



ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวล
ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน¹

THE EFFECT OF NURSING INTERVENTION INTEGRATED WITH AGE-FRIENDLY
PRINCIPLE ON ANXIETY OF THE OLDER PATIENTS IN EMERGENCY ROOM

พรธรรมณต์ อธิโชคจารุพัชร² จิราพร เกศพิชญวัฒนา³ สุวิณี วิวัฒน์วานิช⁴
Patsamon Atichockjarupat Jiraporn Kaspichayawattana Suvinee Wivatvanit

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แล้วสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีจับคู่เป็นกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความวิตกกังวลที่ใช้รูปภาพแสดงอารมณ์ (The Faces Anxiety Scale) 2) เครื่องมือทดลองประกอบด้วยเครื่องมือการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และได้รับการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุต่ำกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : หลักการเอื้ออาทร, วิตกกังวล, ผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน

Abstract

This quasi-experiment research aimed to study the effect of nursing intervention integrated with age-friendly principle on anxiety of the older patients in emergency room. The research subjects consisted of 40 older persons who were randomly assigned to control group and experimental group by matched pair technique for 20 older persons in each group. Research instruments were the guideline for age-friendly environmental modification in emergency room, the handbook of nursing intervention integrated age-friendly care in emergency room. Research data were obtained by the Faces Anxiety Scale, and the questionnaire of nursing intervention in care for older patients in emergency room. The instruments tested for content validity by 5 experts, and CVI were 1.00, while the reliability used Cronbach's alpha coefficient is .83. Data analysis by mean, standard deviation, and t-test.

The research finding were as follows: 1) After receiving nursing intervention integrated age-friendly principle the mean anxiety score among the older persons treated in emergency room in the experimental group was significantly lower the score before undergoing the program ($p < .05$) and 2) After receiving nursing intervention integrated age-friendly principle the mean anxiety score among the older persons treated in emergency room in the experimental group was significantly lower than those who received routine nursing ($p < .05$)

Keywords : age-friendly principle, anxiety, older patients in emergency room

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีผู้สูงอายุใช้บริการเพิ่มขึ้น จากรายงานของ National Hospital Ambulatory Medical Care ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี 1993-2003 พบว่าผู้สูงอายุมีสถิติเข้ารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 (Roberts, McKay, & Shaffer, 2008) โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นตามลักษณะการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยนั้นเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับในต่างประเทศ จากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยที่รับเข้ารับรักษาภายในห้องฉุกเฉินทั้งหมด มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 16, 15.3, และ 15 ตามลำดับ ถึงแม้ว่ายอดของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินนั้นจะไม่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด แต่ก็ไม่ได้มีจำนวนที่ลดลงจากเดิมมาก

จากสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะพบว่า ปัญหาความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปกับผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาของ Considine et al. (2010) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินมีความรู้สึกวิตกกังวลเกิดจากสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉินที่มีสภาพภายในพื้นที่แออัด ไม่มีความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Helfin (2009) ที่พบว่า พื้นที่ที่คับแคบ เสียงที่ดัง และแสงสว่างที่มีอยู่ตลอดเวลาภายในห้องฉุกเฉิน ตลอดจนลักษณะของการบริการภายในห้องฉุกเฉินที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จำนวนบุคลากรที่หลากหลาย รวมทั้งความไม่ชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาหรือเหตุผลในการรอคอยเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดที่ต้องให้ญาติ

ผู้ป่วยออกไปคอยด้านนอกไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ (Aminzadeh & Dalziel, 2002) เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ (2538) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ทั้งจากความแตกต่างกันระหว่างสิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงพยาบาล การถูกจำกัดไว้ในสถานที่คับแคบ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความไม่มีความเป็นส่วนตัว และจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เช่น การได้ยินเสียงดัง รุนแรงตลอดเวลา และแสงสว่าง เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเกิดภาวะความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นหน่วยที่รับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันและอยู่ในภาวะวิกฤติ มีการให้บริการผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจากสถิติพบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุ เริ่มมีอัตราที่สูงขึ้น จากสถิติส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเข้ามาใช้บริการในช่วงเวรบ่าย คือ เวลา 15.30-23.29 น. เมื่อเทียบกับช่วงเวลาอื่น ๆ (หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีภาวะพึ่งพา ซึ่งต้องรอให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลกลับจากทำงาน หรือมีเวลาว่างจึงจะสามารถพาผู้สูงอายุมาได้ ทำให้ผู้สูงอายุเมื่อมาถึงที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงมีอาการที่ค่อนข้างหนัก เนื่องจากปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานานจึงมาถึงโรงพยาบาล และเมื่อเข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งความคับแคบของพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ความแออัด เสียงที่ดัง และสว่างตลอดเวลา ไม่มีความเป็นส่วนตัว และญาติหรือผู้ดูแลต้องออกไปรอด้านนอก ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Aminzadeh & Dalziel, 2002)

