



รายงานการวิจัย

การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

Elderly Patient Communication Handbook
Development for a Caregiver

บุษยากร ตีระพฤติกุลชัย
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประจำปีงบประมาณ 2567

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

Elderly Patient Communication Handbook
Development for a Caregiver

บุษยากร ตีระพุดติกุลชัย

สาขาวิชานิติศาสตร์

คณะวิทยาการจัดการ

ทุนวิจัยโดยคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ประจำปีงบประมาณ 2567

(***)

ชื่องานวิจัย การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย
Elderly Patient Communication Handbook Development for a
Caregiver

ผู้วิจัย บุษยากร ตีระพุดติกุลชัย

สาขาวิชา นิเทศศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ปีเสรีจวิชัย 2567

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และ 2) เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย งานนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 คน นำข้อมูล ที่ได้มาสกัดและจัดทำร่างคู่มือการสื่อสารฯ แล้วนำร่างคู่มือการสื่อสารฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนวิพากษ์ และเสนอแนะ แล้วนำไปปรับปรุงเพื่อจัดทำเป็นคู่มือการสื่อสารฯ ในรูปแบบ ebook เผยแพร่ผ่าน ช่องทางทางออนไลน์ให้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งทำหน้าที่ด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 40 คนทดลอง ใช้ โดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบบังเอิญ และให้กลุ่มตัวอย่างทำการสำรวจความพึงพอใจในการใช้งาน คู่มือการสื่อสารฯ ดังกล่าว เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบ สำรวจความพึงพอใจแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) มีการตรวจสอบเครื่องมือ วิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ จากแบบสำรวจความพึงพอใจ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่ารูปแบบและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถจำแนกได้เป็น 1) รูปแบบและวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวัน 2) รูปแบบ และวิธีการสื่อสารขณะทำการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถนะ และ 3) รูปแบบและวิธีสื่อสารเพื่อ ดูแลสภาพจิตใจ

รูปแบบและวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ควรจะมีการทักทาย สวัสดี ถามความรู้สึก ความ ต้องการ ตลอดจนอาการของผู้ป่วย การพูดคุยถึงกิจวัตรประจำวัน เรื่องราวของผู้ป่วยและครอบครัว

(*)

อาชีพ ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ชื่นชอบ ควรสังเกตผู้ป่วยว่ามีความชื่นชอบในสิ่งใด ชอบทำกิจกรรมอะไร เพื่อออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อการสื่อสารกับผู้ป่วย

รูปแบบและวิธีการสื่อสารขณะทำการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถนะ ควรสอบถามถึงอาการหรือความรู้สึกของผู้ป่วย ทุกครั้งที่ดำเนินการด้านการดูแลหรือการรักษาพยาบาลต้องสื่อสารบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบก่อน อธิบายอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโดยอาจใช้สื่อประกอบหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการดิ่งสายหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์

รูปแบบและวิธีสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจ ต้องสังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย สื่อสารโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลหรือความเครียด ให้ผู้ป่วยมีสติอยู่กับปัจจุบัน ประสานงานให้ผู้ป่วยได้พูดคุยสื่อสารหรือได้พบกับคนที่ผู้ป่วยรักและผูกพัน คำถามสำคัญ 2 ประเด็นที่ควรสอบถาม คือ 1) ผู้ป่วยมีความทุกข์หรือความห่วงกังวลเกี่ยวกับสิ่งใดหรือใครเป็นพิเศษหรือไม่ และ 2) ผู้ป่วยต้องการพบกับใครเป็นพิเศษหรือไม่ และผู้ดูแลควรหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้คลี่คลายในสองประเด็นดังกล่าว

ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยได้ออกแบบและจัดทำเนื้อหาของร่างคู่มือการสื่อสารฯ โดยแบ่งเนื้อหาในคู่มือออกเป็น 4 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 เข้าใจผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนที่ 2 ปัญหาพื้นฐานที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนที่ 3 การสื่อสาร หัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และส่วนที่ 4 ดูแลตัวเองเท่ากับดูแลผู้ป่วย โดยมีแนวคิดสำคัญในการออกแบบคือ 1) ใช้โทนสีที่อ่านง่าย สบายตา 2) เน้นการจัดวางโดยให้มีภาพประกอบที่สอดคล้องกับเนื้อหา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และ 3) มีการใช้ภาพการ์ตูนประกอบในส่วนที่เป็นตัวอย่างบทสนทนา เพื่อเพิ่มความน่าสนใจ กระตุ้นให้เกิดการอ่านที่ต่อเนื่อง ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้คู่มือการสื่อสารฯ พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจมีความพึงพอใจโดยรวมต่อคู่มือการสื่อสารฯ อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.83 ($\bar{X} = 4.83$, $SD = 0.38$) โดยด้านเนื้อหาในคู่มือ พบว่าทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดมี 2 ประเด็น คือ ความถูกต้องของเนื้อหาในคู่มือการสื่อสารฯ มีค่าเฉลี่ย 4.73 ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.51$) และ เนื้อหาในคู่มือการสื่อสารฯ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามได้ มีค่าเฉลี่ย 4.73 ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.60$) และด้านการออกแบบคู่มือการสื่อสารฯ ก็พบว่าทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือคู่มือการสื่อสารฯ มีความสวยงาม น่าอ่าน มีค่าเฉลี่ย 4.73 ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.51$) รองลงมา มี 2 ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน

(*ค*)

คือประเด็นขนาดตัวอักษรที่ใช้มีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{x} = 4.63$, SD = 0.54) และ
ประเด็นภาพประกอบในคู่มือการสื่อสารฯ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{x} = 4.63$,
SD = 0.49)

คำสำคัญ การพัฒนา คู่มือการสื่อสาร ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วย

Abstract

This research aimed to 1) study the appropriate communication formats and methods to communicate with elderly patients and 2) develop an elderly patient communication handbook for caregivers. This was a research and development project. The research steps involved analyzing and synthesizing data from documents and conducting in-depth interviews with 4 key informants to extract the data and draft a communication handbook. The draft communication handbook was then critiqued and recommended by 3 experts before being revised to be an ebook communication handbook distributed online to a sample group of 40 elderly caregivers by accidental sampling. The sample group was surveyed on their satisfaction with using the communication handbook. The research instruments comprised a semi-structured interview form and a 5-point satisfaction rating scale. The research instruments were tested by submitting them to 3 experts to find the index of item objective congruence (IOC). The statistics used to analyze the data from the satisfaction survey included frequency distributions, percentages, means, and standard deviations.

The results of the study to answer objective 1 found that communication patterns and methods to communicate with elderly patients for caregivers can be classified into 1) communication patterns and methods in daily life, 2) communication patterns and methods during nursing or rehabilitation, and 3) communication patterns and methods for mental health care.

Patterns and methods of communication in daily life should include greetings, asking about the patient's feelings, needs, and symptoms, and talking about daily routines, the patient and family, occupations, pride, and interests. It is essential to observe patients' preferences and what activities they enjoy to design appropriate activities to communicate with the patient.

(*~*)

Communication patterns and methods during nursing or rehabilitation should inquire about the patient's symptoms or feelings. The care or treatment process must be communicated to the patient every time. Explain step by step and may use media so that the patient understands. Avoid using medical terms. Explain to the patient the importance and necessity of using medical equipment. Provide information about the adverse effects of pulling medical equipment.

Communication patterns and methods for mental health care include observing changes in the patient's physical and emotional state. Communicate with a focus on reducing anxiety or stress, allowing the patient to be mindful of the present, and coordinating for the patient to talk, communicate, or meet with people the patient loves and is attached to. Two essential questions should be asked: 1) Does the patient have any suffering or concerns about anything or anyone in particular? and 2) Does the patient want to meet anyone in particular? And the caregiver should find a way to help the patient resolve these two issues.

To answer objective 2, the researcher has prepared the content of the communication handbook by dividing the content into 4 sections: Section 1: Understanding Elderly Patients; Section 2: Basic Problems in Elderly Patients; Section 3: Communication, the Key to Caring for Elderly Patients; and Section 4: Taking Care of Yourself Means Caring for the Patient. The main concepts used in the design are 1) Using easy-to-read and comfortable color tones; 2) Emphasizing the layout with illustrations that are consistent with the content to increase communication efficiency, and 3) Using cartoon images in the sample conversations to increase interest and encourage continuous reading.

The satisfaction survey results of the sample group found that the respondents were highly satisfied with the overall communication handbook, with a mean of 4.83 ($\bar{X} = 4.83$, $SD = 0.38$). In terms of the content, it was found that all issues had the highest average satisfaction scores, with the two issues with the highest average scores: the

(***)

accuracy of the content of the communication manual, with a mean of 4.73 ($\bar{x}$ = 4.73, SD = 0.51); and the content was written with easy-to-understand language that can be followed by a mean of 4.73 ($\bar{x}$ = 4.73, SD = 0.60). In terms of designing the communication handbook, it was found that all issues had the highest average satisfaction score. The issue with the highest mean is that the communication manual is attractive to read, with a mean of 4.73 ($\bar{x}$ = 4.73, SD = 0.51). Next, there are 2 issues with the same mean, which are the issue of whether the font size used is appropriate, with a mean of 4.63 ($\bar{x}$ = 4.63, SD = 0.54), and the issue of the illustrations in the communication handbook making the content easier to understand, with a mean of 4.63 ($\bar{x}$ = 4.63, SD = 0.49).

Keywords: development, communication handbook, elderly patients, caregivers

(***)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย” สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคณะผู้บริหารและบุคลากรของคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วยคุณอินทิรา อนุตรชัชวาลย์ ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลเพชรรัตน์ คุณรุ่งทิพย์ สวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และ อ.ดร.รักษนก สมศักดิ์ จากสาขาวิชานิติศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและวิพากษ์ (ร่าง) คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ที่เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านการวิจัยของคณาจารย์ และได้สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในการดำเนินงานวิจัยขึ้นนี้จนลุล่วง

บุษยากร ตีระพฤติกุลชัย

12 ตุลาคม 2567

(*๙*)

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ซ
สารบัญภาพ	ญ
สารบัญตาราง	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
1.2 คำถามนำการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์หลักการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของโครงการวิจัย	3
1.5 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเชิงสนับสนุน	6
2.2 แนวคิดเรื่องการพยาบาลแบบองค์รวม	7
2.3 แนวคิดเรื่องการพัฒนาคู่มือด้านสุขภาพ	8
2.4 แนวคิดเรื่องการวิจัยและพัฒนา	8
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	18
3.1 ระเบียบวิธีวิจัย	19
3.2 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา	19
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19

(*ณ*)

	หน้า
3.4 ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย	19
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	20
3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	22
3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	23
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	25
3.9 การนำเสนอข้อมูล	26
บทที่ 4 ผลการศึกษา	27
4.1 ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1	27
4.2 ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2	58
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	77
5.1 สรุปผลการศึกษา	77
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	81
5.3 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	84
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	90

(*ญ*)

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ภาพที่ 4.1 ปกคู่มือ	71
ภาพที่ 4.2 ตัวอย่างเนื้อหาและการออกแบบคู่มือ	71
ภาพที่ 4.3 ตัวอย่างบทสนทนาที่ออกแบบเป็นการ์ตูนลายเส้น	71

(***)

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์	23
ตารางที่ 4.1 เพศของผู้ตอบแบบสำรวจ	72
ตารางที่ 4.2 อายุของผู้ตอบแบบสำรวจ	72
ตารางที่ 4.3 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ	73
ตารางที่ 4.4 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	74
ตารางที่ 4.5 ความพึงพอใจจากการทดลองใช้งานคู่มือการสื่อสาร	74

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

สถิติผู้สูงอายุ ปี 2567 โดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระบุว่าประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 20.70 ของประชากรไทยทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ Aging Society โดยสมบูรณ์ (นับเราด้วยคน: สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก9), สืบค้นออนไลน์) และเมื่อสืบค้นข้อมูลย้อนหลังไปจนถึง พ.ศ.2565 ในขณะนั้น ประเทศมีประชากรผู้สูงอายุ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากร ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในปี 2565 ที่น่าสนใจคือ จากประชากรผู้สูงอายุ 13 ล้านคน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 7.7 แสนคน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง 44,325 คน และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน 198,338 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

ในกรณีของจังหวัดเพชรบูรณ์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระบุว่า ในปี 2567 เพชรบูรณ์มีประชากรทั้งสิ้น 960,718 คน เป็นผู้สูงอายุ 212,828 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 หรือเกือบ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, สืบค้นออนไลน์)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในประเด็นภาระพึ่งพิง เมื่อพิจารณาสถิติของทั้งประเทศ ในปี 2567 อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ (อัตราส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน) คิดเป็นร้อยละ 31.1 โดยเมื่อเจาะลึกเฉพาะข้อมูลของจังหวัดเพชรบูรณ์ก็พบว่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 44.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สืบค้นออนไลน์) ซึ่งสูงกว่าข้อมูลเฉลี่ยของประเทศไทยในภาพรวมถึงร้อยละ 11.7

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเด็นการดูแลผู้สูงอายุกำลังเป็นเรื่องสำคัญที่ส่งผลกระทบในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ศักยภาพด้านการทำงานและหารายได้ของครอบครัวที่มีผู้ป่วยสูงอายุ ศักยภาพและทรัพยากรของชุมชนในการรองรับและให้บริการผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งหมดนี้ย่อมส่งผลไปถึงความสามารถในการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย ซึ่งในความเป็นจริง สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุก็คือประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งจุฑามาศ ทองประดับ (2562) ระบุว่า ร่างกายของผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องความเสื่อมถอยลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ ประสาทสัมผัสต่างๆ ทั้งการได้ยินและการมองเห็น ซึ่งส่งผลให้การสื่อสารกับผู้สูงอายุยากลำบากกว่าการสื่อสารกับคนทั่วไป จะเห็นได้ว่านอกจากปัญหาสุขภาพกายที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญแล้ว ยังมีการเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านความตึงเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลต่อความเสื่อมถอยด้านสุขภาพกาย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และเมื่อผนวกกับความลำบากในการสื่อสาร ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้ง

ผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัวทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี อาจมีทางเลือกในการหาผู้ดูแลผู้ป่วยมาช่วยดูแลผู้ป่วยสูงอายุ บางครอบครัวอาจดูแลผู้ป่วยสูงอายุเอง ทั้งนี้ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การสื่อสารจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การดูแลและการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากในกระบวนการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุจะต้องมีการสื่อสารระหว่างกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การสื่อสารที่เกิดขึ้นประกอบด้วย การสื่อสารเพื่อการทำกิจวัตรประจำวัน อาทิ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การสื่อสารเพื่อการดูแลรักษาพยาบาล เช่น การสื่อสารเพื่อการใส่หรือถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ การสื่อสารเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษา การสื่อสารเพื่อการทำกายภาพบำบัด การสื่อสารในระหว่างขั้นตอนการทำความสะอาดบาดแผล เป็นต้น และยังมีสื่อสารเพื่อการฟื้นฟูทางจิตใจ เช่น การสื่อสารเพื่อสอบถามทุกข์สุข การสื่อสารเพื่อปลอบประโลมหรือให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลหรือความหวาดกลัวจากอาการของโรค เป็นต้น

การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นศิลปะที่มีองค์ประกอบทั้งด้านที่เป็นศาสตร์และศิลป์ ด้านที่เป็นศาสตร์คือองค์ประกอบด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษาโรค ด้านที่เป็นศิลป์คือองค์ประกอบด้านศิลปะในการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ การปลอบประโลมใจ และการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีความจำเพาะ ต้องอาศัยทั้งความรู้และประสบการณ์ร่วมกันในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีตามที่คาดหวัง

ผู้วิจัยได้ทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยในบริบทของการรักษาพยาบาลก็พบว่านุจริย์ ภูระยา (2567) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์” ซึ่งข้อค้นพบจากงานวิจัยระบุว่า การสื่อสารทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด ดังนั้น หากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารทางสุขภาพเป็นหลัก ส่วนการวิจัยของสุรภา สายแก้ว ยุพิน ถนอมวิชัย และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2562) ซึ่งศึกษาเรื่อง “การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม” ก็ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของการสื่อสารในการรักษาผู้ป่วย โดยผลการศึกษาระบุว่าลักษณะท่าทีการแสดงออก การพูดให้กำลังใจของพยาบาล ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่พร้อมต่อสู้กับโรคและความเจ็บป่วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะต้องแสดงออกถึงความเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ควบคู่กับความสามารถในการอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย

ส่วนในต่างประเทศนั้น งานวิจัยของ Turabian, J. (2019) ซึ่งทำการศึกษาความแตกต่างด้านบุคลิกภาพทางการสื่อสารและความสัมพันธ์ของแพทย์ทั่วไปกับผู้ป่วยสูงอายุ ก็พบประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มจะยอมรับในอำนาจของแพทย์ การสื่อสารแบบอวัจนภาษาช่วยในการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกได้ดีเมื่อเทียบกับการใช้คำพูด การฟังอย่างตั้งใจและ

พูดคุยเชิงลึกกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้สร้างชีวิตและตัวตนขึ้นมาใหม่ได้อีกครั้ง การสื่อสารทางวาจา เช่น การซักถามอาการต่างๆ จะต้องพิจารณาภาวะทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย และการสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ

การศึกษาวิจัยในประเด็นเหล่านี้ โดยมากจะมุ่งเน้นการศึกษาในบริบทของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุในภาพรวมที่ครอบคลุมตั้งแต่การสื่อสารในชีวิตประจำวันไปจนถึงการสื่อสารในสถานการณ์เฉพาะ ผู้วิจัยกลับพบว่ามีข้อมูลในประเด็นดังกล่าวนี้ค่อนข้างน้อยมาก ในขณะเดียวกัน ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยข้างต้นบ่งชี้ว่าความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุจะมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อคนทั่วไปที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การมีคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับคนดูแล ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัว หรือคนดูแลที่มีอาชีพรับจ้างดูแลผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อทั้งผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ทั้งนี้ การพัฒนาคู่มือการสื่อสารฯ ดังกล่าว จะเป็นการพัฒนาภายใต้การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงวิชาการและข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานจริงที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อนำมาหลอมรวมและสร้างเครื่องมือการสื่อสารฯ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

1.2 คำถามนำการวิจัย

1.2.1 รูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมีลักษณะอย่างไร

1.2.2 กระบวนการพัฒนาคู่มือการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมีกระบวนการอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์หลักการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

1.3.2 เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

1.4 ขอบเขตของโครงการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย” สนใจศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุเพื่อนำมาจัดทำเป็นคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีการศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อนำมาออกแบบคู่มือการสื่อสารฯ โดยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง คือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 4 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป เมื่อได้คู่มือแล้วมีการนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 40 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ

1.4.3 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการทำวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม - สิงหาคม 2567

1.5 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1.5.1 การพัฒนา หมายถึง การร่างและออกแบบเนื้อหาและรูปแบบคู่มือการสื่อสาร จากการศึกษารวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ วิเคราะห์และสังเคราะห์จนได้เนื้อหาและรูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้งาน

1.5.2 ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์ตาม นัดหมายเป็นประจำหรือครั้งคราวและมีความจำเป็นต้องมีผู้ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การกายภาพบำบัด การทำความสะอาดแผล

1.5.3 คู่มือการสื่อสาร หมายถึง แนวทางและวิธีการการสื่อสารระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชีวิตประจำวัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถนะ และแนวทางการสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย

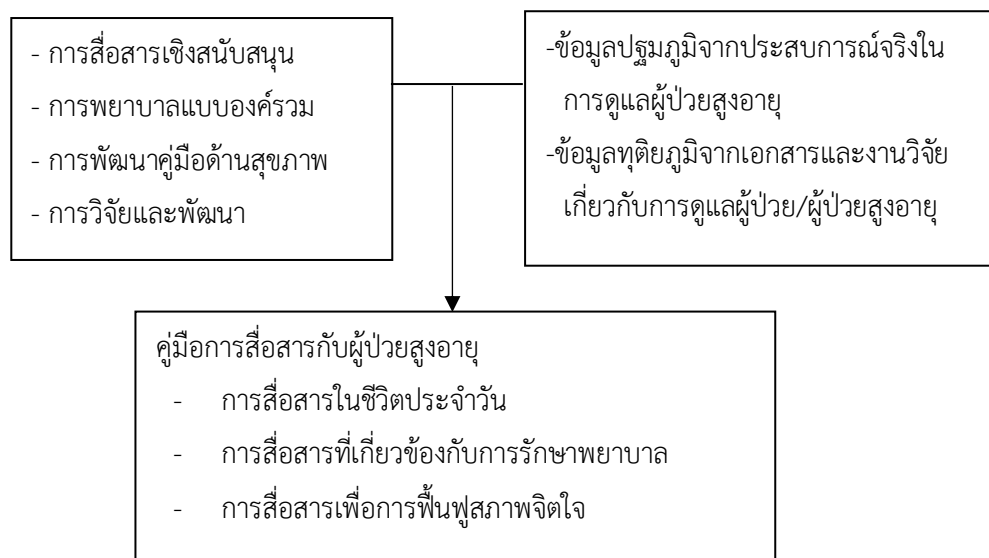
1.5.4 ผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่มีอาชีพหรือความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในกิจวัตรประจำวันและการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ เช่น การรับประทานยา การกายภาพบำบัด การทำความสะอาด ซึ่งอาจเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการพยาบาล คนรับจ้างดูแลผู้ป่วย (Caregiver) หรือคนในครอบครัวผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ประโยชน์ด้านวิชาการ เกิดองค์ความรู้ด้านรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ

1.6.2 ประโยชน์ด้านสังคมและชุมชน ทำให้มีคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถศึกษาเพื่อให้ความเข้าใจเบื้องต้นและประยุกต์และปรับใช้ตามบริบทของตน

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย” เป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเนื้อหาในบทที่ 2 จะได้กล่าวถึงวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง อันประกอบไปด้วย

1. แนวคิดเรื่องการสื่อสารเชิงสนับสนุน
2. แนวคิดเรื่องการพยาบาลแบบองค์รวม
3. แนวคิดเรื่องการพัฒนาคู่มือด้านสุขภาพ
4. แนวคิดเรื่องการวิจัยและพัฒนา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเชิงสนับสนุน

แนวคิดเรื่องการสื่อสารเชิงสนับสนุน (Supportive Communication) เป็นแนวคิดที่ MacGeorge, E. L., Feng, B., & Burleson, B. R. (2011) ได้ให้ความหมายว่าหมายถึงการสื่อสารที่ใช้ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา โดยมีความตั้งใจเพื่อให้การช่วยเหลือต่อผู้ที่ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในแง่มุมต่างๆ การสื่อสารดังกล่าวเกิดขึ้นผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวชักจูงใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการสื่อสารเพื่อสร้างความบันเทิง การสื่อสารเชิงสนับสนุนมีบทบาทต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในบริบทต่างๆ อาทิ การสื่อสารเพื่อช่วยเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี ทำให้เกิดการปรับตัวในเชิงจิตวิทยาได้ดีขึ้น ทำให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝันได้ดีขึ้น รวมไปถึงทำให้คนสามารถบริหารจัดการตนเองและบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้นในสถานะที่กดดัน ในด้านการแพทย์ การสื่อสารเชิงสนับสนุนจะส่งผลให้คนสามารถรับมือกับภาวะเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย

Das, N. (สืบค้นออนไลน์) ได้ระบุในบทความออนไลน์เรื่อง “Supportive Communication: Meaning, Importance, and Attributes” ว่าการสื่อสารเชิงสนับสนุนมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ปรับปรุงความสัมพันธ์ของผู้คน ไม่ว่าจะเป็นในครอบครัว ที่ทำงาน หรือภายในทีม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือยากลำบาก โดยการสื่อสารเชิงสนับสนุนมีเป้าหมายทั้งการรักษาความสัมพันธ์เชิงบวกควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหา การให้คำวิจารณ์ติชม หรือการพูดถึงความบกพร่องบางประการของผู้อื่น ทั้งนี้การสื่อสารเชิงสนับสนุนมีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้ 1) วัตถุประสงค์หลักของการสื่อสารคือการแก้ไขปัญหาหรือบรรลุมติวัตถุประสงค์บางอย่างควบคู่กับการรักษาความสัมพันธ์ 2) เน้นที่ประเด็นปัญหาและการหาแนวทางการแก้ไข ไม่มุ่งหาความผิดพลาดของตัวบุคคล แต่เน้นการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วม 3) เน้นการใช้ภาษาเชิงบรรยาย (Descriptive) มากกว่าการใช้ภาษาเชิงประเมิน (Evaluative) เน้นการใช้ภาษาที่ทำให้เกิดความชัดเจนในการอธิบายสถานการณ์

หรือสภาพปัญหา เช่น แทนที่จะพูดว่ามีบางอย่างที่ผิดพลาด อาจบรรยายถึงสิ่งที่ทำ ผลที่ตามมาจากการกระทำ และสิ่งที่ควรทำเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า 4) ใช้วิธีการสื่อสารที่ทำให้คู่สนทนารู้สึกถึงความเท่าเทียม ทั้งในด้านศักดิ์ศรี สถานภาพ หรือความสามารถ 5) เน้นการสื่อสารแบบสองทางเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสื่อสาร 6) เน้นการจัดการปัญหาโดยมองสถานการณ์ในภาพรวมมากกว่าสถานการณ์เฉพาะบุคคลที่จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าต้องรับผิดชอบหรือเป็นความรับผิดชอบของคนใดคนหนึ่ง โดยเน้นการสื่อสารที่จริงใจและตรงไปตรงมา 7) เน้นการสื่อสารโดยให้การยอมรับหรือความนับถือ คู่สนทนา รู้สึกมีตัวตน ไม่ถูกละเลยหรือมองข้าม ทำให้สามารถลดระยะห่างในความสัมพันธ์ได้มากขึ้น 8) ระบุปัญหาให้เฉพาะเจาะจง ไม่ใช่การพูดถึงแบบกว้างๆ เพราะการพูดกว้างๆ อาจทำให้ประเด็นหลักถูกบิดเบือนไป 9) เน้นการสื่อสารเชิงเชื่อมโยงกับผู้อื่น ไม่ใช่แยกจากผู้อื่น การสื่อสารที่แยกจากผู้อื่นจะมีลักษณะดังนี้คือ การไม่เปิดโอกาสให้ผู้อื่นพูด การหยุดสื่อสารนานเกินไป หรือการเปลี่ยนประเด็นไปเรื่อย 10) เป็นเจ้าของการสื่อสาร ไม่ละเลยการสื่อสาร การเป็นเจ้าของการสื่อสารของเราคือการรับผิดชอบต่อสิ่งที่เราสื่อสาร 11) ฝึกการรับฟัง ไม่ใช่เป็นผู้พูดเพียงอย่างเดียว แต่ฝึกฟังด้วยความตั้งใจ เพื่อให้ผู้ฟังรู้สึกว่าได้รับความใส่ใจ

2.2 แนวคิดเรื่องการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวมหมายถึงการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) คือ ภาวะสมดุลของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการเจ็บป่วยจะไม่ใช่การเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น เพราะทุกระบบสัมพันธ์กัน ดังนั้นการดูแลรักษาจึงต้องมุ่งเน้นองค์รวม ให้ความสำคัญกับทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคล (อุไร หัตถกิจ และ ประภาพร ชูกำเนิด, 2558 อ้างถึงใน อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และ พัทธนี สมกำลัง, มปป.)

Dossy, B และ Guzzetta, C. (2005) ได้บ่งชี้ถึงลักษณะที่สำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม ในแง่มุมสำคัญคือ การพยาบาลแบบองค์รวมมุ่งค้นหาสาเหตุหรือรูปแบบของการเจ็บป่วย มุ่งมองภาพรวมของผู้ป่วยโดยใช้มุมมองแบบบูรณาการ ให้ความสำคัญกับคุณค่าต่างๆ ที่มนุษย์ยึดถือ ความเจ็บป่วยหรือโรคอาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ พยายามใช้กระบวนการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมหรือแทรกแซงผู้ป่วยให้น้อยที่สุด พิจารณาร่างกายที่เจ็บป่วยเป็นระบบที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับครอบครัว ที่ทำงาน สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และประวัติความเป็นมาของผู้ป่วย สภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการป่วยและการรักษาโรค และให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น สิ่งที่อยู่รายรอบ

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2556 อ้างถึงใน อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และ พัทธนี สมกำลัง, มปป.) ระบุว่าหลักการการพยาบาลแบบองค์รวมมีทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ 1) ตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล 2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยบริการ 3) ผู้รับบริการมีส่วนร่วม

ร่วมในการดูแลสุขภาพ 4) สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้รับบริการ 5) การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้รับบริการ 6) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการและครอบครัว 7) สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร และ 8) ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีพื้นบ้านที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ

2.3 แนวคิดเรื่องการพัฒนาคู่มือด้านสุขภาพ

Lang, T. (สื่อบนออนไลน์) ระบุว่า การพัฒนาคู่มือด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากการจัดทำคู่มือในลักษณะนี้นั้น ไม่ได้มีเพียงการเขียนให้ถูกต้องตามหลักภาษา แต่ผู้จัดทำจะต้องมีความคิดสร้างสรรค์และมีความละเอียดอ่อนในการใช้ภาษา การใช้ภาพประกอบและงานกราฟิก ทั้งนี้ คู่มือที่จัดทำขึ้นจะทำให้ผู้ใช้งานสามารถทบทวนความรู้ความเข้าใจและแนวทางการปฏิบัติได้ตลอดเวลา โดยหลักการสำคัญในการออกแบบคู่มือก็คือการทำให้คู่มือสามารถเข้าถึงหรือใช้งานได้ง่าย มีเนื้อหาที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เนื้อหาต่างๆ เขียนให้เข้าใจง่าย สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ใช้งาน มีการออกแบบให้สวยงาม ดึงดูดสายตา โดยการเขียนเนื้อหาในคู่มือควรมีน้ำเสียงในเชิงบวกและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมผ่านการอธิบายให้ความรู้ เหตุและผล ประโยชน์และโทษ ทั้งนี้ มีเนื้อหาที่ส่งเสริมการรับรู้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือทางเลือกใหม่ๆ ที่เป็นไปได้ เนื้อหากระตุ้นการกระทำ เช่น เนื้อหาที่ระบุวิธีการทำสิ่งต่างๆ รวมถึงเนื้อหาเชิงหลักการ ที่ให้เหตุผลว่าทำไมจึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำ หากกระทำแล้วจะเกิดผลลัพธ์อะไรตามมา โดยเลือกใช้ภาษาที่กลุ่มเป้าหมายคุ้นเคย หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะทาง มีการยกตัวอย่างที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกใกล้ชิด เช่น การยกตัวอย่างด้วยตัวละคร สอดแทรกอารมณ์ขันเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และควรออกแบบโดยมีการใช้ภาพประกอบ

นอกจากนี้ Fakkheaw, L., Suwanwaree, J., Mounngern, Y., Thintip, K., & Mirattanaphrai, S. (สื่อบนออนไลน์) ได้นำเสนอแนวทางการผลิตสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงความเข้าใจ โดยระบุว่า ควรมีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายแล้วสร้างขอบเขตเนื้อหาที่เหมาะสม กำหนดประเด็นสื่อสาร แล้วนำเนื้อหาดังกล่าวมาออกแบบ โดยใช้ข้อความที่กระชับและสื่อความหมายได้ครบถ้วน เรียงลำดับเนื้อหาให้มีความต่อเนื่องกัน ใช้ขนาด สี และแบบอักษร รวมถึงตำแหน่งการจัดวางที่อ่านง่าย และมีการใช้รูปภาพประกอบการอธิบาย

2.4 แนวคิดเรื่องการวิจัยและพัฒนา

ศิริชัย กาญจนวาสี (2552, น.4-7) ได้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ว่าหมายถึงการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่ผสมผสานกระบวนการวิจัยกับกระบวนการพัฒนาไว้ด้วยกัน โดยกระบวนการวิจัยเป็นกระบวนการตรวจสอบ แสวงหา หรือสร้างนวัตกรรม โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ส่วนการพัฒนา คือ กระบวนการปรับปรุงและแก้ไขให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยองค์ประกอบ

ของกระบวนการวิจัยและพัฒนาจะประกอบไปด้วย 1) กระบวนการวิจัยที่ทำอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การพัฒนากรอบแนวคิด การออกแบบการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนรายงานการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยหรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น 2) มีการผสมผสานวิธีวิจัย ทั้งการวิจัยพื้นฐานและการวิจัยประยุกต์ 3) มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยมีพื้นฐานอยู่บนสารสนเทศที่ได้จากการประเมินและการวิจัย 4) มีการผสมผสานการทดลองและการปรับปรุง โดยมีการออกแบบนวัตกรรมใหม่ มีการทดลองนำไปใช้ และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินผล

ทั้งนี้ ศิริชัย (อ้างแล้ว, น.7-9) ยังได้แบ่งประเภทของการวิจัยและพัฒนาออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การวิจัยและพัฒนาที่เน้นขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยคือ การวิจัยพื้นฐานเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ การวิจัยประยุกต์เพื่อนำความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ในการสร้างวิธีการหรือสิ่งประดิษฐ์ การพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง และแก้ไขวิธีการหรือผลผลิต จนมีประสิทธิผลหรือประสิทธิภาพ 2) การวิจัยและพัฒนาที่เน้นกระบวนการพัฒนา เป็นการสร้างนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ผ่านการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากความต้องการของผู้ใช้ แล้วนำมาออกแบบเบื้องต้น (ลองผิดลองถูก) ก่อนจะออกแบบประดิษฐ์กรรมอย่างเป็นระบบ ทำการวิจัย/ทดลอง/ปรับปรุง ก่อนจะพัฒนาประดิษฐ์กรรมสู่ตลาดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ 3) การวิจัยที่เน้นออกแบบการพัฒนา โดยใช้กระบวนการออกแบบและปรับปรุงพัฒนาควบคู่กันไปจนได้ผลผลิตที่ต้องการ ซึ่งสามารถทำได้ 2 รูปแบบ คือ 3.1) สังเคราะห์และบูรณาการองค์ความรู้ ออกแบบและปรับปรุงพัฒนาจนได้ผลผลิตที่พึงประสงค์ หรือ 3.2) ทำการวิจัยพื้นฐานเพื่อแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ สำหรับนำมาใช้ออกแบบพัฒนาปรับปรุง จนได้ผลผลิตที่พึงประสงค์ และ 4) การวิจัยและพัฒนาที่เน้นแหล่งความคิดของการพัฒนา โดยใช้การผสมผสานความคิดจากหลายแหล่งมาใช้ออกแบบ ทดลอง และพัฒนาปรับปรุง โดยแนวคิดเหล่านั้นอาจได้มาจากการวิจัยที่ผ่านมา ความต้องการของตลาด หรือความคิดสร้างสรรค์ของผู้วิจัย

ขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนา (R&D) ศิริชัย (อ้างแล้ว, น.10-11) ระบุว่า มี 6 ขั้นตอนด้วยกัน คือ 1) ศึกษาสถานะแวดล้อม วิเคราะห์สภาพปัญหา และประเมินความต้องการหรือความจำเป็น 2) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนา 3) การสังเคราะห์องค์ความรู้ ออกแบบนวัตกรรมเบื้องต้น ทดลองนำร่องและประเมินผล 4) ปรับปรุงการออกแบบ ทดลองซ้ำและประเมินผล 5) สรุปผลและจัดทำรายงานการวิจัย และ 6) การเผยแพร่และขยายผล

นอกจากนี้ วาโร เฟิงส์วส์ดี (2552, น.8) ยังได้ระบุถึงข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยและพัฒนาไว้ดังนี้ ข้อดีของการวิจัยและพัฒนาประกอบไปด้วย 1) ทำให้ได้ผลผลิตหรือนวัตกรรมเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรหรือองค์กร 2) ได้ผลผลิตหรือนวัตกรรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ 3) ส่งเสริมชื่อเสียงหรือรายได้ให้กับนักวิจัย ส่วนข้อจำกัดของการวิจัยและพัฒนา คือ การวิจัยและพัฒนาต้องใช้

ระยะเวลา พลังงาน รวมทั้งมีค่าใช้จ่าย บุคลากรที่สนใจการทำวิจัยนี้จะต้องมีความอดทนทุ่มเทและมุ่งมั่นที่จะทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภายใต้หัวข้องานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้จำแนกเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเชิงสนับสนุน 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม และ 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา/การพัฒนาเครื่องมือ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเชิงสนับสนุน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเชิงสนับสนุนที่ผู้วิจัยได้ประมวลเพื่อศึกษาประกอบการทำงานวิจัยมีดังต่อไปนี้

วิชาราวรรณ วีระรัตนกุล บุชบา สุธีธร และศิริพันธุ์ สาสัต์ย (2553) ทำการศึกษาเรื่อง “การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังรับโปรแกรมการสื่อสาร และ 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสื่อสาร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการและลูกจ้างในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม อายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน รักษาด้วยยาเบาหวานชนิดรับประทาน ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ขั้นตอนการทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่คลินิกเบาหวาน 2 ครั้ง เยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามการเปลี่ยนแปลง 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกการสังเกต และบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วย วิเคราะห์เนื้อหาเชิงพรรณนาจากบันทึกภาคสนามและวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลสะสมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลของการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพสามารถสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจผู้ป่วยเบาหวานให้มีความตระหนักเรื่องสุขภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และสนใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวม และระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลสะสมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และ 3) พฤติกรรมสุขภาพรวมและระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

สุวรรณกมล จันทระโน พิทักษ์ ศิริวงศ์ และไพโรจน์ วิไลนุช (2559) ทำการศึกษาเรื่อง “โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไมติดเชื้อเรื้อรังระยะสุดท้าย” โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์การศึกษา 3 ข้อ คือ 1) เพื่อศึกษาโครงสร้างการพูดคุยเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย 2) เพื่อศึกษาเทคนิคและภาคปฏิบัติด้านการสื่อสารที่จิตอาสาเข้าไปใช้ในสถานการณ์จริง และ 3) เพื่อติดตามการนำความรู้ด้านการสื่อสารของจิตอาสาที่ได้รับจากการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาข้างเตียง จัดโดยเครือข่ายพุทธิกา ไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ในงานวิจัยคือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมักรับรู้อาการของผู้ป่วยในปัจจุบันแต่ยังขาดการรับรู้การดำเนินโรค ทำให้ครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยเท่าที่ควร นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองยังมีมิติด้านวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อต่างๆ ปรากฏอยู่

ทั้งนี้ โครงสร้างการพูดคุยในเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วยถือเป็นโครงสร้างของการกระทำทางสังคม มีรูปแบบที่แน่นอน มี 4 ขั้นตอนของการสนทนา ประกอบด้วย

การเปิดประเด็น จิตอาสาจะทักทายแนะนำตัวเองว่าเป็นใคร มีหน้าที่อะไร เพื่อให้ญาติผู้ป่วยทราบเป็นนัยว่าเรื่องที่พูดคุยต่อไปจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับอะไร พูดคุยสัพเพเหระเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

การทดสอบการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและการดำเนินโรค จิตอาสาใช้โอกาสที่ผู้ดูแลผู้ป่วยพูดถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และพยายามประเมินถึงการยอมรับโรคและอาการของผู้ป่วย เช่นจิตอาสาอาจตั้งเป็นคำถามปลายเปิดและให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์การใช้ภาษาในการบรรยายโรคและลักษณะอาการ ก็พอจะทำให้จิตอาสาเห็นว่าญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ยังพบว่าจิตอาสาจะชวนคุยถึงอาการและการดำเนินโรค เนื้อหาการพูดคุยจะทำให้เห็นความรุนแรงของโรคมามากขึ้นตามลำดับ เพื่อนำไปสู่การให้คำแนะนำเรื่องแนวทางการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย

การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ซึ่งจะต้องใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประกอบการความเข้าใจด้านสภาพแวดล้อม ความเป็นชุมชนและวัฒนธรรมเดียวกันของจิตอาสาและญาติ โดยใช้กิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนาในการเชื่อมโยง

การยุติหรือออกจากบริบทเรื่องการรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย จะยุติการสนทนาด้วยการให้กำลังใจ มีทั้งกรณีที่ยุติแบบถาวรและยุติแบบชั่วคราว จำนวนครั้งในการพูดคุยจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับมือและเตรียมพร้อมรับกับการจากไปของผู้ป่วย

ณัฐนันท์ ศิริเจริญ (2560) ทำการศึกษาเรื่อง “ความต้องการของผู้สูงอายุสำหรับการสื่อสารสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยให้เกิดความสุข” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจถึงระดับความสุขในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ 2) สำรวจความสุขที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่

ต้องการ 3) เพื่อค้นหาคำรู้เฉพาะเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุสำหรับการสื่อสารสุขภาพ กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยให้เกิดความสุข กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการสื่อสารสุขภาพกับผู้สูงอายุ นักวิชาการด้าน พยาบาลศาสตร์ นักวิชาการด้านสื่อใหม่ สื่อดิจิทัลและสื่อมวลชน จำนวน 5 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี purposive selection และ snowball selection เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ด้านคุณลักษณะประชากร แบบมาตราส่วนของการวัดความสุขในชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ระดับ ความสุขของผู้สูงอายุจะมี 2 ด้านที่เท่าๆ กัน คือมีทั้งความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในระดับที่ใกล้เคียง กัน ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การพูดคุยกับลูกหลานเป็นประจำ โดยมีความต้องการทางด้านร่างกาย คือ ต้องการให้ตนเองแข็งแรงเพียงพอที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของลูกหลาน มากนัก มีความต้องการด้านจิตใจ คือต้องการให้ลูกหลานทักทายพูดคุยสม่ำเสมอ สอบถาม สารทุกข์สุกดิบ มีความต้องการด้านสังคม-เศรษฐกิจ คือต้องการให้ลูกหลานพาไปร่วมกิจกรรมนอก บ้านบ้าง ช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายพื้นฐานรายเดือน โดยวิธีการสื่อสารสุขภาพกับผู้สูงอายุ ควร ครอบคลุมความต้องการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ อาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน 2) ด้าน จิตใจ ได้แก่ ความรัก การเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจ และการให้อภัย และ 3) ด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมพบปะเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ส่วน เนื้อหาที่ควรสื่อสารไปยังผู้สูงอายุคือ 1) เรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่กำลังเกิดขึ้น 2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ ผู้สูงอายุมักจะเป็น 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะเป็นได้ 4) สอบถามเรื่อง สุขภาพเป็นประจำทั้งตอนที่พบหน้าหรือผ่านสื่อ และ 5) ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ สูงอายุโดยเฉพาะ

สุรภา สายแก้ว ยุพิน ถนอมวิชัย และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2563) ทำการวิจัยเรื่องการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะคุกคาม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง คุณภาพแบบพรรณนา เพื่อศึกษาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งใน ระยะลุกลาม ผู้ให้ข้อมูลได้ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งในระยะ ลุกลามที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่ได้รับการ ประเมินด้วย Palliative Performance Scale version 2 (PPS v2) ได้คะแนน ≤ 60 % จำนวน 20 ราย และใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะ ลุกลาม มี 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ลักษณะของการสื่อสาร (ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ ลักษณะของ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และลักษณะ ของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ) 2) ลักษณะของ พยาบาลสำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (มี 3 ลักษณะ ได้แก่ มีจิตใจที่ให้บริการ มีการแสดงออก

ถึงการให้กำลังใจผู้ป่วย และมีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ) 3) อุปสรรคในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (มี 3 ด้าน ได้แก่ ผู้ป่วย พยาบาล และภาระงานที่มากของพยาบาล) และ 4) การพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (มี 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะ การสื่อสารเพื่อดูแลด้านจิตใจ และการอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาการสนทนาสำหรับข้อมูลการเจ็บป่วย) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามมีความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจากพยาบาลและจำเป็นต้องแสดงออกมาทั้งในรูปคำพูดและท่าทาง การพยาบาลต้องจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แต่ในขณะเดียวกันการสื่อสารเพื่อการดูแลด้านจิตใจต้องมีการพัฒนาปรับปรุงเพิ่มมากขึ้น

2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการประมวลประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ทัศนาศูววรรณะปกรณัม (2544) ทำการศึกษาเรื่อง “การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง” โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพตามกรอบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded Theory) โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อตรวจสอบรูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล กระบวนการพยาบาลที่สะท้อนทั้งการปฏิบัติ ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยคน 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยสูงอายุ ญาติและพยาบาล โดยเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามหลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี สถานที่ในการศึกษาเป็นสถานพยาบาล 2 แห่งในกรุงเทพ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอีก 1 แห่ง ใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน 7 เดือน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อคำถามแบบปลายเปิด

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามความเป็นจริงได้รับอิทธิพลของหลักการชีวการแพทย์ กล่าวคือ การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขพยาธิสรีรภาพและรักษาโรคมกกว่าการดูแลหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล พยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่า การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุนั้นบกพร่องเนื่องจากไม่มีเวลาให้ผู้ป่วย การพยาบาลทางด้านจิตใจและอารมณ์ยังมีน้อย การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลักการที่พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจเป็นอย่างดี แต่ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงต่อผู้ป่วยสูงอายุกลับไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างที่ควรจะเป็น ในด้านการดูแลของครอบครัวนั้น สังคมไทยมีวัฒนธรรมของการสำนึกและตอบแทนบุญคุณ ลูกจะดูแลผู้สูงอายุทั้งที่บ้านและยามเจ็บป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้านพยาบาลเห็นว่าการให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการพยาบาลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและสามารถฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจได้ดีกว่าการไม่มีญาติเข้ามาดูแล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เต็มใจปฏิบัติการพยาบาลง่ายๆ ที่ไม่ซับซ้อนให้ผู้สูงอายุ ด้านภาพการรักษายาพยาบาลผู้สูงอายุนั้น ภาพยังไม่ชัดเจนนักเพราะยังมีลักษณะเช่นเดียวกันกับการรักษายาผู้ใหญ่ พยาบาลส่วนมากพึงพอใจในการทำงานกับผู้สูงอายุ ในขณะที่บางคนรู้สึกไม่คุ้นเคยกับผู้สูงอายุและรู้สึกว่าผู้สูงอายุดื้อและไม่เชื่อฟัง นอกจากนี้ยังพบลักษณะที่เป็นความขัดแย้ง

บางด้าน เช่น พยาบาลมองผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ควรเคารพนับถือ แต่ก็มีทัศนคติต่อการสูงอายุและผู้สูงอายุ เป็นไปในทางลบ กล่าวคือเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาคนอื่น มีปัญหา สุขภาพ ความคิดเหล่านี้ทำให้รูปแบบการพยาบาลเน้นไปที่การพยาบาลแบบปกป้อง เช่น ให้ผู้สูงอายุ นอนที่เตียงอยู่เสมอ ไม่อนุญาตให้ไปห้องน้ำเพราะกลัวลื่นหกล้มแต่ให้ขับถ่ายที่เตียงแทน ซึ่งลักษณะ การพยาบาลแบบนี้ไม่เป็นผลดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพ แต่จะทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพามากยิ่งขึ้น และ พยาบาลมักคาดหวังให้ผู้ป่วยสูงอายุเชื่อฟังและปฏิบัติตาม การเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการ คิดและการตัดสินใจมีค่อนข้างน้อย

เกี่ยวกับประเด็นความตึงเครียด พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ฝ่ายมีความตึงเครียด พยาบาลมี ความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีพฤติกรรมและความต้องการที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มี สุขภาพดี โดยเฉพาะพยาบาลที่ขาดพื้นฐานในการใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ หรือไม่ชอบทำงานกับผู้สูงอายุ ส่วนความ ตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเป็นความไม่พึงพอใจกับลักษณะการพยาบาล บางอย่าง เช่น ไม่ตอบสนองหรือตอบสนองช้าต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เช่น เรียกแล้ว พยาบาลไม่มาดูแล แต่ถึงแม้ว่าจะมีความตึงเครียดแต่ผู้ป่วยและญาติก็แสดงท่าทีเข้าใจและเห็นใจ พยาบาลและหลีกเลี่ยงการบ่นว่าเนื่องจากเกรงว่าผู้ป่วยจะถูกทะเลาะ

การติดต่อสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และพยาบาล จากการศึกษาพบว่ายังมีปัญหาด้านการสื่อสารหลายประการ ทั้งการขาดการสื่อสารที่ ชัดเจน การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วยและญาติยังไม่เพียงพอ การให้ คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวยังไม่เพียงพอ หลายครั้งที่ผู้ป่วยและญาติต้องแสวงหาข้อมูลข่าวสารจาก การพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นหรือเพื่อนบ้าน

วรินทร์ลดา จันทวีเมือง และคณะ (2565) ทำการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่าง เป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ (New Normal) ของสมาชิกครอบครัวในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน ของนักศึกษาพยาบาล” โดยงานวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ และ 2) อธิบายสภาพการณ์และปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ของสมาชิกครอบครัวในชุมชนที่เป็น แหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณคือสมาชิกครอบครัวที่ เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตเทศบาลนครสงขลา และเป็นแหล่งฝึก ภาควิชาของนักศึกษาพยาบาลจำนวน 78 ครอบครัว เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามพฤติกรรมการ ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ของสมาชิกครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคือสมาชิกครอบครัว ที่มีคะแนน พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับมากและมากที่สุด จำนวน 10 ราย โดยใช้หลักความอึดตัวของ ข้อมูล เครื่องมือวิจัยคือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผล

การศึกษาเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$ SD=0.66) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 7 ประเด็น ได้แก่ 1) ดูแลร่างกายตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ 2) ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด 3) ติดตามข่าวร่วมพูดคุย ทำกิจกรรมคลายเครียด 4) ลดกิจกรรมทางสังคม และใช้โทรศัพท์หรือการสื่อสารออนไลน์แทน 5) ดูแลให้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข 6) ดูแลความเป็นอยู่ทั่วไป และ 7) เน้นรักษาความสะอาด และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ 5 ประเด็น คือ 1) มีความรู้และตระหนักในปัญหา 2) สมาชิกครอบครัวช่วยกันดูแล 3) มีความพร้อมเรื่องการเงิน 4) มีเวลาอยู่บ้าน และ 5) ความรักความผูกพันในครอบครัว ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปวางแผนดูแลครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ

พสุ วุฒินันท์ เมธาวิ อุดมธรรมานุภาพ และ กมลาส ภูวนาธิพงษ์ (2565, น.1879-1890) ทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ” โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา คือ 1) เพื่อศึกษาแนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนาแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อประเมินและนำเสนอรูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการสื่อสารและการดูแลผู้สูงอายุ และการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบรูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและการประเมินคุณภาพระบบ 4 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งการได้ยิน การมองเห็น การพูด การรับรู้ และการตอบสนองที่ล่าช้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความเข้าใจธรรมชาติและความต้องการของผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับผู้สูงอายุเพื่อความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้สึกและสิ่งที่ต้องการด้วยความรักและความเมตตา 2) การพัฒนาแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการนำหลักพุทธธรรม ได้แก่ อิทธิบาท 4 พรหมวิหาร 4 และหลักธรรมที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ได้แก่ กัลยาณมิตรธรรม และสติกับสมาธิ มาบูรณาการกับแนวคิดทางจิตวิทยา ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ สร้างเป็นกิจกรรมในการอบรมในรูปแบบ “รัก คิดบวก รับฟัง พูดคุย เข้าใจ”

จรินทร์ สารทอง (2564) ทำการวิจัยเรื่อง “การจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเขตเมืองเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ และสร้างนโยบายสาธารณะ รวมทั้งรูปแบบการจัดการผู้สูงอายุในเขตเมือง เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จำนวน 1,015 คน และการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ในผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน ผล

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุขาดการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพทุกระดับ การบริการสาธารณสุขพื้นฐานจากภาครัฐและการดูแลสุขภาพยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยมาก การสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพต้องให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมและรับรู้การจัดการสุขภาพในพื้นที่จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพทางสังคมและสุขภาพทางปัญญาของผู้สูงอายุ การสร้างนโยบายสาธารณะ การจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเขตเมืองต้องจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อสร้างการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจากภาครัฐที่จำเป็นต่อสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แผนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเกิดการพัฒนาสุขภาพและความยั่งยืน ต้องมีการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะการพึ่งพิง การประเมินสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่จำเป็นและการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการบริการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา

สิงหา จันทริยวงษ์ (2560) ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือส่งเสริมสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) สร้างและประเมินคุณภาพคู่มือส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว และ 3) ศึกษาความพึงพอใจคู่มือส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี จำนวน 394 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุรินทร์ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 2 ประการ คือ 1) องค์ประกอบภายใน ได้แก่ สุขภาพกายและสุขภาพจิต 2) องค์ประกอบภายนอก ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การศึกษา ภูมิปัญญา สิ่งแวดล้อม และสวัสดิการคุ้มครอง ในการสร้างและประเมินคุณภาพคู่มือเกี่ยวกับเนื้อหาด้านการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ การส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างหลากหลาย การส่งเสริมสวัสดิการคุ้มครองผู้สูงอายุ การบริหารจัดการและพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการศึกษา วิจัย ประเมินผลโครงการผู้สูงอายุ จากการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อคู่มือในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.86$) ทั้งนี้ มีข้อเสนอแนะให้พัฒนาคู่มือสำหรับครอบครัวสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ควรจัดอบรมให้กับผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิจัยในรูปแบบอื่น

อำพัน จารุทัศนางกูร โสริยา ศุภโรจน์ และกฤตย์ แก้วยศ (2562) ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อ 1) พัฒนาคู่มือการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 2) ตรวจสอบคุณภาพ ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของคู่มือที่พัฒนาขึ้น 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นต่อความคิดอัตโนมัติทางลบโดยการเปรียบเทียบ ค่าคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดตามแนวทางในคู่มือกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 4) ศึกษาการยอมรับการนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นไปใช้

วิธีการศึกษา ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำต้นร่าง การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ การทดลองใช้ในระบบ การขยายผล การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง ศึกษาประสิทธิผลคู่มือฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญดังนี้ 1) คู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ 1.1) การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินพฤติกรรมความคิด 1.2) การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติทางลบกับแบบแผนกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม 1.3) การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือน 1.4) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดใหม่ทางบวกโดยเทคนิคการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย 1.5) การคงอยู่ความคิดใหม่ทางบวกด้วยเทคนิคการปรับสมดุลของอารมณ์ และเทคนิคพูดกับตัวเอง และ 1.6) ติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลในการบำบัด โดยคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67-0.83. 2) ประสิทธิผลของคู่มือฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามแนวทางในคู่มือฯ ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด ตามคู่มือฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดตามแนวทางในคู่มือฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องของหัวข้อความรู้กับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67-.83 และเมื่อพยาบาลนำคู่มือฯ ไปใช้มีผลให้ความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 2 ข้อ คือ 1) เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และ 2) เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย บทที่ 3 เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังต่อไปนี้

- 3.1 ระเบียบวิธีวิจัย
- 3.2 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา
- 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.4 ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 การนำเสนอข้อมูล

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดย 1) การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ และ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) บุคลากรผู้มีหน้าที่และความรับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 4 คน แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้จากทั้งสองส่วนมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกัน เพื่อพัฒนาเป็นคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (ด้านการพยาบาล 2 คน ด้านการสื่อสาร 1 คน) ทำการวิพากษ์ ก่อนนำคู่มือการสื่อสารฯ ที่จัดทำขึ้นไปให้ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทดลองใช้แล้วจึงดำเนินการสำรวจความพึงพอใจ ได้รับข้อมูลตอบกลับจำนวน 40 คน แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษานาน 7 เดือน นับตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์- เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

3.2 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

3.2.1 แหล่งข้อมูลที่เป็นตัวบุคคล ได้แก่ บุคลากรที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่ประกอบอาชีพพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 4 คน (ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิเพื่อจัดทำร่างคู่มือการสื่อสารฯ) และบุคลากรที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 40 คน (ขั้นตอนการสำรวจความพึงพอใจการใช้งานคู่มือการสื่อสารฯ)

3.2.2 แหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสาร มาจากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บทความ งานวิจัย หนังสือ เอกสารประกอบการอบรม

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) จำนวน 4 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกพิจารณาจาก บุคคลดังกล่าวอาจเป็นพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ ในท้ายที่สุดได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน โดยทุกคนมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 9 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น เมื่อได้พัฒนาคู่มือการสื่อสารฯ แล้ว ผู้วิจัยได้เผยแพร่คู่มือดังกล่าวไปยังกลุ่มโซเชียลมีเดียของผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มปิดจำนวน 2 กลุ่ม มีสมาชิกรวมกันทั้งหมด 65 คน ได้กลุ่มตัวอย่างมาจำนวน 40 คนจากการสุ่มแบบบังเอิญ เพื่อทดลองใช้คู่มือดังกล่าวแล้วดำเนินการสำรวจความพึงพอใจการใช้คู่มือการสื่อสารฯ ในภายหลัง

3.4 ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนในการศึกษาวิจัยมีทั้งสิ้น 12 ขั้นตอน ได้แก่

3.4.1 ค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้นจากแหล่งข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นวิจัย รวมทั้งแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.4.2 เตรียมการเรื่องประเด็นที่ต้องการศึกษา ทั้งประเด็นเพื่อการสัมภาษณ์

3.4.3 ติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์

3.4.4 ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะ

3.4.5 คัดเลือกและประสานงานเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 คน

3.4.6 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.4.7 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.4.8 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร

3.4.9 นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากข้อ 3.4.7 และ 3.4.8 มาพัฒนาเป็น (ร่าง) คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

3.4.10 ส่ง (ร่าง) คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์เพื่อนำมาปรับปรุงให้เป็นคู่มือการสื่อสารฯ ฉบับสมบูรณ์

3.4.11 ส่งคู่มือการสื่อสารฯ ที่จัดทำขึ้นให้กับผู้ที่มีอาชีพหรือหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้ทดลองใช้งาน และดำเนินการสำรวจความพึงพอใจการทดลองใช้คู่มือการสื่อสารฯ เมื่อได้ผลการสำรวจจึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

3.4.11 เผยแพร่คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อการใช้ประโยชน์ในรูปแบบเอกสารและ ebook

3.4.12 นำเสนอเป็นรูปเล่มรายงานการวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้จากการวิจัยสู่สาธารณะ

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ด้วยเหตุนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญจึงประกอบด้วย

3.5.1 เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล (MP 3) เพื่อใช้ในการบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์

3.5.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ผู้วิจัยกำหนดแนวคำถามต่างๆ ไว้ล่วงหน้า โดยคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended Question) ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยสามารถตั้งคำถามอื่นๆ เพิ่มเติมหรือสอดแทรกได้ตามสถานการณ์ของการสนทนาพูดคุย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นคำถามเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก

มีประเด็นคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ ดังนี้

- 1) ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี
- 2) ท่านมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมานานกี่ปี
- 3) ตำแหน่ง/หน้าที่การทำงานในปัจจุบันของท่านคือ...
- 4) ขอให้ท่านช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้/การอบรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
- 5) จุดเริ่มต้นในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของท่านเริ่มต้นอย่างไร

- 6) เศษของผู้ป่วยสูงอายุที่เคยดูแลมีลักษณะใดบ้าง
- 7) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภายใน 1 วัน ท่านต้องทำอะไรบ้าง

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ

มีประเด็นคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ ดังนี้

- 1) ในมุมมองของท่าน การสื่อสารมีความสำคัญอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) ปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านเคยเจอมีปัญหาด้านใดบ้าง โปรดจำแนกประเด็น
 - 3) สาเหตุของปัญหาในข้อ 2 เกิดจากอะไร
 - 4) วิธีการแก้ไขปัญหาในข้อ 2 ท่านดำเนินการอย่างไร
 - 5) ในเวลาเช้าที่พบบัน ท่านมีวิธีทักทายผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร (น้ำเสียง/คำพูด/อวัจนภาษา)
 - 6) ในเวลาเย็นก่อนเลิกงาน ท่านมีวิธีอำลาผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร (น้ำเสียง/คำพูด/อวัจนภาษา)
 - 7) ท่านมีวิธีการพูดคุยในชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านดูแล (เนื้อหา/รูปแบบ)
 - 8) ท่านมีวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุในความร่วมมือในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (การแปรงฟัน/การอาบน้ำ/การขับถ่าย/การรับประทานอาหาร/การเคลื่อนไหวร่างกาย)
 - 9) ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเหล่านี้ (การวัดความดัน การวัดค่าออกซิเจน การทำความสะอาดแผล การแทงเข็มหรือการเจาะเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ รวมถึงกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)
 - 10) ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร ในสถานการณ์ต่อไปนี้

เมื่อผู้ป่วยต้องทำหัตถการเพิ่ม เช่น ต้องรับการผ่าตัด เมื่อสถานการณ์ของโรคหรือความเจ็บป่วยแย่ลง

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะเครียด/วิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะโกรธ/ไม่พึงพอใจ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะท้อถอย/ซึมเศร้า
 - 11) ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อห้ามปรามไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างไร เช่น การดึงอุปกรณ์การรักษาออกจากร่างกาย / การทำให้สิ่งที่แพทย์ห้ามไม่ให้ทำ
 - 12) สถานการณ์ที่ยากลำบากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านเคยประสบมาคือสถานการณ์แบบใด
 - 13) ท่านมีหลักคิดอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและการรับมือกับสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 14) ท่านมีคำพูดใดที่ใช้เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุ

15) การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3.5.3 แบบสำรวจความพึงพอใจ มีเนื้อหาในแบบสำรวจ 5 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีคำถามย่อย 4 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ **ส่วนที่ 2** ความพึงพอใจต่อเนื้อหาในคู่มือการสื่อสารฯ มีคำถามย่อย 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า **ส่วนที่ 3** ความพึงพอใจต่อการออกแบบคู่มือการสื่อสารฯ มีคำถามย่อย 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า **ส่วนที่ 4** ความพึงพอใจต่อคู่มือการสื่อสารฯ เกี่ยวกับความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อคู่มือการสื่อสารฯ 1 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า และ **ส่วนที่ 5** ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด

ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ โดย

ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ระดับ 3 หมายถึง เฉยๆ

ระดับ 2 หมายถึง ไม่ค่อยพึงพอใจ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง

โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนค่าเฉลี่ยได้ประยุกต์มาจากเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด

(2545, น.7) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.30 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) ประกอบด้วย

3.6.1 การศึกษาวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์เอกสารทั้งที่เป็นแนวคิดทฤษฎี

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ การสื่อสารเชิงสนับสนุน การพยาบาลแบบองค์รวม การพัฒนาคู่มือการสื่อสาร และแนวคิดด้านการวิจัยและพัฒนา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย

3.6.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ได้กำหนดไว้โดยเป็นการ

สัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาการสัมภาษณ์ 1.30-2 ชั่วโมงต่อคน

ข้อ	คำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		
2.1	ในมุมมองของท่าน การสื่อสารมีความสำคัญอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	+1	+1	+1	3	1
2.2	ปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านเคยเจอมีปัญหาด้านใดบ้าง โปรดจำแนกประเด็น	+1	+1	+1	3	1
2.3	สาเหตุของปัญหาในข้อ 2 เกิดจากอะไร	+1	+1	+1	3	1
2.4	วิธีการแก้ไขปัญหาในข้อ 2 ท่านดำเนินการอย่างไร	+1	+1	+1	3	1
2.5	ในเวลาเข้าที่พบกัน ท่านมีวิธีทักทายผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร (น้ำเสียง/คำพูด/อวัจนภาษา)	+1	+1	+1	3	1
2.6	ในเวลาเย็นก่อนเลิกงาน ท่านมีวิธีอำลาผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร (น้ำเสียง/คำพูด/อวัจนภาษา)	+1	+1	+1	3	1
2.7	ท่านมีวิธีการพูดคุยในชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านดูแล (เนื้อหา/รูปแบบ)	+1	+1	+1	3	1
2.8	ท่านมีวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุในความร่วมมือในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (การแปรงฟัน/การอาบน้ำ/การขับถ่าย/การรับประทานอาหาร/การเคลื่อนไหวร่างกาย)	+1	+1	+1	3	1
2.9	ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเหล่านี้ (การวัดความดัน การวัดค่าออกซิเจน การทำความสะอาดแผล การแทงเข็มหรือการเจาะเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ รวมถึงกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)	+1	+1	+1	3	1
2.10	ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร ในสถานการณ์ต่อไปนี้ เมื่อผู้ป่วยต้องทำหัตถการเพิ่ม เช่น ต้องรับการผ่าตัด เมื่อสถานการณ์ของโรคหรือความเจ็บป่วยแย่ลง เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะเครียด/วิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะโศก/ไม่พึงพอใจ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะท้อถอย/ซึมเศร้า	+1	+1	+1	3	1
2.11	ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อห้ามปรามไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างไร เช่น การดื่	+1	+1	+1	3	1

ข้อ	คำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	IOC
		ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		
	อุปกรณ์การรักษาออกจากร่างกาย / การทำให้สิ่งที่ไม่พึงประสงค์หายไป					
2.12	สถานการณ์ที่ยากลำบากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านเคยประสบมาคือสถานการณ์แบบใด	+1	+1	+1	3	1
2.13	ท่านมีหลักคิดอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและการรับมือกับสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายของผู้ป่วยสูงอายุ	+1	+1	+1	3	1
2.14	ท่านมีคำพูดใดที่ใช้เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุ	+1	+1	+1	3	1
2.15	การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร	+1	+1	+1	3	1

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาค่า IOC ดังสรุปในตารางที่ 3.1 จึงสรุปได้ว่าแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงตรงในระดับเป็นที่ยอมรับ โดยข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC รายข้อเท่ากับ 1 และผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะให้เพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัยที่กำหนด ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ คือ “ท่านมีวิธีสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีอาการของภาวะต่างๆ ดังนี้ เมื่อสถานการณ์ของโรคหรือความเจ็บป่วยแย่ลง เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะเครียด/วิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะโกรธ/ไม่พึงพอใจ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะท้อถอย/ซึมเศร้า” ทำให้ในแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์มีข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำมาจัดทำร่างคู่มือการสื่อสารฯ และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณภายหลังการจากที่ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้คู่มือการสื่อสารฯ โดยแต่ละส่วนมีสาระสำคัญดังนี้

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดย

3.8.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น เป็นการวิเคราะห์และจำแนกข้อมูลในเบื้องต้นโดยจำแนกตามประเด็นในการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุ รูปแบบและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้ป่วยสูงอายุ แนวคิดเรื่องการสื่อสารเชิงสนับสนุน และแนวคิดเรื่องการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีข้อมูลจาก 2 แหล่ง ได้แก่ แหล่งข้อมูลเอกสาร และแหล่งข้อมูลบุคคล

3.8.1.2. **การวิเคราะห์สรุปรวม** เป็นการนำผลการวิเคราะห์ทั้งหมดมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อจะนำไปสู่การสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Inductive Method) และนำไปสร้างเนื้อหาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

3.8.2 **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ** ดำเนินการโดย วิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.9 การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลโดยใช้วิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) เพื่ออธิบายถึงรูปแบบและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนกระบวนการในการพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อมูลจากแบบสำรวจความพึงพอใจจะนำมาจัดลำดับการนำเสนอตามวัตถุประสงค์แต่ละข้อในรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

บทที่ 4 เป็นการนำเสนอผลการศึกษาของการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย” ซึ่งผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

2) ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมีสาระสำคัญของข้อมูลแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

ผู้วิจัยได้จำแนกข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลจากการสังเคราะห์เอกสาร และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.1.1 ข้อมูลจากการสังเคราะห์เอกสาร ได้จำแนกเป็น 2 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) ปัญหาของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย/ผู้ป่วยสูงอายุ และมุมมองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และ 2) รูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ

4.1.1.1 ปัญหาของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย/ผู้ป่วยสูงอายุ และมุมมองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

วิยะดา รัตนสุวรรณ (2561, น.4-24) ได้เขียนบทความวิชาการเรื่อง “จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองที่แตกต่าง” โดยระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นอิสระ แต่ต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น ส่วนผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลก็คือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสภาพการณ์ดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความคับข้องใจทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทั้งนี้ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุคือ 1) ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่และความรักความอบอุ่นจากลูกหลานแต่ผู้ดูแลบางส่วนกลับไม่ยอมรับและไม่เห็นคุณค่า 2) ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ เกิดความกังวลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง 3) ต้องการอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง

ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่ามีมุมมองดังนี้ 1) คิดว่าเป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่ 2) ต้องการให้ผู้สูงอายุปลอดภัย จึงเน้นการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ 3) ต้องการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น 4) มีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายใน

การดูแลผู้สูงอายุ 5) เครียดจากความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้สูงอายุ 6) เกรงว่าจะเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความพิการอื่นๆ ตามมา และ 7) ต้องการเวลาพักจากการดูแลผู้สูงอายุเพื่อผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ พบว่ามีประเด็นทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

ประเด็นที่ 1 คุณค่าของความเป็นมนุษย์ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่ยังสะท้อนคุณค่าของผู้สูงอายุและความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากช่วงวัยนี้เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความสูญเสีย เช่น สูญเสียบทบาทความเป็นหัวหน้าครอบครัว ความสามารถในการหารายได้ ผู้สูงอายุต้องการการเห็นคุณค่าจากครอบครัว การใช้เวลาพูดคุย การทำกิจกรรมร่วมกัน การสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก การขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุ การให้เกียรติโดยใช้คำพูดสุภาพ ไม่ประชดประชัน

