เร็วหรือช้าเกินไป กล่าวทักทายพร้อมแสดงความเคารพผู้สูงอายุ โดยการยกมือไหว้ และใช้สรรพนามเรียกชื่อที่เหมาะสม เช่น คุณลุง คุณป้า คุณตา หรือ คุณยาย และตามด้วยชื่อของผู้สูงอายุ หรือตามที่ผู้สูงอายุต้องการให้เรียก แนะนำตัว และพูดคุยในเรื่องทั่วไปที่สื่อถึงเรื่องราวดี ๆ ลักษณะคำพูดเชิงบวก การกล่าวชื่นชม และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการให้การดูแลช่วยเหลือ หรือการให้กิจกรรมทางการพยาบาล พร้อมทั้งสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 2 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกรดูแล (Sensory circle) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตรง (Verticality) เพื่อกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและแสดงถึงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและเต็มใจให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการกระตุ้นความรู้สึก และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย (ใช้เวลา 10 นาที) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การกระตุ้นความรู้สึก (ใช้เวลา 5 นาที)

1.1 ผู้วิจัยเริ่มให้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล เป็นธรรมชาติ ในขณะที่ยังคงสบตาผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยวางมือลงบนหลังมือของผู้สูงอายุอย่างแผ่วเบา และเลื่อนมือสัมผัสไปบนหลัง ไหล่ หรือแขนของผู้สูงอายุ โดยกางนิ้วออกเพื่อให้การสัมผัสเป็นบริเวณกว้างอย่างนุ่มนวล

1.2 ผู้วิจัยพูดกระตุ้นเพื่อสอบถามความรู้สึก โดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกที่มีอยู่ภายในใจ พร้อมทั้งรับฟัง และสร้างความมั่นใจ พูดปลอบโยน และให้กำลังใจ ร่วมกับสบตาผู้สูงอายุตลอดการทำกิจกรรม และแสดงถึงความเข้าใจผู้สูงอายุ ด้วยการพูดปลอบประโลมและให้กำลังใจตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล และให้การดูแลตามปัญหาของแต่ละบุคคล

กิจกรรมที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย (ใช้เวลา 5 นาที)

2.1 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยจัดทำผู้สูงอายุให้แนวสันหลังตั้งฉากกับพื้นมากที่สุด ได้แก่ ทำนั่งศีรษะสูงบนเตียง หรือนั่งห้อยขาข้างเตียง

2.2 แนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึก ซึ่งจะช่วยเพิ่มออกซิเจนในกระแสเลือดและนำไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล ลดอาการเหนื่อยล้า และอารมณ์หงุดหงิดง่ายได้ โดยให้ผู้สูงอายுவางมือไว้บนหน้าท้อง สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ จนทำให้ท้องป่องออกและดันมือที่หน้าท้องขึ้น ร่วมกับพยายามสัมผัสบริเวณมือผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล และสบตา และให้ผู้สูงอายุนับ 1-4 ในใจ เมื่อหายใจเข้าเต็มที่ให้กลืนลมหายใจไว้ นับ 1-3 แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกจากปากช้า ๆ ทำริมฝีปากลักษณะเหมือนผิวปากให้ท้องยุบลง อากาศออกจากปอด (ขณะหายใจออกให้ผู้สูงอายุนับ 1-8 ในใจ) ประมาณ 4-5 ครั้ง

2.3 ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้บางส่วนพยาบาลช่วยทำร่วมกับกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมโดยอธิบายขั้นตอนให้ทราบและทำไปพร้อมกับพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) เป็นขั้นตอนในการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังให้การดูแล โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) และการสัมผัส (Touch) เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน และส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น ด้วยกิจกรรม **“การสรุปผลการดูแล”** โดยการสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ในขณะที่ผู้วิจัยใช้มือทั้งสองข้างประคองมือผู้สูงอายุขึ้นมา แล้วลูบหลังมือของผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล พร้อมทั้งสบตาและยิ้มให้กำลังใจผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน (ใช้เวลา 2 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการณ์ดูแล (The appointment) เป็นขั้นตอนในการสิ้นสุดการให้การดูแลและทำการนัดหมายการดูแลในครั้งต่อไป โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) และการสัมผัส (Touch) เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และยินดีให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยกิจกรรม **“การนัดหมาย”** โดยผู้วิจัยสรุปปัญหาหารือกับผู้สูงอายุ และทำการนัดหมายวัน เวลา ในการดูแลครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้สูงอายุรับทราบ จากนั้นกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ (ใช้เวลา 1 นาที)

กิจกรรมวันที่ 2 ครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 20-30 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 3-4 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 2-3 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) ใช้เวลา 13-20 นาที

1. ผู้วิจัยเริ่มให้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล เป็นธรรมชาติ ร่วมกับสบตาผู้สูงอายุ และพูดกระตุ้นเพื่อสอบถามความรู้สึก โดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกที่มีอยู่ภายในใจ พร้อมทั้งรับฟัง และสร้างความมั่นใจ พูดปลอบโยน และให้กำลังใจ เช่นเดียวกับกิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1 (ใช้เวลา 3-5 นาที)

2. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยจัดทำผู้สูงอายุให้แนวสันหลังตั้งฉากกับพื้นมากที่สุด ได้แก่ ทำนั่งบนเตียง หรือทำนั่งห้อยขาข้างเตียง

3. แนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึก โดยให้ผู้สูงอายวางมือไว้บนหน้าท้อง สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ซ้ำ ๆ จนทำให้ท้องป่องออกและดันมือที่หน้าท้องขึ้น ร่วมกับพยาบาลสัมผัสบริเวณมือผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล และสบตา และให้ผู้สูงอายุนับ 1-4 ในใจ เมื่อหายใจเข้าเต็มที่ให้กลั้นลมหายใจไว้ นับ 1-3 แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกจากปากช้า ๆ ทำริมฝีปากลักษณะเหมือนผิวปากให้ท้องยุบ (ขณะหายใจออกให้ผู้สูงอายุนับ 1-8 ในใจ) ประมาณ 4-5 ครั้ง กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้บางส่วนพยาบาลช่วยทำร่วมกับกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยอธิบายขั้นตอนให้ทราบและทำไปพร้อมกับพยาบาลผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 5 นาที)

4. ผู้วิจัยส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ผ่านกิจกรรม **“การเคลื่อนไหวร่างกาย”** เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเอง เกิดการรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที โดยการส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายขณะอยู่ในโรงพยาบาลที่เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลพร้อมทั้งกล่าวชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ (ใช้เวลา 5-10 นาที) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) การดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 1-2 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) การดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 1 นาที)

กิจกรรมวันที่ 3 ครั้งที่ 3 (ใช้เวลา 20-30 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับวันที่ 2 ครั้งที่ 2 ซึ่งได้เพิ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 คือ การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) ใช้ระยะเวลา 1-2 นาที โดยผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการให้กิจกรรมการดูแล และกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ เพื่อแสดงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยประเมินผลโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเมื่อผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมไปแล้ว 15 นาที ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังจากนั้นประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 2

3.2 ผู้วิจัยแจ้งถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบพระคุณผู้สูงอายุในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อสังเกตจากการดำเนินโปรแกรมการฮิวแมนนิจูด

จากการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดผู้วิจัยมีข้อสังเกตหลายประการอันจะเป็นประโยชน์และแนวทางสำหรับผู้ที่จะนำกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary)

จากการศึกษา พบว่า ลักษณะของหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ รองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง โดยแบ่งเป็นเตียงรวมห้องละ 4 เตียง และห้องแยก 2 ห้อง จากการดำเนินการวิจัย พบว่า การที่ผู้วิจัยการเคาะประตูห้อง หรือการเคาะโต๊ะข้างเตียงเพื่อส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้ก่อนเข้าพบนั้น สามารถช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุตกใจ และตั้งตัวได้ทัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ให้ห้องแยก จากการสอบถามผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นการให้เกียรติตนเอง และตั้งรับสถานการณ์ได้ทัน เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่เคยมีพยาบาลเคาะประตูก่อนเข้าห้อง ทำให้บางครั้งเกิดอาการตกใจ หรือบางครั้งมีการพันเครื่องวัดความดันอัตโนมัติไว้ เมื่อพยาบาลกดวัดโดยไม่แจ้งให้ทราบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสะดุ้ง และตกใจ กลัว

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary)

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตั้งใจ และให้ความสนใจรับฟังเมื่อผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และในการสร้างสัมพันธภาพครั้งแรก ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่ครั้งแรก

แต่ในบางรายพูดคุยกัด้วยน้อย แต่เมื่อผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนื่องในวันที่ 2 โดยเข้าพบในช่วงเวลาเดิม และตรงต่อเวลาที่ทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุไว้ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจำผู้วิจัยได้ และกล่าวทักทายผู้วิจัยก่อนเมื่อเห็นว่าเดินเข้าไปพบ ทั้งนี้สัมพันธ์ภาพที่ดีอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ การยอมรับ และความเชื่อถือ ผู้สูงอายุจะกล่าวทักทายผู้วิจัยด้วยความเป็นกันเอง บางรายขณะหลับตาอยู่เมื่อได้ยินเสียงผู้วิจัยสามารถจำได้และทักทายว่า “มาแล้วหรือหนุ” ดังนั้น หากพยาบาลหรือผู้ดูแลมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ ช่วยส่งผลให้ผ่อนคลายความกังวล และทำให้การดูแลง่ายขึ้นตามมา

