

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ

ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด

ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2, โคมีถารกล่าวถึง "ความเครียด" กันมากขึ้น แพทย์ จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาได้เขามามีบทบาทมากขึ้นในสงคราม โดยสนใจเกี่ยวกับความล้มเหลวในการปรับตัวของทหารในกองทัพ จากการศึกษาพบว่า ทหารบางคนทำงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เกี่ยวกับการยิงปืน มีความผิดพลาดเกี่ยวกับการรับรู้อาการทางจิตและประสาท เมื่อผ่านการออกรบ หรือเตรียมออกสงคราม จึงเชื่อกันว่าสงครามทำให้เกิดความผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากความเครียด<sup>1</sup>

ความเครียดในความหมายของวิศวกร หมายถึง "แรงภายนอกที่กดดันต่อร่างกาย" ผลของแรงและความกดดันนี้ทำให้เกิดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงชั่วคราวหรือถาวรต่อสิ่งนั้น<sup>2</sup>

แฮนส์ เซลล์ (Hans Selye) แพทย์ชาวเยอรมันได้ให้ความหมายว่า ความเครียดคือ กลุ่มอาการปรับตัวหรือภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกิดขึ้น ความเครียดมีลักษณะและส่วนประกอบของตัวเอง แต่ไม่มีสาเหตุเฉพาะสิ่งสำคัญที่สุดคือ

<sup>1</sup>Lazarus, Psychological Stress and the Coping Process, p.11.

<sup>2</sup>Ibid., p. 12.

ร่างกายจะต้องมีการปรับตัว<sup>1</sup>

เบนจามิน เอฟ มิลเลอร์ (Benjamin F. Miller) และ แคลร์ บี คีน (Claire B. Keane) กล่าวถึงความเครียดโดยสรุปไว้ว่า ความเครียดคือ การมีความกดดัน หรือสภาวะและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด และความเครียดทางอารมณ์ โดยแบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภทคือ

- ก. ความเครียดทางร่างกาย แบ่งเป็น 2 ชนิด ตามปฏิกิริยาการตอบสนอง
1. ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency Stress) สิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น บาดเจ็บ เกิดอุบัติเหตุรถชน หรืออยู่ในเหตุการณ์ที่น่าสะพรึงกลัว
  2. ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) ความเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยต่าง ๆ เช่น หนุ่มสาว ตั้งครรภ์ หมกประจำเดือน เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ เรื้อรัง และอยู่ในที่มีเสียงดังมาก เป็นต้น

ข. ความเครียดทางจิตใจ การตอบสนองอย่างเฉียบพลันจะเกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อคนเราคิดว่าจะเกิดอันตราย เช่นเดียวกับเกิดอันตรายขึ้นจริง ความคิดเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการอ่านหนังสือ ชมละคร ภาพยนตร์ ที่ตื่นเต้น นากลัว ทำให้เกิดการเครียดของกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นแรง และเร็ว<sup>2</sup>

มอร์ติเมอร์ เอช แอปเพลย์ (Mortimer H. Apply) และ ริชาร์ด ทรัมบูลล์ (Richard Trumbull) โคอ้างถึงความเครียดในแนวความคิดของโคเฟอร์ (Cofer) และ แอปเพลย์ (Appley) ว่า เป็นภาวะที่สิ่งมีชีวิตรับรู้ว่าจะเกิดอันตราย และพยายาม

<sup>1</sup>Selye, The Stress of Life, p. 54.

<sup>2</sup>Benjamin F. Miller, and Claire B. Keane, Encyclopedia and Dictionary of Medicine and Nursing, (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1972), pp. 915 - 916.

ไซพละกำลังเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น<sup>1</sup>

จอร์จ แอล เอนเจล (George L. Engel) โทกคาวถึงความเครียดทางจิตใจว่า หมายถึงกระบวนการทั้งหมดไม่ว่าจะมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือภาวะในร่างกายที่เป็นเหตุใหม่ मुख्यของไซพลิงจิตใจในการแก้ปัญหาก่อนที่จะเกี่ยวข้องกับระบบอื่น ๆ<sup>2</sup>

ดังนั้น เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะไซกลไกในการปรับตัว เมื่อไซกลไกถูกต้องเหมาะสม จะเป็นการปรับตัวที่ปกติ แต่เมื่อไซกลไกล้มเหลว ทำให้เกิดความผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงมีองค์ประกอบหลายประการที่ช่วยให้คนเรากงทนต่อความเครียด และปรับตัวได้ก็ เช่น โครงสร้างของบุคลิกภาพ การเข้าใจสถานการณ์ ระยะเวลาตลอดจนความรุนแรงของสิ่งเร้า<sup>3</sup> คอนนา ซี อะกิลเลอร์ (Donna C. Aguilera) และเจนิส เอ็ม เมสซิก (Janice M. Messick) ได้เสนอองค์ประกอบที่ช่วยให้เกิดการปรับตัวที่สมดุลได้ ดังนี้คือ

ก. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ เมื่อรับรู้เหตุการณ์ถูกต้อง ตรงความจริง จะระลึกรู้ถึงเหตุการณ์ และความเครียด มีการแก้ปัญหาเพื่อลดความตึงเครียดให้ถูกต้องเหมาะสม แต่ในขณะเดียวกัน การรับรู้เหตุการณ์ผิด ๆ การแก้ปัญหาจะไม่ประสบผลสำเร็จ และยังคงมีความเครียดต่อไป

ข. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน เนื่องจากคนอยู่ในสังคมจึงต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ความรู้สึกอ้างว้าง ว่าเหว จะยิ่งทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น

<sup>1</sup> Mortimer H. Appley, and Richard Trumbull, Psychological Stress, (New York.: Appleton-Century Crofts, 1967), p.8.

<sup>2</sup> George L. Engel, Psychological Development in Health and Disease, (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1962), p.264.

<sup>3</sup> Appley, and Trumbull, Psychological Stress, p.8.

ค. กลไกในการปรับตัว การดำรงชีวิตประจำวันจะมีการเรียนรู้วิธีการ  
เผชิญกับความวิตกกังวล และลดความตึงเครียด และจะพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้จะทองอาศัย  
ประสบการณ์ที่ผ่านมา<sup>1</sup>

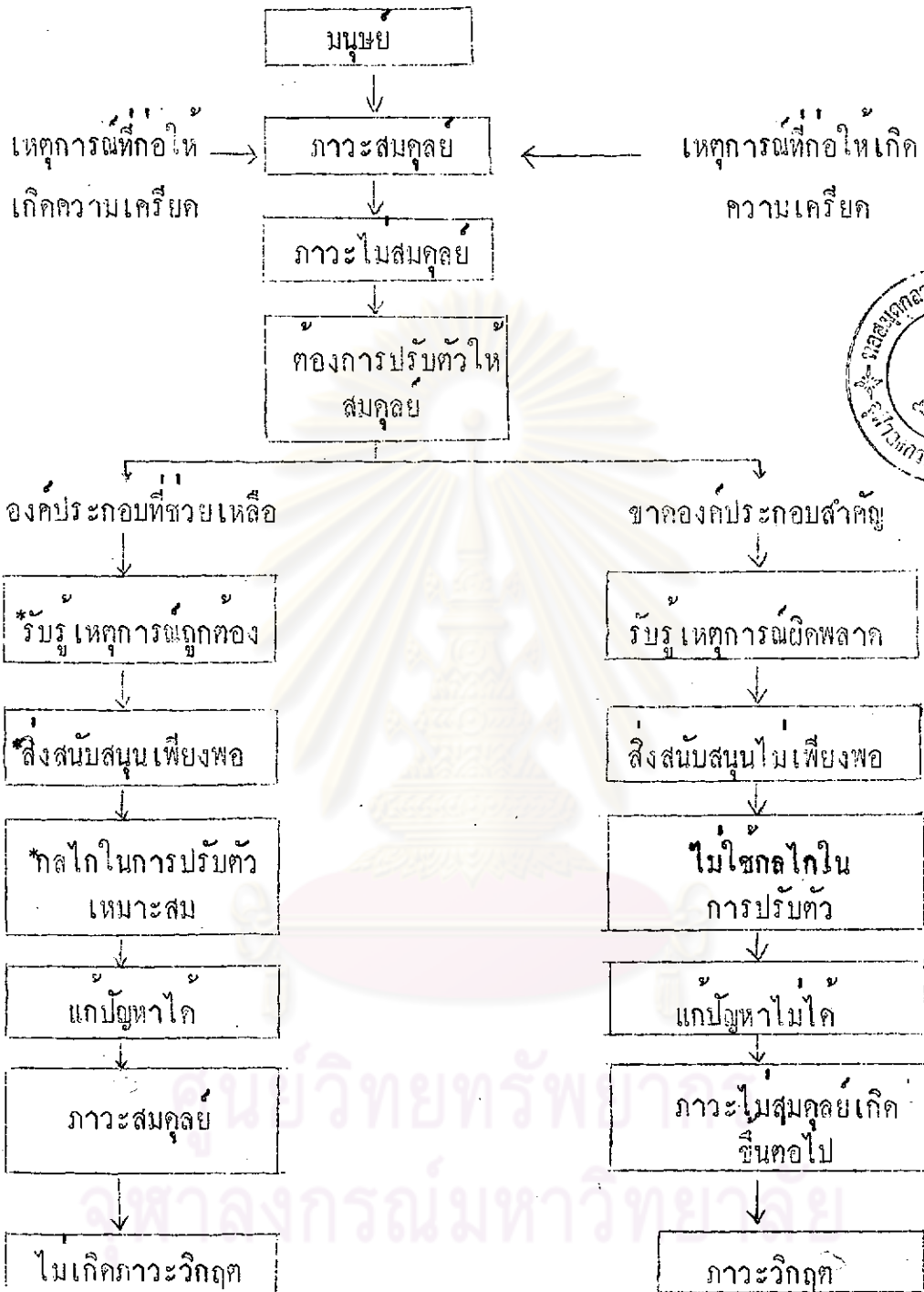
เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ 3 ประการดังกล่าวแล้ว สามารถเขียนโครงสร้างได้  
ดังนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

---

<sup>1</sup>Donna C. Aguilera, and Janice M. Messick, Crisis Inter-  
vention, (Saint Louis : C.V. Mosby Co., 1974), pp.63-64.



\*องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดความสมดุล

รูปที่ 1 ความเครียดกับการเกิดภาวะสมดุลและไม่สมดุล

<sup>1</sup>Aguilera, and Messick, Crisis Intervention, p. 61.

## สาเหตุของความเครียดทางจิตใจ

/ความเครียดทางจิตใจมีสาเหตุหลายประการ จอร์จ แอล เอนเจล (George L. Engel) ได้ให้ข้อคิดว่า สถานการณ์หรือกระบวนการที่ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจไม่เพียงแต่เป็นการรับรู้ทางจิตใจเท่านั้น แต่ยังแสดงพฤติกรรมใดหลายแบบ ทั้งโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว แม้แต่ความคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโรค หรือคิดถึงการสูญเสีย ก็ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้ ซึ่งพอสรุปได้ 3 ประการคือ

- ก. การสูญเสีย หรือ กลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า
- ข. การไคร้บอันตราย หรือกลัวจะเกิดอันตราย
- ค. ความคับข้องใจ เมื่อไม่ได้รับการสนองตามความต้องการ<sup>1</sup>

ก. การสูญเสีย หรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า สิ่งที่เราคิดว่ามีค่าจะมีความหมายกับเรามาก เช่น บุคคล อุดมคติ วัตถุสิ่งของมีค่า งาน อวัยวะของร่างกาย บทบาทในสังคม เป้าหมายของชีวิต บ้านเรือน ประเทศชาติ สิ่งภายนอกมากมายเป็นต้นทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจอันเนื่องมาจากความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดความพากฎมีใจ ต่อการความสำเร็จ และสมหวัง ดังนั้น ไม่ว่าจะสูญเสียสิ่งเหล่านั้นจริง ๆ หรือกลัวจะสูญเสีย มีผลต่อจิตใจทั้งสิ้น ชนิดของสิ่งที่สูญเสีย แบ่งออกได้ดังนี้คือ

1. อวัยวะ การสูญเสียอวัยวะ หรือไคร้บอันตราย การสูญเสียความงาม การถูกตักแตนขา เป็นอัมพาต ตาบอด สูญเสียอวัยวะที่เห็นชัดเจน และเป็นสิ่งประทับใจ ความแข็งแรงลดลง หมกประจำเดือน สมรรถภาพทางเพศลดลง เจ็บป่วย การสูญเสียจะยิ่งสำคัญมากขึ้นเมื่อเกี่ยวข้องกับ การประกอบอาชีพ สถานภาพในสังคม และความสามารถพิเศษ อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์มาก ได้แก่ อวัยวะบริเวณหน้า เตามน หรืออวัยวะสืบพันธุ์

<sup>1</sup> Engel, Psychological Development in Health and Disease, pp. 288 - 304.



2. สูญเสียความเป็นสมาชิกในกลุ่มสังคม การเมือง วิชาชีพ กองทัพ หรือ ศาสนา การเป็นสมาชิก หรือมีสถานภาพในกลุ่มถือได้ว่ามีคุณค่า และเป็นสิ่งสำคัญของตน เพราะช่วยให้อำนาจปรับตัว เกิดความพึงพอใจซึ่งกันและกัน การถูกคุกคาม ขัดขวาง หรือ ถูกทำลายไม่ว่าจะเกิดจากภายในกลุ่มหรือภายนอกกลุ่ม ถือได้ว่าเป็นการสูญเสียที่รุนแรง

3. สูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น ประธานาธิบดี แมวที่เราจะมีใจรักก็เป็นส่วนตัว แต่เนื่องจากความเป็นผู้นำ หรือเป็นบุคคลที่เราให้ความเคารพนับถือ

4. แผนงานล้มเหลวหรือมีการเสี่ยงภัย เมื่อลงทุนทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ ในการวางแผนงาน โครงการ ไม่ว่าจะเป็นงานธุรกิจ วิชาชีพ ครอบครัว หรืองานอดิเรก และหวังว่าจะเกิดความสุข สนองหวัง ซึ่งเป็นรางวัลทางใจ เมื่อเกิดล้มเหลว ถือว่าเคราะห์ร้ายรุนแรง เกิดความผิดหวังอย่างมาก

5. การเปลี่ยนแปลงของชีวิต เมื่อมนุษย์ดำเนินชีวิตเช่นนั้นเป็นเวลานานๆ จะเกิดความคุ้นเคย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึง เป็นการสูญเสียอย่างหนึ่ง

6. สูญเสียงาน การงาน หรือสิ่งมีค่า พบใคร่เสมอในคนสูงอายุ แมวจะทองใสเสียเวลาเก่า อาศัยอยู่ในบ้านที่ไมทรูหรา จะพอใจมากกว่าจะทองยายบานใหม่

7. การตกงาน การที่ทุกคนประกอบอาชีพ เพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว เมื่อต้องออกจากงาน นอกจากจะไม่ได้รับเงินตอบแทนแล้วยังหมายถึงการสูญเสียตำแหน่งฐานะในสังคมอีกด้วย

8. สูญเสียสัตว์เลี้ยง สัตว์เลี้ยงหมายถึงเพื่อน และแสดงให้เห็นถึงความ เป็นเจ้าของ เกิดความรักความพอใจซึ่งกันและกัน

ข. การได้รับอันตราย และคิดว่าจะเกิดอันตราย แหล่งของความเครียดทางจิตใจ ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ กลัวบาดเจ็บ หรือได้รับบาดเจ็บ ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ คือการป้องกันความเจ็บปวด ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในผู้ป่วย โดยทั่วไปสิ่งมีชีวิตทุกชนิดจะต่อต้าน อันตรายทุกอย่างที่จะเกิดขึ้น อันเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ มนุษย์จะเรียนรู้จาก ประสบการณ์ในอดีต และจะรู้สึกว่าจะได้รับอันตรายเมื่อเกิดสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

2. สิ่งกระตุ้นทางประสาทสัมผัสสมากรหรือนอยเกินไป จนทำให้เกิดความเจ็บปวด และวิตกกังวล

3. มีสัญญาณเตือนอันตราย

นอกจากนี้ก็มีภาวะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกรงว่าจะเกิดอันตรายและทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ ใจแก่

1. สถานการณ์ใหม่ หรือสถานที่ใหม่ซึ่งไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะเมื่อต้องพลัดพรากจากบุคคลใกล้ชิด

2. ต้องรับผิดชอบหน้าที่ใหม่ เช่น งาน ครอบครัวยุคใหม่ ทั้งนี้เพราะเกรงว่าจะเกิดความล้มเหลว และไม่ได้รับการยอมรับในบทบาทใหม่

3. การสอบ การปฏิบัติงาน การโตแยง

4. การจัดงานฉลอง เช่น สำเร็จการศึกษา

5. สถานการณ์ที่ต้องมีการแข่งขัน โดยเฉพาะเมื่อต้องแข่งขันกับบุคคลที่เหนือกว่า ควย อายุ อำนาจ หรือกำลังกาย

6. ต้องติดต่อกับบุคคลที่ทำให้ตกใจ ตกอยู่ในอันตราย พิการ บาดเจ็บ ถึงแก่กรรม รวมทั้งการชมละคร ภาพยนตร์ ที่ตื่นเต้น หวาดเสียว และน่าสะพรึงกลัว

7. สิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสรุนแรง และเกิดอย่างกะทันหัน โดยมีไตคาดคิดมาก่อน เช่น เสียงกึ่ง แสงไฟจ้า หรือสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสนอยเกินไป เช่น ตกอยู่ในความมืดตลอดเวลา เงียบเชียบ หรือต้องแยกออกจากบุคคลอื่น

8. สิ่งเร้าทางกายที่เกิดขึ้นรุนแรง เช่น บาดเจ็บ

9. การเชื้อโรคกลาง สิ่งลึกลับ

ค. ความคับข้องใจ เมื่อมนุษย์ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จะเกิดความคับข้องใจ และความขัดแย้ง การได้รับการตอบสนองตามความต้องการ อาทิทั้งสิ่งแวดล้อม และจิตใจของบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้ยังมีสังคม วัฒนธรรม เขามาขัดขวางอีกด้วย



## การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดทางจิตใจ

ความเครียดทางจิตใจสามารถพิจารณาได้ 3 ด้าน ดังที่ มอร์ติเมอร์ เอช แอปเพลย์ (Mortimer H. Appley) และ ริชาร์ด ทรัมบลล์ (Richard Trumbull) โคลลาไว พอสสรุปไว้ดังนี้คือ

ก. สิ่งกระตุ้น คือ พิจารณาจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น สิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ รุนแรง การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดขึ้นปัจจุบันทันด่วน ไม่คาดคิดมาก่อน ขาดสิ่งกระตุ้น และสิ่งที่คาดหวังไว้ มีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป สถานการณ์ที่นาเบื่อหน่าย สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น

ข. การตอบสนอง โดยการพิจารณาทางค่านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ไร้ความหวัง หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติ มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ พูดติดอ่าง พูดมากเกินไป ขาดการควบคุมของกล้ามเนื้อ อัตรการทำงานผิดปกติสูงขึ้น

ค. การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ในภาวะเครียด จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเกิดขึ้นโดยรวม ๆ กัน เช่น รัคกับอีโอซิโนฟิล (Eosinophil) รัคกับ 17-Ketosteroid ในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ACTH สูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว และแรง การนำกระแสไฟฟ้าของผิวหนังเพิ่มขึ้น<sup>1</sup>

## ตัวแปรสำคัญที่แสดงว่ามีความเครียด

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีการตอบสนองต่อความเครียดได้มากมาย ทั้งทางค่านอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้คือ

ก. อารมณ์ ในคนที่มีความเครียด อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงไป เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า และรู้สึกผิด

<sup>1</sup> Appley, and Trumbull, Psychological Stress, p.5.