ประเด็นที่ 2 ต้องการมีอิสระในตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มองว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ก่อให้เกิดเจตคติเชิงลบต่อความสูงอายุ นำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดทางร่างกายหรือจิตใจ โดยธรรมชาติ มนุษย์ทุกคนต้องการการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อสร้างความมีอิสระในตนเองและรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้เกิดเป็นการกระทำที่มาจากความพึงพอใจของตนเอง ไม่ใช่การถูกบังคับให้ทำ ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดความน้อยใจและคับข้องใจที่ผู้ดูแลไม่ให้อิสระในการตัดสินใจ โดยไม่รับฟังความรู้สึก ความต้องการ ที่ส่งผ่านออกมาเป็นคำพูดและการกระทำ ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและห่วงใยเกรงว่าจะได้รับอันตรายจึงมักห้ามปรามไม่ให้ผู้สูงอายุทำสิ่งต่างๆ จึงอาจกลายเป็นความขัดแย้งระหว่างกันได้

ประเด็นที่ 3 ชีวิตและการตายอย่างมีศักดิ์ศรี การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยลง และเริ่มไม่รู้สึกตัว พูดโต้ตอบไม่ได้ แต่ยังมี การรับรู้ทางสายตา ดังนั้น ในระยะนี้หากผู้ดูแลไม่ระมัดระวังคำพูดเพราะคิดว่าผู้สูงอายุไม่รับรู้แล้วจึงไม่ขออนุญาตก่อนจะทำอะไรให้ หรือตัดสินใจทำอะไรที่เพิ่มความทรมานหรือเจ็บปวดให้ผู้สูงอายุ ก็อาจเกิดปัญหาทางจริยธรรมได้ การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายที่สำคัญคือการดูแลด้านจิตวิญญาณ การแสวงหาความหมายของตัวตนภายใน ให้โอกาสให้ระบายความรู้สึก บอกความต้องการ ผู้ดูแลคอยรับฟังด้วยความใส่ใจ ผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้าย ต้องการให้ผู้ดูแลให้สิทธิในการเลือกแนวทางสู่ความตายอย่างมีศักดิ์ศรี เช่น การเคารพการตัดสินใจไม่รับน้ำและอาหาร ในขณะที่ผู้ดูแลอาจมีมุมมองที่ไม่ต้องการสูญเสียบุคคลที่รักและเลือกแนวทางที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งก็เป็นประเด็นทางจริยธรรมเช่นเดียวกัน

ทั้งนี้ วิยะดา (อึ้งแล้ว) ได้เสนอแนวทางลดประเด็นปัญหาด้านจริยธรรม โดยการเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแล ตามหลัก ARISE MODEL ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

Add humanistic caring คือการเพิ่มการดูแลด้วยความเข้าใจมนุษย์ มุ่งเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล จนเกิดความเข้าใจถึงความรู้สึกระหว่างบุคคลและสาระสำคัญของชีวิต เช่น ความเจ็บป่วยและความตาย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ โดยแนวทางคือการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความเข้าใจในการเป็นปัจเจกบุคคล ผู้ดูแลต้องมีทักษะในการสื่อสารโดยใช้กระบวนการสนทนาหรือสนทนา

Reflection for positive thinking คือการพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดเพื่อหามุมมองด้านบวก โดยการมองย้อนประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วนำข้อมูลที่ได้มาประเมิน โดยวงจรของการสะท้อนคิดประกอบด้วย 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพจริง 2) การสังเกตโดยการสะท้อนคิด ประกอบด้วย ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ 3) การวิเคราะห์ตรวจสอบเพื่อสร้างความเข้าใจกับเหตุการณ์ โดยพิจารณาจากแนวทางในปัจจุบัน และ 4) การนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติในอนาคต ส่วนมุมมองด้านบวกในการดูแลนั้นประกอบไปด้วย ความผูกพันซึ่งกันและกัน ความภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการเผชิญ (เน้นอารมณ์ เน้นปัญหา เน้นหลักศาสนา) (ซึ่งประเด็นมุมมองด้านบวกนี้ จะมีการขยายสาระสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงต่อไป)

Integrated Coping Strategy คือ กลยุทธ์เผชิญความเครียดแบบบูรณาการ คือวิธีการด้านจิตใจและพฤติกรรมเพื่อลดความเครียด ประกอบด้วยความคิดในแง่บวกเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นกับตนเอง สามารถรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดยมองถึงสาเหตุของปัญหาเพื่อเลือกวิธีเผชิญความเครียดที่สอดคล้องความเป็นจริงและบริบทของผู้ดูแล อาจใช้เทคนิคการทำสมาธิ การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การทำสิ่งที่ชอบและผ่อนคลาย

Social Support คือ การสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้กิจกรรมสานสัมพันธ์พี่น้องระหว่างผู้ดูแลและทีมอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาในการดูแล การได้รับคำปรึกษาจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีผู้เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่องและการประคับประคองทางจิตใจ ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยวและยังอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลได้

Empowerment for Goal Setting of Caring คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลให้สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าผู้ดูแลจะมีภาวะพร่องอำนาจ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน จะมีความเครียดและความเหนื่อยล้า วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและอาการของผู้สูงอายุ ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเริ่มต้นจาก ขั้นตอนการค้นพบความจริง เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้และยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้ดูแลจะเรียนรู้แนวทางในการดูแล ประเมินทางเลือกที่จะใช้ในการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และความต้องการของผู้สูงอายุ

จากเนื้อหาข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2560, น.192-195) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน” ซึ่งได้มีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านจำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 6 ชม./วัน ผลการศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้คือการนำเสนอเรื่อง มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล (Positive Aspect of Caregiving) ซึ่งหมายถึงความคิดและพฤติกรรมในด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในลักษณะของความรัก ความผูกพัน ก่อให้เกิดคุณค่าจากการกระทำตามบทบาทหน้าที่ รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเต็มศักยภาพ และพร้อมเผชิญกับสถานการณ์อย่างท้าทาย ซึ่งสามารถขยายความดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน ประกอบไปด้วยความผูกพันทางอารมณ์และความผูกพันทางสังคม ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ดูแลซึ่งเกิดจากความผูกพันจากการดูแลกันมานาน แสดงออกเป็นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความห่วงใย ความผูกพันทางสังคม หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากความระลึกว่าเป็นหน้าที่ๆ จะกระทำให้กับผู้ป่วยตามบทบาท เช่น เป็นลูกต้องกตัญญูต่อพ่อแม่ แสดงออกถึงความเอาใจใส่และมุ่งมั่นต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองในทางที่ดี ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ ความเชื่อมั่นในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองหมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย แม้จะมีอุปสรรคก็ไม่ย่อท้อ ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองว่ามีความสำคัญและมีคุณค่า ควรได้รับการชื่นชมและยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้มีกำลังใจดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข

ประเด็นที่ 3 ความรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ดูแลที่เห็นว่าตนเองมีทักษะความสามารถที่ใช้ลดความขัดแย้งและความตึงเครียดในจิตใจ เพื่อให้เกิดความสมดุลในตนเอง ระหว่างบุคคล รวมถึงเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมที่มากระทบสามารถปรับตัวได้ในสภาวะการณ์ต่างๆ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองได้ใช้ความสามารถเพื่อปรับความรู้สึก หรือใช้กลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การเบี่ยงเบนความคิด การอยู่กับปัจจุบัน การคิดในแง่ดี ในการตอบสนองต่อปัญหาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อลดหรือบรรเทาความรู้สึก 2) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา หมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าใช้วิธีตอบสนองต่อปัญหาโดยการทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร หาแนวทางการแก้ไข ตัดสินใจ วิธีนี้จะมุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการ ที่ช่วยให้บุคคลเรียนรู้ เกิดทักษะ และวิธีการแล้วพัฒนาพฤติกรรมของตนใหม่ 3) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นหลักศาสนา หมายถึง

ผู้ดูแลรู้ว่าตนได้ใช้การสวดมนต์ การทำบุญ การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ในศาสนาที่ตนนับถือ เพื่อใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจสำหรับการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา นิพพาภรณ์ สิ้นทรัพย์ และบุพผา ใจมั่น (2564, น.393-410) ทำการศึกษาเรื่อง “บทบาทพยาบาล: การสื่อสารในผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินตามวัย” เนื้อหาส่วนหนึ่งจากการศึกษาได้ระบุถึงปัญหาของผู้สูงอายุไว้ว่าการสูญเสียการได้ยินส่งผลให้มีความยากลำบากในการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตหลายด้านลดลง ทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การสูญเสียการได้ยินที่ไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในหลายด้าน เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม

ปาณิสรา บุญยรัตกลิน (2562, น.92-93) ทำการศึกษาเรื่อง “การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต” โดยมีเนื้อหาจากการศึกษาส่วนหนึ่งได้ระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล สับสน เครียด การโทษตัวเอง ความกลัวว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต

ผลกระทบด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ความยากลำบากในการประคับประคองดูแลครอบครัว เพื่อให้การดำเนินชีวิตมีความใกล้เคียงปกติ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ด้านร่างกาย การที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถส่งผลกระทบต่อกรับประทานอาหาร การนอนหลับ โรคประจำตัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เนื่องจากการพักผ่อนอาจไม่เพียงพอ

บำเพ็ญ ไมตรีโสภณ (2565, น.157-172) ทำการศึกษาเรื่อง “แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้สูงอายุกับการแพร่ระบาดของข่าวสารในช่วงสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 19” โดยมีประเด็นที่ระบุถึงปัญหาด้านการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 19 คือผู้ส่งสารและผู้รับสารบางรายมีข้อจำกัดด้านความรู้ในประเด็นที่ต้องสื่อสาร ขาดความรู้ในเนื้อหา ข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากเป็นข้อมูลข่าวสารเฉพาะทางที่มีคำศัพท์ทางเทคนิคหรือทางการแพทย์ที่ยากต่อความเข้าใจ และการต้องทำงานแข่งกับเวลาและสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

4.1.1.2 รูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

จุฑามาศ ทองประดับ (2562, น.74-78) ได้เขียนบทความทางวิชาการเรื่อง “การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” มีเนื้อหาในบางประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคู่มือการสื่อสารฯ ได้ ดังนี้

การสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ มีจุดสำคัญคือการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำได้จากการยิ้มทักทาย แนะนำตัวเพื่อสร้างความเป็นมิตร ระบุวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร รับฟังผู้สูงอายุด้วยความใส่ใจ เข้าใจและยอมรับในการกระทำของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสามารถเสนอให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่า

การสื่อสารเพื่อระบุปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหา ระยะนี้คือระยะที่ทั้งพยาบาลและผู้สูงอายุต่างรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการช่วยเหลือและแก้ปัญหาร่วมกัน เมื่อผู้สูงอายุเริ่มเกิดความไว้วางใจ พยาบาลอาจเริ่มสอบถามข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น รวมถึงประเมินอาการ เพื่อหาแนวทางในการดูแล ควรเริ่มต้นคำถามด้วยความระมัดระวัง เลี่ยงคำถามที่อาจสร้างความสับสนใจ บางครั้ง เมื่อผู้สูงอายุแสดงความหงุดหงิดหรือมีความก้าวร้าวทางวาจา พยาบาลหรือผู้ดูแลควรเข้าใจว่าพฤติกรรมต่างๆ เป็นการแสดงออกถึงความเจ็บป่วยหรือความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ไม่ควรโต้ตอบด้วยการกระทำที่แสดงถึงความไม่เคารพนับถือ หรือทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงประสบการณ์ที่เป็นความทุกข์หรือความกังวล การสื่อสารควรใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลไม่ดังจนเกินไป ใช้คำพูดเป็นประโยคปลายเปิดเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพูดคุยน้อยอย่างเปิดเผย อาจมีการกล่าวนำเพื่อให้ผู้สูงอายุพูดต่อ มีสมาธิในการรับฟัง และอาจใช้ความเงียบ หรือการฟังโดยไม่แสดงความคิดเห็นโต้ตอบในบางครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ หากประเด็นใดที่ยังไม่ชัดเจนอาจขอความกระจ่างจากผู้สูงอายุ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สรุปเนื้อหาที่สนทนากัน

นอกจากนี้ จุฑามาศ (อ้างแล้ว) ยังได้ระบุถึงการสื่อสารที่ควรหลีกเลี่ยงเมื่อสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ การสื่อสารที่ควรหลีกเลี่ยงมีดังนี้ 1) การให้ความมั่นใจหรือการให้กำลังใจแบบอัตโนมัติที่คนส่วนมากชอบใช้ เช่น คุณอย่าเศร้าไปเลย ทุกอย่างจะดีขึ้นเองในไม่ช้า 2) การพูดแก้ตัวเพื่อปกป้องตนเองและผู้อื่นที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่แสดงความคิดเห็นที่แท้จริงของตน เช่น ลูกคุณยายคงงานยุ่ง เลยมาเยี่ยมคุณยายไม่ได้ 3) การแสดงออกถึงการไม่ยอมรับความคิดเห็นการไม่เห็นด้วย โดยใช้มาตรฐานของพยาบาลมาตัดสินผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุยุติการสนทนา

วิรมณ กาสีวงศ์ และ สุประวีณ์ คงธนโชติพิทย์ (2558, น.8-9) ได้เขียนบทความทางวิชาการเรื่อง “การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพไว้ ได้แก่

การเริ่มต้นบทสนทนา ให้เริ่มต้นด้วยการยิ้มและการทักทาย แนะนำตัวเพื่อสร้างความเป็นมิตร 2) นั่งด้านหน้าผู้สูงอายุขณะสนทนา เพื่อให้มองเห็นสีหน้า แววตา และริมฝีปากขณะพูด 3) พูดให้ช้าลงและชัดเจน ไม่ควรตะโกนหรือใช้น้ำเสียงแหลมเล็ก 4) ใช้ท่าทีที่แสดงความเป็นมิตร ไม่กอดอก ไขว้ขา หรือแสดงความรีบเร่งไม่มีเวลา 5) ใส่ใจที่จะรับฟังมากกว่าพูด 6) ให้ความสำคัญกับน้ำเสียงมากกว่าเนื้อหา ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้ยินให้ขยับเข้าไปใกล้แล้วพูดเสียงดังขึ้นเล็กน้อยโดยไม่ตะโกน 7) การสบตาขณะสนทนาเป็นการแสดงออกถึงความใส่ใจและให้เกียรติ 8) ใช้เวลาผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นใน

การสนทนา เพราะผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการประมวลข้อมูลและโต้ตอบ 9) สัมผัสขณะสนทนา เช่น การแตะมือเบาๆ เพื่อแสดงถึงการใส่ใจและยอมรับ เต็มใจให้ความช่วยเหลือ แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานความเหมาะสมตามสถานการณ์และบริบททางสังคม 10) หากผู้สูงอายุปฏิเสธเรื่องต่างๆ ไม่ยอมรับว่าตนหลงลืม ควรหลีกเลี่ยงการยืนยันให้ยอมรับหรือการตำหนิ เพราะไม่ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นแต่อย่างใด

ปาณิสรา บุญยรัตกลิน (อ้างแล้ว, น.95-97) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง “การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต” ได้ระบุถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีประโยชน์และสามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ดังนี้

การสื่อสารที่ควรนำมาปรับใช้เมื่อรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต มีหลายประเด็น ดังนี้ 1) การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกและสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย โดยพยาบาลอาจใช้การสังเกตสถานการณ์ก่อนในเบื้องต้น โดยยึดหลักการยอมรับและให้เกียรติ โดยทักทายด้วยท่าทีสุภาพและเป็นมิตร มีเทคนิคการให้ข้อมูล เช่น การแนะนำตัวก่อนในเบื้องต้นว่าตนเองเป็นใคร แล้วจึงเสนอตัวให้ความช่วยเหลือ ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและวิธีการรักษา โดยพยาบาลมีหน้าที่ประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ทั้งการทำหัตถการและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจและคลายความกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทีมสุขภาพโดยการแนะนำสมาชิกให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและการแนะนำสิ่งอำนวยความสะดวก/สิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลง ควรเลือกใช้คำพูดที่ลดผลกระทบทางจิตใจ พยาบาลไม่สามารถพูดคุ้ยหรือเปิดเผยบางเรื่องได้ การแจ้งข่าวร้ายหรือการเปิดเผยข้อมูลเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ แต่พยาบาลสามารถใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจเพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าความคิดและความรู้สึกของตนเองออกมา ส่วนการสะท้อนความรู้สึกเป็นการแจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลเข้าใจในความคิด เรื่องราว หรือความรู้สึกที่แสดงออก

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ควรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ เพื่อให้ค่อยๆ ปรับสภาพจิตใจไปทีละน้อย ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตควรเน้นให้ครอบครัวเปลี่ยนมุมมองจากการรักษาให้หายขาดซึ่งเป็นไปไม่ได้ยาก ไปเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยได้จากไปด้วยความสงบแทน ในช่วงนี้ พยาบาลอาจให้เทคนิคการชี้แนะแนวทาง พยาบาลประสานให้ครอบครัวได้พูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับแนวทางเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค และแนวทางการรักษาของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวอยู่ในความเศร้าโศก พยาบาลควรสื่อสาร

ด้วยความสงบ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก แล้วถามความต้องการของครอบครัวเพื่อหาแนวทางที่จะช่วยเหลือตามความต้องการ

พลุ วุฒินันท์ เมธาวิ อุดมธรรมานุภาพ และ กมลาส ภูวนาธิพงศ์ (2565, น. 1879-1890) ทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งมีประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้มีหลายประเด็น ได้แก่ ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุ ความเข้าใจในความแตกต่าง ความเห็นอกเห็นใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน ความเข้าใจในความแตกต่างด้านความคิดและความเชื่ออันเกิดจากความแตกต่างทางวัย ความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ และการเรียนรู้แนวทางและทักษะในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ แนวทางในการแก้ไขเมื่อเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ส่งสารและรับสาร คือการมีวิธีคิดที่ว่าเราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของคนอื่นได้ แต่เราสามารถมีอิทธิพลในการพัฒนาความสัมพันธ์ได้โดยการปรับที่ตัวเราเอง ทั้งวิธีคิดและวิธีสื่อสาร ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรค้นหาความคิด ความเชื่อ และที่มาของความขัดแย้ง นอกจากนี้ ควรมีความเข้าใจว่าสภาพกายและสภาพจิตของผู้สูงอายุมีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคของการสื่อสาร เช่น การไม่ได้ยิน การตีความและสื่อสารสิ่งที่ตนต้องการจากพื้นฐานความคิดและความเชื่อในอดีต สารที่เราได้รับจากผู้สูงอายุอาจไม่ถูกต้องครบถ้วนทั้งหมด ควรมีการฝึกฝนทักษะในการสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยการพยายามฟังให้มาก ทำความเข้าใจผู้สูงอายุด้วยการซักถาม สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมีการยืนยันความเข้าใจกลับ คำตอบของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เมื่อเกิดความขัดแย้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลควรตั้งสติ ควบคุมอารมณ์ ปรับสีหน้า สายตา ท่าทางให้เป็นปกติ และแสดงความมั่นคงทางจิตใจต่อผู้สูงอายุ และพยายามสื่อสารต่อจนจบและได้ผลลัพธ์

กุลธิดา นิพพาภรณ์ และบุปผา (อ้วนแล้ว) ได้ระบุถึงแนวทางในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการได้ยินเอาไว้ว่า ในขั้นแรกของการสนทนาจะต้องไม่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอาย คู่สนทนาต้องทราบว่าหูข้างไหนได้ยินดีที่สุดในขณะนั้น ให้พูดข้างที่ผู้สูงอายุได้ยินดีที่สุดในขณะนั้น การสอบถามจะช่วยทำให้เข้าใจปัญหา ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน นอกจากนี้ยังควรให้ความสำคัญกับการเว้นระยะห่างในการพูด การอยู่ในที่ๆ มีแสงสว่างเพียงพอที่ทำให้สามารถมองเห็นหน้าริมฝีปากของผู้พูดได้ การจัดสภาพแวดล้อมในการสื่อสาร ใช้ถ้อยคำสั้นกระชับ และใช้โทนเสียงต่ำในการพูด หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีเสียงดังเพื่อที่จะรับฟังคู่สนทนาได้อย่างชัดเจน

บำเพ็ญ ไมตรีโสภณ (อ้วนแล้ว) ทำการศึกษาเรื่อง “แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้สูงอายุกับการแพร่ระบาดของข่าวสารในช่วงสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 19” โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่สามารถสรุปได้คือ รูปแบบการสื่อสารที่ใช้ในช่วงเวลาดังกล่าวมีทั้งการสื่อสารอย่างเป็นทางการจากบนลงล่างและจากล่างขึ้นบน และการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ทั้งนี้บำเพ็ญได้เสนอแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยใช้

หลักการ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ส่งสาร ผู้ส่งสารควรได้รับการฝึกฝนทักษะการพูด การใช้สื่อหรือเทคโนโลยี ควรมีการสอนงาน การฝึกปฏิบัติ การจัดทำคู่มือ ฝึกการสรุปประเด็นที่จะพูด ฝึกทักษะการฟังที่ดี ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดในสิ่งที่ตนต้องการ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร ควรมีการอธิบายความหมายของคำศัพท์เฉพาะ 3) ด้านเจตนาารมณ์ของการสื่อสาร ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ส่งถึงผู้สูงอายุ ควรมีความชัดเจน และควรมีการให้ความรู้กับผู้สูงอายุให้เลือกเสพสื่อหรือเสพข้อมูลข่าวสารอย่างมีสติ 4) ด้านผู้รับสารหรือผู้รับฟัง ทักษะการอ่าน การฟัง และความดีความของผู้รับสารเป็นปัจจัยอีกส่วนหนึ่งที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร และ 5) ด้านสภาพแวดล้อม สภาวะทางร่างกาย อารมณ์ ความวิตกกังวล ความเครียด ความประหม่า ความเจ็บป่วย ของทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

ณัฐนันท์ ศิริเจริญ (2560, น.90-102) ทำการศึกษาเรื่อง “การสื่อสารสุขภาพ ด้วยประสบการณ์และศักยภาพของนักศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลจากการศึกษาระบุถึงวิธีการสื่อสารสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการสื่อสารสุขภาพกับผู้สูงอายุด้วยความอ่อนน้อมเคารพรัก ใช้ทั้งภาษาพูดและภาษาร่างกาย ในการแสดงออกถึงความรักและความห่วงใยที่มีต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับคุณลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างคู่สื่อสาร เช่น ความเข้าใจที่แตกต่างกัน ทักษะที่แตกต่างกัน เป็นต้น

4.1.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการถอดเทปการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 คนที่ประกอบอาชีพพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ต่อไปนี้คือข้อมูลจากการสัมภาษณ์

4.1.2.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1

คุณ J (นามสมมุติ) อายุ 32 ปี ปัจจุบันเป็นผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่อายุ 18 ปี โดยเริ่มต้นจากการเข้าเรียนในโรงเรียนบริหารผู้สูงอายุ ซึ่งมีระยะเวลาเรียนภาคทฤษฎี 3 เดือน และภาคปฏิบัติ 3 เดือน ระหว่างเรียนได้ฝึกงานในสถานบริหารผู้สูงอายุที่บ้านพักผู้สูงอายุอยู่ด้วย เมื่อจบการอบรม 6 เดือนก็เข้าทำงานต่อในสถานบริบาลดังกล่าว เป็นระยะเวลา 10 ปี หลังจากนั้นได้ศึกษาต่อเป็นผู้ช่วยพยาบาล ก่อนจะย้ายมาจังหวัดเพชรบูรณ์และเริ่มทำงานในโรงพยาบาลดังกล่าว

คุณ J เล่าว่ากิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะเริ่มตั้งแต่เช้าตรู่ กิจวัตรประจำวันที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบให้ทำในช่วงกลางวันเพื่อให้ผ่อนคลายได้ดีในเวลาว่าง

ผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลมีทั้งผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุกึ่งติดเตียง ซึ่งต้องให้ความช่วยเหลือในการนั่ง การเดิน และกิจกรรมอื่นๆ รวมถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคทางสมอง อย่างอัล

ไซ-เมอร์และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านการคิดและการกระทำ เช่น ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ไม่สามารถประเมินได้ว่าพฤติกรรมที่ทำจะส่งผลอันตรายต่อตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุที่อายุมากที่สุดที่เคยดูแลมีอายุ 94 ปี ปัจจุบันผู้ป่วยในความดูแลเป็นผู้ป่วยสูงอายุประมาณร้อยละ 70

ในมุมมองของคุณ J การสื่อสารมีความสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยสื่อสารไม่ดี เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ผู้ป่วยสูงอายุจะไม่ยอมให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ปัญหาด้านการสื่อสารที่เคยประสบคือ 1) ปัญหาด้านการได้ยิน ซึ่งจะแก้ปัญหากับการเพิ่มระดับความดังการเปลี่ยนวิธีการสื่อสาร เช่น ใช้การวาดภาพ การสาธิต ใช้อุปกรณ์ร่วมด้วย ใช้คำถามง่ายๆ ไม่ซับซ้อน และพูดซ้ำๆ ชัดๆ เวลาพูดต้องสบตาและให้ผู้สูงอายุมองปากเราด้วย 2) ปัญหาด้านวิถีชีวิตที่มีความผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสมอง เช่น ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่เราพูด ต้องใช้ความอดทน ใจเย็นในการอธิบาย เช่น เมื่อผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะแปร่งฟัน แต่ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำวิธีการแปรงฟันได้ อุปกรณ์จะต้องใช้อะไร เราจะต้องเตรียมอุปกรณ์และบอกว่ามีอะไรบ้าง บอกขั้นตอนการแปรงฟันให้ผู้ป่วยค่อยๆ ทำตาม โดยผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการอธิบายและดูแลตลอดการแปรงฟัน

สาเหตุของปัญหาด้านการสื่อสารโดยมากเกิดจากอายุและสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่วนอีกสาเหตุหนึ่งนั้นอาจเกิดจากวิถีชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีความซับซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยสื่อสารโดยอธิบายแบบง่ายแต่ผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่พึงพอใจ ต้องการให้อธิบายโดยละเอียดหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม บางครั้งความคิดความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุก็น่าเป็นสาเหตุของปัญหาด้านการสื่อสารเช่นกัน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุบางรายกินยาต้มยาหม้อโดยเชื่อว่าจะหายป่วยและทำให้ไม่เชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสื่อสาร ซึ่งก็จะแก้ปัญหากโดยการอธิบายว่าการรับประทานยาต้มยาหม้อที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือนั้นมีความขัดกันกับการรักษาแผนปัจจุบันอย่างไร ชี้ให้เห็นข้อดีข้อเสีย ซึ่งก็ได้ผลกับผู้ป่วยบางคน แต่ผู้ป่วยบางคนก็ยังทำตามความเชื่อส่วนตัวของตนเอง

สิ่งที่ยากที่สุดในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุก็คือ ทักษะคิดบางอย่างที่ปรับได้ยาก กิจกรรมประจำวันบางอย่างที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ยอมปรับเปลี่ยน

สำหรับการสื่อสารพื้นฐานกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการรักษ ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถสร้างความคุ้นเคยโดยการทักทายสวัสดีอย่างอ่อนน้อม เช่น “สวัสดีค่ะ เช้านี้เป็นยังไงบ้าง มีอาการเจ็บป่วยตรงไหนบ้างคะ” และผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องแนะนำตัวเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาจะมีหน้าที่การทำงาน การทักทายว่า “คุณครูคะ” จะสร้างความแตกต่างไปจากการทักทายว่า “คุณลุงคะ” เพราะสะท้อนให้เห็นคุณค่าในตัวของผู้ป่วยสูงอายุ และทำให้รู้สึกดีได้มากกว่า หรืออาจเรียกด้วยคำที่สะท้อนความใกล้ชิด เป็นลูกเป็นหลาน เช่น “อาม่าคะ”

คุณ J กล่าวว่าในเวลาเช้าที่มาพบกับผู้ป่วยก็จะมีวิธีทักทายง่ายๆ ว่า “สวัสดีค่ะ เช้านี้เป็นยังไงบ้าง” “เมื่อคืนนอนหลับดีมั๊ยคะ” ถ้าหากผู้ป่วยสูงอายุมีการบอกเล่าถึงความไม่สุข

สบายต่างๆ ผู้ดูแลก็ไม่ควรตักตลบแต่ควรสอบถามเพิ่มเติมเช่น “ปวดแล้วได้รับยาหรือยังคะ อาการดีขึ้นมั๊ยคะ” เพื่อแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจ เมื่อจะเลิกงาน ผู้ดูแลผู้ป่วยควรกล่าวคำอำลาผู้ป่วยสูงอายุด้วย เช่น “หนูกลับก่อนนะคะ วันนี้เลิกงานแล้วค่ะ”

ในระหว่างวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถสร้างบทสนทนาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ โดยยกสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคนมีความชื่นชอบมาพูดคุย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยอาจต้องคอยสังเกตเพื่อค้นหาความชอบของผู้ป่วยสูงอายุที่ตนดูแล หรืออาจเริ่มต้นการพูดคุยเพื่อค้นหาความชอบของผู้ป่วยจากกิจกรรมต่างๆ ไป เช่น “ชอบวาดภาพมั๊ยคะ ชอบร้องเพลงมั๊ย” และสามารถสร้างสนทนาต่อยอดจากความชอบดังกล่าว ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถค้นหาความชอบของผู้ป่วยได้ก็นำมาสู่การสนทนาแลกเปลี่ยน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยสูงอายุจะไว้วางใจผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ดีขึ้น ทั้งนี้ คุณ J ตั้งข้อสังเกตว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากจะมีปัญหาเรื่องเวลากลางวัน-กลางคืน กล่าวคือจะนอนมากในเวลากลางวันและตื่นในเวลากลางคืน ดังนั้น เราควรนำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุชื่นชอบมาให้ผู้ป่วยได้ทำในเวลากลางวันให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืน ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่นอนในเวลากลางคืน ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องคอยดูแลสภาพแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เช่น ตรวจสอบไม่ให้มีของมีคมในพื้นที่ การถือคประตุน้ำต่างให้แน่นหนา ดูแลมิให้มีอุปกรณ์ต่างๆ วางเกะกะ เพื่อหลีกเลี่ยงเหตุไม่คาดคิด

เทคนิคในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณ J ใช้วิธีการเชิญชวนให้ผู้ป่วยสูงอายุทำกิจกรรม ห้ามบังคับ โดยเราจะเป็นผู้จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้ผู้ป่วย หากกิจกรรมที่ทำเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย วิธีการสื่อสารเพื่อลดการต่อต้าน ผู้ดูแลควรอธิบายให้ฟังก่อนในแต่ละขั้นตอนที่จะทำว่าจะทำอะไร เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจเพียงพอที่จะทำกิจกรรมดังกล่าว เช่น การสวนอุจจาระ ก็ควรอธิบายขั้นตอนต่างๆ ที่จะทำรวมถึงอาการหรือสิ่งที่ผู้ป่วยจะรู้สึกได้ในแต่ละขั้นตอน

สำหรับกิจกรรมด้านการพยาบาลที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น การเจาะเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ทำหน้าที่เหล่านี้จะต้องมีการแนะนำตัวก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าผู้ที่กำลังจะกระทำบางสิ่งบางอย่างกับร่างกายของเขาเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ลำดับต่อมาก็ต้องอธิบายถึงขั้นตอนต่างๆ ที่เรากำลังจะกระทำ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร กิจกรรมบางอย่างที่สร้างความเจ็บปวด ไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือดหรือใส่สายสวนปัสสาวะ จะบอกผู้ป่วยตั้งแต่ต้นว่ากิจกรรมนี้จะเจ็บ จะไม่ปิดบังข้อมูลแต่บอกตามความจริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมใจ บางครั้งผู้ป่วยบางรายไม่พอใจ อาจด่าทอหรือต่อต้าน ผู้ที่ให้การพยาบาลควรจะเบรคกิจกรรมที่ทำลงชั่วคราวเพื่อลดแรงต้าน เพราะหากดันทุรังทำต่อยิ่งจะเพิ่มความเจ็บปวดและความหวาดวิตกให้ผู้ป่วย และจะต้องเพิ่มความระมัดระวังและความนุ่มนวลในการทำกิจกรรมต่อ รวมทั้งควรสื่อสารควบคู่ เช่น กล่าวคำขอโทษที่ทำให้เจ็บ เป็นต้น กรณีแบบนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมด้วยได้ เช่น ช่วยปลอมประโลม ช่วยให้กำลังใจ เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุมีความกลัวมาก อาจต้องขอความร่วมมือจาก

ญาติ เช่น กรณีคนไข้กัวเซ้ม กัวการเจาะเลือด อาจขอให้ญาติช่วยมานั่งใกล้ๆ และจับมือเพื่อช่วยลดความกังวลใจ

คุณ J ยังกล่าวด้วยว่าในกรณีที่อาการของผู้ป่วยสูงอายุแย่ลง ตนจะสังเกตจากพฤติกรรมและสีหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น สิ่งที่เคยชอบทำอาจไม่ทำ ปฏิเสธที่จะทำกิจกรรมที่ตนเคยชื่นชอบ รับประทานได้น้อยลง พูดสื่อสารน้อยลง สีหน้าแย่ง อารมณ์อาจเปลี่ยนแปลง เช่น เกรี้ยวกราดกว่าปกติ แต่กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุมีความโกรธ จะสังเกตได้ง่ายกว่า คือสีหน้าไม่พอใจ อาจเกรี้ยวกราดกว่าเดิม พูดต่อว่าเสียงดัง แต่กรณีของภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะแสดงออกด้วยการสื่อสารน้อยลง บางครั้งแสดงท่าทางเหม่อลอย ครุ่นคิด บางส่วนอาจแสดงออกด้วยการร้องไห้เงียบๆ ส่วนกรณีของการแสดงออกด้วยการร้องไห้ฟูมฟายคล้ายเด็กนั้นมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทางสมอง เช่น อัลไซเมอร์ ดีเมนเทีย ที่เคยพบก็คือ ตอนเช้าลูกมาเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุ พอตอนบ่ายผู้ป่วยกลับนั่งร้องไห้บอกว่าไม่มีใครมาเยี่ยมเลย เนื่องจากจำเหตุการณ์ตอนเช้าไม่ได้แล้ว บางกรณีก็พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีลูกหลายคน ลูกที่มาเยี่ยมบ่อยๆ ในปัจจุบัน ผู้ป่วยจำไม่ได้ แต่กลับจำลูกที่นานๆ ครั้งมาเยี่ยมได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการทำหัตถการหรือการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน คุณ J จะสื่อสารด้วยการชวนคุยไม่ให้เครียด กังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ตอบข้อสงสัยในสิ่งที่ผู้ป่วยข้องใจ ส่วนใหญ่คนไข้จะถามว่าจะเจ็บหรือไม่ เมื่อผ่าตัดไปแล้วจะเหมือนเดิมรึเปล่า จะบอกผู้ป่วยว่าไม่ต้องกังวล คุณหมอก็จะทำให้ดีที่สุด หลังการผ่าตัดก็ค่อยๆ พั่นพู่ร่างกาย แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่อาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น ผู้ป่วยเป็นมะเร็ง สถานการณ์ของโรคซับซ้อนไปสู่ระยะที่สูงขึ้น กรณีนี้ คุณ J บอกว่าผู้ดูแลจะต้องช่วยสร้างการยอมรับในสภาพที่เป็นอยู่ และให้แนวคิดเชิงบวก เสริมพลังบวก เช่น ถึงแม้จะเป็นโรคนี้นี้ แต่ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจกรรมที่เคยชอบทำได้ เพราะผู้ป่วยมักจะอยู่ในการอาการช็อคก่อนและอยู่ในภาวะดัง คิดเชิงลบมากขึ้น ซึ่งคุณ J แนะนำว่ากรณีแบบนี้ ญาติจะมีบทบาทช่วยได้มาก เช่น เพิ่มการกระทำที่แสดงออกให้เห็นถึงความรักความห่วงใยที่ครอบครัวมีให้ให้มากที่สุด

กรณีที่ผู้ป่วยเกิดความเครียด ไม่ว่าจะมาจากสาเหตุมาจากเรื่องใด บางครั้งผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติที่มาดูแลใกล้ชิดได้บ่อยๆ สถานการณ์เช่นนี้ คุณ J บอกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอาจต้องปฏิบัติตนเสมือนหนึ่งเป็นญาติของผู้ป่วย โดยการรับฟังอย่างใส่ใจ ให้ความรักความห่วงใย เต็มเต็มในสิ่งที่ผู้ป่วยขาด ซึ่งอวัจนภาษาเป็นการสื่อสารอีกแบบหนึ่งที่ช่วยได้มาก อย่างการสบสายตา การสัมผัสอย่างเหมาะสม เช่น การกุมมือผู้ป่วยเพื่อถ่ายทอดกำลังใจ

มีบางกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในอารมณ์เกรี้ยวกราด อาจมีการด่าทอผู้ดูแลหรือข้างปาลังของ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยเลิกงานในวันนั้น เมื่อพบกันในวันรุ่งขึ้น คุณ J จะใช้วิธีการขจัดความขุ่นมัวที่เกิดขึ้นระหว่างกันเมื่อวานนี้ โดยการทักทายผู้ป่วยตามปกติ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนเดิมด้วยความใส่ใจ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้กลับมาก็คือผู้ป่วยเองจะรู้ตัวว่าเมื่อวานตนได้แสดงกิริยาที่ไม่ดี ผู้ป่วย

ผู้สูงอายุจะมีความเกรงใจและอ่อนโยนกับผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น บางรายก็มีการขอโทษผู้ดูแลผู้ป่วยในภายหลัง

กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุทำพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อการรักษา เช่น การดืงสายให้อาหารทางจมูก การดืงสายสวนปัสสาวะ หากเป็นสถานการณ์ที่เราเห็นเหตุการณ์พอดี คุณ J บอกว่า จะสื่อสารด้วยการกล่าวห้าม แต่ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล เช่น “ลุงคะ ห้ามดืงสายนั้นนะคะ ถ้าดืงแล้วจะเจ็บ ดืงแล้วก็ต้องใส่ใหม่ะคะเพราะลุงยังต้องทานอาหารทางสายยางอยู่” ต้องพูดให้หยุดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายนั้นเสียก่อนในขั้นแรก ขั้นตอนต่อมาต้องอธิบายว่าการกระทำดังกล่าวจะส่งผลเสียอย่างไรบ้าง เช่น “พอลุงดืงสายออกแบบนี้มันมีผลเสียะคะ คือ.... และเราต้องใส่สายเข้าไปอีกครั้งจะทำให้เจ็บตัวเพิ่มมากขึ้นนะคะ และอาจมีผลเสียตามมาคือ...”

