

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเอาใจของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายและแนวคิดทฤษฎีของการดูแลเอาใจ
2. การรับรู้การดูแลเอาใจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลเอาใจจากพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ความหมายและแนวคิดทฤษฎีของการดูแลเอาใจ

ความหมายของการดูแลเอาใจ

“การดูแลเอาใจ” (caring) เป็นคำที่นักการศึกษาทั่วไปและนักการศึกษาทางการพยาบาลได้ให้ความหมายไว้มากมาย เช่น ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) “การดูแลเอาใจ” หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การเอื้อเฟื้อ และความมีน้ำใจ ในพจนานุกรมภาษาอังกฤษ อ็อกฟอร์ด (Crowther, 1995) “การดูแลเอาใจ” หมายถึง ความสนใจ หรือความรู้สึกห่วงใย ส่วน อารี ชิวเกษมสุข (2541) ให้ความหมาย “การดูแลเอาใจ” ไว้ว่าเป็นการกระทำใด ๆ ที่ช่วยเหลือ ประคับประคอง และเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณค่า สอดคล้องกับไลนิงเจอร์ (Leininger, 1988b) ที่ให้ความหมาย “การดูแลเอาใจ” ไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรม การช่วยเหลือ การสนับสนุนคำจูน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการ เพื่อปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก ในความหมายของเมเยอร์ออฟ (Mayeroff, 1971 cited in Euswas, 1991) “การดูแลเอาใจ” เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโต ถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจ หรือบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งการดูแลเอาใจในลักษณะนี้ผู้ดูแลจะต้องมีความรัก ความเอื้ออาทร และจริงใจต่อผู้รับการดูแลและมีลักษณะคล้ายแม่ที่มีวุฒิภาวะดูแลลูก และคาดหวังให้ลูกมีความเจริญก้าวหน้าสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2539 หน้า 25) กล่าวว่า “การดูแลเอื้ออาทร เป็นวิถีทางที่พยาบาลปฏิบัติในการให้บริการ แก่เพื่อนมนุษย์เพื่อไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี” ส่วนแมย์ (May, 1969 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ให้ความหมายของ “การดูแลเอื้ออาทร” ว่าเป็นการกระทำในลักษณะที่บุคคลมีความ เอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจ เกื้อหนุนและผูกพันต่อผู้อื่น หรือการแสดงถึงความทุกข์และความสุขที่เกิดขึ้นร่วมกัน และ สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้สรุปความหมาย “การดูแลเอื้ออาทร” ไว้ว่า เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ในลักษณะที่เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้รับบริการ ในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการใช้เครื่องมือ และใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกระทำที่แผ่ไปด้วยความรู้สึกนึกคิดทางด้านอารมณ์ และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพยาบาลมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย/ผู้รับบริการในฐานะปัจเจกบุคคล และเป็นการป้องกัน ระวังระมัดระวัง เพื่อให้มีการกระทำที่ถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

จากความหมายของ “การดูแลเอื้ออาทร” ตามที่นักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายไว้จะมีความหมายใกล้เคียงกัน กล่าวคือ เป็นการกระทำที่แสดงออกด้วยความห่วงใย เอื้ออาทร และเอาใจใส่ดูแล ของบุคคลหนึ่งต่อบุคคลอื่นโดยมีความจริงใจและมีความรับผิดชอบ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายให้ผู้รับบริการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี แต่มีจุดเน้นที่ต่างกันอยู่บ้าง ตามมุมมองของนักการศึกษาบางท่าน เช่น เลอninger (Leininger, 1988a) จะมองการดูแลเอื้ออาทรว่าได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม กล่าวคือ ความแตกต่างของวัฒนธรรม จะทำให้บุคคลมีความต้องการการดูแลเอื้ออาทรที่แตกต่างกัน ส่วนเมเยอร์รอฟฟ์ (Mayeroff, 1971 cited in Euswas, 1991) ได้มองการดูแลเอื้ออาทรว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ทั้งนี้วัตสัน (Watson, 1999) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ให้ความหมาย “การดูแลเอื้ออาทร” ไว้ว่า เป็นศาสตร์และศิลป์ในการกระทำ และแสดงความรู้สึกอย่างจริงใจระหว่างบุคคลทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างก็มีศักยภาพและได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการการดูแลเอื้ออาทร ซึ่งต่อมาสแวนสัน (Swanson, 1991) ได้ให้แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของวัตสันซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลางมาพัฒนาให้เป็นรูปธรรมและนำไปปฏิบัติทางการพยาบาลได้ง่ายขึ้น โดยให้ความหมายของ “การดูแลเอื้ออาทร” ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ ดูแล ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุน ส่งเสริม และให้กำลังใจ จัดกระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะสัญญากับบุคคลอื่น โดยตระหนักถึงความมีคุณค่า ดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลคนนั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ความหมายของการดูแลเอื้ออาทรตามแนวคิดของสแวนสัน (Swanson, 1991) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ความหมายของการดูแลเอื้ออาทรตามรูปแบบของสแวนสันมีความ

เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากเป็นความหมายที่กว้างและครอบคลุม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่าง โดยความหมายของการดูแลเอื้ออาทรจะรวมถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแล ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุนส่งเสริม ให้กำลังใจ และกระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะสัญญา จัดกระทำให้แก่บุคคลอื่น โดยตระหนักถึงควมมีคุณค่า ดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ค่านิยม ของบุคคลคนนั้น ซึ่งการดูแลเอื้ออาทรตามกรอบแนวคิดนี้มีความครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม น่าจะนำมาเป็นแนวทาง ในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

แนวคิดทฤษฎีของการดูแลเอื้ออาทร

แนวคิดของการดูแลเอื้ออาทร ได้เกิดขึ้นพร้อมกับวิชาชีพการพยาบาล ดังเดิมถูกมองว่าเป็นบทบาทหรือหน้าที่ของผู้หญิง โดยพิจารณาจากลักษณะของความเป็นแม่ที่เอาใจใส่ดูแลลูก (Nutting & dock, 1935 cited in Leininger, 1988b) ซึ่งมีเพียงแต่การเลี้ยงดูให้มีการกิน การอยู่ การหลับนอนพักผ่อนที่ถูกต้องเพียงพอเท่านั้น แม่และลูกยังมีความผูกพันต่อกัน มีความเอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจ เป็นทุกข์และเป็นสุขด้วยเสมอ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) ฟลอเรนซ์ นิติงเกิล (Nightingale, 1859) มารดาแห่งการพยาบาลยุคใหม่ (mother of modern nursing) ได้สร้างรากฐาน การพยาบาล โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลเอื้ออาทรมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล ที่รู้จักกันดีในนาม “กฎของสุขภาพ” (law of health) ที่ว่าด้วยกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ให้ผู้ป่วยได้รับอากาศบริสุทธิ์ อาหารดี ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ และสนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย โดยเน้นว่า การดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วย เป็นการป้องกัน คงไว้ และ /หรือฟื้นฟูภาวะสุขภาพ จากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ ให้เข้าสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด และมองว่าการดูแลเอื้ออาทรเป็นงานของพระเจ้า เป็นการทำความดีที่แสดงออกด้วยจิตใจ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ทั้งนี้ พยาบาลต้องมีความซื่อสัตย์ จริงใจ เชื่อถือได้ ปราศจากอคติ มีระเบียบวินัย และคิดถึงผู้อื่นมากกว่าตัวเอง (Nightingale, 1860 cited in Leininger, 1988b) ในเวลาต่อมาแนวคิดของการดูแลเอื้ออาทรก็ได้รับการพัฒนาจากนักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษาอีกหลายท่าน ซึ่งผลสรุป มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า “การดูแลเอื้ออาทร” เป็นหัวใจ สำคัญของการพยาบาล ที่ต้องมีในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรม (Leininger, 1988b; Watson, 1999; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536; พยอ มอยู่สวัสดิ์, 2539) โดยมีความชัดเจนของ แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรว่าเป็นการปฏิบัติของ “คน” ที่ปฏิบัติให้กับ “คนทั้งคน” โดยแสดงถึง “องค์รวม ของการพยาบาล” (holistic nursing) นำไปสู่ความเป็นอยู่และควมมีสุขภาพอันดีของคนนั่นเอง

(พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536)

อย่างไรก็ตามแนวคิดของการดูแลเอื้ออาทรของนักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษาเหล่านั้น ยังมีจุดเน้นและมุมมองที่แตกต่างกัน เช่น ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1988a) มีมุมมองว่า ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันการดูแลเอื้ออาทรก็จะแตกต่างกัน เมเยอร์รอฟฟ์ (Mayeroff, 1971 cited in Euswas, 1991) ได้เน้นถึงผลของการดูแลเอื้ออาทรว่า ทำให้บุคคลอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีคุณค่า ส่วน พยอม อยู่สวัสดิ์ (Euswas, 1993) ได้เน้นให้พยาบาลเห็นคุณค่าในการใช้ตนเองในการช่วยเหลือเป็นพลังบำบัด (therapeutic use of self) แก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีความชื่นชมต่อการได้รับการปฏิบัติเยี่ยงบุคคลที่มีศักดิ์ศรี จึงจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลเยียวยาตนเอง โดยที่วัตสัน (Watson, 1999) เน้นถึงองค์รวมของมนุษย์ว่ามีมิติทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งถ้าบุคคลมีคุณภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ ก็จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เห็นคุณค่าและสามารถดูแลเยียวยาตนเองได้ ซึ่งก่อนที่พยาบาลจะไปให้การดูแลเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลจะต้องมีคุณภาพของ กาย จิต และจิตวิญญาณ และดูแลเอื้ออาทรต่อตนเองให้ได้เสียก่อน

แนวคิดของการดูแลเอื้ออาทรที่นักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษาได้นำเสนอไว้มีอยู่มาก ที่สำคัญที่ผู้วิจัยจะนำเสนอ ได้แก่ เมเยอร์รอฟฟ์ (Mayeroff, 1971 cited in Euswas, 1991) ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1988b) พยอม อยู่สวัสดิ์ (Euswas, 1993) วัตสัน (Watson, 1999) และ สเวนสัน (Swanson, 1991) ดังจะเสนอต่อไปนี้

เมเยอร์รอฟฟ์ (Mayeroff, 1971 cited in Euswas, 1991) เป็นนักปรัชญาที่เน้นการดูแลเอื้ออาทร โดยเฉพาะต่อมนุษย์เท่านั้น มีแนวคิดของการดูแลเอื้ออาทรว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่บุคคลเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความสำนึกแห่งตน (actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งการดูแลเอื้ออาทรจะเป็นในลักษณะที่พยาบาลจะต้องมีความรัก เอื้ออาทร และจริงใจต่อผู้ป่วย คล้ายกับแม่ที่ดูแลลูก และคาดหวังให้ลูกมีความเจริญก้าวหน้าสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีองค์ประกอบของการดูแลเอื้ออาทร 8 ประการ ดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ
2. ความจริงใจ (honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตน ที่ต้องการจะให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น
3. ความไว้วางใจ (trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันคือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4. ความอดทน (patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

5. ความหวัง (hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแล เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

6. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีการอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้ป่วย อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย

7. ความกล้าหาญ (courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (alternating rhythms) ผู้ให้การดูแลต้องมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินการดูแล และปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

ไอนินเจอร์ (Leininger, 1988b) นักทฤษฎีการดูแลเอื้ออาทรเชิงวัฒนธรรม ผู้ริเริ่มศาสตร์ทางการดูแลเอื้ออาทร เสนอว่า การดูแลเอื้ออาทรเกิดจากแนวคิดของการให้ความสุขสบายและความสมบูรณ์พูนสุข (nurturance) โดยรวมถึง การให้การดูแลเอื้ออาทร (caring) การสร้างความเจริญเติบโต (growth) และการสนับสนุน (support) พยาบาลจะต้องเรียนรู้สิ่งดังกล่าว และนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติอย่างมีสติปัญญา ทั้งนี้การดูแลเอื้ออาทรเป็นหัวใจและจุดเน้นของการพยาบาล ที่จัดว่าเป็นพฤติกรรมกรดูแลเอื้ออาทรที่มนุษย์แสดงต่อมนุษย์อย่างมีกระบวนการ และมีการสร้างสัมพันธภาพของการดูแลเอื้ออาทร พยาบาลจะแสดงพฤติกรรมกรดูแลเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยแตกต่างกันไป โดยมีความเฉพาะตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยความรู้สึกห่วงใย เอื้ออาทร และ ผูกพันต่อผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุกของผู้ป่วย