ข. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกายให้มีการเตรียมพร้อม หรือถอยหนี ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมแสดงออกมาทางทิศทาง สีหน้า มีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ การพุดจาฝึกปกติไป

ค. ความเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สัมพันธ์กับอารมณ์ เช่น มีการเพิ่มของฮอโมนจากต่อมหมวกไต อีพิเนพพรีน (Epinephrine) นอร์อีพิเนพพรีน (Norepinephrine) และไฮโดรคอร์ติโซน (Hydro-Cortisone) ประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น การนำคลื่นไฟฟ้าบริเวณยิวหนังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ซึ่พจร ความดันโลหิต และอุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นด้วย

ง. การรับรู้ ความผิดปกติในการรับรู้ เป็นสิ่งหนึ่งซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีความเครียดกักขะในการปฏิบัติงาน การรับรู้ การเรียนรู้ ตลอดจนการตัดสินใจเสียไป แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะงาน ความแตกต่างระหว่างบุคคล และความรุนแรงของความเครียด งานที่ยุ่งยากและสลับซับซ้อน ต้องใช้สมาธิมาก จะทำให้เกิดผลเสียได้ ความเครียดเพียงเล็กน้อยหรือระดับปานกลางจะส่งเสริมให้การปฏิบัติงานดีขึ้น<sup>1</sup>

### ระดับของความเครียด

เออร์วิง แอล แจนีส (Erving L. Janis) ได้แบ่งระดับความเครียดตามเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ 3 ระดับ คือ

ก. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stresses) ผลจะสิ้นสุดภายในวินาทีถึงชั่วโมง เช่น สาเหตุจากแมลงกัด, ท้องปรากฏตัวในที่ชุมชน พลาครดไฟ และเหตุการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

<sup>1</sup>David L. Sills, International Encyclopedia of the Social Sciences Vol 15 (New York : Macmillan, Publishing Co. & The Free Press, 1968), pp.338-339.

ข. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stresses) ผลจะสิ้นสุดที่  
ไต่ถึงแค่ชั่วโมงถึงวัน เช่น ภาวะที่ต่องทำงานติดต่อกัน ปวดทอง หรือ  
บุคคลที่ไม่ต้องการมาเยี่ยม

ค. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stresses) ผลจะสิ้นสุดเป็น  
สัปดาห์ เดือน หรือปี เช่น ตองพลุกพรากจากครอบครัว การตายของคน  
ที่รัก เจ็บป่วย ญาติ คาใจจายสูงขึ้น<sup>1</sup>

### พฤติกรรมกรรมการปรับตัว

มนุษย์ทุกคนเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะไขว่คว้าในการปรับตัวเพื่อลดความ  
เครียด และรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย และจิตใจ เพื่อแก้ปัญหา ฟรานซิส เอ็ม  
คาร์เตอร์ (Frances M. Carter) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของมนุษย์  
ไว้ดังนี้คือ

1. การช่วยให้อบอุ่น โดยการสัมผัส ซึ่งเป็นความต้องการตั้งแต่วัยทารก  
การกอดรัด อุ้มแกว่งไปมา การฟังเสียงดนตรีขับกล่อม
2. การรับประทานอาหาร เคี้ยวหมากฝรั่ง สูบบุหรี่
3. กัมสุรา หรือ รับประทานยา
4. หัวเราะ ร้องเพลง สบดสบาน หรือ ร้องไห้
5. เชื่อถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งมงาย
6. นอนหลับ
7. ไขความคิก
8. พุกคุยให้คนที่ไววางใจฟัง
9. ทำงานหนักขึ้น ออกกำลังกาย วิ่ง ทำความสะอาดบ้าน เตนรำ
10. การทำกิจกรรมที่ปราศจากเป้าหมาย เช่น เดินไปมา ฎมือ
11. คิดเพอฝัน

<sup>1</sup> Janis, Psychological Stress, p. 13.

12. คุยไวโอดาค
13. ถามคำถาม
14. กนหาชอมูล และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์<sup>1</sup>

### ความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

#### ทฤษฎีทั่วไปเกี่ยวกับความเครียด

แฮนซ์ เซลลี่ (Hans Selye) โค้ดักษาศาเหตุของโรความีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความเครียด และกลุ่มอาการของความเครียด โค้ดยให้ชอคึกควา โรคเกือบทุกชนิดมีลักษณะ และอาการสำคัญเฉพาะเพียง 2-3 ประการ ซึ่งเป็นอาการรวม เช่น นำหนักลด อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย และความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ทั้งนี้เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในแนวเดียวกัน จึงเรียกกกลุ่มอาการเหล่านั้นว่า "กลุ่มอาการของความเครียด" หรือกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) กลุ่มอาการเหล่านี้จะทำให้มีการหลั่งฮอโมนในการปรับตัว (Adaptive Hormone) ออกมา และทำให้มนุษย์มีอาการกังวลมากขึ้น นอกจากนี้ แฮนซ์ เซลลี่ (Hans Selye) ยังให้ความเห็นว่า กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไปจะปรากฏขึ้น เมื่อใค้กตามที่ตั้งอยู่ในความเครียดเป็นระยะเวลาาน และจะมีการปรับตัวเฉพาะที่ในอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง (Local Adaptation Syndrome) กวย เช่น มีการอักเสบ

เมื่ออยู่ในภาวะเครียด ไม่วาจะมีสาเหตุจากการบาดเจ็บทางกาย ความกดดันทางอารมณ์ หรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่พอใจ จะมีปฏิกิริยาทางคานร่างกายเกิดขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

<sup>1</sup>Frances M. Carter, Psychosocial Nursing, 2d ed. (New York: Macmillan Publishing Co., 1976), pp. 183 - 184.

ก. สัญญาณเตือน (Alarm Reaction) ร่างกายจะมีแรงต่อต้าน  
เกิดขึ้นทันที โดยแบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ

1. ระยะช็อค (Phase of Shock) เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่  
รู้ตัว มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ อีพิเนพพรีน (Epinephrine) และคอร์ติโซน  
(Cortisone) จะหลั่งเข้าไปในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น อาการช็อคจะสิ้นสุดใน 2-3 นาที  
ถึง 24 ชั่วโมง

2. ระยะต่อต้านช็อค (Phase of Countershock) เมื่อร่าง-  
กายปรับตัวได้ดี มีการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตเพียงพอ อาการช็อคจะดีขึ้น และเข้าสู่  
ระยะที่ 2

ข. ระยะต่อต้าน (The Stage of Resistance) เป็นระยะปรับตัว  
อย่างแท้จริง ร่างกายจะไขว่คว้าหาสิ่งที่ถูกทดลองต่อสู้กับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และจำกัดบริเวณ  
ที่เกิดอันตรายให้น้อยที่สุด

ค. ระยะหมดกำลัง (The Stage of Exhaustion) เป็นระยะ  
สุดท้ายของการปรับตัว เมื่อสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดยังคงรุนแรง ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย  
จะเริ่มอ่อนแรงลง และไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้<sup>1</sup>

อวัยวะที่ทำหน้าที่ประสานงาน และควบคุมกลุ่มความเครียด คือ สมอง ระบบ  
ประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทส่วนกลาง ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland)  
และต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) มีการหลั่งฮอร์โมนออกมาเพื่อยับยั้งความเครียด  
และกระตุ้นกลไกในการปรับตัว

ปฏิกิริยาทางต้านสรีระอันเนื่องมาจากความเครียด ในขณะที่ร่างกายมีการปรับ  
ตัว จะมีผลให้ประสาทอัตโนมัติ และต่อมหมวกไตทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยให้ร่างกายปรับตัว  
ต่อสิ่งทีทำให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม และเป็นปกติ แต่เมื่อต้องเผชิญกับความ-

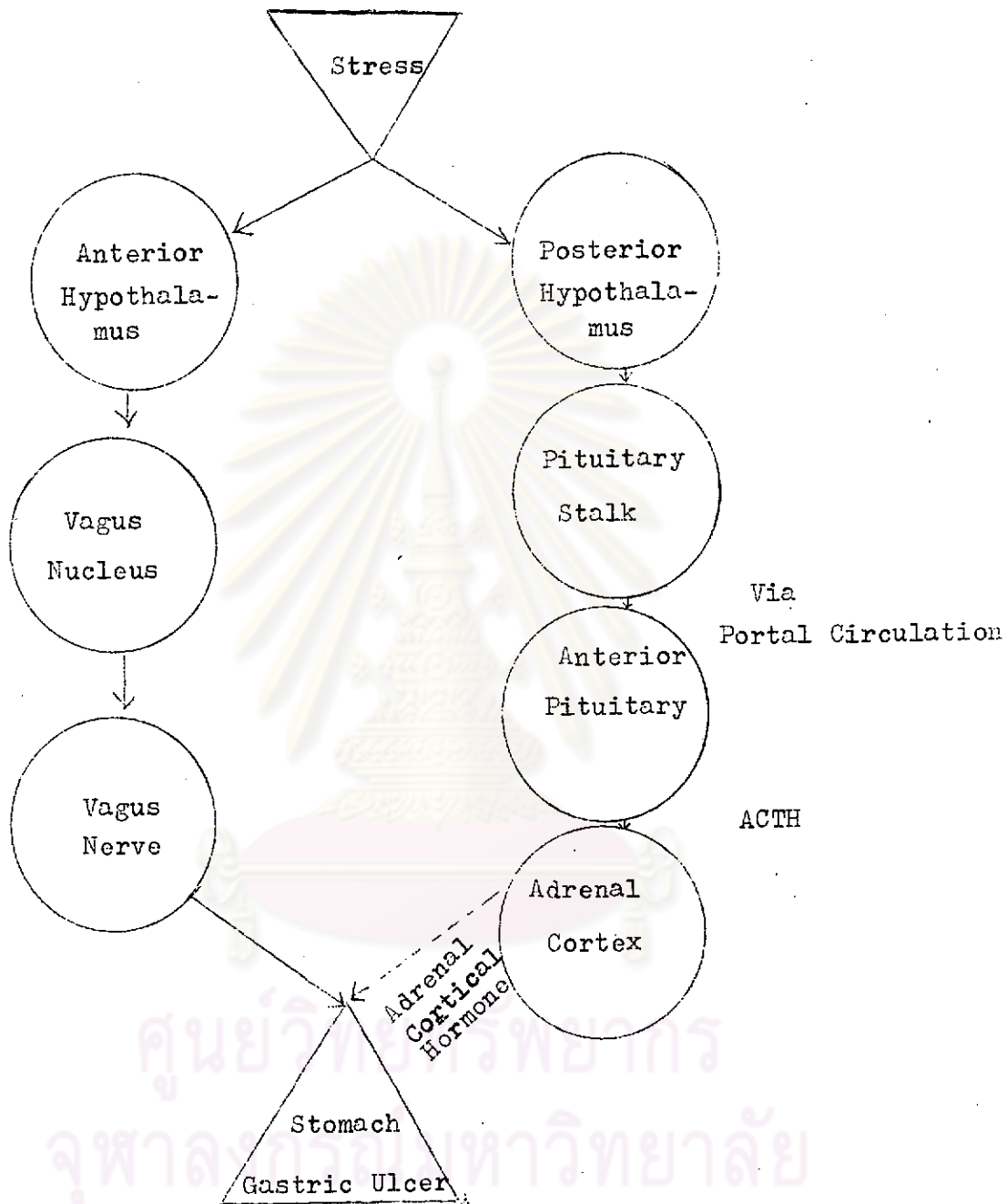
<sup>1</sup> Selye, The Stress of Life, pp. 31 - 64.

เครียดรุนแรง หรือเป็นเวลานาน ฮอร์โมนเหล่านี้จะไม่มีประโยชน์อีกต่อไป นักวิจัย  
 หลายท่านได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดกับการเกิดโรค เช่น แฮรีน ซี บรานช์  
 (Harin C. Branch) ได้เสนอความสัมพันธ์ของความเครียดกับการหลั่งน้ำย่อยของ  
 กระเพาะอาหาร ดังแสดงในแผนผัง รูปที่ 2

จากแผนผังนี้แสดงให้เห็นว่า ความเครียด หรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ จะส่ง  
 ความรู้สึกไปยังประสาท เซลล์โพสทีเรีย ฮัยโปธัลลามัส (Posterior Hypothalamus)  
 และไปยังคอมพิทุทารี (Pituitary) ส่งผ่านไปยังส่วนหน้าของคอมพิทุทารี  
 (Anterior Pituitary) ทางพอร์ทัลเซอคิวเลชัน (Portal Circulation)  
 ให้หลังแอดคอร์ติโคทรอปิกฮอร์โมน (Adrenocorticotrophic Hormone) ออก  
 มาและไปกระตุ้นต่อมหมวกไตอีกทอดหนึ่ง ฮอร์โมนนี้จะทำให้เซลล์ในกระเพาะอาหารทำงาน  
 เพิ่มขึ้น ส่วนอีกด้านหนึ่งจะส่งความรู้สึกไปยังแอนทีเรีย ฮัยโปธัลลามัส (Anterior  
 Hypothalamus) ส่งกระแสประสาทไปยังประสาทเวกัส (Vagus Nerve) ทำ  
 ให้กระเพาะอาหารทำงานมากขึ้น ดังนั้นจึงมีการหลั่งกรดจากกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น  
 เมื่อปล่อยให้เกิดภาวะเช่นนี้เป็นเวลานานจะทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ควบคู่ผล  
 ดังกล่าวจึงเกิดทฤษฎีของโรคอนเนื่องจากความเครียดขึ้น

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





รูปที่ 2 ความเครียดกับการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harin C. Branch, Aspect of Anxiety, (Philadelphia:J.B. Lippincott Co., 1968), p. 37.

## ความเครียดกับการเกิดโรค

การทดลองในสัตว์ เกี่ยวกับโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychosomatic Disorders) ได้มีการกล่าวถึงกันมาก เช่น การทดลองในหนู เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่า การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เครียดจะทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยแบ่งหนูเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สำหรับกลุ่มทดลองให้อยู่ใน Skinner Boxes และให้ไฟฟ้าช็อตโดยไม่มีสัญญาณเตือน กลุ่มควบคุมจะให้ไฟฟ้าช็อตเช่นเดียวกัน แต่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้า ผลปรากฏว่า หนู 6 ตัว จาก 8 ตัว ในกลุ่มทดลองเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เกิดแผลในกระเพาะอาหารเลย การศึกษารังนี้จึงสรุปว่า ความกลัวเรื้อรัง เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร<sup>1</sup>

การศึกษาเรื่องความเครียดกับการเกิดโรคในคน มีนักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาไว้ดังนี้คือ

➤ อาร์ เอช เรห์ (R.H. Rahe) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในช่วงของชีวิตกับความเจ็บป่วย สรุปได้ว่ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างมาก บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตสูงจะมีอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยชัดเจน ดังนั้นความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีส่วนสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่ก่อการการปรับตัวในชีวิต<sup>2</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอ อาร์ ไวเลอร์ (A.R. Wyler) และคณะ ที่ว่า ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ต้องมีการปรับตัว และโชคร้ายในการปรับตัวจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ว่าความเปลี่ยนแปลงในชีวิตจะเป็นความตั้งใจหรือเกิดขึ้น

<sup>1</sup>Norman L. Munn; L. Dodge Fernald, and Peter S. Fernald, Introduction to Psychology, 2d.ed. (Boston : Houghton Mifflin Co., 1969, pp. 388 - 389.

<sup>2</sup>John Petrich, and Thomas H. Holmes, "Life Change and Onset of Illness," Medical Clinics of North America 61 (July 1977): 827.

โดยไม่ต้องการก็ตาม ดังนั้น ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมากเท่าใด จะสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยมากเท่านั้น<sup>1</sup> จึงถือได้ว่าความเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นค้ำนี้อย่างหนึ่งที่จะทำนายความเจ็บป่วยได้

ตอนนี้ แอล สเลย์ (Connie L. Slay) โคอองถึงแนวความคิดของเซลี (Selye) ซึ่งสรุปไว้ว่า ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากผลของความเครียด เพราะร่างกายของมนุษย์เป็น Interactive และ Interdependent Organ อารมณ์จะมีการแสดงออก และย้อนกลับเข้าสู่อวัยวะภายใน เมื่อไม่สามารถระบายความตึงเครียดของอารมณ์โดยการพูด หรือแสดงท่าทางใด<sup>2</sup> ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านเชื่อว่าโรคหัวใจและความเครียดมีส่วนเกี่ยวข้องของกันอย่างมาก เพราะมีหลักฐานอ้างอิงมากมาย เช่น การศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) 450 คน ที่มหาวิทยาลัยเนบราสกา (Nebraska) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 33 มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง แทรอร้อยละ 93 เป็นผู้ป่วยที่ต้องมีปัญหาคับคอก จึงสรุปว่าการเกิดโรคหัวใจมีสาเหตุจาก STS (Stress, Tension, Pressure) เฟรนซ์ (French) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาไคววิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจเช่นเดียวกัน และสรุปผลว่า แมวจะควบคุมระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ และน้ำตาลในเลือด เป็นการควบคุมโรคหัวใจได้เพียงหนึ่งในสามเท่านั้น ปัญหาสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ทำไมชาวอเมริกันจึงเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) มากกว่าชาวญี่ปุ่น นักวิจัย

<sup>1</sup>A.R. Wyler; M. Masuda, and T.H. Holmes, "Magnitude of Life Events and Seriousness of Illness," Psychosomatic Medicine 33 (March - April 1971) : 115 - 122.

<sup>2</sup>Connie L. Slay, "Myocardial Infarction and Stress," Nursing Clinics of North America 11 (June 1976) : 329 - 338.

บางคนชี้ให้เห็นว่า เนื่องจากอาหาร เพราะชาวญี่ปุ่นนิยมรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย แต่ตามความคิดเห็นของเบิร์กเลย์ (Berkeley) เชื่อว่า เพราะชาวอเมริกัน และชาวญี่ปุ่นมีวัฒนธรรมต่างกัน มีเรื่องอาหารแต่เพียงอย่างเดียว แต่เนื่องจากชาวญี่ปุ่นชอบทำงานเป็นกลุ่ม และมีการแข่งขันระหว่างกลุ่มมากกว่าจะเป็นรายบุคคล เมื่อศึกษาชาวญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในอเมริกา พบว่า เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจในอัตราสูงเช่นเดียวกับชาวอเมริกัน<sup>1</sup> นอกจากนี้ยังศึกษาพบว่า คนวัยกลางคนเกิดโรคหัวใจมากที่สุด ทั้งนี้เพราะในช่วงชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงสูงกว่าวัยอื่น ๆ ต้องต่อสู้กับการดำรงชีวิตประจำวันมาก

ฮาร์โรลด์ จี. โวลฟ์ (Harold G. Wolff) ได้ศึกษาความเครียดกับการเกิดโรคโดยให้ขอศึกษา ความรู้สึกของคนกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีส่วนสัมพันธ์กันมาก การศึกษาในคนงานโรงงานอุตสาหกรรมหนึ่งพันคน จะมีเหงื่อออกประมาณ 1 พันปอนด์ของความชื้นต่อชั่วโมง แต่เมื่อคนงานเหล่านี้มีความเครียด โดยให้ชมภาพยนตร์ตื่นเต้น เหงื่อจะออกเพิ่มขึ้นถึง 150 ปอนด์ นอกจากนี้ได้ศึกษาถึงความเครียดกับการเกิดโรกระบบทางเดินอาหาร โดยศึกษาทั้งในคนปกติ และผู้ป่วย สรุปผลว่า จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสีของเยื่อบุกระเพาะอาหาร ลำไส้ และปริมาณของเลือดที่มาเลี้ยงอวัยวะเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปควย เมื่อคนเราได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจและอารมณ์ เกิดความกลัวหรือวิตกกังวล ระบบทางเดินอาหารจะบีบตัวแรงและเร็วขึ้น สำหรับในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อักเสบ เยื่อเมือกลำไส้จะเป็นสีแดงคล้ำ ในภาวะนี้ เส้นเลือดจะเปราะบางฉีกขาดได้ง่าย แต่ในขณะอารมณ์ปกติ หรือระยะพักนอน แม้ความดันโลหิตในลำไส้จะเพิ่มขึ้นถึง 200 มิลลิเมตรปรอท เยื่อเมือกลำไส้จะหนืดได้ถึง 6 นาที โดยไม่มีการฉีกขาดเกิดขึ้น แต่เมื่อผู้ป่วยคนเดียวกันนี้ กำลังโกรธหรือไม่มีความมั่นใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ลำไส้จะบีบตัวแรง แม้จะมีความดันในลำไส้เพียง 60 มิลลิเมตรปรอท ก็ทำให้เส้นเลือดฉีกขาด และมี

<sup>1</sup> Ibid.