อีกทั้งเจ้าหน้าที่ภายในห้องฉุกเฉินเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขึ้น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2538) นอกจากนี้การใช้ระยะเวลาในการรอคอยภายในห้องฉุกเฉินเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบาง มีลักษณะการป่วยที่ไม่เฉพาะเจาะจง การมีโรคประจำตัวหลายโรค และการได้รับยาหลายชนิด ทำให้การตรวจร่างกาย การซักประวัติ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำเป็นต้องมีความละเอียดและใช้เวลานานมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น (Ekwall & Sweden, 2010) จากสถิติผู้สูงอายุจะใช้เวลาอยู่ภายในห้องฉุกเฉินเฉลี่ยประมาณ 6-8 ชั่วโมง (หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2553) ซึ่งในระยะเวลาการรอคอยนี้ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับจะเกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงแรก คือ ในช่วงของการคัดกรอง การซักประวัติจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแล การทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การเอกซเรย์ หรือการทำหัตถการอื่น ๆ หลังจากนั้นเมื่อสังเกตอาการ ประเมินสัญญาณชีพแล้วพบว่า ผู้สูงอายุไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ เจ้าหน้าที่จะทำการย้ายผู้สูงอายุออกมารอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรอการตรวจจากแพทย์เฉพาะทางบริเวณด้านนอก ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเกิดความวิตกกังวลถึงผลการตรวจ การเจ็บป่วย การคาดเดาเหตุการณ์ที่ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง วิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในขณะที่ได้เข้ารับการดูแลรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินนั้น จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ผลกระทบของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแต่ละรายนั้น ขึ้นอยู่กับระดับของความรุนแรงของความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในผู้สูงอายุที่มีระดับความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการตื่นตัวและรับรู้ต่อสถานการณ์เพิ่มมากขึ้น เกิดการเรียนรู้และคิดแก้ปัญหาได้ (Willson &

Kneisl, 1992) แต่หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลจะทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มระดับขึ้นจนทำให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมน epinephrine, norepinephrine, และ adrenocortical ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับเกลือแร่ในร่างกาย การเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น น้ำตาลถูกขับจากตับมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก และเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Eliopoulos, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ekwall and Sweden (2010) ที่พบว่า อาการเจ็บหน้าอก ปวด และเวียนศีรษะ และปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจที่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินนั้น เป็นผลมาจากการเกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับการวินิจฉัยโรคที่ไม่ตรงกับอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ และยังส่งผลต่อสภาพจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม โดยจะทำให้อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย ไม่เป็นมิตร เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าง่าย กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ขาดสติ และความจำลดลง (Ebersole & Hess, 1990) อาจเกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นแรงสนับสนุนและปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การมีรูปแบบของการให้บริการผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ น่าจะเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยลดภาวะความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการได้

จากการทบทวนหลักการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน พบว่า แนวคิดเรื่อง Geriatric Emergency Management (Ontario Hospital Association, 2003) เป็นแนวคิดที่เน้น

เรื่องของการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินด้วยบุคลากรที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุในการคัดกรองปัญหาและความเร่งด่วนในการที่จะต้องได้รับการดูแล การประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉิน การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการและปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อต้องออกจากห้องฉุกเฉิน การดูแลเรื่องของสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินเป็นหลักการซึ่งเน้นสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะ ส่วนหลักการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (age-friendly principle and practice) ของ AHMAC (2004) ประเทศออสเตรเลียใช้หลักการดูแลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 7 หลักการ ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการนำความรู้ที่ปรากฏเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง การป้องกันความเสื่อมของภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต 2) การดูแลโดยตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาและความซับซ้อนของความสูงอายุและบุคลากรสามารถประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 3) การมีเจตคติที่ดีกับผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลโดยเคารพในความแตกต่างและความต้องการเฉพาะรายของผู้สูงอายุ รวมถึงความแตกต่างของวัฒนธรรม ประเพณี และเพศของผู้สูงอายุ 4) การจัดการเกี่ยวกับความล่าช้าในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้สูงอายุและญาติตั้งแต่แรกเริ่ม ตลอดจนการจัดหาแหล่งสนับสนุนทางด้านการรักษาใกล้บ้าน 5) การหลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น หรือหลีกเลี่ยงการขยายระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น 6) การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งแรกในการให้บริการสุขภาพ

