



วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การ เสนอวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ  
 ลักษณะของหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ความต้องการของผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก  
 ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยหนัก การพยาบาลผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก  
 และพฤติกรรมกรรมการพยาบาล

ลักษณะของหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) ได้เริ่มต้นมาจาก  
 ฟลอเรนซ์ ในทิงเกล โดยมีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้นควรได้รับการดูแล  
 อย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษชั่วระยะเวลาหนึ่ง จนกว่าจะฟื้นคืนสติขึ้นมาและส่งกลับไปยังห้องพัก  
 ผู้ป่วย ซึ่งในขณะนั้นได้จัดให้มีห้องเล็ก ๆ ขึ้นห้องหนึ่ง เพื่อรับผู้ป่วยไว้ในจำนวนน้อย  
 โดยจัดไว้ใกล้ ๆ กับห้องผ่าตัด ต่อมาได้พัฒนามาเป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยหนักที่เรียกว่า  
 "Intensive Care Unit" (Simon 1980: 1 - 2) ซึ่งได้รับการปรับปรุงมา  
 โดยตลอดจนถึงปัจจุบัน

ลักษณะของหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน (บัญญัติ ปรีชญานนท์  
 2526 : 3 - 7; Telfer 1983 : 8) มีดังต่อไปนี้

1. สถานที่และขนาดของห้อง หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโดยทั่วไปควรตั้งอยู่  
 ในชั้นล่างของโรงพยาบาล ใกล้กับห้องฉุกเฉินของแผนกผู้ป่วยนอกและใกล้กับห้องผ่าตัด  
 ควรเป็นห้องที่มีประตูกว้างพอที่จะสามารถเคลื่อนเตียงผู้ป่วยเข้าไปได้โดยสะดวกและ  
 รวดเร็ว เป็นห้องปรับอากาศที่ได้รับแสงสว่างดี และปลอดวิสัยที่ทำให้ปราศจากเสียงรบกวน  
 มีหน้าต่างมองเห็นวิวข้างนอก ขนาดของห้องขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงที่จะจัดให้มีขึ้น โดยทั่วไป  
 มีขนาดประมาณ 200 - 300 ตารางฟุตต่อหนึ่งเตียง ทั้งนี้เพื่อนำเครื่องมือต่าง ๆ  
 ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตเข้าไปได้โดยสะดวก โดยทั่วไปจัดให้มีเตียงผู้ป่วย

ในห้องรวมและห้องกั้นแยก ซึ่งห้องแยก (Isolation room) นี้ จัดสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ  
ห้องแยกเครื่องมือเครื่องใช้ทุกชนิด มีเครื่องปรับอากาศแยกจากส่วนอื่น มีที่ระบายอากาศ  
โดยเฉพาะ

การจัดห้องแยกหรือเตียงผู้ป่วยในห้องรวมควรจัดให้อยู่ในลักษณะเป็นรูปโค้ง  
หรือในลักษณะที่พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยทุกคนได้โดยง่าย นอกจากนี้ควรมี  
บริเวณกว้างขวางพอที่จะแบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ เช่น ที่ทำงานของพยาบาล ห้องพักพยาบาล  
ห้องพักรักษา ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องประชุม ห้องทำความสะอาด ห้องเก็บเครื่องมือ  
ห้องปฏิบัติการและห้องพักรอสำหรับญาติ เป็นต้น

2. จำนวนเตียงผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า  
ควรมีจำนวนเตียงประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนเตียงทั้งหมดในโรงพยาบาล  
และเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ไม่ควรจะมีเกิน 8 - 10 เตียง เพราะยุ่งยากลำบาก  
ต่อการดูแลจึงควรจะมีเปิดหน่วยใหม่และจำนวนเตียงไม่ควรจะน้อยกว่า 4 เตียง  
เนื่องจากไม่คุ้มกับค่าใช้จ่าย

3. เครื่องมือ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโดยทั่วไปได้แก่  
ระบบออกซิเจน  
ระบบเครื่องดูดเสมหะหรือดูดลม  
ชุด resuscitation  
เครื่อง E C G  
เครื่อง Defibrillator  
เครื่องช่วยการหายใจ เช่น Bird หรือ Bennett เป็นต้น  
ระบบ Cardiac monitors  
ยาที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่าง ๆ  
ชุดเครื่องมือสำหรับใช้บำบัดภาวะต่าง ๆ เช่น ชุดสำหรับเจาะคอ เป็นต้น  
เครื่องมือต่าง ๆ เหล่านี้จัดขึ้นโดยพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ของหน่วยนั้น ๆ

4. บุคลากรพยาบาล เนื่องจากการปฏิบัติงานในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก  
เป็นงานหนักต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงควรมีพยาบาล

ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คนคือผู้ป่วย 1 เคียงตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อนับจำนวนพยาบาลสามเวร รวมทั้งการลาป่วย ลาพักผ่อน ควรมีพยาบาลประมาณ 4.25 คนคือ 1 เคียง ถ้ามี 8 เคียง ก็จะต้องมีพยาบาลประมาณ 34 คน นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักควรจะต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก เช่น การช่วยคืนชีพ (Cardio-pulmonary Resuscitation), การดูแลเครื่องช่วยหายใจ การอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น และควรจะมีการอบรมความรู้ความสามารถเพิ่มเติมเป็นครั้งคราว

##### 5. ผู้ป่วยหนัก ซึ่งอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ความหมายของผู้ป่วยหนัก ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายแนว เช่น สกิลแมน (Skillman 1975 : 4) ให้ความหมายของผู้ป่วยหนักไว้ 4 ประการคือ เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ต้องใช้เครื่องช่วยทันตึกและสังเกตุอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอย่างใกล้ชิด ต้องให้การรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนเต็มที่ และต้องให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา ส่วน แวนเคลท์ และ เอเจอร์ (Wandelt and Ager 1970 : 74) ใช้อธิบายลักษณะของผู้ป่วยหนักว่า เป็นผู้ป่วยซึ่งต้องการการดูแลจากพยาบาลตลอดเวลา ต้องการทักษะในการพยาบาล ต้องใช้เครื่องช่วยชีวิต อาจเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่อาจทำนายได้แน่นอนว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป หรือจะถึงแก่กรรม นอกจากนี้ สันต์ หัตถิรัตน์ (2521 : 8) ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยหนักว่า เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่อวัยวะจำเป็นแก่การดำรงชีวิตถูกกระทบกระเทือนอย่างแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนและระบบหายใจ เช่นเกี่ยวกับความเห็นของบัญญัติ ประิษฐานนท์ (2526 : 8) ให้ความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรครุนแรง แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่หมดหวัง

จากคำอธิบายเกี่ยวกับผู้ป่วยหนักดังกล่าวแล้ว สรุปได้ว่า ผู้ป่วยหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักนั้นจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรครุนแรง และกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิต ซึ่งต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตลอดเวลา แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่หมดหวัง ตัวอย่างผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อค ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

อย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว หรือหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยที่อวัยวะหลายอย่างได้รับบาดเจ็บ และผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง เป็นต้น

ความต้องการของผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

كرون (Kron 1971 : 11) กล่าวว่าความต้องการเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการเพื่อการดำรงชีวิต หรือเพื่อกำหนดการตามหน้าที่ของร่างกายภายใต้ขอบเขตจำกัดของสังคม ส่วนไรน์และมอนเทค (Rines และ Montag 1976 : 16 - 21) ได้กล่าวว่าความต้องการของมนุษย์มี 3 ประการ คือ ประการแรก สิ่งนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญของมนุษย์ ประการที่สอง คือ ความจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการที่จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้ และประการที่สาม คือ ถ้าขาดสิ่งเหล่านั้นไปจะทำให้มนุษย์เกิดความเจ็บป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ จากรูปแบบความต้องการที่เสนอมาข้างต้นนี้ สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow 1970 : 35 - 51) ที่ได้จำแนกความต้องการของมนุษย์โดยเรียงลำดับความต้องการจากขั้นต่ำสุดถึงสูงสุดไว้ 5 ขั้นขั้นนี้คือ ความต้องการทางกาย (Physiological needs) ซึ่งได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อน และการขับถ่าย ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and belonging needs) ความต้องการเห็นตนเองมีคุณค่า (Esteem needs) และความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Needs for self-actualization) ซึ่งความต้องการเหล่านี้จะต้องได้รับการตอบสนองเป็นลำดับ และมีความเกี่ยวข้องกันในทุก ๆ ชั้นของความต้องการ

ในระยะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยรุนแรงจะมีความต้องการสูงมากอยู่ 2 ประการ (Kenner, Guzzetta and Dossy 1981: 54) คือ ความต้องการทางกาย (Physiological needs) และความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) ความต้องการทางกาย ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวด ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่มนุษย์ทุกคนจะต้องได้รับการตอบสนอง ส่วนความ

ต้องการความปลอดภัย ใ้แก่ความมั่นคง ความปลอดภัย และการป้องกันดูแล บุคคลทุกคน ต้องการความปลอดภัยในชีวิตของตนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาที่เจ็บป่วยความรู้สึก ต่อความปลอดภัยในชีวิตตนจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลัวความพิการและกลัวตาย เป็นต้น

ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักจึงมีความต้องการ พื้นฐาน อันเป็นสิ่งจำเป็นดังกล่าวมาข้างต้นเช่นกัน และในยามปกติเขาจะสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง (Orem 1971 : 2) แต่ในขณะที่เขาเจ็บป่วย ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองจะถูกจำกัด จากความเจ็บป่วย และการรักษาบางอย่าง และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ดังกล่าว ที่พบโดยบ่อยในผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้แก่ภาวะที่ผู้ป่วย ไม่รู้สึกและการมีปัญหในการสื่อสารของผู้ป่วย ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. สาเหตุจากภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึก โดยทั่วไปผู้ป่วยที่รับไว้ในหน่วยอภิบาล ผู้ป่วยหนักจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกและไม่รู้สึก ไม่ว่าจะ เป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคใดก็ตาม ภาวะรู้สึกและไม่รู้สึกมีรายละเอียดดังนี้

ภาวะหมดสติหรือไม่รู้สึก หมายถึงภาวะที่บุคคลนั้นไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่าง ๆ กัน หรือไม่ตอบสนองเลยแล้วแต่ว่าจะไม่รู้สึก มากน้อยแค่ไหน (สมจิต หนูเจริญกุล 2526 : 19)

#### 1.1 สาเหตุของการไม่รู้สึก

การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก แสดงถึงมีการรบกวนใน reticular formation ซึ่งตั้งอยู่ที่ก้านสมอง (Brainstem) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุม ระดับความรู้สึก หรือมีการรบกวนต่อส่วนที่มีการติดต่อไปมากับระบบ reticular เช่น cerebral cortex สาเหตุของการหมดสติหรือไม่รู้สึก มีดังต่อไปนี้ (ปัญญ บุรณศิริ 2526 : 137 - 139.; สมจิต หนูเจริญกุล 2526 : 22 - 24.;

Hitchcock and Masson 1970: 15)

ก. มีรอยโรคของสมอง ใ้แก่

(1) มีการกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บต่อศีรษะ เช่น ถูกตีอย่างรุนแรง