การศึกษาและผลการทดลองกึ่งทดลองแล้ว พอสรุปได้ว่า ความเครียดมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรค ความผิดปกติของร่างกาย และการปรับตัวอย่างมากจึงเกิดทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับการเกิดโรค ดังเช่นแนวความคิดของเซลี (Selye) และทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดโรค ความเครียด และการปรับตัวที่ผิดปกติของโวลฟ์ (Wolff) ยูเวีย-ซาญหลายท่านเชื่อว่า การเกิดโรคมีไทม์สาเหตุเพียงอย่างเดียว คือ จากเชื้อโรคเท่านั้น แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและการปรับตัวของมนุษย์ในชีวิตประจำวัน เพื่อความเหมาะสม การออกกำลังกาย และให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม

### ความเครียด ความเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ร่างกายของคนประกอบด้วยอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องและทำหน้าที่ประสานกัน เมื่อมีความผิดปกติในส่วใดจะมีผลสืบเนื่องไปยังอวัยวะอื่นด้วย ร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกัน จะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ความเจ็บป่วยทางกายจึงมีผลต่อจิตใจอย่างมีตองสงสัย สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ จะต้องพิจารณาคนเป็นระบบเปิด (Open System) ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ครอบครัว และชุมชน มีโคอยู่อย่างใกล้ชิด ดังนั้นทุกคนจึงมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อกันอยู่เสมอ เมื่อเกิดเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะกระทบกระเทือนทั้งระบบ การให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจึงคงคำนึงถึงบุคคลทั้งตัวบุคคล การรักษาอวัยวะเพียงส่วใดส่วหนึ่งนั้น เปรียบเทียบเสมือนการซ่อมรถยนต์ จะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมาก<sup>1</sup> การดูแลผู้ป่วยให้เขามีความสุข เกิดความพอใจ ไว้วางใจ มีความมั่นใจ จะช่วยให้การฟื้นฟูสุขภาพเดิมเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จึงไม่ควรละเลยในเรื่องดังกล่าวนี้

<sup>1</sup> Slay, "Myocardial Infarction and Stress," Nursing Clinics of North America, p.329.



### ความตองการ บทบาท และสิทธิที่ผู้ป่วยพึงไกรับ

ผู้ป่วยมิใช่เป็นสิ่งที่ไม่มีชีวิตชีวา ที่แพทย์ หรือพยาบาลจะกระทำไคตามความประสงค์ มิใช่เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค มิใช่เป็นเครื่องจักรกลที่อะหลยชำรุดสึกหรอ<sup>1</sup> แต่ผู้ป่วยเป็นบุคคลคนหนึ่งซึ่งจะทองใทการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีสามารถแยกออกจากกันโดยเอกซาคไค แมวการรักษามุงที่ร่างกาย แต่จะทองระลึกไวเสมอวา ผู้ป่วยมีความตองการทางคานจิตใจควย<sup>2</sup> เมื่อพิจารณาถึงความตองการของป่วยจะเป็นไปใแนวเดียวกับคนทั่วไป

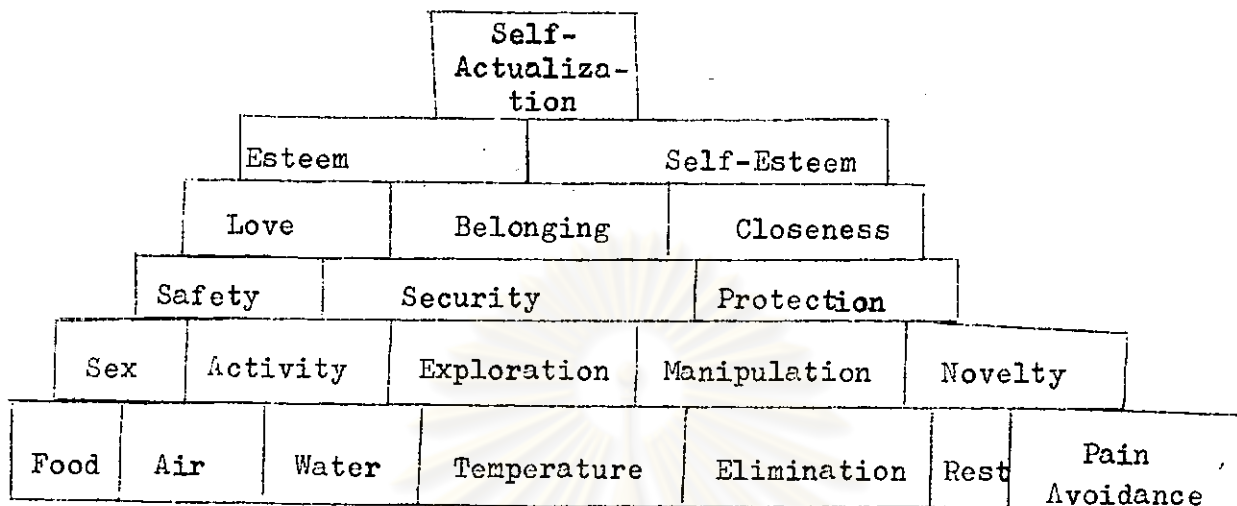
#### ก. ความตองการขั้นพื้นฐานของมนุษย์

ริชาร์ค เอ แกลิช (Richard A. Kalish) ไคเสนอลำดับขั้นความตองการขั้นพื้นฐานของ เอ เอช มาสโลว์ (A.H. Maslow) ไคครั้งนี้คือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>King, Perceptions of Illness and Medical Practice, p.207.

<sup>2</sup>Ibid., pp. 337-338.



รูปที่ 4 Maslow's Hierachy of Needs<sup>1</sup>

1. ความต้องการคานร่างกาย (Physiological Needs) ความ  
 ต้องการคานร่างกาย แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

ก) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival Needs) ได้แก่  
 อาหาร น้ำ อากาศ อุณหภูมิที่เหมาะสม การช้บดาย การพักผ่อนหลับนอน และการหลีกเลี่ยง  
 ความเจ็บปวด ความต้องการเหล่านี้เมื่อไม่ได้รับการตอบสนอง จะเกิดอันตรายต่อชีวิต  
 เช่น เมื่อไม่มีอากาศหายใจจะเสียชีวิตภายใน 3-4 นาที

ข) ความต้องการสิ่งกระตุ้น (Stimulation Needs) มนุษย์ทุกคน  
 มิได้มีชีวิตอยู่เพียงเพื่อการอยู่รอดเท่านั้น ยังต้องการสิ่งกระตุ้นที่จะส่งเสริมให้เกิดความสุข  
 สบาย ไม่เบื่อหน่าย เช่น ความต้องการทางเพศ การมีกิจกรรม ออกกำลังกาย คนควา  
 แสวงหาสิ่งใหม่ และสิ่งที่น่าตื่นเต้นสนุกสนาน

<sup>1</sup>Richard A. Kalish, The Psychology of Human Behavior 2d.ed.

2. ความต้องการด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Aspects of Physiological Needs) ความพึงพอใจในการอยู่รอดและการกระตุ้นจะมีขอบเขตมากกว่าการสนองความต้องการด้านร่างกายเท่านั้น ยังมีผลให้เกิดความพึงพอใจทางจิตวิทยาด้วย เช่น การรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อนที่ชอบพอ จะทำให้รับประทานอาหารมีรสชาติมากขึ้น ดังนั้น ความต้องการด้านจิตใจจึงมีความสำคัญมากเช่นเดียวกัน

ก) ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง

ข) ความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการความรักมิได้มีขอบเขตจำกัดเพียงความรักของหนุ่มสาว จะรวมถึงความรักระหว่างเพื่อน พ่อ แม่ บุตร ดังนั้นการได้รับความรักจึงทำให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ และเกิดความรักซึ่งกันและกัน

ค) ความต้องการมีเกียรติ (Esteem and Self Esteem) เป็นความต้องการได้รับการเคารพเยี่ยงบุคคลคนหนึ่ง และความภาคภูมิใจ ต้องการให้คนอื่น ๆ ปฏิบัติกับเรา เช่นบุคคลที่มีค่า

ง) ความมีชื่อเสียง (Self Actualization) เป็นความต้องการขั้นสูงสุด เมื่อมนุษย์ประสบความสำเร็จในความต้องการขั้นต้น ๆ ทอมายพยายามใช้ความสามารถของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม

ความต้องการของผู้ป่วยจะเป็นไปในแนวเดียวกับบุคคลอื่น ๆ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงความต้องการเหล่านี้มากขึ้น เช่น ความต้องการเพื่อการดำรงชีวิต เช่น อากาศ น้ำ อาหาร เป็นต้น พยาบาลและญาติจะต้องให้ความสนใจ และคอยช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความต้องการเพียงพอ ความต้องการทางร่างกายจึงมีความสำคัญมากในผู้ป่วยหนัก หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทนต่อความเจ็บป่วยได้น้อยมาก การรบกวนเมื่อเจ็บปวดอาจทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ โดยเฉพาะผู้ชาย ผู้ป่วยจะคำนึงถึงร่างกายของตนเองเกินกว่าที่ควรจะเป็น เช่น คอยจับชีพจร สังเกตการหายใจ ซักถามแพทย์ พยาบาลบ่อย ๆ แสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวจะเกิดอันตรายขึ้น ส่วนความต้องการสิ่งกระตุ้น ผู้ป่วยยังมีความต้องการเช่นเดียวกับบุคคลอื่น โรงพยาบาลจึงควรจัดหาเครื่องพักผ่อนหย่อนใจ ให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับ

โลกภายนอก ได้อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ชมโทรทัศน์ เป็นต้น

ความต้องการความสนใจนั้น ผู้ป่วยยิ่งต้องการมากขึ้น เพราะต้องการ  
 คนคุ้มครอง และมองเห็นว่าแพทย์หรือพยาบาลสามารถช่วยเหลือเขาได้ โดยมองพยาบาล  
 เปรียบเสมือนแม่ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัย จะเริ่มรู้สึกเกี่ยวกับกาย กลัว ซึ่งพบได้  
 เสมอ ๆ เกิดความรู้สึกว่าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และเกรงจะเกิดอันตรายขึ้น จึงมอง  
 โรงพยาบาลเป็นสถานที่อันตราย มากกว่าจะเป็นที่พึ่งพิงให้ความปลอดภัย กลัวจะติดเชื้อ  
 โรค และให้การรักษาพยาบาลผิด ๆ (Malpractice) หรืออันตรายที่เกิดจากความ  
 ไม่รอบคอบของแพทย์ พยาบาล

ความต้องการความรัก เนื่องจากผู้ป่วยต้องพรางจากบ้าน และครอบครัว  
 จึงยึดเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นหลัก หวังจะได้รับความรัก ความใกล้ชิด และเห็นอก  
 เห็นใจ ถ้าหากผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ความรักและความต้องการความร่างกายเพียงพอ  
 จะรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ เพราะได้รับการดูแลเอาใจใส่เยี่ยงบุคคลหนึ่งที่มีค่า ส่วน  
 ความต้องการความเชื่อเลี่ยนนั้น ผู้ป่วยจะใ้รับน้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถไขความ  
 สามารถใดเต็มที่ ท้องฟ้าหาอาศัยบุคคลอื่น แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ควรจะไ้สนองความ  
 ต้องการความนี้เช่นเดียวกัน โดยการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประเมินความสามารถ  
 ของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงอาชีพ และความสามารถของเขา ให้ผู้ป่วยไ้ไขความสามารถ  
 เหล่านั้นด้วย

เมื่อนำแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์มาใช้ในการให้การ  
 พยาบาลผู้ป่วย โดยนำมาสร้างเป็นปัญหาการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือและสนองความต้องการ  
 ของผู้ป่วย รุท วิ แมทเธนนี่ (Ruth V. Matheny) และคณะ ไ้คองถึงแนวความ  
 คิดของ เฟย์ แอบเคลลาคี (Faye Abdella) ซึ่งแบ่งปัญหาการพยาบาลไว้ 21  
 ข้อ และสามารถจัดกลุ่มไ้ดังนี้คือ

กลุ่ม ก. ปัญหาเกี่ยวกับการให้การพยาบาลอันเป็นพื้นฐาน อาจไม่ไ้  
 ปัญหาโดยตรง คือ

อันตรายอันอาจเกิดขึ้น

1. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุหรือ
2. ให้ความปลอดภัย คุ้มครองป้องกันการแพร่เชื้อโรค
3. รักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และส่งเสริมความสุขสบาย
4. สนับสนุนให้มีกิจกรรม การออกกำลังกาย พักผ่อนหลับนอน
5. ส่งเสริมให้ร่างกายมีท่าทางและทรวดทรงที่ถูกต้อง

ของร่างกาย

กลุ่ม ข. ปัญหาเกี่ยวกับความปกติ และผิดปกติของร่างกาย เป็น  
ปัญหาที่มองเห็นชัดเจน ใค้แก่

6. ส่งเสริมให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอทั่วทุก เซลล์ของ
7. ช่วยให้ร่างกายมีความสมดุลของน้ำ และเกลือแร่
8. ช่วยให้ได้รับอาหาร เพียงพอ
9. ใ้หม้การขับถ่ายปกติ
10. ส่งเสริมการควบคุมหน้าที่การทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ
11. ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อและการรับรู้ของระบบ

ร่างกาย

ประสาทให้เป็นไปตามปกติ

กลุ่ม ค. ปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็น  
ปัญหาที่มองไม่เห็นเด่นชัด ต้องอาศัยวิธีการศึกษาหลายวิธี เช่น การฟัง การดูแลผู้ป่วยเป็น  
รายบุคคล

12. วิเคราะห์และยอมรับการแสดงปฏิกิริยา ความรู้สึก และ  
ปฏิกิริยาทั้งทางบวกและทางลบ

13. วิเคราะห์และยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายกับอารมณ์
14. ส่งเสริมการใช้คำพูด และการแสดงออกของท่าทาง เพื่อ

การติดต่อสื่อสาร

15. ส่งเสริมให้มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากขึ้น
16. รักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อการบำบัดรักษา
17. ส่งเสริมให้เขาใจตนเอง และปรับตัวกับความเป็นจริง

ของชีวิต

กลุ่ม ง. ปัญหาทางสังคม ชุมชน ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อยุ่วย อาจเป็น ปัญหาเคนซัค หรือซอนเรน ไคแก

18. ทองตระหนักอยู่เสมอว่า ยู่วยแต่ละคนมีความต้องการแตกต่างจากผู้อื่น ทั้งทางกาย อารมณ์ และจิตใจ

19. ยอมรับสภาพร่างกาย และจิตใจ ที่สามารถทำได้ในขอบเขตจำกัด

20. ไซทรัพยากรในชุมชน นำมาใช้แก้ปัญหาความเจ็บป่วย

21. เขาใจปัญหาของสังคมว่า มีบทบาทต่อการเกิดโรค<sup>1</sup>

นิโคลี เดอ มูเชล (Nicoli Du Mouchel) ได้ให้ข้อคิดความ ต้องการประการแรกที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ คือความต้องการกาย ใจ แยกการ หายใจ รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ พักนอน หลับนอน ไม่วายป่วยไม่รู้สึกตัว หรือผู้ป่วยหนัก ต้องการสิ่งเหล่านี้ทั้งสิ้น เมื่อพระยะวิฤติไป ความต้องการด้านจิตใจจะตามมา พยายาม ต้องการเขาใจถึงความต้องการเหล่านี้ และยู่วยที่เขาอยู่ในโรงพยาบาลจะมีระกับ ความ ต้องการแตกต่างกัน แต่ความต้องการความปลอดภัย ยู่วยต้องการมากที่สุด เมื่อได้รับการ ตอบสนองความต้องการกาย และความปลอดภัยเป็นที่พึงพอใจ ความต้องการ ความรัก ความเป็นเจ้าของจะเกิดตามมา ยู่วยจะรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง คิดถึงครอบครัว

<sup>1</sup> Ruth V. Matheney, et al., Fundamentals of Patient-Centered Nursing, 2d ed. (Saint Louis : C.V. Mosby Co., 1968), p.20.



และเพื่อน ของการศึกษากับบุคคลอื่น เพื่อความมั่นคง และการยอมรับจากกลุ่ม<sup>1</sup>

### ข. บทบาทของผู้ป่วย

คนทุกคนมีบทบาท และความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง และสังคม ผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน สังคมโคกกำหนดบทบาทขึ้น ตามแนวความคิดของ ที พาร์สัน (T. Parsons) ดังต่อไปนี้

1. ใ้รับการยกเว้นบทบาทที่ตองรับผิดชอบตามปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค เช่น ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบในหน้าที่มีคามารคา สามี่หรือกรรยา และสังคมยังยอมให้ไ้พักยอนอื่กควย

2. ใ้หาศัษย์บุคคลอื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ไ้ทั้งหมด จึงตองหาศัษย์บุคคลอื่นทั้งในคานก่าลังใจ และการทักสินใจ

3. ปรารอนาใ้หายจากโรค ความปรารอนาของผู้ป่วย คือใ้หาย จากโรค เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย ทุกข์ทรมาน พิการ หรือ อาจตายไ้ไ้วันไ้คว้นหนึ่ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงตองการใ้หาการคี่ขึ้น

4. สิทธิที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ เพื่อช่วยใ้กลับฟื้นคืนสู่สภาพ เคิม ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย และสังคมกำหนดใ้ผู้ป่วย ยอมใ้ความรวมมือแกแพทยควย<sup>2</sup>

การกำหนดบทบาทของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสังคม และวัฒนธรรม ในสังคมที่ตอง พึ่งพาอาศัยตนเอง ผู้ป่วยจะพยายามใ้พ้นจากสภาพผู้ป่วย (Sick Role) ไ้เร็วที่สุด และจะพยายามช่วยเหลือตนเอง ส่วนในสังคมที่บุคคลในครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนม

<sup>1</sup> Nicolli Du Mouchel, "Are We Really Meeting Our Patients' Needs?" Canadian Nurse 66 (November 1970) : 40.