นอกจากนี้ไอนินเจอร์ ยังได้ศึกษาการดูแลในวัฒนธรรมต่าง ๆ มากกว่า 30 วัฒนธรรม โดยการวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงมานุษยวิทยา การศึกษานี้ได้ค้นหาแบบแผนการดูแลเอื้ออาทรตามความหมายที่คนในวัฒนธรรมนั้นให้ไว้ และได้พัฒนาวิธีการวิจัยเชิงมานุษยวิทยาทางการพยาบาล (ethnonursing) เพื่อทำความเข้าใจชีวิตและการดูแลเอื้ออาทรของคนในวัฒนธรรมต่าง ๆ และสรุปว่า ภายใต้วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การปฏิบัติกรดูแลเอื้ออาทรจะแตกต่างกัน

พยอม อยู่สวัสดิ์ (Euswas, 1993) นักการศึกษาพยาบาลของไทย ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมา (grounded theory) เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเอื้ออาทร (caring) ผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า พยาบาลที่จะให้การดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยมะเร็งต้องมีความเมตตากรุณา (benevolence) มีพันธะสัญญาที่จะกระทำ (commitment) มีทักษะและความสามารถในการปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical competency) ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ได้รับการดูแลเอื้ออาทร

จากพยาบาล คือ รับรู้ได้ถึงความรู้สึกที่ดีและการดูแลเอื้ออาทรในฐานะบุคคลคนหนึ่งจากพยาบาล (uniqueness) รับรู้ได้ถึงการใช้ความรูสึกและการแสดงออกของผู้ป่วย (vulnerability) และรับรู้ได้ถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพเมื่อต้องการ (needing assistance in health need) โดย ได้สรุปแนวคิดของการดูแลเอื้ออาทรจากงานวิจัยว่า การปฏิบัติการดูแลเอื้ออาทรทางการ พยาบาลเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร เกิดขึ้นในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ทั้งพยาบาลและ ผู้ป่วยต่างประจักษ์ถึงผลของการดูแลเอื้ออาทรที่จะเกิดขึ้น ทำให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความพึงพอใจ นั่นคือ พยาบาลได้ใช้ตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือเป็นพลังบำบัดแก่ผู้ป่วย (therapeutic used of self) และผู้ป่วยชื่นชมต่อการได้รับการดูแลเอื้ออาทรเชิงบุคคลที่มีศักดิ์ศรีจึงเกิดการเรียนรู้ในการ เยียวยาตนเอง

การดูแลเอื้ออาทรเพื่อให้เกิดผลเป็นพลังบำบัดนั้นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์ประกอบดังนี้ (Euswas, 1993)

1. การอยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ (being there)
2. การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจต่อกัน โดยที่พยาบาลแสดงความเต็มใจในการให้ ความช่วยเหลือ (a relationship trust)
3. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการทางสุขภาพ ทั้งพยาบาล และผู้ป่วย รับรู้ตรงกันในการแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการ (participation in meeting needs)
4. การสื่อสารด้วยความเข้าใจ มีความเมตตาเอื้ออาทรทั้งทางคำพูด การแสดงออกทาง สีหน้า และ ท่าทาง (empathic communication)
5. ความมีสติสัมปชัญญะของพยาบาล พยาบาลจะต้องรู้ตัว มีสติ และรับรู้ความรู้สึก ของตนเองเป็นอย่างดีตลอดเวลา มีความมุ่งมั่นที่จะใช้ความคิด และการกระทำของตนในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยอยู่เสมอ (actualized caring moment)
6. การรักษาคุณค่าขององค์ความรู้-พลังงาน-เวลา (balancing knowledge - energy - time) พยาบาล จะต้องสามารถผสมผสานองค์ความรู้ และเลือกแนววิธีปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ในแต่ละสถานการณ์ ให้พลักกาย พลังใจ และให้เวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ (being mindfully present)

วัตสัน (Watson, 1999) นักทฤษฎี ผู้สร้างทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล (transpersonal caring) มีความเชื่อว่า รากฐานการพยาบาลมีประวัติความเกี่ยวข้องกับมนุษยธรรมนิยม จึงได้เสนอทฤษฎี การดูแลที่เน้นในความเป็นมนุษย์ขึ้น ซึ่งการดูแล เอื้ออาทรมนุษย์ ตามแนวคิดของวัตสันเป็นอุดมคติ หรือ เป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

โดยกระบวนการดูแลเอื้ออาทรจะเกิดขึ้นได้ ต่อเมื่อผู้ป่วยและพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่เป็นองค์รวมของกาย จิต และจิตวิญญาณ ที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล การดูแลเอื้ออาทรเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองฝ่ายเข้าถึงจิตใจกันและกัน (transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ จึงเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (coparticipant) โดยมีเป้าหมายในการดูแลเอื้ออาทรมนุษย์ คือ ให้นำบุคคลมีภาวะสุขภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่า และการดูแลเยียวยาตนเอง โดยมีกระบวนการการดูแลเอื้ออาทรที่จะทำให้พยาบาลและผู้ป่วยเข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ได้แก่ (Watson, 1989 อ้างใน อวยพร คัมมุขกุล, 2542)

1. การสร้างค่านิยมระบบที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (the formation of a humanistic-altruistic system of values) ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลเอื้ออาทรมนุษย์ โดยเน้นความพึงพอใจในการให้ผู้อื่นมากกว่าการรับ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าสิ่งที่ต้องทุ่มเททุกสิ่งทุกอย่างที่มีอยู่เพื่อผู้อื่น แต่เป็นผลจากความมีวุฒิภาวะของบุคคล โดยการที่บุคคลได้รับความรัก ความเมตตาปราณี และความเข้าใจมาตั้งแต่วัยเด็ก และบุคคลนั้นเกิดความชื่นชมในสิ่งที่ตนได้รับ และมีความพึงพอใจที่จะให้สิ่งที่ตนได้รับแก่ผู้อื่น ทำให้บุคคลเข้าใจและยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคลของมนุษย์ แสดงออกโดยเข้าใจและยอมรับบุคคลอื่นตามทัศนะของเขา

2. การปลูกฝังให้เกิดความศรัทธาและความหวัง (nurturing of faith-hope) ความศรัทธาและความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดพลังใจในตนเอง พยาบาลจะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาและความหวังในความสามารถของพยาบาลและการรักษาดูแลที่ได้รับ และ คงความเชื่อในสิ่งที่อยู่เหนือตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง

3. การเสริมสร้างให้มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (cultivation of sensitivity to one's self and others) การที่พยาบาลจะสามารถเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยได้ พยาบาลจะต้องมีการเรียนรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนว่าเป็นเช่นไร ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับและมีการพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วย และยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน อย่างเต็มกำลังความสามารถ

4. การพัฒนาสัมพันธภาพ การช่วยเหลือเกื้อกูล ความไว้วางใจ การดูแลเอื้ออาทรมนุษย์ (development of a helping-trusting, human caring relationship) ปัจจัยนี้เน้นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้เมื่อ

พยาบาลมองผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตนเอง ที่อาจจะเหมือนหรือไม่เหมือนกับพยาบาลคนอื่นก็ได้ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องมีความจริงใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความโอบอ้อม ถ่อมตน ตลอดจนการรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจจะอาศัยการสื่อสารที่มีคุณภาพทั้งการใช้คำพูดและท่าทาง ที่แสดงให้เห็นถึงความยินดีความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่จากพยาบาล และ เกิดความไว้วางใจ

5. การส่งเสริมและการยอมรับการแสดงความรู้สึกของบุคคล ทั้งความรู้สึกทางบวกและทางลบ (promotion and acceptance of the expressing of positive and negative feelings) ปัจจัยนี้เน้นความสำคัญของการแสดงความรู้สึกทั้งสองด้าน ซึ่งพยาบาลจะต้องรับรู้ และยอมรับการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงทั้งของตนเองและของผู้อื่น

6. ใช้กระบวนการการดูแลเอื้ออาทร ที่เป็นการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ อย่างเป็นระบบ (use of creative problem-solving caring process) ในการปฏิบัติการดูแลเอื้ออาทรนั้น พยาบาลต้องอาศัยกระบวนการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งทุกขั้นตอนต้องอาศัยองค์ความรู้ ทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ สุนทรียศาสตร์ สัญชาตญาณ (intuitive) เจตคติ และจริยศาสตร์ จึงจะทำให้การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล มีประสิทธิภาพ

7. การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนร่วมกันของบุคคล (promotion of transpersonal teaching-learning) ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องให้ดูขศึกษาแก่ผู้ป่วย วัตถุประสงค์เห็นว่าระหว่างการสอนดูขศึกษาควรสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ทั้งนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้

8. การจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน ปกป้อง และ /หรือการแก้ไขสภาวะจิต กาย สังคม และจิตวิญญาณ (provision for a supportive, protective, and/or corrective mental, physical, sociocultural, and spiritual environment) ปัจจัยนี้มุ่งความสนใจไปที่สถานการณ์ภายนอก รอบตัวผู้รับบริการ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว ปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่สะอาด สวยงาม เป้าหมายของปัจจัยการดูแลข้อนี้คือการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง และมีทัศนคติที่ดี เป็นการสนใจในองค์รวมของบุคคล ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ

9. การสนองความต้องการของบุคคล (assistance with gratification of human needs) ปัจจัยนี้เน้นบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ตลอดจนการส่งเสริม

ให้มีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการ วัตถุนได้จำแนกความต้องการของมนุษย์ เป็นความต้องการเพื่อมีชีวิต (survival need) ความต้องการการทำหน้าที่ (functional need) ความต้องการเชิงบูรณาการ (integrative need) และความต้องการแสวงหาความเจริญเติบโต (the growth-seeking need) ซึ่งครอบคลุมความต้องการภายในบุคคล ระหว่างบุคคล การพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกัน บุคคลแต่ละคนจะมีความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้การดูแลเอาใจใส่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล วัตถุนกล่าวว่า ถึงแม้การเป็นตัวของตัวเองจะเป็นความต้องการระดับสูงสุดก็ตาม ในการดูแลเพื่อสนองความต้องการ จะต้องถือว่าความต้องการทุกอย่างมีค่าเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เนื่องจาก การดูแลเอาใจใส่มุ่งเน้นภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโต และความกลมกลืน

10. การเปิดโอกาสให้สร้างพลังจิตจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ จากปรากฏการณ์ และจิตวิญญาณ (allowance for existential-phenomenological-spiritual forces) ปัจจัยนี้เน้นความเป็นบุคคลและเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล โดยการทำความเข้าใจโลกภายในบุคคล ตลอดจนความหมายในชีวิตที่แต่ละคนได้ค้นพบ พยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยเหลือสนับสนุน ให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายในชีวิตของเขา โดยการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นได้ประสบ เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งและพร้อมที่จะเผชิญต่อภาวะเจ็บป่วยและความตาย ทั้งนี้พยาบาลต้องเรียนรู้ที่จะค้นความหมายในชีวิตของตนเองจากประสบการณ์ชีวิตของตนเองให้ได้เสียก่อน จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

สแวนสัน (Swanson, 1991) ได้นำแนวคิดการดูแลเอาใจใส่ของวัตถุนซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีระดับกลางไปพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology)

เริ่มต้น ปี ค.ศ. 1982 สแวนสัน (Swanson, 1986, 1991, in press) ได้ศึกษาถึง การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลของกลุ่มมารดาหลังแท้งบุตรจำนวน 20 คน พบว่า ข้อมูลของการดูแลเอาใจใส่ที่มารดาหลังแท้งบุตรได้รับ สามารถจำแนกได้เป็น กิจกรรมการดูแลเอาใจใส่ที่ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (doing for) 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining belief)