ส่วนการใช้เทคนิคการสบตาร่วมกับการพูด ในขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณวิจัยสนใจ ยอมรับ และใส่ใจดูแล โดยจากการสังเกตการทำงานของพยาบาลที่เข้าไปให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการพูด หรือแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษา แต่น้อยครั้งที่ไม่ได้สบตากับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเล่าให้ฟังว่า “ตั้งแต่มานอนโรงพยาบาล ไม่มีใครมาคุยกับตาเลย” ทั้งที่มีพยาบาลให้การดูแลอยู่ตลอดและพูดกับผู้สูงอายุตั้งแต่แรกเข้าไปแล้ว ดังนั้น แสดงให้เห็นว่าการพูดเพียงอย่างเดียวอาจไม่ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ และคลายความวิตกกังวลลงได้

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกรดูแล (Sensory circle)

จากกิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” โดยการใช้เทคนิคการสัมผัส ร่วมกับการพูดและการสบตา พบว่า การสัมผัสที่นุ่มนวลจากผู้วิจัยช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย แต่จากการสังเกตพยาบาลมีการสัมผัสผู้ป่วยเช่นเดียวกัน แต่เป็นในลักษณะการสัมผัสเพื่อการรักษา เช่น สัมผัสเมื่อต้องเจาะเลือด ฉีดยา หรือ การอาบน้ำ พลิกตะแคงตัว โดยส่วนใหญ่กระทำในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ อาจจะไม่ได้รับการสัมผัสจากพยาบาล โดยจากการสอบถามผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุบอกว่า “รู้สึกดี...มีคนเข้าใจ...มีคนมาคุยด้วย...ทำให้หายหัวเราะได้” รวมถึงการได้เคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยให้รับรู้ถึงความ เป็นมนุษย์กลับคืนมา ซึ่งการนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่ กังวลใจเกี่ยวกับอาการ ต้องเป็นภาระคนอื่น หลังจากผู้วิจัยพาผู้สูงอายุยืนและเดินรอบเตียงครั้งแรก สังเกตพบว่า ผู้สูงอายุดูสดชื่นขึ้น และนำไปบอกเล่าให้ญาติฟังอย่างภูมิใจ ว่า “วันนี้แม่เดินได้แล้วนะ” และจากการเฝ้าติดตามผู้สูงอายุรายนี้หลังสิ้นสุดโปรแกรม จะลุกขึ้นมานั่งรอ และถามพยาบาล “เมื่อไหร่จะพาเดินอยากเดิน จะได้กลับบ้าน”

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) ให้ผู้สูงอายุทบทวนเรื่องราว และระบายความรู้สึกที่มี โดยผู้วิจัยแสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ผู้สูงอายุบางรายเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง สีหน้ายิ้มแย้มขึ้น และรับรู้ว่ายพยาบาลเข้าใจในความรู้สึก รู้สึกเหมือนได้ระบายความรู้สึก และจัดการกับอาการวิตกกังวลของตนได้และเมื่อมีอาการวิตกกังวลเกิดขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พูดลมหายใจ

เข้าลึกๆ และผ่อนคลายใจออกเบาๆ ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) การนัดหมายเป็นขั้นตอนสำคัญเช่นกัน การที่ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าดูแล และเข้าดูแลผู้สูงอายุตรงตามเวลาทุกวัน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ จากการสังเกตผู้สูงอายุบางราย ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม มีความวิตกกังวลลดลงก็จริง แต่เมื่อเจอสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นไม่ว่าจากเจ้าหน้าที่ หรือสิ่งแวดล้อมในตึก ขาดการกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน หากไม่ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ต้องการให้พยาบาลช่วยจับมือหรืออยู่เป็นเพื่อน แต่ถูกปฏิเสธ โดยผู้ป่วยพูดว่า “ทำไมพยาบาลคนนั้นยังให้จับเลย” ซึ่งสังเกตได้ว่า ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มากกว่าในภาวะปกติ แต่ทั้งนี้ด้านความแตกต่างด้านวัฒนธรรมก็ส่งผลต่อการสัมผัสเช่นกัน เนื่องจากคนไทยมีข้อห้ามในการสัมผัสระหว่างชายและหญิง พยาบาลจึงไม่กล้าที่สัมผัสผู้สูงอายุต่างเพศนั่นเอง จากการสอบถามและสังเกตกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย ภายหลังจากได้รับการสัมผัสตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยกลับพบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกดีและผ่อนคลายเมื่อได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัย และได้มีท่าทางในทางซู้สาว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยกลับพบว่า การให้การสัมผัสผู้สูงอายุเพศหญิงซึ่งเป็นเพศเดียวกันกับผู้วิจัย จะสามารถปฏิบัติได้ง่ายและทำให้เกิดความสนิทสนม ความไว้วางใจ เชื่อใจ และให้ความใกล้ชิดได้เร็วกว่าผู้สูงอายุเพศชาย แต่ก็พบแค่เพียงส่วนน้อยเท่านั้น ทั้งนี้พบในผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยตอนต้นมากกว่าผู้สูงอายุในช่วงวัยอื่น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test statistic)
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test statistic)



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest nonequivalent control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด และเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน รวมทั้งสิ้น โดยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด (n=44)

ความวิตกกังวล	n	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	22	50.09	5.91	ปานกลาง	21	8.038	.000
หลังการทดลอง	22	39.86	5.52	ต่ำ			

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีค่าเท่ากับ 50.09 อยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 39.86 อยู่ในระดับต่ำ และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความวิตกกังวล	n	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	48.36	5.29	ปานกลาง	42	1.022	.313
กลุ่มทดลอง	22	50.09	5.91	ปานกลาง			
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	51.55	5.41	ปานกลาง	42	7.090	.000
กลุ่มทดลอง	22	39.86	5.52	ต่ำ			

จากตารางที่ 8 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 48.36 และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 50.09 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 51.55 อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 39.86 อยู่ในระดับต่ำ และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest nonequivalent control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นการศึกษแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด
2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน ได้แก่ กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด จำนวน 22 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยได้
3. ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ ประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาและคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2544) (ดังแสดงในภาคผนวก จ)
4. มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberger et al. (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป
5. ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยไม่มีการเจ็บป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ภาวะช็อค โรคไตวายเฉียบพลันหรือโรคถุงลมโป่งพอง ยกเว้นภาวะที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
6. ไม่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump [IABP])
7. ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้
8. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. แพทย์อนุญาตให้ย้ายออกหรือจำหน่ายกลับบ้านในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย
2. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้
 - 2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต
 - 2.2 มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึม สับสนมาก ไม่รับรู้ วันเวลา สถานที่หมดสติ หรือระดับ GCS ต่ำกว่า 10 คะแนน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และแบบประเมินดังต่อไปนี้

3.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) ใช้เวลาในการประเมิน 10-15 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีปัญหาด้านการรับรู้จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002)

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ Spielberger et al. (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526) ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาที คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคะแนนความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดทั้ง 8 ข้อ เข้ากลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จำนวน 22 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ที่ผู้วิจัยกำหนดทั้ง 8 ข้อเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ร่วมกับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) ให้กลุ่มทดลองมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในแต่ละคู่ ได้แก่ อายุ เพศ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จนได้กลุ่มทดลองครบจำนวน 22 คน ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวอื่นๆ การ

วินิจฉัยโรค และประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberg et al. (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ (2526 อ้างถึงใน พรพิศ เดชยศดี, 2550) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อคำถาม แบ่งความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-39 คะแนน) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และความวิตกกังวลระดับสูง (60-80 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตาม แนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste & Marescotti (2008) เพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ประกอบด้วย

1.1 แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

1.2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ สำหรับพยาบาล

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม โดยการนำแนวคิดฮิวแมนนิจูด ของ Ginesste & Marescotti (2008) มา ประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหา ครอบคลุมในเรื่อง การดูแล ผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การประเมินผล คือ คะแนนของกิจกรรมที่ปฏิบัติ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามโปรแกรม ฮิวแมนนิจูด และคะแนนของกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ได้รับกิจกรรมตาม โปรแกรมฮิวแมนนิจูด

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองตั้งแต่ 1 มกราคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2561 ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล และ ต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร่วมกับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีความใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุด เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน และเพื่อลดการ ปนเปื้อนของข้อมูลและการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 22 คน

เมื่อเสร็จสิ้น จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการทดลอง รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) โดย Yves Gineste และคณะ ระหว่างวันที่ 5-7 ตุลาคม พ.ศ. 2559 และเข้าร่วมอบรมการฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดย Yves Gineste และคณะ ระหว่างวันที่ 14-17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โปรแกรมฮิวแมนนิจูด และเครื่องมือกำกับการทดลอง

3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขี้งวดตุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ทั้งนี้ได้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2559 (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

4. ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขี้งวดตุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

5. ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ ขี้งวดตุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย

รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1

3. ผู้วิจัยชี้แจงและให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินอาการแรกเริ่ม การวินิจฉัยทางการแพทย์ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ ได้แก่ การอธิบายอาการและการรักษาของผู้ป่วย ระเบียบการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น และตอบข้อสงสัย พร้อมทั้งการให้การพยาบาลและเฝ้าระวังทางด้านร่างกายและสัญญาณชีพ

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 2

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ใช้เวลา 5 นาที)

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 (โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป)