<sup>2</sup> Luckmann, and Sorensen, Medical-Surgical Nursing, p.p.74-75.

กันมาก เป็นครอบครัวใหญ่ บุคคลจะยอมรับการรักษาพยาบาลจากบุคคลในครอบครัว และ  
 เจาหน้าที่ในที่มสุขภาพเป็นอย่างดี ผลการศึกษาเรื่องบทบาทของพยาบาลโดย พาตินฮารา  
 พี บานูมาตี (Patinhara P. Bhanumathi) โดยศึกษาจากพยาบาล 60 คน ซึ่ง  
 ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอินเดีย และอเมริกา พบว่า พยาบาลอเมริกัน  
 คาดหวังให้พยาบาลใคเรียนรูเกี่ยวกับกรคำเนนของโรค และวิธีการรักษาพยาบาลว่าจะมี  
 อะไรเกิดขึ้น พยาบาลควรจะมีสุขภาพ ไม่วิตกกังวล มีความหวัง ส่วนพยาบาลอินเดียต้องการให้  
 พยาบาลปรับตัว เป็นมิตร ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สำหรับพยาบาลระยะเฉียบพลัน  
 นั้น พยาบาลอเมริกันหวังให้พยาบาลทำทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อให้อาการดีขึ้น เชื้อฟ้ง และช่วยเหลือ  
 ตัวเองให้มากที่สุด ส่วนพยาบาลอินเดียต้องการให้พยาบาลสลดขึ้น กระทำในสิ่งที่เห็นว่าสำคัญ  
 ออกทนต่อความเจ็บปวด เจ็บเฉย และต้องยอมรับที่จะฟังพวาอาศัยบุคคลอื่น<sup>1</sup> ผลการวิจัย  
 นี้เห็นไควว่า ความคาดหวังของพยาบาลในแต่ละสังคมจะแตกต่างกัน และจะยิ่งก่อให้เกิดปัญหา  
 มากขึ้น เมื่อความคาดหวังของพยาบาล และพยาบาลไม่ตรงกัน มีปัญหาเกิดขึ้นไคเสมอ คือ  
 พยาบาลไม่สามารถยอมรับบทบาทของพยาบาลใค ทำให้เกิดความเครียดและความคับข้องใจ  
 กลายเป็นพยาบาลที่เฉวในสายตาของเจาหน้าที่ คือ ไม่เชื่อฟ้ง ชอบซักถาม เป็นคน

#### ค. สิทธิของพยาบาลที่พึงไควรับจากโรงพยาบาล

โรงพยาบาลในต่างประเทศบางแห่ง จะกำหนดสิทธิที่พยาบาลจะไควรับจาก  
 โรงพยาบาล หรือเจาหน้าที่ของโรงพยาบาลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นคู่มือแจกแก่  
 พยาบาลทุกคน ทั้งนี้เพื่อช่วยใพยาบาลเกิดความมั่นใจและรับรู้สิทธิของตนเอง สมาคมโรง-  
 พยาบาลอเมริกา ไควกำหนดสิทธิของพยาบาลไว้เป็นหลักฐานเช่นเดียวกัน เพื่อให้พยาบาลไควรับ

<sup>1</sup> Patinhara P. Bhanumathi, "Nurses' Conceptions of Sick Role and Good Patient Behavior : A Cross Cultural Comparison," International Nursing Review 24 (January-February 1977) : 20 - 24.

การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย และโรงพยาบาล สิทธิของผู้ป่วย  
มีดังต่อไปนี้

1. จะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี
2. แพทย์จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคอย่างเพียงพอและเหมาะสม
3. ก่อนเริ่มทำการรักษา หรือเริ่มวิธีการรักษาพยาบาลใหม่จะต้องได้

รับคำยินยอมจากผู้ป่วยทุกครั้ง

4. มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาใดในขอบเขตของกฎหมาย
5. จะได้รับการดูแลโดยคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล
6. บันทึกและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่จะเก็บไว้เป็น

ความลับ

7. ผู้ป่วยจะได้รับการบริการที่ดีที่สุดตามความสามารถ
8. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหนึ่งไปอีก

โรงพยาบาลหนึ่ง

9. การเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือทดลอง จะได้รับคำยินยอมจาก

ผู้ป่วยทุกครั้ง

10. มีสิทธิที่จะคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง
11. มีสิทธิที่จะตรวจสอบ และได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
12. มีสิทธิที่จะไต่ถามฐานะเยี่ยมของโรงพยาบาลเพื่อช่วยใหญ่ผู้ป่วยปฏิบัติ

ไต่ถามของ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nancy Quinn, and Anne R. Somers, "The Patient's Bill of Rights," Nursing Outlook 22 (April 1974) : 240 - 244.

## ปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการวินิจฉัยโรคและภาวะความเจ็บป่วย

คนทุกคนเมื่อเจ็บป่วยขึ้น จะใช้กลไกทางจิตในการปรับตัว เพื่อลดความเครียด ผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้กลไกแตกต่างกัน และในระบับความรุนแรงต่างกันด้วย ทั้งนี้ต้องอาศัยประสบการณ์และบุคคลอื่นคอยช่วยเหลือ สนับสนุน พร้อมทั้งอาศัยเวลาในการปรับตัว ผู้ป่วยทุกคนจะเกิดความวิตกกังวล ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยเป็นความล้มเหลว หรืออย่างน้อยเป็นความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย และอาจถึงตายได้ จึงมีความวิตกกังวล เพราะห่วงใยชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง ในระยะแรกจะอยู่ในภาวะช็อค คือช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นกลไกทางจิตที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถทนต่อภาวะที่เกิดขึ้นได้ ปฏิเสธความเจ็บป่วย ห้ามบุคคลอื่นกล่าวถึงความเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ ระยะนี้อาจแสดงออกโดยการไม่รับประทานอาหาร ต่อมาระยะเริ่มยอมรับมากขึ้น โดยการแสวงหาเห็นว่าสงสัย มีการซักถามปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ในระยะเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าวเหว ใจหาย เพราะมีความรู้สึกเหมือนกับการเผชิญปัญหาควยตัวคนเดียว จึงแสดงพฤติกรรมมดอยหลัง และต้องการพึ่งพาอาศัยคนอื่น มาสโลว์ (Maslow) กล่าวว่า พฤติกรรมมดอยหลังเป็นกลไกการปรับตัวอย่างหนึ่งต่อความเครียด คือ เมื่อเจ็บป่วยต้องการคนคุ้มครอง ทำหน้าที่เสมือน "แม่" จึงยึดพยาบาลเป็นผู้คอยช่วยเหลือ และต้องการการดูแลอย่างนุ่มนวล ควบความรักและเห็นอกเห็นใจ (Tender, Loving Care) ผู้ป่วยเกือบทุกคนมักจะคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดความกลัว เช่น เมื่อเข้าโรงพยาบาลจะกลัวเครื่องมือ กลัวความเจ็บปวด พิการ กลัวตาย และเกรงจะเป็นภาระแก่คนอื่น ความกลัวเหล่านี้จะเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก และคิดที่ว่ามาเรื่อย ๆ แต่ถูกเก็บกดไว้ เมื่อเจ็บป่วยจึงแสดงออกมา ผู้ป่วยบางคนเมื่อเจ็บป่วยขึ้นจะรู้สึกผิด และละอาย ทั้งนี้เพราะความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาเขาเกี่ยวข้องกับ เช่น คิดว่าเจ็บป่วยเพราะทำบาป ถูกลงโทษจากพระเจ้า จึงทำให้มีการบนบานศาลกล่าว เพื่อให้ช่วยคุ้มครอง ถ้าหากในระยะเจ็บป่วยนี้ไม่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนที่ดีหรืออาการรุนแรงต่อไป อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ หมกหมองมากขึ้น<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Luckmann, and Sorensen, Medical-Surgical Nursing, pp.74-76.

## ผู้ป่วยและครอบครัว

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤติที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ระบบครอบครัวเป็นระบบที่ทุกคนต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependent) สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทของตนเอง และมีส่วนเกี่ยวข้องของกัน คนทุกคนในครอบครัวจะระลึกอยู่เสมอว่า เขาเป็นใคร มีหน้าที่อย่างไร ดังนั้นจึงมีการแลกเปลี่ยนความรักซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดออกไปจากระบบจะมีผลต่อคนอื่นด้วย<sup>1</sup> แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการปรับตัว ในบางครอบครัวอาจเห็นว่า ความเจ็บป่วยจะคุกคามชีวิต บางครอบครัวอาจรับรู้ว่าเป็น การเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือถาวร แต่ถึงอย่างไรก็ตามจะ ก่อให้เกิดปัญหาถึงต่อไปนี้คือ

- ก. ขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว บิดา-มารดา บิดา-บุตร  
สามี-ภรรยา
- ข. ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาจต้องออกจากงาน หรือโยกย้ายงานใหม่
- ค. พลัดพรากจากกัน ต้องย้ายสถานที่อยู่จากบ้านไปยังโรงพยาบาล ก่อให้  
เกิดความวิตกกังวล
- ง. เกิดปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร
- จ. กระทบกระเทือนบทบาทสำคัญของแต่ละบุคคล เช่น ภรรยาต้องรับผิดชอบ  
ในการทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว<sup>2</sup>

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย จะมีผลต่อบุคคล และบทบาท

<sup>1</sup> Florence Williams, "The Crisis of Hospitalization," Nursing Clinics of North America 9 (March 1974) : 37 - 45.

<sup>2</sup> Ruth F. Craven, and Benita H. Sharp, "The Effects of Illness on Family Functions," Nursing Forum 11(2 1972) : 182 - 193.



ของบุคคลอื่นด้วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการจะกระทบกระเทือนมากขึ้น นอกจากนี้การพลัดพรากจากกัน ถือว่าเป็นการสูญเสียอย่างหนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปรับตัวล้มเหลว การพรากจากบุคคลที่รักเกิดขึ้นโดยเสมอ เช่น การตาย การแต่งงานของคนที่ยรัก และมีความสำคัญ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็เป็นการพรากจากกันกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตร และเพื่อน

### ผู้ป่วยและโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นสถานที่แปลก ใหม่ น่าตื่นเต้น น่ากลัว เต็มไปด้วยแสง เสียง และกลิ่น ซึ่งแตกต่างจากสังคมภายนอก ผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาล ต้องการบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร อบอุ่น เห็นอกเห็นใจ ต้องการความรัก การยอมรับ ให้เกียรติและความปลอดภัย ใ้รับการดูแลถึง เช่นบุคคลหนึ่งที่มีคา องค์กรประกอบต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมเร็วยิ่งขึ้น เพราะการสร้างบรรยากาศในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ อบอุ่น จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี

ก. โรงพยาบาลในสายตาของบุคคลทั่วไป โรงพยาบาลเป็นสถานที่รักษา ผู้เจ็บป่วย ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพอนามัย แต่ในสายตาของผู้ป่วย นอกจากโรงพยาบาลจะให้บริการทั้งกายแล้ว ยังมีลักษณะปลีกย่อยที่มีผลต่อผู้รับบริการดังต่อไปนี้คือ

1. ไม่มีความเป็นส่วนตัว (Lack of Privacy) ท้นที่ที่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล และแพทย์ต้องการรับไว้รักษา ความเครียดจะเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่สำนักงานรับผู้ป่วยใหม่ (Admitting Office) วิธีรับผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาลบางแห่งจะสร้างความรู้สึกในทางลบ (Negative Feeling)<sup>1</sup> ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

<sup>1</sup>Anna A. Green, "Helping the Patient Adjust to Illness," in Nursing in the Seventies, ed. Anne Roe and Mary Sherwood (New York : John Wiley & Sons, 1973), pp. 65-67.



มากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยกังวลเรื่องความเจ็บป่วยคานร่างกาย ยังถูกบังคับให้นั่งเฉย ๆ คอยตอบคำถามซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัวทั้งสิ้น เช่น วัน เดือน ปี เกิด สถานภาพสมรส ชื่อ บิคา มารดา บางครั้งเป็นการตั้งคำถามแบบเผด็จการ และคุกคามผู้ป่วยมาก<sup>1</sup> ทอมาต้อง เปลี่ยนเสื้อผ้าของโรงพยาบาล ซึ่งไม่มีคิซิดเท่าที่ควร การตรวจร่างกายจำเป็นจะต้อง เปิดเผยอวัยวะที่ควรปกปิด โดยมี แพทย์ พยาบาล นักศึกษาเข้ามาเกี่ยวของมากมาย และ หลายระดับ นอกจากนี้วิธีการรักษาพยาบาลบางอย่าง เช่น การเตรียมยาตัด ทำความ สะอาดร่างกาย กระทำโดยบุคคลที่ไม่คุ้นเคยทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนแปลงกิจกรรม ทั่ว ๆ เกือบทั้งหมด และทำตามคำสั่ง เช่น เวลานอน รับประทานอาหาร การใช้หมอน นอนถ่ายอุจจาระปัสสาวะหลังยาตัด หรือต้องนอนอยู่กับเตียงนาน ๆ และเกือบตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้มีเจ้าหน้าที่มาซักถาม และบันทึกประวัติต่าง ๆ ทั้งเรื่องเกี่ยวกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีบุคคลอีกหลายคนมาอ่านรายงานนี้ ตลอด 24 ชั่วโมง จะมี บุคคลมากมายเข้ามาติดต่อกันในหอ หรือที่เตียงผู้ป่วย ดังที่ เบลมา อิงเกิล (Thelma Engles) กล่าวไว้ว่า ภาวะเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยยุ่งยากใจมากขึ้น เพราะการเข้ามา หมายไคมีการแนะนำตัว ไมไคเล่าประวัติหรือแจ้งวัตถุประสงค์<sup>2</sup> ผู้ป่วยจึงเปรียบเสมือน เป็นวัตถุที่กระทำทุกสิ่งทุกอย่างไคอยู่ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ ไม่มีสิทธิที่จะป้องกัน ตนเอง<sup>3</sup>

2. เติมน้ไปควยเครื่องแบบ เครื่องมือภาษาแปลก ๆ ในโรงพยาบาล จะมีเจ้าหน้าที่แต่งตัวแตกต่างกัน แต่คล้ายคลึงกันมากจนผู้ป่วยไม่สามารถแยกออกจาก กันไค มีไขว้วุ่นผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการแต่งกายของเจ้าหน้าที่เพียงอย่างเดียว ยังต้อง

<sup>1</sup> Ibid.

<sup>2</sup> Thelma Ingles, "Do Patient Feel Lost in a General Hospital?" American Journal of Nursing 60 (May 1960): 648.

<sup>3</sup> King, Perception of Illness and Medical Practice, pp.350-352.

เผชิญกับภาษาที่ไม่คุ้นเคย และไม่เข้าใจ ผู้ป่วยซึ่งเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จะคุ้นเคยกับคำพูดบางคำเป็นอย่างดี แต่สำหรับผู้ป่วยใหม่จะเห็นว่า เป็นคำพูดที่แปลก และเจาหนาที่ยังมีทางทางแปลก ๆ อีกด้วย เช่น มีการเร่งรีบ ส่งเสียงเอะอะโครมคราม คำพูดที่ใช้เป็นศัพท์ทางการแพทย์ และเป็นคำย่อเสียเป็นส่วนใหญ่ คำพูดเหล่านี้จะเป็นสิ่งกีดขวางระหว่างโรงพยาบาลกับสังคมภายนอก ทำให้ทางเห็นกันมากขึ้น นอกจากนี้โรงพยาบาลยังเต็มไปด้วยเครื่องมือซึ่งไม่เคยเห็นมาก่อน เช่น O<sub>2</sub> Tent เครื่องเอกซเรย์ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือเหล่านี้มีเสียงดัง และอยู่ในระดับเดียวกันตลอดเวลา ผู้ป่วยใคร่รับสิ่งกระตุ้นทางประสาทสัมผัสคงที่ หรือถูกกระตุ้นมากเกินไป รวมทั้งไม่เข้าใจสิ่งเหล่านั้น สิ่งที่เกี่ยวข้องของอีกอย่างหนึ่งคือเมื่อวิทยาศาสตร์การแพทย์เจริญก้าวหน้า มีเครื่องมือทันสมัยมากมาย จนโรงพยาบาลในปัจจุบันคำนึงถึงเครื่องมือ (Machine Oriented) มากเกินไป ความสนใจของบุคลากรจะอยู่ที่เครื่องมือมากกว่าสนใจความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ การใช้เครื่องมือเหล่านี้โดยที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ จะทำให้มีการรับรู้ผิด ๆ เช่น เมื่อตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า จะกลัวถูกไฟฟ้าชอต เป็นต้น

3. บรรยากาศแตกต่างจากสังคมภายนอก โรงพยาบาลมีแสง เสียง กลิ่นเฉพาะ สำหรับบุคลากรจะคุ้นเคยกับสิ่งเหล่านี้เป็นอย่างดี แต่เป็นเรื่องแปลกสำหรับผู้ป่วย และนาราคาญอีกด้วย การแต่งตัวหรือกิจกรรมบางอย่างแตกต่างจากบุคคลทั่วไปทั้งสิ้น เช่น เมื่อเดินออกไปข้างนอกจะมีพยาบาลติดตามไปคอย คอยจูงมือ หรือให้ความช่วยเหลือ คอยนั่งรถเข็นไปยังแผนกต่าง ๆ และแม้กระทั่งเมื่อกลับบ้าน สิ่งเหล่านี้เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่แสดงว่ามีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย แต่บางครั้งเป็นเรื่องแปลกประหลาด และนาราคาญสำหรับผู้ป่วยเช่นกัน เสียงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โคนแก็ เสียงเครื่องมือ

---

<sup>1</sup>Robert Bernhard, "The Dehumanized Hospital Hurts You and Your Patients," Nursing Digest 5 (1 Spring 1977) : 39 - 41.

ลัพท์ ปีกเปิดประตู ล้อเข็น เสียงพูดคุยและเสียงร่องครวญคราง ก่อให้เกิดความรำคาญ  
เช่นเดียวกัน

4. กิจกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ป่วยจะต้องทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับงานประจำของโรงพยาบาล และอยู่ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ แม่กระหังในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การนอน การตื่นนอน ให้สอดคล้องกับการรักษาพยาบาลอื่น ๆ และให้เสร็จทันเวลา การปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล จึงทำให้กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเกือบทั้งสิ้น นอกจากนี้ผลของความเจ็บป่วยทำให้ต้องถูกจำกัดกิจกรรม นอนเฉย ๆ จำกัดเวลาและคนเยี่ยม สิ่งเหล่านี้ยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวมากขึ้น แม้ว่าในโรงพยาบาลจะมีสิ่งกระตุ้นมาก แต่การรับรู้ก็ไป เพราะผู้ป่วยไม่เข้าใจ จึงคิดว่าอาจก่อให้เกิดอันตราย<sup>1</sup>

5. ความคาดหวังของบุคลากร เนื่องจากบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role) บังคับให้ไม่มีอิสระ ของอาศัยบุคคลอื่น ประกอบกับกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่กำหนดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องยอมปฏิบัติตาม เพื่อจะได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ป่วยที่ดี เพราะผู้ป่วยที่ไม่เชื่อฟัง ขอมซักถาม คือผู้ป่วยที่เลว บางครั้งจึงเกิดความขัดแย้งในใจใคร่เสมอ เนื่องจากไม่ยอมรับบทบาทที่สังคมกำหนดขึ้น

6. เป็นสถานที่ที่ก่อให้เกิดความทุกข์และความแปลกแยก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น บางคนอาจมองโรงพยาบาลเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จากการถูกคัด เจาะ เลือด ฉีดยา และถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจอย่างยิ่ง นอกจากนี้ โจน ลัคแมน (Joan Luckmann) และ คาเรน ซี โซเรนเซน (Karen C. Sorensen) ยังได้กล่าววาทะของบุคลากรที่ไม่เป็นมิตรจะทรมานจิตใจผู้ป่วยมาก เช่น การทำหนิ คุ หรือมองผู้ป่วยเป็นตัวเลข ทั้งนี้เพราะมนุษย์ไม่ชอบการผูกกระแทกแตกกัน หรือถูกสอบสวน<sup>2</sup> ในความคิดของผู้ป่วยบางคน

<sup>1</sup>Carter, Psychosocial Nursing, p. 19.