หลังจากนั้น สแวนสัน (Swanson, 1990, 1991, in press) ได้ศึกษาถึงการดูแลเอาใจใส่ในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนักเด็กแรกคลอด (NICU) จำนวน 19 คน ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน, นักจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (Biomedical ethicist) 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) 1 คน มารดาเด็ก 5 คน บิดาเด็ก 2 คน แพทย์เจ้าของไข้

4 คน และพยาบาลเจ้าของไข้ 5 คน โดยตั้งคำถามถามผู้ให้การดูแลว่า การให้การดูแลเอื้ออาทรในหอผู้ป่วยหนักเด็กแรกคลอดที่ผู้ให้การดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยนั้นมีลักษณะอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลของการให้การดูแลเอื้ออาทรที่ได้ สามารถจำแนกเป็นกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรได้ 5 ด้านเหมือนเดิม ซึ่งถือว่าการสนับสนุนผลการศึกษานี้เมื่อปี ค.ศ. 1982

ต่อมา สแวนสัน (Swanson, 1988 cited in Swanson, 1990, 1991, in press) ได้ศึกษาการรับรู้ว่าการได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากผู้ให้บริการในมุมมองของมารดาอายุน้อย จำนวน 8 คน ซึ่งได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากผู้ให้การดูแลในโครงการการดูแลสุขภาพจิต ของ ดอกเตอร์ บาร์นาร์ด (Mental Health Intervention Group in conjunction with Barnard's Clinical Nursing Model Project) ที่จัดขึ้นในชุมชน เป็นเวลา 18 เดือน ซึ่งมารดาอายุน้อยได้รายงานการรับรู้ว่าการได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากผู้ให้การดูแลของตน ประกอบไปด้วยกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านเหมือนเดิม จึงเป็นการสนับสนุนการศึกษาที่ 1 และ ที่ 2

จากการศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มมารดาหลังแท้งบุตร 2) กลุ่มผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนักเด็กแรกคลอด (NICU) และ 3) กลุ่มมารดาอายุน้อย สแวนสัน (Swanson, 1991 p. 165; in press) ได้สรุปความหมายของการดูแลเอื้ออาทรว่า “เป็นวิถีทางที่เกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแล ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและมีพันธะสัญญาจัดกระทำให้แก่มุคคตอื่นโดยตระหนักถึง คุณค่า ความเชื่อ และค่านิยม ของบุคคลคนนั้น” ซึ่งประกอบด้วกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทร 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (doing for) 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining belief)

การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า ผู้ป่วยได้รับความใส่ใจในเหตุการณ์ขณะที่เป็นอยู่ โดยไม่นำผู้ป่วยไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของพยาบาล พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียดและครอบคลุม และยอมรับว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนไม่เหมือนกัน คนทุกคนมีความคิดความเชื่อเป็นของตนเอง นอกจากนี้พยาบาลยังมีความมุ่งมั่นที่จะค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยที่การให้การดูแลนั้นทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีความเป็นตัวของตัวเอง

การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า พยาบาลห่วงใยและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ โดยการให้เวลา และ /หรือมีการใช้เวลาขณะอยู่กับผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า ถึงแม้ว่าระยะเวลานั้นจะสั้นก็ตาม โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเพื่อนและตั้งใจฟัง ร่วมรับรู้

อารมณ์และแบ่งปันความรู้สึกกับผู้ป่วยไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ก็ตาม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใด ถึงแม้บางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่าพยาบาลยังคงห่วงใยและคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ หมายถึง การที่พยาบาลช่วยเหลือกระทำการกิจกรรมต่างๆ ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยที่การกระทำของพยาบาลจะต้องประกอบไปด้วยทักษะอย่างเต็มกำลังความสามารถ ในขณะที่พยาบาลมีการเคารพคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเสมอ

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ หมายถึง การที่พยาบาลมีการให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย เสนอทางเลือกโดยผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยจะรับรู้ทันที่ได้รับ การช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริม ให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพ โดยพยาบาลยอมให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ ให้เพิ่มพูนยิ่ง ๆ ขึ้น นอกจากนั้นยังมีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงและเป็นไปในทางสร้างสรรค์ เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่าพยาบาลคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา และความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่ โดยการให้มุมมองทางด้านบวก ส่งเสริมให้มองโลกในแง่ดีตามสภาพที่เป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มีความสุขที่ได้เชื่อถือ และศรัทธานั้น และสามารถเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างมีความหมาย หรือทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ถึงแม้ในบางครั้งความเชื่อของพยาบาลอาจแตกต่างจากผู้ป่วยก็ตาม พยาบาลก็ต้องเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วย

สแวนสัน (Swanson, 1991 p. 163) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทร ทั้งห้าด้านนั้นจะผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ การพยาบาลที่สมบูรณ์นำไปสู่ การมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของผู้ป่วยอย่างแท้จริงนั้น พยาบาลต้องสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า ได้รับการดูแล เอื้ออาทรครบถ้วนตามกิจกรรมทั้ง 5 ด้านดังกล่าว”

นอกจากนี้สแวนสัน (Swanson, 1999) ได้สังเคราะห์งานวิจัย (Meta – analysis) ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลเอื้ออาทร เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีระดับกลางในการที่ได้มาซึ่งกิจกรรม การดูแลเอื้ออาทรทั้งห้าด้าน โดยงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์นั้นครอบคลุมในกลุ่มของผู้ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้การดูแล ได้แก่ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเอื้ออาทรที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์จริง

ที่ได้รับ ความคาดหวัง การสังเกตเห็น การแสดงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น งานวิจัยที่สเวนสัน นำมาสังเคราะห์มีจำนวนทั้งหมด 130 ฉบับ เป็นงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1996 หลังการสังเคราะห์และ จัดหมวดหมู่แล้ว สรุปได้ว่า ความหมายของการดูแลเอื้ออาทรในงานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาไม่ได้ออกนอกกรอบ ในกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านที่สเวนสันได้สรุปไว้แต่อย่างใด นอกจากนั้นสเวนสันได้สรุปถึง กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านของคนว่าสอดคล้องกับปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 10 ประการของวัตสัน ดังต่อไปนี้ (Swanson, 1991)

กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรของสเวนสัน 2 ด้านได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคล คนหนึ่ง และ 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ มีความสอดคล้องกับ ปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 3 ประการ ของวัตสัน ได้แก่ 1) ระบบค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ 2) การไวต่อการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น และ 3) การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่

กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรของสเวนสัน ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับ ปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 3 ประการของวัตสัน ได้แก่ 1) การมีสัมพันธภาพ การช่วยเหลือที่ไว้วางใจกัน 2) การสนับสนุน ปกป้อง และ /หรือการแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านจิตใจ กายภาพ สังคม และจิตวิญญาณ และ 3) การให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล

กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรของสเวนสัน ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ มีความสอดคล้องกับ ปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 4 ประการของวัตสัน ได้แก่ 1) การแสดงออกถึงความรู้สึก ทางบวกและทางลบ 2) กระบวนการดูแลเพื่อแก้ปัญหา 3) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการ เรียนการสอน และ 4) การมีสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ

กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรของสเวนสัน ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อ มีความสอดคล้องกับ ปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 2 ประการของวัตสัน ได้แก่ 1) ความศรัทธาและความหวัง และ 2) การมีพลัง ทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ เป็นต้น (Swanson, 1991)

จากการนำเสนอความสอดคล้องของกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านของสเวนสัน กับปัจจัยการดูแลเอื้ออาทร 10 ประการของวัตสันดังกล่าว เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นว่าสามารถนำ แนวคิดของสเวนสัน ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายได้ (Swanson, 1991) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดของวัตสันไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลย (Cronin & Harrison, 1988) กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัด (Parsons, Kee, & Gray, 1993) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) (Marckx, 1995) กลุ่มผู้สูงอายุ (Strickland, 1996) กลุ่มมารดาหลังแท้งบุตร (กันยรักษ์ เสงยเจริญ, 2541) กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป, อาชกรกรรม, ลูติ-นรีเวช, กุมารเวช, และ ในกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ เป็นต้น (อิชยา สุวรรณกุล และ นงนุช

เขาวนัลลี, 2542) จากการนำแนวคิดของวัตสันไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุของสตรีกแลนด์ (Strickland, 1996 p. 10) พบว่า “ยังมีความยากอยู่เล็กน้อย เนื่องจากแนวคิดการดูแลอาหารของวัตสันยังคงเป็นนามธรรมสูง” ส่วนแนวคิดการดูแลอาหารของสเวนสัน ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลางเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่ายขึ้น (Swanson, 1999) ดังนั้น เพื่อเป็นการทดสอบแนวคิดทฤษฎี และเป็นการขยายองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลอาหาร ผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะมีการนำแนวคิดการดูแลอาหารของสเวนสันไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย โดยรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักด้วย เป็นต้น

จากแนวคิดการดูแลอาหารที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมด ผู้ป่วยจะรับรู้ได้ถึงการดูแลอาหารหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลที่จะสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลอาหารตามที่พยาบาลจัดกระทำให้ เพราะจะแสดงถึง คุณภาพของการพยาบาล ที่สังคมให้การยอมรับและเชื่อถือ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการดูแลอาหารของสเวนสัน (Swanson, 1991) ที่ขยายมาจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลอาหารของวัตสัน เพราะจัดเป็นแนวคิดทฤษฎีที่มีความเป็นรูปธรรม มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลอาหารตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจในหอผู้ป่วยหนักเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีความชัดเจนในการทดสอบองค์ความรู้ และมีการสังเคราะห์งานวิจัยในการดูแลอาหารเพื่อสนับสนุนแนวคิดการดูแลอาหารของตนเอง ว่ามีแนวคิดที่กว้างและครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยอย่างครบองค์รวม นำไปสู่การเยียวยาและความผาสุกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การรับรู้การดูแลอาหารของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ความหมายทั่วไปของการรับรู้

การรับรู้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเฉพาะตนของบุคคลในการตีความหมายของสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยยาวภา ผลกันทา (2540) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลโดยเกิดขึ้นตลอดเวลาในขณะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หลังจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส แล้วมีการรับรู้และแปลความหมายโดยอาศัยความจำ ความรู้ และประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ซึ่งจะถูกต้องมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับลักษณะของสิ่งเร้าและตัวผู้รับรู้ ซึ่งเป็นตัวกำหนดการรับรู้ นั้น สอดคล้องกับ เซอร์เมอร์ธอร์น และคณะ (Schermerhorn, et al., 1982 อ้างใน กาญจนนา สิมะจาริก, 2538 หน้า 9-10) ที่ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้น

ในการตีความสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ได้สัมผัส เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นเลยทีเดียว เพราะบุคคลได้รับสิ่งเร้า ก็จะประมวลการรับรู้ นั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัวเอง” ส่วนในพจนานุกรมภาษาอังกฤษอ็อกฟอร์ด (Crowther, 1995) การรับรู้ เป็น การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการที่เป็นผลมาจากที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ประมวลผ่านระบบการคิดตีความโดยสมองของบุคคล โดยการรับรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ที่ทำให้การรับรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ได้แก่ (ชม ภูมิภาค, 2523; สุชา จันทน์เฒ, 2536)

1. ปัจจัยด้านสิ่งเร้า สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดการรับรู้ที่ตื้นนั้น มีสิ่งที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเข้มและ ขนาด (intensity and size) สิ่งเร้าที่มีความแตกต่างกับสิ่งอื่น (contrast) มีการซ้ำซ้ำบ่อย ๆ (repetition) และ มีการเคลื่อนไหว (movement) เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านผู้รับรู้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

2.1. ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของระบบประสาทสัมผัสทั้งห้า และสมองหรือสติปัญญาของบุคคล

2.2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเลือกสรรในการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ความต้องการและความสนใจในขณะนั้น ความคาดหวัง เจตคติ สภาพอารมณ์ที่พร้อมจะรับรู้ ตลอดจนพื้นฐานทางวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคม (ชม ภูมิภาค, 2523; สุชา จันทน์เฒ, 2536)

ความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ได้แก่ ความคิด ความรู้ และการกระทำที่บุคคลได้เคยกระทำมาแล้วในอดีต ประสบการณ์เดิมเหล่านี้ต้องมีปริมาณมากและชัดเจนแน่นอน จึงจะช่วยให้บุคคลมีการตีความหมายหรือรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ถูกต้อง (กรรณิการ์ ภูประเสริฐ, 2527; จิราภา เต็งไตรรัตน์, 2542)

ความต้องการและความสนใจในขณะนั้น มีความสำคัญต่อการเลือกรับและตีความหมายจากข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสเช่นเดียวกัน ถ้าบุคคลมีความต้องการและสนใจต่อสิ่งใด ก็จะมี ความตั้งใจแน่วแน่ ที่จะสังเกตพิจารณาสิ่งนั้นอย่างละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งจะก่อให้เกิดการตีความหมาย หรือ รับรู้ได้อย่างถูกต้อง (ชม ภูมิภาค, 2523; สุชา จันทน์เอน, 2536)

ความคาดหวัง เป็นความคาดหวังของบุคคลที่จะบรรลุในสิ่งที่ปรารถนา หรือ ต้องการ หากความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร จะทำให้บุคคลเกิดความผิดหวัง คับข้องใจ ก่อให้เกิดความเครียด และทำให้การแปลความหมายหรือรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่มาสัมผัสเบี่ยงเบนได้ (ชม ภูมิภาค, 2523)

เจตคติ เป็นการบอกความรู้สึกของบุคคล ต่อบุคคล สิ่งของ หรือความนึกคิด ซึ่ง ประกอบไปด้วยองค์ความรู้ ความคิด และการกระทำของบุคคลไปพร้อม ๆ กัน เจตคติเป็นสิ่งที่มั่นคง ในความรู้สึกและเกิดขึ้นจากความเชื่อหลายประการ ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการประเมินหรือการแปลความหมาย ของบุคคลในสิ่งต่าง ๆ ที่สัมผัสหรือเลวบวกหรือลบเป็นต้น (ชม ภูมิภาค, 2523; พริดาธิราธิม, 2536)

สภาพอารมณ์ที่พร้อมจะรับรู้ เมื่อบุคคลอารมณ์ดีและมีความสบายใจ มักจะมองข้าม ความบกพร่องของสิ่งเร้าต่าง ๆ และมองเห็นสิ่งนั้นดีไปหมด แต่ถ้าบุคคลอารมณ์ไม่ดีก็มักมอง สิ่งต่าง ๆ ไม่น่าชอบใจไปหมด หรือหากอารมณ์ไม่ดีมาก ๆ อาจทำให้บุคคลไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไม่รับรู้อะไรเลย และ /หรืออาจรับรู้สิ่งต่าง ๆ เบี่ยงเบนไป (ชม ภูมิภาค, 2523) เช่น เมื่อบุคคล เกิดภาวะเครียด จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ออกมาคือ มีความวิตกกังวล ตื่นเต้น อึดอัด และ คับข้องใจ ว้าวุ่น ซึมเศร้า ทำให้ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม มีการแปลความหมาย และรับรู้ ต่อสิ่งที่มาสัมผัสเบี่ยงเบนได้ เป็นต้น (Varcariolis, 1998)

ส่วนพื้นฐานทางวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคม มีผลต่อการแปลความหมายของสิ่งเร้าได้เช่นกัน เนื่องจาก ในสภาพความเป็นอยู่ของสังคมแต่ละแห่ง จะมีวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในการดำรงชีวิตไม่เหมือนกัน ย่อมทำให้บุคคลในแต่ละสังคมมีการแปลความหมาย และรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน เป็นต้น (ชม ภูมิภาค, 2523; อมรา พงศาพิชญ์, 2537)

นั่นคือ การที่บุคคลจะสามารถรับรู้ และตอบสนองได้อย่างดี ต้องอาศัยสิ่งเร้า การรับ และการแปลความหมายจากการรับสัมผัส ถ้าหากอวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ เช่น หู ตา จมูก ลิ้น และ ผิวกาย มีความบกพร่องหรือขาดสิ่งหนึ่งสิ่งใดไป จะทำให้การรับรู้ข่าวสารความสมบูรณ์ นอกจากนี้ บุคคลยังต้องมีความสมบูรณ์ของสมองที่ทำหน้าที่ประมวลสิ่งเร้าที่ได้รับและแปลความหมาย ซึ่งการ แปลความหมายของสิ่งเร้าของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ความต้องการและความสนใจในขณะนั้น ความคาดหวัง เจตคติ สภาพอารมณ์ที่พร้อมจะรับรู้ ตลอดจน

พื้นฐานทางวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคมของแต่ละบุคคล

การรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จะรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้โดยใช้กระบวนการทางด้านความคิด และจิตใจที่เกิดขึ้นตลอดเวลาขณะนอนพักรักษาตัวและได้รับการดูแลเอาใจใส่ในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีการรับข้อมูลผ่านอวัยวะรับสัมผัสของร่างกาย ใช้สมองในการแปลสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ได้ประสบ รวมถึงการรับรู้เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยตามแนวคิดของสวานสัน (Swanson, 1991)

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักสัลยกรรม มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการเผชิญกับสภาวะต่าง ๆ ได้แก่ สภาวะทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม (Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997) ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงจากพยาธิสภาพ และ /หรือ การได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องมีการใส่ท่อช่วยหายใจ และสายต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย เช่น ท่อทางเดินหายใจ สายยางให้อาหาร และสายยางให้สารน้ำ เป็นต้น ซึ่งจากการใส่ท่อช่วยหายใจ จะทำให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารลำบาก บางรายอาจถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการถูกผูกมัดเพื่อให้แน่ใจ ในความปลอดภัยของผู้ป่วยเองในการป้องกันการดึงท่อหรือสายยางต่าง ๆ นอกจากนี้ในระหว่าง การรักษาและการพยาบาล ผู้ป่วยยังได้รับความไม่สุขสบาย และ /หรือความรู้สึกเจ็บปวด เช่น การได้รับการผ่าตัด การดูดเสมหะ การเจาะปอด การทำแผล การเจาะเลือด และการฉีดยา เป็นต้น ผู้ป่วยบางราย ต้องเผชิญกับภาวะหายใจหอบเหนื่อย และ /หรือ หายใจลำบาก (Clochesy et al., 1996) ต้องเผชิญกับการเดินของหัวใจที่ผิดปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตที่ ภาวะติดเชื้อในร่างกาย และการมีไข้ อีกทั้งยังต้องประสบกับความหิวและกระหายน้ำจากการงดน้ำ และอาหารเป็นต้น (Thelan et al., 1998) ส่วนมากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมักช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การอาบน้ำ ตลอดจน การขยับร่างกาย และ /หรือการพลิกตัว เป็นต้น

จากการเผชิญกับสภาวะทางด้านร่างกายดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน และมีภาวะเครียดทางด้านจิตใจ (Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997) นั่นคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวและวิตก

กังวล กลัวความเจ็บปวด กลัวการใส่อุปกรณ์และเครื่องมือในการช่วยเหลือชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยบางราย มีภาวะซึมเศร้า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความหวังและไร้พลังอำนาจ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองต่อครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ กลัวความไม่แน่นอนในชีวิต กลัวในการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้น กลัวความพิการ กลัวกลับไปทำงานไม่ได้ตามปกติ และกลัวตายในที่สุด (Thelan et al., 1998)

นอกจากนี้การเผชิญกับสภาวะแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เช่น การนอนหมอนและนอนบนเตียง ที่เป็นพลาสติก การเผชิญกับอากาศที่อาจจะร้อนหรือหนาวเย็นเกินไป แสงไฟที่เปิดสว่างตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสะดวกในการเฝ้าระวัง ดูแลติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย ตลอดจนการให้การพยาบาล และการทำหัตถการต่าง ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบเวลากลางวันหรือกลางคืน จากการเผชิญกับเสียงต่าง ๆ ที่ดังต่อเนื่องตลอดเวลา เช่น เสียงพูดคุยของแพทย์และพยาบาล เสียงกริ่งโทรศัพท์ เสียงกระทบกันของเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ เสียงเครื่องเฝ้าระวังและเครื่องมือช่วยชีวิต เสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้การพบเห็นสภาพที่ถูกถามจากการทำงานของแพทย์และพยาบาลที่พบกับผู้ป่วยอื่น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมทั้งการพบเห็นสภาพอาการเจ็บป่วยและการตายของผู้ป่วยอื่น เป็นต้น (Hartshorn, Sole, & Lamborn, 1997)

จากการเผชิญกับสภาวะต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักซึ่งไม่เหมือนกับหอผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และมีความต้องการการดูแลเอาใจเป็นพิเศษ (Bucher & Melander, 1999) ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจึงมีการดูแลเอาใจที่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักสามารถรับรู้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ครบองค์รวม มีความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ อย่างแท้จริง

ในเนื้อหาต่อไปนี้จะนำเสนอการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอาใจของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักตามกิจกรรมการดูแลเอาใจทั้ง 5 ด้านของสแวนสัน (Swanson, 1991) ซึ่งการดูแลเอาใจตามแนวคิดของสแวนสันนี้เป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องกระทำ ผสมผสานพร้อม ๆ กันไปโดยไม่แบ่งแยกกัน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า ได้รับการรู้จักจากพยาบาลในฐานะบุคคลคนหนึ่ง จากการเผชิญกับสภาวะต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักข้างต้น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักสัณยธรรมได้คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา พยาบาลได้แสดงถึงความเข้าอกเข้าใจในความความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยสีหน้า ท่าทาง และแววตาที่อ่อนโยน ไม่แสดงกิริยาที่คุกคามผู้ป่วย ฝ่าฝืนสังเกตอาการ และอาการแสดงต่าง ๆ ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงอาการกั้มใจ วิดกกังวล และ /หรือเจ็บปวดอย่างไร

พยาบาลก็เข้าใจและไว้วางใจความรู้สึกของผู้ป่วย ขอมรับการแสดงออกนั้น ๆ ขอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย และให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี โดยพยาบาลได้ช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย และพยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งในขณะที่ให้การพยาบาลนั้นพยาบาลให้เกียรติผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยใช้สรรพนามในการเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและด้วยความนุ่มนวล นอกจากนี้ พยาบาลยังสนใจและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และช่วยหาทางแก้ไขปัญหาลดเวลา โดยพยาบาลตระหนักดีว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้พยาบาลจะไม่นำประสบการณ์ของผู้ป่วยที่กำลังเป็นอยู่ไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่น ๆ หรือจากประสบการณ์เดิมของพยาบาลเอง

2. ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า ได้รับการเฝ้าดูแลจากพยาบาลอยู่เสมอ ในขณะที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีความต้องการให้คนใกล้ชิดเช่นญาติ และ/หรือเพื่อน มาให้กำลังใจ และคอยอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา แต่สภาพหอผู้ป่วยหนัก ไม่สามารถกระทำได้โดยตลอด มีเพียงพยาบาลเท่านั้นที่คอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักได้ตระหนักในความรู้สึกของผู้ป่วยโดยแสดงความห่วงใย เข้าไปหาผู้ป่วยและถามไถ่อาการเป็นระยะ ๆ ถึงแม้ว่าบางครั้งพยาบาลจะมีเวลาน้อย พยาบาลก็ได้เข้าใจและสงวนใจที่อ่อนโยนให้กำลังใจผู้ป่วยตามความเหมาะสม ในยามที่พยาบาลพอมีเวลาพยาบาลก็จะอยู่คุยกับผู้ป่วย สัมผัสมือผู้ป่วยและบีบเบา ๆ ให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความอบอุ่น ว่าพยาบาลจะอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วยเสมอไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็ตาม และใช้เวลาที่มีอยู่นั้นให้คุ้มค่ามากที่สุดเพื่อแบ่งปันความรู้สึกซึ่งกันและกัน (Amendolari & Coppola, 1996) ไม่ว่าจะเป็น ความเหงา ความเศร้า ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตต่าง ๆ ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ว่าพยาบาลคอยอยู่ดูแลเอาใจใส่อยู่เสมอ โดยผู้ป่วยจะสังเกตได้จากการแสดงสีหน้าท่าทาง คำพูด และการสัมผัสต่าง ๆ จากพยาบาล ถึงแม้บางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา แต่ผู้ป่วยก็รับรู้ได้ถึงความเป็นห่วงและเอื้ออาทรนั้น โดยที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้เป็นภาระของพยาบาลแต่อย่างใด (Brown & Dooley, 1996)

3. ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า ได้รับการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ เนื่องจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักสลับกรรมมีศักยภาพในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติคล่อง ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักต้องมีกิจกรรมการพยาบาลในการคอยอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ในการสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ เช่น ในผู้ป่วยที่หายใจเองไม่เพียงพอ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลได้คอยดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ คอยดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยดูดเสมหะให้ ช่วยเคาะปอดและพลิกตะแคงตัว

เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ เป็นต้น ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย พยาบาลจะช่วยอาบน้ำ ดูแล ให้สารน้ำและอาหารตามการรักษารักษาของแพทย์ช่วยพลิกตัว จัดท่าทางต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ช่วยดูแล เรื่องการขับถ่ายให้เดินไปตามปกติ ช่วยเสริมพนักนอน และกระบอกปัสสาวะตามความเหมาะสม ดูแล ให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลิต เป็นต้น โดยขณะให้การพยาบาล พยาบาลได้กระทำ กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีความชำนาญและมีความรู้ความสามารถ คอยดูแลปกป้องผู้ป่วยจากอันตราย ที่จะเกิดขึ้นเสมอ นอกจากนี้พยาบาลได้ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วย เช่น ไม่เปิดเผยผู้ป่วยขณะเช็ดตัว และ /หรือปิดกันม่านให้ผู้ป่วยขณะนั่งหมอนอน เป็นต้น และที่สำคัญอีกประการ คือ พยาบาลได้บอกผู้ป่วย ทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ซึ่งโดยภาพรวมพยาบาลได้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองยังคงมีศักดิ์ศรี ในความเป็นมนุษย์อยู่ สอดคล้องกับจรรยาบรรณของวิชาชีพการพยาบาลที่มีหลักการว่า พยาบาล พึงให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยมีการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่า ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลให้ตนมีความสามารถ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หนักมักมีความกลัว วิตกกังวล ในความเจ็บป่วยของตน และต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มักไม่กล้าคิด และ /หรือกลัวตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จึงได้คอยกระตุ้น สนับสนุนส่งเสริมและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่ง สิ่งใดด้วยตนเองอย่างเต็มความสามารถและด้วยความมั่นใจ โดยผู้ป่วยจะสามารถที่จะช่วยเหลือ ตัวเองได้มากขึ้นตามลำดับอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนเองอย่างมีเป้าหมายเพิ่มขึ้นทีละน้อย โดยผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการอย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย หนักคัดลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่มีการรักษา ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้อย่างเร็วเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งในการที่พยาบาล ได้คอย สนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยนั้นพยาบาลก็ได้ยอมรับท่าทีของผู้ป่วยที่แสดงออกมา และโอนอ่อนผ่อนตาม ในการกระทำของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสมโดยไม่ขัดต่อการรักษา นอกจากนี้พยาบาล ได้ช่วยหาทางเลือก และให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ โดยที่พยาบาลมีการแสดงทั้งคำพูด ท่าทีที่เต็มใจจะช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความจริงใจ

5. ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลยอมรับและเคารพไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของเขา ผู้ป่วยในหอ ผู้ป่วยหนักอาจจะมีความท้อแท้ เบื่อหน่าย หดหู่ใจ สูญสิ้นความหวัง และสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจึงควรสนับสนุนให้กำลังใจ ขอมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ และความศรัทธาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในสิ่งผู้ป่วยคิดว่าจะทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้นหรือมีกำลังใจ ดีขึ้น พยาบาลได้ยอมรับความเชื่อของผู้ป่วยแม้จะเป็นความเชื่อความคิดที่แตกต่างจากคนอื่น หรือแม้แต่

ของพยาบาลเองก็ตาม (Shaffer, 1991) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและมีความเข้มแข็งในการเผชิญกับความเจ็บป่วยของตน ตลอดจนสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทำให้ผู้ป่วยมีความสงบขึ้น ไม่ท้อแท้ หุราย มีความหวังที่จะหายจากโรคและย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ได้ไม่ช้าก็เร็ว (Shaffer, 1991) โดยผู้ป่วยบางรายอาจมีความหวังว่าจะตายด้วยความสงบสุข (Bucher, Wimbush, Hardie, & Hayes, 1997)

กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้งห้าด้านดังกล่าว จึงจะเป็นการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยนี้เป็นบุคคลที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และต้องเผชิญกับสิ่งเร้า และ /หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่อาจคุกคามชีวิตอยู่ตลอดเวลา ซึ่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักต้องให้ความสนใจ และมีการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Ruppert, Kemicki, & Dolan, 1996) หากพยาบาลสามารถสื่อให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักรับรู้ได้ถึง การดูแลเอื้ออาทรดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์แบบ และเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Hudak et al., 1998)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ในการดูแลเอื้ออาทรนั้น พยาบาลต้องตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรที่แตกต่างกัน และ /หรือเบี่ยงเบนไป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งเร้า และปัจจัยด้านผู้รับรู้ (จำเนียร ช่างโชติ, จิตรา สุวานิช, จันทมาศ ชื่นบุญ และ มลวิภา สุวรรณมาลัย, 2515; ชม ภูมิภาค, 2523; สุชา จันทน์เอม, 2536)

ปัจจัยด้านสิ่งเร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งเร้าที่อาจมีผลต่อการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีดังนี้

สิ่งเร้าภายนอก

การดูแลเอื้ออาทรที่พยาบาลได้จัดกระทำให้แก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จัดเป็นสิ่งเร้าภายนอกอย่างหนึ่ง ในจำนวนสิ่งเร้าอื่น ๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่มีผลต่อปัจจัยด้านจิตวิทยาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย สิ่งเร้าอื่น ๆ ดังกล่าวได้แก่ แสง เสียง

อุณหภูมิ และสภาพการทำหัตถการต่างๆของแพทย์และพยาบาลที่ทำกับผู้ป่วยอื่น (กาญจนา สิมะจาริก, 2538; Prevost, 1997)

แสง แสงเป็นสิ่งจำเป็นในการติดตามประเมินและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จึงต้องเปิดไฟให้สว่างตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าดูแลติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางคนหลับนอนไม่ทราบเวลากลางวันหรือกลางคืน และ /หรือแสงไฟนี้อาจรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยบางคนได้ (Urban, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนัก ของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ของ กาญจนา สิมะจาริก (2538) ที่พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 2 คน ใน 40 คน รับรู้ว่าแสงสว่างที่มากเกินไปเป็นสิ่งรบกวนทำให้นอนไม่หลับ ซึ่งจากการถูกรบกวนการนอนหลับดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด เครียด (Evan & French, 1995) และอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้และตีความหมายสิ่งเร้าต่างๆ โดยรวมถึงสิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่ที่พยาบาลสื่อให้เป็นอย่างดี

เสียง เสียงเป็นปัจจัยสำคัญที่รบกวนผู้ป่วย (Topf, 1992) เนื่องจาก ในหอผู้ป่วยหนักโดยทั่วไป รวมถึงหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ก็มีการใช้เครื่องเฝ้าระวัง และเครื่องมือช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้สามารถเปิดเสียงสัญญาณการทำงานเสียงสัญญาณเตือน เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนี้ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ ที่มีจำนวนมากและทำงานกันอย่างเร่งด่วน ทำให้เกิดระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนักโดยเฉลี่ยประมาณ 45-85 เดซิเบล (Urban, 1993) ขณะที่ระดับเสียงที่คณะกรรมการควบคุมเสียงระหว่างประเทศ ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน คือ เวรเช้า 45 เดซิเบล เวรบ่าย 40 เดซิเบล และ เวรคืน 20 เดซิเบล ในการศึกษาของ เรดดิ้ง และคณะ (Redding et al., 1977 cited in Easton & Mackenzie, 1988) พบว่า ในหอผู้ป่วยหนักมีเสียงที่สูงเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ ดังนี้ เสียงกริ่งโทรศัพท์ที่ห่างจากผู้ป่วย 10 ฟุต มีระดับเสียง 67 เดซิเบล เสียงจากการดูดเสมหะ 70 เดซิเบล เสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องวัดชีพจร 71 เดซิเบล เสียงเข็นรถเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ 74 เดซิเบล เสียงการเลื่อนเตียง 81 เดซิเบล เสียงการพูดคุยของบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ห่างจากผู้ป่วยระยะ 15 ฟุต 68 เดซิเบล ซึ่งเสียงต่าง ๆ ดังกล่าว อาจรบกวนการพักผ่อน และ /หรือการนอนหลับของผู้ป่วยได้ (Evan & French, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของ กาญจนา สิมะจาริก (2538) ที่พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 11 คน ใน 40 คน รับรู้ว่าเสียงที่รบกวนผู้ป่วย ได้แก่ เสียงที่เกิดจากการทำงานของแพทย์ และพยาบาล นั่นคือ เสียงพูดคุย เสียงเดิน เสียงของตก เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีเสียงร้องของผู้ป่วยอื่น เสียงโทรศัพท์และเสียงสัญญาณเตือนของเครื่องมือที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรบกวน จากเสียงรบกวนต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด (McCarthy, Ouimet, & Daun, 1991) และอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ และ

/หรือสิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่ที่พยาบาลสื่อให้เบี่ยงเบนได้

อุณหภูมิ จากสภาพของผู้ป่วยที่ต้องมีการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ /หรืออุปกรณ์ในการช่วยเหลือชีวิต ที่มีการใช้ไฟฟ้าต่าง ๆ จะทำให้อุณหภูมิในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการใช้เครื่องปรับอากาศช่วยให้อุณหภูมิในหอผู้ป่วยหนักเย็นลง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเย็นสบาย และเพื่อความเหมาะสมกับสภาพการทำงานของพยาบาลที่ต้องมีกิจกรรมตลอดเวลา จากสภาวะแวดล้อมดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางคนที่ไม่ชอบอากาศเย็นรู้สึกหนาว และทุกข์ทรมานได้ (กาญจนา สิมะจารึก, 2538) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ก็มีการเปิดเครื่องปรับอากาศเช่นเดียวกันกับหอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ โดยจะมีเวลาเปิดเครื่องปรับอากาศในขณะที่เช็ดตัวผู้ป่วย ในเวลา 6.00 น.-10.00 น. ซึ่งในระหว่างที่เปิดเครื่องปรับอากาศ ผู้ป่วยบางคนที่ไม่ทนต่ออากาศที่หนาวเย็นไม่ได้จะรู้สึกทุกข์ทรมาน และเกิดภาวะเครียด โดยที่ความทุกข์ทรมานและความเครียดนั้นจะมีผลกับการรับรู้และตีความสิ่งเร้าผิดไปได้

สภาพการทำหัตถการต่าง ๆ ของแพทย์และพยาบาลที่ทำกับผู้ป่วยอื่น เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ต้องพบเห็นสภาพการทำหัตถการต่าง ๆ ของแพทย์ และพยาบาลที่ทำกับผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งจากสภาพที่ผู้ป่วยพบเห็นดังกล่าว อาจมีผลต่อปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยได้ นั่นคือ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัว มีความไม่แน่นอนในชีวิต (กาญจนา สิมะจารึก, 2538 หน้า 49) จากความรู้สึกดังกล่าว ผู้ป่วยอาจมีความต้องการให้พยาบาลเข้าใจในความรู้สึกของตน หากพยาบาลไม่ตระหนักถึงความรู้สึกดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาล ในที่สุดอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลลดลงได้

โดยรวมแล้วผู้ป่วยจะรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ ได้แก่ สิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล และ /หรือสิ่งเร้าที่อยู่ในสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ขึ้นอยู่กับลักษณะความเข้มและ /หรือการเร้าซ้ำบ่อย ๆ ของสิ่งเร้าเหล่านี้ นั่นคือ หากสิ่งเร้าที่อยู่ในสภาพแวดล้อมอื่น ๆ และ /หรือสิ่งเร้าภายในตัวผู้ป่วยข้างต้นมีความเข้มและเร้าซ้ำมากกว่าสิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล ก็อาจทำให้ ผู้ป่วยมีการรับรู้สิ่งเร้าที่อยู่ในสภาพแวดล้อมอื่น ๆ และสิ่งเร้าภายในตัวผู้ป่วย มากกว่ารับรู้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลไปด้วย ทำนองเดียวกันอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลลดลงได้ เป็นต้น