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดภายหลังจากประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 ไปแล้ว 15 นาที โดยดำเนินการทดลองในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. และเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลหรือไม่มีญาติมาเยี่ยมในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 20-30 นาที เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจะมีระดับความวิตกกังวลสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา (An et al., 2004) การดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมวันที่ 1 (ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยทำจิตใจให้สงบ มั่นคง เต็มใจให้การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสบาย คลายความวิตกกังวล และทำการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ก่อนการเข้าพบทุกครั้ง ด้วยกิจกรรม “แรกพบ” เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (ใช้เวลา 4 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโดยใช้องค์ประกอบตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา (Eye contact) และการพูด (Speech) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล รวมทั้งแสดงถึงความเคารพและให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม “สบตาดูด้วยรัก” (ใช้เวลา 3 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้องค์ประกอบตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตรง (Verticality) เพื่อกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและแสดงถึงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหา และให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ด้วยกิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” (ใช้เวลา 10 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) เป็นขั้นตอนในการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังให้การดูแล โดยใช้องค์ประกอบตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) และการสัมผัส (Touch) เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน และส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น ด้วยกิจกรรม “การสรุปผลการดูแล” (ใช้เวลา 2 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) เป็นขั้นตอนในการสิ้นสุดการให้การดูแลและทำการนัดหมายการดูแลในครั้งต่อไป โดยใช้องค์ประกอบตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) และการสัมผัส (Touch) เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และยินดีให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยกิจกรรม “การนัดหมาย” (ใช้เวลา 1 นาที)

กิจกรรมวันที่ 2 (ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20-30 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 แต่เพิ่มกิจกรรมการดูแลในขั้นตอนที่ 3 คือ การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) ได้แก่ กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเอง เกิดการรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือ

ความเป็นมนุษย์ในตนเอง โดยนำองค์ประกอบ การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) มาผสมผสานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การจัดทำลูกนั่งข้างเตียง กระตุ้นการยืนและการเดินตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

กิจกรรมวันที่ 3 (ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 20-30 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลโดยการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับวันที่ 2 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 คือ การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) โดยผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการให้กิจกรรมการดูแล และกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ เพื่อแสดงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 1-2 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical package for the social science for windows) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)
2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test Statistics)
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test statistic)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฮิวแมนนิจูดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีผลคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 50.09 และภายหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 39.86 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ผลคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีค่าเท่ากับ 39.86 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.55 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ โดยสามารถอภิปรายได้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude care) ของ Ginesste & Marescotti (2008) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ต้องการความรัก ความเข้าใจ (Phaneuf, 2007; Faligant, 2014) ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้สูงอายุจึงต้องตระหนักถึงหลักการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต (Well-Being) ด้วยการให้การดูแลความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้

เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และรู้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Honda et al. (2015) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตได้

นอกจากนี้ จากการศึกษาายังพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุดีขึ้น เกิดความไว้วางใจ และยอมรับการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Ito et al. (2015) พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลดีขึ้น เกิดความไว้วางใจในพยาบาล โดยการสบตาอย่างอ่อนโยน ร่วมดับการพูดเพื่อให้กำลังใจหรือการปลอบโยน และการสัมผัสที่นุ่มนวลจากพยาบาล และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ สบายใจ รู้สึกผ่อนคลาย และรับรู้ถึงการมีตัวตน เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และง่ายต่อการให้การพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Delmas (2013) พบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจหรือการรับรู้มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงถึงร้อยละ 65 และให้ความร่วมมือในการดูแล เนื่องจากเกิดความไว้วางใจในผู้ดูแลมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิต

ทั้งนี้โปรแกรมฮิวแมนนิจูด ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของ Ginesste & Marescotti (2008) โดยการดำเนินกิจกรรมจะใช้เวลาดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูดคุย (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) ซึ่งจากการศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อพยาบาล ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง อธิบายได้ดังนี้

1. การสบตา (Eye contact) คือ การสื่อสารผ่านทางสายตา ที่แสดงให้เห็นถึงความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ การสบตาผู้สูงอายุขณะสนทนาหรือระหว่างการให้การพยาบาล จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าพยาบาลให้การยอมรับในการมีตัวตนของผู้สูงอายุและให้ความสนใจในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งในขณะเดียวกันจะช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ว่าเป็นอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้การสบตาจะไปกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ในสมองส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ให้หลั่งสารออกซิโทซิน (Oxytocin) และสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุข เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความรักใคร่ผูกพัน คุ่นเคย ไว้วางใจ ลดการตื่นตัว บรรเทาอาการเจ็บปวด และลดความวิตกกังวล (Phaneuf, 2007)

2. การพูดคุย (Speech) คือ การติดต่อสื่อสารทางวาจา ด้วยน้ำเสียงและคำพูดเพื่อแสดงให้เห็นความรู้สึกนึกคิด ทศนคติไปยังผู้ฟัง ผู้ฟังจะแปลความหมายได้จากคำพูด น้ำเสียง ที่ได้ยินว่าดีหรือไม่ดี ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน แสดงถึง ความเคารพ ให้เกียรติ และยอมรับในความ เป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ

การสื่อสารด้วยคำพูดระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสำคัญ เพียงพอที่พยาบาลจะคุยด้วยและพร้อมที่จะรับฟังเสมอ และทำให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ การให้กำลังใจ การปลอบโยน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ รู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ ความอบอุ่น และปลอดภัย รวมทั้งการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และการกระตุ้นด้วยคำพูดของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถ ประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง จะช่วยให้ลดความเจ็บปวด คลายความเศร้าและช่วย ลดความวิตกกังวลได้ (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008)

3. การสัมผัส (Touch) คือ การสัมผัสอย่างอ่อนโยน แสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การปลอบโยน และการให้กำลังใจ ก่อให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ถูกรุ ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008) และช่วยลดความวิตก กังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น โดยการสัมผัสจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกที่ผิวหนัง กระแสความรู้สึกสัมผัสนั้นจะถูกส่งไปตามทางเดินของกระแสประสาทสัมผัส ผ่านใยประสาท (myelin neurons) เข้าสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ไปสู่อะมิดาล่า (Amygdala) ซึ่งอยู่ในสมอง ส่วนของลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม หากผู้รับสัมผัส ได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน จะทำให้รับรู้ถึงความรัก ความเป็นมิตร รู้สึกผ่อนคลาย และไม่ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ การต่อต้านการดูแลที่ได้รับ ดังจะเห็นได้ว่าการสัมผัสส่งผลทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสัมผัสที่เหมาะสมจะส่งผลในด้านบวก (Phaneuf, 2007)

จากการศึกษาและการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พบว่าการพยาบาลส่วนใหญ่จะให้การสัมผัสผู้สูงอายุในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล แต่จะเป็นในลักษณะที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เช่น การสัมผัสที่มือหรือแขนเพื่อฉีดยา การจับชีพจร การวัดความดันโลหิต การจัดทำพลิกตะแคงตัว เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้ อาจจะนุ่มนวลหรือรุนแรงก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของพยาบาล และสถานการณ์ในขณะที่ให้การพยาบาลนั้นๆ ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดหรือวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ และการสัมผัสที่ได้รับอาจไม่เพียงพอที่จะให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวล

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ซึ่งประกอบด้วย การสบตา ร่วมกับการพูดคุย และการสัมผัสอย่างนุ่มนวล จากผู้วิจัย ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยการสัมผัสที่นุ่มนวล จะถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก เช่น ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ผ่านการสัมผัสทางกาย โดยการจับมือ แขน หรือไหล่ของผู้ป่วย โดยกระทำร่วมกับการสบตา และการพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ หรือการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ก่อให้เกิดความสุขสบาย มีกำลังใจ และรับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้ความช่วยเหลือ (Phaneuf, 2007)

4. การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (verticality) คือ การจัดทำทางให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการปล่อยให้ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงทั้งที่สามารถลุกขึ้นนั่งได้นั้นถือเป็นการลดความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ และส่งผลต่อสุขภาพทางกาย (Phaneuf, 2007)

จากการสังเกต ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย นอนอยู่บนเตียงเพียงอย่างเดียว บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แค่บางส่วนเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงเพื่อประโยชน์ทางการ ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากสูญเสียความเป็นมนุษย์ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดมโนทัศน์และภาพลักษณ์ต่อตนเองในด้านลบ ความสนใจในร่างกายตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด จนเกิดความวิตกกังวลตามมา (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008) และมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลจึงมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งการจัดทำและการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้องตามหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด การจัดทำทางให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายจากท่านอนให้มีการขยับตัวลุกนั่ง ยืน เดิน หรือออกกำลังกายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้การ

ไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกายได้ดีขึ้น และส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากเกิดกำลังใจ ความหวังและเกิดคุณค่าในตนเอง

ดังนั้นจากผลการวิจัยในครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฮิวแมนนิจูดช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Honda et al. (2013) ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามแนวคิด Humanitude ของฝรั่งเศส ในโรงพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ประเทศญี่ปุ่น โดยนำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ผลการทดลองพบว่า พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงลดลงให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับ Delmas (2013) ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ด้วยวิธีการดูแลตามแนวคิด Humanitude โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ อายุเฉลี่ย 85 ปี อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศฝรั่งเศส ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีความยากในการให้การพยาบาล เช่น การอาบน้ำ ร้อยละ 52 ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงถึงร้อยละ 65 ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น และส่งผลช่วยลดความวิตกกังวลลงเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการอาบน้ำมากขึ้น