<sup>2</sup>Luckmann, and Sorensen, Medical Surgical Nursing, p.61.

เห็นว่า โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่จะช่วยให้อาการดีขึ้น จึงยินดีทำทุกอย่างเพื่อช่วยให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม และต้องการมีชีวิที่ยืนยาว ปราศจากความทุกข์ทรมาน และคาความคุกคามก็จะคิดเช่นนี้เช่นเดียวกัน คือไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร

### ข. ความเครียดของผู้ป่วยซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ครั้งที่ จอร์จ แอล เอนเจล (George L. Engel) ได้สรุปสาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดทางจิตใจว่า เกิดจากการสูญเสีย หรือกลัวจะสูญเสียสิ่งที่มีค่าแก่ชีวิต การได้รับอันตรายหรือกลัวจะเกิดอันตราย และความคับข้องใจ<sup>1</sup> เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะเห็นว่า สาเหตุของความเครียดเป็นไปในแนวเดียวกัน และมีการแสดงออกทางอารมณ์ คือความวิตกกังวลในผู้ป่วยทุกคน ทั้งนี้เพราะความเจ็บป่วยจะเกี่ยวข้องกับความตาย ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นความสูญเสียอย่างหนึ่ง แมผู้ป่วยจะยอมรับว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์เจริญก้าวหน้าเพียงใดก็ตาม ยังมีความคิดว่า โรงพยาบาลไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ทั้งหมด อาจเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีความผิดปกติขึ้นได้เสมอจากการผ่าตัด การให้ยา ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งไม่ได้เปิดเผยชื่อได้บรรยายถึงประสบการณ์ของเขาเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่า "วิธีการต้อนรับ การรักษาพยาบาล เป็นสิ่งที่น่าสะพึงกลัวเหลือเกิน เขาเขาโรงพยาบาลตอนเย็น เจาหนานำอาหารมาให้พร้อมกับบอกว่า ไม่สามารถส่งอาหารใหม่ได้ทัน ขอให้รับประทานอาหารชุดนี้ไปก่อน เนื่องจากผู้ป่วยรายหนึ่งถึงแก่กรรมไป หลังจากนั้นพยาบาลได้ถือถาดยามาให้เขาดีกอีก แต่เนื่องจากได้ซักถามเสียก่อน จึงไม่ได้รับประทานยานั้น" จากประสบการณ์นี้เขามีความเห็นว่า วิธีการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยขึ้นได้<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Engel, Psychological Development in Health and Disease, pp. 288 - 304.

<sup>2</sup>Anonymous, "A Consumer Speaks Out About Hospital Care," American Journal of Nursing 76 (September 1976):1443-1444.

อาร์โนลด์ เจ แมนเดล (Arnold J. Mandell) และ แมรี พี แมนเดล (Mary P. Mandell) โทกลาวว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมี 2 ประการ คือ การพลัดพราก (Separation Anxiety) กลัวถูกทอดทิ้ง หรือไม่ได้รับการดูแลที่ี และกลัวเจ็บปวด (Primitive fear of being hurt) ซึ่งตรงกับทฤษฎีของ فروยด์ที่ว่า เป็นความรู้สึกที่คิดตัวมาตั้งแต่เด็ก<sup>1</sup>

ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวพิการ หรือสูญเสียอวัยวะ เช่น ในผู้ป่วยไปลิโอ โรคหัวใจ หรือผื่นคันอวัยวะสำคัญ เช่น เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งเป็นเครื่องแสดงทางเพศ ดังนั้นเมื่อมนุษย์วิตกกังวลเรื่องความพิการ จะคาดการณสิ่งที่จะเกิดขึ้นไวล่วงหน้าว่าอาจต้องถูกจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และแบบแผนการดำเนินชีวิตจะเปลี่ยนไป ทำให้เจตคติของสังคมต่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเลย ต้องสูญเสียบทบาท ตำแหน่ง และฐานะในสังคม ความวิตกกังวลเหล่านี้มักเกิดจากความไม่รู้ ดังขอเขียนของบีแลนด์ (Beland) และ จอร์จ แอล เอนเจล (George L. Angel) ที่ว่า ความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้ทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นไวล่วงหน้า และเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้การรับรู้ผิด ๆ หรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง<sup>2,3</sup> มีผลงานวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับรูสภาพทั่วไป (Condition) ของเขา มากเท่าใด จะให้ความร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยได้รับคำอธิบาย

<sup>1</sup>Arnold J. Mandell, and Mary P. Mandell, "What can Nursing Learn from Behavioral Sciences?" American Journal of Nursing 63 (June 1963) : 104 - 107.

<sup>2</sup>Beland, and Passos, Clinical Nursing Pathophysiologic and Psychosocial Approaches, p.377.

<sup>3</sup>King, Perceptions of Illness and Medical Practice, pp.349-390.



ไม่สมบูรณ์ จะก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ การไม่เตรียมผู้ป่วยก่อนยาจะทำให้เกิดความเครียดรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไ้รับคำแนะนำ และเข้าใจองแทในสิ่งที่คาดหวัง<sup>1</sup> แต่ในสภาพการณ์จริงผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เข้าใจกระบวนการของโรค การวินิจฉัยโรคและวิธีการรักษา จึงไม่สามารถจะตัดสินใจควาควรจะให้ความช่วยเหลือ รวมมืออย่างไร ดังนั้นอะเดลไฮด์ วาสเนอร์ (Adelheid Wassner) จึงเสนอว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลควรจะสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยไ้รับข้อมูลที่แท้จริงและเหมาะสม มีการศึกษาลือสารในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและห่วงใย โดยคำนึงถึงความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล<sup>2</sup> นอกจากนี้ เจมส์ เค สคิปเปอร์ (James K. Skipper) ยังได้กล่าววว่า การให้ข้อมูล และคำอธิบายแก่ผู้ป่วยก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ ซึ่งพอสรุปได้คือ

1. ลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความเข้าใจและสบายใจ

2. เกิดความมั่นใจว่า แพทย์เข้าใจผู้ป่วย และโรคของเขาเป็นอย่างไร สามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ เพื่อช่วยไ้กลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว

3. ช่วยให้ผู้ป่วยรวมมือในการรักษาพยาบาล

4. ผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพของตนเองไ้ได้อย่างสมบูรณ์<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Joan S. Dodge, "Factors Related to Patients' Perceptions of their Cognitive Needs," Nursing Research 18 (November-December 1969) : 502.

<sup>2</sup>Adelheid Wassner, "Patient Care for Safety," International Nursing Review 23 (September-October 1976) : 144 - 147.

<sup>3</sup>James K. Skipper, Jr., "Communication and the Hospitalized Patient," in Social Interaction and Patient Care ed. James K. Skipper and Robert C. Leonard (Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1965), pp. 61 - 80.



ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วยควรได้รับในสิ่งที่ต้องการ การศึกษาของคอคจ (Dodge) พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ การวินิจฉัยโรค แต่มีขาดของการรู้เพียงชื่อโรคเท่านั้น ยังต้องการรู้ว่า มีความผิดปกติอะไรบาง สภาพทั่วไปเป็นอย่างไร รวมทั้งผลการตรวจและการทดสอบต่าง ๆ ด้วย<sup>1</sup> การที่ได้รับรู้กระบวนการต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น แต่มีปัญหากันกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยอยู่เสมอ คือมีสาเหตุจากทั้ง 2 ฝ่าย สำหรับผู้ป่วยนั้นไม่กล้าถามแพทย์และพยาบาล เพราะเห็นว่ามั่งงานยุ่งอยู่ตลอดเวลา เช่น ใญ่พยาบาล และบางครั้งกลัวจะถูกดูว่า ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ระยะหลังมาตุ้กเขาไม่ใ้พูดคุ้กับใ้ใครเลย ศัลยแพทย์จะสนใจบริเวณที่มาตุ้ก และเรื่องที่เกี่ยวข้องของเข้ Cardiac Output เพียงอย่างเดียว"<sup>2</sup> นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามแพทย์ เพราะกลัวจะไม่ใ้รับคำตอบที่พึงพอใจ หรือคิดไปว่า แพทย์ หรือ พยาบาลคงจะไม่บอกความจริงทั้งหมด เป็นคน และคำตอบเหล่านั้นมีบางส่วนที่ผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจอีกด้วย นอกจากนี้ สคิปเปอร์ (Skipper) ยังให้ความเห็นเพิ่มเติมอีกว่า การที่ใ้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์นั้น เนื่องมาจากแพทย์ต้องการป้องกันตนเอง แม้วัทยาศาสตรการแพทย์จะก้าวหน้าเพียงใ้โลกตาม ยังคงมีวิธีการรักษาบางอย่างซึ่งยังไม่แน่นอน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจึงไม่บอกผู้ป่วยใ้น้อยลง<sup>3</sup>



<sup>1</sup>Dodge, "Factors Related to Patients' Perceptions of their Cognitive Needs," Nursing Research : 502.

<sup>2</sup>Bernhard, "The Dehumanized Hospital Hurts You and Your Patients," Nursing Digest ; pp. 39 - 40.

<sup>3</sup>Skipper, Social Interaction and Patient Care, p. 85.

เอสเทอร์ แอล บราวน์ (Esther L. Brown) โคออดิแกตอ  
เขียนของฟิลด์ (Field) จากเรื่อง "Patients are people" โดยสรุปสภาพจิตใจ  
ของผู้ป่วยหลายรายที่ไม่เข้าใจลักษณะและวิธีการรักษาในโรงพยาบาลไว้ดังนี้

ผู้ป่วยเปรียบเสมือนตัวทดลอง (subject) ที่ต้องมีการตรวจสอบโดยที่  
ตนเองไม่เข้าใจ และไม่มีใครอธิบายผลการตรวจให้ฟัง พยาบาลเข้ามา  
พร้อมกับเข็มฉีดยา พรอทสำหรับวัดอุณหภูมิของร่างกาย เช่น เครื่องมือมา  
วางข้างเตียง ฟันเชากับแปรงและชา เมื่อทำเสร็จจะเห็นเครื่องมือออกไป  
การทดสอบบางอย่างผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่คุ้นเคย เจ็บปวด ทงใจ และไม่  
มีใครสนใจจะอธิบายให้ฟังถึงวิธีการ และผลการตรวจนั้น ๆ ผู้ป่วยไม่กล้า  
ถามแพทย์ เพราะทุกคนมีงานยุ่ง และกลัวจะรบกวนค่าตอบแทน เหตุผลดังกล่าว  
จึงไม่มีทั้งคำถาม และคำตอบเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิด  
ความไม่แน่ใจขึ้น<sup>1</sup>

ฟลอเรนซ์ นิติงเกิล (Florence Nightingale) โคออดิแกตอ  
ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยไว้ในหนังสือ Notes on Nursing ซึ่ง  
น่าสนใจมาก คือ

Apprehension, uncertainly, waiting, expectation, fear  
of surprise, do a patient more harm than any exertion.  
Remember, he is face to face with his all the time inter-  
nally wrestling with him, having long imaginary conversa-  
tion with him. You are thinking of something else. Rid  
him of his adversary quickly, is a first rule with the  
sick.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Esther L. Brown, Newer Dimensions of Patient Care, Part I. (New York: Russell Sage Foundation, 1961), pp. 12 - 13.

<sup>2</sup>Florence Nightingale, Notes on Nursing: What is it and What it is Not, (London: Harrison and Sons, 1860), p. 53.

ควยเหตุผลดังกล่าวจึงแน่ใจได้ว่า เมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลอย่างแน่นอน อันเนื่องจากสาเหตุหลายประการ แม้ผู้ป่วยทุกคนจะยอมรับว่า โรงพยาบาลมีความตั้งใจจะรักษาให้รอดชีวิต หรืออย่างน้อยที่สุดจะไม่ฆ่าผู้ป่วย แต่สิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับตัวเขาเอง เมื่ออยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล เขาจะตองเจ็บปวด มีความทุกข์ และเป็นสภาพที่น่าสงสาร เขาจะตองนอนคิดคาดการณ์เกี่ยวกับอนาคตที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยรายหนึ่งโคเล่าให้ฟังว่า

เขาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 4 สัปดาห์ โดยไม่มีใครรับความเจ็บปวดทางร่างกาย จากวิธีการรักษาพยาบาลเลย แต่สภาพจิตใจของเขาไม่ดีขึ้นเลย เขาพยายามจะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ แต่ไม่มีใครยอมรับว่าเขาเป็นบุคคลหนึ่งที่มีคุณค่า ในขณะที่ตัวเขาเองเปรียบเหมือนมีเพียงร่างกายซึ่งนอนอยู่บนเตียงเท่านั้น<sup>1</sup>

นี่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีโคตองการการดูแลเฉพาะอวัยวะส่วนโคส่วนหนึ่งที่เจ็บปวด ยังตองการการดูแลทางคานจิตใจ ใหญ่กำลังใจ และโครับความเห็นอกเห็นใจขณะอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่อีกควย

### ค. แหล่งความเครียดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเปรียบเสมือนเป็นแขกของโรงพยาบาล ซึ่งจะโครับการบริการที่ดี ใหญ่ผู้ป่วยโครับความปลอดภัย สะควสบาย เกิดความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ มีความมั่นคง ทั้งนี้เพื่อช่วยใหญ่ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะคานึงถึงสิ่งเหล่านี้ แต่ในทางปฏิบัตินั้น มักจะละเลยเสมอ เช่น ผู้ป่วยมักจะได้รับความสะดวกเพียงร่างกาย คือโรคที่เป็น โดยคานึงถึงคานจิตใจ และสิ่งที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากสิ่งแควคลุม ความเจ็บป่วย และสิ่งอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นควบคู่กับวิธีการรักษาพยาบาลน้อยมาก เมื่อพิจารณาถึงความเครียด และความวิตก

<sup>1</sup>King, Perceptions of Illness and Medical Practice, p.364.

กังวลของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยก้าวเข้ามาในโรงพยาบาล และมีสาเหตุจากเรื่องกฎระเบียบบางประการ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตาม เช่น การสวมเสื้อผ้าของโรงพยาบาล การจำกัดเวลาเยี่ยม จนถึงเรื่องกลัวตาย เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดของแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียด พอจะสรุปได้ 4 ประการคือ

1. สิ่งแวดล้อม (Hospital Environment) ลักษณะของโรงพยาบาลแตกต่างจากสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยสิ้นเชิง เช่น มีผู้ป่วยซึ่งมีความทุกข์ เจ็บปวด และทรมาน สิ่งที่อยู่หวงคือ การหายจากโรค แต่เมื่อพิจารณาอีกด้านหนึ่งคือความตาย หรือ ความพิการ กระบวนการที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นสิ่งเร้าให้เกิดความเครียดหลายประการ เช่น

ก. สถานที่ ผู้ป่วยจะต้องนอนเตียงซึ่งแตกต่างจากเตียงที่ผู้ป่วยนอนที่บ้าน ลักษณะการจัดเตียงเรียง เป็นแถวไกลชิดกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าทั้งสิ้น บารบารา บี มิงค์ลีย์ (Barbara B. Minckly) ได้สรุปว่าคนและสัตว์ต้องการสถานที่และอาณาจักรของตนเอง และเผ่าพันธุ์ โดยการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (Recovery Room) แนวว่าผู้ป่วยจะยังไม่รู้สึกตัว สิ่งแรกที่อยู่ป่วยกระทำไปโดยไม่รู้สึกตัว คือ ลูบคลำไม่กันเตียง และถามว่าเขาอยู่ที่ไหน? ทำผ่าตัดเสร็จแล้วหรือยัง? ต่อมาจะเริ่มมองหาบุคคลที่อยู่รอบตัว โดยเฉพาะพยาบาล เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวก็จะถามว่าจะกลับห้องของตนได้เมื่อใด? ซึ่งสนับสนุนความคิดว่า คนเราต้องการมีอาณาจักรของตนเอง เพราะการนอนในห้องพักฟื้น ต้องนอนบนรถนอน และวางไวไกลชิดกับบุคคลอื่นมาก แต่เมื่อกลับไปยังเตียงผู้ป่วย ระยะห่างระหว่างเตียงประมาณ 7 ฟุต เป็นระยะห่างพอที่ผู้ป่วยจะโตเป็นตัวของตัวเอง สามารถไขเครื่องไขต่าง ๆ เช่น โต๊ะ ลิ้นชัก นาฬิกา แวนตาไลต์อย่างอิสระ ทั้งนี้ ถ้าหากผู้ป่วยต้องนอนเตียงซึ่งไกลชิดกับบุคคลอื่นมากเกินไป นอกจากจะเกิดความเครียดแล้ว ยังไม่มีอิสระอีกด้วย อันเนื่องมาจากความเป็นเจ้าของหรือหวงแหน

<sup>1</sup> Barbara B. Minckley, "Space and Place in Patient Care," American Journal of Nursing 68 (March 1968) : 510.

อาณาจักรของตนเองนี้ คนเรามักจะไม่พอใจเมื่อเจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่นเข้ามาในห้องโดยไม่ได้เกาะประตู หรือมาติดต่อกันโดยมิได้มีการแนะนำตัว ไม่รู้จักชื่อ เหตุการณ์ดังกล่าวนี้เกิดขึ้นเสมอ ๆ เช่น ผู้ป่วยมักจะถูกเรียกเป็นชื่อเตียง หรือโรค โดยมีโกลดวถึงชื่อผู้ป่วยเลย ในระยะนี้ความต้องการความเกียรติยศและความภาคภูมิใจไม่ได้รับการตอบสนองเลย

นอกจากนี้ วิธีการจัดสถานที่ของโรงพยาบาลและการจัดห้องผู้ป่วยมีลักษณะเรียบง่าย ปราศจากสิ่งสวยงาม สดชื่น เช่น รูปภาพ ดอกไม้ มีแต่ความเศร้า โศกอยู่ตลอดเวลา เช่น เสียงร้องครวญครางความเจ็บปวด หรือมีผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยอื่น ๆ ก็มองเห็นเหตุการณ์เหล่านี้อยู่ตลอดเวลา

ข. วิธีการต้อนรับทัศนคติของพยาบาล พนักงานต้อนรับ และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและเป็นสิ่งสนับสนุนหรือเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวล โกรธ ทกใจ หรือกลัว ความรู้สึกเหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือหรือไม่ให้ความร่วมมือใดเช่นเดียวกัน จากผลการวิจัยของ เอชรีด เกียร์ตีเซน (H. Reed Geertsen) และคณะ เกี่ยวกับความพอใจของผู้ป่วยตอมบริการของโรงพยาบาล สรุปผลว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดเล็กมักจะพึงพอใจมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะของโรงพยาบาลและวิธีการรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อความพอใจของผู้ป่วย<sup>1</sup> นอกจากนี้จากข้อเขียนของบราวน์ (Brown) ที่ว่า บรรยากาศในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชนใน Waterville, Maine มีความเป็นมิตร เป็นกันเองกับผู้ป่วยมาก เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจะได้รับการต้อนรับจากพยาบาลในหน่วยรับผู้ป่วยใหม่ และมีเจ้าหน้าที่ไปส่งยังเตียงผู้ป่วย พร้อมกับแนะนำให้รู้จักกับพยาบาลประจำเตียงอีกด้วย<sup>2</sup>

<sup>1</sup>H. Reed Geertsen; Marilyn Ford, and C. Hilmon Castle, The Subjective Aspects of Coronary Care," Nursing Research 25 (May - June 1976) : 211 - 215.