กรณีที่ผู้ป่วยดืงอุปกรณ์ไปแล้ว สิ่งแรกที่คุณดูแลผู้ป่วยควรทำไม่ใช่การตำหนิต่อว่า แต่ควรเป็นการตั้งคำถามกับผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยดืงอุปกรณ์ เช่น “ลุงคะ ทำไมลุงดืงสายออกละคะ สายนี้ต้องเอาไวให้อาหารนะคะ ถ้าดืงออกก็จะต้องใส่ใหม่ะคะ” สำหรับเหตุผลที่ผู้ดูแลผู้ป่วยควรสอบถามก่อนเสมอ นั้น คุณ J ให้เหตุผลว่า บางครั้งผู้ป่วยอาจดืงอุปกรณ์โดยไม่รู้ตัว เช่น ช่วงตื่นนอนใหม่ๆ กำลังงัวเงีย เกิดความรำคาญก็จะดืงออกด้วยความเคยชิน ซึ่งการตำหนิต่อว่าทันทีจะสร้างความรู้สึกที่ไม่ดีให้กับผู้ป่วยสูงอายุ แต่จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ที่ใช้อยู่ รักษาต่ออาการเจ็บป่วย อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการดืงอุปกรณ์ เช่น การดืงสายสวนปัสสาวะ จะทำให้บอลลุนด้านในที่ใส่ไว้เพื่อดืงรังครูดกับท่อปัสสาวะจนเกิดแผลภายในที่ต้องดูแลรักษาต่อไป การอธิบายและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเพิ่มความระมัดระวังด้วยตนเอง กรณีของผู้ป่วยที่ดืงอุปกรณ์การรักษาออกนั้น คุณ J เคยพบกรณีที่ร้ายแรงที่สุดคือผู้ป่วยดืงท่อช่วยหายใจ ทั้งๆ ที่มีการมัดตรึงระยางค์ทั้ง 4 (แขนและขา) ซึ่งกรณีนี้เมื่อดืงออกก็ต้องรีบทำการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปใหม่ เพราะผู้ป่วยยังไม่ได้ฝึกหายใจด้วยตนเอง จำเป็นต้องพึ่งอุปกรณ์ดังกล่าว ซึ่งทราบภายหลังว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยดืงออกก็เพราะรำคาญที่อุปกรณ์ไปกดกล่องเสียง ทำให้สื่อสารไม่ได้ กรณีที่เกิดขึ้นดังกล่าว สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการสื่อสาร ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยควรหาวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้บ้างในระหว่างการใส่อุปกรณ์ เช่น การมีกระดาดและปากกาเพื่อให้ผู้ป่วยเขียนหรือวาดเพื่อสื่อสาร ข้อสรุปเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการดืงอุปกรณ์การรักษานี้ คุณ J สรุปว่า จำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนกับผู้ป่วยทุกครั้ง โดยการสอบถามถึงสาเหตุที่ดืงอุปกรณ์ อธิบายถึงความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ และอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการดืงอุปกรณ์ ซึ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เมื่อทำตามกระบวนการเหล่านี้แล้ว ผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากจะไม่มีอาการดืงอุปกรณ์การรักษาซ้ำ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางรายซึ่งเป็นส่วนน้อยที่อาจกลับมาดืงอุปกรณ์การรักษาซ้ำ

ในช่วงระยะเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประเด็นที่คุณ J รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่อยากที่สุดสำหรับผู้ดูแลที่จะต้องหาทางจัดการให้ได้ในการดูแลผู้ป่วยก็คือ การได้รับความร่วมมือในการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษา เช่น เคสผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการทำแผล การเจาะ

เลือด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในครอบครัวมาช่วยคุย ช่วยจับ ระวังที่เจ้าหน้าที่ทำการรักษา

คำพูดที่ คุณ J ใช้บ่อยในการสื่อสารเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย จะเริ่มต้นจากการสอบถามเกี่ยวกับอาการ เช่น “คุณลุงวันนี้เป็นยังไงบ้างคะ อาการดีขึ้นบ้างมั๊ย” หากผู้ป่วยระบุถึงอาการบางอย่างที่ดีขึ้นก็จะให้กำลังใจ เช่น คำชม “คุณลุงเก่งมากเลยคะ อย่างนี้อีกไม่กี่วันก็แข็งแรงขึ้นแล้ว” ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยระบุถึงความรู้สึกในเชิงลบ เช่น รู้สึกไม่ดีขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยก็จะต้องสื่อสารในเชิงบวกเพื่อสร้างความหวังในการรักษา เช่น “อาจจะต้องใช้เวลาหลายวันหน่อยนะคะ แต่อาการปวดจะค่อยๆ ดีขึ้นค่ะ” เป็นต้น

ความยากง่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพศชายและหญิงนั้น จะเป็นประเด็นเรื่องความแตกต่างระหว่างเพศ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วย บางกิจกรรมมีความเป็นส่วนตัวสูง เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย ผู้ป่วยชายบางคนจะไม่ยินยอมให้ผู้ดูแลช่วยในบางกิจกรรม ซึ่งหากเป็นกรณีที่ผู้ป่วยรายนั้นไม่สามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ลุล่วงได้เองแต่จำเป็นต้องรับความช่วยเหลือ ก็จะสื่อสารเพื่อลดความกระดากอายและมีอุปกรณ์ช่วย เช่น “คุณลุงคะ หนูจะต้องช่วยทำความสะอาดอวัยวะให้คุณลุงนะคะ แต่มีผ้าคลุมคลุมให้คุณลุงนะคะ” เป็นต้น

ข้อสำคัญที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก็คือการให้เกียรติในความอาวุโสของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีความคุ้นเคยกันมากพอสมควร ก็ควรแสดงความอ่อนน้อม ไม่พูดคุยกหยอกล้อเหมือนเป็นเพื่อนวัยเดียวกัน ไม่ใช่คำพูดห้วนๆ มีการเว้นระยะที่เหมาะสม รู้จักเด็กรู้จักผู้ใหญ่ ไม่ควรแสดงพฤติกรรมหรือใช้สายตาหรือคำพูดที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนถูกลดคุณค่าลง

หากมีผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 คนที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เช็ดตัว ผู้ดูแลผู้ป่วยก็ควรโฟกัสอยู่ที่ผู้ป่วย ไม่ควรพูดคุยสนทนากันด้วยประเด็นส่วนตัวจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกละเลย เช่น ระหว่างการเช็ดตัวผู้ป่วย ควรสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้เรากำลังทำอะไรอยู่กับร่างกายของผู้ป่วย เช่น “คุณป้าคะ ตอนนี้นู๋กำลังเช็ดตัวให้คะ เดี่ยวเราจะเช็ดแขนกันต่อนะคะ” เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบความเคลื่อนไหวของกิจกรรมที่ทำ และบางครั้งผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีปัญหาหุแว่ว การสื่อสารในระหว่างทำกิจกรรมจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ไม่มีปัญหาตามมาในภายหลัง

สำหรับกรณีของ คุณ J นอกจากบทบาทอาชีพในฐานะผู้ช่วยพยาบาลแล้ว คุณ J ยังมีบทบาทในการดูแลมารดาที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเมื่อเป็นบทบาทของลูกที่ดูแลแม่ คุณ J พบว่ามีความยากขึ้นอีกระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเป็นญาติของเราเองจะพูดยากขึ้น จะต้องปรับวิธีการสื่อสารและการดูแล เช่น การอธิบายจะต้องให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพ ยกกรณีล่าสุดที่มารดาต้องส่งกล่องทางเดินอาหาร ซึ่งผู้ป่วยต่อต้าน ไม่ต้องการทำ คุณ J ก็สื่อสารว่า “แม่ลองคิดดูนะว่าถ้าแม่ไม่ทำตอนนี้ ต่อไปถ้าหากมีอะไรที่ผิดปกติ ก็จะทำยากขึ้นนะแม่” ช่วงแรกๆ ที่มารดาป่วยก็ไม่ยอมรับ

การถ่ายภาพบำบัด คุณ J ใช้วิธีการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้มารดาารู้สึกว่าการเจ็บปวดดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทุกคนในครอบครัวรู้สึกด้วย ร่วมดูแลด้วย เช่น “แม่ถ่ายภาพนะ เราช่วยกัน แล้วมันจะค่อยดีขึ้น” นอกจากนี้ยังสื่อสารเพื่อช่วยตั้งเป้าหมายให้กับผู้ป่วยด้วย เช่น “ถ้าเราเริ่มถ่ายภาพกัน เมื่อแม่ดีขึ้น แม่ก็จะกลับมาทำสิ่งที่แม่เคยทำได้” เนื่องจากช่วงแรกผู้ป่วยปฏิเสธการฟื้นฟูทุกรูปแบบเนื่องจากความเจ็บปวด นอกจาก คุณ J แล้ว ทุกคนในบ้านมีส่วนช่วยกันสื่อสารกระตุ้นและให้กำลังใจ โดยเฉพาะหลานที่เป็นเด็กเล็กๆ ที่ผู้ป่วยรักและผูกพัน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 เดือนในการสื่อสารเพื่อสร้างพลังบวกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

คุณ J กล่าวว่าในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟู การสื่อสารเพื่อให้กำลังใจจะมีบทบาทสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูตนเองต่อไป ไม่ละทิ้งกลางคัน วิธีการสื่อสารที่ใช้คือการชี้ให้เห็นความสำเร็จและการชื่นชม เช่น “แม่ทำแบบนี้ได้แล้วนะ เห็นมั้ย แม่เก่งจังเลย” ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เมื่อเป้าหมายแรกทำได้ ผู้ป่วยจะมีความคิดว่าเป้าหมายต่อไปก็ต้องทำได้เช่นเดียวกัน

บางครั้ง ระหว่างการดูแลมารดา ผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจมีความขัดแย้งระหว่างกัน เวลาที่มีความขัดแย้งกับมารดา สิ่งที่คุณ J ทำก็คือการเบรคอารมณ์ของทั้งสองฝ่าย ด้วยการแยกตัวออกไปก่อนเพื่อให้ใจเย็นขึ้น แล้วจึงกลับมาสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อหลีกเลี่ยงมิให้ความขัดแย้งบานปลาย

สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย คือการมีกำลังใจและกำลังใจที่ดี เพื่อให้มีพลังกายและพลังใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อไป สำหรับคุณ J ใช้กิจกรรมที่ตนเองชื่นชมเป็นกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายและเพิ่มพลังให้กับตนเอง เช่น การวาดภาพ ฟังเพลง นอกจากนี้ ในเวลาที่มีอารมณ์ตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ คุณ J จะใช้วิธีการสื่อสารเพื่อบอกเล่า ระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดบ้าง เพื่อให้ความรู้สึกตึงเครียดดังกล่าวลดลง

4.1.2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2

คุณ Q (นามสมมติ) อายุ 30 ปี ปัจจุบันเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่อายุ 20 ปี จบการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะมีวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ คุณ Q ยังเลือกที่จะฝึกงานที่บ้านบางแคในระหว่างการศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 นานครั้งละ 6 เดือน ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ซึ่งการดูแลก็มีความต่างกัน ผู้สูงอายุทั่วไปก็จะเป็นการดูแลเรื่องสุขอนามัยทั่วไป ในตอนเช้าเป็นการดูแลเรื่องอาหารซึ่งจะต้องพิจารณาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุและอาหารบำรุงสุขภาพ เช่น นม แคลเซียม รวมถึงดูแลให้รับประทานผักผลไม้ในระดับที่เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป หรือผู้สูงอายุบางคนติดกาแฟก็อาจจะให้ทานโดยเน้นให้มันมในปริมาณมาก มีกาแฟน้อย คุณ Q เผยว่าการเลือกสถานที่ฝึกงานของตุนั้นจะมุ่งไปที่การดูแลเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยเด็กมีความผูกพันกับปู่ย่าที่เลี้ยงดูมา จึงรู้สึกว่าคุณเข้ากับผู้สูงอายุได้ดี

หลังสำเร็จการศึกษาก็เริ่มต้นการทำงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งโดยอยู่ในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) ซึ่งเป็นผู้ป่วยรวม มีผู้ป่วยทุกวัยแต่โดยมากจะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ เพราะเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยประกันสังคมและบัตร 30 บาทด้วย จึงทำให้ได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ทำงานที่โรงพยาบาลดังกล่าว ส่วนมาก คุณ Q จะได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุอาการหนัก บางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความสุขสบายตามอัตภาพก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนมากญาติจะเลือกที่จะไม่ปั๊มหัวใจ เป็นระยะเวลาที่ทุกฝ่ายทำใจเพื่อรอเวลาของการจากไป การดูแลในระยะนี้จะให้ความสำคัญทั้งสภาวะทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ เช่น หากผู้ป่วยต้องการใส่บาตรก็จะประสานงานให้ บางคนนับถือศาสนาอื่นๆ หรือมีความเชื่อตามชาติพันธุ์ ญาติจะนำผู้นำทางจิตวิญญาณมาทำพิธีที่โรงพยาบาลเลย แต่กิจกรรมที่ห้ามจะต้องไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์ การพยาบาล และผู้ป่วยรายอื่นๆ

ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะประคับประคอง หากไม่ได้อยู่ในภาวะซึมเศร้า โดยส่วนมากจะมีอารมณ์ค่อนข้างเกรี้ยวกราด หงุดหงิดง่าย ซึ่งคุณ Q บอกว่าจะใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือหนึ่งในการรักษา โดยพยายามสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยให้มาก อาจมีอุปกรณ์ช่วย เช่น กระดานขนาดเล็ก เพื่อเขียนได้ตอบ หากผู้ป่วยชอบอ่านหนังสือก็จะหาหนังสือมาให้ผู้ป่วยอ่าน ผู้ป่วยบางคนชอบฟังเพลงก็หาเพลงแนวที่ผู้ป่วยชอบมาให้ฟัง ผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่ยอมสื่อสารกับพยาบาลเลย คุณ Q จะใช้วิธีเข้าไปเยี่ยมเป็นระยะและพูดคุยทักทายด้วยบ่อยๆ อาจเป็นการถามสารทุกข์สุกดิบทั่วๆ ไป การถามถึงอดีตที่ผ่านมา เช่น อาชีพ บ้านเกิด กิจกรรมที่ชอบทำ การพูดคุยดังกล่าวจะเกิดขึ้นในช่วงก่อนที่จะทำหัตถการต่างๆ เช่น การให้อาหาร ให้ยา หรือการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วๆ ไป จะพูดคุยกับผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จนผู้ป่วยเริ่มตอบคำถามและเริ่มสื่อสารด้วยมากขึ้น ซึ่งจะพยายามอ่านปากผู้ป่วยและการใช้กระดานดำช่วยในการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นการเขียนหรือการวาดภาพ บางเคสที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้คนไข้เข้ารับการกายภาพบำบัด คุณ Q ก็จะทำกายภาพพื้นฐานง่ายๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ได้ยืดเหยียดร่างกาย เช่น ช่วงเวลาก่อนการอาบน้ำ และจะใช้ช่วงเวลาดังกล่าวในการสนทนากับผู้ป่วยไปในตัว

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย คุณ Q บอกว่าจะสังเกตเพื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มที่เข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนอยู่ในระยะสุดท้าย กลุ่มที่ 2 คือผู้ป่วยที่ยังทำใจไม่ได้และไม่ยอมรับ หากเป็นผู้ป่วยกลุ่มนี้ คุณ Q จะเสี่ยงที่จะพูดถึงความเป็นไปของโรคหรือความเจ็บป่วย ถึงแม้จะทราบโดยพยากรณ์ของโรคแล้วผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย แต่จะไม่พูดเรื่องความเป็นความตายกับผู้ป่วยเลย แต่จะเลี่ยงไปพูดคุยถึงเรื่องอื่นๆ แทนที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายใจมากยิ่งขึ้น อาจเปิดคลิปรอรั่ม หากในกรณีที่ผู้ป่วยที่ใจยังไม่พร้อมเดินถามสอบถามถึงสถานการณ์ของตนเอง ก็จะตอบว่า “คุณตาอย่าเพิ่งคิดอะไรไปไกลเลยตอนนี้คุณหมอก็รักษาอยู่ หนูก็ดูแลคุณตาอยู่ ไม่ต้องกังวลอะไรนะค่ะ” เหตุผลที่เลือกที่จะเบี่ยงเบน

ความสนใจไปเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความวิตกกังวลสูง มีทั้งความกลัวและความเครียด ซึ่งการสื่อสารความจริงไปตามตรงน่าจะส่งผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งเราจะต้องสังเกตจากสภาพพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยในแต่ละวันเพื่อพิจารณาแนวทางในการสื่อสาร

ในห้วงเวลาระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ถ้าหากพิจารณาจากอาการแล้วพบว่าอาการไม่ค่อยดีแล้ว แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวอยู่ ยังรับรู้ ได้ยิน และโต้ตอบได้บ้าง คุณ Q บอกว่าจะสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาและใช้โทนเสียงที่อ่อนน้อมและปลอบโยน เช่น “คุณตาพร้อมมัย อาการตอนนี้เป็นอย่างไงบ้างคะ เหนื่อยมัย อยากกลับบ้านรึยัง อยากเอา (ท่อช่วยหายใจ) ออกมัย ถ้าเอาออกก็ต้องเดินทางไกลเลยนะคะ พร้อมรึยังคะ” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “อยากละ” “อยากกลับบ้านแล้ว” “เหนื่อยจัง” ก็ต้องสื่อสารกับญาติผู้ป่วยต่อว่าลูกหลานพร้อมหรือยัง อาการตอนนี้ของผู้ป่วยไม่ค่อยดีแล้ว ผู้ป่วยอาจจะใกล้เวลาเดินทางแล้ว ซึ่งทุกครั้งที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์แบบนี้ก็จะมีความรู้สึกร่วมด้วยทุกครั้ง เพราะได้ดูแลรักษากันมาเป็นเวลานาน เห็นความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะต้องสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติตรงๆ แต่ก็มีความจำเป็นที่จะต้องบอกให้รับรู้จากอาการที่เป็นอยู่ น่าจะไปต่อไม่ไหวแล้ว นอกจากนี้ ก็มีกรณีของผู้ป่วยบางรายอาจจะยังไม่ถึงเวลาแต่ผู้ป่วยรู้สึกทรมานมาก ก็อาจจะสื่อสารกับพยาบาลว่า “ปล่อยให้ผมไปเถอะ ตอนนี้รู้สึกทรมานมาก ช่วยตามลูกมาหน่อย ขอคุยกับลูกหน่อย อยากให้เอาท่อออกให้แล้ว...” ซึ่งในความเป็นจริงไม่สามารถทำเช่นนั้นได้

ในทัศนะของ คุณ Q การสื่อสารมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากการสื่อสารจะเป็นช่องทางหลักที่ทำให้เข้าใจผู้ป่วยและช่วยให้การดูแลรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยไม่พูดคุยสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุจะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยวัยกลางคน พยาบาลอาจใช้เหตุผลหรือข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาเป็นหลักในการสื่อสารและได้รับความร่วมมือโดยง่าย แต่สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านโลกมามาก จะต้องให้ข้อมูลและอธิบายเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ มากกว่าจึงจะได้รับความร่วมมือ

ปัญหาหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ คุณ Q ประสบคือการต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เชื่อในสิ่งที่บอก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากในขณะที่กำลังสื่อสารนั้น ผู้ป่วยสูงอายุอาจยังมีความเจ็บปวดจากความเจ็บป่วยจึงทำให้ไม่ฟังและไม่ทำตาม ก็จะต้องค่อยๆ พูดคุย ให้ข้อมูล และชักจูงโน้มน้าวใจ ส่วนปัญหาเรื่องการได้ยินนั้น คุณ Q จะใช้วิธีการพูดต่อหน้าตรงๆ ให้ผู้ป่วยมองหน้า และพยายามอ่านปากของผู้ป่วยเวลาที่ผู้ป่วยสื่อสารกลับ ระดับเสียงอยู่ในระดับพอดี ไม่ต้องพูดดังจนฟังดูเหมือนเป็นการตะคอก แต่ต้องเน้นให้ผู้ผู้ป่วยอ่านปากเราไปด้วยขณะพูด บางรายอาจใช้ทั้งการอ่านปากและการเขียน

ในผู้ป่วยบางรายที่ต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในขณะกำลังทำหัตถการ คุณ Q จะใช้วิธีพูดคุยปลอบโยนในขณะที่กำลังทำหัตถการ เช่นการดูดเสมหะทางจมูกหรือทางปาก

(suction) ระหว่างที่เขาก็จะบอกว่า “ขอโทษนะคะ ขออนุญาตนะคะ รู้ว่าเจ็บแต่จำเป็นต้องทำเพื่อให้ อาการของคุณตาดีขึ้น หนูอยากให้คุณตาทายจริงๆ” แต่ถ้าหากการต่อต้านมีความรุนแรงมาก เช่น การด่าทอหรือขว้างปาสิ่งของ คุณ Q จะหยุดพักการทำหัตถการไว้ก่อนและให้เวลาเพื่อให้อารมณ์ ผู้ป่วยเย็นลง เพราะหากผู้ป่วยต่อต้านมากจะยิ่งทำให้เจ็บหรือเหนื่อยมากขึ้น กรณีแบบนี้ หากจะ ขอให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ช่วยปล่อย ช่วยจับ จะต้องประเมินว่าพฤติกรรมของ ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอย่างไร เนื่องจากผู้ป่วยบางราย หากให้ญาติมาช่วยสื่อสารจะรับฟังพยาบาลมาก ขึ้น ทำให้สงบลงได้ ก็ควรขอให้ญาติมีส่วนร่วม แต่ผู้ป่วยบางราย หากให้ญาติมาช่วยสื่อสารจะยิ่งแสดง พฤติกรรมต่อต้านมากยิ่งขึ้น จึงต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

สำหรับการพบกับผู้ป่วยสูงอายุในครั้งแรก คุณ Q มีวิธีสื่อสารเพื่อสร้าง ปฏิสัมพันธ์และความคุ้นเคยโดยการเข้าไปสวัสดีทักทาย แนะนำตัว สอบถามว่าป่วยเป็นอะไร เป็นมา กี่วันแล้ว รับประทานอะไรมาบ้าง ที่บ้านทำอะไร บ้านอยู่ที่ไหน เน้นการถามก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยพูดคุย มากยิ่งขึ้น เมื่อคุ้นเคยกันแล้วผู้ป่วยจะรู้สึกเอ็นดูเหมือนเป็นลูกหลาน ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุใน อดีตมีสถานะทางอาชีพต่างๆ เช่น เคยเป็นครู การเรียกแทนตัวผู้ป่วยด้วยคำว่า “คุณครู” ก็ถือว่าเป็น การช่วยรื้อฟื้นความทรงจำเก่าๆ ที่ผู้ป่วยบางคนหลงลืมไปแล้ว และยังเป็นการให้เกียรติ ทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าและความมีตัวตนของตนเอง จะทำให้มีกำลังใจที่ดีขึ้น

การทักทายในตอนเช้า คุณ Q จะทักทายด้วยการสวัสดีและสอบถาม เช่น “สวัสดีค่ะ วันนี้เป็นยังไงบ้างคะ เมื่อคืนนอนหลับดีมั๊ย ฝันอะไรเล่า แอร์เย็นไปรีเปลา่คะ เมื่อเช้านาน ข้าวกับอะไรคะ” นอกจากนี้ก็จะบอกวันเวลากับผู้ป่วย ว่าวันนี้เป็นวันอะไร วันที่เท่าไร ผู้ป่วยนอนที่ โรงพยาบาลมานานกี่วันแล้ว เช่น “อีก....วัน จะถึงวันลอยกระทงแล้วนะคะ คุณลุงต้องรีบหายนะคะ จะได้ไปลอยกระทง” ส่วนเมื่อถึงเวลาเลิกงานในตอนเย็น ก็จะเข้าไปบอกผู้ป่วยที่ตนดูแลอยู่ เช่น “วันนี้หนูจะกลับแล้วนะคะ เดี่ยวพรุ่งนี้มาใหม่ค่ะ” โดยส่วนมาก หากเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มีอาการติดเชื่อ ที่จะแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ง่าย ในระหว่างวันของการทำงาน คุณ Q จะเดินเข้าไปดูอาการผู้ป่วยเป็นระยะ หากผู้ป่วยตื่นอยู่ ก็จะพูดคุยสื่อสารด้วย และจะคอยดูเรื่องความสว่างภายในห้อง เนื่องจากลูกหลาน หรือผู้ดูแลผู้ป่วยบางส่วน เมื่อเห็นว่าพ่อแม่เจ็บป่วย มักจะไม่ค่อยเปิดม่านในห้องพัก คุณ Q จะเข้าไป เปิดม่านให้เห็นแสงสว่าง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุหลงวันหลงคืน หรือหากเห็นวอนนอนมากเกินไปก็จะปรับ เติงให้อยู่ในท่านั่งบ้าง จะต้องให้ผู้สูงรับรู้ว่าช่วงเวลาเป็นกลางวันหรือกลางคืน มีการกระตุ้นให้สนใจ สิ่งแวดล้อมภายนอก เนื่องจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุนอนอยู่ในห้องสี่เหลี่ยมแคบๆ จะส่งผลให้เกิด ความรู้สึกที่ไม่ดีอยู่แล้ว ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้และให้ ความสนใจกับสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งการดูแล ผู้สูงอายุกับการดูแลผู้ป่วยเด็กนั้นจะมีบางส่วนที่คล้ายคลึงกัน

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมักไม่ให้ความร่วมมือคือการรับประทานอาหาร เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยจะทำให้ความรู้สึกอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งก็จะต้องใช้วิธีพูดคุยโน้มน

นำวชักชวนให้รับประทาน อาจประหลาดบ้าง เช่น “คุณยายคะ ทานให้หนูชัก 5 คำนะคะ” พอผู้สูงอายุเริ่มให้ความร่วมมือก็ใช้การชมเชย เช่น “เยี่ยมเลยคะคุณยาย ขออีก 3 คำได้มั๊ยคะ” เป็นต้น หากเป็นการดูแลผู้สูงอายุภายในบ้าน อาจจะใช้ลูกหลานเล็กๆ ภายในบ้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว เช่น ให้รับประทานพร้อมหลานหรือให้หลานช่วยประหลาดให้รับประทานมากยิ่งขึ้น ส่วนกิจกรรมอื่นๆ เช่น การสวนอุจจาระ เมื่อเริ่มทำกิจกรรม ควรจะสอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุก่อน เช่น “คุณยายไม่ถ่ายมากี่วันแล้วคะ ความรู้สึกตอนนี้คือปวดท้องมั๊ย รู้สึกอยากถ่ายมั๊ยคะ ที่ไม่ถ่ายทานข้าวเป็นเพราะยังไม่ถ่ายรีไปละคะ ยังไงจะสวนอีให้ชนะคะ เพราะมันหลายวันแล้ว เดี่ยวจะทำให้ปวดท้อง” ซึ่งจะต้องมีการอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำกิจกรรมดังกล่าวร่วมด้วย จำเป็นต้องสื่อสารกับผู้สูงอายุก่อนที่จะเริ่มต้นทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้สูงอายุเสมอ

กรณีของการทำกิจกรรมการพยาบาลที่จะต้องมีความเจ็บปวดบ้าง เช่น การเจาะเลือด การแทงน้ำเกลือ การใส่สายสวนปัสสาวะ คุณ Q เลือกที่จะสื่อสารโดยบอกให้ผู้ป่วยทราบว่ากิจกรรมดังกล่าวนั้นจะมีความเจ็บปวดบ้าง อาจบอกถึงลักษณะความเจ็บที่จะเกิดขึ้น และจะบอกถึงเหตุผลที่ต้องทำควบคู่เสมอ เช่น “มันจะเจ็บบ้างนะคะ แต่หนูจะทำให้เบาที่สุด จะทำให้เจ็บน้อยที่สุดนะคะ ทำแล้วจะทำให้ร่างกายคุณป๊าดดีขึ้น จะได้หายไวๆ นะคะ”

การทำหัตถการที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่คุ้นเคยในครั้งแรกนั้น มักจะมีคำถามที่ผู้ป่วยถามบ่อย ได้แก่ “จะเจ็บไหม จะทรมานไหม ไม่ใส่ได้ไหม” โดยส่วนมากคำถามจะเกิดจากความกลัวที่จะเจ็บ ก็แก้ไขปัญหามาโดยเริ่มต้นคุยก่อนด้วยการบอกถึงเหตุผลและความจำเป็น ข้อดีของการทำหัตถการและข้อเสียหากไม่ได้ทำหัตถการ จนรู้สึกว่าความกังวลของผู้ป่วยลดลง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ต้องได้รับการรักษาทันที กรณีแบบนี้จะต้องเน้นทำการรักษาให้ได้รับความปลอดภัยก่อน การทำหัตถการที่ผู้ป่วยมักจะต่อต้านมากที่สุดคือการดูดเสมหะ ซึ่งสายดูดเสมหะจะเข้าทางปาก ลำคอ และในบางกรณีจะต้องสอดสายลึกจนถึงขั้วปอด

สำหรับวิธีสังเกตว่าผู้ป่วยที่ดูแลอยู่นั้นมีอาการที่แย่งลง สามารถสังเกตอาการในเบื้องต้นได้จาก หากซึมลง ความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนเป็นส่วนใหญ่ กลางวันหลับกลางคืนตื่น แสดงอาการไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย อารมณ์จะหงุดหงิดง่ายขึ้น ไม่อยากทำกิจกรรมที่เคยชอบทำ อาการแบบนี้อาจแสดงออกล่วงหน้าเป็นสัปดาห์ก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยจะแสดงให้เห็นชัดเจน นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาสัญญาณชีพร่วมด้วย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจที่เกิน 100 ครั้งต่อนาที ทั้งๆ ที่นอนอยู่เฉยๆ

สำหรับภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นก็สังเกตได้เช่นเดียวกัน เช่น อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายกว่าปกติ อารมณ์ซึมเศร้า ไม่พูดคุยหรือทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ จากที่เคยชอบไปเดินเล่นก็จะไม่ไป ไม่ค่อยลุกจากเตียง อาหารที่เคยชื่นชอบก็ไม่อยากรับประทาน อาการดังกล่าวอาจกินเวลานานเป็นสัปดาห์ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงอาการทางกายที่อ่อนแอลงไปเรื่อยๆ ส่วนอาการเครียดหรือวิตกกังวลก็อาจจะสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยสูงอายุจะสื่อสารน้อยลง ซึมลง ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับ

ภาวะที่สภาพร่างกายอ่อนแอ แต่ความอ่อนแอทางกายนั้นต้องสังเกตสัญญาณชีพพร้อมด้วย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ การมีไข้ หากหัวใจเต้นเร็วขึ้นเกิน 100 ครั้ง/นาที ทั้งๆ ไม่ได้ทำกิจกรรมอะไร อย่างนี้ก็เริ่มอันตรายแล้ว

ดังนั้น คุณ Q เห็นว่าการเตรียมพร้อมสำหรับผู้สูงอายุควรเริ่มตั้งแต่วัยก่อน เกษียนหรือวัยเกษียน โดยการค้นหากิจกรรมที่ชื่นชอบเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยหลักก็มาจากการเจ็บป่วยทำให้รู้สึกท้อแท้ จุดเริ่มต้นของภาวะดังกล่าวลูกหลานสามารถสังเกตได้จากการแยกตัวของผู้ป่วย เริ่มแยกออกมารับประทานอาหารตามลำพัง จากที่เคยชื่นชอบการออกจากบ้านไปทำกิจกรรมที่ชอบก็ไม่อยากไป บ่นท้อถอย จากที่เคยชอบดูทีวีก็ไม่ดู ไม่ทำอะไรเลย นั่งอยู่ที่เดิมไม่ไปไหน เหม่อลอย กรณีแบบนี้ลูกหลานต้องจัดสรรเวลามาสื่อสารเอาใจใส่ให้มากขึ้น เพราะส่วนหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดจากการที่ลูกหลานละเลย ไม่ใส่ใจ เมื่อคู่ชีวิตคนใดคนหนึ่งจากไปก่อน ผนวกกับการละเลยของลูกหลาน ก็มีโอกาทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ลูกหลานต้องพาทำกิจกรรมต่างๆ พาผู้ป่วยไปพบเจอเพื่อนเก่าๆ ให้ได้รำลึกความหลัง

จากประสบการณ์ในช่วงฝึกงาน คุณ Q เผยว่าเมื่อเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชราใหม่ๆ ผู้สูงอายุส่วนมากก็จะมีภาวะซึมเศร้าจากความคิดว่าตนถูกลูกหลานนำมาทิ้งไว้ที่นี่ ในระยะแรกแพทย์จะให้ยาที่ช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อเวลาผ่านไปได้ระยะหนึ่ง ผู้สูงอายุส่วนมากก็จะเริ่มปรับตัวได้ดีขึ้นจากการทำกิจกรรมร่วมกันทุกวัน เย็บปักถักร้อย เล่นดนตรี ร้องเพลง และเมื่อถึงวันสำคัญต่างๆ ก็จะมีการจัดกิจกรรมให้ อย่างไรก็ดี คุณ Q แสดงทัศนะว่า ถึงแม้บ้านพักคนชราจะมีการดูแลครอบคลุมทั้งกายและใจ แต่สำหรับผู้ป่วยแล้ว การได้อยู่กับครอบครัวลูกหลานก็ยังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาสูงสุด แต่ด้วยสังคมในกรุงเทพ บางครั้งเมื่อลูกหลานไปทำงานต้องปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถอยู่ตามลำพังได้ด้วยปัญหาสุขภาพ ทำให้ลูกหลานบางครอบครัวจำเป็นต้องนำผู้ป่วยมาไว้ที่บ้านพักคนชรา

เทคนิคอย่างหนึ่งที่ คุณ Q ใช้เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยสูงอายุคือจะพิจารณาไปที่ภูมิหลังของผู้ป่วยสูงอายุรายนั้นๆ เช่น หากผู้ป่วยสูงอายุนั้นเคยเป็นครู ก็อาจสอบถามถึงวิชาที่เคยสอน สอบถามในสิ่งที่ท่านเชี่ยวชาญ บางครั้งคล้ายกับการสวมบทบาทสมมติสวมบทเป็นนักเรียนให้ผู้สูงอายุได้บอกได้สอน ผู้ป่วยสูงอายุบางรายเป็นอดีตแอร์โฮสเตส อดีตนางพยาบาล ก็ให้เล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เวลาที่ได้เล่า แววดตาของผู้ป่วยจะเป็นประกาย เวลานั้นฉันทำอะไรอยู่ ฉันแต่งชุดสวย

นอกจากนี้ ยังมีเคสของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นจิตเวช กรณีแบบนี้จะสื่อสารมากไม่ได้ แต่จะเน้นการสื่อสารเพื่อให้สามารถทำภารกิจที่จำเป็นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการสื่อสารจะต้องเน้นสื่อสารให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เห็นหรือเข้าใจให้ถูกต้องตามความเป็นจริง เช่น หากผู้ป่วยเชื่อว่าเห็น

สิ่งนั้นสิ่งนี้ ซึ่งไม่มีในความเป็นจริง เป็นเพียงจินตนาการของผู้ป่วย เราก็จะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าที่อยู่ตรงหน้าของผู้ป่วยตามความเป็นจริงคืออะไร

สำหรับความแตกต่างด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพศชายและหญิงนั้น คุณ Q เห็นว่าความแตกต่างหลักคือเรื่องของการดูแลเรื่องสุขอนามัย สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงจะต้องเน้นเรื่องความสะอาดมากกว่า เนื่องจากอวัยวะเพศหญิงนั้นสามารถติดเชื้อได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ อาจมีเรื่องความกระดากอาย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโดยมากจะเป็นเพศหญิง ผู้ป่วยสูงอายุชายหรือหญิงบางรายจะมีความกระดากอายที่จะให้ผู้อื่นเห็นเรือนร่างของตน ซึ่งการทำกิจกรรมเรื่องการทำความสะอาดร่างกายควรมีอุปกรณ์ช่วย เช่น ใช้ผ้า màn ผ้าคลุมปกปิดร่างกาย และสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกระดากอาย เช่น “ไม่ต้องอายนะคะ เดี่ยวหนูจะรีบเอาผ้าปิดให้เลยคะ” ซึ่งตามปกติก็ต้องป้องกันอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดีและต่อไปอาจไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

คุณ Q ให้แง่คิดที่น่าสนใจว่า เวลาดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้น ไม่ใช่เป็นการที่ต่างฝ่ายต่างให้ใจซึ่งกันและกันแบบคนละครึ่ง ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยควรเป็นฝ่ายที่ให้ใจไปเกินร้อย ต้องเห็นใจผู้ป่วยเป็นหลัก เหมือนต้องคอยคิดเผื่อไปถึงใจของผู้ป่วยสูงอายุด้วยเสมอ ต้องโปรยทอดความรู้สึกของผู้ป่วยให้มากที่สุด ไม่ใช่เป็นเพียงการทำตามหน้าที่ เพราะร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุมีความเสื่อมโทรม ปวดหลัง ปวดขา ปวดเข่า ก็มีความไม่สบายกายไม่สบายใจอยู่แล้ว หากมีอะไรทำให้เกิดความทุกข์หรือความกังวลเพิ่มขึ้นอีก ก็จะทำให้สุขภาพเสื่อมถอยลงไปได้ง่ายมาก คนดูแลต้องเข้าใจผู้ป่วยสูงอายุเพราะการดูแลร่างกายอาจได้แค่ประคับประคองไม่ให้ทรุดลงกว่าเดิม แต่สิ่งที่สามารถทำให้ดีขึ้นได้คือใจของผู้ป่วย ถ้าใจของผู้ป่วยดีขึ้น ก็จะอยากรับประทานอาหารมากขึ้น อยากร่วมกิจกรรมมากขึ้นกว่าเดิม

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุจะต้องเข้ารับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง เช่น การเข้ารับการผ่าตัด โดยมากผู้สูงอายุจะมีความกลัวและความวิตกกังวล คุณ Q ระบุว่าสิ่งแรกที่เราควรทำคือการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับหัตถการดังกล่าวกับผู้ป่วย เช่น การเตรียมตัว การเตรียมร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสื่อสารควรทำล่วงหน้าก่อนวันทำหัตถการอย่างน้อย 3 วัน เช่น แพทย์วางแผนมาแล้วว่าอีก 5 วันจะผ่าตัดให้คนไข้ เมื่อแพทย์แจ้งกับผู้ป่วยและญาติแล้ว พยาบาลก็มีหน้าที่จะต้องอธิบายให้คนไข้ฟัง หากคนไข้บางรายมีความวิตกกังวลมากเกินไป จะต้องช่วยปลอบใจและดึงความคิดของคนไข้ให้มาอยู่กับปัจจุบันให้ได้มากที่สุด เช่น “คุณยายอย่าคิดไปไกลขนาดนั้น การที่คุณหมอมวางแผนจะผ่าตัดให้แสดงว่า มันจะเป็นผลดีกับการรักษาโรคที่ยายเป็นนะคะ” หรือบางกรณีต้องชี้ให้ผู้ป่วยทราบถึงผลเสียหากปฏิเสธการรักษา เช่น “คุณยายจำเป็นต้องผ่าตัดนะคะ ถ้าไม่ผ่าตัดจะลุกเดินไปไหนไม่ได้ ต้องนอนติดเตียง พอนอนติดเตียงก็จะเสี่ยงกับแผลกดทับ เสี่ยงที่จะสำลักอาหารนะคะ”

ในกรณีที่อาการหลังการรักษายังไม่ดีขึ้น สิ่งที่เราควรทำในเบื้องต้นก็คือการให้กำลังใจ เช่น “คุณยายคะ ด้วยสภาพร่างกายของคุณยาย ผ่าตัดแล้วอาจต้องใช้เวลาฟื้นฟูนานนิดนึง

นะคะ ช่วงนี้คุณยายก็ทำตามคำแนะนำของคุณหมาก็สั่งไว้ เรื่องอาหาร เรื่องยา เรื่องการออกกำลังกายก็ค่อยๆ ดีขึ้นค่ะ”

ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการโกรธ โมโห เกรี้ยวกราด ในระหว่างการดูแล คุณ Q ใช้วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยโดยการกล่าวว่า “ใจเย็นๆ ก่อนนะคะ หายใจเข้าออกลึกๆ” ถ้าหากผู้ป่วยยังคงมีอาการรุนแรงก็จำเป็นต้องเว้นระยะห่างออกมาก่อนให้ผู้ป่วยได้อยู่กับตนเองสักพักจนอารมณ์ดีขึ้นจึง เข้าไปสื่อสารและทำกิจกรรมกับผู้ป่วยอีกครั้ง แต่การเว้นระยะห่างต้องอยู่ในรัศมีที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ทันท่วงทีหากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การเว้นระยะห่างอาจทำได้โดยการนั่งห่างออกไปจากผู้ป่วยพอสมควร ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับพื้นที่ มีอิสระ ไม่ถูกกดดัน แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความอบอุ่นใจเพราะเห็นผู้ดูแลอยู่ใกล้ๆ โดยมากเมื่อถึงระยะห่างและให้เวลาสักพัก ผู้ป่วยสูงอายุโดยมากมักใจเย็นลงและผู้ดูแลก็สามารถเข้าไปทำกิจกรรมที่ต้องทำต่อไปได้

โดยส่วนตัว คุณ Q กล่าวว่า ในบางครั้ง อาจพบผู้ป่วยสูงอายุบางรายด่าว่าแสดงอารมณ์เกรี้ยวกราด แต่ คุณ Q จะไม่เก็บมาเป็นอารมณ์ ไม่รู้สึกโกรธ เหมือนพื้นฐานจิตใจและความคิดของตนเองจะมีความเข้าใจผู้สูงอายุ เข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ คุณ Q ยกตัวอย่างสถานการณ์ เช่น เมื่อไปสวนอุจจาระให้ผู้สูงอายุบางราย ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บและโกรธ ก็จะไม่ยอมพูดกับ คุณ Q แต่ คุณ Q จะเข้าไปพูดคุยเพื่อจูงใจผู้ป่วยเป็นระยะๆ จนกว่าผู้ป่วยจะหายเคืองและยอมสื่อสารกับตนอีกครั้ง

กรณีของผู้ป่วยสูงอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า คุณ Q กล่าวว่าตนมักจะชวนผู้ป่วยคุยเพื่อกระตุ้นให้สื่อสาร เรื่องที่คุยอาจเป็นการคุยเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีตของผู้ป่วย อาชีพการทำงาน ครอบครัว โดยเฉพาะความทรงจำที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ทั้งนี้ คุณ Q ตั้งข้อสังเกตว่า กรณีผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย เช่น บางรายต้องเข้ารับการฟอกไต 3 วัน/สัปดาห์ กรณีแบบนี้มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีภาวะซึมเศร้าจากความรู้สึกท้อแท้และหมดหวังเพราะความเจ็บป่วยได้ แต่การที่ผู้ป่วยสูงอายุได้มีโอกาสสื่อสารกับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคในลักษณะเดียวกัน ในแง่ของความรู้สึกอาจทำให้รู้สึกดีขึ้นได้ เพราะได้รับรู้ว่าไม่ใช่มีเพียงตนเองที่เจ็บป่วย แต่ยังมีคนอื่นอีกมากที่เจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน การได้พูดคุย ได้หารือและแลกเปลี่ยนสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุถึงอุปกรณ์การรักษาออก เช่น การดิงสายให้อาหารทางจมูก การดิงสายสวนปัสสาวะออกจากร่างกาย ถ้าหากเข้าไปในขณะที่กำลังดิง สิ่งแรกที่ต้องทำคือการหยุดการกระทำดังกล่าวของผู้ป่วยเสียก่อน เช่น การเข้าไปจับมือผู้ป่วย และสื่อสารเพื่อห้ามปราม เช่น “อ้าว คุณลุงดิงออกทำไมคะ ดิงออกแล้วเจ็บนะ เดี่ยวต้องใส่เข้าไปใหม่อีกนะคะ” “คุณลุงยังจำความรู้สึกตอนที่ใส่สายรอบแรกได้มั๊ยคะ เจ็บมั๊ย” ถ้าหากผู้ป่วยตอบว่าเจ็บ ก็กล่าวต่อว่า “ถ้าเจ็บก็อย่าดิงออกนะคะ เพราะถ้าดิงออกก็ต้องใส่ใหม่อีกครั้ง ต้องเจ็บอีกรอบนะคะ”

แต่ถ้าหากผู้ป่วยสูงอายุถึงสายอุปกรณ์ออกแล้ว สิ่งที่จะต้องทำหลังจากให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นก็คือการสื่อสารด้วยน้ำเสียงจริงจังถึงความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดึงอุปกรณ์ รวมถึงการสื่อสารแบบทิ้งท้ายให้ผู้ป่วยได้คิดใคร่ครวญด้วยตนเอง เช่น “ลองคิดดูนะคะคุณลุง พอถึงสายแบบนี้ ก็ต้องเจ็บตัวอีกครั้ง ตอนนอนโรงพยาบาลนานขึ้นอีก แล้วก็ยังไม่รู้ว่าจะมีผลเสียอะไรตามมาอีกบ้าง คุณลุงคิดดูนะคะว่ามันคุ้มมั๊ย คุณลุงจะยอมแลกหรือคะ...”

สถานการณ์ที่ยากลำบากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสำหรับ คุณ Q ก็คือการทำหัตถการต่างๆ (การรักษาผู้ป่วยโดยมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย) ซึ่งต้องสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าผู้ป่วยทั่วๆ ไป และในบางครั้งก็รู้สึกย้อนแย้ง ที่เราต้องสื่อสารเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย แต่สุดท้ายแล้วก็ต้องทำหัตถการดังกล่าวกับผู้ป่วยอยู่ดี ใจหนึ่งก็ต้องการให้เขาหายดีขึ้น แต่การกระทำของเราก็ต้องทำให้เขาเจ็บปวดอยู่ดี โดยมากจะสื่อสารด้วยการบอกผู้ป่วยตามความเป็นจริงว่าการทำหัตถการดังกล่าวนั้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บอยู่บ้าง ความเจ็บดังกล่าวเป็นความเจ็บลักษณะไหน เป็นการเตรียมใจผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงจะไม่ตื่นตกใจ

การให้คำชมเชยเป็นสิ่งที่ คุณ Q ใช้เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย เช่น “วันนี้คุณยายทำได้ดีมากเลยคะ เก่งมากเลย” สถานการณ์ที่จะชมเชยก็เป็นการทำกิจวัตรทั่วๆ ไปของผู้ป่วยนั่นเอง เช่น การเดินได้หลายก้าวขึ้น การรับประทานอาหารได้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้และชื่นชมกับความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ ของตนเองในแต่ละวัน

คุณ Q แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า หากเป็นบริบทของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว ลูกหลานจะพบว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นเรื่องยากกว่าการดูแลผู้ป่วยในที่ทำหน้าที่ของตน เนื่องจากบทบาทในครอบครัวจะมีความซับซ้อนกว่า เช่น ผู้ป่วยสูงอายุเป็นยาที่เลี้ยงผู้ดูแลมาตั้งแต่เกิด ดังนั้น ในสายตาของผู้ป่วยสูงอายุจะมองผู้ดูแลเป็นหลานที่ตนเลี้ยงมา เมื่อผู้ดูแลบอกให้ทำสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักไม่ค่อยเชื่อและไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ทำให้มีอารมณ์หงุดหงิดต่อกันได้ง่าย ส่วนมากผู้ดูแลที่เป็นลูกหลานจะต้องใจเย็นและอดทนให้มาก หากมีอารมณ์หงุดหงิดใส่กันก็อาจเว้นระยะห่างจากกันในช่วงสั้นๆ ซึ่งการใช้วจนภาษาก็สำคัญ การสัมผัสเล็กๆ น้อยๆ เป็นวิธีหนึ่งที่น่าจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ได้ว่าเราเป็นห่วงเขา ลูกหลานอาจจับมือผู้ป่วยสูงอายุขณะที่พูดคุยด้วย การปิบนวดก็นับเป็นอวัจภาษาที่แสดงออกได้อีกทางหนึ่ง คุณ Q กล่าวทิ้งท้ายไว้ด้วยว่า การที่ผู้ดูแลช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ติดต่อสื่อสารกับเพื่อนในวัยเดียวกันเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้มีความสุขได้แบบง่ายๆ ทั้งนี้ สามารถใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาช่วยได้ เช่น การวิดีโอคอล เพราะการได้คุยกับเพื่อนเก่าหรือเพื่อนในวัยเดียวกันจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ย้อนรำลึกความหลังในขณะที่ยังเป็นหนุ่มสาว ได้นึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุขและสนุกสนานนั่นเอง

4.1.2.3 ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3

คุณ O อายุ 32 ปี มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมา 10 ปี โดยสำเร็จหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก และเริ่มต้นทำงานทันทีหลังเรียนจบในแผนก ICU ศัลยกรรม ซึ่งรับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่มีอาการบางอย่างผิดปกติต้องเฝ้าระวัง เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันสูงผิดปกติ มีเลือดออกมากหลังการผ่าตัด ทำงานอยู่ที่วอร์ดดังกล่าวประมาณ 3 ปีแล้วย้ายไปโรงพยาบาลแห่งใหม่ ปฏิบัติหน้าที่อยู่ที่แผนกอายุรกรรมรวม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ปฏิบัติงานในแผนกดังกล่าวมานานประมาณ 2 ปี ก่อนจะย้ายกลับภูมิลำเนาที่ จ.เพชรบูรณ์ และย้ายมาทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน จ.เพชรบูรณ์ ในแผนก ICU จนถึงปัจจุบัน

ผู้ป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ได้ดูแลจะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ซึ่งมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ หอบเหนื่อย หรือท้องเสีย ซึ่งมักมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ยังช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร ส่วนผู้ป่วยสูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่มาได้รับการรักษาพยาบาลคือกลุ่มที่มาด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรง ซึ่งพอเข้ารับการรักษาโดยมากมักต้องใส่ท่อช่วยหายใจและมีลักษณะติดเตียง ซึ่งกลุ่มนี้จะต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลใกล้ชิด ตั้งแต่การพลิกตะแคงตัวไปจนถึงกิจวัตรอื่นๆ

กิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงใน 1 เวร ในตอนเช้า ผู้ดูแลจะต้องตรวจสอบสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป วัดสัญญาณชีพ (วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิ การหายใจ และการเต้นของหัวใจ) เพื่อสังเกตความผิดปกติต่างๆ เช่น เพื่อพบว่าไข้ (อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปเวลาหายใจมีอาการเหนื่อยหอบ หน้าซีด จะต้องรีบรายงานแพทย์ หรือผู้ป่วยที่มีโรคความดันสูง หากวัดความดันได้ 140 ขึ้นไปก็ต้องรายงานแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องตรวจสอบแผลเพื่อว่ามีปัสสาวะหรืออุจจาระหรือไม่ หากมีก็ทำการเปลี่ยนให้ผู้ป่วยทันที หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ ก็จะต้องดูดเสมหะให้ผู้ป่วย คอยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ เมื่อถึงเวลา 12.00 น. เป็นเวลาที่พยาบาลจะเข้ามาฟีดอาหาร (การให้อาหารทางสายยาง) ให้กับผู้ป่วยก็จะจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะสูง และดูดเสมหะก่อนให้อาหาร กิจกรรมพื้นฐานเหล่านี้จะทำตามวงจรรอบ ได้แก่ 08.00 น. 10.00 น. 12.00 น. 14.00 น. แต่ก็ต้องดูเป็นกรณีไป เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจปัสสาวะบ่อย การตรวจดูแผลเพื่ออาจต้องบ่อยขึ้นเพื่อมิให้เกิดการหมักหมม อบชื้น สำหรับการพลิกตะแคงตัวนั้น ช่วง 8.00 น. และ 10.00 น. จะตะแคงซ้ายขวา เพื่อให้เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย และช่วงเวลาประมาณ 14.00 น. จะเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายให้คนไข้ แต่ถ้าหากคนไข้นอนหลับอยู่ก็อาจเลื่อนเวลาการเช็ดตัวออกไปได้เล็กน้อย

ในมุมมองของ คุณ O การสื่อสารมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยให้ทั้งคนไข้และตัวผู้ดูแลมีความเข้าใจซึ่งกันและกันและเข้าใจตรงกันในการรักษาพยาบาล ถ้าหากไม่แน่ใจ ผู้ดูแลต้องถามซ้ำเพื่อให้มั่นใจ เช่น “ที่อธิบายไปเมื่อกี้ คุณยายเข้าใจ

ว่ายังไงคะ ให้คนไข้ทวนอีกครั้ง” ในกรณีที่คนไข้เป็นคนไข้ใหม่ การพูดคุยสื่อสารช่วยสร้างความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจ กระชับความสัมพันธ์ ถ้าหากคนไข้มีอาการผิดปกติจะได้เกิดความกล้าที่จะสื่อสารกับพยาบาลหรือผู้ดูแล

ที่ผ่านมา คุณ O เคยเจอปัญหาเรื่องคนไข้หูไม่ดี ไม่ได้ยิน ก็จะต้องเพิ่มระดับความดังของเสียงให้เหมาะสม บางครั้งเหมือนคนไข้จะเข้าใจแต่ที่จริงแล้วอาจไม่เข้าใจเราก็ได้ อาจเกิดจากการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ที่คนไข้ไม่เข้าใจ หรือในทางกลับกัน คนไข้ใช้ภาษาถิ่นซึ่งผู้ดูแลก็อาจไม่รู้ความหมาย การคุยกับผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีการอธิบายหรือขยายความ ปัญหาอีกแบบหนึ่งที่จะพบบ่อยคือปัญหาเรื่องความเชื่อของชาวบ้านซึ่งอาจไม่ตรงหรือขัดแย้งกับแนวทางการดูแลหรือการรักษาของแพทย์ เช่น อันนี้ทานไม่ได้ เป็นสิ่งต้องห้ามตามความเชื่อ แต่ในทางการพยาบาลระบุว่า เป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสุขภาพ หรือบางอย่างพยาบาลแนะนำให้ปฏิบัติแต่คนไข้บอกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำตามความเชื่อ ซึ่งจะต้องค่อยๆ พยายามอธิบายและให้เหตุผลให้ข้อมูล จะทำหรือไม่ทำก็ค่อยว่ากันอีกที

ในเวลาเช้าที่มาพบกับผู้ป่วย คุณ O จะเข้าไปสวัสดีทักทาย “สวัสดีค่ะ ตื่นรียังคะ เตียวขออนุญาตวัดไข้วัดความดันนิดนึงนะคะ เมื่อคืนเป็นยังไงบ้างคะ นอนหลับดีมั๊ยคะ” ในกรณีที่พบว่าคนไข้ปฏิเสธกิจกรรมบางอย่าง เช่น ต่อรองขอเลื่อนเวลาอาบน้ำ ก็อาจจะอะลุ่มอล่วยให้เล็กน้อย โดยเลื่อนเวลาให้เล็กน้อย เมื่อกลับมาอีกครั้งก็จะให้เหตุผลประกอบแล้วโน้มน้าวให้ทำกิจกรรม เช่น “หกโมงครึ่งแล้ว คุณยายอาบน้ำกันดีกว่านะคะ จะได้สดชื่นคะ” ในกรณีที่คนไข้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อาจจะให้คนไข้ดำเนินการเองได้แต่จะต้องคอยเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัย

ในช่วงเย็นก่อนเลิกงาน คุณ O จะสื่อสารกับคนไข้โดยบอกว่า “เดี๋ยวสี่โมงเย็นหนูจะลงเวรแล้วนะคะ เตียววันพรุ่งนี้พบกันใหม่นะคะ” ซึ่งก็ได้บอกบางเคสที่มีปฏิสัมพันธ์ค่อนข้างสูงแต่อาจจะไม่ได้อำลาทุกเคส

คุณ O ยังเล่าด้วยว่าเคยเจอกรณีคนไข้บางรายที่ไม่สื่อสาร ซึ่งเป็นเพราะคนไข้มารักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีความคิดถึงบ้าน ไม่อยากพูดคุยกับผู้ดูแล ในกรณีแบบนี้ก็ต้องพยายามชวนคุยหรือพูดให้กำลังใจ ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกละเลย บางครั้งอาจชักชวนให้คนไข้ทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ไม่ให้จมอยู่กับความรู้สึกวิตกกังวลมากเกินไป มีกรณีที่คนไข้ไม่ยอมทานข้าวทานยา ก็จะต้องเข้าไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตื่นตัว เช่น “คุณลุงคะ ข้าวมาแล้วนะคะ ลูกมาทานข้าวกันดีกว่าคะ ทานข้าวแล้วจะได้ทานยา อาการจะได้ทุเลาลงนะคะ”

คุณ O ยกตัวอย่างว่าเคยเจอกรณีคนไข้ไม่ยอมปัสสาวะ ก็จะต้องชี้ให้คนไข้รู้ว่า หากกลั้นปัสสาวะแบบนี้จะทำให้กระเพาะปัสสาวะติดเชื้อหรืออาจจะต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งการชี้แจงให้ทราบถึงผลเสียดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่กระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมใดๆ ผู้ดูแลควรกระตุ้นโดยการชักชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น ชักชวนให้ลงจากเตียง อาจพานั่งวีลแชร์เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศหรือได้สด

อากาศที่บริสุทธิ์ เป็นต้น หากไม่สามารถพาออกไปทำกิจกรรมนอกห้องได้ก็อาจชักชวนให้ผู้ป่วยลงจากเตียงมาเดินระยะสั้นภายในห้อง ชี้ชวนให้ดูบรรยากาศภายนอกห้อง หรือชักชวนให้ดูโทรทัศน์ การกระตุ้นเป็นสิ่งจำเป็น มิฉะนั้นผู้ป่วยจะนอนในช่วงเวลากลางวันเยอะแล้วไม่นอนในเวลากลางคืน ซึ่งการกระตุ้นจะต้องพิจารณาจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเพศหญิงก็จะชอบกิจกรรมเย็บปักถักร้อย คุณ O เล่าถึงประสบการณ์การทำงานที่เคยฝึกงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในนั้นจะมีผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุด้วย กิจกรรมผู้ป่วยชอบทำเช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย โยคะ หรือแอโรบิกเบาๆ หรือแม้แต่กิจกรรมการทำอาหาร การร้องเพลง การเล่นเกมเบาๆ แต่ถ้าหากเป็นคนใช้ติดเตียงหรือใส่ท่อช่วยหายใจก็จะมีนักกิจกรรมบำบัดเข้ามาดูแล

สำหรับการทำกิจกรรมทางการแพทย์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ คุณ O จะใช้วิธีอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เช่น “คุณตาคะ เดี่ยวจะต้องใส่สายสวนปัสสาวะให้คุณตานะคะ เพราะในกระเพาะปัสสาวะของคุณตามีฉี่ค้างอยู่เต็มเลย คุณหมอเลยให้คุณตาใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อระบายน้ำออกนะคะ คุณตาจะได้สบายตัวคะ ไม่ต้องทรมานกับการปวดฉี่” โดยจะต้องอธิบายรายละเอียดในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเกริ่นนำให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าว่าการทำหัตถการดังกล่าวอาจจะมีเจ็บอยู่บ้างแต่อยู่ในระดับที่รับไหว การบอกกล่าวหรืออธิบายก่อนทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติให้เป็นนิสัย รวมถึงให้ข้อมูลว่าเหตุผลที่ต้องทำเพราะอะไร ถ้าหากไม่ทำจะเกิดผลเสียตามมาอย่างไรบ้าง แม้แต่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจก็ต้องสื่อสารเพราะผู้ป่วยอาจสื่อสารไม่ได้แต่ยังมีการรับรู้ทุกๆ อย่าง แม้แต่การเข้าไปวัดความดันช่วงกลางดึก ก็จะต้องบอกกับผู้ป่วยก่อนเริ่มทำกิจกรรมเพราะในช่วงเวลาดังกล่าวคนไข้อาจจะงัวเงีย ง่วงนอน ไม่รู้สึกตัวเต็มที่ อาจจะตื่นตกใจได้หากพยาบาลเข้าไปทำกิจกรรมโดยไม่ได้อธิบายก่อน นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงการใช้คำศัพท์หรือภาษาที่ผู้ป่วยจะเข้าใจได้ง่ายด้วย

สำหรับวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วยสูงอายุ คุณ O เปิดเผยว่าก่อนจะรับเวรมาจะมีการส่งต่อเวรโดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะล่าสุดของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยความรู้สึกตัวปกติ ความดันปกติ สามารถทานอาหารได้ นอกจากนี้ ระหว่างที่เข้าไปวัดความดันหากคนไข้รู้สึกตัวเราก็อาจชวนผู้ป่วยคุยไปด้วยเพื่อประเมินสภาวะของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถประเมินได้จากอารมณ์ สีหน้า ท่าทาง เช่น ผู้ป่วยที่ปกติเคยคุยทักทายกับเรา แต่วันนี้ไม่คุยไม่ทักทาย มีความผิดปกติอะไรเกิดขึ้นกับเขารึเปล่า หรือสีหน้าที่ซีดกว่าปกติ หรือมีเหงื่อออกมาผิดปกติ ผู้ป่วยบางรายเมื่อมีความไม่สุขสบายจะไม่อยู่นิ่ง ดูกระสับกระส่ายผิดปกติ หรือบางคนจะนั่งผิดปกติ ซึ่งแตกต่างไปจากทุกวันที่เคยเห็น ส่วนภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนานๆ อาจเริ่มมีอาการเหม่อลอย เวลาพยาบาลหรือผู้ดูแลชวนคุยก็ไม่สนใจ แต่จะเหม่อมองออกไปภายนอก ผู้ดูแลต้องพยายามชวนพูดคุยหรือให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปจากอารมณ์ทางด้านลบ

มีกรณีของผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดอารมณ์ฉุนเฉียวเมื่อพยาบาลเข้าไปทำหัตถการ เช่น การแทงสายน้ำเกลือ คุณ O เผยว่า หากเจอผู้ป่วยลักษณะนี้ เบื้องต้นจำเป็นต้องหยุดการทำหัตถการ

ไว้ก่อน เพื่อเลี่ยงการกระทบกระทั่งกัน โดยอาจจะพักการทำหัตถการไว้ก่อนให้ผู้ป่วยมีอาการที่เย็นลง ที่ผ่านมา คุณ O เคยพบเคสผู้ป่วยแอลกอฮอล์ลิ้ม (กรณีนี้ผู้ป่วยเป็นเพศชายวัยกลางคน) ที่ผู้ป่วยจะมีอาการที่รุนแรงหรือขาดสติ ซึ่งจำเป็นต้องผูกมัดทั้งสี่ระยางค์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและเริ่มมีสติรู้สึกตัว ก็พบว่าผู้ป่วยไม่รู้ตัวเลยว่าตนได้มีพฤติกรรมรุนแรง อาละวาดอย่างไรบ้าง

กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น การผ่าตัด สิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการทันทีคือการสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการรักษา เหตุผลที่ต้องใช้วิธีการดังกล่าว ข้อดีข้อเสีย รวมถึงค่าใช้จ่ายจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พิจารณาประกอบการตัดสินใจ

สำหรับกรณีที่สถานการณ์ของโรคมีความก้าวหน้าหรือผู้ป่วยมีอาการแย่งนั้น แพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้สื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยพิจารณาประกอบการตัดสินใจวางแผนการรักษาในขั้นต่อไป หรืออาจจำเป็นต้องรีเฟอร์ไปยังโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางหรือมีความพร้อมของอุปกรณ์ในการวินิจฉัยหรือรักษามากกว่า

สถานการณ์อีกแบบหนึ่งที่เคยพบเจอ คุณ O กล่าวถึงกรณีที่ผู้ป่วยดิ่งสายหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาออกจากร่างกาย อันดับแรกที่จะต้องทำก็คือการรีบยับยั้งการกระทำดังกล่าว และจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าอุปกรณ์ดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างไรต่อการรักษา การดึงอุปกรณ์ออกจะส่งผลกระทบอย่างไรต่อผู้ป่วย ซึ่งสถานการณ์แบบนี้ในบางครั้งจะพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกระทั่งถึง ซึ่งก็ต้องสื่อสารกับทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้ทราบถึงอันตรายจากการกระทำดังกล่าว ในกรณีที่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมดังกล่าวซ้ำ ก็อาจจำเป็นต้องขออนุญาตผู้ป่วยและญาติที่จำเป็นจะต้องผูกมัดผู้ป่วยเป็นการชั่วคราวเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

สิ่งที่คุณ O มองว่าเป็นสิ่งที่ยากลำบากที่สุดในการรับมือกับผู้ป่วยสูงอายุก็คือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือใดๆ เลย เช่น ไม่ยอมทานยา ไม่ทานอาหาร ไม่ให้เช็ดตัว แต่ก็จะต้องพยายามพูดคุยเกลี้ยกล่อม ซึ่งบางครั้งอาจต้องเปลี่ยนคนในการพูดคุยเจรจา และต้องอาศัยคนใกล้ชิดของผู้ป่วยช่วยสื่อสารร่วมด้วย หรือให้ญาติช่วยทำกิจกรรมบางอย่างให้ผู้ป่วยแทนผู้ดูแล เช่น ให้ภรรยาผู้ป่วยช่วยป้อนข้าว หรือบางครั้งก็จำเป็นจะต้องใช้น้ำเสียงที่จริงจังเข้มงวดกับผู้ป่วยบางราย โดยส่วนตัวคุณ O ไม่ท้อแท้หรือหงุดหงิดใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะมองว่าเป็นหน้าที่ที่เราต้องทำอยู่แล้ว และผู้ป่วยที่มารักษาก็เปรียบเสมือนผู้ป่วยตายายหรือญาติพี่น้องของเรา ก็พยายามทำทุกอย่างในหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด ไม่คิดมาก ไม่ถือสาคำพูดที่รุนแรงของผู้ป่วย เพราะมองว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สบาย