(2) มีสิ่งกีดขวางในสมอง เช่น ก้อนเลือด หรือเนื้องอก

(3) โรคของหลอดเลือดในสมอง (cerebrovascular accident) พบได้มากและเกิดขึ้นเร็วภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าเกิดกับหลอดเลือดสำคัญหรือเป็นมากก็ทำให้ไม่รู้สึก

(4) มีการติดเชื้อของสมอง

(5) ภายหลังการชัก

ข. มีรอยโรคนอกสมองได้แก่

(1) โรคของเมตาบอลิซึม หรือพิษต่าง ๆ (Metabolic หรือ toxic diseases) แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

(ก) พิษที่เกิดภายในร่างกาย (Endogenous toxins) ได้แก่ โรคตับที่มีภาวะแอมโมเนียสูง หรือโรคไต ที่มีภาวะการคั่งของของเสียต่าง ๆ ได้แก่ urea nitrogen การเสียความสมดุลของกรด ค่าง และอิเล็กโทรลิต หรือเป็นโรคของต่อมไร้ท่อ และกษรขาดสารจำเป็นและสำคัญต่อระบบประสาทในระยะเวลานานพอควร เช่น การขาดออกซิเจน น้ำตาลในเลือดต่ำ การขาดวิตามินบี 1 เป็นต้น

(ข) พิษภายนอกในร่างกาย (Exogenous toxins) ได้แก่ ยาต่าง ๆ และสารพิษ เช่น บาร์บิทูเลต, คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นต้น

(2) สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ปฏิกริยาภูมิแพ้ ช็อคจากไฟฟ้า ภาวะไข้สูงหรือต่ำมาก

ค. สาเหตุทางจิต (psychosis) เช่น ฮิสทีเรีย เป็นต้น

## 1.2 ระดับของความรู้สึก

การสูญเสียความรู้สึกมีระดับและความรุนแรงแตกต่างกัน โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (ชัชวรินทร์ อังศุภากร 2527 : 2 - 3) คือ

ก. รู้สึกตัวดี (alert หรือ conscious) ผู้ป่วยรับรู้ตนเอง และสิ่งแวดล้อม รู้จักบุคคล เวลา และสถานที่ มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม

ข. ง่วงซึม (drowsiness) อยู่ในภาวะคล้ายคนนอนหลับ ต้องได้รับการกระตุ้นจึงตื่น สามารถปฏิบัติตามคำสั่งง่าย ๆ ได้ จำสิ่งที่ผ่านมาไม่ได้เลย ตอบคำถามเป็นประโยคได้แต่ช้ามาก หลังจากปลุกแล้วจะนอนหลับอีก อาจเอะอะ สับสน ในบางครั้ง

ค. ง่วงงม (stupor) จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบก็ต่อเมื่อได้รับการกระตุ้นจากภายนอกซ้ำ ๆ กันและรุนแรง เช่น ตองเขย่าตัวแรง ๆ ซ้ำ ๆ อาจออกเสียงร้องเพียงเล็กน้อย หรือขยับแขน ขา หนี ยังควบคุมการไอตามปกติ ควบคุมอุจจาระ และปัสสาวะได้

ง. ครึ่งรู้สติ (semicoma) ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นตามปกติ แต่ตอบสนองต่อแรงกดหรือความเจ็บปวด ยังมีปฏิกิริยาสะท้อน (reflex) เช่น babinaki's reflex

จ. หมกสติหรือไม่รู้สติ (coma หรือ unconscious) ไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นใด ๆ แม้ความเจ็บปวด

### 1.3 การวัดระดับความรู้สติ

เนื่องจากระดับความรู้สติมีหลายระดับ บางครั้งมีการแบ่งที่ไม่เหมือนกัน และการวัดที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เกิดการสับสนและปัญหาในการรายงานอาการของผู้ป่วย จึงได้มีการพัฒนาแบบบันทึกผู้ป่วยหมกสติ เพื่อใช้สังเกตระดับความรู้สติได้เข้าใจตรงกันซึ่งแบบบันทึกที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีความเชื่อมั่นสูง ได้แก่ แบบบันทึกความรู้สติของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การลืมตา (eye opening) การสื่อภาษา (Verbal response) และการเคลื่อนไหว (motor response) ในแต่ละส่วนผู้ป่วยจะไคคะแนนสำหรับการตอบสนองที่ดีที่สุดดังนี้ ( Jones 1979 ก : 192 - 193., Miller 1983 : 427)

ก. การลืมตา เป็นการประเมินถึงการทำงานของ ascending reticular activating system ในกานสมองแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

(1) ลืมตาไคเอง มีคะแนน = 4 ผู้ป่วยสามารถมองตามสิ่งที่เคลื่อนไหวอยู่ข้างหน้าไคอย่างมีจุดหมายและตอบสนองต่อการกระตุ้นไครวดเร็ว เช่น ลืมตาและหลับตาไคตามคำสั่ง

(2) ลืมตาเมื่อเรียก มีคะแนน = 3 ต้องใช้เสียงกระตุ้น เช่น เรียกชื่อ อาจต้องกระตุ้นหรือพูดซ้ำ หรือเขย่าตัว จึงจะลืมตา

(3) ลืมตาเมื่อเจ็บ มีคะแนน = 2 ต้องกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด อาจใช้การก้มศีรษะ กอบนกระบอกตาหรือคิ้วทั้งสองข้าง

(4) ไม่ลืมตาเลย มีคะแนน = 1 ไม่มีการลืมตาเลย แม้กระตุ้นด้วยความเจ็บปวดแรงที่สุดแล้วก็ตาม บางรายไม่ลืมตาเพราะตาวมปิด ในกรณีเช่นนี้ให้บันทึกว่าตาปิด (Close = c) และไม่ถือว่าไม่ลืมตา

ข. การเคลื่อนไหว เพื่อการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายของสมอง มักใช้การตอบสนองของแขนเท่านั้น เพราะเห็นชัดเจนและไม่มี **withdrawal spinal reflex** ของไขสันหลังมาเกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วนคือ

(1) ทำตามคำสั่ง มีคะแนน = 6 ทำการตรวจเมื่อผู้ป่วยตื่นแล้ว สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น ลืมตา หลับตา เป็นต้น

(2) ทราบตำแหน่งที่เจ็บ มีคะแนน = 5 ผู้ป่วยจะพยายามเอามือมาบีบหรือยกขึ้นมารับบริเวณที่ถูกทำให้เจ็บปวดเพื่อจะเอาสิ่งที่ทำให้เจ็บออก

(3) ชักแขนขาหนี มีคะแนน = 4 ผู้ป่วยไม่รู้ตำแหน่งของความเจ็บปวด มีการตอบสนองอย่างรวม ๆ ไม่มีความหมาย เช่น ถ้าใช้ความดันสอกระดูกนิ้วมือ ผู้ป่วยจะขยับแขนหรือกอดเล็บเท้าก็จะขยับขาเท่านั้น

(4) แขนงอเมื่อเจ็บ มีคะแนน = 3 ผู้ป่วยจะงอแขนเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด นิ้วมือจะกำเข้าหากัน งอแขนขึ้นมาชิดหน้าอก ขาเหยียดตรง เป็นลักษณะของ **decorticate rigidity**

(5) แขนเหยียดเกร็ง มีคะแนน = 2 ผู้ป่วยจะเกร็งแขนแบบเขาล่าตัวเหยียดตรง ข้อมือออกไปจากลำตัว เป็นลักษณะของ **decerebrate rigidity**

(6) ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย มีคะแนน = 1 ไม่สนองต่อความเจ็บปวดเลย อาจมีหรือไม่มีอาการกระดูกของนิ้วมือและนิ้วเท้า ซึ่งเป็นการตอบสนองโดยปฏิกิริยาสะท้อนเท่านั้นก็ได้



ค. การสื่อภาษา เป็นการคุกคามของผู้ป่วยที่สามารถรวบรวมเรื่องราวต่าง ๆ ตอบคำถามได้หรือไม่ แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ

(1) พุคคุยไค่ไม่ลับสน มีคะแนน = 5 ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อตัวเอง ญาติที่อยู่ใกล้ซึก ที่อยู่ อายุ เป็นต้น

(2) พุคคุยไค่แค่ลับสน มีคะแนน = 4 พุคไค้ตอบไค้แต่ถูกบ้างผิดบ้าง มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ญาติ สิ่งแวดล้อม และสถานที่ผิดไป

(3) พุคเป็นคำ ๆ มีคะแนน = 3 พุคเป็นประโยคไม่ไค้ ออกเสียงเป็นคำสั้น ๆ มักเป็นคำพุคเมื่อถูกกระตุ้นที่ร่างกายมากกว่ากระตุ้นด้วยเสียง เช่น อัจตะโกน เป็นต้น

(4) ส่งเสียงไม่ไค้เป็นคำพุค มีคะแนน = 2 ไม่ไค้ตอบด้วยคำพุค มีแต่เสียงในลำคอ เช่น เสียงคราง เป็นต้น

(5) ไม่ออกเสียงเลย มีคะแนน = 1 ไม่มีเสียงตอบสนองเลย แม้ไค้รับการกระตุ้นซ้ำ ๆ กันเป็นเวลาานากั้ตาม

เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดจะไค้ = 15 คะแนน ในผู้ป่วยที่รูสติคิ ในผู้ป่วยที่ไม่รูสติ ส่วนใหญ่จะไม่ล้มคาคอสิ่งกระตุ้นใด ๆ ไม่สามารถเข้าใจคำพุค ถ้าให้เป็นคะแนนจะไค้สูงสุค = 2 คะแนน สำหรับการเคลื่อนไหว คะแนนมากที่สุด = 5 คะแนน หรือน้อยกว่านี้ กั้มันจึงเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ผู้ป่วยไม่รูสติ ต้องเป็นผู้ซึ่งมีคะแนนของการล้มคาคอ = 1 การสื่อภาษา = 2 และการเคลื่อนไหว = 5 หรืออาจน้อยกว่านี้ไค้ได้ (Jones 1979 ก : 194 - 195 ; Miller 1983 : 431) เมื่อรวมคะแนนจะไค้ = 8 คะแนน แค ที่สเคด และเจนเนท (Teasdale and Jennett 1974 : 81 - 83) และ โจนส์ (Jones : 1979 ข : 1552) ระบุว่า คะแนนที่รวมไค้ 7 คะแนน หรือน้อยกว่า 7 ถือเป็นผู้ป่วยไม่รูสติ

#### 1.4 ผลจากการที่ผู้ป่วยไม่รูสติ

จากการที่ผู้ป่วยไม่รูสติ กอให้เกิดผลต่าง ๆ ตามมาคือ (Watson 1979 : 158 - 159)

ก. กลไกเกี่ยวกับความรูสติ การตอบสนองเพื่อความสุชสบาย

และการป้องกันคุ้มครองตนเองให้ปลอดภัย ไม่สามารถทำงานได้ต่อไป

ข. สูญเสียความรู้สึกทางผิวหนังและการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

ค. สูญเสียรีเฟล็กซ์ในการกระพริบตาและกักการหลั่งน้ำตา

ทำให้ตาเปิดอยู่ตลอดเวลา เป็นอันตรายต่อตา

ง. การหายใจถูกกักตุน เพราะการชากรีเฟล็กซ์จากคอหอย (pharyngeal reflex) และรีเฟล็กซ์จากกล่องเสียง (laryngeal reflex) ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ

จ. ไม่มีการเคลื่อนไหวและการสูญเสียความตึงตัวของโครงร่างกล้ามเนื้อ ทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าและเกิดเส้นเลือดอุดตัน

ฉ. การเผาผลาญภายในร่างกายถูกกัก เป็นผลให้การผลิตความร้อนลดลง

ช. การไม่เคลื่อนไหว กระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่าง ๆ จึงไม่ได้ใช้งานก่อให้เกิดกระดูกงู กล้ามเนื้ออ่อนแอ สิว ข้ออักเสบ

ซ. มีการสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะตามปกติ ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือมีการคั่งของน้ำปัสสาวะจากการถ่ายเองไม่ได้ มีอาการท้องผูก

จากลักษณะของผู้ป่วยไม่รู้สึกที่อธิบายมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าชีวิตของผู้ป่วยต้องพึ่งพาพยาบาลเป็นอย่างมาก ทั้งการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การป้องกันโรคแทรกซ้อนและการรักษาและคำปรึกษาซึ่งหน้าที่ของร่างกาย

## 2. สาเหตุจากมีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก บางคนต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีใส่ท่อช่วยหายใจและอาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาพบว่าปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยประเภทนี้คือ การพูดไม่ได้ เนื่องจากท่อช่วยหายใจไปกีดขวางเสียง (ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์ 2526 : 27) และจะเป็นปัญหาสำคัญมากในผู้ป่วยที่รู้สึก

มิเชล ( Micheal 1975 : 1805 - 1807) ได้กล่าวถึงความรู้สึกของตนเองที่ต้องเผชิญขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในหน่วยอภิบาล

ผู้ป่วยหนักว่า นอกจากความเจ็บปวดทรมานแล้ว สิ่งที่ทำให้เขามีความคับข้องใจอย่างยิ่งคือ การที่ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองให้พยาบาลทราบได้ เป็นเหตุให้ความต้องการของเขาไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้เกิดความท้อแท้และรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารบอกความต้องการของตนให้ผู้อื่นเข้าใจ เพื่อให้ช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นของตน สภาวะเช่นนี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (Lawless 1975 : 2151) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจอย่างมาก และย่อมเป็นผลเสียต่อการรักษาพยาบาลอย่างยิ่ง ดังนั้นการประเมินความต้องการของผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการให้ถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการให้ข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ทุก ๆ เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือเครื่องใช้หรือการดูแลรักษาที่จะให้กับผู้ป่วย (Pinard 1969 : 585) และการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยก็กล่าวจำเป็นจะต้องให้ข้อมูลเสมอ (Germain 1969 : 147) ซึ่งพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Cassem, Hackelt and Bascom 1970 : 319) ทั้งนี้แสดงถึงความสำคัญของการติดต่อสื่อสารด้วยการส่งข่าวสารข้อมูล เป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญ การติดต่อสื่อสารอาจกระทำได้โดยแนวทางอื่น ๆ อีก เป็นต้นว่าการสัมผัสทั้งตัวร่างกายและสายตา (Monken 1975 : 117) ความสำคัญของการติดต่อสื่อสารนั้น ปาหนัน บุญ-หลง (2528 : 76) ได้กล่าวไว้ว่ามีผลส่งเสริมการรักษาเป็นอย่างมากไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิต เท่ากับว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการปกป้องคุ้มครองผู้ป่วยหรือช่วยเหลือ ส่งเสริมให้การหายของโรคเป็นไปได้โดยวิธีนั้นเอง (Storlie 1975 : 81)

ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

การเจ็บป่วยทุกชนิดถือเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะคุณภาพของบุคคล ทำให้บุคคลเสียความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลได้ และการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเพิ่มภาวะเครียดโดยตรงอีกด้วย

จากการศึกษาภาวะเครียดและความวิตกกังวลจากการเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ (ประคอง อินทรสมบัติ 2521 : 2 - 6.;  
ทัศนาศา พญทอง 2528 : 1371 - 1372)

1. ความเจ็บป่วยโดยตรง ในขณะที่เจ็บป่วยบุคคลจะรู้สึกว่าคุณเองถูก  
คุกคามและจะท้อสูญเสียความปกติสุขในชีวิตประจำวัน บุคคลมักจะกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น  
และมักจะคาดหวังในสิ่งที่ไม่รู้ไปในทางที่เลวร้าย มโนทัศน์ที่เคยมีต่อตนเองเสียไปเนื่องจาก  
สภาพร่างกายที่เจ็บป่วยทำให้ความรู้สึกต่อตนเอง เปลี่ยนจากภาวะพึ่งตนเองไปสู่ภาวะต้อง  
พึ่งพาและรอคอยความช่วยเหลือของผู้อื่น ผู้ป่วยมักจะเกิดความขัดแย้งในตนเอง เกี่ยวกับ  
เปลี่ยนแปลงบทบาทของตนในขณะที่สุขภาพกายปกติกับบทบาทที่ตนเอง เป็นอยู่ในขณะ เจ็บป่วย  
ซึ่งส่วนใหญ่จะยอมรับสภาพ ไม่ใ้ก่อให้เกิดภาวะ เครียดและวิตกกังวลได้มาก นอกจากนี้  
การเจ็บป่วยบางอย่างจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตนโดยเฉพาะ เช่น การจำกัดกิจกรรม  
ก็จะยิ่งเพิ่มภาวะเครียดให้แก่ผู้ป่วย

2. สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยต้องมาเข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล จะเป็นการเพิ่มความรู้สึกเครียดให้ผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากการที่ผู้ป่วย  
ต้อง เข้ามายู่โรงพยาบาลจะต้องถูกแยกจากครอบครัวมาประสบกับสภาพแวดล้อมใน  
โรงพยาบาล เช่น บุคลากร สถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตร  
ประจำวันซึ่งเปลี่ยนไปจาก เคมีขณะที่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งการต้องปฏิบัติตนเพิ่มเติมในส่วน  
ที่เป็นการรักษาพยาบาลตามความเจ็บป่วยและโรคของตน นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่พบใน  
โรงพยาบาล เป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้อย่างมาก เช่น การเห็น  
สภาพผู้ป่วยหนักอื่น ๆ

3. ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยเมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาลจะรู้สึกสูญเสีย  
เนื่องจากต้องแยกจากครอบครัวและสังคมของตน เป็นกังวลห่วงใยบุคคลใกล้ชิด

4. ภาวะเศรษฐกิจ ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งที่ก่อให้เกิด  
ความเครียดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยที่ต้องใช้จ่ายในการรักษาสูง ผู้ป่วยเป็น  
หัวหน้าครอบครัว หรือเป็นผู้ไม่มีรายได้ประจำ จะทำให้มีความวิตกกังวลสูงยิ่งขึ้น

จึงเห็นได้ว่า บุคคลเมื่อเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลใน  
โรงพยาบาลจะประสบกับภาวะเครียดและวิตกกังวลได้ และถ้าเป็นการเจ็บป่วยหนัก

หรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงคุกคามต่อการมีชีวิต เช่นผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จะมีความเครียดและวิตกกังวลได้สูงกว่าผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป

จากการศึกษาของ เมอร์เรย์ (Murray 1975 : 70 - 71) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักได้แก่

1. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ไม่ถูกต้องเนื่องจาก โดรนหรือไคพิงมาจากเจ้าหน้าที่ หรือผู้ให้การรักษาพยาบาล พุดคุยกันหรือปรึกษากันโดยไม่ระมัดระวัง
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบายหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ตลอดจนบทบาทของตนเอง และบทบาทของพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก
3. ผู้ป่วยต้องพบเห็นและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหนักคนอื่น ๆ ตลอดจนเห็นการช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยคนอื่นที่มีอาการหัวใจหยุดเต้น อาการชัก การเสี้ยวเลือดมาก เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่ไม่ได้กระทำให้มิดชิด
4. ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แปลกแตกต่างจากที่ผู้ป่วยธรรมดา เพราะภายในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักจะมีเครื่องใช้ต่าง ๆ มากมาย รูปร่างแปลก ๆ ซึ่งเครื่องมือเครื่องใช้บางอย่างมีเสียงที่ค่อนข้างดัง หรือมีสัญญาณไฟ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและเครียดได้
5. ผู้ป่วยขาดความอบอุ่น และกำลังใจ เพราะต้องห่างจากญาติสนิทและผู้นิกลัทธิ
6. มีความรู้สึกถูกลดความเป็นบุคคลลง ถูกเปิดเผย และไม่มั่นคง รู้สึกว่าร่างกายถูกแบ่งแยก ไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
7. หักขาดอารมณ์จากภาวะการขาดการรับรู้ หรือกระตุ้นประสาทสัมผัสมากเกินไป (Sensory deprivation)
8. การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมจะกระตุ้นความรู้สึกคันแรมมิได้สูง
9. รู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนและพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่น
10. รู้สึกว่าต้องพึ่งพาสมาชิกอื่น ควบคุมตนเองไม่ได้ และคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าถึงสภาพความเจ็บป่วยของตน

โดยทั่วไปแล้วภาวะเครียดและความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันได้ยาก โดยที่ภาวะเครียดเป็นการตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจงของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น แต่ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองทางจิตใจของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจง (Jasmin and Trygstad 1979: 55) ถ้าหากจะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและความวิตกกังวลก็จะพบว่าภาวะเครียดเป็นเสมือนตัวนำที่ทำให้เกิดการกระทำแต่ไม่ใช่ผลของการกระทำ ในขณะที่ความวิตกกังวล เป็นผลของภาวะเครียด (Pasquali, et al. 1981: 143) อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะเครียดและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นในร่างกายก็จะมี การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเช่นกัน (Jasmin and Trystad 1979: 55; Selye 1965: 97-99)

เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจดังนี้คือ

1. ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกายที่มีต่อภาวะเครียด (Hopping 1980: 258-269; Murray 1975: 73-74) คือ
  - 1.1 ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึพจรเต้นเร็วขึ้น อาจพบหัวใจเต้นผิดปกติ
  - 1.2 เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายลดน้อยลง ทำให้ผิวหนังซีดและเย็น
  - 1.3 อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
  - 1.4 จำนวนปัสสาวะลดน้อยลง จากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกายจากกลไกปรับตัวของไตเพื่อรักษาระดับเลือดภายในร่างกายให้พอเพียง
  - 1.5 อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ มีอาการขาดน้ำ หากการเผาผลาญสารอาหารยังคงสูงอยู่นาน จะพบว่ามีอาการนอนไม่หลับและเมื่อยล้าได้
  - 1.6 ระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น จากการสร้างอินซูลินน้อยลง มีการหลั่งกลูคาγον (glucagon) เพิ่มขึ้น กรดไขมันถูกขับออกมาเพิ่มขึ้น มีการสลายตัวของไกลโคเจน (glycogen) ในตับและกล้ามเนื้อมากขึ้น พบกรดแลคติก (Lactic acid) สูงขึ้น
  - 1.7 การทำงานของกล้ามเนื้อ เพิ่มมากขึ้น มีอาการล้า ทุุก