<sup>2</sup>Brown, "Meeting Patients' Psychosocial Needs in the General Hospital" in Social Interaction in Patient Care, p.7.



ค. ไม่มีความเป็นส่วนตัว (Privacy) สาเหตุสืบเนื่องมาจากเรื่องสถานที่และวิธีการรักษาพยาบาลต่าง ๆ มักกระทำโดยเปิดเผย โลกคำหนึ่งถึงเกียรติของผู้ป่วย ทำให้ไม่ส่วนตัวของตัวเอง เมื่อเขามาจะถูกซักประวัติอย่างละเอียดถามเสียงคังจนผู้ป่วยรอบข้างได้ยิน ทำให้ผู้ป่วยอาย จึงไม่ให้ความจริงทั้งหมด วิธีการซักประวัติจะเป็นงาน Routine บางครั้งสำเนียงของแพทย์พยาบาลมีท่าที่ขมขมบังคับ และรีบเร่งเพื่อให้ได้คำตอบโดยไม่โลกคำหนึ่งถึงองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยการแนะนำตัว ผู้ป่วยทั่วไปต้องการแพทย์หรือพยาบาลประจำตัว แม้จะมีไคหมายความถึงแพทย์ประจำครอบครัว แต่ต้องการทราบว่า แพทย์หรือพยาบาลที่จะดูแลเขาตลอดเวลาที่อะไร เพื่อจะได้พูดคุยซักถามขอของใจได้ การที่บุคคลหลายคนเปลี่ยนหน้าเขามาให้การรักษายาวันละ 10-20 คน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากใจ และคล้ายกับเป็นการแบ่งแยกผู้ป่วยออกเป็นส่วน ๆ จึงไม่มีโอกาสจะได้ปรึกษาหรือระบายความรู้สึกกับใครคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ เพราะทุกคนเขามาควยการมีเครื่องใช้หรือยาอยู่ในมือ เมื่อทำงานเสร็จจะออกไปทันที

สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจมากอีกอย่างหนึ่งคือ การตรวจร่างกาย การเปิดเผยอวัยวะที่ควรปกปิด และการรักษาพยาบาลบางอย่างที่ไม่บอกล่วงหน้า หรือไม่ได้อธิบายให้เข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัวเผชิญกับเหตุการณ์เหล่านั้น ลูซี่ วายเคลลี (Lucie Y. Kelly) โลกลาวถึงสิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับรู้ มีดังต่อไปนี้คือ อธิบายเกี่ยวกับภาวะของความเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาล ทางเลือกในวิธีการรักษาต่าง ๆ รายละเอียดเกี่ยวกับผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และทุกสิ่งทุกอย่างที่จะกระทำกับผู้ป่วย จะไม่ใช่การบังคับ หรือชักชวนไหลมเล็ก แต่ให้สิทธิในการตัดสินใจ<sup>1</sup> ความรู้สึกของผู้ป่วยนั้น เมื่อหน้าคอกการปกปิดของแพทย์เหลือเกิน เช่น การไม่บอกความจริง หรือชักทอดให้ไปตามคนอื่น เป็นต้น

<sup>1</sup>Lucie Y. Kelly, "The Patients' Right to Know," Nursing Outlook 24 (January 1976) : 26 - 32.



ง. บุคลากร แหล่งของความเครียดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ บุคลากรในโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย ผู้ป่วยมีฐานะเหมือนคนในปกครอง ซึ่งจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ใ้เกือบหมด โดยไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคลคนหนึ่ง เนื่องจากการติดต่อในโรงพยาบาลมีลักษณะเป็นทางการ (Formal) มาก แพทย์คือผู้ให้การรักษา เพราะฉะนั้นจะเป็นผู้ตัดสินใจ และเป็นหัวหน้าทีม มีบทบาทในการออกคำสั่งและควบคุมการปฏิบัติงาน<sup>1</sup> โดยมองเจ้าหน้าที่คนอื่นในโรงพยาบาลคือ ผู้ช่วยเหลือ แพทย์จะสวมบทบาทนี้เช่นเดียวกันในการติดต่อกับผู้ป่วย คือเปรียบผู้ป่วยเป็นผู้อยู่รับคำสั่ง เช่น ให่นอนในเตียง ห้ามลุกไปห้องน้ำ เป็นต้น นอกจากนี้จะคำนึงถึงร่างกายมากกว่าจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจะพยายามทำจิตใจให้เป็นกลางในการปฏิบัติงาน จึงยึดถือบทบาทที่สังคมคาดหวัง (Role Expectation) มากกว่าใช้บุคลิกลักษณะสามัญโดยทั่วไป ผู้ป่วยจึงได้รับความอบอุ่นทางจิตใจและอารมณ์น้อยลง

นอกจากนี้ การปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมเช่นเกมานาน ๆ ทำให้เกิดความเคยชินต่อความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตาย เจ้าหน้าที่จึงทนกับการแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้น้อยลง และพยายามจะบังคับให้ผู้ป่วยอดทน ทั้งนี้เพราะไม่เข้าใจความเจ็บปวดอย่างแท้จริงของแต่ละบุคคล ความเจ็บปวดรวมความถึงความเศร้า โศกเสียใจ และเกี่ยวข้องกับจิตใจอย่างมาก ดังนั้นการตอบสนองของเจ้าหน้าที่ต่อการชอรอง และการรอกคอยเป็นสิ่งธรรมดาจิตใจเหลือเกิน ผู้ป่วยจึงทนต่อการรอกคอยได้น้อยกว่าคนธรรมดา และมักหวังใยตนเองมากกว่าปกติ จึงผิดหวังได้ง่าย เมื่อไม่ได้รับสิ่งที่คาดหวัง หรือไม่ได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างบุคลากร

<sup>1</sup>Brown, "Meeting Patients' Psychosocial Needs in the General Hospital," in Social Interaction and Patient Care, p. 15.

เช่น แพทย์กับแพทย์ แพทย์กับพยาบาล ผู้ป่วยมักจะมี ความวิตกกังวล เพราะเกรงว่าจะทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง และเกิดความยุ่งยากใจ เนื่องจากต้องแบ่งแยก ความซื่อสัตย์ และความจงรักภักดีออกไป

จ. วิธีปฏิบัติและกิจกรรมที่เกิดขึ้นประจำวัน ในแต่ละวันมีกิจกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากมาย ทันทีที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องเข้าไปอนุญาตเพื่อการรักษาพยาบาล บางครั้งผู้ป่วยกระทำไปโดยไม่ทราบเหตุผลแน่นอน และต้องรอคอยสิ่งต่าง ๆ อย่างไม่มีเป้าหมาย และกำหนดเวลา จึงคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นและทำนายผลการตรวจวินิจฉัย จนทำให้เกิดความกลัว เช่น กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง เป็นต้น ผู้ป่วยอาจคิดกลัวถึงวิธีการตรวจรักษาบางอย่าง เช่น การทำ Hemodialysis เพราะมีความรู้สึกลัวชีวิตอยู่ได้เพราะเครื่องมือ เหล่านี้ ดังนั้น เมื่อเริ่มการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัย ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อจะไคเผชิญกับสิ่งเหล่านั้นและปรับตัวไคถูกต้อง ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวัน เพื่อจะไคเตรียมตัวและไม่ตกใจกลัว เช่น โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย จะมีแพทย์หลายระดับ นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลมาฝึกปฏิบัติงาน นอกจากนี้เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันควรอธิบายชี้แจงให้เข้าใจเช่นกัน เช่น เวลาอาหาร เวลาเยี่ยม สิ่งเหล่านี้อาจรวบรวมเป็นคู่มือแนะนำเกี่ยวกับโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกคนควย

2. ความเครียดจากความเจ็บป่วย เมื่อคนเราเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น มักจะคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นไวล่วงหน้าเสมอ เช่น กลัวเป็นมะเร็ง กลัวพิการ กลัวตาย หรือเกรงจะเป็นภาระคนอื่น ผู้ป่วยที่ต้องรักษาไคการผ่าตัด ถ้าไม่ไครับคำแนะนำ หรือคำอธิบายอย่างชัดเจน จะคิดไปไคหลายประการ เช่น เด็กอายุ 5 ขวบ จะตัดไคที่เท่า เด็กอาจแปลไปว่า จะต้องผ่าตัดเท่า เป็นต้น นอกจากนี้บทบาทของ ผู้ป่วยจะตองพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น และตองการความร่วมมือ สิ่งที่มาตามคือ เรื่องความเจ็บป่วย และสิ่งทีเกิดขึ้นญาติและแพทย์ พยาบาลจะเก็บเป็นความลับ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่มีอิสระ และไม่มีโอกาสตัดสินใจ ตองเปลี่ยนแปลงบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม ความเครียด

จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับบทบาทในระหว่างเจ็บป่วย หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>1</sup>

3. การขาดการรับรู้ (Sensory Deprivation) สิ่งเร้าที่มีความหมายเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการปรับตัวทางจิต ในขณะที่เดียวกันสิ่งกระตุ้นที่ไม่มีความหมายจะก่อให้เกิดความกลัว และไม่ว่าจะมีสิ่งเรามากหรือน้อยเกินไปจะก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้ทั้งสิ้น<sup>1</sup> ผลการวิจัยเกี่ยวกับสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัส เริ่มทำในมหาวิทยาลัยแมกกิลโดยเบกซ์เตอร์ (Baxter) และคณะ เพื่อศึกษาถึงปฏิกิริยาของคนต่อสถานการณ์ที่ไม่มีสิ่งเร้า พบว่า ผู้ถูกทดลองมีปัญหาเรื่องการใช้ความคิด หงุดหงิด ที่ตั้งใจจะทำงานให้สำเร็จ บางคนเกิดประสาทหลอน นอกจากนี้คลื่นสมองยังเปลี่ยนแปลงอีกด้วย นอกจากนี้เมื่อทำการศึกษาโดยให้ผู้ถูกทดลองเข้าไปอยู่ในห้องเก็บเสียง มีเครื่องใช้พร้อมเพรียง เช่น เตียงนอน ตู้เย็น โดยให้อยู่ในห้องนั้น 48 ชั่วโมง โดยปรับสภาพทุกอย่างให้คงที่ ปรากฏว่าผู้ถูกทดลองมีความคิดและความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปเช่นเดียวกัน<sup>2</sup> สำหรับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดจากการขาดการรับรู้ได้มาก เพราะต้องอยู่ในที่จำกัด มีสิ่งเร้าที่มีความหมายน้อยลง การอยู่ในที่จำกัดต้องการการปรับตัว โดยการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีความหมายสำหรับตนเอง<sup>3</sup>

โรส เฮช โบลิน (Rose H. Bolin) กล่าวสรุปถึงการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลว่า จะคงเผชิญกับลักษณะของสิ่งเร้าหลาย ๆ อย่าง เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดตาจะคงปิดตาไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยกระดูกหักหรือโรคหัวใจ คงอยู่กับเตียง มีสิ่งเร้าน้อยลง นอกจากนี้ความเจ็บปวดรุนแรงเป็นสิ่งเร้าที่มากเกินไป (Sensory Overload) จนผู้ป่วยอดทนได้น้อยมาก สิ่งเร้าทางประสาทในโรงพยาบาลมักจะไม่มีความหมาย และไม่เป็นที่นิยม เช่น มีเครื่องนื้อมากมายและ

<sup>1</sup>Carter, Psychosocial Nursing, pp. 196 - 200.

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>Ibid.

แปลก ๆ นี้กิจกรรมการเรียนการสอน และการรักษาพยาบาลมาก นอกจากนี้การใช้ศัพท์ทางการแพทย์จะมีความหมายน้อยสำหรับผู้ป่วย เพราะฉะนั้นการอยู่ในโรงพยาบาลจึงทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายใจกาย เพราะต้องนอนอยู่บนเตียงตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นเวลานาน สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลแยกผู้ป่วยออกจากสังคมภายนอก (Social Isolation) มาก อีกด้วย ผู้ป่วยต้องออกมาจากบ้านและครอบครัว มีเวลาเยี่ยมจำกัด และถ้าผู้ป่วยของเขาไปอยู่ในห้องแยก จะยิ่งขาดสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งเร้าทางประสาทมากขึ้น<sup>1</sup> การที่มีเครื่องมือสายยางสวนปัสสาวะคาไว้ หรืออยู่ใน O<sub>2</sub> Tent การให้ทางเดินเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก เหมือนถูกผูกมัด เคลื่อนไหวได้น้อย และต้องนอนฟังเสียงรบบเรียบในระคับเดียวกันตลอดเวลาอีกด้วย ถึงแม้ว่าในโรงพยาบาลจะมีบุคลากรมากมายเพียงใดก็ตาม จะมีความหมายต่อผู้ป่วยน้อย ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้สิ่งที่มากระตุ้น เช่น คำพูด คำแนะนำ อย่างเพียงพอ และถูกต้อง สิ่งกระตุ้นที่ดีคือ โมมากหรือน้อยเกินไป มีความหมาย และเป็นระเบียบ

4. องค์ประกอบทางครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากเราไม่สามารถแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อมของเขาได้ ผู้ป่วยยังคงมีบทบาทในสังคมและครอบครัว ดังนั้นเมื่อเขามาอยู่ในโรงพยาบาลจะรู้สึกสูญเสียอันเกิดจากการจากบ้าน ครอบครัว เพื่อนฝูง และกังวลเป็นห่วงบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี หรือภรรยา และบุตร ซึ่งอยู่ที่บ้าน กลัวจะเค็กรอน ไม่มีบุคคลคอยช่วยเหลือในเรื่องจำเป็น นอกจากนี้เรื่องเงินยังเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยอีกด้วย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในระหว่างเจ็บป่วย และกังวลต่อไปอีกว่า เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วจะสามารถทำงานเหมือนเดิมได้หรือไม่ จะตกงานไหม? ถ้าทำงานไม่ได้จะทำอย่างไร ทั้งนี้เพราะงานมีความหมายทั้งในแง่เศรษฐกิจและจิตวิทยา

<sup>1</sup>Rose H. Rolin, "Sensory Deprivation : An Overview," Nursing Forum 13 (3, 1974) : 240 - 258.

นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้ว ไอรีน บีแลนด์ (Irene Beland) ยังได้เสนอแหล่งความเครียดของผู้ป่วยไว้อีกหลายประการ เช่น

1. การพยาบาลผู้ป่วยมีอคติหนึ่งถึงผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
2. รงรับทำงานเสร็จเพียงอย่างเดียวมากกว่าจะคำนึงถึงผู้ป่วย
3. ขาดการเตรียมผู้ป่วยทางคานจิตใจให้รับรู้สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น
4. ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย
5. การรักษาพยาบาลมีอคติหนึ่งถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เช่น การเปิดเผยอวัยวะที่ควรปกปิด
6. เครื่องมือเครื่องใช้ไม่เพียงพอ
7. ขาดการศึกษาคือสื่อสาร เช่น เมื่อเริ่มวิธีการรักษาพยาบาลใหม่ ไม่คอยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ<sup>1</sup>

ผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้ป่วยทุกคนที่เขามารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความเครียดเกิดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมารัฐของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และความรุนแรงของสถานการณ์การปรับตัวต่อความเครียดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความสุข เมื่อเจ็บป่วยขึ้น คนเราจะต้องมีการปรับตัวมากขึ้น บางครั้งอาจปรับตัวผิดแปลกไปจากเดิม และเกิดความไม่พอเหมาะใด พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจึงควรตระหนักถึงเรื่องนี้ เพราะการที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจะช่วยให้การปรับตัวดีขึ้น ช่วยให้เกิดผลดีและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลอาจลดลงกว่าเดิม และผลพลอยได้อีกอย่างหนึ่งคือทำให้เจตคติของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ดีขึ้น ทำให้ประสบการณ์ของความเจ็บป่วยไม่ทรมานจิตใจมากนัก

<sup>1</sup> Beland, and Passos, Clinical Nursing Pathophysiological and Psychosocial Approaches, p. 366.



## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เทลมา อิงเกิล (Thelma Ingles) โภคศึกษาองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยบรรยายว่า เนื่องจากโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่จำนวนมาก และหลายระดับ ดังนั้นวันหนึ่ง ๆ ผู้ป่วยต้องติดต่อกับคนมากมายและแต่ละคนสนใจเรื่องแตกต่างกัน การที่มีคนหลายคนมาติดต่อบางครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การนอนรอคอยผลการวินิจฉัยโรคจะทำให้เกิดความกลัวมากขึ้น

เทลมา อิงเกิล (Thelma Ingles) โภคสรูปแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลที่ทำให้เกิดความเครียดมีดังนี้คือ

ก. วิธีการรับผู้ป่วยใหม่ ทดลองโดยให้นักศึกษาปฏิบัติงานโดยไม่ไต่ปฐมนิเทศ ทำให้นักศึกษาและหัวหน้าตึกโกรธ และคับข้องใจ เพราะไม่รู้จักผู้ป่วย และไม่เข้าใจกฎระเบียบต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยเห็นได้เช่นกัน เพราะผู้ป่วยต้องปรับตัวกับเจ้าหน้าที่และสถานที่หลายแห่ง เช่น การย้ายไป-ห้องผ่าตัด ห้องพักรฟื้น เป็นต้น

ข. นโยบายการเยี่ยม การจำกัดคนเยี่ยม และเวลาเยี่ยมทำให้เกิดความวิตกกังวล

ค. ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะรู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในแต่ละวัน ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

ง. นโยบายเกี่ยวกับการตรวจเยี่ยม สำหรับโรงพยาบาลที่มีโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล จะมีการเยี่ยมตรวจผู้ป่วย และอภิปรายเพื่อผลประโยชน์ของนักศึกษา แต่ผู้ป่วยถูกทิ้งให้อนคิดความสับสนเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วย เพราะในขณะที่เยี่ยมตรวจ ผู้ป่วยถูกมองเหมือนการจักษุการ เมื่อมีการเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นการกล่าวถึงผู้ป่วยเท่านั้น โดยมีใครมีส่วนร่วม หรือใครรับความช่วยเหลือทางจิตใจเลย<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ingles, "Do Patient Feel Lost in a General Hospital?"