ทั้งในเรื่องของการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ และ 7) การดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัยและผลประโยชน์สูงสุด การเคารพและยอมรับในการตัดสินใจหรือความปรารถนาของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยนำหลักการการพยาบาลที่เอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุมานบูรณาการกับหลักการการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยอาศัยการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อลดภาวะความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉินก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษภายในห้องฉุกเฉินระหว่างกลุ่มที่รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
2. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดตามหลักการการพยาบาลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ (age-friendly principle and practices) ของ Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) (2004) ประกอบด้วยหลักการ 7 หลักการนี้ คือ 1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล 2) การตระหนักและรับรู้ถึงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ 3) การยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) การหลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น 6) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทร 7) การพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุ ร่วมกับหลักการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน Geriatric Emergency Management ของ Toronto Central LHIN (Ontario Hospital Association, 2003) ที่มีจุดมุ่งหมายในการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน ร่วมกับการส่งเสริมในเรื่องความรู้และประสิทธิภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน โดยมีการจัดการ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การให้การพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทรตามกระบวนการพยาบาล และ 3) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรภายในห้องฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและเพื่อผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แล้วสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีจับคู่ได้กลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2) มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการคัดกรองอาการและระดับความรุนแรงของอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการคัดกรองอาการและระดับความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลของ The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ระดับ 3 ฉุกเฉิน (Urgent) 3) ไม่มีความบกพร่องในการสื่อสารหรือรับรู้ โดยยังสามารถโต้ตอบหรือสื่อความหมายได้พอเข้าใจ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับความเร่งด่วนของการรักษาตามเกณฑ์การคัดกรองอาการและความเร่งด่วนของ The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ตั้งแต่ ระดับ 1-2 และ 2) ผู้สูงอายุหรือญาติไม่ยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) แนวทางการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน และ 2) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การวินิจฉัยโรค และ ประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน 2) แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้มาตราวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale: VAS) ซึ่งเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลแบบง่ายโดยใช้

รูปภาพแสดงสีหน้าอารมณ์ (The Faces Anxiety Scale) มีลักษณะสีหน้า 5 แบบ ให้ผู้ป่วยเลือก ตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลเลย จนถึงวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย McKinley, Coote, and Stein-Parbury (2003) และได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยได้เขียนโครงร่างของการวิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 057/56 โดยวิเคราะห์ตามหลักจริยธรรมการวิจัย ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้ 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และ 3) หลักความยุติธรรม โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการดูแล ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและจะมีการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะดำเนินงานกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างควบคุมที่มีลักษณะประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และประเมินความวิตกกังวล 2) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติจากพยาบาลห้องฉุกเฉิน 3) ประเมินความวิตกกังวลผู้สูงอายุซ้ำ ก่อนที่ผู้สูงอายุจะจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน และ 4) ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านกับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล

2. ระยะดำเนินการกับกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงสถานที่ตามหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน 2) ดำเนินการทดลองตามขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลโดยใช้การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 นำผู้สูงอายุมารับการดูแลรักษาพยาบาล ณ จุดสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยดูแลเรื่องสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย

2.2 ผู้วิจัยประเมินปัญหาและรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ (assessment) โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความวิตกกังวล รวบรวมและประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินภาวะปัญหาและภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (screening for common problem in ambulatory elderly) กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน มีการแจ้งถึงแผนการพยาบาลและแผนการรักษาผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และขออนุญาตให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามาอยู่ดูแลผู้สูงอายุข้างเตียง แล้วปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเคารพในความเป็นผู้สูงอายุ มีการประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนครั้งที่จะต้องเข้าไปให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ครั้ง คือ 1) เมื่อแรกรับที่ผู้สูงอายุเข้ามารับการบริการภายในห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพ สัญญาณชีพให้กับผู้สูงอายุ หรือญาติ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุรับทราบ 2) เมื่อผู้สูงอายุเข้าไปรอรับการรักษา ณ จุดที่จัดเตรียมให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือระยะเวลาในการรอคอยภายในห้องฉุกเฉินอย่างคร่าว ๆ 3) เมื่อต้องทำการพยาบาล หรือหัตถการกับผู้สูงอายุ เช่น เจาะเลือด ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การส่ง X-ray ต่าง ๆ 4) เมื่อต้องแจ้งผลการตรวจต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุทราบ การเข้าไปประเมินผลของการให้การพยาบาลที่ได้ให้

ผู้สูงอายุไปก่อนหน้านั้น และ 5) เมื่อผู้สูงอายุจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยจำนวนครั้งที่พยาบาลเข้าไปให้การพยาบาลผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือการร้องขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยใช้ t-test แบบ independent