นอกจากนี้ในประเทศไทย พบว่า การสัมผัสมีผลลดความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน ดังเช่น ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ (2527) ได้ศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสลดลงแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ภัสพร ขำวิชา (2534) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มไม่ได้รับการสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมาทัศนีย์ เชื้อมทอง (2542) ศึกษาผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้เพิ่มกิจกรรมการพูดคุยร่วมกับการสัมผัส ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการสัมผัสร่วมกับการพูดคุยมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพูดคุยแต่ไม่ได้รับการสัมผัส และในกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสัมผัสสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมได้เป็นอย่างดี

โดยสรุป โปรแกรมฮิวแมนนิจูดจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เกิดภาวะพากความรู้สึก จากการถูกแยกจากครอบครัว ความไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความไม่แน่นอนในชีวิตกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเอื้ออาทรจากพยาบาล (Chang et al., 2012) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านอารมณ์ ต้องการที่พึ่งพิงทางด้านจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความเข้าใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุด้วยการสบตาและการใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ ปลอบโยนและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และการสัมผัสที่อ่อนโยนจากพยาบาล รับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และพร้อมที่จะอยู่เคียงข้าง เต็มใจให้ความช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจถึงความทุกข์ความทรมานที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ รวมทั้งการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการออกกำลังกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีตัวตน และคงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ก่อให้เกิด ความหวังและกำลังใจ เกิดความมั่นใจ และสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Phaneuf, 2007; Ginesste & Marescotti, 2008; Honda et al. 2013)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ผลการวิจัยในครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงการดูแลทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยวิกฤติโดยสามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพในการให้บริการทางการพยาบาลให้ดีขึ้น

2. **ด้านการวิจัย** เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

3. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ หรืออาจารย์พยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลศาสตร์ให้แก่บัณฑิตหรือนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดอย่างต่อเนื่อง โดยขยายไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด มีภาวะสับสน ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยในกลุ่มติดเตียง ผู้ป่วยศัลยกรรม หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ควรปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน หรือปรับรูปแบบกิจกรรมโดยเน้นให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

2. ควรมีการศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยสามัญแผนกศัลยกรรมหรืออายุรกรรม หรือในสถานดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยนำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดไปศึกษาในเชิงลึก เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร สุคำวัง. (2557). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานเวรเบียนและสถิติ. (2557). รายงานสถิติประจำปี 2557. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลราชวิถี.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2556). ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(1), 85-91.
- ณัฐชา พัฒนา. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ถนอมศรี คูอาริยะกุล. (2538). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์ และสุदारัตน์ ต้นสุภสวัสดิกุล. (2548). ภาวะผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ. ใน วันดี โภคะกุล และสิริทร ฉันทศิริกาญจน. (บรรณาธิการ). ตำรวเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2557). (บรรณาธิการ). รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพวิกฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง. (2542). ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอามาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1); 19-30.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พรพิศ เดชยศดี. (2550). ผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ภัสพร ขำวิธา. (2534). ผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนทิวรรณ พิมพ์ศรี. (2550). ผลของการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัศมี บัณฑิตธีรรัตน์. (2552). *ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ละออ หุตางกูร. (2535). *หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วรรณกร รักอิสสระ. (2547). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการย้ายออกจากไอซียู ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ต่อความวิตกกังวลจากการย้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วาทีนี สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1*. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาณิษฐ์.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2555). *สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.
- ศิริพันธ์ สุนทรรัตน์. (2527). *ผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร และคณะ. (2556). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 40(มกราคม พ.ศ.2557), 35-46.
- สถาพร กลางคาร. (2540). *ผลของการฟังดนตรีตามความรู้สึกชอบต่อการลดความวิตกกังวลของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย และรู้สึกตัวในห้อง ไอ ซี ยู*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560: การจัดลำดับ สาเหตุการตายตามกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรก (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2557-2559*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://bps2.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/.health%20stratistic%202560.pdf. [1 มกราคม 2560]
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ และ ชวนพิศ ทำนอง. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุนีย์ สุธีวีระขจร. (2547). *เปรียบเทียบผลของสัมผัสบำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2553). แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (หน้า 6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ยุทธินทร์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- An, K., De Jong, M. J., Riegel, B. J., McKinley, S., Garvin, B. J., Doering, L. V., & Moser, D. K. (2004). A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 33(2), 75-82.
- Balasubramanian, N. (2013). A study to assess level of anxiety among intensive care unit (ICU), patients in a selected hospital, Salem, Tamilnadu. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 3(2), 5.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. (6th Edition). St Louis: Saunders Elsevier.
- Chang, C. W., Chen, Y. M., & Su, C. C. (2012). Care needs of older patients in the intensive care units. *Journal of Clinical nursing*, 21(5-6), 825-832.
- Cherrington, C. C., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Kennedy, C. W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 136-145.
- Cho, M. Y., Min, E. S., Hur, M. H., & Lee, M. S. (2013). Effects of aromatherapy on the anxiety, vital signs, and sleep quality of percutaneous coronary intervention patients in intensive care units. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-6.
- Chyun, D., Tocchi, C., & Richards, S. (2001). The coronary care unit. In T. T. Fulmer, M. D. Foreman, & M. Walker (eds.), *Critical care nursing of the elderly*, pp. 262-273. New York: Springer Publishing Company.

- Delmas, C. (2013). *Are difficulties in caring for patients with Alzheimer's disease becoming an opportunity to prescribe well-being with the Gineste-Marescotti® care methodology*[Online]. Available from: http://www.igm-formation.net/images/stories/pdf/poster_iprim_anglais_2013-eugms.pdf[2015, Oct 3]
- Eisendrath, J. S., & Shim, J. J. (2006). Management of psychiatric problems in critically ill patient. *The American Journal of Medicine*, 119, 22-29.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing*. (8th Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Faligant, M. (2014). *Philosophy of Humanitude & Institute Gineste-Marescotti Methodology of Care*[Online]. Available from: <http://www.igm-usa.com/philosophy/>[2015, Sep 17]
- Foji, S., Tadayonfar, M. A., Mohsenpour, M., & Rakhshani, M. H. (2015). The study of the effect of guided imagery on pain, anxiety and some other hemodynamic factors in patients undergoing coronary angiography. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(2), 119-123.
- Foreman, M. D., Milisen, K., & Fulmer, T. T. (2010). *Critical care nursing of the older adult: Best practices*. New York: Springer Publishing Company.
- Garvin, B. J., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L., & An, K. (2003). Effects of gender and preference for information and control on anxiety early after myocardial infarction. *Nursing Research*, 52(6), 386-392.
- Gineste, Y., & Marescotti, R. (2008). *The sensory capture and feedback in the management of behavioral disturbances in demented old patients during basic care*[Online]. Available from: <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/sensorycapture.htm>[2015, Oct 1]
- Han, K. S., & Park, Y. I. (2002). The level of anxiety and relating factors of ICU patients. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 8(1), 155-166.
- Hildrum, B., Mykletun, A., Holmen, J., & Dahl, A. A. (2008). Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 108-113.

- Honda, M., Mori, M., Hayashi, S., Moriya, K., Marescotti, R., and Gineste, Y. (2013). The effectiveness of French origin dementia care method; Humanitude to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine*, (4), 207.
- Ito, M., Honda, M., Gineste, Y., Marescott, R., Hirayama, R., Shimada, C., et al. (2015). *An examination of the influence of Humanitude caregiving on the behavior of older adults with dementia in Japan*. The Japanese society for dementia care annual meeting. Retrieved from <http://humanitude-usa.com/wp-content/uploads/2015/11/Diapositive1.pdf>[2015, Sep 17]
- Jeitziner, M. M., Hamers, J. P., Bürgin, R., Hantikainen, V., & Zwakhalen, S. M. (2015). Long-term consequences of pain, anxiety and agitation for critically ill older patients after an intensive care unit stay. *Journal of Clinical Nursing*, 1-10.
- Koh, C. K. (2007). Patients' anxiety in intensive care units and its related factors. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37(4), 586-593
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Mann, P. S. (2001). *Introductory Statistics*. 4th ed. New York : John Wiley and Sons.
- McKinley, S., Coote, K., & Stein-Parbury, J. (2003). Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of advanced nursing*, 41(1), 73-79.
- Moser, D. K. (2007). "The rust of life": impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16(4), 361-369.
- Moser, D. K., Chung, M. L., Mckinley, S., Regel, B., An, K., & Cherington, C. C. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 276-288.
- Otong, D.A. (2008). *Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts*. (2nd ed.). NY: Delmar Cengage Learning.
- Phaneuf, M. (2007). *The concept of humanitude as applied to general nursing care*[Online]. Available from: http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/The_concept_of_humanitude_as_applied_to_general_nursing_care.pdf[2015, Sep 1]