สเตลลา ไอ เฮย์ (Stella I. Hay) และเฮเลน ซี แอนเดอร์สัน (Helen C. Anderson) ศึกษาเกี่ยวกับ "ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ" เป็นการศึกษาจากบทความและวรรณกรรม ซึ่งเขียนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีประสบการณ์ พร้อมทั้งจากบันทึกชีวิตประวัติ เพื่อจะหาคำตอบว่า พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพียงใด ผู้ป่วยที่ศึกษามีปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยแตกต่างกัน 14 โรค โดยสามารถสรุปความต้องการของผู้ป่วยได้ 12 ประการคือ

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะของผู้ป่วยและ/หรือ การรักษา
2. การเรียนรู้ และฝึกทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน
3. การช่วยเหลือทางการเงิน
4. ความสามารถในการช่วยเหลือและได้รับความช่วยเหลือจากสังคม
5. การได้รับการยอมรับในความเจ็บปวด ความพิการ และการยอมรับโดยกลุ่ม
6. การรักษาพยาบาล
7. สภาพแวดล้อมเหมาะสม และมีเครื่องมือเครื่องใช้อยู่ในสภาพดี เพื่อชดเชยความพิการ
8. ต้องการบรรลุปเป้าหมายของชีวิต
9. ต้องการความสุขสบายทางกายใจและอารมณ์
10. บรรเทาความกลัวและความพิการ
11. ต้องการการสนับสนุนให้กำลังใจ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ
12. ได้รับความยอมรับในเรื่องที่ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วย สามารถสรุปความต้องการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพคือ ต้องการความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและการรักษา วิธีการรักษา ต้องการการเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อการดำรงชีวิต บรรเทาความวิตกกังวลและความกลัว การยอมรับในความเจ็บป่วย และความพิการ เมื่อพิจารณาตามการตอบสนอง ผู้ป่วยได้รับน้อยมากในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

ไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร เนื่องจากเป็นศัพท์ทางการแพทย์ ส่วนความทองการ  
ที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือการ เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำ  
วัน<sup>1</sup>

เพอร์รี่ อาร์ มาแฮฟฟี (Perry R. Mahaffy) ได้ทำการวิจัยทดลองเรื่อง  
"ผลของการ เชาว์รับการรักษานในโรงพยาบาลเด็กซึ่งทำผ่าตัดทอนซิล และแอดีนอยด์"  
ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือเด็กป่วย 43 คน อายุ 2-10 ขวบ ซึ่งรับไว้ใน  
หน่วยศัลยกรรมเด็ก เพื่อทำผ่าตัดทอนซิล และแอดีนอยด์ เด็ก 43 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม  
คือ กลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 22 คน สำหรับกลุ่มทดลอง นอกจากจะเฝ้าให้การพยาบาล  
ตามปกติแล้ว พยายามจะศึกษาความทองการของมารดา และให้ข้อมูลเพื่อสนองความทองการ  
ของผู้ป่วย และช่วยเฝ้ามารดาเผชิญกับสถานการณ์ใดก็ได้ มีการอภิปรายปัญหาที่ทำให้มารดา  
วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ ส่วนกลุ่มควบคุมพยายามเฝ้าดำเนินไปตามปกติ ผลการวิเคราะห์  
ข้อมูลสรุปได้ดังนี้คือ

1. ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิ ความดันซิสโตลิก อัตราชีพจรระหว่างกลุ่มควบคุม  
และกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การก้มหน้าหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองก้มหน้าไคมากกว่าและงายกว่ากลุ่มควบคุม
3. การถ่ายปัสสาวะหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองใช้เวลาเฝ้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
4. การอาเจียน กลุ่มทดลองอาเจียนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และแตกทาง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005
5. พฤติกรรมของเด็กหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมมีความ  
วิตกกังวลในการนอน ถัดแพทย์ พยาบาล และคิดถึงแม่มาก ซึ่งมีสาเหตุจากความวิตก  
กังวลขณะอยู่ในโรงพยาบาล

<sup>1</sup>Stella I. Hay, and Helen C. Anderson, "Are Nurses Meeting Patients' Needs?" American Journal of Nursing 63 (December 1963):

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า พยาบาลควรสร้างบรรยากาศในโรงพยาบาลให้เด็กคุ้นเคย จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลน้อยที่สุด ลक्षพฤติกรรมการที่เบี่ยงเบนของเด็กให้น้อยที่สุด จะช่วยโหระพะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลลดคนอยลง นอกจากนี้จะช่วยให้ประสบการณ์การอยู่ในโรงพยาบาลไม่ทรมานจิตใจเด็กอีกด้วย<sup>1</sup>

เวอร์จิเนีย เอส คลีแลนด์ (Virginia S. Cleland) ได้ศึกษาถึงผลของความเครียดต่อความคิด" โดยศึกษาจากพยาบาลประจำการที่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน โดยแบ่งกลุ่มประชากรเป็น 4 กลุ่มใหญ่แต่ละกลุ่มทำงานในสิ่งแวดล้อมต่างกัน เช่น ลักษณะของผู้ป่วย จำนวนและชนิดของบุคลากรที่ร่วมงาน การมอบหมายงาน เวลา และสถานที่ทำการทดสอบ สำหรับกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม ทำงานในภาวะที่มีความเครียดคนน้อยมาก ก่อนจะมอบหมายงานจะไ้รับคำอธิบายว่าให้ทำงานเมื่อมีเวลาว่าง และทดสอบเวลา 7.00 น. ส่วนกลุ่มที่ 2 ให้เป็นหัวหน้าทีม มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 40-42 เตียง การจัดอัตรากำลังเหมาะสม ผู้ป่วยอย่างน้อย 40% เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำการทดสอบที่โต๊ะทำงาน เวลา 11.00 น. กลุ่มที่ 3 ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดสูงปานกลาง ในพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม มีผู้ป่วย 40-42 เตียง ผู้ป่วย 50% ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อัตรากำลังน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ให้ทดสอบเวลา 9.00 น. ที่โต๊ะทำงานเช่นเดียวกัน สำหรับกลุ่มที่ 4 ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดมาก โดยทำหน้าที่หัวหน้าเวรเช้า หรือเวรบ่าย มีผู้ป่วย 40-42 เตียง เช่นกัน 50% เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อัตรากำลังเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 3 ทำการทดสอบเวลา 10.00 น. หรือ 16.30 น. ที่โต๊ะทำงานเช่นเดียวกัน ผลปรากฏว่า กลุ่มที่โคตะแนนสูงสุดคือกลุ่มที่ 2 ส่วนกลุ่มที่ 3 และที่ 4 ประสิทธิภาพจะ

---

<sup>1</sup>Perry R. Mahaffy, Jr., "The Effects of Hospitalization on Children Admitted for Tonsillectomy and Adenoidectomy," Nursing Research 14 (Winter 1965) : 12 - 19.

ลดลงตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ 1 โค้ชแนะนำคำเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพราะมีสิ่งกระตุ้นไม่เพียงพอที่จะทำงานให้สำเร็จ แสดงว่าคุณภาพของความคิดและการปฏิบัติงานจะดีในภาวะที่มีความเครียดปานกลาง คือสิ่งแวดล้อม และจำนวนบุคลากรเหมาะสม ยังมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น ความเครียดจะเพิ่มขึ้น<sup>1</sup>

อาร์ลีน เอ็ม พัทท์ (Arlene M. Putt) ได้ศึกษาเรื่อง "วิธีการพยาบาลผู้ป่วยโรคเพปติก" โดยผู้วิจัยเชื่อว่า วิธีการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วยิ่งขึ้น ใ้แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม ใ้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติซึ่งทางโรงพยาบาลกระทำตามปกติ กลุ่มที่ 2 ทำเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 แต่จะเน้นการพยาบาลทางจิตใจด้วย โดยจะเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ใ้โอกาสได้แสดงความคิดเห็น ระบายความรู้สึก และแสดงใ้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลห่วงใย กลุ่มที่ 3 ปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 แต่เน้นใ้ในด้านการแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และกระบวนการหายของโรค (Healing Process) ใ้ผู้ป่วยอ่านหนังสือเรื่อง "What You Should Know About Healing Your Ulcer" พร้อมกับสอบถามความต้องการของผู้ป่วย มีการประเมินผลการสอน และทบทวนบทเรียนเมื่อจำเป็น จะวัดประสิทธิภาพของการรักษาใ้ในด้านการหายจากโรค โดยศึกษาความเจ็บปวด ความไม่สะดวกสบาย ระยะเวลาที่อยูใ้ในโรงพยาบาล ผลปรากฏว่า กลุ่มที่ 2 และ 3 ไม่มีผลแตกต่างกันใ้ในเรื่องความเจ็บปวดและความไม่สบาย แต่แตกต่างจากกลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ใ้ใช้เวลาใ้ในการอยูใ้โรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงเสนอว่า ถาผู้ป่วยใ้รับคำแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพ และใ้ให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ จะทำใ้ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลดีขึ้น เป็นการปรับปรุงกระบวนการฟื้นคืนสู่สภาพเดิมด้วย<sup>2</sup>



<sup>1</sup>Virginia S. Cleland, "Effects of Stress on Thinking," American Journal of Nursing 67 (January 1967) : 108 - 111.

<sup>2</sup>Arlene M. Putt, "One Experiment in Nursing Adult with Peptic Ulcer," Nursing Research 19 (November-December 1970) : 484 - 494.

โจน เอส คอคจ์ (Joan S. Dodge) ทำการวิจัยเรื่อง "สิ่งที่ผู้ป่วยควรจะได้รับคำอธิบาย : ความเชื่อของพยาบาลและผู้ป่วย" ผู้วิจัยเชื่อว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ คำอธิบายและเข้าใจอย่างดั่งแท้ จะช่วยให้ได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีขึ้น ผลการวิจัยสรุปว่า สิ่งที่ผู้ป่วยและพยาบาลคิดเห็นสอดคล้องกันคือแก่ ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย เช่น ภาวะของผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการรักษา และจะให้ผู้ป่วยร่วมมืออย่างไร นอกจากนี้ ผู้ป่วยต้องการรู้ว่า จะมีอาการอะไรเกิดขึ้นบ้าง ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้มีความต้องการในระดับสูง ส่วนข้อมูลที่เห็นตรงกันปานกลาง คือแก่ ความคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการดมยาสลบ ความรู้สึกหลังจากตรวจรักษาต่าง ๆ ผู้ป่วยและพยาบาลจะนึกถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยมาก

เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ขัดแย้งกัน เช่น ผู้ป่วยห่วงใยเรื่องภาวะความเจ็บป่วยว่ารุนแรงแค่ไหน ต้องการทราบว่าจะมีโอกาสหายหรือไม่ หรือจะเกิดขึ้นใหม่ได้อีกหรือไม่ รวมถึงผลการผ่าตัด และการวินิจฉัยโรค พยาบาลเฝ้านอนอยู่ในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ แต่กลับห่วงใยเรื่องความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว การจำกัดอาหาร กิจกรรมเวลาเยี่ยม เป็นต้น จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พยาบาลเน้นเรื่องที่ทำ เพราะถ้าผู้ป่วยเข้าใจจะทำให้เกิดความยุ่งยากน้อยลง แต่ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ และเห็นว่าสำคัญ เขาไม่ได้รับ<sup>1</sup>

ริตา เอ็ม เซคัลลา (Rita M. Sczekalla) ศึกษาเรื่อง "ปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคหัวใจ ต่อวิธีการนวดหัวใจผู้ป่วยอื่น" เมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องที่มีผู้ป่วยหลายคน วิกฤติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะรบกวนผู้ป่วยได้ แม้ว่าจะมีมานานก็ตาม ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 แห่ง ซึ่งมีลักษณะห่อผู้ป่วยต่างกัน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 25 คน ในโรงพยาบาล ก. 13 คน โรงพยาบาล ข. 12 คน เวลาที่ทำกรนวดหัวใจ

<sup>1</sup>Joan S. Dodge, "What Patient Should be Told : Patients' and Nurses' Beliefs," American Journal of Nursing : 1852-1854.



ประมาณ 30-40 นาที ใช้เวลาศึกษา 4 เดือน สรุปผลว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ก. ซึ่งเป็นหอรวม มีผู้ป่วย 13 คน ผู้ป่วย 11 คน จาก 13 คน ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นสูงใน 4 ชั่วโมง หลังจากที่ได้รับเหตุการณ์ ส่วนในโรงพยาบาล ข. ผู้ป่วย 10 คน ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นใน 4 ชั่วโมง เช่นเดียวกัน และมีเพียง 4 คน เท่านั้นที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เห็นเหตุการณ์ จากการบันทึกที่พบว่า เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย จึงกล่าวได้ว่า 21 ใน 25 คน ของผู้ป่วยที่ศึกษา ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้น 4-50 ครั้งต่อนาที ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยของ โวลฟ์ (Wolff) ที่ว่า เมื่อผู้ป่วยมองเห็นการนำหัวใจ จะทำให้การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ และเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยโคโหซอคิควา ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงขึ้น เมื่อทิ้งให้อยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียดอย่างเฉยๆ ดังนั้นจึงควรมีพยาบาลสักคนหนึ่งคอยให้ความช่วยเหลือในขณะที่อีกคนหนึ่งช่วยนำหัวใจ<sup>1</sup>

รูท เอช เดวิดฮิซาร์ (Ruth H. Davidhizar) โคลสรุปผล "การศึกษาความเครียดของผู้ป่วย" ซึ่งศึกษาโดยนักศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาลเมโมเรียล มลรัฐอินเดียนา พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองของความตึงเครียดในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีความเครียดมาก และผู้ป่วยทุกคนที่อยู่ในโรงพยาบาลตกอยู่ในภาวะเครียดระดับของความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงเสื้อผ้าของโรงพยาบาล จนกระทั่งการโคเรียนูเกี่ยวกับโรคซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้โคโหซอคิควาผู้ป่วยและพยาบาลมีการติดต่อกันสื่อสาร เกิดขึ้นน้อยมาก<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rita M. Szczekalla, "Stress Reactions of CCU Patients to Resuscitation Procedures on Other Patients," Nursing Research 22 (January-February 1973) : 65-69.

<sup>2</sup>Ruth H. Davidhizar, "Stress Patients : A New Demension in Psychiatric Nursing Education," Perspectice in Psychiatric Care 11 (July - August - September 1973) : 129 - 131.



บีเวอร์ดี เจ โวลีเซอร์ (Beverly J. Volicer) ได้ทำวิจัยเพื่อสร้างเครื่องมือสำหรับวัดความเครียด โดยดำเนินการวิจัยยี่สิบหลักของ ที เอช โฮล์ม (T.H. Holm) และ อาร์ เอช เรย์ (R.H. Rahe) ซึ่งวัดความเครียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โวลีเซอร์ ได้ศึกษาหาแหล่งของความเครียดจากบุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนทั่วไป และผู้ป่วย เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 45 เหตุการณ์ นำไปทดสอบเบื้องต้นเพื่อแก้ไขสำนวนและภาษา หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรจำนวน 216 คน โดยให้หาคะแนนแต่ละเหตุการณ์ โดยคำนึงถึงความต้องการการปรับตัว และระยะเวลาในการปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ให้เหตุการณ์ผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนเป็นหลัก คือให้คะแนน 50 เหตุการณ์ที่รุนแรงกว่านี้ให้คะแนน 50 ส่วนเหตุการณ์ที่รุนแรงน้อยกว่าจะให้ค่ากว่า 50 นำผลมาหาคะแนนเฉลี่ย โคลคะแนนจาก 96.3 - 29.4 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ กลัวตาบอด หูหนวก และเหตุการณ์ที่เห็นว่าสำคัญคือ เรื่องการเงิน ปรากฏว่านำมาจัดอันดับตำแหน่งอยู่ในตำแหน่งที่ 4, 6 และ 7 ตามลำดับ เรื่องเกี่ยวกับการไคร้รับคำอธิบายก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน คือ ตำแหน่งที่ 8, 10 และ 12 ส่วนเรื่องสุขนิสัยที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหาร การหลับนอน ทองขาดเรียน อยู่ในตำแหน่งที่ 43, 42 และ 40 ตามลำดับ เมื่อนำมาหาคาสหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม คือ เพศหญิง และชาย อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล โดยการเปรียบเทียบอันดับตำแหน่ง ปรากฏว่า มีคาสหสัมพันธ์สูง คือ .71-.96 เปรียบเทียบกลุ่มสูง 23 ขอ คาสหสัมพันธ์ .62-.95 การวิจัยครั้งนี้ พบขอพร่องบางประการ เช่น การเขียนเหตุการณ์ยังไม่ชัดเจน เพราะเหตุการณ์บางอย่างซึ่งอยู่ในกลุ่มคะแนนสูงบางขอ ไคร้รับการเลือกอยู่ในกลุ่มต่ำควย ผู้วิจัยจึงมุ่งจะปรับปรุงใหม่ การวิจัยครั้งนี้ได้ขอคิหลายประการ เช่น ความต้องการไคร้คำอธิบาย คำแนะนำ และเจตคติของบุคลากร เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงมาก<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Beverly J. Volicer, "Perceived Stress Levels of Events Associated with the Experience of Hospitalization : Development and Testing of a Measurement Tool," Nursing Research 22 (November-December 1973) : 491-497.

ในปี 1974 โวลีเซอร์ (Volicer) ได้นำเครื่องมือวัดความเครียดซึ่งสร้างขึ้นในปี 1973 ไปใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และผู้ป่วยมะเร็ง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 47 คน และนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาเมื่อปี 1973 พบว่า การจัดลำดับตำแหน่งของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีค่าสหสัมพันธ์ .88 แต่วิธีการให้ค่าความยุ่งยากให้กับผู้ป่วย และคัดสรรใจลำบากในบางเหตุการณ์ ผู้วิจัยจึงหวังว่าจะหาวิธีการใหม่ เพื่อความสะดวกแก่ผู้ป่วย และโดยลดถูกต้องยิ่งขึ้น<sup>1</sup>

ในปี 1975 โวลีเซอร์ (Volicer) และ แมรี คัมบิว โบฮันนอน (Mary W. Bohannon) ได้นำเครื่องมือวัดความเครียดซึ่งสร้างขึ้นในปี 1973 และ 1974 มาปรับปรุงใหม่ ได้เหตุการณ์ทั้งสิ้น 49 เหตุการณ์ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน 261 คน โดยให้ผู้ป่วยจัดลำดับตำแหน่งเหตุการณ์ตามความรู้สึกของตนเอง ว่าเหตุการณ์เหล่านี้เกิดความเครียดรุนแรงระดับใด คือใช้วิธีคิว-ซอร์ท (Q-Sort) แบ่งเหตุการณ์เป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดความเครียดสูง ปานกลาง และต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาจัดอันดับตำแหน่งของเหตุการณ์ไว้ตามความรู้สึกของผู้ป่วยที่คงมีการปรับตัว นำมาหาค่าเฉลี่ยของแต่ละตำแหน่ง และจัดตำแหน่งได้ดียิ่งขึ้น สิ่งที่ผู้ป่วยมีความเห็นว่าทำให้เกิดความเครียดน้อยที่สุด คือ นอนอยู่ในห้องเดียวกับคนแปลกหน้า ส่วนเรื่องที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลในการตรวจรักษา ไม่ทราบผลการตรวจ ไม่ไยยาแก้ปวด จนถึงคิดทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้น เช่น กลัวเป็นมะเร็ง กลัวตาบอด เป็นต้น<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Beverly J. Volicer, "Patients' Perceptions of Stressful Events Associated with Hospitalization," Nursing Research 23 (May-June 1974) : 235 - 238.

<sup>2</sup>Beverly J. Volicer, and Mary W. Bohannon, "Hospital Stress Rating Scale," Nursing Research 24 (September - October 1975) : 352 - 359.