ปัจจัยด้านผู้รับรู้

ปัจจัยด้านผู้รับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งได้เป็น ปัจจัยด้านกายภาพ และปัจจัยด้านจิตวิทยา (ชม ภูมิภาค, 2523; สุชา จันทน์เอม, 2536)

ด้านกายภาพ

ปัจจัยด้านกายภาพที่มีผลโดยตรง ต่อ การรับรู้การดูแลอาหารจากพยาบาลของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ความสมบูรณ์ของ “ตา” ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นพฤติกรรมกรรมการดูแลอาหารจากพยาบาล “หู” ที่ช่วยในการได้ยินเสียง และ “ผิวหนัง” ที่รับรู้ได้จากการสัมผัสของพยาบาล หากสิ่งเหล่านี้ไม่สมบูรณ์ อาจทำให้ผู้ป่วยรับสิ่งที่มาสัมผัส หรือ รับรู้การดูแลอาหารจากพยาบาล เบี่ยงเบนได้ (ในที่นี้จะไม่กล่าวถึง ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ ลิ้น และจมูก เนื่องจากเป็นอวัยวะรับสัมผัส ที่ไม่มีผล โดยตรงต่อการรับรู้การดูแลอาหารจากพยาบาล)

ในปัจจุบัน มักพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน และวัยสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยวัยกลางคน และวัยสูงอายุ มักมีสายตาขาว ในเพศหญิงเริ่มมีสายตาขาวเมื่ออายุ 38 ปี เพศชาย เริ่มมีสายตาขาวเมื่ออายุ 40 ปี (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) ทำให้การปรับสายตาจากมองใกล้เป็นมองไกล หรือเมื่อมองไกลแล้วมามองใกล้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร และ เมื่อมองวัตถุที่เคลื่อนไหวเร็ว ๆ จะรู้สึกเวียนศีรษะ เพราะการทรงตัวในวัยสูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งต้องอาศัยการมองเห็น นอกจากนี้ วัยสูงอายุ ยังมีการเปลี่ยนแปลง ของหูชั้นนอก คือ มีขี้หูมากขึ้น หูชั้นกลางมีการเปลี่ยนแปลงของแก้วหู คือ มักจะแข็งและฝ่อ ส่วนหูชั้นใน มักขาดเลือดไปเลี้ยงร่วมกับมีของเหลวอยู่ภายในกันหอยมากขึ้น ทำให้ผนังวมกดดันเซลล์ขน จนในที่สุด เซลล์ขนตาย ก่อนที่เซลล์ขนจะตายอาจทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุรู้สึกเหมือนมีเสียงอยู่ในหู เวียนศีรษะ แบบบ้านหมุน การได้ยินลดลง ซึ่งจะสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงมากกว่าเสียงที่มีความถี่ต่ำ จากการสูญเสียการได้ยินนี้ทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุขาดขาดจากสิ่งแวดล้อม เมื่ออยากได้ยินเสียงอาจต้องขอร้อง ให้ผู้พูดพูดเสียงดัง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุเข้าใจผิดว่าเป็นการพูดควาดได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540; แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับ การรายงานของโรเบอร์ตโต (Roberto, 1993 อ้างใน สุทธิพนพร ณบุญข, 2542) ที่รายงานว่า บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีการเสื่อมตามวัย คือ มีการมองเห็น และการได้ยินลดลง โดยที่การได้ยินลดลงมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาการต่าง ๆ ดังกล่าว จะเด่นชัด เมื่อมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยกลางคน และ /หรือวัยสูงอายุมีการรับรู้ต่อสิ่งที่มาสัมผัส ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป และอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การดูแลอาหารจากพยาบาลลดลง หรือ เบี่ยงเบนได้ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอีกหลายประการ ได้แก่ ความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตซ์ ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม การได้รับยากระบบประสาทส่วนกลาง และการมีไข้ ซึ่งอาจมีผลต่อสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งทางด้านกายภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ที่ทำหน้าที่ในการคิด การจำ การตัดสินใจ ตลอดจนการแปลความหมายของสิ่งเร้าต่าง ๆ หากสมองของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์จากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น อาจทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการคิด การจำ การตัดสินใจ ตลอดจนการแปลความหมายของสิ่งเร้า

ต่าง ๆ ไม่ดีเท่าที่ควร และอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ โดยรวมถึงสิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลเบี่ยงเบนไป และ/หรืออาจไม่รับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ดังกล่าวได้ ดังนี้

ความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิต ยกตัวอย่างเช่น ในภาวะขาดน้ำ จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่รับรู้อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และอาจจะไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม ในภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยจะมีอาการบวมคั่ง น้ำท่วมปอด หอบ เหนื่อย ไอมีเสมหะเป็นฟอง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย และชักได้ในที่สุด นอกจากนี้การเสียสมดุลของอิเล็กโทรลิตอื่น ๆ เช่น การมีโซเดียมในเลือดต่ำ จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการคิด การจำ การตัดสินใจลดน้อยลง ถ้าโพแทสเซียมในเลือดต่ำ จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง เฉื่อยชา ชีพจรช้าลง เป็นต้น (อรัญญา เชาวลิศ, 2536) ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลดลง และอาจส่งผลต่อการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลได้

ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว โดยการกดหน้าที่ของสมอง เช่น ในโรคตับ เชื่อว่า แอมโมเนียเป็นสารในไตรเจนมีพิษต่อสมอง โรคไต จะอยู่ในภาวะยูรีเมีย มีการคั่งของของเสียในร่างกาย เช่น ยูเรีย พิษของสาร เช่น อัลกอฮอล์ บานิโทเรต สารตะกั่ว สารพิษฆ่าแมลง เป็นต้น จะกดระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ภาวะขาดออกซิเจนของสมอง อาจจะทำให้เกิดจากความผิดปกติของระบบไหลเวียน ออกซิเจนในเลือดน้อย และ/หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะทำให้เซลล์ประสาทในระบบประสาทได้รับอันตราย และมีผลทำให้ระดับการรับรู้สภาวะของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เช่น ชีพจร และหมดสติได้ในที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ดังนั้น ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม อาจทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลดลง และอาจมีผลต่อการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลได้

การได้รับยาจากระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบางราย ได้รับยาบรรเทาปวด ที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาท คือ ยาบรรเทาปวดประเภทมอร์ฟีน (morphine) และ เพทิดีน (pethidine) ที่มีฤทธิ์ระงับปวด นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้ม รู้สึกสบาย จิตใจสงบ (ศิริภรณ์ พึ่งวิทยา, 2536) ซึ่งช่วงที่ขาค้างออกฤทธิ์ผู้ป่วยอาจจะมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลน้อยลง และอาจส่งผลต่อการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลได้

การมีไข้ ผู้ป่วยจะมีอาการตัวร้อน หน้าแดง ปวดศีรษะ หนาวสั่น และปวดตามกล้ามเนื้อต่าง ๆ กระสับกระส่าย และมีอาการซึมหลับ (Rowsey, 1997) จากอาการดังกล่าว อาจทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลดลง และอาจมีผลต่อการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลได้ เป็นต้น

ด้านจิตวิทยา

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความคล้ายคลึงกันในการเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตต่าง ๆ ทั้งด้านความเจ็บป่วยที่รุนแรง การเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนการได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ โดยเฉพาะการได้รับการทำหัตถการ ได้แก่ การได้รับการรักษาโดยการใส่คาท่อช่วยหายใจ และการประคับประคองความเจ็บปวด จะมีผลต่อปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยโดยตรง นั่นคือ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปจากการศึกษาถึงการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ของกาญญา สิมะจารึก (2538) ที่พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่เป็นการรบกวน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การดูแลดมเหาะ 2) การใส่คาท่อช่วยหายใจ และ 3) การใส่ตา/ถอดท่อระบายทรวงอก และจากการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม ของ ขวัญเรือน แพร้งสกุล (2544) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดใน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การคาท่อช่วยหายใจ 2) การดูแลดมเหาะ 3) ความเจ็บปวด 4) การที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ การนอนพักเฉยๆ นาน ๆ และการมีท่อระบายคิคว และ 5) การพลิกตัวบ่อยครั้ง ความหิว และความกลัวตาย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเร้าต่าง ๆ ข้างต้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยความรู้สึกนี้จัดเป็นสิ่งเร้าภายใน ที่อาจมีผลต่อการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้ ดังนี้

ความทุกข์ทรมานจากการใส่คาท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่มักมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ เช่น มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และ /หรืออยู่ในภาวะหายใจล้มเหลว ดังนั้นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีชีวิตรอดที่ดีที่สุด คือ การช่วยเหลือโดยการใส่และคาท่อช่วยหายใจ (Menzel, 1997) เพื่อสะดวกในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ /หรือการทำทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูแลดมเหาะ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวถึงแม้จะเป็นประโยชน์ แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สุพัตรา อยู่สุข, 2536; Johnson & Sexton, 1990) ทางด้านร่างกายผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดในลำคอเหมือนมีอะไรมาทิ่มแทงตลอดเวลา ซึ่งในขณะที่ได้รับการดูแลดมเหาะผู้ป่วยจะรู้สึก สิ้นเปลืองและทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น (Pennock, Crawshaw, Maher, Price, & Kaplan, 1994) ผู้ป่วยบางคนทรมานเพราะเนื่องจากต้องกลืนหายใจขณะได้รับการดูแลดมเหาะ เป็นต้น (สุพัตรา อยู่สุข, 2536) ส่วนทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยจะรู้สึก โกรธ อึดอัด คับข้องใจเนื่องจากสื่อสารลำบาก (Pennock et al., 1994; William, 1992) นอกจากนี้ยังกลัวว่าจะพูดไม่ได้เหมือนเดิม รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และกลัวตายในที่สุด (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1989 cited in Menzel, 1997) จากปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยจะมีความเครียด (Hudak et al., 1998) ซึ่งความเครียดต่าง ๆ จะส่งผลให้สนามการรับรู้ของผู้ป่วยแคบลง (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2536) ดังนั้น การได้รับการคาท่อช่วยหายใจนี้อาจเป็นสิ่งเร้าหนึ่งที่ทำให้

ผู้ป่วยรับรู้ถึงร้าวต่าง ๆ ในหอยผู้ป่วยหนัก และ/หรือสิ่งร้าวที่เป็นการดูแลเอื้ออาทร ที่พยาบาลได้จัดกระทำให้ เบี่ยงเบนไป เป็นต้น

ความเจ็บปวด ความเจ็บปวด เป็นความไม่สุขสบายทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อ จากการผ่าตัดและการรักษาอื่น เช่น การทำหัตถการต่าง ๆ เป็นต้น จากการทำลายของเนื้อเยื่อดังกล่าว จะมีการปล่อยสารเคมี เช่น โพแทสเซียม (potassium) ฮิสตามีน (histamine) ซีโรโทนิน (serotinine) แบริคไคนิน (bradykynine) อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) สารพี (substance P) และโพรสตาแกลนดินส์ (prostaglandine) ออกมา สารเคมีเหล่านี้ จะกระตุ้นปลายประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งเป็นปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ที่แผ่กระจายตามเนื้อเยื่อให้ไวต่อการถูกกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้นและส่งสัญญาณประสาทไปยังไขสันหลัง เข้าสู่ระบบควบคุมประจวบในบริเวณคอร์ซอลฮอร์น (dorsal horn) โดยผ่านใยประสาทนำเข้า คือ เส้นใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber) ซึ่งสัญญาณประสาทนี้ จะมีการปรับสัญญาณที่บริเวณ เอส จี (substantia gelatinosa) โดยที่สัญญาณประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้ง เอส จี ทำให้บริเวณ เอส จี ไม่สามารถขัดขวางการทำงานของ ที เซลล์ (transmission (T) cell) ได้ ดังนั้น ที เซลล์ จึงส่งสัญญาณประสาทไปด้านตรงข้ามของไขสันหลัง นำขึ้นสู่สมองส่วนทาลามัสโดยผ่านทางเดินประสาทแลทเทอรอล สไปโนทาลามิก (lateral spinothalamic tract) และแปลความหมายออกมาเป็นความเจ็บปวดดังกล่าว (Melzack & Wall, 1965 cited in Ruppert, Kernicki, & Dolan, 1996)