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and Methods*. (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rincon, H. G., Granados, M., Unutzer, J., Gomez, M., Duran, R., Badiel, M., ... & Echeverri, P. (2001). Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics*, *42*(5), 391-396.
- Roch, A., Wiramus, S., Pauly, V., Forel, J. M., Guervilly, C., Gainnier, M., & Papazian, L. (2011). Long-term outcome in medical patients aged 80 or over following admission to an intensive care unit. *Critical Care*, *15*(1), 1-7.
- Sanders, K. M., & Cassem, E. H. (1993). Psychiatric complications in the critically ill cardiac patient. *Texas Heart Institute Journal*, *20*(3), 180.
- Schieman, S. (2004). Functional limitation and psychological distress in late-life: an analysis of subsequent and concurrent change. *The Gerontology*, *44*, 147.
- Schultz, S. K., Hoth, A., & Buckwalter, K. (2004). Anxiety and impaired social function in the elderly. *Annals of Clinical Psychiatry*, *16*(1), 47-51.
- Skillman, J. J. 1975. *Intensive care*. Boston: Little, Brown.
- Spielberger, C. D., & Guerrero, R. D. (1983). *Cross-Cultural Anxiety*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Stuart, G.E., (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th edition.). St. Louis: Mosby.
- Townsend, M. C. (2011). *Nursing diagnoses in psychiatric nursing: Care plans and psychotropic medications*. (8th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tullmann, D. F., Hawkes, P. B., & Enfield, E. H. (2010). The critical care environment. In M. D. Foreman, K. Milisen, & T. T. Fulmer. (eds.), *Critical Care Nursing of the Older Adult: Best Practices*, pp. 23-35. New York: Springer Publishing Company.
- Varcarolis, E. M., & Halter J. M. (2009). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care*. Missouri: Imprint of Elsevier Inc.
- World health Organization. (2015). *Cardiovascular diseases (CVDs)*[Online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>[2015, Sep 18]

World health Organization. (2015). *Definition of an older or elderly person*[Online].
Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
[2015, Sep 18]





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
สาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. พ.ต.ต.หญิง ดร. พรรณทิพา เวชรังษี | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 3. อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ีย์ | อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. อาจารย์ญาดารัตน์ บาลจ่าย | อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 5. นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล | พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ |





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/0416

วันที่ 6 มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

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

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ โทร. 08-3092-3906

ที่ ศธ 0512.11/ 0415



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ร.ต.อ.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ร.ต.อ.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ โทร. 08-3092-3906

ที่ ศธ 0512.11/ 0414



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ สมทรง จุไรทัศน์ย์

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

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมอิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยงเกตุ โทร. 08-3092-3906

ที่ ศร 0512.11/๐4๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ญาตารัตน์ บาลจ่าย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ ญาตารัตน์ บาลจ่าย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ โทร. 08-3092-3906

ที่ ศธ 0512.11/ 0413



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มีนาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

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

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยงแกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมชีวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยงแกตุ โทร. 08-3092-3906



ที่ ศธ 0512.11/ 1946

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 74 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ คู่มือการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และแบบประเมินพฤติกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

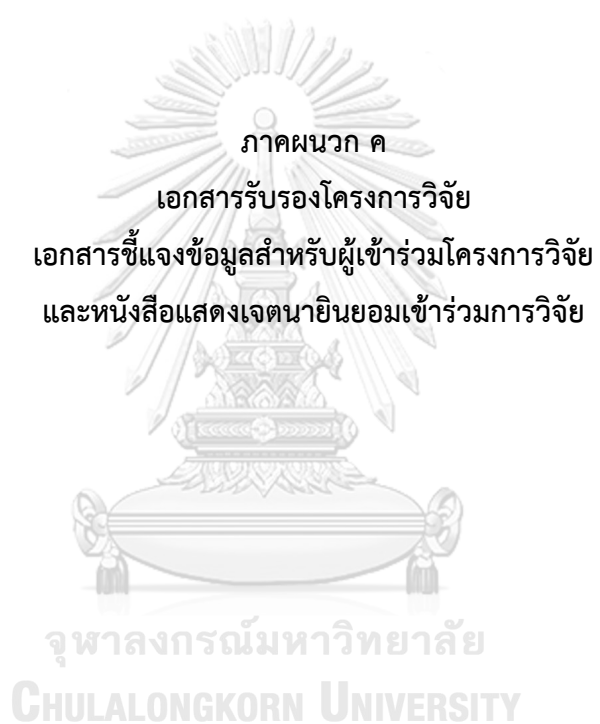
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ โทร. 08-3092-3906





เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 59211
เอกสารเลขที่ 220/2559

ชื่อโครงการ ..“ผลของโปรแกรมชีวแมนนิจุดต่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ..”
(ภาษาอังกฤษ) ..“The effect of humanitude program on anxiety..of older..persons admitted in coronary care unit..”
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวอัจฉราภรณ์ อู้อย่างเกตุ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ ระดับ 9
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2559
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2559
3. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2559
4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2559
5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2559
6. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2559

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี
คือสิ้นสุดวันที่ 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นายแพทย์มานัส โพธารมณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6447000 ต่อ 6226-7 **โทรศัพท์มือถือ** 083-0923906

E-mail Address: iaomzaaa@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด และเพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ การตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 1 จากนั้นท่านจะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นระยะเวลา 20-30 นาทีต่อครั้ง นาน 3 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ภายใน 24 ชั่วโมงแรก และภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัยในวันที่ 3 ท่านจะได้รับการทำประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ครั้งที่ 2 และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด จากนั้นผู้วิจัยแจ้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างดำเนินโครงการวิจัยหากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02) 3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็วและไม่ชักช้า

5. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการบริการตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรับบริการที่ท่านได้รับอยู่

6. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลลงในแบบประเมิน จะใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น

8. ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย จนกว่าจะเข้าใจดี หรือสามารถปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น ๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน
หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ พยาบาลวิชาชีพ ที่อยู่ 2
โรงพยาบาลราชวิถี ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ลงนามด้านท้าย
ของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมฮิวแมนนิจูด
ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำ
ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วม
การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ลงนาม

ลงนามผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงนาม

(นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ)

ผู้วิจัย

ลงนาม

(.....)

พยาน



ที่ ศธ 0512.11/ 1๙๖4



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิตยา คชภักดี

เนื่องด้วย นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยั้งเกตุ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมอิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg (The State-Trait Anxiety Inventory : From X-1) ฉบับภาษาไทย ของ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิตยา คชภักดี, รองศาสตราจารย์ สายฤดี วรรกิจโกคาทร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มาลี นิสสัยสุข

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยั้งเกตุ โทร. 08-3092-3906



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination -Thai version [MMSE-Thai 2002])

ชุดที่ 2 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory: Form X-1) ของ Spielberger et al. (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ศษ ภัคดี และคณะ (2526)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (สำหรับพยาบาล)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด (สำหรับผู้ป่วย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination -Thai version [MMSE-Thai 2002])

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและบันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ในกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

	บันทึกคำตอบ	คะแนน
1. Orientation for time (5 คะแนน) ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน		
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร		<input type="checkbox"/>
1.2 วันนี้วันอะไร		<input type="checkbox"/>
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร		<input type="checkbox"/>
1.4 ปีนี้ปีอะไร		<input type="checkbox"/>
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร		<input type="checkbox"/>
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน		
2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		<input type="checkbox"/>
2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร		<input type="checkbox"/>
2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร		<input type="checkbox"/>
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		<input type="checkbox"/>
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร		<input type="checkbox"/>
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร		<input type="checkbox"/>
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร		<input type="checkbox"/>
2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร		<input type="checkbox"/>
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		<input type="checkbox"/>
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร		<input type="checkbox"/>

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดี นะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้ คุณ (ตา, ยาย,...) พูดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันถามซ้ำ (การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่าง กันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป) (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม (ถ้าตอบคิดเป็น ให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบ คิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ทำข้อ 4.2)

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา" (บันทึก คำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

.....

(ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2)

4.2 "ดิฉันจะสะกดคำว่า **มะนาว** ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอย หลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า - สระอะ - นอหนุ - สระอา - วอ แหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ"

.....

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

"เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำฟีกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังดิฉันนะ เมื่อดิฉันพูดข้อความนี้ให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตาม ดิฉันจะบอกเพียงทีละคำเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่"

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่....." (พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ A4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

หลับตาได้

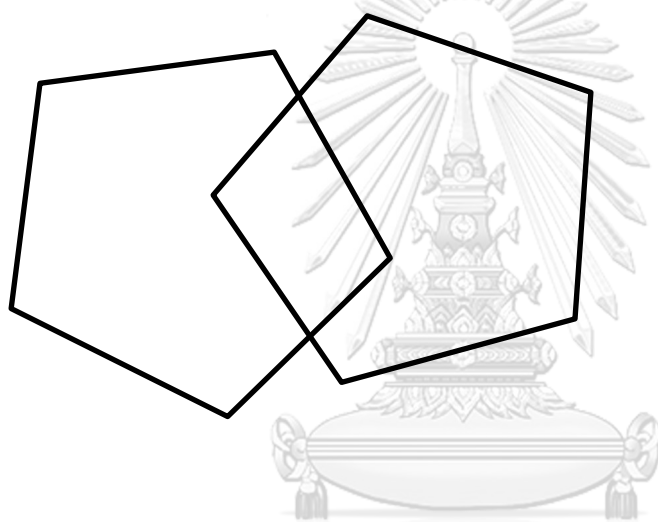
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย มา 1 ประโยค"

.....
 ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

รวม คะแนน

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22	30

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติ และจากการสอบถามผู้สูงอายุ โดยบันทึกและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ [] ตามความเป็นจริง

ผู้สูงอายุรายที่.....[] กลุ่มควบคุม [] กลุ่มทดลอง วันที่เก็บข้อมูล.....