โนลา เจ เพนเคอร์ (Nola J. Pender) ได้ศึกษาเรื่อง "การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยศึกษาในผู้ป่วยซึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 170 คน ใหญ่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผลที่ได้รับคือ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์มากที่สุด ผู้ป่วยชายและหญิงต้องการเนื้อหาเช่นเดียวกัน ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และอธิบายเรื่องการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โอกาสในการเริ่มสนทนา ผู้ป่วยร้อยละ 43.5 กล่าวว่า เป็นผู้เริ่มสนทนาเอง ร้อยละ 47.1 บุคคลอื่นเริ่มร้อยละ 89.1 ได้รับโอกาสในการซักถาม และมีเวลาเพียงพอ ในระหว่างการแนะนำและให้ข้อมูล มีการใช้อุปกรณ์น้อย คือเพียงร้อยละ 14.5 แพทย์จะใช้วิธีวาดรูป ร้อยละ 16 สิ่งที่อยู่ป่วยต้องการก่อนกลับบ้าน ร้อยละ 58 ต้องการข้อมูล เกี่ยวกับผลของความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิต และโอกาสที่จะกลับเป็นอีก รวมทั้งวิธีการป้องกันโรค ผู้หญิงต้องการความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์มากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาจะหวังใยผลของความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาสูงกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากต้องไขแรงงาน กลัวตกงาน และมีปัญหาทางเศรษฐกิจ<sup>1</sup>

จอห์น เอ วิลเฟอร์ (John A. Wolfer) และ มาเดลอน เอ วิซินเทนเนอร์ (Madelon A. Visintainer) ได้ศึกษาเรื่อง "การตอบสนองต่อความเครียดและการปรับตัวของเด็กและมารดา" โดยศึกษาในเด็กอายุ 3-4 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนในช่วงเวลา 3 ปี พูภาษาอังกฤษได้ ไม่เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาสำหรับการผ่าตัด เขามาในโรงพยาบาลครั้งนี้เพื่อผ่าตัดทอนซิล และ แอดีนอยด์ ใต้แบ่งกลุ่มประชากรคือ มารดา และเด็ก เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 45 คน สำหรับกลุ่มทดลองนั้นจะมีการ เตรียมทางานจิตใจ และช่วยเหลือในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่

<sup>1</sup>Nola J. Pender, "Patient Identification of Health Information Received During Hospitalization," Nursing Research 23 (May-June 1974) : 262 - 267.

คิดว่า เป็นระยะยุ่งยาก เช่น เมื่อรับใหม่ ก่อนเจาะเลือด ก่อนมายกอนผ้าคัค ก่อนส่งไป  
 หองผ้าคัค และเมื่อกลับจากห้องพักฟื้น ในระหว่างนี้มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กจะสนใจมารคาคุย  
 โดยศึกษาความรู้สึกของมารคา ให้ข้อมูลที่เที่ยงตรง และแนะนำถึงสิ่งที่มารคาควรให้แกบุตร  
 ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า เด็กและมารคาในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์น้อย  
 กว่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะมีปัญหา  
 ในการปรับตัวน้อยมาก สำหรับมารคาในกลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวลน้อย และพึงพอใจใน  
 การรักษาพยาบาลมากกว่ามารคาในกลุ่มควบคุมอีกด้วย<sup>1</sup>

เฮธ รีก เกียร์ติเซน (H. Reed Geertsen) และคณะ ได้ศึกษาความพึงพอ-  
 ใจต่อบริการที่ได้รับในหน่วยโรคหัวใจ จากโรงพยาบาล 11 แห่ง ระหว่างเดือนมกราคม-  
 มิถุนายน 1973 ประชากรที่ใช้ศึกษา 215 คน อายุเฉลี่ย 50 ปี มีทั้งผู้ป่วยหญิง และ  
 ชาย วิธีการวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และส่งกลับทางไปรษณีย์ เรื่องที่ถาม  
 จำแนกได้ 6 ประการ คือ ความฉงนในการตอบสนองของบุคลากร การประสานงานของ  
 บุคลากรในการรักษาพยาบาล การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความสมบูรณ์ของการติดต่อสื่อสาร  
 ความเป็นมิตร ความสนใจ ความช่วยเหลือ และลดปัญหาทางอารมณ์ ผลการวิจัยสรุปได้  
 ว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86 พอใจบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็ก จะพอใจมาก  
 กว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เรื่องที่ผู้ป่วยหวังใญ่มากคือ การประสานงานของบุคลากรใน  
 การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 23 ต้องการให้บุคลากรมีความเป็นมิตรและเป็นกันเอง  
 มากกว่านี้ การดูแลช่วยเหลือทางอารมณ์ และจิตใจ ผู้ป่วยร้อยละ 34.9 ตอบว่ายังไม่สมบูรณ์  
 และ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่า มีความลำบากใจในเรื่อง  
 นี้มาก เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับอายุและสถานภาพสมรส คนสูงอายุ และคนโสด ไม่พอใจมากกว่า

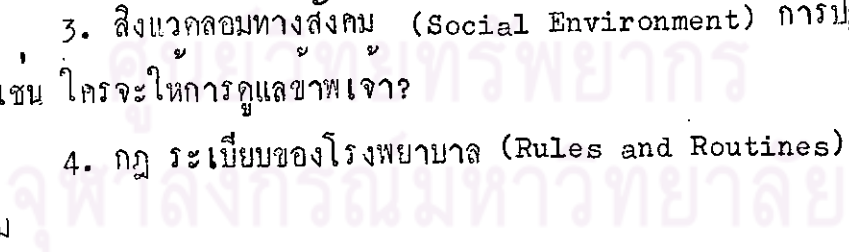
<sup>1</sup>John A. Wolfer, and Madelon A. Visintainer, "Pediatric Surgical Patients' and Parents' Stress Responses and Adjustment," Nursing Research 24 (July - August 1975) : 244 - 255.

ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และต้องการการให้กำลังใจมาก ผู้ป่วยเก่าจะพอใจบริการที่ได้รับมากกว่า  
ผู้ป่วยใหม่<sup>1</sup>

แอนน์ พอร์เตอร์ (Anne Porter) และคณะ ได้ศึกษาถึง "ความต้องการ  
ของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลมักจะเน้น  
ถึงวิธีการรับผู้ป่วยเพื่อเป็นช่องทางในการรวบรวมข้อมูลมากกว่าจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วย  
มักได้รับข้อมูลจากพยาบาลน้อยมาก จึงควรคำนึงไว้เสมอว่า ข้อมูลที่ใหญ่ผู้ป่วยควร เป็นสิ่งที่  
ผู้ป่วยต้องการมากกว่าจะเป็นสิ่งที่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยควรจะรู้ การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มประชากร  
คือ ผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม จำนวน 20 คน ซึ่งไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  
มาก่อนในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา และไม่เข้าโรงพยาบาลอย่างปัจจุบันทันด่วน ให้ผู้ป่วยออกแบบ  
สอบถาม 44 ข้อ ภายใน 24 ชั่วโมง และให้คะแนนในแต่ละข้อโดยพิจารณาถึงความสำคัญ  
ซึ่งแบ่งแบบสอบถาม เป็น 4 ส่วน คือ

1. บทบาทของผู้ป่วย (Patient Role) คือแบบแผนพฤติกรรมในระยะ  
เจ็บป่วย เช่น สิทธิ ขอบเขต และความคาดหวัง ประกอบด้วยคำถาม เช่น การรวมวางแผนการดูแล เป็นต้น

2. สถานที่ (Physical Environment) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหน่วย  
ผู้ป่วย เช่น มุมกอดเรียกพยาบาลอยู่ที่ไหน? ใช้อย่างไร?

3. สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) การปฏิสัมพันธ์กับ  
บุคคลอื่น เช่น ใครจะให้การดูแลเขา? 

4. กฎ ระเบียบของโรงพยาบาล (Rules and Routines) เช่น  
เวลาเยี่ยม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการกฎ ระเบียบของโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก

<sup>1</sup>Geertsen; Ford, and Castle, "The Subjective Aspects of  
Coronary Care," Nursing Research : 211 - 215.



เพราะผู้ป่วยกังวลมาก เรื่องความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ จึงต้องพยายามทำความเข้าใจกับสิ่งเหล่านี้ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ ผู้ป่วยของการ เป็นอันดับสอง เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอบคลาย ต้องการรู้เกี่ยวกับบุคคลที่เกี่ยวข้องของ เป็นอันดับ 3 และอันดับสุดท้าย คือ บทบาทของผู้ป่วยซึ่งหวังใยนอยที่สุด เพราะผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ จึงยินดีที่จะร่วมมือมากกว่าค่านึงถึงสิทธิในบทบาทของผู้ป่วย<sup>1</sup>

เอลิซาเบท เออร์ริโก (Elizabeth Errico) โค้ดทำการวิจัยเรื่อง "ผลของการตรวจหัวใจต่อความกังวล อัตรการเต้นของหัวใจและการหายใจ เมื่อให้ข้อมูลและไม่ให้ข้อมูล" เป็นการศึกษาในอาสาสมัครอายุ 18-40 ปี ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ จำนวน 200 คน โดยทำการทดลองในหน่วยพักฟื้น ซึ่งมีเจ้าหน้าที่มานไปมาตลอดเวลา โค้ดแบ่งผู้ถูกทดลองเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม ให้อยู่ในสถานการณ์แต่ไม่โค้ดตรวจหัวใจ ควบเครื่องไฟฟ้า กลุ่มที่ 2 ไม่โค้ดให้ข้อมูลเลย กลุ่มที่ 3 ให้เฝ้ามองเห็นเครื่องมือและผลการตรวจ แต่ไม่โค้ดให้ข้อมูล สำหรับกลุ่มที่ 4 ให้ผู้ป่วยโค้ดเห็นเครื่องวัด พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการวัด สรุปผลโค้ด อัตรการหายใจในกลุ่มที่ไม่โค้ดข้อมูลย้อนกลับจะไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลองอื่น ๆ แต่ความกังวลโค้ดจะสูงกว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูล และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ให้คำอธิบายกระบวนการวัด ผลการวัดความกังวลโค้ด และการเต้นของหัวใจต่ำกว่ากลุ่มทดลองอื่น ๆ แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่โค้ดเลย จึงสรุปโค้ดว่าเมื่ออธิบายให้ผู้ถูกทดลองเขาใจจะมีผลเช่นเดียวกับการโค้ดพัก และการให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นการลดการสนองตอบต่อความเครียดในแง่ความแปรปรวนทางสรีระมากกว่ากลุ่มที่ไม่โค้ดรับข้อมูลเพียงพอ หรือไม่โค้ดข้อมูลเลย<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Anne Porter, et al, "Patient Needs on Admission," American Journal of Nursing 77 (January 1977) : 112 - 113.

<sup>2</sup> Elizabeth Errico, "Effect of Cardiac Monitoring on Blood Pressure, Apical Rate and Respiration with and without Information Feedback," International Nursing Studies 14 (2, 1977) : 77-90.

สมศิริ ทับแสง ได้ทำการวิจัยเรื่อง "ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลศิริราช" ผลการวิจัยคล้ายคลึงกับการวิจัยของ สายรุ้ง สมบัติพานิช ซึ่งทำการวิจัยเรื่อง "ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลรามาริบัติ" วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สรุปผลได้ว่า บุคคลที่ผู้ป่วยคิดต่อมากที่สุด คือ พยาบาล รองลงมาคือ แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล เจาหน้าที่ที่ผู้ป่วยคิดต่อควยคือทุกคน ผู้ป่วยพอใจบริการที่ได้รับจากนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล เจาหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างดี และทันทวงที่ สภาพหอผู้ป่วยสะอาด แต่มีสิ่งรบกวนคือยุง สำหรับบริการเรื่องอาหารนั้น รสชาติดี แต่เวลารับประทานอาหารเร็วเกินไป ส่วนเรื่องการรักษาพยาบาลนั้นเห็นว่าเหมาะสมดี เวลาเยี่ยม ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งเห็นว่าเหมาะสม แต่ควรได้รับการผ่อนผันในกรณีพิเศษเป็นรายบุคคล ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องการใช้เวลาว่างในการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ชมโทรทัศน์ นอกจากนี้ใครเสนอแนะเพิ่มเติมเช่น ผู้ป่วยร้อยละ 40 ต้องการให้ทางโรงพยาบาลแจกเอกสารแนะนำระเบียบปฏิบัติขณะอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 32 ต้องการให้มีห้องสมุดเคลื่อนที่เพื่อให้อ่านหนังสืออ่าน นอกจากนี้ต้องการเห็นพยาบาลที่มีหน้าตายิ้มแย้มและเมตตาแก่ผู้ป่วย<sup>1,2</sup>

ศาสตราจารย์ บอส์ช (Boesch) แห่งมหาวิทยาลัยซาร์บรูเซน ได้ทำการวิจัยทดลอง (Pilot Study) เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย" โดยทำการวิจัยในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2513-2514 รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล 4 แห่ง สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง 1 แห่ง ประกอบด้วยการตรวจรักษา 370 ครั้ง ทำการสัมภาษณ์แบบ

<sup>1</sup>สมศิริ ทับแสง, "สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลศิริราช" (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2512).

<sup>2</sup>สายรุ้ง สมบัติพานิช, "ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลรามาริบัติ" (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515).

อิสระกับผู้ป่วย 136 คน แพทย์ 28 คน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีความยุ่งยาก 2 ประการ คือ ตองค์ตัดสินใจว่า การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงพอจะไปหาแพทย์หรือไม่ เพราะโรงพยาบาลจะเป็นทางเลือกสุดท้ายของผู้ป่วย ปัญหาประการที่ 2 คือ ตตัดสินใจว่าจะไปหาแพทย์คนไหนดี เพราะผู้ป่วยคิดว่า แพทย์มีความสามารถแตกต่างกัน และมีทัศนคติของผู้ป่วยแตกต่างกันด้วย ดังนั้นการเลือกแพทย์จึงยึดหลักความคาดหวังหลายประการ เช่นความเป็นมิตร ทรูจะเอื้อถนัดฉนวน หนักของการรักษา และความรวดเร็วในการหายจากโรค ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่พอใจผลการรักษามักไม่ยอมกลับไปหาแพทย์คนเดิม เพราะไม่แน่ใจว่าเมื่อกลับไปแล้วจะไคพบแพทย์คนเดิมอีกหรือไม่ กลัวว่าแพทย์จะอีกอึดใจ เมื่อกลับไปบอกว่าการรักษาไม่หาย กลัวถูกตำหนิ ไม่เชื่อในความสามารถของแพทย์ กลัวการรักษาคจะแพงและไม่ชอบวิธีการบางอย่างในโรงพยาบาล เช่น รอนาน และเจ้าหน้าที่ไม่มีความเป็นมิตร จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า แพทย์ใจดี อารีอารอบ แคมยครั้งเหมือนกันที่ผู้ป่วยบ่นว่า แพทย์ไม่สุภาพ อารมณ์เสีียง่าย ชอบตำหนิ และไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วย สิ่งสำคัญ 3 ประการ ที่ผู้ป่วยต้องการรู้คือ เป็นโรคอะไร อันตรายหรือไม่ และจะใช้เวลารักษานานเท่าใด ปัญหาที่พบเสมอคือ ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์ คณะผู้วิจัยสรุปว่า ความแตกต่างในเรื่องสถานะทางสังคม ความรู้ และทัศนคติระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นอุปสรรคขัดขวางการติดต่อระหว่างกัน<sup>1</sup>

ปานเทพ สุทธินนท์ ไคแปลและสรุปผลการวิจัยเรื่อง "อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล" ซึ่งเป็นการสำรวจคุณภาพะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่ายกาย เพื่อถึงอุปติการณั บัจจัยเกี่ยวข้อง และลักษณะทางคลินิค เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในแผนกจิตเวช โดยการศึกษาคอมูลจากผู้ป่วยผ่ายกายของโรงพยาบาลเขต นิวเฮเวิน

<sup>1</sup>สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, "ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย" ชาวสำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ 14 (สิงหาคม 2516) : 5 - 11.

ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-75 ปี จำนวน 150 คน โดยใช้ Beck Depression Inventory ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-64 และให้คะแนน 14 ขึ้นไป ถือว่ามีอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3-7 วันแรก และสัมภาษณ์ซ้ำทุกสัปดาห์ จนกว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้เปรียบเทียบจำนวน 220 คน สรุปลักษณะนี้คือ ในสัปดาห์แรก ผู้ป่วยฝ่ายกายมีภาวะซึมเศร้า 36 คน คิดเป็นร้อยละ 24 หลังจากสอบถามซ้ำในเวลาต่อมาทุกสัปดาห์พบเพิ่มขึ้นอีก 7 คน รวมเป็น 43 คน คิดเป็นร้อยละ 28.7 ซึ่งแสดงว่า พบอาการซึมเศร้าโดยอยู่ในผู้ป่วยโรคฝ่ายกาย แต่แพทย์ไม่ใคร่สังเกต มีเพียง 6 คน เท่านั้น ที่บันทึกว่าพบอาการซึมเศร้า ชาวไทยจะมีอุบัติการณ์ของภาวะเช่นนี้มากกว่าโปรเตสแตนต์ หรือ แคทอลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างสำคัญระหว่างพวกซึมเศร้า และไม่มีอาการคือขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง พบภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 61 เจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 21 ส่วนสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ เมื่อศึกษาย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านี้ ร้อยละ 35 มีอาการซึมเศร้ามาก่อนจะเกิดโรคฝ่ายกาย ร้อยละ 65 ซึมเศร้าจากโรคฝ่ายกาย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า ไม่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติ และฐานะทางสังคม แต่ผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยจิตเวช<sup>1</sup>

ศรีไพบุลย์ สังข์บัวสี โคทำการวิจัยเรื่อง "อาการทางจิตใจที่ผู้ป่วยโรคทางกายแสดงออกขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และการให้การพยาบาล" ผู้วิจัยโคทำการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>Moffic H.S., and E.S. Paykel, "Depression in Medical In-Patients," British Journal of Psychiatry 126 (1975) : 346 - 353

อ้างใน ปานเทพ สุทธิพันธ์ "Depression in Medical In - Patients" วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 21 (มกราคม - มีนาคม 2519) : 62 - 63.

ศึกษาในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ พยาบาลหัวหน้าตึก และพยาบาลประจำการ จำนวน 153 คน จากโรงพยาบาล รามาธิบดี 41 คน และโรงพยาบาลศิริราช 112 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คือ จากการ- สัมภาษณ์พยาบาลหัวหน้าตึก พบว่า ผู้ป่วยโรคทางกายมีอาการทางจิตใจรวมควย ส่วนใหญ่ แสดงออกมาในพฤติกรรมซึมเศร้า กาวราว อาการที่สังเกตเห็นเด่นชัดคือ วิตกกังวล เศร้า ไม่สนใจตัวเอง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ซึมเศรารอยละ 10.93 กาวราว รอยละ 3.22 ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตใจ จะสัมพันธ์กับอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเสมอ ซึ่งพยาบาลจะสังเกตได้ชัดเจนเมื่อผู้ป่วย ตองผัดตัก ให้นำทางเส้นเลือดดำ หรือฉีดยา ส่วนวิธีการพยาบาลทางจิตใจของพยาบาลมี แนวโน้มไปในทางบวก<sup>1</sup>

จากเอกสาร บทความ และผลการวิจัยต่าง ๆ สรุปได้ว่า เมื่อคนเราเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล จะก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ สถานการณ์ที่เป็นจริง และคาดการณ์ไวล่วงหน้ามากมาย จนทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมาก

## ศูนย์วิทยพัชกร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>ศรีโพธิ์ลัย สังข์บัวสี, "อาการทางจิตใจที่ผู้ป่วยโรคทางกายแสดงออกขณะ รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และการให้การพยาบาลของพยาบาลแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และรามาธิบดี" (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519).