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มักเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากการผ่าตัด และ/หรือการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การเจาะคอ การเจาะปอด การใส่และคาท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อระบายทรวงอก และ/หรือสายยางต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย และการเจาะเลือดตรวจบ่อยครั้ง (Hudak et al., 1998) เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลจากการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากใน 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักนอนนิ่ง ๆ ไม่กล้าพลิกตัว และ/หรือขยับร่างกาย เนื่องจากกลัวว่าจะปวดแผลผ่าตัดมากยิ่งขึ้น (กาญจนา สิมะจาริก, 2538) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำเป็นต้องพลิกตัวและขยับร่างกายในขณะที่ได้รับการดูแลทำความสะอาดร่างกาย และ/หรือการทำกิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลประคบ และการช่วยเคาะปอดอีกด้วย จากการกระทำต่าง ๆ ดังกล่าว จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากยิ่งขึ้น หากความเจ็บปวดดังกล่าวไม่ได้รับการบรรเทา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีความสุขในชีวิต (Bucher & Melander, 1999) นั่นคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบาย ถูกรบกวนการนอนหลับ หงุดหงิด กระสับกระส่าย ไม่สบายใจ ไม่อยากพูดกับใคร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ของผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้างอีกด้วย (Meisel & Ruppert, 1996) นอกจากนี้ ความเจ็บปวดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว ท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต มีอารมณ์ซึมเศร้า กลัวความไม่แน่นอนในชีวิต และกลัวตายได้ในที่สุด (Hudak et al., 1998) จากความรู้สึกและอารมณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยมักมีความต้องการความเอาใจใส่ การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลเป็นอย่างมาก (Hudak, Gallo, & Benz, 1990) หากความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควรอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวัง โกรธ คับข้องใจ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาล และอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สิ่งเร้าอื่น ๆ และ/หรือสิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลเป็นอย่างดีได้ เป็นต้น

จากการเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักข้างต้น ยังอาจมีผลต่อปัจจัยด้านจิตวิทยาได้อีก คือ ด้านความคาดหวัง ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอาจมีความคาดหวังในการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลสูง (ประนอม ภูศรีทอง, 2537) หากความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวัง คับข้องใจ โกรธ หงุดหงิด น้อยใจ เสียใจ และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาล และ/หรือสถานบริการได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้การดูแลเอาใจใส่ที่ได้รับจากพยาบาลเป็นอย่างดี และ/หรือลดลงไป

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านจิตวิทยาอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ความต้องการหรือความสนใจในขณะนั้น ลักษณะวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคม (สุชา จันทน์อม, 2536) ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลข้างต้น โดยผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะนำปัจจัยทางจิตวิทยาดังกล่าวมาประกอบในการแปลความหมายของสิ่งเร้าต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตวิทยาทางด้านอารมณ์ ความต้องการ ความคาดหวัง และ/หรือการมีเจตคติที่ดีหรือไม่ดีดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นภาวะอารมณ์ใด ๆ เช่น ความกลัว วิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย ความคาดหวัง และ/หรือการมีเจตคติที่ดีหรือไม่ดีก็ตาม สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความสามารถในการจำ การเลือกที่จะรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าต่าง ๆ (สุชา จันทน์อม, 2536) ซึ่งรวมถึงสิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักด้วย

ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักควรตระหนักถึงปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเหล่านั้น ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ และควรศึกษาไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อพัฒนาและ/หรือคงไว้ซึ่งความสามารถในการสื่อให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักแต่ละคนรับรู้ได้ว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ ดังเหตุผลต่อไปนี้

อายุ เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากขึ้น จะมีวุฒิภาวะ มีความอดทนที่จะเผชิญกับสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตมาประกอบได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า (สุชา จันทน์เอน, 2540) ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่มีอายุมากรับรู้การดูแลเอื้ออาทรได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

นอกจากนี้ บุคคลที่วัยต่างกัน มักมีเจตคติและประสบการณ์ แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักนำสิ่งเหล่านี้คิดตัวมาด้วย โดยผู้ป่วยที่เคยป่วยอยู่โรงพยาบาลมาก่อน อาจมีเจตคติที่ดีหรือไม่ดีต่อเจ้าหน้าที่หรือบริการพยาบาลที่ได้รับก็ได้ ซึ่งเจตคติเหล่านี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ที่ผู้ป่วยเคยได้รับ อาจเป็นประสบการณ์ที่ได้รับจากโรงพยาบาลที่ป่วยครั้งนี้ หรือจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ก็ได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) หากผู้ป่วยมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาลหรือสถานบริการที่เข้ารับการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะไม่ได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลเลย นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัยนี้ส่วนใหญ่ต้องทำงานประกอบอาชีพ อาจมีความวิตกกังวลกลัวว่าจะหยุดงานนาน กลัวความพิการไปทำงานไม่ได้ กลัวต้องออกจากงานและทำให้รายได้ลดลง เป็นต้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด และมักคิดแต่เรื่องของตนเองไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจ และ/หรือไม่รับรู้ว่าจะได้รับการดูแลเอื้ออาทรที่พยาบาลสื่อให้ เป็นต้น

ส่วนผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ มักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสองวัยนี้มักกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เรื้อรังของตนเอง กลัวความพิการ กลัวต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวช่วยตนเองไม่ได้ กลัวต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยเงินจำนวนมาก ซึ่งความวิตกกังวลและความกลัวเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย อาจต้องการความเข้าใจจากพยาบาล และคาดหวังในการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลสูง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามที่ตนคาดหวังไว้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาล และอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลลดลงได้

ทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่สูญเสียความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย สูญเสียคู่สมรสหรือคนใกล้ชิด สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน และ สูญเสียความมั่นคงทางเศรษฐกิจ อาจทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุต้องประสบกับวิกฤติการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ โดยผู้ป่วยวัยสูงอายุอาจมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ และน้อยใจ มีความรู้สึกว่าสังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง กระทั่งกระเทือนใจได้ง่าย ซึมเศร้า เสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธได้ง่าย ถ้าถูกละเลยจากพยาบาล (ทัศนีย์ วนะศาล, 2541) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเอื้ออาทรเท่าที่ควร อาจทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพยาบาล และอาจรับรู้การดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาล ลดลงได้

เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรได้เช่นกัน เนื่องจาก เพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายขณะมี และหมดประจำเดือน โดยเฉพาะเพศหญิงที่อยู่วัยกลางคน วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลง คือ หมดประจำเดือน เนื่องจากร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนเพราะรังไข่หยุดทำงาน โดยขณะที่ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ยังคงผลิตฮอร์โมน เอฟ เอส เอช (Follicle Stimulating Hormone) และ แอล เอช (Lutinizng Hormone) อยู่แต่รังไข่ไม่สามารถตอบสนองได้ จึงไม่มีผลย้อนกลับไปยังการหลั่งฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารีได้ ต่อมาจึงหลั่งฮอร์โมน เอฟ เอส เอช และแอล เอช ออกมามากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้หญิงวัยนี้บางคนมีอาการหงุดหงิด ราคากังวาล ตื่นเต้นตกใจและหัวนโหวง่าย ใจน้อย เอาใจยาก และบางคนอาจมีอาการซึมเศร้าได้ (ทิพย์ภา เษฐ์เชาวลิต, 2543) จึงทำให้หญิงวัยกลางคนมีอาการแปรปรวนมากกว่าชายในวัยเดียวกัน โดยที่อารมณ์ของหญิงวัยนี้กลับมีลักษณะคล้าย ๆ กับอารมณ์ของเด็กวัยรุ่นอีกครั้งหนึ่ง คือ โกรธง่ายหายเร็ว (สุชา จันทน์อม, 2540) ต้องการความสนใจเป็นพิเศษ (ทิพย์ภา เษฐ์เชาวลิต, 2543) หากพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ และประกอบด้วยอารมณ์ต่าง ๆ ข้างต้น อาจทำให้ผู้ป่วยเพศหญิงที่หมดประจำเดือน มีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรลดลงได้

ส่วน ทศนีย์ ธนะศาล (2541) รายงานว่า เพศหญิงที่มีอายุมากขึ้นมักต้องการที่จะทำอะไรด้วยตนเองมากกว่า ซึ่งเปลี่ยนจากเดิมที่มีความพึงพอใจเมื่อมีผู้อื่นทำให้ ตรงกันข้ามกับเพศชายวัยสูงอายุ ที่ต้องการจะเป็นผู้รับการปรนนิบัติมากกว่า ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมใด ๆ ดังนั้น ผู้ป่วยชายวัยสูงอายุอาจมีคาดหวังการดูแลเอื้ออาทรมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิงวัยเดียวกัน หากความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้ผู้ป่วยเพศชายวัยสูงอายุไม่พึงพอใจ และอาจทำให้รับรู้การดูแลเอื้ออาทรลดลงได้

จากการทำการวิจัยเชิงคุณภาพของไรเมน (Riemen, 1986 cited in Wolf, Giardino, Osborne, & Ambrose, 1994) ที่ศึกษาการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายมีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรเกี่ยวกับการรับฟังอย่างตั้งใจของพยาบาล การดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การทักทาย การสนับสนุน และการยอมรับผู้ป่วย การดูแลทางด้านร่างกาย การมีทัศนคติและการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การไว้วางใจความรู้สึกของผู้ป่วย การใส่ใจ ถึงความสบายและการผ่อนคลายของผู้ป่วย การพูดจาด้วยถ้อยคำสุภาพและนุ่มนวล และการกระทำต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย ส่วนเพศชาย มีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยเชิงบุคคลที่มีคุณค่า การไว้วางใจความรู้สึกและเข้ามาหาผู้ป่วยโดยที่ไม่ต้องเรียก การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีว่าสบาย ผ่อนคลาย และปลอดภัย การคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักก่อนที่จะไปทำงานอย่างอื่น และ การแสดงออกด้วยความสุภาพ อ่อน โยน และพูดจานุ่มนวล เป็นต้น สรุปได้ว่า เพศหญิง

มีการรับรู้ว่าการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลที่เอาอกเอาใจ และมีการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
ส่วนเพศชาย มีการรับรู้ว่าการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลที่ดูแลเอาใจใส่โดยคำนึงถึง
การให้เกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เป็นหลัก

ระดับการศึกษา ในบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มักจะมีโอกาสศึกษาหาความรู้
เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาสุขภาพอนามัยได้มากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ (พรนิภา ชัยโกศล, 2536)
ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีความคาดหวังในการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลสูงกว่า
ผู้มีระดับการศึกษาต่ำไปด้วย (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2538) สอดคล้องกับคำกล่าวของ อวยพร
คัมมุขกุล (2539 หน้า 24) ที่ว่า “ปัจจุบันผู้ป่วยมีการศึกษาสูงขึ้น และมีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย
จากสื่อต่าง ๆ มากมาย ผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังในการรับบริการทางด้านการดูแลสุขภาพสูงขึ้น”
ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับในสิ่งที่ตนคาดหวังไว้ อาจเกิดความไม่พึงพอใจ และมีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทร
ลดลงได้

ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักไม่กล้าซักถามข้อสงสัยบางอย่างจากพยาบาล
เพราะกลัวว่าพยาบาลจะเข้าใจว่าคนโง่ หรือกลัวคำตำหนิจากพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล
และคับข้องใจ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) หากพยาบาล ไม่ได้ตระหนักถึงความรู้สึกของผู้ป่วยดังกล่าว
อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เครียด และรับรู้การดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลเพียงแบบได้