1. เพศ [] ชาย [] หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
[] พุทธ [] คริสต์ [] อิสลาม [] อื่นๆ ระบุ
4. สถานภาพสมรส
[] โสด [] คู่ [] หม้าย [] หย่า [] แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
[] ไม่ได้รับการศึกษา [] ประถมศึกษา [] มัธยมต้น
[] มัธยมปลาย/ปวส. [] ปริญญาตรี [] สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
[] ไม่ได้ทำงาน [] เกษตรกรรม [] ค้าขาย
[] รับจ้าง [] ข้าราชการบำนาญ [] อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
[] ไม่มีรายได้ [] น้อยกว่า 5,000 บาท
[] 5,001-10,000 บาท [] มากกว่า 10,001 บาท
8. โรคประจำตัวอื่นๆ
[] ไม่มี [] มี ระบุโรค.....
9. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
[] ไม่เคย [] เคยครั้ง
10. การวินิจฉัยโรคในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (สำหรับพยาบาล)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด (สำหรับผู้ป่วย)



ส่วนที่ 1

แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ



จัดทำโดย

นางสาวอัจฉราภรณ์ อู่ยั้งเกตุ

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

คำชี้แจง

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น หากมีความวิตกกังวลในระดับสูงจะกระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

จากปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุที่มีบทบาทในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงได้นำปรัชญาแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีระดับความวิตกกังวลลดลงจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ

แผนการดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

- วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยยึดหลักการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ และเพื่อลดความวิตกกังวลขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
- กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป (40 คะแนนขึ้นไป)
- สถานที่ดำเนินการ** หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี
- วิธีการปฏิบัติ** จัดกิจกรรมรายเดี่ยว จำนวน 22 คน
- ระยะเวลา** จัดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 20-30 นาที
- ผู้ดำเนินกิจกรรม** นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ
- การเตรียมตัวผู้วิจัย**
1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมรวมถึง การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) โดย Yves Gineste และคณะ เพื่อฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
 2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลที่ใช้ทดลอง และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
 3. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี และขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล
 4. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อชี้แจงและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
 5. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด

เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจกับผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

โปรแกรมฮิวแมนนิจูดดำเนินกิจกรรมที่จัดกระทำให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจนาน 8 ชั่วโมงขึ้นไป โดยการดำเนินกิจกรรมจะใช้เวลาดำเนินการวันละ 20-30 นาที เป็นระยะเวลา 3 วัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง สรุปการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

วันที่	แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด		กิจกรรมตามโปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 1 20 นาที่	1. ก่อนสร้าง สัมพันธภาพ (Pre- preliminary)	-	กิจกรรม “แรกพบ” โดยการส่งสัญญาณ ก่อนเข้าดูแลผู้สูงอายุ ทุกครั้ง	เพื่อส่งสัญญาณให้ ผู้สูงอายุรับรู้ และ ป้องกันอาการตื่น ตระหนกตกใจ กลัว	4 นาที่
	2. การสร้าง สัมพันธภาพ (Preliminary)	- การสบตา - การพูด	กิจกรรม “สบตาด้วย รัก” โดยการสบตา อย่างอ่อนโยน ยิ้มแย้ม และกล่าวทักทายด้วย น้ำเสียง นุ่ม นวล แนะนำตัว แจ่ม วัตถุประสงค์ในการให้ การดูแล	เพื่อให้ ผู้สูง อายุ ไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และมีสัมพันธภาพที่ดี ต่อกัน รวมทั้งให้ ความร่วมมือในการ ดูแล	3 นาที่

วันที่	แนวทางการดูแลแบบชีวแมนนิจูด		กิจกรรมตามโปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 1 (ต่อ)	3. การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส - การจัดทำในแนวตั้งตรง	กิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” แสดงถึงความเข้าใจ สร้างความมั่นใจ และดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาผ่านการพูดกระตุ้นความรู้สึก ให้กำลังใจ ปลอบโยน ร่วมกับให้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล และการสบตาอย่างอ่อนโยน กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” โดยการจัดท่าลูกนั่งบนเตียง และแนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึกเพื่อผ่อนคลาย	เพื่อแสดงถึงความสนใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ พร้อมทั้งจะรับฟังปัญหา และช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ	10 นาที
	4. การสรุปผล (Emotional consolidation)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การสรุปผลการดูแล” โดยสรุปผลการทำงานกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ และให้กำลังใจ เพื่อสร้างความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน	เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และความรู้สึกดีร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น	2 นาที
	5. การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “การนัดหมาย” โดยการนัดหมาย วัน เวลาในการดูแลครั้งต่อไป และกล่าวลา	เพื่อให้รู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ยินดี ให้ความช่วยเหลือ และให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่อง	1 นาที

วันที่	แนวทางการดูแลแบบชีวแมนนิจูด		กิจกรรมตาม โปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 2 20-30 นาทีก่อน นาทีก่อน	1. ก่อนสร้าง สัมพันธ์ภาพ (Pre- preliminary)	-	กิจกรรม “ แรกพบ ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อป้องกันอาการตื่น ตระหนกตกใจกลัว	3-4 นาทีก่อน
	2. การสร้าง สัมพันธ์ภาพ (Preliminary)	- การสบตา - การพูด	กิจกรรม “ สบตาด้วย รัก ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ที่ดีต่อกันและ ให้ ความร่วมมือในการ ดูแล	2-3 นาทีก่อน
	3. การปฏิบัติการ ดูแล (Sensory circle)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส - การจัด ท่าทางใน แนวตั้งตรง	กิจกรรม “ การกระตุ้น ความรู้สึก ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1) กิจกรรม “ การเคลื่อนไหวร่างกาย ” คือ การ กระตุ้นการลุกนั่ง ยืน เดิน และการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันด้วย ตนเอง ตามระดับ ความสามารถในการ ยืนของผู้สูงอายุ	เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกผ่อนคลาย และ สบายใจ เพื่อให้รับรู้ถึงความ สามารถในการ เคลื่อนไหวร่างกาย รับรู้ถึงการมีตัวตน หรือความเป็นมนุษย์ ในตนเอง	13- 20 นาทีก่อน
	4. การสรุปผล (Emotional consolidation)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “ การสรุปผล การดูแล ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อให้กำลังใจ สร้าง ความมั่นใจและให้ การดูแลในครั้งต่อไป ง่ายขึ้น	1-2 นาทีก่อน
	5. การสิ้นสุดการ ปฏิบัติการดูแล (The appointment)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “ การนัด หมาย ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อรับรู้ถึงการดูแล เอาใจใส่ ห่วงใย ยินดี ให้ความช่วยเหลือ และได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง	1 นาทีก่อน

วันที่	แนวทางการดูแลแบบหิวแมนนิจูด		กิจกรรมตาม โปรแกรม	เหตุผล	เวลา
	ขั้นตอน	องค์ประกอบ			
วันที่ 3 20-30 นาที	1. ก่อนสร้าง สัมพันธ์ภาพ (Pre- preliminary)	-	กิจกรรม “ แรกพบ ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อป้องกันอาการตื่น ตระหนกตกใจ กลัว	3-4 นาที
	2. การสร้าง สัมพันธ์ภาพ (Preliminary)	- การสบตา - การพูด	กิจกรรม “ สบตาด้วย รัก ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อสร้างสัมพันธ์- ภาพที่ดีต่อกัน และ ให้ความร่วมมือใน การดูแล	2 นาที
	3. การปฏิบัติการ ดูแล (Sensory circle)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส - การจัด ท่าทางใน แนวตั้งตรง	กิจกรรม “ การกระตุ้น ความรู้สึก ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1) กิจกรรม “ การเคลื่อนไหวร่างกาย ” คือ การ กระตุ้นลูกนั่ง ยืน เดิน และการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเอง	เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึก ผ่อนคลาย สบายใจ เพื่อให้รับรู้ถึงความ สามารถในการ เคลื่อนไหวร่างกาย รับรู้ถึงการมีตัวตน หรือความเป็นมนุษย์ ในตนเอง	13- 20 นาที
	4. การสรุปผล (Emotional consolidation)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	กิจกรรม “ การสรุปผล การดูแล ” (เช่นเดียวกับวันที่ 1)	เพื่อสร้างกำลังใจ และผ่อนคลายความ วิตกกังวล	1-2 นาที
	5. การสิ้นสุดการ ปฏิบัติการดูแล (The appointment)	- การสบตา - การพูด - การสัมผัส	ผู้วิจัย สรุป ปัญหา ร่วมกับผู้สูงอายุและ กล่าวสิ้นสุดการดูแลใน ครั้งนี้	เพื่อทบทวนปัญหา และการจัดการกับ ปัญหาร่วมกันและ สิ้นสุดการดูแล	1-2 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ภายหลังเข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง) ใช้เวลา 20 นาที

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เป็นรายบุคคล ผู้วิจัยแนะนำตัว กับผู้ป่วยและญาติ (ถ้ามี) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย หลังได้รับการยินยอม และจึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลองโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

2. ภายหลังจากการประเมินระดับความวิตกกังวล ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการ ดำเนินตามโปรแกรม โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และทำจิตใจให้สงบ มั่นคง และเต็มใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความสุขสบายและคลายจากความวิตกกังวล

3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลตาม ขั้นตอนการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ดังแสดงไว้ในตารางแผนการดำเนินโปรแกรมการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวล ครั้งที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 2 (วันที่ 2).....

.....

กิจกรรมครั้งที่ 3 (วันที่ 3).....

.....