หรือเมื่อยลำตัวร่างกาย กล้ามเนื้อจะมีการดึงตัวโดยเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อทราเปซียส (Trapezius muscle) ซึ่งพบได้บ่อย ๆ ว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยได้

1.8 ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เนื่องจากต่อมไทมัส (Thymus gland) และเนื้อเยื่อทอลิมฟอยด์ (Lymphoid) สืบลง เซลล์ทอลิมโฟไซต์ (Lymphocytes) ถูกทำลาย ความสามารถในการยอมให้สารผ่านเข้าไปในเซลล์ที่เกิดการอักเสบลดลง

1.9 เลือดแข็งตัวขึ้น จากการสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น และปริมาณเซลล์เม็ดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้มีความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น

1.10 ร่างกายและจิตใจมีการตื่นตัว จากประสาทซิมพาเทติก

2. ปฏิริยาตอบสนองทางจิตใจที่มีต่อภาวะเครียด (Murray 1975: 74-75) มีดังต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่ให้ความร่วมมือ ฉ้อฉล มีพฤติกรรมด้อยหลัง

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น โกรธ หงุดหงิด บ่น ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ระดับความรู้สึก ความจำ ความสนใจ และสมาธิเสียไป แม้ว่าจะไม่มีความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้สึก

2.4 กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน มีความคิดสับสน

2.5 คำนการรับรู้ถูกรบกวน การรับรู้ทางประสาทสัมผัสผิดปกติ เช่น มีภาพหลอน ประสาทหลอน

2.6 การใช้ภาษาจะเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงในระดับน้ำเสียง แบบแผน หรือคำพูด และการออกเสียงเปลี่ยนแปลงไป อาจพูดประโยคซ้ำ ๆ

2.7 ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้สึกรู้สึกรู้ เช่น ปฏิเสธ โห่ผู้อื่น เป็นต้น

2.8 มีการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ (Self-image) ของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่ปลอดภัย และเรียกร้องความคุ้มครองมากเกินไป

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าภาวะเครียดทำให้ความวิตกกังวลสูงขึ้น อันจะส่งผลถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีรภาพ และจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ที่มีสภาพแวดล้อมแตกต่างไปจากหอผู้ป่วยอื่นโดยทั่วไป (Storlie 1975: 81) ยิ่งเป็นเหตุให้ภาวะเครียดเพิ่มสูงมากขึ้น (Burrell and Burrell 1973: 3) หากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับการผ่อนคลายแล้วย่อมส่งผลไปถึงพยาธิสภาพของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยอาจเพิ่มความรุนแรงได้มากขึ้น และอาจถึงแก่ชีวิตได้ (Hudak, Lohr and Gallo 1973: 29) พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยเข้าไว้ในหน่วย อภิบาลผู้ป่วยหนักจนกระทั่งย้ายผู้ป่วยออกไป (Pinard 1969: 587) โดยจะต้อง ให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วยการแสดงพฤติกรรม การพยาบาลที่มีความหมายในลักษณะของการดูแลคนทั้งคนทุก ๆ ครั้ง ของการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล (Waxler 1976: 297)

## การพยาบาลผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก

### 1. แนวคิดในการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลนั้น หมายถึงการกระทำในกิจกรรมการสังเกต การดูแลการให้คำปรึกษา แนะนำ สั่งสอน และการนิเทศ แก่ผู้ป่วย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ มีความพิการ หรือบุคคลปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีและป้องกันการบาดเจ็บที่จะเกิดขึ้นต่อไปแก่ตนเองและผู้อื่น (ทวงรักัน บุญญานุวัตร 2525 ข.: 195) ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลตามกิจกรรมดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และทักษะ ตลอดจนคุณภาพส่วนบุคคลของพยาบาล ซึ่งจะนำการปฏิบัติการพยาบาลไปสู่ความสำเร็จ (ฟาริกา อิบราฮิม 2524 ข.: 55-62)

จากการศึกษาของอัลฟาโน (Alfano 1971 อ้างถึงในทวงรักัน บุญญานุวัตร 2522 ก.: 45) ได้แบ่งลักษณะของพยาบาลออกเป็น 2 ประเภทคือ

(1) พยาบาลที่มุ่งความสำเร็จของงาน (Task-Oriented practice) ซึ่งจะชอบทำงานประจำ หรือทำงานส่วนใหญ่ที่เป็นการรักษา การให้ยา การช่วยแพทย์ โดยไม่คำนึงถึงจิตใจ หรือความเป็นคนของผู้ป่วย ดังนั้นลักษณะการทำงานจะเป็นแบบ



รีบเร่งให้ทันเวลา ใช้เวลาเป็นเครื่องตัดสินมากกว่าที่จะคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล ทำให้ขาดโอกาสในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว คำนึงถึงเฉพาะเหตุการณ์เร่งด่วน

(2) พยาบาลที่มุ่งวิชาชีพ (Professional-Oriented practice.)

พยาบาลในกลุ่มนี้จะมุ่งการพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วย สนใจให้การดูแล สอน แนะนำสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นั่นคือการให้การดูแลคนทั้งคน ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลนั่นเอง (Ellis 1968: 217)

จึงเห็นได้ว่าการศึกษาที่พยาบาลมุ่งความสำเร็จของงานจะทำให้พยาบาลห่างเหินกับผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพและภาพพจน์ของวิชาชีพไปในทางลบ วิชาชีพการพยาบาลจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มามุ่งเน้นที่การดูแลบุคคล มุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล โดยมีความเชื่อว่าบุคคลประกอบไปด้วย กาย จิต สังคม ซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้ เมื่อส่วนหนึ่งส่วนใดถูกกระทบกระเทือนก็จะส่งผลให้ส่วนอื่น ๆ กระทบกระเทือนตามไปด้วย ดังนั้นการพยาบาลจึงต้องมุ่งให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลไปพร้อมๆ กัน เรียกว่าให้การพยาบาลบุคคลทั้งคน (Holistic Nursing) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาล (ทัศนาศ พุทธิทอง 2528: 1365; Levine 1971: 253)

2. ลักษณะการพยาบาลที่มุ่งดูแลคน

ควยเหตุผลดังกล่าวมาแล้วพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จึงต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยมีเป้าหมายในการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลบุคคลทั้งคน โดยมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหนักทั้งด้านกาย จิต และสังคม จึงจะถือว่าเป็นการพยาบาลที่มุ่งดูแลคน

การพยาบาลที่ให้การตอบสนองความต้องการทั้งด้านกาย จิต สังคมของผู้ป่วยหนักมีดังนี้

2.1 การให้พยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย เป็น การพยาบาลเพื่อให้ร่างกายได้ทำหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งการมีชีวิต การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ (สุปามี พันธน้อย และกรรณิการ์ สุวรรณโศก 2528: 904-905)

ก. การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการออกซิเจน พยาบาลต้องดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ ซากออกซิเจนหรือได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข. การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการอาหารและน้ำ พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอทุกส่วน และได้รับสารอาหารครบถ้วน

ค. การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการด้านการถ่ายเทของเสียของร่างกาย เนื่องจากการขับถ่ายอุจจาระและมีสภาวะเป็นสิ่งจำเป็นของร่างกาย

ง. การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและการพักผ่อน พยาบาลต้องให้การดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายให้เหมาะสมตามความสามารถและสภาพของร่างกาย ตลอดจนดูแลให้ผู้ป่วยหนักพักผ่อนให้เพียงพอ

จ. การพยาบาลเพื่อตอบสนองด้านความปลอดภัย พยาบาลต้องดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

2.2 การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เป็นการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และพรจันทร์ สุวรรณชาติ (2528: 119) ให้ความหมาย "สภาวะทางจิต" ว่า หมายถึงลักษณะและพฤติกรรมที่ตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจของบุคคล ซึ่งอาจแสดงลักษณะและพฤติกรรมออกมาในรูปแบบของความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น ส่วนสภาวะทางสังคม หมายถึง ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่นับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิตของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตอย่างใกล้ชิด ได้แก่ พื้นฐานและภูมิหลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เพื่อนสังคม และชุมชน ตลอดจน อาชีพ การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น และสรุปว่า สภาวะจิตสังคม

ของผู้ป่วย จึงหมายถึงสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออก เพื่อรักษาความมั่นคงทางจิตใจและสังคมของบุคคล

ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยจะมีความเจ็บป่วยรุนแรง และมีผล กระทบกระเทือนต่อความมั่นคงทางจิตและสังคมของผู้ป่วยร่วมด้วยเสมอ ดังนั้นพยาบาล ควรให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตสังคมไปพร้อม ๆ กับการดูแลช่วยเหลือทาง กายร่างกาย เพราะผู้ป่วยจะมีความต้องการดูแลจิตสังคมมากกว่าในเวลาปกติ แต่ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการตอบสนองความต้องการ พยาบาลจึงควรให้การพยาบาลเพื่อ ช่วยตอบสนองความต้องการจิตสังคมของผู้ป่วยดังนี้ (สุปามี พันธุ์น้อย และ กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2528: 948-949)

ก. การพยาบาลเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย เพราะผู้ป่วยรู้สึกเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากพยาธิสภาพทางกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดี และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ แนวทางใน การพยาบาลได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพของการช่วยเหลือ การให้ความมั่นใจ ให้ เหตุผลในสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ให้ความรู้ในสิ่งที่ ผู้ป่วยข้องใจ

ข. การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการความรัก แนวทางที่ พยาบาลให้การพยาบาลได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ และมั่นใจ ว่าพยาบาลเอาใจใส่ดูแลพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ ให้อภัยใจ ให้การสัมผัสที่ เหมาะสม ให้อาหารและน้ำ หรือเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการปรับตัวต่อ ปัญหาทางเพศที่มีผลกระทบจากความเจ็บป่วย

ค. การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการยอมรับนับถือ ใน ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกขาดการยอมรับนับถือจากการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ไป ในทางที่ไม่สวยงาม ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ขาดความเป็นศักดิ์ส่วนของตนเอง แนวทาง ในการพยาบาลได้แก่ การให้การดูแล ช่วยเหลือด้วยความรัก เอาใจใส่ต่อผู้ป่วย เยี่ยมบุคคลที่มีชีวิตจิตใจ ตักศิรี และความสามารถ ให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และส่งเสริมความเป็นศักดิ์ส่วนของผู้ป่วย

ง. การพยายามเพื่อตอบสนองความต้องการความสำเร็จแห่งชีวิต การเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคที่ทำให้ความสำเร็จแห่งคนของผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก จากการพึ่งตนเองไม่ได้ ความพิการทางร่างกาย จากการไม่ได้รับข้อมูลใด ๆ ในอนาคตที่แน่นอน แนวทางในการพยาบาล ได้แก่ การให้การยอมรับนับถือผู้ป่วยในฐานะบุคคล ชมเชย และรับรู้ความสามารถที่มีอยู่ของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ให้กำลังใจและช่วยเหลือในการปรับตัวก่อนงานสัมพันธภาพ และบทบาทในครอบครัวและสังคม

การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยหนักจากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ นอกจากพยาบาลจะมีเป้าหมายในการพยาบาลที่ให้การดูแลบุคคลทั้งคนแล้ว พยาบาลควรจะต้องมีแนวความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติกับคนบางประการ จึงจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลที่มุ่ง ดูแลคนทั้งคน โดยสมบูรณ์ แนวคิดเหล่านั้นได้แก่ (ทัศนาศาสตร์ พญทอง 2528: 1377-1378)

1. การเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล พยาบาลจะต้องตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่มีชีวิต จิตใจ มีความเชื่อ ค่านิยม และคุณค่า พยาบาลจึงควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างมนุษย์ที่มีจิตใจ ไม่ใช่วัตถุ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล
2. ยอมรับในพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วย ต้องถือว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเป็นเครื่องชี้ทางให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
3. ให้การพยาบาลโดยเคารพในสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วย มนุษย์ทุกคนมีสิทธิหรือความชอบธรรมในการเป็น การอยู่ รวมทั้งการจะเป็นหรือจะอยู่ ดังนั้นในการพยาบาลควรจะคำนึงถึง และกระทำทุกอย่างต่อผู้ป่วยอย่างเคารพในสิทธิการเป็นเจ้าของร่างกายและชีวิตของเขาควรได้รับการยินยอมจากเขา ตลอดจนไม่ล่วงละเมิดต่อวัฒนธรรมศีลธรรมหรือสิ่งที่เขาเคารพหรือให้ความสำคัญหรือไม่หอกถึง เขาเหมือนคนไร้ค่า (ลออ หุคางกูร 2525: 95-96)
4. ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และมนุษย์สัมพันธ์ เพราะพยาบาลที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและ

ผู้ป่วย นำไปสู่ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่หึงมีข้อพยาบาล ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการพยาบาล  
อย่างมาก

### พฤติกรรมกรรมการพยาบาล (Nursing Behavior)

#### 1. ความหมาย

สมโภชน์ เขี่ยมสุภานิต (2526: 2-3) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรม  
(Behavior) ว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนอง หรือโต้ตอบต่อสิ่งใด  
สิ่งหนึ่งในสภาพการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ไต่ยืนได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกัน  
ด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้นจะเกิดขึ้นภายใน  
หรือภายนอกร่างกายก็ตาม เช่น การร้องไห้ การกิน การวิ่ง การอ่านหนังสือ การ  
เต้นของหัวใจ การกระตุกของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2511: 24) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมนั้น หมายถึง  
กิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น หรือ  
ปฏิบัติการภายในที่มีต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ ซึ่งรวมทัศนคติ ค่านิยม ความรู้  
ความนึกคิด ในบางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้

โสภา ชูทิกุลชัย (2521: 2) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมคือกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่ง  
สิ่งมีชีวิตกระทำและบุคคลอื่นสามารถสังเกตได้หรือใช้เครื่องมือทดสอบได้ เช่น การ  
หัวเราะ ร้องไห้ การกิน การเล่น การนอน ฯลฯ ซึ่งอาการกระทำทั้งหมดนี้แสดงให้เห็น  
ทราบถึงลักษณะที่เราเรียกว่า พฤติกรรม

ชัยพร วิชชาวุธ (2518: 1) กล่าวว่า การกระทำของมนุษย์ไม่ว่าการ  
กระทำนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ ล้วนเป็นพฤติกรรมทั้งสิ้น เช่น การนั่ง เดิน กิน  
การคิด ความเข้าใจ การตัดสินใจ ซึ่งตรงกับควาหมายของบลูม (Bloom 1975:  
25) ที่กล่าวถึงทฤษฎีพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่คนกระทำอาจจะสังเกตได้  
หรือไม่ได้

จากควาหมายต่าง ๆ ดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่าพฤติกรรมนั้น หมายถึงการ  
กระทำต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออก ตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถสังเกตได้  
หรือไม่ได้

### ชนิดของพฤติกรรม

เลวิน (Lewin อ้างถึงใน วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภกุล 2522: 29) ได้จำแนกพฤติกรรมของบุคคลไว้ 2 ระดับคือ

1. ระดับพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (Genotype Level) เป็นกระแสด้านความรู้สึกอย่างหนึ่งที่อยู่ภายใน ยากที่จะเรียนรู้ หรือสังเกตเห็นได้ เป็นพวกความรู้สึกนึกคิด หรืออารมณ์ เช่น ความเกลียด รัก ชอบ พอใจ ไม่พอใจ โกรธ เป็นต้น

2. ระดับของพฤติกรรมภายนอก (Phenotype Level) เป็นพฤติกรรมที่สามารถมองเห็นหรือแสดงออกมาภายนอก เป็นการแสดงออกทางกาย วาจา กิริยาท่าทาง

ชัยพร วิชชาวูช (2518: 2) ได้กล่าวถึงชนิดของพฤติกรรมว่าการกระทำใด ๆ ที่เราสามารถสังเกตเห็นได้ เรียกว่าพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เช่น การนั่ง การเดิน ส่วนการกระทำที่สังเกตไม่ได้ เช่นความเข้าใจ การตัดสินใจ เป็นพฤติกรรมภายใน (Covert behavior)

ส่วนบลูม (Bloom 1975: 65-197) ได้แบ่งพฤติกรรมออกได้เป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมทางด้านความรู้ (Cognitive Domain) ได้แก่
  - 1.1 ความรู้เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความจำหรือระลึกได้
  - 1.2 ความเข้าใจ เป็นขั้นต่อมาจากความรู้ เมื่อรู้ก็จะสามารถแปลความหรือความหมายได้
  - 1.3 การนำเอามาใช้ การที่บุคคลสามารถนำเอาทฤษฎี วิธีการ แนวคิดต่าง ๆ มาใช้
  - 1.4 การวิเคราะห์เป็นขั้นที่สามารถแยกแยะ จำแนกส่วนใหญ่ออกเป็นส่วนย่อยได้
  - 1.5 การสังเคราะห์ เป็นขั้นที่สามารถรวมส่วนย่อย ๆ เข้าเป็นส่วนรวมใหม่ได้ โดยปรับปรุงให้ดีขึ้น
  - 1.6 การประเมินผล เป็นขั้นที่บุคคลสามารถชี้และแสดงให้เห็นโดยใช้กฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องยืนยัน



2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ความชอบ ค่านิยมต่าง ๆ เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการมองเห็นและเข้าใจ เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจของคน ได้แก่การให้ความสนใจ การตอบสนอง การยอมรับ การจับกลุ่ม การแสดงลักษณะ ตามค่านิยมที่ตนยึดถือ

3. พฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก การปฏิบัติมีสัดส่วนต่อมาจากความรู้ และทัศนคติ

พฤติกรรมของบุคคลทั้งภายนอกและภายในมีส่วนสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เนื่องจากพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกมานั้น เป็นไปตามแนวทางของกระบวนการทางความคิด การตัดสินใจ ความรู้สึก การตั้งใจ ความต้องการ ค่านิยม และประสบการณ์ของแต่ละคน (ชัยพร วิชาวุธ 2518: 2; วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภกุล 2522: 28)

จากความหมายและชนิดของพฤติกรรมดังกล่าวมาข้างต้น จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมกายภาพที่พยายามแสดงออกขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้น เป็นผลมาจากแนวความคิด ความรู้ และทัศนคติของพยาบาล ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายใน และพยายามแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยแสดงออกทางกิริยาท่าทาง การแสดงของสีหน้าและสายตา คำพูด น้ำเสียง การสัมผัส และระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกสามารถสังเกตเห็นได้

พฤติกรรมการพยาบาลที่พยาบาลแสดงออกในด้านต่าง ๆ ดังที่กล่าวมานั้นจะบอกรับถึงความหมาย และแนวความคิดของพยาบาล ดังนี้

#### 1. กิริยาท่าทาง

กิริยาท่าทาง หมายถึงท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงสภาพจิตใจของบุคคล และสามารถบอกรับถึงสภาวะจิตใจของบุคคลนั้นได้ ซึ่งลอว์ (Lore 1981: 50) อธิบายว่ากิริยาท่าทาง (Gesture) จะบอกรับถึง ความคิด ความสนใจ ความกระตือรือร้น ความพอใจ และในทางตรงกันข้ามอาจแสดงถึงความเย็นชา ความเบื่อหน่าย หรือห่อเหี่ยว เป็นต้น ซึ่งพยาบาลก็ใช้กิริยาท่าทางในการติดต่อกับผู้ป่วย เช่น การพยักหน้าเป็นครั้งคราว หรือการโน้มตัวลงใกล้ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง

ในขณะที่สนทนากับผู้ป่วย แสดงถึงความเอาใจใส่ของพยาบาล หรือท่าทางที่พยาบาลยืน กอดคอก พูดกับผู้ป่วย จะแสดงถึงความไม่เป็นกันเอง หรือดูเป็นงานเป็นการ (มารีสา ไกรฤกษ์ 2524: 1) ดังนั้นพยาบาลจึงควรระมัดระวังในการแสดงกิริยาท่าทางต่อผู้ป่วยให้เหมาะสม ซึ่งริส (Reece 1961: 172) ได้กล่าวถึงกิริยาท่าทางของพยาบาล ซึ่งอยู่ในคุณลักษณะของพยาบาลที่ดีว่า ควรมีกิริยาท่าทางที่อ่อนโยน กระจับกระจ่าง กระจือหรือร้อนที่จะให้การพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลควรจะต้องมีกิริยาท่าทางที่สุภาพ นุ่มนวล ในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล ไม่รีบร้อน ในการให้การพยาบาล ให้เวลาผู้ป่วย ในการแสดงความต้องการ และออกหนาค่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโดยไม่ โต้ตอบด้วยวิธีการรุนแรง (อุตุยา คันทิดลาชีวะ 2522: 57; จอมจักร จันทรสกุล 2522: 35)

## 2. การแสดงสีหน้าและสายตา

การแสดงออกของสีหน้าและสายตาที่เป็นผลของปฏิริยาตามธรรมชาติของ กล้ามเนื้อของใบหน้า กล้ามเนื้อรอบดวงตา คิ้วและปาก ซึ่งสามารถแสดงความรู้สึก ได้หลายอย่าง เช่น การยอมรับการเป็นมิตร การรังเกียจ ความเศร้า ความดีใจ เป็นต้น โดยเฉพาะการใช้สายตา ถ้ามีการประสานสายตาจะแสดงถึงการยอมรับ และพอใจที่จะมีสัมพันธภาพด้วย ดังนั้นพยาบาลควรจะต้องระมัดระวังในการแสดงสีหน้าและสายตา ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด แต่พยาบาลควรจะต้องเรียนรู้ที่จะควบคุมการ แสดงออกบางส่วน เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นมิตร ยอมรับผู้ป่วย หรือรังเกียจ ผู้ป่วย จากสีหน้าและสายตาของพยาบาล (Kozier 1979: 403) ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องการ พยาบาลที่มีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มองผู้ป่วยด้วยสายตาอ่อนโยน และเป็นมิตร ไม่ควร จะมีใบหน้าที่ยิ่งตึง เกร็ง เครียด