รายได้ ทางด้านรายได้พบว่า ผู้ป่วยที่รายได้สูงมีโอกาสเลือกแหล่งบริการการดูแล
ทางสุขภาพเพื่ออำนวยความสะดวกได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และอาจมีความคาดหวังในการดูแล
เอื้ออาทรในระดับสูง หากความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร ก็อาจทำให้ผู้ป่วย
เกิดความคับข้องใจ และมีการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรลดลงได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย มักจะมีความ
วิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (สายลม เกิดประเสริฐ, 2542) ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับ
รุนแรง (severe anxiety) ก็จะทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยแคบลง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การดูแล
เอื้ออาทรลดลงได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย อาจรู้สึกต่ำต้อย มองคุณค่าในตนเองต่ำ และน้อยใจ
ได้ง่าย หากพยาบาลไม่ให้ความสนใจ อาจทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการพยาบาล และอาจรับรู้
ว่าการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลเพียงแบบได้ เป็นต้น

ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ควรตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว
เพราะเป็นสิ่งสำคัญในการนำข้อมูลที่ได้ไปปรับแนวทางในการมีปฏิสัมพันธ์ และการให้การดูแล
ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยฟื้นความทุกข์ทรมาน มีสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการรับรู้
การดูแลเอื้ออาทรของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก คือ ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งอาจ

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงคงไว้ หรือพัฒนาการดูแลเอาใจใส่ในหอผู้ป่วยหนักให้สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่ประเมินได้ต่อไป

การประเมินการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาที่ประเมินการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ประเมินการรับรู้การดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ โดยใช้เครื่องมือที่ผู้ทำการวิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดของการดูแลเอาใจใส่ที่ต้องการจะศึกษา และ/หรือเป็นการนำเครื่องมือในการประเมินการรับรู้การดูแลเอาใจใส่ที่ผู้สร้างขึ้น หรือพัฒนาไว้แล้วไปดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม เครื่องมือที่มักนำมาประยุกต์ใช้และเป็นที่รู้จักกัน คือ เครื่องมือประเมินการดูแลเอาใจใส่แครคิง (Caring Assessment Instrument, [CARE-Q]) ของ ลาร์สัน (Larson, 1984) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่ (Caring Behaviors Assessment, [CBA]) ของ โครนินและแฮริสัน (Cronin & Harrison, 1988) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบวัดการดูแลเอาใจใส่เชิงวิชาชีพ (Caring Professional Scale, [CPS]) ของ สแวนสัน (Swanson, 1990)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ CPS ของสแวนสัน (Swanson, 1990 cited in Swanson, in press) เนื่องจากเครื่องมือนี้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีข้อคำถามที่ไม่มากเกินไป ส่วนเนื้อหาสั้นและกระชับอ่านเข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องกับความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ เป็นการดูแลบุคคลทุกคนที่เป็นหน่วยเดียวซึ่งมีการผสมผสานระหว่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

CPS ของสแวนสัน ได้พัฒนามาจากการรับรู้ว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ของมารดาหลังแท้งบุตร จำนวน 175 คน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระดับกลางของตนเอง โดยพยาบาลต้องสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่ได้ครบตามกิจกรรมทั้ง 5 ด้านไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ 1) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง 2) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ 4) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย แบบวัดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบให้เลือกตอบตามมาตราวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ข้อคำถามมีทั้ง ด้านบวกและด้านลบ จากคำถามด้านบวก 1 หมายถึง ไม่เลย จนถึง 5 หมายถึง มากที่สุด ส่วนคำถามทางด้านลบ 1 หมายถึง มากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง ไม่เลย สแวนสันได้หาความตรงทางโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัด โดยนำไปเปรียบเทียบกับแบบวัด

การดูแลเอาใจใส่ (Empathy Subscale) ของ บาร์เร็ต-เลนนาท (Barret-Lennard) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .61 ($p < .001$) และหาความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยนำแบบวัดนี้ไปให้มารดาหลังแท้งบุตรประเมินผู้ให้การดูแลในสัปดาห์ที่ 1, 6, และ 11 หลังแท้งบุตร ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80, .95, และ .90 ตามลำดับ (กลุ่มตัวอย่างของมารดาหลังแท้งบุตรในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 80 คน, สัปดาห์ที่ 6 จำนวน 87 คน, และสัปดาห์ที่ 11 จำนวน 76 คน)

การดูแลเอื้ออาทรตามแนวคิดของสเวนสัน มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ประเมินการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอย่างยิ่ง เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่พยาบาลต้องปฏิบัติให้ครบถ้วนตามกิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้งห้าด้านซึ่งไม่สามารถแบ่งแยกได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบองค์รวม และที่สำคัญ ผู้วิจัยได้รับการยืนยันจากผู้สร้างเครื่องมือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ว่า สามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำ CPS ไปแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการตรวจสอบ ความตรงทางด้านภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นเจ้าของภาษาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง แล้วจึงนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษาจำนวน 10 คน และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

สำหรับ CARE-Q ของลาร์สัน (Larson, 1984) และ CBA ของโครนินและแฮริสัน (Cronin & Harrison, 1988) ที่ผู้วิจัยไม่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก เครื่องมือดังกล่าวสร้างมาจากรอบแนวคิดที่แตกต่างจากรอบแนวคิดของสเวนสัน และยังไม่ครอบคลุมถึงลักษณะความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเอื้ออาทร

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงการรับรู้การดูแลเอื้ออาทรในหอผู้ป่วยหนักโดยตรง แต่พบว่ามีการศึกษาถึงการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้กรอบแนวคิดอื่น ๆ ดังนี้

ทาเกรียคโคสโซ และ มอร์ซ (Tagliacozzo & Mauksch, 1972 cited in Komorita, Doehring, & Hirchert, 1991) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจและระบบทางเดินอาหาร จำนวน 132 คน พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญและรับรู้ว่าการดูแลเอื้ออาทรเกี่ยวกับ

โรคหรือความเจ็บป่วยด้านร่างกาย มากกว่า ด้านจิตใจ

ส่วน ลาร์สัน (Lason, 1984) ได้ศึกษาการรับรู้ที่ได้รับการดูแลเอาใจของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 57 คน โดยใช้เครื่องมือประเมินการดูแลเอาใจแคร์คิว (Caring Assessment Instrument [CARE-Q]) ซึ่งลาร์สันได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญ และรับรู้ได้รับการดูแลเอาใจจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังและการควบคุมการปฏิบัติงาน ในเชิงวิชาชีพ ด้านความพร้อมของพยาบาล ด้านการสร้างความสุขสบาย และด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพ และไว้วางใจ

นอกจากนี้ พาร์สัน คี และ เกร (Parson, Kee, & Grey, 1993) ได้ศึกษาการรับรู้ที่ได้รับการดูแลเอาใจในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 19 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลเอาใจ (Caring Behaviors Assessment [CBA]) ของโครนิน และ แฮร์ริสัน (Cronin & Harrison, 1988) ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของวัตสัน พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลเอาใจจากพยาบาลในอันดับสูง 12 อันดับ จากมากไปน้อยได้แก่ พยาบาล รู้ว่าผู้ป่วยกำลังจะทำอะไร มีความนุ่มนวลและอ่อนโยน ดูแลผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง เชื่อถือได้ ดูแลตรวจสอบผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรู้ใจเฝ้าดูแลอยู่ กระทำในสิ่งที่ได้สัญญาไว้ว่าจะทำให้ผู้ป่วย ตอบคำถามผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ขณะให้การดูแล มีความสุภาพกับผู้ป่วย มีการสนับสนุนให้กำลังใจ และมีทักษะในการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นต้น

จากงานวิจัยดังกล่าว พบว่า ผลการศึกษาที่ได้ยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลเอาใจต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และ /หรืออยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำกรอบแนวคิดของสเวนสันมาศึกษา เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้มีความหมายของการดูแลเอาใจที่กว้าง และครอบคลุมถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งสามารถประเมินผลการดูแลเอาใจที่พยาบาลได้จัดกระทำให้แก่ผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดนี้โดยประเมินการรับรู้ถึงการดูแลเอาใจที่ผู้ป่วยได้รับ หากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักรับรู้ได้รับการดูแลเอาใจครบถ้วนตามกรอบแนวคิดนี้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และไว้วางใจในการพยาบาล ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของงานพยาบาล นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุง และ /หรือคงไว้ซึ่งงานบริการของพยาบาลในอนาคตต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

พฤติกรรม การดูแลเอาใจใส่อาหารตามการรับรู้ของผู้ป่วยตามแนวคิดของสเวนสัน ประกอบไปด้วย การรับรู้ว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) ได้เฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) ได้ช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (doing for) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (maintaining belief) กิจกรรมการดูแลเอาใจใส่อาหารทั้งห้าด้านดังกล่าว จัดเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งสิ่งเร้าภายนอกนี้รวมถึง สภาพแวดล้อมอื่นที่อาจสร้างความไม่สุขสบายและคุกคามชีวิตของผู้ป่วยด้วย ซึ่งจัดเป็นปัจจัยด้านผู้รับรู้ ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง จากความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายเหล่านั้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย มีความไม่แน่นอน ในชีวิต กลัวความพิการ กลัวไม่หายจากโรค และกลัวตายในที่สุด จากความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่อาหารจากพยาบาลมากยิ่งขึ้น โดยปกติพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก มีการเอาใจใส่ดูแล และ /หรือให้การดูแลเอาใจใส่อาหารต่อผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยู่เสมอ ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ การดูแลเอาใจใส่อาหารที่พยาบาลจัดกระทำให้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บ และ /หรือการเร้าซ้ำของ สิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในตัวของผู้ป่วยเอง หากสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแล เอาใจใส่อาหารจากพยาบาล มีความเข้ม และ /หรือมีการเร้าซ้ำมากกว่าสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายในร่างกาย อื่น ๆ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้พฤติกรรมดูแลเอาใจใส่อาหารนั้นได้ ตรงกันข้ามหากสิ่งเร้าภายนอก และ สิ่งเร้าภายในร่างกายอื่น ๆ มีความเข้ม และ /หรือมีการเร้าซ้ำมากกว่าพฤติกรรมดูแลเอาใจใส่อาหารจาก พยาบาล ก็จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมดูแลเอาใจใส่อาหารจากพยาบาลลดลงได้

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านผู้รับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ และปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก ที่อาจมีผลต่อการรับรู้โดยรวมและการรับรู้การดูแลเอาใจใส่อาหารจากพยาบาลเช่นกัน โดยปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง หากสิ่งเหล่านี้ ไม่สมบูรณ์อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับสัมผัสจากสิ่งเร้าต่าง ๆ เบี่ยงเบนไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วย มีกระบวนการคิดและตีความหมายของการดูแลเอาใจใส่อาหารที่ได้รับจากพยาบาลเบี่ยงเบนไปด้วย ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ สิ่งเร้าภายในดังกล่าวไปแล้ว รวมทั้งความรู้เดิมหรือประสบการณ์ ในอดีต ความต้องการและความสนใจในขณะนั้น ความคาดหวัง เจตคติ สภาพอารมณ์ที่พร้อมจะรับรู้ และพื้นฐานทางวัฒนธรรมประเพณี และค่านิยมในสังคมของผู้ป่วยซึ่งอาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วย แต่ละคน และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแปลและประมวลผลจากการได้รับการสัมผัสจากสิ่งเร้าต่าง ๆ รวมถึง สิ่งเร้าที่เป็นการดูแลเอาใจใส่อาหารจากพยาบาลแตกต่างกัน

สำหรับอายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ จัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านผู้รับรู้ในส่วนปัจจัยด้านกายภาพ และ /หรือปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้การดูแลอาหารจากพยาบาล ด้วยเหตุนี้ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจึงต้องตระหนักถึงปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว และมีการประเมินการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอาหาร ของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการสื่อให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักรับรู้ได้รับการดูแลอาหาร ได้ครบตามกิจกรรมทั้งห้าด้านดังกล่าว ทั้งนี้การดูแลอาหารเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาล ที่ทำให้คุณภาพของการพยาบาลเพิ่มขึ้น