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยประเมินผลโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเมื่อผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมไปแล้ว 15 นาที ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังจากนั้นประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 2

3.2 ผู้วิจัยแจ้งถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบพระคุณ ผู้สูงอายุในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ส่วนที่ 2

คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด

เพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (สำหรับพยาบาล)



**คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ
แบบฮิวแมนนิจูด**

เพื่อลดความวิตกกังวล
เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
(สำหรับพยาบาล)

จัดทำโดย
นางสาวอัจฉราภรณ์ อู่ยั้งเกตุ
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา



ส่วนที่ 3

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเป็นแบบประเมินที่ใช้สอบถามถึง การได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีต่อท่านในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยทำ เครื่องหมาย ✓ ในช่อง **ปฏิบัติ** หากพยาบาลได้ให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และ ✓ ในช่อง **ไม่ได้ปฏิบัติ** หากพยาบาลไม่ได้ให้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

พฤติกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของพยาบาล	การพยาบาล	
	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. พยาบาลใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน มีน้ำเสียงนุ่มนวลในการสนทนากับท่าน		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10. พยาบาลกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ท่านลุกนั่ง ยืน หรือเดิน		

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....



ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 9 คะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจรายบุคคล

ตารางที่ 10 คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจจำแนกรายข้อ

ตารางที่ 12 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ตารางที่ 13 Reliability แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory: Form X-1)

ตารางที่ 14 Reliability แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด



ตารางที่ 9 คะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจรายบุคคล

คนที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ระดับการศึกษา	คะแนน MMSE	จุดตัด คะแนน	ผล สมรรถ ภาพ สมอง	ระดับการศึกษา	คะแนน MMSE	จุดตัด คะแนน	ผล สมรรถ ภาพ สมอง
1	ไม่ได้เรียน	16	≥ 14	ปกติ	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ
2	สูงกว่าประถม	24	≥ 22	ปกติ	ประถมศึกษา	19	≥ 17	ปกติ
3	สูงกว่าประถม	22	≥ 22	ปกติ	ประถมศึกษา	18	≥ 17	ปกติ
4	ไม่ได้เรียน	14	≥ 14	ปกติ	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ
5	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ
6	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ	สูงกว่าประถม	22	≥ 22	ปกติ
7	ประถมศึกษา	19	≥ 17	ปกติ	ประถมศึกษา	19	≥ 17	ปกติ
8	ประถมศึกษา	18	≥ 17	ปกติ	ไม่ได้เรียน	15	≥ 14	ปกติ
9	ไม่ได้เรียน	20	≥ 14	ปกติ	ประถมศึกษา	19	≥ 17	ปกติ
10	ประถมศึกษา	21	≥ 17	ปกติ	ประถมศึกษา	22	≥ 17	ปกติ
11	สูงกว่าประถม	28	≥ 22	ปกติ	สูงกว่าประถม	24	≥ 22	ปกติ
12	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ	ไม่ได้เรียน	14	≥ 14	ปกติ
13	ประถมศึกษา	22	≥ 17	ปกติ	ประถมศึกษา	24	≥ 17	ปกติ
14	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ	ประถมศึกษา	17	≥ 17	ปกติ
15	ประถมศึกษา	24	≥ 17	ปกติ	สูงกว่าประถม	26	≥ 22	ปกติ
16	สูงกว่าประถม	25	≥ 22	ปกติ	ประถมศึกษา	24	≥ 17	ปกติ
17	ประถมศึกษา	22	≥ 17	ปกติ	ประถมศึกษา	25	≥ 17	ปกติ
18	ประถมศึกษา	22	≥ 17	ปกติ	สูงกว่าประถม	26	≥ 22	ปกติ
19	ประถมศึกษา	24	≥ 17	ปกติ	สูงกว่าประถม	26	≥ 22	ปกติ
20	ประถมศึกษา	18	≥ 17	ปกติ	ประถมศึกษา	18	≥ 17	ปกติ
21	ประถมศึกษา	22	≥ 17	ปกติ	ไม่ได้เรียน	17	≥ 14	ปกติ
22	สูงกว่าประถม	22	≥ 22	ปกติ	สูงกว่าประถม	22	≥ 22	ปกติ

ตารางที่ 10 คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	40	ปานกลาง	38	ต่ำ	44	ปานกลาง	32	ต่ำ
2	42	ปานกลาง	42	ปานกลาง	44	ปานกลาง	38	ต่ำ
3	52	ปานกลาง	51	ปานกลาง	49	ปานกลาง	31	ต่ำ
4	44	ปานกลาง	52	ปานกลาง	42	ปานกลาง	36	ต่ำ
5	44	ปานกลาง	57	ปานกลาง	51	ปานกลาง	38	ต่ำ
6	47	ปานกลาง	54	ปานกลาง	58	ปานกลาง	41	ปานกลาง
7	41	ปานกลาง	49	ปานกลาง	53	ปานกลาง	42	ปานกลาง
8	51	ปานกลาง	53	ปานกลาง	50	ปานกลาง	45	ปานกลาง
9	44	ปานกลาง	49	ปานกลาง	45	ปานกลาง	26	ต่ำ
10	47	ปานกลาง	49	ปานกลาง	49	ปานกลาง	47	ปานกลาง
11	51	ปานกลาง	52	ปานกลาง	57	ปานกลาง	43	ปานกลาง
12	53	ปานกลาง	55	ปานกลาง	55	ปานกลาง	35	ต่ำ
13	60	สูง	63	สูง	49	ปานกลาง	42	ปานกลาง
14	50	ปานกลาง	52	ปานกลาง	40	ปานกลาง	44	ปานกลาง
15	50	ปานกลาง	59	ปานกลาง	49	ปานกลาง	38	ต่ำ
16	47	ปานกลาง	49	ปานกลาง	49	ปานกลาง	40	ปานกลาง
17	55	ปานกลาง	49	ปานกลาง	49	ปานกลาง	41	ปานกลาง
18	48	ปานกลาง	57	ปานกลาง	63	สูง	46	ปานกลาง
19	43	ปานกลาง	46	ปานกลาง	54	ปานกลาง	47	ปานกลาง
20	51	ปานกลาง	51	ปานกลาง	45	ปานกลาง	40	ปานกลาง
21	47	ปานกลาง	54	ปานกลาง	60	สูง	47	ปานกลาง
22	58	ปานกลาง	53	ปานกลาง	47	ปานกลาง	38	ต่ำ
\bar{x}	48.36		50.09		51.55		39.86	
SD	5.29		5.91		5.41		5.52	

ตารางที่ 11 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำแนกรายข้อ

ความรู้สึกในขณะนี้	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ	3.14	0.56	2.73	0.55	3.18	0.50	3.14	0.47
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต	3.05	0.72	2.86	0.47	3.14	0.56	3.09	0.61
3. ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ	2.45	0.60	1.64	0.58	2.36	0.49	2.55	0.51
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ	1.55	0.67	1.00	0.00	1.18	0.39	1.36	0.58
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ	3.09	0.53	2.59	0.67	3.00	0.76	3.05	0.58
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด	1.59	0.80	1.23	0.43	1.18	0.39	1.41	0.50
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น	2.64	0.73	2.09	0.75	2.50	0.60	2.73	0.55
8. ข้าพเจ้ารู้สึกได้พักผ่อน	3.05	0.49	2.55	0.60	3.05	0.58	3.27	0.46
9. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวล	2.64	0.58	2.05	0.58	2.32	0.48	2.73	0.46
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย	3.14	0.47	2.50	0.67	3.27	0.63	3.36	0.49
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	3.09	0.53	2.59	0.50	2.95	0.58	3.05	0.72
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย	1.45	0.60	1.05	0.21	1.23	0.43	1.50	0.51
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย	1.59	0.67	1.18	0.39	1.55	0.51	1.73	0.46
14. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัด	1.77	0.61	1.14	0.35	1.64	0.49	1.73	0.55
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย	3.00	0.53	2.41	0.50	3.00	0.53	3.00	0.53
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ	2.73	0.55	2.23	0.53	2.68	0.48	2.86	0.35
17. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลใจ	2.50	0.60	1.86	0.47	2.32	0.48	2.64	0.49
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก	1.45	0.51	1.05	0.21	1.36	0.58	1.77	0.69
19. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเร็วเบิกบาน	3.09	0.53	2.59	0.59	3.23	0.53	3.27	0.55
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส	3.09	0.61	2.55	0.67	3.23	0.53	3.32	0.57

ตารางที่ 12 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูดของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด (จำนวน 22 คน)

ลำดับที่	คะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของพยาบาล	
	คะแนน	ร้อยละ
1	10	100
2	10	100
3	10	100
4	10	100
5	10	100
6	10	100
7	10	100
8	10	100
9	10	100
10	10	100
11	10	100
12	10	100
13	10	100
14	10	100
15	10	100
16	10	100
17	10	100
18	10	100
19	10	100
20	10	100
21	10	100
22	10	100
\bar{x}	10.00	100

ตารางที่ 13 Reliability แบบประเมินความวิตกกังวลขณะ

เผชิญ (The State Anxiety Inventory: Form X-1)

Case Processing Summary			Reliability Statistics		
		N	%	Cronbach's Alpha	N of Items
Cases	Valid	30	100.0	.886	20
	Excluded ^a	0	.0		
	Total	30	100.0		

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Anx1	43.1333	34.878	.732	.873
Anx2	43.1667	36.833	.429	.883
Anx3	43.9000	35.748	.611	.877
Anx4	44.9667	39.482	.224	.887
Anx5	43.0667	37.651	.273	.890
Anx6	44.8000	41.614	-.209	.898
Anx7	43.6667	36.092	.493	.881
Anx8	43.1333	36.533	.555	.879
Anx9	43.7667	36.806	.523	.880
Anx10	43.1333	34.257	.690	.874
Anx11	43.2667	37.789	.454	.882
Anx12	44.9667	38.792	.386	.884
Anx13	44.6333	37.689	.422	.883
Anx14	44.6000	37.697	.420	.883
Anx15	43.1667	35.040	.677	.875
Anx16	43.5333	35.844	.648	.876
Anx17	43.7667	36.047	.644	.876
Anx18	44.8333	37.937	.440	.883
Anx19	43.2000	34.855	.746	.872
Anx20	43.2000	35.200	.695	.874