วิธีการพูดให้กำลังใจที่คุณ O ใช้บ่อยก็คือการบอกผู้ป่วยว่า “ไม่เป็นไรนะคะคุณตา/คุณยาย มาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสักพัก ถ้าหายดีแล้วค่อยกลับบ้านนะคะ ถ้ายังไม่หายดีแล้วรีบกลับไปก็ต้องมาโรงพยาบาลใหม่” ซึ่งคุณ O คิดว่าอวัจนภาษาก็เป็นสิ่งสำคัญ เช่น การจับมือเพื่อถ่ายทอดกำลังใจให้กับผู้ป่วย

สถานการณ์ที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระยะสุดท้ายนั้น โดยมากคุณ O พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้อาจยังรู้สึกตัวแต่ก็สื่อสารได้ลำบาก การสื่อสารที่เกิดขึ้นจึงเป็นการสื่อสารทางเดียวเป็นส่วนใหญ่ โดยอาจพูดกับผู้ป่วยว่า “ไม่ต้องกังวล ไม่ต้องห่วงอะไรนะ” ซึ่งมีบางกรณีที่พบว่าผู้ป่วยอาจรอคอยใครบางคนอยู่ เช่น ลูกหลานที่อยู่ไกลและยังเดินทางมาไม่ถึง ซึ่งสถานการณ์แบบนี้ก็ไม่สามารถพูดอะไรได้มากนัก นอกจากการให้กำลังใจผู้ป่วยว่า “คุณยายไม่ต้องกังวลนะค่ะ เดี่ยวลูกก็มา...ถ้ารู้สึกเหนื่อยมากก็นอนหลับพักผ่อนนะค่ะ..” ใช้วิธีสื่อสารทุกรูปแบบที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลายให้มากที่สุดเท่าที่เราจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้นั่นเอง

4.1.2.4 ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 4

คุณ P อายุ 31 ปี มีอาชีพเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เธอมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมา 9 ปี ในขณะที่เรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ มีรายวิชาระหว่างเรียนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ได้ฝึกประสบการณ์ในสถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพ ได้ดูแลผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุทั่วไปและผู้ป่วยสูงอายุ เน้นในเรื่องของการทำกิจกรรมเพื่อกระตุ้นร่างกาย กระตุ้นความจำ ของผู้สูงอายุ เมื่อเริ่มต้นชีวิตการทำงานก็เริ่มจากการทำงานในแผนกไอซียูศัลยกรรมในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลของกรุงเทพ ผู้ป่วยมีทั้งผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป ส่วนใหญ่จะใส่ท่อช่วยหายใจในช่วงแรก เมื่อสามารถนำท่อช่วยหายใจออกได้ก็จะได้ดูแลผู้ป่วยต่ออีกระยะหนึ่งก่อนผู้ป่วยจะย้ายอร์ดไปยังแผนกอื่นๆ ที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย

ปัจจุบัน คุณ P เป็นหัวหน้าผู้ป่วยหอวิกฤติในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ ในหนึ่งวันมีกิจกรรมที่ทำประกอบด้วยการช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตส่วนใหญ่หรือทั้งหมด การขับถ่าย อาบน้ำ เช็ดตัว ป้อนอาหาร ให้การพยาบาล พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในมุมมองของคุณ P เห็นว่าการสื่อสารมีความสำคัญมากกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมีความบกพร่องด้านการได้ยิน รวมถึงปัญหาสายตาด้วย เวลาสื่อสารจะต้องใช้เสียงที่ดังเพียงพอ และเน้นพูดให้ชัดเจน รูปปากต้องชัด เพราะผู้ป่วยบางคนจะมองที่ปาก การปฏิบัติต้องเน้นความนุ่มนวล น้ำเสียงไม่แข็ง ไม่ดุ มีโทนเสียงที่มีชีวิตชีวา

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ปัญหาด้านการสื่อสารที่พบคือผู้ป่วยสูงอายุบางคนมีปัญหาด้านสมอง มีปัญหาด้านการรับรู้ จะทำให้สื่อสารได้ยากลำบาก ทั้งความเข้าใจของคนไข้ที่รับสารจากเราไปอาจผิดเพี้ยนไปจากสิ่งที่เราต้องการสื่อสาร หรือจากที่เขาตอบกลับมาก็อาจจะไม่ใช่สิ่งที่เขาต้องการสื่อสารอย่างแท้จริง เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต กรณีที่คุณ P เคยเจอ ผู้ป่วยบางรายไม่พูดเลย สายหน้าเป็นบางครั้ง พักหน้าเป็นบางครั้ง ซึ่งก็จะไม่รู้เลยว่าในเวลานั้นผู้ป่วยสุขสบายหรือไม่ ก็พยายามบอกให้ชัดเจนว่าต้องการให้ผู้ป่วยทำอะไร ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยก็ทำตามได้ถูกต้อง ซึ่งเคสนี้เป็นเคสที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย เวลาที่ญาติมาเยี่ยมก็จะร้องไห้ ซึ่งพยาบาลก็พยายามบอกว่าญาติไม่ได้มา

เยี่ยมเป็นช่วงเวลาที่ไม่ควรระบาด ทำให้ญาติมาเยี่ยมได้ลำบาก ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยกับผู้ดูแลสื่อสารไม่ตรงกันหรือมีความเห็นที่ไม่ตรงกันมันก็จะปัญหา ซึ่งคุณ P มีวิธีการแก้ไขโดยการสอบถามกับผู้ป่วยก่อนเสมอว่าผู้ป่วยมีความต้องการอย่างไร มีความเป็นไปได้ตามแนวทางการรักษามากน้อยแค่ไหน เราสามารถยืดหยุ่นอะไรให้เขาได้บ้าง มากน้อยแค่ไหน เพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยพยายามยืดทางสายกลาง ไม่เครียดจนเกินไป ไม่ดึงจนเกินไป

วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ คุณ P จะเริ่มต้นด้วยการสวัสดีและแนะนำตัว บอกกับผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มาให้การดูแลพยาบาล หากมีอะไรที่ต้องการความช่วยเหลือขอให้บอกได้ทันที และสอบถามความต้องการทั่วไป การทำกิจวัตรประจำวัน จะพูดคุยสื่อสารทุกครั้งที่เราไปพบผู้ป่วย ถามเรื่องทั่วไป หรือกรณีที่ผู้ป่วยต้องการคุยกับเราก็จะยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจและใส่ใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับครอบครัว ความชอบส่วนตัว เพื่อให้รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ในเวลาเย็นที่เลิกงานก็จะกล่าวอำลาผู้ป่วยก่อนเสมอ เช่น บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าวันนี้จะทำงานถึงกี่โมงและผู้ป่วยจะได้พบกับเราอีกในวันไหน เป็นต้น

การขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมประจำวัน คุณ P บอกว่าจะต้องมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยได้ทราบก่อนเสมอ เช่น ถ้าจะมีการเจาะเลือด จะเจาะตรงจุดไหน และเจาะไปเพื่อทำอะไร หากเป็นกรณีที่มีความยากหรือมีความซับซ้อน เช่น การผ่าตัด ก็ต้องสื่อสารให้ทราบถึงผลดีผลเสีย ถ้าผ่าตัดไปแล้วจะเกิดผลดีอย่างไร หากทำไปแล้วมีจุดที่เป็นข้อควรระวังคืออะไร ทั้งหมดนี้ต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อประกอบการตัดสินใจของคนไข้และญาติ ในกรณีที่เมื่อสื่อสารไปแล้ว ผู้ป่วยและญาติยังมีความวิตกกังวล ก็ต้องให้ข้อมูลให้มากที่สุดและค้นหาสิ่งที่เขากังวลออกมาให้ได้ ซึ่งกิจกรรมในชีวิตประจำวันพบว่าผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือก็มักจะเป็นกิจกรรมการขยับถ่าย เพราะผู้ป่วยไม่คุ้นชินกับการขยับถ่ายบนที่นอน อีกส่วนหนึ่งคือการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากไม่ชอบอาหารของโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งที่ทำได้คือการพยายามคิดสร้างสรรค์เมนูที่คาดว่าผู้ป่วยน่าจะทานได้ โดยอยู่บนแนวทางโภชนาการของโรงพยาบาล

อีกกรณีหนึ่งที่เคยพบก็คือคนไข้บางรายต้องรับประทานอาหารทางสายยางแต่ยังคงรับประทานอาหารทางปากได้บ้าง ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยจะรู้สึกโหยหาการทานอาหารทางปาก ซึ่งก็ต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าปัจจุบันความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด การฝึกลิ้นทานอาหารเกินความสามารถในการกลืนจะส่งผลเสียอย่างไร หากมีการสำลักจะเกิดปัญหาอะไรตามมาได้อีกบ้าง และหาทางเลือกอย่างอื่น เช่น ให้อาหารมือถัดไป และเบี่ยงเบนความสนใจว่ามือถัดไปจะได้ทานอะไร

ส่วนกิจกรรมด้านการพยาบาลนั้น ถ้าหากคนไข้ไม่ค่อยมีเส้นก็อาจจะยากหน่อย แต่ก็ต้องสื่อสารให้เขาเตรียมตัว เช่น ต้องบอกว่าหากเจาะครั้งแรกไม่ได้ ก็จำเป็นต้องเจาะครั้งที่สอง หรือการดูดเสมหะก็ต้องสื่อสาร เช่น กรณีของคนไข้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เวลาจะดูดเสมหะก็อาจสื่อสารว่า “เดี๋ยวพยาบาลจะดูดเสมหะนะคะ อย่ากั๊กท่อนะคะ อาจจะรู้สึกเหมือนกับว่าจะหายใจไม่ค่อยออก

แต่พยาบาลจะใช้เวลาแป๊บเดียวค่ะ” ต้องเน้นการสื่อสารพูดคุยให้เข้าใจตรงกัน หากเป็นคนไข้ที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจแต่ต้องรับการดูดเสมหะ ก็จะบอกให้คนไข้ทราบวาระระหว่างการดูดอาจมีอาการเจ็บบ้าง ขอให้คนไข้ให้ความร่วมมือโดยการอ้าปาก แต่ถ้าหากรู้สึกเจ็บมากจนทนไม่ได้ก็ให้สื่อสารแสดงท่าทางให้รู้ว่าต้องการให้หยุด เป็นต้น หรือการใส่สายสวนปัสสาวะซึ่งก็จะมีอาการเจ็บปวดขณะที่ใส่ เราอาจใช้วิธีการสื่อสารโดยบอกให้คนไข้หายใจเข้าออกลึกๆ ขณะที่ใส่สายสวน ซึ่งเทคนิคการให้คนไข้หายใจเข้าออกลึกๆ นั้นเป็นวิธีเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยให้หันเหความสนใจไปจากความรู้สึกเจ็บปวดได้อีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ ก็จะสื่อสารเกี่ยวกับการจัดทำทางที่เหมาะสม ช่วงเวลาที่จะใส่สายสวนปัสสาวะ นอกจากนี้ยังอาจให้ญาติผู้ป่วยช่วยเหลือในขณะทำหัตถการ เช่น การช่วยพลิกหรือช่วยจับผู้ป่วย

ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการที่แยลง คุณ P ระบุว่าสามารถสังเกตได้จากสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ คือ ภาวะการรู้สึกตัวที่แยลง เช่น จากเดิมที่ลืมตาสบตา ทักทายพูดคุย แต่วันนี้ดูนอนหลับมากผิดปกติ และอาจดูร่วมกับสัญญาณชีพอื่นๆ เช่น การมีไข้ ความดันที่ลดต่ำลง ปัสสาวะไม่ออก ซึ่งเราสามารถสังเกตได้จากทั้งความดัน อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิของร่างกาย นอกจากนี้ก็ยังสังเกตผิวหนัง ลักษณะแผล เช่น บวม แดง ร้อน หรือมีตำแหน่งใดก็ตามในร่างกายที่มีลักษณะบวม แดง ร้อน ก็สะท้อนถึงความผิดปกติเช่นกัน เช่น อาการหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา ก็จะทำให้ขาบวมผิดปกติ ซึ่งหากญาติสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ก็จะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคลดลงและช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ส่วนวิธีสังเกตเรื่องภาวะอารมณ์นั้น เท่าที่พบมา ผู้ป่วยบางรายจะแสดงออกด้วยอาการหงุดหงิด ไม่ให้ความร่วมมือ ส่วนบางกลุ่มจะเข้าลักษณะอาการซึมเศร้า คือไม่ยอมทำอะไรเลย ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ร้องไห้ ไม่ยอมพูดคุย

ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลมานานพอประมาณ แต่อาการโดยรวมยังมีลักษณะทรงๆ ไม่ได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน คุณ P จะใช้วิธีสื่อสารโดยบอกเล่าให้ผู้ป่วยทราบว่าที่ผ่านมากระบวนการรักษาได้ดำเนินการอะไรไปบ้าง ช่วงระยะเวลาของการเฝ้ารอเพื่อจะเห็นผลการรักษา และผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมืออะไรบ้างเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายการรักษาที่ตั้งไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการผ่าตัดและสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีความกังวลมากจะต้องรายงานแพทย์ เช่น พบว่าคนไข้นอนไม่หลับ หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ อันเป็นผลมาจากความกังวล เพื่อให้แพทย์ประเมินและหาแนวทางช่วยเหลือ เช่น การปรับยา ส่วนพยาบาลก็มีหน้าที่ในการพูดคุย สอบถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูด ได้ระบายความเครียด เพื่อลดความกังวล

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุทำพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและเป็นอุปสรรคต่อการรักษา เช่น การดึงสายให้อาหารทางจมูกออก กรณีแบบนี้ คุณ P ระบุว่าอาจเกิดขึ้นได้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้สิดำเนินรอย เช่น สะลึมสะลือ หลงลืม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกิน 2-3 วันขึ้นไป ก็จะมีภาวะสับสนเหล่านี้ได้ ซึ่งจะต้องมีการป้องกัน เช่น การ

สื่อสารกับญาติผู้ป่วยให้ระวังการดิ่งสายหรืออุปกรณ์ต่างๆ ให้ญาติรีบแจ้งพยาบาลเพื่อเข้าช่วยเหลือ ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยดิ่งสายอุปกรณ์ต่างๆ ไปแล้ว ก็จะต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าได้ทำอะไรลงไป และบอกให้ทราบว่าการกระทำดังกล่าวมีผลเสียอย่างไร และจะต้องใส่สายอุปกรณ์เหล่านี้เข้าไปใหม่นะ ผู้ป่วยโอเคใช่ไหม ขอให้ผู้ป่วยเพิ่มความระมัดระวัง แต่ถ้าหากพิจารณาแล้วเป็นกรณีที่มีความเสี่ยงที่คนไข้จะดิ่งอุปกรณ์ก็จำเป็นจะต้องผูกตรึงผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุร้ายแรง

สถานการณ์ที่สร้างความลำบากใจให้คุณ P มากที่สุดก็คือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ยอมให้ความร่วมมือใดๆ ในการรักษา ปฏิเสธที่จะทำตามแนวทางที่แพทย์มอบไว้ กรณีแบบนี้ก็จะปล่อยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาอยู่กับตัวเองสักครู่ แล้วค่อยเข้าไปพูดคุยสื่อสารใหม่จนกว่าผู้ป่วยจะโอนอ่อนรวมถึงให้ญาติช่วยสื่อสารด้วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หงุดหงิดหรือใช้คำพูดรุนแรงกับผู้ดูแล กรณีแบบนี้คุณ P บอกว่าตนจะไม่เก็บมาใส่ใจ ไม่มองว่าสิ่งนี้เป็นปัญหาหรือเป็นสาเหตุที่จะหลีกเลี่ยงไม่ได้ดูแลผู้ป่วย แต่จะดูสถานการณ์ในเวลานั้นว่าจะสามารถทำอะไรได้บ้าง ต้องหาวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าคุณเป็นผู้อยู่กระทำ

แนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุที่คุณ P ใช้ มักจะเน้นการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกังวลและมีกำลังใจในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีความติดบ้าน จึงมักจะใช้การรักษาตัวหายเพื่อได้กลับไปพักผ่อนที่บ้านเป็นแรงจูงใจสำคัญสำหรับผู้ป่วย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะประคับประคอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่วนมากจะบอกให้ผู้ป่วยลดความกังวล ในระดับถึงหลักศาสนา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจะมีทั้งกรณีที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวจะสอบถามผู้ป่วยถึงความต้องการต่างๆ เช่น ต้องการทำบุญ ต้องการพบญาติ แม้แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยพูดไม่ได้ก็จะให้ผู้ป่วยเขียนเพื่อให้ทราบความต้องการ และสื่อสารกับญาติ เช่น ติดต่อญาติให้มาพบผู้ป่วย แม้แต่ในกรณีของคนไข้ที่ไม่รู้สึกตัว แต่ก็อาจสอบถามจากญาติว่าผู้ป่วยมีห้วงมีความกังวลอะไรหรือไม่ และพยายามดำเนินการในสิ่งที่คาดว่าผู้ป่วยต้องการ เช่น รอให้ญาติมาเยี่ยม

ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศนั้น คุณ P ระบุว่ามีความแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความละเอียดอ่อนมาก อ่อนไหวกับคำพูดมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย รักความสะอาดมาก มีความต้องการปลื้มใจมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยเพศชายมักจะอะไรก็ได้ แล้วแต่คุณพยาบาล

คุณ P กล่าวเสริมในช่วงสุดท้ายของการให้สัมภาษณ์ว่า สิ่งหนึ่งที่ตั้งข้อสังเกตก็คือผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากมักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยจนอาจละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ในความเป็นจริงแล้ว ยังมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็ยังคงใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ควรไปพบแพทย์ตามนัด และใส่ใจในสุขภาพของตนเองไม่น้อยกว่าการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ

4.2 ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

ผู้วิจัยได้จำแนกข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การสังเคราะห์ข้อมูลและการออกแบบร่างคู่มือการสื่อสารฯ และ 2) การสำรวจความพึงพอใจจากการทดลองใช้คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

4.2.1 การสังเคราะห์ข้อมูลและการออกแบบร่างคู่มือการสื่อสารฯ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ทั้งหมดในข้อ 4.1 ผู้วิจัยได้จัดทำเนื้อหาของร่างคู่มือการสื่อสารฯ โดยแบ่งเนื้อหาในคู่มือออกเป็น ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 เข้าใจผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนที่ 2 ปัญหาพื้นฐานที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนที่ 3 การสื่อสาร หัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และส่วนที่ 4 ดูแลตัวเองเท่ากับดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 เข้าใจผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อคุณมีอายุ 60 ปี แสดงว่าคุณได้เริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้ว ความสูงอายุหรือความชราเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่ถึงอย่างนั้น เมื่อเข้าสู่วัยชราคนส่วนใหญ่มักทำใจยอมรับได้ยาก เพราะสิ่งที่ต้องเผชิญคือความเสื่อมของสังขาร นำไปสู่การเจ็บป่วย ไม่สุขสบายกายใจ และผู้ป่วยสูงอายุโดยมากยังแบกรับความทุกข์ใจจากความกังวลเพราะความเจ็บไข้ได้ป่วยพ่วงเข้าไปอีก กังวลว่าตนจะเป็นภาระของลูกหลาน กังวลว่าจะไม่มีค่ารักษาพยาบาล กังวลว่าจะเจ็บป่วยมากขึ้นจนดูแลตนเองไม่ได้ จะต้องทรมาณจากความป่วยไปอีกยาวนาน

เพราะมีทั้งความเจ็บป่วยและความกังวลข้างต้น ผู้ป่วยสูงอายุโดยมากจึงมักมีอาการซึมเศร้า หดหู่ใจง่าย อ่อนไหวต่อคำพูดและการกระทำของผู้อื่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงควรมองให้ลึกซึ้งถึงความรู้สึกนึกคิดและภาวะจิตใจของผู้ป่วย ความเข้าใจนี้สำคัญมาก เพราะเมื่อเข้าใจในจุดนี้จะทำให้ผู้ดูแลยอมรับต่อความบกพร่องในตัวผู้ป่วยที่ตนดูแลได้ง่ายขึ้น

หากผู้ดูแลเป็นลูกหลาน ก็ให้ตระหนักรู้ว่าพ่อแม่ของเรานั้น ท่านได้เปลี่ยนแปลงไป ไม่แข็งแรงเหมือนเดิมแล้ว ต้องพึ่งพิงเรามากขึ้นทั้งกายใจ และนี่เป็นโอกาสสำคัญที่จะได้ตอบแทนพระคุณของท่านในเวลาที่ท่านต้องการเรามากที่สุด หากผู้ดูแลเป็นคนนอก ก็ให้ตระหนักว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านกำลังดูแลนั้น มองท่านเป็นที่พึ่งสำคัญ ที่ผู้ป่วยสูงอายุได้ฝากชีวิตและความสุขไว้ในมือของผู้ดูแลแล้ว

“สำหรับดิฉัน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ใช่การให้ใจกันคนละครึ่ง แต่เราที่เป็นคนดูแลต้องให้ไปเกินร้อย ทุกอย่างที่เราต้องคิดเผื่อใจของผู้ป่วยด้วยเสมอ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สบายกายใจอยู่แล้ว ถ้ามีอะไรที่ทำให้เกิดความทุกข์หรือความกังวลเพิ่มขึ้นไปอีก ก็จะทำให้สุขภาพเสื่อมถอยได้ง่ายมาก” คุณ Q (พยาบาลวิชาชีพ)

ส่วนที่ 2 ปัญหาพื้นฐานที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ

ความเสื่อมของหูและการได้ยิน ผู้ป่วยสูงอายุโดยมากจะมีปัญหาด้านการได้ยิน การสื่อสารกับผู้ป่วยควรเพิ่มความดังมากขึ้นอีกระดับ แต่ไม่ต้องตะเบ็งหรือตะโกน ใช้โทนเสียงต่ำ พูดให้ช้าและชัดเจน ขณะพูด ควรให้ผู้ป่วยได้เห็นหน้าผู้ดูแลอย่างถนัด เพราะผู้สูงอายุบางคนจะอ่านริมฝีปากของผู้พูดเพื่อทำความเข้าใจ สบตากับท่านอย่างอ่อนโยนและเป็นมิตร เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายเกิดสมาธิในการสื่อสาร ถ้าพูดแล้วผู้ป่วยยังไม่ได้ยินหรือไม่เข้าใจ อาจขยับตัวเข้าไปใกล้อีกเล็กน้อยแล้วพูดให้ดังขึ้น ในหลายกรณีพบว่า การมีอุปกรณ์ช่วยจะทำให้การสื่อสารกับผู้สูงอายุได้ผลดียิ่งขึ้น เช่น ใช้การเขียนข้อความหรือวาดภาพลงบนกระดาน การใช้การ์ดรูปภาพ หรือการนำเสนอของจริง ประกอบการพูดเพื่อช่วยเสริมความเข้าใจ

ความเสื่อมของสายตาและการมองเห็น ผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากจะมีปัญหาด้านการมองเห็น เวลาสื่อสารกับผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับแสงสว่าง ให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นผู้ดูแลและอุปกรณ์ต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น เน้นพูดคุยอธิบายเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรับรู้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

ความเสื่อมด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เคลื่อนไหวได้ช้าลง หรือบางท่านเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตว่าลักษณะการเคลื่อนไหวแบบใดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บหรือปวด ต้องใจเย็นเวลาช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่เร่งเร้าจนสร้างความกดดัน และระลึกไว้เสมอว่า สิ่งที่เป็นอันตรายมากสำหรับผู้สูงอายุคือการพลัดตก หกล้ม เพราะจะนำไปสู่การเจ็บป่วยอื่นๆ ตามมาได้อีกมาก

ส่วนที่ 3 การสื่อสาร หัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เปรียบเสมือน “สะพาน” ที่ทำให้ผู้ดูแลกับผู้ป่วยได้พบกันตรงกลาง ทั้งการสร้างความร่วมมือร่วมกันในสิ่งต่างๆ ที่ต้องทำในแต่ละวัน ช่วยเชื่อมและกระชับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยช่วยให้การดูแลรักษาเกิดประสิทธิภาพ และที่สำคัญ การสื่อสารคือสิ่งที่ฮีลใจ ให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่โดดเดี่ยวหรือว่าเหว่ แต่ยังรู้สึกว่าตนเองยังได้เชื่อมต่อกับคนอื่นๆ และสังคมภายนอก คู่มือเล่มนี้จึงเกิดขึ้นเพื่อนำเสนอแนวทางการสื่อสารกับผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งคนในครอบครัวหรือคนอื่นๆ ที่ประกอบอาชีพด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะแบ่งการสื่อสารออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) การสื่อสารในชีวิตประจำวัน 2) การสื่อสารเพื่อรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถนะ และ 3) การสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจ

การสื่อสารในชีวิตประจำวัน

หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นคนในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว เช่น เป็นลูกหลาน เป็นภรรยา เป็นสามี ท่านอาจคิดว่าไม่จำเป็นต้องเตรียมการอะไรมาก ก็สื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุไปตามปกติเหมือนที่เคยทำมา แต่ที่จริงแล้ว เมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวกลายเป็นคนป่วย จะมีความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสภาพจิตใจที่เปราะบางและอ่อนแอ ลูกหลานคนดูแล ควรให้ความสำคัญในจุดนี้ หมั่นสังเกตว่าผู้ป่วยกังวลใจในเรื่องใดบ้าง และพูดคุยสื่อสารให้ผู้ป่วยลดความกังวล หรือหาทางออกของปัญหาร่วมกัน โดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความวิตกกังวลเพียงลำพัง

ตัวอย่างการสนทนา

ภรรยา : พ่อกังวลเรื่องอะไรเล่า บอกแม่ได้นะ

ผู้ป่วย : พ่อห่วงเรื่องค่าใช้จ่ายนะแม่ ป่วยรอบนี้ใช้เงินเก็บไปเยอะ

ภรรยา : แม่กับลูกๆ ช่วยกันดูแลแล้ว ค่ารักษาต่อจากนี้ไม่เยอะมาก สิทธิ์ของพ่อก็เบิกได้บางส่วน แล้วลูกๆ ก็ช่วยกันลงขันทุกเดือน พวกเราดูแลพ่อได้ พ่อไม่ต้องกังวลอะไร ดูแลตัวเองให้ดี เดียวก็ดีขึ้นนะพ่อ

นอกจากนี้ยังควรเพิ่มควรใส่ใจในการสื่อสารในชีวิตประจำวันให้มากขึ้นกว่าเดิม เพราะเมื่อล้มเจ็บลง ผู้ป่วยสูงอายุก็ยังมีชีวิตทางสังคมที่แคบลงไปอีก คนที่ได้พบเจอมากที่สุดในแต่ละวัน หากยังต้องอยู่ในโรงพยาบาลก็คือคุณหมอ คุณพยาบาล หากได้กลับมาพักฟื้นที่บ้าน ก็คือลูกหลานญาติพี่น้อง หรือผู้ดูแล ดังนั้น ลูกหลานควรใส่ใจถามไถ่ หรือให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย โดยหมั่นทำให้เป็นกิจวัตร

ตัวอย่างการสนทนา

หลาน : สวัสดีค่ะย่า วันนี้หนูไปโรงเรียน สนุกมากเลย วันนี้คุณครูให้แสดงบทบาทสมมติ ตามอาชีพที่อยากเป็น หนูพูด ทำแต่ท่าทางแล้วให้เพื่อนๆ เดา

ผู้ป่วย : แล้วหนูทำอาชีพอะไร

หลาน : หนูอยากเป็นหมอฟัน หนูก็เลยทำท่าแบบนี้ๆ (แสดงท่าทางประกอบ) ปรากฏว่าไม่มีใครเดาถูกเลยค่ะย่า

ผู้ป่วย+หลาน : (หัวเราะพร้อมกัน)

สำหรับคนดูแลที่เป็นคนในครอบครัว การใช้ทั้งภาษาพูดและภาษากายเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ทั้งนี้ บริบทของครอบครัวไทยรุ่นเก่าและรุ่นกลาง มักไม่ค่อยแสดงออกถึงความรักที่มีต่อกันมากนัก เมื่อต้องปฏิบัติก็

อาจรู้สึกเงินอาย แต่เมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวของท่าน ล้มป่วย การพูดแสดงความรัก ความห่วงใย และการแสดงออกด้วยภาษากาย เช่น การจับมือ การโอบกอด การ ป้อนนวด สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุ บางครั้ง แม้ไม่ได้พูดจาสื่อสารอะไรกันมาก เพียงการจับมือแล้วป้อนนวดเบาๆ เพื่อถ่ายทอดความรักและให้กำลังใจ ก็ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความอบอุ่นที่ลูกหลานมอบให้

หากผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัว

เมื่อพบกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นครั้งแรก ท่านสามารถสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยได้ โดยการสวัสดีอย่าง อ่อนน้อม แนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รู้จัก ชวนคุยโดยสอบถามเรื่องราว พื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยคนนั้น โดยสังเกตไปด้วยว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉพาะตัวอย่างไร เป็นคนช่างพูดช่างคุย หรือเป็นคนเก็บตัว หากผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อยก็ไม่ต้องเข้าชี้ แต่ค่อยๆ พูดคุยไปวันละนิดวันละหน่อยจนเกิดความคุ้นเคย หากผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน ก็ควรตอบคำถามอย่างเต็มใจและใส่ใจ ทั้งนี้ ต้องระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยอยู่ในวัยอาวุโส การสื่อสารต้องเน้นการให้ความเคารพและให้เกียรติเป็นสำคัญ เมื่อสนิทสนมแล้ว การพูดคุยหยอกล้อก็ต้องเป็นไปอย่างเหมาะสม ไม่ตีสอนเสมอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุ

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : สวัสดีค่ะคุณตา (ยกมือไหว้) หนูชื่อจอยนะคะ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย วันนี้หนูจะมาดูแลคุณตานะคะ ถ้าคุณตารู้สึกไม่สบายตรงไหนสามารถบอกหนูได้เลยค่ะ ไม่ทราบว่า คุณตาชื่ออะไรคะ

ผู้ป่วย : เรียกว่าตาคัดก็ได้อ

ผู้ดูแล : แต่ก่อนคุณตาคัดก็ทำงานอะไรคะ

ผู้ป่วย : แต่ก่อนตาเป็นครู...