## 3. พฤติกรรมค่านการพูดและน้ำเสียง

การพูดเป็นวิธีติดต่อสื่อสารที่นิยมใช้กันทั่วไป เพราะเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการ แปร และการเข้าใจความหมาย คำพูด ตลอดจนระดับของเสียง เบาหรือดัง จังหวะ ในการพูด สามารถแสดงความรู้สึกของผู้พูดได้ เช่น ให้ความรัก ความสนใจ ยอมรับ





สงวนวรรณ เพื่อเพชร (2522: 33) ที่ว่าพยาบาลที่คือนอกจากจะมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องมีวาจาไพเราะ อ่อนหวาน หรือพูดด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน และมีอิทธิพลทำให้ผู้อื่นยินยอมปฏิบัติตาม

3.2 พยาบาลควรพูดกับผู้ป่วยในลักษณะที่แสดงถึงการยอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ มีความรู้สึก มีความคิด มีคุณค่า และศักดิ์ศรีของตนเอง แต่จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศักดิ์ศรีความเป็นคนจะถูกทรยศลง ซึ่งอิงเกลส์ (Ingles 1960: 648) โทกล่าว่า ผู้ป่วยจะถูกกระทำเสมือนวัตถุที่ไม่มีชีวิต ไม่มีการบอกถึงวัตถุประสงค์ของสิ่งที่จะกระทำให้กับผู้ป่วย การเข้ามาหาของเจ้าหน้าที่ก็ไม่มีการบอกกล่าว หรือแนะนำตัว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของฟิลด์ (Field, quoted in Brown 1961: 12-13) ที่ว่า ผู้ป่วยถูกกระทำเหมือนสิ่งทดลอง ไม่มีใครพูดกับผู้ป่วยหรืออธิบายอะไรให้ฟัง พบว่าพยาบาลจะเข้ามาพร้อมกับเข็มฉีดยา พรอหสำหรับวัดอุณหภูมิ หรือเครื่องมืออื่น ๆ เมื่อทำกิจกรรมเสร็จก็จะออกไปโดยไม่ได้อธิบายถึงวิธีการและผลของการกระทำ ซึ่งผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม เพราะกลัวพยาบาลจะแสดงความไม่พอใจ จึงไม่มีการพูดคุยกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การที่พยาบาลไม่พูดกับผู้ป่วย ไม่อธิบายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วย จึงเป็นการกระทำไม่ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

สำหรับในหน่วยอภิบาลของผู้ป่วยหนัก พยาบาลมีแนวโน้มที่จะพูดกับผู้ป่วยน้อย เพราะพยาบาลมุ่งที่จะดูแลช่วยชีวิตผู้ป่วย และต้องให้การดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้ป่วยที่พูดไม่ได้ เช่นผู้ป่วยที่ท้องไส้ท่อช่วยหายใจ มีเครื่องช่วยหายใจติดอยู่ หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึก จากการสัมภาษณ์พยาบาล 106 คนใน หน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก 5 แห่งในอังกฤษพบว่า พยาบาลยอมรับว่ามีความคืบหน้าของใจที่จะพูดกับผู้ป่วยประเภทนี้ พยาบาลบางคนกล่าวว่า "เหมือนพูดกับกำแพงอิฐ" จึงมักที่จะหลีกเลี่ยงการพูดคุยด้วย (Ashworth 1984a : 99, 105) และพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จึงมักจะพูดคุยกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโนเบิล (Noble 1979: 195) ที่พบว่าเสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่พยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้พยาบาลยังไม่ระมัดระวัง

การทุกข์ทวิพากษ์วิจารณ์ อากาการของผู้ป่วย ซึ่งคิดว่าผู้ป่วยไม่ไถ่ยืน แมคเคนซี (MacKenzie, quoted in Ashworth 1974 : 59) ได้เล่าว่าขณะที่นอนอยู่ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก หลังจากการผ่าตัดหัวใจ ไถ่ยืนพยายามพูดว่า "แพทย์ขอให้ดูแลเธออย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ ทำให้เธอคิดว่าอาการของเธอตกอยู่ในอันตราย ทำให้เธอเกิดความวิตกกังวลมาก กลัวว่าจะต้องตาย" เป็นต้น หรือการที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้จา ความคันในสมองสูง ไถ่ฟื้นขึ้นมาและเล่าว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลได้วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับตัวเธออย่างไรในขณะที่อยู่ข้างเตียง (Mitchell and Mauss 1978: 4-10)

ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่า การทุกข์ของพยาบาลกระทบกระเทือนต่อความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลจะต้องทุกข์กับผู้ป่วยโดย เคารพในความเป็นบุคคล ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกหรือไม่รู้สึก เพราะเกียรติกศักดิ์แห่งความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยนั้นย่อมมีอยู่ทั้งในภาวะที่รู้สึกและไม่รู้สึก (ลออ หุคางกูร 2525: 74) การทุกข์โดยให้การยอมรับและเคารพในความเป็นบุคคล พยาบาลจะกระทำไต่ เช่นการทุกข์ทักทายผู้ป่วยด้วยคำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงที่อ่อนโยน เรียกผู้ป่วยโดยใช้สรรพนามหน้าหน้าอย่างเหมาะสม สำหรับคนไทยนิยมใช้คำว่า ป้า ลุง ยายหรือตา ถ้าผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ และใช้คำว่าคุณกับผู้ป่วยอยู่ในวัยหนุ่มสาว จะให้ความรู้สึกดีกว่าการใช้นายหรือนาง (ฟาริกา อิบราฮิม 2525 ข: 128) พยาบาลควรจะรู้จักกล่าวคำขอภัยเมื่อต้องรบกวนหรือให้การพยาบาลส่วนศีรษะ และก่อนให้การพยาบาลแต่ละครั้ง พยาบาลควรจะต้องบอกผู้ป่วยถึงวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจ

3.3 พยาบาลควรจะทุกข์เพื่อประคับประคองค่านจิตใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย มีความวิตกกังวล จึงต้องการการดูแลประคับประคองทางค่านจิตใจ พยาบาลควรจะมีการทุกข์เพื่อให้อำลางใจ ปลอดภัยต่อผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่การทุกข์เพียงเพื่อจะให้ไถ่ข้อมูลมาเพื่อการพยาบาลอย่างเดียว การทุกข์เพื่อประคับประคองค่านจิตใจ ไถ่แก่

ก. การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยไม่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของคนก่อให้เกิดความทุกข์ทางค่านจิตใจ พบว่ามีความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้นไต่ รวมทั้งเกิดความไม่พอใจ (Barnett 1978: 29-31) ทั้ง ๆ ที่การไถ่รับข้อมูลและ

คำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ตามหลักสิทธิมนุษยชน (Quinss and Somers 1974: 240-242) จากการศึกษาถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ พบว่าผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุและระดับอาการของโรค โอกาสที่จะหาย ระยะเวลาที่ทางการแพทย์ วิธีการรักษาพยาบาล และผลของการดูแลรักษา (สมศิริ ทับแสง 2512; Dodge 1972: 1652-1654) แต่ข้อมูลที่พยาบาลเห็นว่าสำคัญสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตนตามการรักษาพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องกระทำ (Dodge 1972: 1652-1654)

จากการศึกษาของแอสเวิร์ท (Ashworth 1980, quoted in Ashworth 1984 a: 99-100) ที่สังเกตการสื่อสารของพยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก 5 แห่งในอังกฤษ จำนวน 106 คน เป็นเวลา 232 ชั่วโมง พบว่า การพูดคุยของพยาบาลกับผู้ป่วย 32% จะเป็นการบอกผู้ป่วยว่าจะทำอะไร ตามคำถามสั้น ๆ เช่น คุณสบายดีหรือ 21 เปอร์เซ็นต์ และบอกความต้องการของพยาบาล เช่น กรุณาเอามือออกไป 18 เปอร์เซ็นต์ มีเพียง 7 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่บอกผู้ป่วยถึง เรื่องของกาลเวลา สถานที่ บุคคล รอบ ๆ ตัวผู้ป่วย ความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย และเหตุผลในการรักษาหรือการพยาบาล หรือผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างไร และมีเพียง 6 เปอร์เซ็นต์ ที่การพูดคุยของพยาบาลเกี่ยวข้องกับบ้านของผู้ป่วย ความสนใจส่วนตัวของผู้ป่วย หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันนอกโรงพยาบาล

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่าพยาบาลให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยน้อยมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งต้องถูกจำกัดจากการเยี่ยมของบุคคลภายนอก และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลก มีการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การบอกเวลา สถานที่ บุคคล สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีได้ถึงแม้ว่าพยาบาลจะไม่มีหน้าที่โดยตรงในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ แต่พยาบาลควรจะเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้รับผิดชอบและพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการให้ข้อมูลและคำอธิบายอย่างชัดเจนในเรื่องการให้การรักษาพยาบาล (Cassem, Hackett and Bascom 1970: 320; Germain, 1969: 149; Kelly 1976: 29; Storlie, 1975: 82)

ข. การพูดเพื่อให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้ หมกมัวใจ หรือสิ้นหวังได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก มักจะมีความรู้สึกเช่นนี้ไ้มากกว่าผู้ป่วยอื่น ๆ การให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็ง และสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยทั้งกายและใจได้ การพูดเพื่อให้กำลังใจ ได้แก่ การพูดปลอบโยนผู้ป่วย การพูดชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และพูดสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องต่อไป และไม่ควรกล่าวโทษผู้ป่วย หรือพูดชมชู้ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องการกำลังใจและคำปลอบใจมากเท่า ๆ กับต้องการยาและวิธีการรักษาพยาบาล (ทัศนาศ พุทธิทอง 2528: 1368-1369)

ดังนั้นพยาบาลควรจะต้องเป็นผู้มีพฤติกรรมด้านการพูดที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมีการพูดด้วยถ้อยคำที่สุภาพ น่าเสียงชัคเจน นุ่มนวล ไม่กล่าวคำหยาบคาย วิพากษ์วิจารณ์ หรือชมชู้ผู้ป่วย รู้จักพูดกับผู้ป่วยโดยให้ความเคารพในความเป็นบุคคล รู้จักพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ เพื่อประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควรจะพูดในลักษณะเช่นนี้เหมือนกันไม่ว่าจะพูดกับผู้ป่วยที่รู้สึกหรือไม่รู้สึก เพราะความรู้สึกเกี่ยวกับการไต่ถามเป็นความสามารถสุดท้ายที่จะสูญเสียไปจากบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึก จะยังคงไต่ถามสิ่งที่พยาบาลพูด แม้วาร่างกายของเขาจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งใด ๆ เลยก็ตาม (Billings and Stokes 1982: 401)

#### 4. การสัมผัส

บาร์เน็ต (Barnett 1972: 102) ได้ให้ความหมายของการสัมผัสว่าเป็นวิธีการที่สำคัญในการสื่อสารด้านความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ กูดกีคูนซ์ (Goodykoontz 1979: 4) ได้ให้ความเห็นในด้านการสัมผัสว่าเป็นการกติกสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด สามารถถ่ายทอดข้อความ และแบ่งปันความรู้สึกซึ่งกันและกัน ส่วนไซมอน (Simon 1976: 27) ได้ให้ความเห็นในด้านการสัมผัสว่าเป็นการใช้มือแตะเนื้อตัว การถูหลัง การลูบ การโอบไหล่และอื่น ๆ เพื่อทำให้ผู้อื่นรู้สึกสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด และเป็นการเอาใจใส่

นอกจากนี้การสัมผัสยังมีความหมายในตัวเอง ไค้คังนี้คือ (Ujhely 1979: 18-19) การสัมผัสเป็นการพยายามที่จะติดต่อกับผู้อื่น การสัมผัสเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคนโดยใช้การแตะเนื้อตอกตัวกัน การสัมผัสเป็นวิธีการแสดงออกบางสิ่งบางอย่าง หรือเป็นการส่งมอบบางสิ่งบางอย่างไปยังผู้อื่นอย่างมีจุดมุ่งหมาย การสัมผัสเป็นวิถีทางของการรับรู้ การสัมผัสเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง และเป็นพฤติกรรมที่มีคุณภาพ และการสัมผัสเป็นไค้คังในรูปแบบของการให้และการรับ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า การสัมผัส ถึงแม้จะเป็นเพียงการใช้มือ แตะเนื้อตอกตัวกันเท่านั้น แต่สามารถก่อให้เกิดความหมายแก่ผู้ที่ได้รับการสัมผัสอย่างมาก ข้อความและความรู้สึกต่าง ๆ จะส่งผ่านจากมือผู้ให้การสัมผัสไปยังผู้รับได้เป็นอย่างดี ซึ่งการสัมผัสแบบนี้เป็นการสัมผัสในรูปแบบธรรมคา (Touch) ไม่ใช่การสัมผัสเพื่อการรักษา (Therapeutic touch) ซึ่งนภวรรณ พุฒนิยม (2526: 8-18) ได้ศึกษาและเรียกการสัมผัสนี้ว่า "พลังสัมผัส" ซึ่งผู้สัมผัสจะต้องตั้งสมาธิส่งพลังธรรมชาติที่แอบแฝงอยู่ในตัวไปช่วยบำบัดโรคแก่ผู้เจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ดี การสัมผัสในรูปแบบธรรมคาเป็นสิ่งจำเป็น และมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อมนุษย์ทุกคน การสัมผัสที่แสดงถึงความอ่อนน้อม เคารพด้วยความเห็นใจ เอาใจใส่ก็จะเป็นการสัมผัสที่ช่วยเยียวยา (Healing) และช่วยรักษา (Therapeutic) ไค้คังเช่นกัน (Simon 1976: 10)

บาร์เน็ต (Barnett 1972: 108-109) ได้ให้นิยามของสัมผัสที่เกี่ยวกับกายภาพไว้ดังนี้ คือ

(1) การสัมผัสเป็นกลไกของการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การไค้คังติดต่อสื่อสารอย่างกว้างขวางจะเป็นความสามารถของบุคคลที่มีศักยภาพสูง และถ้ามีความเข้าใจในข่าวสารนั้น การติดต่อสื่อสารก็จะมีความหมายเป็นอย่างมาก

(2) การสัมผัสเป็นวิธีการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้ทั้งคำพูดและไม่ใช้คำพูดเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเยียวยา (Healing process) เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผลต่อจิตใจ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งจะกีดกันความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด

จึง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับและเข้าใจในความมุ่งหมายของการติดข้อลือสนั้น ๆ ได้  
การสัมผัสจึงมีบทบาทสำคัญ

(3) การสัมผัสเป็นพื้นฐานในการก่อให้เกิดการติดข้อลือสนั้น เด็กแรกเกิดจะมีการติดข้อลือสนั้นครั้งแรกกับสิ่งแวดล้อมโดยการสัมผัสกับร่างกายของมารดา และสัมผัสกับมือของแพทย์และพยาบาล การรับรู้ของเด็กต่อโลก และการพัฒนาความเชื่อมั่น ความไว้วางใจจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการสัมผัสในคอนั้น

(4) การสัมผัสเป็นวิธีการสื่อสารทางอารมณ์ การสัมผัสสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกภายใน อารมณ์และปฏิกิริยาของบุคคลได้มากอีกทั้งสามารถส่งต่อความรู้สึกเหล่านี้ไปยังบุคคลอื่นได้ ทำให้มนุษย์ได้บรรลุถึงความต้องการในความเป็นมนุษย์คือ ใ้รักและถูกรัก เพราะความรักจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในมนุษย์ถ้าปราศจากการสัมผัส และการเร่า ความรู้สึก

(5) การสัมผัสเป็นวิธีการสื่อสารทางความคิด ประสบการณ์การสัมผัสตั้งแต่เริ่มแรกของทารกจะช่วยพัฒนาร่างกาย และสติปัญญา ทำให้เด็กมีความสามารถที่จะเรียนรู้ในด้านการพูดและความรู้ความเข้าใจ ดังนั้นเมื่อมีการติดข้อลือสนั้นที่กว้างออกไปเท่าไรก็จะยิ่งมีความสำคัญมากต่อความเป็นอิสระของความคิด

จากโมโนทัศน์ของการสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่กล่าวมานี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลโดยใช้การสัมผัสร่วมไปด้วย ซึ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะให้การสัมผัสผู้ป่วยใน 2 ลักษณะคือ (Goodykoontz 1979: 4-17)

(1) การสัมผัสขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วยเมื่อมีการปฏิบัติการรักษาพยาบาล เช่น การเช็ดตัว ทำแผล จับชีพจร ฉีดยา และการช่วยเหลือพยุงตัว เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นที่จะต้องมีสัมผัสร่วมอยู่ด้วย จึงจะสามารถปฏิบัติได้

(2) การสัมผัสที่มีลักษณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย เพื่อเป็นการสนับสนุนคำจุน (support) จิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสัมผัสในขณะที่พูดคุยไปตามทุกข์สุข หรือแม้แต่การสัมผัสเพียงอย่างเดียวโดยมิได้พูดคุย

เช่น การโอบไหล่ หรือจับมือ ซึ่งจะช่วยคลายจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก เพราะการสัมผัสของพยาบาลนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขามิได้อยู่โดดเดี่ยว ยังมีพยาบาลเป็นเพื่อนอยู่ พร้อมทั้งจะรับฟังและพยายามทุกวิถีทาง เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

การที่จะนำการสัมผัสไปใช้ในการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเข้าใจถึงสรีรวิทยาของการสัมผัสด้วย เพราะการที่บุคคลจะรับรู้และแปลความหมายของการสัมผัสไปในทางใดนั้นเกิดขึ้น เนื่องจากสรีรวิทยาของการสัมผัสนี้ เมื่อมีการสัมผัสเกิดขึ้น ก็จะมีการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก (Receptor) ในผิวหนัง แล้วส่งกระแสความรู้สึกสัมผัสนั้นไปตามทางเดินของประสาท กระแสนี้จะไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะเป็นตัวรับและเชื่อมโยงความรู้สึกที่ไ้รับจากการสัมผัส กระแสนี้จะผ่านไปยังสมอง มีผลให้เกิดการรับรู้ และแปลความของการสัมผัสนั้น แล้วส่งการย้อนกลับไปยังสมองส่วนกลาง ให้แสดงพฤติกรรมบางอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา ในการสัมผัสแต่ละครั้ง สมองจะรับรู้และแปลความแตกต่างไปไ้ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์การไ้รับการสัมผัสในครั้งก่อน ๆ และคุณภาพของการสัมผัสนั้น ทั้งนี้สิ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพของการสัมผัสว่าเป็นอย่างไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบบางประการที่เรียกว่า สัญลักษณ์ของการสัมผัส เมื่อเปรียบเทียบการสัมผัสเหมือนเป็นภาษาหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ภาษาของการสัมผัส (Language of Touch) ซึ่งจะมีสัญลักษณ์เช่นเดียวกับสัญลักษณ์ของคำในภาษาเขียน สัญลักษณ์ของการสัมผัสนี้จะแสดงถึงความหมายของการสัมผัสที่แตกต่างกันไป สัญลักษณ์เหล่านี้ประกอบด้วยกัน 6 อย่างคือ (Weiss 1979: 77-78)

(1) ช่วงเวลา หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มทำการสัมผัสร่างกายจนถึงสิ้นสุดของการสัมผัส การสัมผัสในช่วงเวลาสั้น ๆ จะทำให้การสัมผัสไม่สมบูรณ์ การสัมผัสที่นานขึ้นจะเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในตนเองให้สูงขึ้น

(2) ตำแหน่ง หมายถึง ส่วนของร่างกายที่ไ้รับการสัมผัส ซึ่งในแต่ละตำแหน่งจะให้ความหมายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับขอบเขตของพื้นที่ของร่างกายที่ถูกสัมผัส และความแตกต่างของบทบาทและเพศผู้ให้การสัมผัส รวมทั้งความใกล้ชิดสนิทสนม ระหว่างผู้สัมผัสและผู้ถูกสัมผัส



(3) การแสดงออก หมายถึงการแสดงออกซึ่งการสัมผัสที่แสดงถึง อิศราของการสัมผัสผิวหนัง ซึ่งไปคล้ายกันกับการใช้พลังงานของร่างกายในการเริ่มต้น การสัมผัส การสัมผัสทันทีที่ทันใจที่ร่างกายจะมีผลให้เกิดแรงต้านทานของกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจมีผลให้เกิดความเครียดแก่ผู้ถูกสัมผัสได้ ส่วนการสัมผัสที่ค่อยเป็นค่อยไปจะให้ความรู้สึกที่ก็แก่ผู้ถูกสัมผัส

(4) ความแรง ความแรงของการสัมผัสที่มีต่อผิวหนังจะมีทั้ง แรงปานกลาง หรือแผ่วเบา การสัมผัสที่มีความแรงปานกลางจะให้คุณภาพน้อยที่สุด ส่วนการสัมผัสที่มีทั้งแรงและเบา จะมีผลทำให้มีศักยภาพต่อการส่งเสริมให้เกิดความมั่นคง และความเป็นตัวของตัวเอง

(5) ความบ่อย หมายถึงความบ่อยครั้งของการสัมผัส ซึ่งจะก่อให้เกิด สัมพันธภาพที่มั่นคงแปร เปลี่ยนไปตามอิศราความบ่อยของการสัมผัส

(6) ความรู้สึก เป็นปฏิกิริยาของผิวหนังต่อการสัมผัสจะมีปฏิกิริยา ที่รู้สึกสบายหรืออาจไม่สบายก็เป็นได้ ทั้งนี้จะมีการรับและส่งต่อความรู้สึก เหล่านี้ไปยัง สมอง ความรู้สึกที่ไม่สบายจะก่อให้เกิดการบิดเบือนภาพลักษณ์ของร่างกายได้ แต่ถา การสัมผัสที่ก่อให้เกิดความสุขสบาย จะก่อให้เกิดการพัฒนาไปในทางบวก และรู้สึกว่า ตนเองมีค่า

จะเห็นว่าในการปฏิบัติพยาบาล ถ้าพยาบาลให้การสัมผัสผู้ป่วย ด้วยการ คำหนึ่งถึง สัญญลักษณ์ของการสัมผัสที่เหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้และแปลความของ การสัมผัสไปในทางที่ดี นอกจากนี้พยาบาลควรจะต้องยึดหลักบางประการในการที่จะ ให้การสัมผัสด้วยดังนี้คือ

(1) การให้การสัมผัสควรใช้ในขอบเขตที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย รู้สึกสบาย พยาบาลที่ให้การสัมผัสแก่ผู้ป่วยด้วยความรู้สึกที่สุขสบาย จะสามารถถ่ายทอด ความสุขสบายนั้นไปยังผู้ป่วยได้ (Anderson, et al. 1973: 268) แต่ถาพยาบาล อยู่ในสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข ความรู้สึกนี้จะถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยได้ ซึ่งจะเป็น การคุกคามต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ความรู้สึกจาก การสัมผัสได้ก็กว่าค่าพูด แม้ว่าผู้สัมผัสจะมีได้ทุกอย่างเลยก็ตาม (Day 1973: 268)

(2) พยาบาลจะต้องมีความเชื่อและแน่ใจในประโยชน์ของการสัมผัส ซึ่งจะมีผลทำให้พยาบาลสามารถให้การสัมผัสได้ด้วยความเชื่อมั่นและตั้งใจ เพื่อให้ได้ผลที่เป็นประโยชน์ตามที่ตนเองเชื่อมั่น (Mercer 1966, quoted in McCorkle 1974: 126)

(3) ให้การสัมผัสอย่างเป็นไปเองโดยธรรมชาติ เปิดเผย และเหมาะสม คือสามารถให้การสัมผัสได้ด้วยความรู้สึกสำนึกและการกระทำโดยทันทีทันใดด้วยความเต็มใจไม่เสแสร้ง เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและสถานการณ์ทั่วไปในขณะนั้น

(4) การให้การสัมผัสควรจะสอดคล้องกับคำพูดและรูปแบบอื่นของการก่อก่อสื่อสาร เช่น การพูดคุยปลอบใจ และการแสดงสีหน้าท่าทาง เป็นต้น ซึ่งเมื่อใช้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกันแล้วจะเป็นเครื่องมือที่มีพลังยิ่งในการส่งต่อทางอารมณ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และจะทำให้การพยาบาลนั้นเป็นการพยาบาลที่น่าชื่นชอบที่สุด (Day 1973: 263)

(5) การให้การสัมผัสต้องสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น ซึ่งจะกระทำได้ พยาบาลต้องเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเองจะต้องมีความมั่นใจ ยอมรับตนเอง และเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้เสียก่อน

ได้มีการนำเอาการสัมผัสมาใช้เพื่อการเยียวยา (Healing) โดยมีการศึกษาที่แสดงถึงว่าการสัมผัสเป็นการเยียวยาอย่างหนึ่งคือ การศึกษาในผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พบว่าทุกครั้งที่มีการมาเยี่ยมอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย จะพบว่าเครื่องบันทึกการเต้นของหัวใจ มักจะแสดงออกถึงความไม่คงที่ของการเต้นของหัวใจจากการสังเกตปรากฏการณ์ซ้ำแล้วซ้ำอีก ในการมาเยี่ยมแต่ละครั้ง และสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยจะสงบลงในไม่ช้าหลังจากที่ภรรยาได้ลูบเบา ๆ ด้วยความรัก ที่ซา ล้ำตัว และศิระระจนกระทั่งผู้ป่วยนอนคลายและอยู่ในสภาพที่สงบจึงเห็นได้ว่าการสัมผัสเป็นการเยียวยาอย่างหนึ่ง (Zephron 1975: 353)

แมคคอร์เคิล (McCorkle 1974: 125-132) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการสัมผัสต่อผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาให้ผู้ป่วยหนัก 60 ราย ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม และหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ อายุระหว่าง 20-60 ปี โดยแบ่ง

ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้การสัมผัสร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูด กลุ่มที่ 2 ให้การกระตุ้นด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว โคศึกษาดังกล่าวการตอบสนองต่อการสัมผัสว่าจะ เป็นไปในทางบวก กลาง ๆ หรือทางลบ ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางสีหน้า เป็นไปในทางบวกในกลุ่มที่ 1 ต่างจากกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการ แสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ส่วนใหญ่จะแสดงออกในทางกลาง ๆ คือนอนเฉย ไม่เคลื่อนไหว ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้ข้อ สังเกตว่าอาจเนื่องจากผู้ป่วยสงบสบายใจ สำหรับการประสานสายตาและการตอบสนอง โดยทั่ว ๆ ไป ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 90 ในกลุ่มที่ได้รับการสัมผัส ยอมรับว่าพยาบาลได้ให้ความสนใจเขา และรับรู้ถึงความสนใจ การเอาใจใส่จากพยาบาลมากขึ้น เมื่อพยาบาลได้ให้การสัมผัส ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสมีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่ยอมรับว่าพยาบาลให้ความสนใจมาก

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแม้แต่ผู้ป่วยหนักที่กำลังอยู่ในระยะที่ป่วยหนัก ยังมีความต้องการ การสัมผัสจากพยาบาลอย่างมาก ซึ่งอาจเนื่องมาจากอาการของ ผู้ป่วยนั้นบั่นทอนต่อสภาพของจิตใจเป็นอย่างมาก รวมทั้งต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ แปรปรวนและน่ากลัว ฉะนั้นผู้ป่วยจึงต้องการผู้ที่เกื้อหนุนทางจิตใจ ซึ่งการสัมผัสจะเป็นสื่อ ที่ดียิ่งในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และการสัมผัสนั้นยังเป็นการแสดงออกถึงการเอาใจ ใส่ของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยอีกด้วย

จากการศึกษาของบาร์เน็ต (Barnett 1970: 87, quoted in Mc Corkle 1974: 126) ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับตำแหน่งที่ให้การสัมผัสและความ บ่อยครั้ง โดยสำรวจในเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจำนวน 900 ราย และผู้ป่วยจำนวน 540 ราย ในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง จากการสำรวจ พบว่าส่วนของร่างกายที่ ผู้ป่วยได้รับการสัมผัสมากที่สุดคือ หน้าผาก และไหล่ และพบว่าพยาบาลในหน่วยอภิบาล ผู้ป่วยหนักให้การสัมผัสมากกว่าพยาบาลที่ทำงานในหน่วยอื่น แต่เป็นการสัมผัสผู้ป่วยที่ อยู่ในระยะที่สบายดี ถึง 70 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งบ่อยมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ผู้สำรวจได้ให้ข้อสังเกตว่า เหตุที่ผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้รับการสัมผัสน้อยครั้ง อาจ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่มีความกลัวเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วย และพบว่าเป็นการยาก ลำบากที่จะให้การประคับประคองทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยได้ และบางทีอาจเนื่องจาก

เจ้าหน้าที่มักจะมีอยู่กับการให้การดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาพของร่างกายที่คงที่ จึงไม่มีเวลาจะให้การดูแลด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลอาจตระหนักถึงความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ซึ่งที่จริงแล้วผู้ป่วยมีความต้องการเป็นอย่างมาก แต่ไม่ได้รับการตอบสนองจากพยาบาลเท่าที่ควร แม้ในผู้ป่วยหนักที่ไม่รู้สึกถึงต้องการการสัมผัสสัปดาห์เช่นกัน (Ashworth 1984 a: 101)

อย่างไรก็ดี การให้การสัมผัสของพยาบาล ควรจะคงคำนึงถึง วัฒนธรรมของสังคม เพศ และการสัมผัสที่แสดงออกนอกขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดการแปลความหมายผิดไปได้ (Lore 1981: 49; Narrow, et al. 1982: 212)

#### 5. ระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในขณะให้การพยาบาล

ระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หมายถึงช่วงห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในขณะที่พยาบาลให้การพยาบาล ซึ่งไม่มีระยะที่ตายตัวว่าควรจะใช้ระยะห่างเท่าใดโดยเฉพาะ แต่ระยะห่างนี้จะมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพราะถ้าพยาบาลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะแสดงถึงความเอาใจใส่ การยอมรับ และความไว้วางใจ แต่ถ้าอยู่ไกลเกินไปก็จะแสดงถึงความไม่ชอบ รังเกียจ ไม่ยอมรับ หรือไม่พอใจ อย่างไรก็ตามระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยควรจะมีระยะที่ใกล้ชิดพอที่จะให้การพยาบาลหรือพูดคุยกับผู้ป่วยได้โดยสะดวกสบายทั้งสองฝ่าย (Lore 1981: 49-50)

ในการศึกษาค้นคว้าโดยทั่วไประยะทางที่บุคคลใช้ในการศึกษากันมี 4 ระยะคือ (Haber, et al. 1982: 106)

1. ระยะใกล้ชิด (Intimate distance) มีระยะทางระหว่าง 0-18 นิ้ว
2. ระยะส่วนตัว (Personal distance) มีระยะทางระหว่าง 18 นิ้ว-

4 ฟุต

3. ระยะในสังคม (Social distance) มีระยะทางระหว่าง 4-12 ฟุต

#### 4. ระยะทั่วไป (Public distance) มีระยะทางระหว่าง 12 ฟุตขึ้นไป

ในการให้การพยาบาลนั้นกิจกรรมการพยาบาลหลายชนิดเกิดขึ้นในระยะใกล้ชิด และในระยะส่วนตัวเป็นส่วนใหญ่ เช่นการพลิกตัว หรือเปลี่ยนท่าทางของผู้ป่วย การสังเกต แผล หรือการทำแผล การฉีดยา เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลมักจะต้องการให้การพยาบาล ซึ่งอยู่ในระยะใกล้ชิด

(Ashworth 1984 a: 102; Haber, et al. 1982: 107; Lore 1984: 50;

Narrow 1982: 211) แต่โดยธรรมชาติแล้วบุคคลจะมีระยะทาง หรือขอบเขตของตนเอง ซึ่งไม่ต้องการให้บุคคลอื่นก้าวล้ำเข้าไปในระยะส่วนตัว (personal distance) พยาบาลจึงควรคำนึงถึง และอธิบายให้ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528: 382) ไม่ว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้นจะตองกระทำในระยะที่ใกล้ชิดมากหรือในระยะที่ห่างมากก็ตาม

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมพยาบาลที่เกิดขึ้นในระยะที่ห่างจนเกินไป มักจะแสดงออกถึงการปฏิบัติพยาบาลที่มุ่งงาน มากกว่ามุ่งคน (Rines and Montag 1976: 157)

จากการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความสำคัญของพฤติกรรมพยาบาลที่มีต่อความรู้สึกของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมักจะได้มีการเอาใจใส่ดูแลที่มุ่งเน้นความต้องการ ด้านร่างกายมากกว่าความต้องการด้านจิตสังคม ผลวิจัยได้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลแสดงออกในขณะที่ให้การพยาบาลที่มีต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วย สามารถรับรู้ได้ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพที่รู้สึก หรือไม่รู้สึกก็ตาม และผู้ป่วยก็สามารถตอบโต้ได้ด้วยการแสดงพฤติกรรมทั้งที่มองเห็นได้ (Overt behavior) และที่สังเกตไม่ได้ (Covert behavior) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงเรื่องดังกล่าวอย่างมาก และควรให้ความสนใจเป็นพิเศษแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีสภาพแวดล้อมพิเศษที่แตกต่างออกไปจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