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยใช้ t-test แบบ dependent

ผลการวิจัย

ตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิง อายุเฉลี่ย 73.2 ปี (S.D.=7.76) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 57.5 การวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการปวดท้อง ท้องเสีย คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา คือ อาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวก ร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 70 แต่ที่มีประสบการณ์เข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินพบว่า มีมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 28.57 โดยมีผู้พามาร้อยละ 92.5 ส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 72 และมีผู้ดูแลเข้ารับการรักษากายในห้องฉุกเฉินร้อยละ 65 โดยผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 55 และเป็นสามี ร้อยละ 2.5

ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน หลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลระดับน้อย ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ความวิตกกังวล	ก่อน		หลัง		t	p
	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ		
กลุ่มควบคุม (n=20)	3.00 (.86)	ปานกลาง	2.60 (.99)	ปานกลาง	3.56	.002
กลุ่มทดลอง (n=20)	2.95 (.69)	ปานกลาง	1.45 (.61)	น้อย	8.82	.000

เมื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลอง พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง

ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	3.00 (.86)	ปานกลาง	2.95 (.69)	ปานกลาง	.20	.840
หลังการทดลอง	2.60 (.99)	ปานกลาง	1.45 (.61)	น้อย	4.41	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

ก่อนการทดลองระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .20$, $p = .840$) หลังการทดลองระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉินของกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีค่าต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.41$, $p = .000$) โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉินหลังได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}_{\text{ก่อนทดลอง}} = 2.95$, $S.D. = .69$ และ $\bar{X}_{\text{หลังทดลอง}} = 1.45$, $S.D. = .61$, $t = 8.88$, $p = .000$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เข้าห้องตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉิน

และได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินความวิตกกังวล ตลอดจนมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษากายในห้องพักฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอย สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในห้องพักฉุกเฉิน การร้องขอความช่วยเหลือ การอนุญาตให้ญาติทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว (Considine, 2010) ตลอดจนการได้รับคำแนะนำหรือตอบสนองในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นการเฉพาะราย โดยมีการแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ ความเอื้ออาทรเอาใจใส่ และให้เกียรติผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ เมื่อเทียบกับการพยาบาลแบบปกติที่มีการให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาเท่านั้น โดยไม่มีการประเมินความวิตกกังวลที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉิน สามารถลดความระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉินได้ และเกิดการพัฒนาระบบการบริการและมาตรฐานการพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษากายในห้องพักฉุกเฉิน ผู้สูงอายุได้รับการบริการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย

ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

1.1 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้นำรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ไปปรับใช้กับหน่วยให้บริการผู้ป่วยสูงอายุแผนกอื่นที่มีลักษณะการให้บริการคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน เช่น แผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนส่งเสริมให้มีพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อันจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้สูงอายุ

1.3 ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร

2. การวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินต่อการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายในห้องฉุกเฉิน

2.2 ควรศึกษาผลการใช้รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินต่อผลของการให้การพยาบาลแบบต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

ประคอง อินทรสมบัติ. (2538). ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุศาสตร์ เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.

หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2553). *ข้อมูลจากสมุดรับผู้ป่วย หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*.

Aminzadeh, F., & Dalziel, W. B. (2002). Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine, 39*, 238-247.

Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). (2004). *Age-friendly principles and practices. Managing older people in the health service environment*. Developed on behalf of the Australian ministers' Advisory Council (AHMAC) by the Care of Older Australians Working group, Victorian Department of Human Services, Melbourne, Victoria. Retrieved from www.health.vic.gov.au/acute-agedcare.

Considine, J., Smith, R., Hill, K., Weiland, T., Gannon, J., Behm, C., ..., McCarthy, S. (2010). Older peoples' experience of accessing emergency care. *Australasian Emergency Nursing Journal, 13*, 61-69.

Ebersole, P., & Hess, P. (1990). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response*. St. Louis: The CV. Mosby Company.

Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ekwall, A., & Sweden, M. (2010). Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 3*(10), 1-5.

Helfin, M. (2009). *Geriatric health maintenance*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance>.

McKinley, S., Coote, K., & Stein-Parbury, J. (2003). Development and testing of a faces scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing, 41*(1), 73-79.

Ontario Hospital Association. (2003). *Geriatric emergency management (GEM): Delivery models, screening tools and practice guidelines*. Retrieved from <http://www.rgp.toronto.on.ca/GEM/GEMOHA.pdf>

Roberts, D. C., McKay, M. P., & Shaffer, A. (2008). Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the United States 1993 to 2003. *Annals of Emergency Medicine, 51*(6), 769-774.

Willson, H. S., & Kneisl, C. R. (1992). *Psychiatric nursing* (4th ed.). California: Addison-Wesley Nursing.