ในระหว่างที่ทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ดูแลสามารถใช้ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรมร่วมกัน พูดคุยสนทนาในประเด็นต่างๆ เพื่อให้รู้จักผู้ป่วยสูงอายุที่ตนดูแลเพิ่มมากขึ้น เรื่องที่หยิบยกมาสนทนา อาจเป็นเรื่องของอาชีพในอดีตของผู้ป่วย กิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ สิ่ง que ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : เมื่อก่อนคุณป้าทำงานอะไรคะ

ผู้ป่วย : แต่ก่อนเป็นแอร์โฮสเตส

ผู้ดูแล : โอ้โฮ คุณป้าเคยเป็นแอร์โฮสเตส คุณป้าต้องพูดภาษาอังกฤษเก่งมากแน่ๆ เลย

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : เวลาว่างคุณลุงชอบทำอะไรคะ

ผู้ป่วย : ลุงชอบฟังเพลงลูกทุ่ง

ผู้ดูแล : หนูก็ชอบฟังเพลงลูกทุ่งเหมือนกัน คุณลุงชอบฟังเพลงของใครคะ

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : คุณยายน้อมมีลูกกี่คนหรือคะ

ผู้ป่วย : ยายมีลูก 3 คน คนโตเป็นนักบินอยู่สิงคโปร์

ผู้ดูแล : โอ้โฮ คุณยายเลี้ยงลูกเก่งมากเลยคะ กว่าจะได้เป็นนักบินไม่ง่าย

เลยนะคะ

ในยามเช้าที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ ผู้ดูแลควรต้องทักทายสวัสดิ์ทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกถึงการให้ความสำคัญและความใส่ใจ ไม่ใช่เป็นเพียงการปฏิบัติตามหน้าที่ และอาจสอบถามถึงอาการ ความรู้สึก หรือความต้องการของผู้ป่วยร่วมด้วย

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : สวัสดิ์คะคุณยาย วันนี้หนูมาดูแลคุณยายแล้วนะคะ เมื่อคืนนอนหลับสบายมั๊ยคะ รู้สึกปวดหรือไม่สบายตัวตรงไหนหรือเปล่าคะ

ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน ผู้ดูแลควรให้ความสำคัญกับการรักษาความสะอาดบริเวณที่ผู้สูงอายุพักอาศัยตัว ไม่ว่าจะเป็นบริเวณเตียงนอน บริเวณที่รับประทานอาหาร จุดและอุปกรณ์ชำระล้างร่างกายและการขับถ่าย ที่พักและอุปกรณ์จะต้องสะอาดปราศจากเชื้อโรค นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับเรื่องแสงสว่าง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากจะมีปัญหาเรื่องหลงลืมเวลา มักจะนอนมากในเวลากลางวันและตื่นในเวลากลางคืน สิ่งที่จะช่วยบรรเทาปัญหาดังกล่าวได้ก็คือการทำให้ที่พักมีแสงสว่างที่สอดคล้องกับเวลาจริง เช่น การเปิดม่านหน้าต่างให้สว่างในเวลากลางวันและปิดม่านในเวลากลางคืน การหากิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยชื่นชอบให้ผู้ป่วยทำในเวลากลางวัน เป็นต้น

กิจวัตรอย่างหนึ่งที่ต้องทำทุกวัน คือการทำความสะอาดร่างกายให้กับผู้ป่วยและช่วยเหลือในการขับถ่าย นอกเหนือจากการดูแลให้สะอาดหมดจดแล้ว ควรระมัดระวังรักษาความเป็นส่วนตัวให้กับผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเพศใดก็ยังคงมีความกระดากอายและไม่ต้องการเปิดเผยเรือนร่างสังขารของตนให้ผู้อื่นเห็น ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าร้องขอผู้ดูแลแต่ก็ขณะเดียวกันก็เกิดความอึดอัดคับข้องใจในการทำกิจกรรมเหล่านี้ ซึ่งจะส่งผลให้สภาพจิตใจโดยรวมแย่ลง ดังนั้น ผู้ดูแลควรช่วยรักษา

ความเป็นส่วนตัวโดยการใช้ผ้ามาบัง หรือมีผ้าคลุมร่างกายในจุดที่ควรปกปิด พร้อมทั้งสื่อสารให้ผู้ป่วยได้ทราบด้วย เช่น “คุณยายไม่ต้องกังวลนะคะ หนูเอาผ้าเช็ดตัวคลุมคุณยายไว้ตลอด ไม่เป็นอันอนค่ะ”

ในยามเย็นหรือค่ำเมื่อถึงเวลาเลิกงาน ผู้ดูแลควรกล่าวคำอำลาผู้ป่วยสูงอายุก่อนทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ และสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมีใครเข้ามาปฏิบัติหน้าที่แทน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจว่ามีผู้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การสื่อสารในชีวิตประจำวัน นอกจากการพูดคุยกันแล้ว สิ่งที่สำคัญอีก 2 ข้อ คือ การฟังและการสังเกต เวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุพูด ผู้ดูแลควรรับฟังอย่างตั้งใจ พยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อสาร ไม่ตัดบท ไม่ตีความไปล่วงหน้า การฟังอย่างตั้งใจมีประโยชน์ 2 อย่าง คือ 1) ทำให้รู้ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และ 2) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีตัวตนและได้รับความสำคัญ

ส่วนการใส่ใจสังเกต จะทำให้ผู้ดูแลมองเห็นสิ่งที่เป็นความผิดปกติต่างๆ ที่นอกเหนือไปจากการตรวจสอบสัญญาณชีพ (การวัดความดันโลหิต การวัดชีพจร การวัดไข้ การวัดการหายใจ) และการวัดระดับออกซิเจน เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ความผิดปกติอื่นๆ ทางร่างกายที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตได้ก็เช่น อาการบวมแดงตามจุดต่างๆ ในร่างกาย ท่าทางการขยับตัว หรือสีหน้าอาการที่ดูผิดแปลกไปจากเดิม

การสื่อสารเพื่อรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถนะ

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถนะ ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้การรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้ สถานการณ์ของการรักษาพยาบาลจะเกิดขึ้นในสถานพยาบาล และหัตถการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุก็มีตั้งแต่การวัดความดัน การเจาะเลือด การแทงเข็มใส่สายน้ำเกลือ การใส่สายให้อาหารทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะ ตลอดจนการรักษาแผลกดทับ ซึ่งระหว่างการทำหัตถการอาจสร้างความเจ็บปวดหรือความระคายเคืองให้กับผู้ป่วยได้ และที่สำคัญที่สุด หัตถการทุกรูปแบบล้วนแล้วแต่สร้างความวิตกกังวลและหวาดกลัวให้กับผู้ป่วยและญาติ ส่วนการฟื้นฟูสมรรถนะเป็นการให้ความช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือใช้อุปกรณ์บางอย่างเพื่อฟื้นฟูสมรรถนะที่เคยมีแต่อาจบกพร่องลงไปเพราะความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ตั้งแต่การฝึกหายใจ การฝึกกลืน การยืน การเดิน การยืดเหยียดร่างกาย

มีคำแนะนำเกี่ยวกับการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถนะดังต่อไปนี้

- 1) การสื่อสารบอกสิ่งที่กำลังจะทำ เหตุผลที่ต้องทำ อธิบายขั้นตอนการ

ดูแลรักษา และสิ่งที่ต้องการให้ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติตาม โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อาจใช้การเปรียบเทียบให้เห็นภาพ ไม่ใช้ศัพท์เทคนิคที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ซึ่งสามารถใช้อุปกรณ์เสริมได้ ทั้งการวาดภาพ หรือใช้แบบจำลอง ประกอบการอธิบาย

ตัวอย่างการสนทนา

พยาบาล : คุณตาคะ พยาบาลจะใส่สายให้อาหารทางจมูกนะคะ เพราะคุณตาสําคัญอาหาร ทำให้ปวดอึกเสบ ต้องให้อาหารผ่านทางสายยางเพื่อไม่ให้สําคัญซ้ำ ตอนที่พยาบาลใส่สายลงไป ถ้าบอกให้คุณตากลืนน้ำลาย คุณตาก็กลืนน้ำลายนะคะ

2) การอธิบายเกี่ยวกับความจำเป็นและเหตุผลเกี่ยวกับหัตถการที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องได้รับ และการให้ข้อมูลตามจริงเกี่ยวกับสภาวะต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำหัตถการ เช่น การทำหัตถการนั้นจะมีความเจ็บปวดในระดับใด ในขั้นตอนใด เป็นต้น

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ป่วย : ยายไม่อยากใส่สายนี้ มันเจ็บ

พยาบาล : คุณยายต้องใส่สายสวนฉี่นะคะ เพราะตอนนี้คุณยายฉี่ไม่ออก ถ้าปล่อยไว้แบบนี้เรื่อยๆ ไตจะมีปัญหา เวลาพยาบาลใส่สายสวน คุณยายจะเจ็บบ้าง แต่จะพยายามทำให้เบาที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตอนที่พยาบาลกำลังใส่สายสวน ขอให้คุณยายหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ ให้รู้สึกผ่อนคลายนะคะเมื่อไรที่คุณยายฉี่ได้เอง ก็จะเอาสายนี้ออก ไม่ต้องใส่ตลอดไปหรอกค่ะ

3) การสอบถามอย่างใส่ใจต่อความต้องการหรือความกังวลของผู้ป่วย ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ผ่านมา

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : คุณหมอบอกคุณตาแล้วใช่ไหมคะ ว่าอาทิตย์หน้าได้คิวที่จะผ่าตัดให้คุณตาแล้ว คุณตาต้องการถามอะไรหรือกังวลเรื่องอะไรมั๊ยคะ

ผู้ป่วย : สงสัยว่าผ่าตัดไปแล้วจะเดินได้เหมือนเดิมมั๊ย ตากลัวจะเดินไม่ได้

ผู้ดูแล : วันพรุ่งนี้ตอนคุณหมามาเยี่ยม เรามาถามคุณหมอกันนะคะ แต่หนูเชื่อว่าคุณหมอจะต้องรักษาคุณตาอย่างดีที่สุดอยู่แล้วค่ะ

4) กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุต่อต้านการรักษาหรือไม่ให้ความร่วมมือ สถานการณ์แบบนี้อาจเกิดขึ้นได้ เพราะผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวเป็นเวลานานๆ จะมีสภาพจิตใจที่อ่อนแอลง บางครั้งหงุดหงิดและก้าวร้าว สถานการณ์แบบนี้ ถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะอารมณ์ที่รุนแรง ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องยุติกิจกรรมที่กำลังทำลงก่อนชั่วคราว เพราะหากผู้ป่วยกำลังต่อต้าน ย่อมเป็น

อุปสรรคต่อการทำหัตถการและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อาจต้องรักษาระยะห่างออกจากผู้ป่วย แต่ยังคงอยู่ในรัศมีที่มองเห็นและให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ ในสถานการณ์แบบนี้ สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทช่วยเหลือได้ เช่น การช่วยอธิบายและช่วยปลอบโยนผู้ป่วยจนให้ความร่วมมือ

ตัวอย่างการสนทนา

พยาบาล : คุณตาคะ วันนี้พยาบาลขอเจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลนะคะ

ผู้ป่วย : โอ้ย..ไม่เอาๆ ตาไม่ให้เอาเข็มมาแทงตาคะ คราวที่แล้วเจ็บมาก

เลย

พยาบาล : คุณตาคะ เจ็บนิดเดียวนะคะ

ผู้ป่วย : บอกว่าไม่เอาๆ (เริ่มเสียงดัง และปิดอุปกรณ์)

พยาบาล : คุณตาใจเย็นๆ ก่อนนะคะ ถ้ายังไม่พร้อม เดี่ยวรอก่อนก็ได้ค่ะ..

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : คุณป้าคะ พออาบน้ำเสร็จแล้ว หนูขออนุญาตทำแผลกดทับที่ก้น

นะคะ

ผู้ป่วย : ไว้ค่อยทำไม่ได้เหรอ แผลตรงนี้โดนนิดเดียวก็แสบมากเลย (ทำที่

อิดออด หงุดหงิด)

ลูกสาวผู้ป่วย : เราใช้น้ำเกลือล้างแผล ไม่แสบหรอกค่ะแม่ ต้องทำแผลทุก

วัน ไม่อย่างนั้นแผลกดทับจะขยายออก จะหายช้ามาก เดี่ยวพอทำแผลแล้ว ส่วนรอบๆ หนูจะทาวาสลินให้แม่นะคะ จะได้ป้องกันไม่ให้แผลใหญ่ขึ้น

5) กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุถึงอุปสรรคทางการแพทย์ กรณีแบบนี้ หากเป็นสถานการณ์ซึ่งหน้า สิ่งแรกที่คุณดูแลต้องทำคือต้องรีบห้ามผู้ป่วยให้หยุดการกระทำเสียก่อน หลังจากนั้น ควรสอบถามถึงเหตุผลของผู้ป่วยที่ทำเช่นนั้น แล้วจึงอธิบายและให้เหตุผลกับผู้ป่วยถึงความสำคัญของอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อการรักษา อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการถึงอุปกรณ์ และการยืนยันถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าว

ตัวอย่างการสนทนา

พยาบาล : คุณตาคะ ดึงสายอาหารออกไม่ได้นะคะ (จับมือไม่ให้ผู้ป่วยดึงสาย) ทำไมคุณตาถึงดึงสายอาหารออกล่ะคะ

ผู้ป่วย : เมื่อกี้สะลึมสะลืออยู่ รู้สึกว่ารำคาญ ก็เลยเผลอดึงออกนะ

พยาบาล : คราวหน้าคุณตาอย่าดึงอีกนะคะ ตอนนี้คุณตาต้องทานอาหาร

ทางสายยาง ร่างกายจะได้รับสารอาหารครบถ้วนและฟื้นตัวได้เร็ว เวลาคุณตาดึงสายออกมา ช้างในก็ระคายเคือง แล้วเราก็ต้องใส่สายอาหารเข้าไปใหม่อยู่ดี หนูไม่อยากให้คุณตาต้องเจ็บซ้ำเลยคะ

6) กรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องทำกายภาพบำบัด เมื่อเริ่มต้นทำกายภาพใหม่ๆ หลังการรักษา อาจทำให้รู้สึกเจ็บปวดจนผู้ป่วยบางรายท้อแท้ ผู้ดูแลควรสื่อสารในเชิงกระตุ้นและให้กำลังใจ เช่น การสื่อสารให้ผู้ป่วยเห็นภาพอนาคตเชิงบวก การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายเล็กๆ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายที่ใหญ่ขึ้นตามลำดับ

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ป่วย : ตาไม่อยากฝึกเดินแล้ว แข็งขามันปวดตึงไปหมด

ผู้ดูแล : คุณตาดอดทนฝึกเดินอีก 2-3 ก้าวนะคะ ถ้าฝึกแบบนี้ทุกวัน เดือนหน้าคุณตาอาจได้กลับไปพักที่บ้านก็ได้นะคะ

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : วันนี้คุณยายเริ่มยกแขนได้เองแล้ว หนูแทบจะไม่ได้ช่วยเลย คุณยายเก่งมากเลยคะ

ผู้ป่วย : (ยิ้มภูมิใจ)

ผู้ดูแล : เดี่ยววันพรุ่งนี้ เรามาลองยกแขนขึ้นลงข้างละ 3 ทีดูนะคะ หนูว่า คุณยายทำได้แน่นอน

การสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจ

ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยมานาน การต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลหรือต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ดูแลสามารถสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยจะพูดคุยน้อยลง บางรายอาจเบื่ออาหาร ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวัน แม้แต่การทำกิจกรรมที่เคยชอบทำก็เริ่มปฏิเสธ นอนมากขึ้น หรือมีอาการเหม่อลอย หากผู้ป่วยที่ดูแลมีอาการเหล่านี้ ผู้ดูแลควรหาวิธีกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอกเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นโดยการพูดคุย โน้มน้าวให้ผู้ป่วยได้ขยับร่างกาย หรือเปิดประสาทสัมผัสเพื่อสนใจความเป็นไปรอบตัว เช่น การเปิดเพลงให้ฟัง การพาออกจากเตียงมานั่งข้างเตียง การพานั่งรถเข็นและชมบรรยากาศภายนอก รวมถึงการกระตุ้นโดยให้บุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยผูกพันได้มีส่วนร่วม เช่น ให้ลูกหลานที่เป็นเด็กเข้ามาพูดคุย ทักทาย วิดีโอคอลให้ลูกหลานหรือญาติมิตรที่อยู่ไกลได้พูดคุยกับผู้ป่วย เป็นต้น

สถานการณ์ที่ควรมีการสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจอย่างยิ่งอีกสถานการณ์หนึ่งก็คือ สถานการณ์ที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ใน

สถานการณ์แบบนี้ อาจแบ่งผู้ป่วยได้ 2 แบบ แบบแรก คือผู้ป่วยที่ยอมรับได้ว่าเวลาของตนเหลืออยู่ไม่มากนัก ทำใจปล่อยวางได้ในระดับหนึ่ง ส่วนแบบที่สอง คือผู้ป่วยที่ยังมีห่วงกังวล หรือแม้แต่มีความกลัวตาย ไม่อาจยอมรับความจริงว่า เวลาในชีวิตของตนตอนนี้เหลืออยู่ไม่มาก หรืออาจมีความเสียดายหรือกังวลต่อชีวิตในปัจจุบัน เช่น ความห่วงครอบครัว ความห่วงหน้านังหลังหรือทรัพย์สิน

การสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าใจยอมรับได้ ควรเน้นสร้างความสบายใจ ลดความกังวล หรือความห่วงใยต่อสิ่งต่างๆ เน้นการอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ใช้เวลาในแต่ละวันอย่างคุ้มค่า หากผู้ป่วยต้องการทำกิจกรรมเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทางใจ เช่น การทำสมาธิ การฟังธรรมะ การทำบุญทำทาน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมเหล่านั้นโดยสะดวก และพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์สภาวะอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยในแต่ละระยะ

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ดูแล : วันนี้คุณป้าได้ถวายสังฆทานแล้ว คุณป้ารู้สึกยังงัยบ้างคะ

ผู้ป่วย : รู้สึกสบายใจขึ้นนะ

ผู้ดูแล : หนูก็รู้สึกว่าคุณป้าดูผ่อนคลายมากเลยคะ

ผู้ดูแลยังสามารถช่วยเป็นสะพานให้ผู้ป่วยได้สื่อสารกับคนหรือสิ่งที่สร้างพลังบวกให้กับผู้ป่วย เช่น การใช้โซเชียลให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับเพื่อนฝูงหรือลูกหลานที่อยู่ห่างไกล โดยกิจกรรมเหล่านี้ ผู้ดูแลควรมีการเตรียมการก่อนล่วงหน้า เช่น การนัดหมายกับลูกหลานของผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียใจผิดหวัง

การสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ยังทำใจไม่ได้ ควรเน้นการสื่อสารเพื่อดึงผู้ป่วยออกจากความคิดในแง่ลบ หากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบให้ทำเพื่อให้จิตใจจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำ ไม่ฟุ้งซ่านหรือดิ่งลงไปในความกังวลต่อความป่วยหรือความตาย พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน กระตุ้นให้สนใจสภาพแวดล้อมรอบตัวมากยิ่งขึ้น เน้นการพูดคุยสนทนาในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ หรือเรื่องที่ผู้ป่วยมีความสุขยามที่ได้เล่าหรือได้ฟัง

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้ป่วย : (ไม่พูดคุย ไม่สื่อสารกับผู้ดูแล)

ผู้ดูแล : คุณตาคะ วันนี้อากาศดีมาก หนูเปิดม่านหน้าต่างหมดเลย คุณตาลองดูสิคะ ตรงต้นไม้นั้นมีนกสองตัวมาทำรังด้วยคะ

การสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 2 แบบ ในสถานการณ์ที่ใกล้ถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย หากมีโอกาส ผู้ดูแลควรถามคำถามสำคัญ 2 ข้อ คือ

1) ผู้ป่วยสูงอายุมีความกังวลใจ ความห่วงใย หรือความปรารถนาในเรื่องใดหรือไม่ ควรสอบถามว่ามีสิ่งใดที่ผู้ป่วยต้องการทำแต่ยังไม่ได้ทำ ซึ่งหากทราบความกังวลใจหรือความปรารถนาดังกล่าว สิ่งใดที่ผู้ดูแลสามารถสนองตอบความต้องการเหล่านั้นได้ ควรเร่งดำเนินการให้อย่างเร่งด่วน บางครั้ง ผู้ป่วยอาจต้องการพบใครบางคนเป็นครั้งสุดท้าย อาจต้องการประกอบพิธีกรรมบางอย่างตามศาสนาหรือความเชื่อ บางคนอาจมีห่วงเรื่องลูกหลาน ซึ่งไม่เคยบอกเล่าให้ใครทราบ หากผู้ดูแลสามารถเจาะลึกจนเข้าใจความในใจของผู้ป่วยและทำการสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางความกังวลหรืออารมณ์ที่เป็นด้านลบลง และสามารถเตรียมใจสำหรับการจากไปอย่างสงบได้ง่ายขึ้น

2) ผู้ป่วยสูงอายุต้องการสื่อสารกับใครเป็นพิเศษหรือไม่ ควรสอบถามว่าผู้ป่วยต้องการให้ผู้ดูแลแจ้งข่าวกับใครคนใดคนหนึ่งหรือไม่ ในบางกรณี พบว่าผู้ป่วยสูงอายุยังมีความต้องการสื่อสารกับใครบางคนเป็นครั้งสุดท้าย การสื่อสารดังกล่าวอาจเป็นการกล่าวคำขอโทษ การปรับความเข้าใจ กล่าวแสดงความรู้สึกรักและห่วงใย การฝากฝังให้ช่วยดูแลคน สัตว์เลี้ยง หรือแม้แต่สิ่งของที่ผู้ป่วยมีความผูกพันอย่างเหนียวแน่น หากผู้ดูแลทราบและช่วยให้ผู้ป่วยได้สื่อสารตามความต้องการ ก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตใจปลอดโปร่งเบาสบาย และสามารถเข้าสู่ความสงบได้ง่ายยิ่งขึ้น

เมื่อเวลาสุดท้ายเดินทางมาถึง หากผู้ดูแลได้อยู่กับผู้ป่วยสูงอายุในห้วงเวลาดังกล่าว การสื่อสารที่ควรทำอย่างยิ่งคือการสื่อสารเพื่อช่วยน้อมใจผู้ป่วยไปสู่ความสงบ ปล่อยวางอารมณ์ด้านลบทุกอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยฟังหรือตั้งสมาธิต่อสิ่งที่ตนกุศลหรือปลงบวก ตามแนวปฏิบัติทางศาสนาหรือความเชื่อตามเผ่าพันธุ์ของผู้ป่วย การปฏิบัติที่ทำได้ เช่น การเปิดคลิปเสียงบทสวดที่ผู้ป่วยคุ้นชินให้ผู้ป่วยได้ฟังหรือสวดไปพร้อมกัน การเตรียมสิ่งของให้ผู้ป่วยได้ทำบุญหรือทำพิธีกรรมตามแนวทางของศาสนาที่ตนนับถือ การพูดคุยให้ผู้ป่วยได้นึกถึงสิ่งที่ดีงาม นึกถึงคุณความดีที่ตนเคยทำมา การสร้างบรรยากาศแวดล้อมที่สงบและผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยได้แวดล้อมด้วยคนที่รักและผูกพัน ซึ่งผู้คนที่แวดล้อมผู้ป่วยก็ต้องเรียนรู้ร่วมกันว่า เวลานี้เป็นเวลาสำคัญของผู้ป่วยที่จะน้อมใจสู่ความสงบ ละวางทั้งกายและใจลง ดังนั้น ญาติพี่น้องลูกหลานก็ควรอยู่ในอาการสงบ ระวังใจไม่ให้โศกเศร้าฟูมฟาย ไม่กล่าวดุด่าต่อว่า ไม่รำพึงรำพัน หรือพูดสิ่งใดก็ตามที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะที่เป็นทุกข์ กระวนกระวาย ไม่สามารถปล่อยวางได้

ส่วนที่ 4 ดูแลตัวเองเท่ากับดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นภารกิจที่ละเอียดอ่อน ระยะเวลาที่ไม่แน่นอน บางครั้งผู้ดูแลต้องตื่นกลางดึกหรือแม้แต่ไม่ได้นอนทั้งคืน เวลารับประทานอาหารก็อาจคลาดเคลื่อน เวลาส่วนตัว

ลดลง บางช่วงมีความตึงเครียดและความกดดันจากอาการที่เปลี่ยนแปลงฉับพลันของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงอาจมีความกังวลและความเครียดสะสมโดยไม่รู้ตัว ต่อไปนี้คือคำแนะนำดีๆ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

ผู้ดูแลควรชื่นชมตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดี สะท้อนว่าท่านเป็นผู้ที่มีความละเอียดรอบคอบ อดทนใจเย็น มีจิตใจดี มีความอ่อนโยน และมีเมตตาสูง คุณลักษณะเหล่านี้จะส่งผลให้ท่านมีความสุขในชีวิตได้ง่าย มีทุกข์ได้ยาก

ผู้ดูแลควรเข้าใจในธรรมชาติสังขาร ในขณะที่ท่านดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างเต็มกำลังความสามารถ ย่อมคาดหวังที่จะเห็นผู้ป่วยที่ตนดูแลสุขภาพดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น หากเป็นไปตามที่คาดหวัง ผู้ดูแลก็รู้สึกมีความสุข แต่ผู้ดูแลก็ควรยอมรับในความเสื่อมที่เป็นไปตามวัยและสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ไม่ควรกดดันหรือโทษตนเอง หากผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ให้ยึดหลักอยู่กับปัจจุบัน ทำแต่ละวันให้ดีที่สุด

ผู้ดูแลควรใส่ใจสุขภาพของตนเอง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุต้องใช้ทั้งเวลา พลังกาย และพลังใจ บางครั้งผู้ดูแลอาจทุ่มเทเวลาทั้งหมดไปกับการดูแลผู้ป่วยจนหลงลืมสุขภาพของตนเองไปโดยไม่รู้ตัว อย่าลืมหันมาดูแลสุขภาพของตนเองด้วย ออกกำลังกาย เลือกทานอาหารที่เหมาะสม วัดความดันโลหิต วัดระดับน้ำตาลในเลือด หากมีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์ ก็ควรไปตามนัดหมายทุกครั้ง หากมียาประจำตัวก็ควรรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลที่แข็งแรงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ หากท่านเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ท่านดูแลย่อมได้รับผลกระทบไปด้วย ซึ่งไม่มีใครต้องการให้เป็นเช่นนั้น

ผู้ดูแลควรเติมเต็มความสุขให้กับตนเอง ผู้ดูแลควรจัดสรรเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่ทำแล้วรู้สึกผ่อนคลาย บางคนชอบฟังเพลง บ้างชอบเดินแอโรบิก ชอบวาดภาพ ชอบปลูกต้นไม้ ชอบเดินทาง หรือบางคนบอกว่าแค่ได้จิบกาแฟเย็นๆ ในคาเฟ่สวยๆ ก็สุขใจแล้ว ไม่ว่าความสุขของท่านจะเป็นแบบใด ค้นหาให้พบ และให้เวลาตนเองได้ทำสิ่งเหล่านั้น ระลึกไว้เสมอว่า พลังความสุขจากผู้ดูแลนั้นสามารถส่งต่อไปถึงผู้ป่วยได้เสมอ

สำหรับการออกแบบคู่มือการสื่อสารนั้น จากเนื้อหาข้างต้นผู้วิจัยได้มีการออกแบบคู่มือการสื่อสารฯ ร่วมกับคุณภัทรกมล อนุตรชัชวาลย์ ซึ่งเป็นนักออกแบบกราฟิกที่มีความรู้ด้านการออกแบบคู่มือต่างๆ มาพอสมควร จากการหารือร่วมกันได้แนวคิดสำคัญในการออกแบบคือ 1) ใช้โทนสีที่อ่านง่าย สบายตา และในขณะเดียวกันยังคงสื่อสารถึงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 2) เน้นการจัดวางโดยให้มีภาพประกอบที่สอดคล้องกับเนื้อหา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และ 3) มีการใช้ภาพการ์ตูนประกอบในส่วนที่เป็นตัวอย่างบทสนทนา เพื่อเพิ่มความน่าสนใจ กระตุ้นให้เกิดการอ่านที่ต่อเนื่อง เมื่อจัดทำร่างคู่มือการสื่อสารฯ เสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการส่งร่างคู่มือการสื่อสารฯ ให้

ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารและผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลได้วิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ และนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับแก้

ทั้งนี้ จากแนวคิดในการออกแบบ 3 ประการดังกล่าว จึงได้ต้นฉบับคู่มือการสื่อสารฯ ขนาด A5 ที่มีความยาว 44 หน้ารวมปก ดังตัวอย่าง



ภาพที่ 4.1 ปกคู่มือ



ภาพที่ 4.2 ตัวอย่างเนื้อหาและการออกแบบคู่มือ



ภาพที่ 4.3 ตัวอย่างบทสนทนาที่ออกแบบเป็นการตุ่นลายเส้น

4.2.2 การสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้คู่มือ

ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการสื่อสารฯ ฉบับสมบูรณ์ทั้งในรูปแบบสิ่งพิมพ์จำนวน 20 เล่ม และรูปแบบ ebook โดย upload ไฟล์ ebook ไว้ที่เว็บไซต์ Flipbook Maker โดยมี url ของเว็บไซต์คือ <https://fliphtml5.com/th/> และ url ของ ebook คู่มือการสื่อสารฯ คือ https://online.fliphtml5.com/dlhzk/ylqr/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR0AZ7zf35kPpxn6mUPBGyY1EZMMm_BR0QNDFv3KRJ9QGi6gHZJZRAbo4is_aem_KfNAL4yMcMge-y-myAqy1g#p=1

ผู้วิจัยได้ส่งลิงก์ดังกล่าวไปยังกลุ่มโซเชียลมีเดียของกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือคนในครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มปิด จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งสองกลุ่มมีสมาชิกรวมกันทั้งหมด 65 คน เพื่อให้ทดลองใช้คู่มือการสื่อสารฯ และได้ส่งลิงก์แบบสำรวจความพึงพอใจจากการทดลองใช้งานคู่มือการสื่อสารฯ ที่จัดทำใน Google Form เพื่อต้องการทราบถึงผลตอบรับจากกลุ่มตัวอย่างที่ภายหลังการทดลองใช้ ได้รับคำตอบกลับจำนวน 40 รายการ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลการจากสำรวจโดยแสดงในรูปแบบตารางและข้อความบรรยาย โดยสรุปดังนี้

ตารางที่ 4.1 เพศของผู้ตอบแบบสำรวจ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
หญิง	34	85.0
ชาย	6	15.0
รวม	40	100

จากตารางที่ 4.1 ผู้ตอบแบบสำรวจมีจำนวน 40 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 34 คน (ร้อยละ 85) และเพศชาย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0

ตารางที่ 4.2 อายุของผู้ตอบแบบสำรวจ

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
15-20	3	7.5
21-30	1	2.5
31-40	16	40.0
41-50	8	20.0
51-60	6	15.0

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
60 ปีขึ้นไป	6	15.0
รวม	40	100

จากตารางที่ 4.2 ผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน 40 คน เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมามีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 กลุ่มอายุระหว่าง 51-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไปมีเท่ากันคือจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 กลุ่มอายุ 15-20 ปี มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5

ตารางที่ 4.3 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ

ประสบการณ์	จำนวน	ร้อยละ (%)
ประกอบอาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ	26	65.0
ดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นญาติหรือคนในครอบครัว	8	20.0
เป็นเจ้าของพื้นที่ในศูนย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	1	2.5
เป็นแม่บ้านมีหน้าที่จัดเตรียมอาหารผู้ป่วย	2	5.0
ไม่ระบุ	3	7.5
รวม	40	100

ประเด็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นญาติหรือคนในครอบครัว มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 นอกจากนี้ กลุ่มผู้ที่ไม่ระบุข้อมูล 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 เป็นแม่บ้านคอยจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนกลุ่มที่มีน้อยที่สุดคือเจ้าหน้าที่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5

ตารางที่ 4.4 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ (%)
ต่ำกว่า 1 ปี	6	15.0
1-3 ปี	5	12.5
3-5 ปี	1	2.5
มากกว่า 5 ปี	28	70.0
รวม	40	100

จากตารางที่ 4.4 พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 5 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่ำกว่า 1 ปี มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15 มีประสบการณ์ดูแลมานาน 1-3 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 มีประสบการณ์ดูแล 3-5 ปี มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5

ตารางที่ 4.5 ความพึงพอใจจากการทดลองใช้งานคู่มือการสื่อสาร

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย ความ คิดเห็น	SD	แปลผล
เนื้อหาในคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย			
ความถูกต้องของเนื้อหาในคู่มือฯ	4.73	0.51	พึงพอใจมากที่สุด
เนื้อหาในคู่มือฯ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามได้	4.68	0.47	พึงพอใจมากที่สุด
เนื้อหาในคู่มือฯ มีความยาวที่เหมาะสม	4.60	0.50	พึงพอใจมากที่สุด
เนื้อหาในคู่มือฯ ครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน	4.73	0.60	พึงพอใจมากที่สุด
เนื้อหาในคู่มือฯ เป็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.70	0.52	พึงพอใจมากที่สุด
ประเด็นการออกแบบคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย			
คู่มือฯ มีความสวยงาม น่าอ่าน	4.73	0.51	พึงพอใจมากที่สุด
ขนาดตัวอักษรที่ใช้มีความเหมาะสม	4.63	0.54	พึงพอใจมากที่สุด
การจัดวางเนื้อหา มีความเหมาะสม	4.58	0.68	พึงพอใจมากที่สุด

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย ความ คิดเห็น	SD	แปลผล
ภาพประกอบในคู่มือฯ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ ง่ายขึ้น	4.63	0.49	พึงพอใจมากที่สุด
ภาพประกอบในคู่มือฯ ทำให้อ่านสนุกยิ่งขึ้น	4.58	0.55	พึงพอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวมต่อคู่มือฯ	4.83	0.38	พึงพอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 4.5 ประเด็นความพึงพอใจจากการทดลองใช้งานคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วย
สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจมีความพึงพอใจโดยรวมต่อคู่มือการสื่อสารฯ อยู่ใน
ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.83 ($\bar{X} = 4.83$, SD = 0.38)

ด้านเนื้อหาในคู่มือ พบว่าทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดย
ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดมี 2 ประเด็น คือ ความถูกต้องของเนื้อหาในคู่มือการสื่อสารฯ มีค่าเฉลี่ย
4.73 ($\bar{X} = 4.73$, SD = 0.51) และ เนื้อหาในคู่มือการสื่อสารฯ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติ
ตามได้ มีค่าเฉลี่ย 4.73 ($\bar{X} = 4.73$, SD = 0.60) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือประเด็นเนื้อหา
ในคู่มือการสื่อสารฯ มีความยาวที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.60 ($\bar{X} = 4.60$, SD = 0.50)

ด้านการออกแบบคู่มือการสื่อสารฯ พบว่าทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ใน
ระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือคู่มือการสื่อสารฯ มีความสวยงาม น่าอ่าน มีค่าเฉลี่ย
4.73 ($\bar{X} = 4.73$, SD = 0.51) รองลงมา มี 2 ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือประเด็นขนาดตัวอักษรที่
ใช้มีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.54) และประเด็นภาพประกอบในคู่มือการ
สื่อสารฯ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.49) ส่วนประเด็นที่มี
ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดมี 2 ประเด็นซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ ประเด็นการจัดวางเนื้อหาที่มีความเหมาะสม มี
ค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.54) และประเด็นภาพประกอบในคู่มือการสื่อสารฯ ทำให้เข้าใจ
เนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.49)

นอกจากนี้ ผู้ทดลองใช้งานคู่มือยังได้แสดงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ต่อ
คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

4.2.2.1 เป็นคู่มือที่มีประโยชน์มาก ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เนื้อหาแน่น รูป
ประกอบดึงดูดความสนใจ ขนาดรูปเล่มเหมาะสม

4.2.2.2 คู่มือน่าสนใจมากค่ะ น่าอ่าน อ่านแล้วเพลินมาก ได้ความรู้ คำแนะนำ
และวิธีการที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

4.2.2.3 บางหน้า บางหัวข้อ เนื้อหาเยอะไปหน่อยค่ะ

4.2.2.4 เป็นคู่มือที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ครอบคลุมทุกมิติ และนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างตรงประเด็น

4.2.2.5 จัดทำหลายๆ มุม

4.2.2.6 ดีแล้ว

4.2.2.7 คู่มือเล่มนี้ทำให้เราว่าการเอาใจใส่กับสิ่งใดๆ นั้นต้องรอบคอบที่สุด ให้นึกถึงว่าคนที่เราดูแลคือคนในครอบครัวเราจริงๆ อย่าได้ละเลย

4.2.2.8 คู่มือเล่มนี้ทำให้เราตระหนักถึงการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นและให้คำนึงถึงทุกครั้งว่าการดูแลผู้สูงอายุก็เปรียบเสมือนการดูแลคนในคนในครอบครัวของเราเอง อย่าได้ละเลยและไม่ใส่ใจ ไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย

4.2.2.9 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติ (บิดามารดา) เช่นกันค่ะ จากประสบการณ์ตรงที่มีคนในครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ต้องใช้เวลาปรับตัวอยู่นานพอสมควร

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

บทที่ 5 เป็นการสรุปและอภิปรายผลการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย” ซึ่งเนื้อหาจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) สรุปผลการศึกษา 2) อภิปรายผลการศึกษา และ 3) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยจะสรุปเฉพาะสาระสำคัญดังนี้

5.1.1 ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ

จากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่าผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย/ผู้ป่วยสูงอายุ จะประสบปัญหาที่สำคัญเนื่องจากมีสถานะเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น สถานการณ์แบบนี้อาจทำให้เกิดภาวะขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ซึ่งอาจมีเหตุมาจากความไม่เข้าใจกัน ความวิตกกังวลที่มีมากเกินไป สิ่งที่ต้องตระหนักเมื่อจะต้องสื่อสารกับผู้สูงอายุคือ 1) การดูแลที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์และความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ 2) การดูแลที่ยังคงให้อิสระในตนเองกับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม 3) การดูแลที่มีความเข้าใจเรื่องชีวิตและการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งรูปธรรมของการดูแลดังกล่าวสามารถพิจารณาได้จากการปฏิบัติของผู้ดูแลเอง โดยการเพิ่มการดูแลที่เน้นสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับผู้ดูแล มีมุมมองที่เข้าใจความแตกต่างด้านความคิดและความเชื่อ ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างวัย การทำความเข้าใจเรื่องข้อจำกัดด้านสภาพร่างกายและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การเรียนรู้แนวทางและทักษะในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีการมองย้อนประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยใช้มุมมองด้านบวกเพื่อนำสิ่งที่เรียนรู้ไปเป็นแนวปฏิบัติในอนาคต มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบสร้างสรรค์ เช่น การทำสมาธิ การทำสิ่งที่ชื่นชอบ และผู้ดูแลควรมีเครือข่ายของผู้ดูแลเพื่อปรึกษา แลกเปลี่ยน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตลอดจนการหาแนวทางเสริมสร้างพลังให้กับตนเอง ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญคือความรัก ความผูกพัน ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับผู้ดูแล ที่จะทำให้ผู้ดูแลเองเห็นถึงคุณค่าในสิ่งที่ตนทำและนำไปสู่ความภาคภูมิใจในตนเอง

แนวทางการสื่อสารกับผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันจะเริ่มต้นตั้งแต่การกล่าวทักทาย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร การพูดต้องเน้นการออกเสียงที่ชัดเจน สบตาคู่สนทนา สังเกตความสามารถในการได้ยินของผู้สูงอายุเพื่อปรับระดับเสียงให้เหมาะสม

การสื่อสารเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือการรักษา ต้องยึดหลักการยอมรับและให้เกียรติ มีเทคนิคในการให้ข้อมูล เน้นให้ข้อมูลอย่างถูกต้องตามความจำเป็นและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ในกรณีที่สถานการณ์ของผู้ป่วยแย่ลง ผู้ดูแลมีบทบาทในการสื่อสารเพื่อให้กำลังใจและรับฟังอย่างตั้งใจเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกเล่าถึงความรู้สึกหรือความวิตกกังวลที่ซ่อนอยู่ หากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ควรเน้นการเปลี่ยนมุมมองของครอบครัว จากการรักษาให้หายขาดเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบแทน

ข้อมูลที่สังเคราะห์ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 คน สามารถประมวลสรุปได้ว่า พื้นฐานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น มีปัจจัยพื้นฐานสำคัญสำหรับผู้ดูแล 2 ประการคือ 1) ความรู้และทักษะพื้นฐานที่จำเป็น เช่น ความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดทางสภาพกายและสภาพใจของผู้ป่วยสูงอายุ ทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ทักษะการทำความสะอาดร่างกายและบาดแผล ทักษะการให้อาหารอย่างปลอดภัย ทักษะการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ทักษะในการสื่อสารเชิงสนับสนุน และ 2) ทศนคติและมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น การมีจิตใจที่เปิดกว้าง ยอมรับในความแตกต่าง พร้อมเรียนรู้สิ่งใหม่ มีความอ่อนโยน มีเมตตา มีความอดทนใจเย็น

รูปแบบและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถจำแนกได้เป็น 1) รูปแบบและวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวัน 2) รูปแบบและวิธีการสื่อสารขณะทำการดูแลหรือการพยาบาล และ 3) รูปแบบและวิธีการสื่อสารเพื่อดูแลสุขภาพจิตใจ

รูปแบบและวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวัน การสื่อสารในชีวิตประจำวันมีหน้าที่สำคัญในการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ การพบกันยามเช้าควรมีการทักทาย สวัสดี ถามความรู้สึก ความต้องการ ตลอดจนอาการของผู้ป่วย การพูดคุยถึงกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยและครอบครัว อาชีพ ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ชอบ เหนื่อยล้าสามารถนำมาสร้างเป็นบทสนทนาเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความผูกพัน และความไว้วางใจได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อย ผู้ดูแลอาจใช้วิธีบอกเล่าเรื่องราวของตนเองก่อนเพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจและเกิดการแลกเปลี่ยนสนทนาในที่สุด การสังเกตผู้ป่วยว่ามีความชื่นชอบในสิ่งใด ชอบทำกิจกรรมอะไร เพื่อหาแนวทางในการใช้กิจกรรมเพื่อการสื่อสารกับผู้ป่วย

รูปแบบและวิธีการสื่อสารขณะทำการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถนะ ในขณะที่ทำการดูแลหรือการพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องสอบถามถึงอาการหรือความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบสถานการณ์ล่าสุดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยมี นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญคือการดำเนินการด้านการดูแลหรือการรักษาพยาบาลใดๆ ก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องสื่อสารบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบก่อนทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบและเตรียมตัว หากกิจกรรมทางการพยาบาลดังกล่าวเป็นเรื่องที่ซับซ้อน จะต้องอธิบายอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจโดย

หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ซึ่งการอธิบายดังกล่าว อาจมีการใช้สื่อต่างๆ ร่วมด้วย เช่น ภาพประกอบ แบบจำลอง หรือสื่ออื่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาหรือการพยาบาล การให้ข้อมูลควรสื่อสารกับผู้ป่วยตามความจริง เช่น อธิบายถึงระดับความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการ ว่ามีความเจ็บปวดในระดับใด นอกจากนี้ ในบางครั้ง ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีการตั้งสายหรืออุปกรณ์การรักษา ผู้ดูแลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ว่ามีความสำคัญและความจำเป็นอย่างไร ผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งสายหรืออุปกรณ์การรักษา ตลอดจนการโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยยินยอมใส่อุปกรณ์ต่อไป

รูปแบบและวิธีสื่อสารเพื่อดูแลสุขภาพจิตใจ เมื่อสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุแย่ลง หรือมีสิ่งบ่งชี้ว่าเป็นช่วงเวลาใกล้ถึงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยแล้ว สถานการณ์ดังกล่าวนับเป็นสถานการณ์ที่ยากที่สุดและมีความละเอียดอ่อนสูง ผู้ดูแลจะต้องคอยใส่ใจสังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย ด้านร่างกาย เช่น การสื่อสารน้อยลง การขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ไม่อยากอาหาร ความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เหม่อลอย วิดกกังวล เชื่องซึม ทั้งนี้ การสื่อสารที่เหมาะสมคือการสื่อสารที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลหรือความเครียด การพูดคุยในสิ่งที่เป็นความสุขหรือความสบายใจของผู้ป่วย สื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีสติอยู่กับปัจจุบัน การประสานงานให้ผู้ป่วยได้พูดคุยสื่อสารหรือได้พบกับคนที่ผู้ป่วยรักและผูกพัน การพาผู้ป่วยเปลี่ยนบรรยากาศ เปลี่ยนสถานที่ เช่น การลูกจากเตียง การนั่งวีลแชร์และชมวิวทิวทัศน์ภายนอก ทั้งนี้ เมื่อถึงช่วงเวลาใกล้ถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรสอบถามประเด็นสำคัญ 2 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยมีความทุกข์หรือความห่วงกังวลเกี่ยวกับสิ่งใดหรือใครเป็นพิเศษหรือไม่ และ 2) ผู้ป่วยต้องการพบกับใครเป็นพิเศษหรือไม่ และผู้ดูแลควรหาแนวทางในการดำเนินการทำให้ผู้ป่วยได้คลี่คลายในสองประเด็นดังกล่าว

5.1.2 ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มีการแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การสังเคราะห์ข้อมูลและการออกแบบร่างคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย และ 2) การสำรวจความพึงพอใจจากการทดลองใช้คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

5.1.2.1 การสังเคราะห์ข้อมูลและการออกแบบร่างคู่มือการสื่อสาร

ผู้วิจัยได้จัดทำเนื้อหาของร่างคู่มือการสื่อสารฯ โดยแบ่งเนื้อหาในคู่มือออกเป็นสี่ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เข้าใจผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนที่ 2 ปัญหาพื้นฐานที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนที่ 3 การสื่อสาร หัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และส่วนที่ 4 ดูแลตัวเองเท่ากับดูแลผู้ป่วย เมื่อจัดทำร่างคู่มือการสื่อสารฯ เสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการส่งร่างคู่มือการสื่อสารฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารและผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลได้วิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ และนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับแก้ โดยใช้แนวคิดสำคัญในการออกแบบคือ 1) ใช้โทนสีที่อ่านง่าย สบายตา และในขณะเดียวกันยังคงสื่อ

ให้เห็นถึงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 2) เน้นการจัดวางโดยให้มีภาพประกอบที่สอดคล้องกับเนื้อหา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และ 3) มีการใช้ภาพการ์ตูนประกอบในส่วนที่เป็นตัวอย่างบทสนทนา เพื่อเพิ่มความน่าสนใจ กระตุ้นให้เกิดการอ่านที่ต่อเนื่อง

ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการสื่อสารฯ ฉบับสมบูรณ์ทั้งในรูปแบบสิ่งพิมพ์จำนวน 20 เล่ม และรูปแบบ ebook โดย upload ไฟล์ ebook ไว้ที่เว็บไซต์ Flipbook Maker โดยมี url ของเว็บไซต์คือ <https://fliphtml5.com/th/> และ url ของ ebook คู่มือการสื่อสารฯ คือ https://online.fliphtml5.com/dlhzk/ylqr/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR0AZ7zf35kPpxn6mUPBGyY1EZMMm_BR0QNDFv3KRJ9QGi6gHZJZRAbo4is_aem_KfNAl4yMcMge-y-myAqy1g#p=1

5.1.2.2 การสำรวจความพึงพอใจจากการทดลองใช้คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ส่งลิงก์ดังกล่าวไปยังเครือข่ายโซเชียลมีเดียของผู้ประกอบอาชีพด้านการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นคนในครอบครัว จำนวน 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มปิด ทั้งสองกลุ่มมีสมาชิกรวม 65 คน เพื่อให้ทดลองใช้งานคู่มือการสื่อสารฯ ต่อมาได้แนบลิงก์แบบสำรวจความพึงพอใจจากการทดลองใช้งานคู่มือการสื่อสารฯ ที่จัดทำใน Google Form ไปยังทั้งสองกลุ่ม ได้รับคำตอบกลับจำนวน 40 รายการ โดยผู้ตอบแบบสำรวจเป็นเพศหญิงร้อยละ 85 เพศชายร้อยละ 15 เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 31-40 ปี รองลงมามีอายุระหว่าง 41-50 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 51-60 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ตอบแบบสำรวจร้อยละ 65 ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ รองลงมาร้อยละ 20 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นญาติหรือคนในครอบครัว ส่วนกลุ่มที่มีน้อยที่สุดคือเจ้าหน้าที่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5

ผู้ตอบแบบสำรวจร้อยละ 70 มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปี รองลงมา ร้อยละ 15 มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุต่ำกว่า 1 ปี และผู้ตอบแบบสำรวจร้อยละ 12.5 มีประสบการณ์ดูแลมานาน 1-3 ปี

ทั้งนี้ ในประเด็นความพึงพอใจจากการทดลองใช้งานคู่มือการสื่อสารกับผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจมีความพึงพอใจโดยรวมต่อคู่มือการสื่อสารฯ อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.83 ($\bar{X} = 4.83$, $SD = 0.38$) โดยด้านเนื้อหาในคู่มือ พบว่าทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดมี 2 ประเด็น คือ ความถูกต้องของเนื้อหาในคู่มือการสื่อสารฯ มีค่าเฉลี่ย 4.73 ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.51$) และ เนื้อหาในคู่มือการสื่อสารฯ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามได้ มีค่าเฉลี่ย 4.73 ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.60$) และด้านการออกแบบคู่มือการสื่อสารฯ ก็พบว่าทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือคู่มือการสื่อสารฯ มีความสวยงาม น่าอ่าน มีค่าเฉลี่ย 4.73 ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.51$) รองลงมา มี 2 ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ ประเด็นขนาดตัวอักษรที่

ใช้มีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.54) และประเด็นภาพประกอบในคู่มือการสื่อสารฯ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.63 ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.49)

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

5.2.1 จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่าการสื่อสารมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุ เพราะการสื่อสารทำให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจเป็นเครื่องมือช่วยให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำ แนวทางการดูแลรักษาพยาบาล สามารถหารือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ การสื่อสารในลักษณะดังกล่าวจะต้องอาศัยการสังเกตและการตั้งใจฟังอย่างใกล้ชิด รวมถึงยึดหลักการสนทนาเพื่อสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มุมมอง และข้อมูลระหว่างกัน โดยให้เกียรติและยอมรับในความแตกต่างของแต่ละฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการสื่อสารเชิงสนับสนุน (Supportive Communication) ที่มีเป้าหมายเพื่อการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน จึงเน้นการสื่อสารโดยยึดหลักการให้เกียรติและให้ความเท่าเทียมระหว่างกัน เมื่อพูดถึงปัญหาจะระบุเฉพาะเจาะจงไปที่ประเด็น แต่จะไม่ใช้การสื่อสารแบบประหมัดเพื่อไม่สร้างให้เกิดความรู้สึกว่ามีใครคนใดคนหนึ่งเป็นคนผิดหรือต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว และยังสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการพยาบาลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับการใช้มุมมองแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วย โดยมองว่าร่างกายที่เจ็บป่วยมีความเชื่อมโยงกับครอบครัว การทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่รายรอบผู้ป่วย ซึ่งการสื่อสารเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยสูงอายุ ประสบการณ์ในชีวิต บริบทแวดล้อม และความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ การศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรภา สายแก้ว ยุพิน ถนอมวิทย์ และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2563) เรื่อง “การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม” ที่ทำการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามจำนวน 20 ราย ผลการวิจัยระบุถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพว่าต้องประกอบไปด้วยการพูดจาที่ไพเราะเข้าใจง่าย การแสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเอง เนื้อหาในการสนทนาแสดงถึงการให้กำลังใจและคำแนะนำ ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและบรรเทาความรู้สึกเหงา รวมถึงการมีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ ส่วนการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพคือการใช้น้ำเสียงห้วน ไม่มีหางเสียง ลักษณะการพูดเหมือนตะคอก ตลอดจนการใช้คำทับศัพท์ภาษาอังกฤษ เหล่านี้ล้วนสะท้อนอย่างชัดเจนถึงความสำคัญของการสื่อสารที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยและสร้างประสิทธิผลในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกต่อสุขภาพของผู้ป่วย

5.2.2 ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ารูปแบบการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสามารถจำแนกได้ 3 รูปแบบใหญ่ คือ 1) การสื่อสารในชีวิตประจำวัน 2) การสื่อสารขณะทำการ

รักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสมรรถนะ และ 3) การสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจ ซึ่งการสื่อสารแต่ละแบบจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน

การสื่อสารในชีวิตประจำวันเน้นไปที่การสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความผูกพันและความสุขของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งก็มีความสอดคล้องกับจุฑามาศ ทองประดับ (2562) ที่ระบุว่า การสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ มีจุดสำคัญคือการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และทำได้โดยการทักทาย รับฟังอย่างใส่ใจ เข้าใจและยอมรับในการกระทำของผู้สูงอายุ และยังสามารถสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์ ศิริเจริญ (2560) เรื่อง “ความต้องการของผู้สูงอายุสำหรับการสื่อสารสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยให้เกิดความสุข” ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการด้านจิตใจ คือต้องการให้ลูกหลานทักทายพูดคุย สม่่าเสมอ สอบถามสารทุกข์สุกดิบระหว่างกัน นับเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจที่มีความต้องการความรัก การเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจ และการให้อภัย โดยข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่ว่าผู้ดูแลจะเป็นผู้ดูแลโดยอาชีพหรือเป็นญาติของผู้ป่วย ก็ควรสื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยความใส่ใจ รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อสารอย่างตั้งใจ ไม่ใช่เพียงการฟังแบบผ่านๆ และหมั่นสังเกตความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้สามารถตอบสนองและปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประเด็นเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของพสุวุฒินันท์ เมธาวิ อดมธรรมานุภาพ และ กมลลัส ภูวนาธิพงศ์ (2565) ที่ทำการศึกษารื่อง “การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งระบุถึงความจำเป็นในการฝึกฝนทักษะในการสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยการพยายามฟังให้มาก ทำความเข้าใจผู้สูงอายุด้วยการซักถาม สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมีการยืนยันความเข้าใจกลับ จะเห็นได้ว่าข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับหลักการของการสื่อสารเชิงสนับสนุน ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพของการรับฟัง ไม่ว่าจะเป็นการรับฟังอย่างใส่ใจ ไม่ด่วนตัดสิน และฝึกสังเกตอารมณ์และความคิดของตนเองและคู่สนทนาอยู่ตลอดเวลา

การสื่อสารขณะทำการรักษาพยาบาลเน้นไปที่การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริงที่มีความจำเป็นต่อการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถนะ เน้นการสร้างการเข้าใจร่วมกันเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องตรงเวลา และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยแล้ว ต้องมีการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของสวรรณกมล จันทระมโนพิทักษ์ ศิริวงศ์ และไพโรจน์ วิไลนุช (2559) เรื่อง “โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้าย” ที่ระบุถึงโครงสร้างการสนทนาที่จิตอาสาปฏิบัติกับญาติผู้ดูแล ซึ่งพบว่าจิตอาสาจะชวนญาติผู้ป่วยพูดคุยเรื่องอาการและการดำเนินโรค การลูกกลมของโรคที่ละขั้น เนื้อหาของการพูดคุยจะทำให้เห็นระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อจะนำไปสู่การให้คำแนะนำเรื่องการดูแลที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ระบุตรงกันทั้งหมดเรื่องการใช้ภาษาในการสื่อสารโดยคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ หลักเกี่ยวกับการศัพท์เทคนิคหรือศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ ควรใช้คำศัพท์ที่เข้าใจได้ง่าย หรือมีการอธิบายประกอบจนผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยสามารถใช้สื่อต่างๆ ประกอบการอธิบายได้ เช่น การวาดภาพ การแสดงด้วยวัตถุจำลอง ซึ่งประเด็นนี้ก็สอดคล้องกับการศึกษาของสุรภา ยุปิน และวัลภา (อ๋างแล้ว) ที่ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาและการอธิบายเพิ่ม รวมถึงมีการใช้สื่อที่เหมาะสมในการสื่อสาร เช่นเดียวกันกับการศึกษาของบำเพ็ญ ไมตรีโสภณ (2565) เรื่อง “แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุกับการแพร่ระบาดของข่าวสารในช่วงสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 19” ที่ระบุว่า การสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยสูงอายุควรมีการอธิบายความหมายของคำศัพท์เฉพาะ

การสื่อสารเพื่อดูแลสภาพจิตใจ มุ่งเน้นไปที่การทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ลดความวิตกกังวลและความกลัว มีสติอยู่กับปัจจุบัน รวมถึงสื่อสารเพื่อให้ทราบถึงความต้องการหรือความวิตกกังวลเล็กๆ ที่ซ่อนอยู่ในใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใส่ใจสังเกตและใช้เวลาในการดูแล สื่อสารคอยสอบถามและรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเด็นนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการพยาบาลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นภาวะสมดุลของทั้งร่างกายและจิตใจ บางครั้งอาจตั้งคำถามเพื่อเปิดช่องให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความในใจตลอดจนมีการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณกมล พัทธกษณ์ และไพโรจน์ (อ๋างแล้ว) ซึ่งระบุถึงความสำคัญของการฟังอย่างลึกซึ้ง ฟังโดยไม่โต้แย้ง หรือขัดจังหวะ ว่าการฟังในลักษณะดังกล่าวจะทำให้ให้สัมผัสได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ได้ปลดปล่อยความทุกข์ ถือเป็นการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันผลการศึกษาของทัศนาศู วรธนะปรกรณ์ (2544) เรื่อง “การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง” กลับพบว่าผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุยังบกพร่องเนื่องจากไม่มีเวลาให้ผู้ป่วย การพยาบาลทางด้านจิตใจและอารมณ์ยังมีน้อย การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลักการที่พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจเป็นอย่างดี แต่ในการปฏิบัติการพยาบาลจริงต่อผู้ป่วยสูงอายุกลับไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างที่ควรจะเป็น ข้อมูลนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือลูกหลาน จำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุและต้องมีการจัดสรรเวลาในการสื่อสารระหว่างกัน โดยมีความตระหนักว่าทุกคนที่เป็นผู้ดูแลล้วนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถรับมือกับความเจ็บป่วยและการจากไปได้อย่างสงบ

5.2.3 การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สภาพปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ และสังเคราะห์องค์ความรู้ด้วยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อนำมาออกแบบคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ หลังจากนั้นจึงนำร่างคู่มือการสื่อสารไปให้ผู้ทรงเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและด้านการสื่อสารได้วิพากษ์ และทำการปรับปรุง แก้ไข แล้วนำคู่มือการสื่อสารดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุและสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ผลการสำรวจพบว่า ผู้ใช้งานให้ความสำคัญกับทั้งประเด็นเนื้อหา (Content) และประเด็นรูปแบบ (Form) ควบคู่กัน เพราะคู่มือนี้เป็นคู่มือการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพและการดูแลสุขภาพพยาบาล ดังนั้นความถูกต้องของเนื้อหาในคู่มือจึงสำคัญที่สุด ในขณะที่เดียวกันการใช้ภาษาที่อ่านง่ายเข้าใจง่ายก็สำคัญเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fakkheaw, L., Suwanwaree, J., Mounngnern, Y., Thintip, K., & Mirattanaphrai, S.. (สืบค้นออนไลน์) ที่เสนอว่าการทำสื่อด้านสุขภาพนั้น จะต้องนำเสนอข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและผ่านการตรวจสอบ ใช้รูปแบบที่ไม่ซับซ้อน นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ หากจำเป็นต้องใช้ก็ควรอธิบายเพิ่มเติมด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย ส่วนเรื่องของรูปแบบนั้น การออกแบบให้มีความสวยงามน่าอ่านก็เป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งการออกแบบครั้งนี้เน้นการใช้ภาพประกอบที่สอดคล้องกับเนื้อหา ทั้งภาพจริงและภาพการ์ตูน โดยใช้ภาพการ์ตูนในการนำเสนอเนื้อหาส่วนที่เป็นตัวอย่างการสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การใช้ภาพการ์ตูนเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เนื้อหาน่าสนใจและอ่านง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lang, T. (สืบค้นออนไลน์). ที่ระบุว่า การออกแบบคู่มือสำหรับผู้ป่วยควรมีการใช้ภาพประกอบ และ Fakkheaw, L. et al. (ibid) ที่ระบุว่า การใช้ภาพประกอบข้อมูลมีข้อดีคือทำให้เข้าใจง่าย จดจำง่าย และดึงดูดความสนใจได้มาก ซึ่งองค์ประกอบต่างๆ ที่กล่าวมาส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้คู่มือมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือดังกล่าวอยู่ในระดับมากที่สุด

5.3 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

5.3.1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

5.3.1.1 คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมสำหรับหน่วยงานที่มีการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ในการอบรมให้ความรู้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น

5.3.1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวสามารถศึกษาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นคนในครอบครัวของตนได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

5.3.2.1 ควรมีการวิจัยและพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคทางสมองเป็นการเฉพาะ เนื่องจากโรคทางสมองจะมีความจำเพาะหลายด้าน ทั้งลักษณะอาการและแนวทางในการดูแล

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่น จำกัด (มหาชน).
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา นิพพาภรณ์ สิ้นทรัพย์ และ บุพผา ใจมั่น. (2564). บทบาทพยาบาล: การสื่อสารในผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินตามวัย. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. ปีที่ 7(12), 393-410.
- จรินทร์ สารทอง. การจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเขตเมือง เทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 30 ฉบับเพิ่มเติม 3 กันยายน -ตุลาคม 2564. หน้า S516-S523.
- จุฑามาศ ทองประดับ. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562. หน้า 71-79.
- ณัฐนันท์ ศิริเจริญ. การสื่อสารสุขภาพด้วยประสบการณ์และศักยภาพของนักศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2560. หน้า 90-102.
- ณัฐนันท์ ศิริเจริญ. ความต้องการของผู้สูงอายุสำหรับการสื่อสารสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยให้เกิดความสุข. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2560. หน้า 90-122.
- ทัศนาศูววรรณะปกรณ. การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 16 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2544. หน้า 52-64.
- นุจรีญ์ ภูระยา. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, ปีที่ 4 (1), 23-33.
- บำเพ็ญ ไผตรีโสภณ. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้สูงอายุกับการแพร่ระบาดของข่าวสารในช่วงสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 19. วารสาร Journal of Modern Learning Development. ปีที่ 7 ฉบับที่ 9 ธันวาคม 2565. หน้า 157-172.
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562. หน้า 90-99.
- พสุ วุฒินันท์ เมธาวิ อุดมธรรมมานุภาพ และ กมลลาส ภูวนาธิพงศ์. การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรม

- การสื่อสารตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565. หน้า 1879-1890.
- ภาวนี เหมทานนท์ และคณะ. (2560). มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2560. หน้า 186-199.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2556). ใน อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และ พัทธนี สมกำลัง. การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี. มปป.
- วรินทร์ลดา จันทวีเมือง และคณะ. (2565). พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมแบบปกติใหม่ (New Normal) ของสมาชิกครอบครัวในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ปีที่ 16 ฉบับที่ 1. หน้า 137-153.
- วัชรารวรรณ วีระรัตนกุล บุชบา สุธีธร และ ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2553). การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2553. หน้า 73-78.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2552). การวิจัยและพัฒนา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. ปีที่ 1 (2), 1-12.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2561). จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองที่แตกต่าง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2561. หน้า 14-24.
- วิรมณ กาสีวงศ์ และ สุประวีณ์ คงธนโยพิทย์. (2558). การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2558. หน้า 5-14.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). การวิจัยและการพัฒนาการศึกษาไทย. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559. หน้า 1-18.
- สวรรณกมล จันทระมะโน พัทธกษณ์ ศิริวงศ์ และ ไพโรจน์ วิไลนุช. (2559). โครงสร้างการสื่อสารและปฏิบัติการแบบประคับประคองของจิตอาสาข้างเตียงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไมติดเชื้อเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสาร Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2559. หน้า 1224-1244.
- สิงหา จันทริยวงศ์. (2560). การพัฒนาคู่มือส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2560. หน้า 27-38.

สุรภา สายแก้ว ยุพิน ถนัดวิชย์ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2563). การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม. วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่ 21 (2), 93-101.

อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำเนิด. (2558). ใน อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และ พัทธนี สมกำลัง. การประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี. มปป.

อำพัน จารุทสนางกูร โสริยา ศุภโรจน์ และกฤตชัย แก้วยศ. (2562). การพัฒนาคู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562. หน้า 105-121.

ภาษาอังกฤษ

Dossy B. and Guzzetta C. (2005) **Holistic Nursing**. MA: Jones and Bartlett Publishers.

Jones, S. M., Youngvorst, L. J. (2019). **Supportive and Mindfulness Communication**. In Muñiz Velázquez, J.A., & Pulido, C.M. (Eds.), **The Routledge Handbook of Positive Communication: Contributions of an Emerging Community of Research on Communication for Happiness and Social Change** (1st ed., 89-97). Routledge.

MacGeorge, E. L., Feng, B., & Burleson, B. R. (2011). **Supportive Communication**. *Handbook of interpersonal communication*, 4, 317-354.

Turabian, J. (2019). **Differential characteristics in communication and relationship of the general practitioner with the elderly patient**. *Journal of Family Medicine Forecast*, 2.

สืบค้นออนไลน์

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถิติผู้สูงอายุ. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2566

นับเราด้วยคน: สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก9). (2568). สูงวัยโดยสมบูรณ์: สรุปสถานการณ์ผู้สูงวัยในปี 2567 และจะไปต่อกันอย่างไร เมื่อ ‘ลูก’ คือรายได้หลักของพ่อแม่วัยเกษียณ. <https://section09.thaihealth.or.th/2025/01/09/complete-aged-society/>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2567 ระดับจังหวัด https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/202501031

44326_51634.pdf

Ambushe, S. A., Awoke, N., Demissie, B. W., & Tekalign, T. (2023). **Holistic nursing care practice and associated factors among nurses in public hospitals of Wolaita Zone, south ethiopia.** *BMC Nursing*, 22, 1-8. doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01517-0>

Das, N. **Supportive Communication: Meaning, Importance, and Attributes.**

<https://www.ilearnlot.com/supportive-communication-meaning-importance-and-attributes/62441/>

Fakkheaw, L., Suwanwaree, J., Mounngnern, Y., Thintip, K., & Mirattanaphrai, S. (2021).

A Guideline of Creating Easy-to-Understand Health Education

Materials. *Siriraj Medical Bulletin*, 14(3), 33–40. <https://doi.org/10.33192/smb.v14i3.247741>

Lang, T. (1999). **Developing patient education handouts.** http://tomlangcommunications.com/Expanded_Patient_Ed_Chapter.pdf

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย”

ดำเนินการวิจัยโดย ผศ.ดร.บุษยากร ตีระพฤติกุลชัย

สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

คำชี้แจง

1. วัตถุประสงค์หลักการวิจัยนี้มี 2 ข้อด้วยกันคือ
 - 1.1 เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 1.2 เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย
 2. ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 4 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
 3. ขอความอนุเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ข้อมูลหรือความคิดเห็นตามประเด็นคำถามที่นำเสนอไว้
- ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่องานวิจัยในครั้งนี้

ผศ.ดร.บุษยากร ตีระพฤติกุลชัย

ตอนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก

คำถามที่	ข้อคำถาม	คำตอบ
1.1	ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี	
1.2	ท่านมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนานกี่ปี	
1.3	ตำแหน่ง/หน้าที่การทำงานในปัจจุบันของท่านคือ...	
1.4	ขอให้ท่านช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้/การอบรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	
1.5	จุดเริ่มต้นในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของท่านเริ่มต้นอย่างไร	
1.6	เคสของผู้ป่วยสูงอายุที่เคยดูแลมีลักษณะใดบ้าง	
1.7	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภายใน 1 วัน ท่านต้องทำอะไรบ้าง	

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ

คำถามที่	ข้อคำถาม	คำตอบ
2.1	ในมุมมองของท่าน การสื่อสารมีความสำคัญอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	
2.2	ปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านเคยเจอมีปัญหาด้านใดบ้าง (จำแนกประเด็น)	
2.3	สาเหตุของปัญหาในข้อ 2.2 เกิดจากอะไร	

คำถามที่	ข้อความถาม	คำตอบ
2.4	วิธีการแก้ไขปัญหาในข้อ 2.2 ท่านดำเนินการอย่างไร	
2.5	ในเวลาเช้าที่พบกัน ท่านมีวิธีทักทายผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร (น้ำเสียง/คำพูด/อวัจนภาษา)	
2.6	ในเวลาเย็นก่อนเลิกงาน ท่านมีวิธีอำลาผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร (น้ำเสียง/คำพูด/อวัจนภาษา)	
2.7	ท่านมีวิธีการพูดคุยในชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านดูแล (เนื้อหา/รูปแบบ)	
2.8	ท่านมีวิธีการสื่อสารในชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุในความ ร่วมมือในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน -การแปรงฟัน/การอาบน้ำ/การขับถ่าย/การรับประทานอาหาร/การ เคลื่อนไหวร่างกาย	
2.9	ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วย สูงอายุให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเหล่านี้ -การวัดความดัน/ค่าออกซิเจน -การทำความสะอาดแผล/การแทงเข็ม/การเจาะเลือด -การใส่สายสวนปัสสาวะ -การดูดเสมหะ -กิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	

คำถามที่	ข้อความถาม	คำตอบ
2.10	ท่านมีวิธีสังเกตอย่างไรว่าผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีอาการของภาวะต่างๆ ดังนี้ -เมื่อสถานการณ์ของโรคหรือความเจ็บป่วยแย่ลง -เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะเครียด/วิตกกังวล -เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะโกรธ/ไม่พึงพอใจ -เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะท้อถอย/ซึมเศร้า	
2.11	ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไร ในสถานการณ์ต่อไปนี้ -เมื่อผู้ป่วยต้องทำหัตถการเพิ่ม เช่น ต้องรับการผ่าตัด -เมื่อสถานการณ์ของโรคหรือความเจ็บป่วยแย่ลง -เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะเครียด/วิตกกังวล -เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะโกรธ/ไม่พึงพอใจ -เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะท้อถอย/ซึมเศร้า	
2.12	ท่านมีวิธีการสื่อสารเพื่อห้ามปรามไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างไร เช่น การดื่มอุปกรณ์การรักษาออกจากร่างกาย / การทำให้สิ่งที่แพทย์ห้ามไม่ให้ทำ	
2.13	สถานการณ์ที่ยากลำบากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านเคยประสบมา คือสถานการณ์แบบใด	

คำถามที่	ข้อความถาม	คำตอบ
2.14	ท่านมีหลักคิดอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและการรับมือกับสภาวะ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายของผู้ป่วยสูงอายุ	
2.15	ท่านมีคำพูดใดที่ใช้เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุ	
2.16	การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร	

แบบสำรวจความพึงพอใจต่อการทดลองใช้ คู่มือการสื่อสารกับผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสำรวจนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "การพัฒนาคู่มือการสื่อสารกับผู้สูงอายุ สำหรับ
ผู้ดูแลผู้ป่วย" ดำเนินการวิจัยโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษยากร ตีระพลดีกุลชัย
คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้อ่านคู่มือและให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคู่มือนี้ให้
สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เพศ

☐ หญิง ☐ ชาย ☐ อื่นๆ

อายุ

☐ 15-20 ปี
☐ 21-30 ปี
☐ 31-40 ปี
☐ 41-50 ปี
☐ 51-60 ปี
☐ 60 ปีขึ้นไป

☐ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ
☐ ประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver)
☐ ประกอบอาชีพด้านการพยาบาล อาทิจ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล
☐ ดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นญาติหรือคนในครอบครัว
☐ อื่นๆ.....

ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

☐ ต่ำกว่า 1 ปี
☐ 1-3 ปี

☐ 3-5 ปี

☐ มากกว่า 5 ปี

ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

โปรดให้คะแนนต่อคู่มือการสื่อสารฯ ในประเด็นต่างๆ ที่สอดคล้องกับความคิดเห็นของท่าน โดย

ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ระดับ 3 หมายถึง เฉยๆ

ระดับ 2 หมายถึง ไม่ค่อยพึงพอใจ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง

ด้านเนื้อหา

ระดับความพึงพอใจ	5	4	3	2	1
ประเด็น					
ด้านเนื้อหา					
เนื้อหาในคู่มือถูกต้อง					
เนื้อหาในคู่มือใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามได้					
เนื้อหาในคู่มือมีความยาวที่เหมาะสม					
เนื้อหาในคู่มือครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน					
เนื้อหาในคู่มือเป็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้จริง					
ด้านรูปแบบ					
คู่มือมีความสวยงาม น่าอ่าน					
ขนาดตัวอักษรที่ใช้มีความเหมาะสม					
การจัดวางเนื้อหาเหมาะสม					
ภาพประกอบในคู่มือทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น					
ภาพประกอบในคู่มือทำให้อ่านสนุกยิ่งขึ้น					
ความพึงพอใจโดยรวมของท่านต่อคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย					

ข้อคิดเห็นอื่นๆ หรือข้อเสนอแนะของท่านต่อคู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

.....

.....

.....