ตารางที่ 14 Reliability แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.864	.840	10

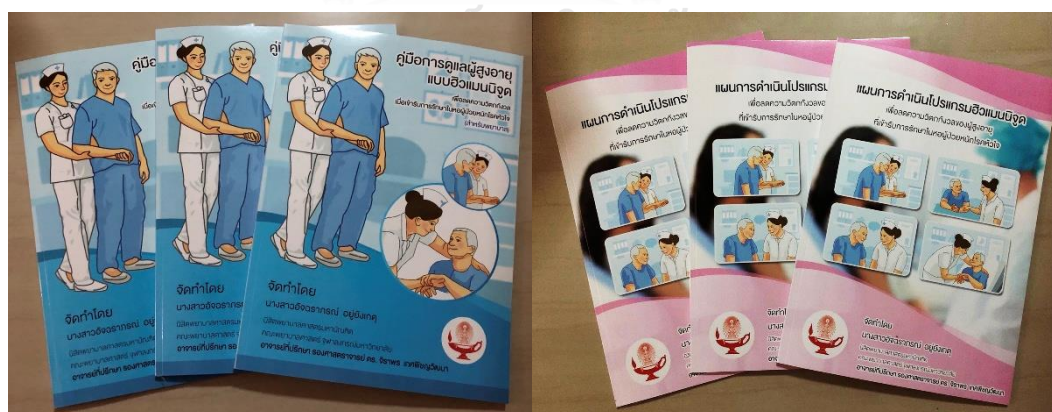
Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
care1	7.7667	4.737	.153	.874
care2	7.7667	4.737	.153	.874
care3	7.8333	4.075	.588	.850
care4	7.8000	4.234	.568	.853
care5	7.8667	3.982	.573	.851
care6	7.9667	3.551	.713	.838
care7	8.0000	3.172	.947	.810
care8	7.8667	3.844	.685	.841
care9	7.8667	3.982	.573	.851
care10	7.8667	3.913	.629	.846





ภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเริ่มโปรแกรม



ภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Pre-preliminary)

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจขณะเข้าพบ และให้ความร่วมมือในการเข้าทำกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป

กิจกรรม “แรกพบ”

ครั้งที่ 1-3

วันที่ 1-3

ระยะเวลา 3-4 นาที



ภาพที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุจากแฟ้มประวัติก่อนเข้าพบผู้สูงอายุ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้

ขั้นตอนที่ 2 ก่อนสร้างสัมพันธภาพ (Preliminary)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล รวมทั้งแสดงถึงความเคารพและให้เกียรติในความเป็นมนุษย์

กิจกรรม “สบตาด้วยรัก”

ครั้งที่ 1-3

วันที่ 1-3

ระยะเวลา 2-3 นาที



CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงและเริ่มสร้างสัมพันธภาพ โดยการสบตาอย่างอ่อนโยน และพูดคุยโดยใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียงนุ่มนวล จังหวะการพูดไม่เร็วหรือช้าเกินไป กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง พร้อมแสดงความเคารพผู้สูงอายุโดยการยกมือไหว้

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle)

วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและแสดงถึงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่

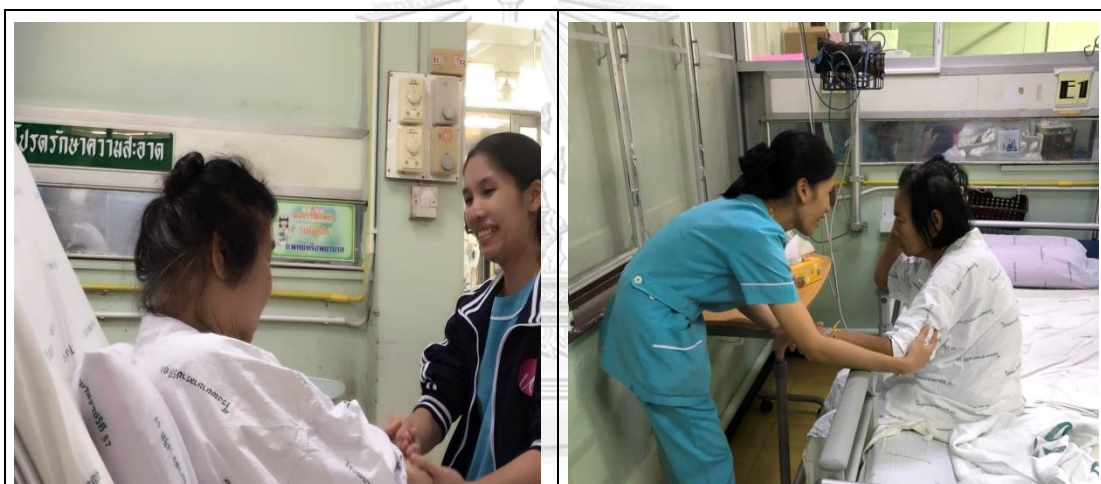
กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป

กิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” และ “การเคลื่อนไหวร่างกาย”

ครั้งที่ 1-3

วันที่ 1-3

ระยะเวลา 10-20 นาที



ภาพที่ 1, 2 ผู้วิจัยสบตา พูดคุยและสัมผัสผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล และกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก



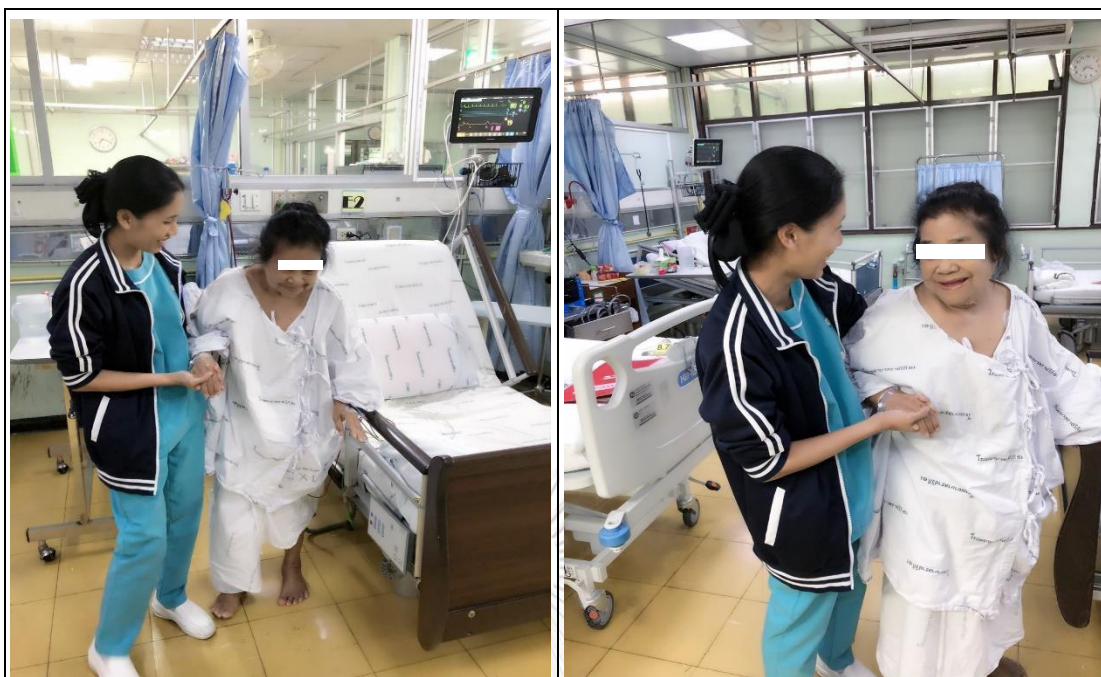
ภาพที่ 3 ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง



ภาพที่ 4 ผู้วิจัยส่งเสริมผู้ให้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายข้างเดียว โดยการจัดทำลูกนั่งห้อยขาข้างเดียว



ภาพที่ 5 ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายข้างเดียว โดยการจัดทำให้ลุกยืนข้างเดียว



ภาพที่ 6 ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการให้ลุกเดินรอบเตียง



ภาพที่ 7 ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการพาเดินเข้าห้องน้ำด้วยตนเอง
(หากผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยให้นั่งพักเป็นระยะ)

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน และส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป

กิจกรรม “การสรุปผลการดูแล”

ครั้งที่ 1-3

วันที่ 1-3

ระยะเวลา 1-2 นาที



ภาพที่ 1 ผู้วิจัยทบทวน และให้ระบายความรู้สึกหลังได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

ภาพที่ 2 ผู้วิจัยสัมผัสอย่างนุ่มนวล อ่อนโยน พร้อมทั้งสบตาและให้กำลังใจผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ยินดีให้ความช่วยเหลือ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป

กิจกรรม “การนัดหมาย”

ครั้งที่ 1-3

วันที่ 1-3

ระยะเวลา 1-2 นาที



<p>ภาพที่ 1 ผู้วิจัยสรุปปัญหาพร้อมกับผู้สูงอายุ และนัดหมายวัน เวลา ในการดูแลครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้สูงอายุรับทราบ จากนั้นกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส</p>	<p>ภาพที่ 2 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังสิ้นสุดกิจกรรมวันที่ 3</p>

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ เกิดวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดอุดรดิตถ์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปีการศึกษา 2551 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY