

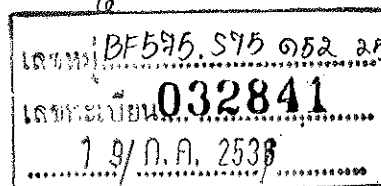
การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียด

ของผู้ป่วยในหออภิบาล

Nurses' and Patients' Perceptions of Stressors for
Patients in Intensive Care Unit

ดวงใจ นียม

Duangjai Niyom



วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2536

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ในหออภิบาล
ผู้เขียน	นางดวงใจ นิยม
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2535

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าในหออภิบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาล จำนวน 51 ราย และเป็นผู้ป่วย 70 รายที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินการรับรู้ต่อสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล จำนวน 33 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า สิ่งเร้าที่พยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก มี 17 ข้อ ขณะที่สิ่งเร้าเพียง 6 ข้อที่ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าทำให้เครียดในระดับมาก มีสิ่งเร้า 5 ข้อที่พยาบาลและผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมากคือ การคาบคอหลอดลม การถูกดูดเสมหะ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และการถูกแยกจากครอบครัว สำหรับสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้เครียดในระดับมาก แต่พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับปานกลาง คือ การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าเป็นรายข้อ พบว่า มีสิ่งเร้าจำนวน 23 ข้อ ที่ระดับการรับรู้ของพยาบาลมากกว่าการรับรู้และผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีสิ่งเร้าจำนวน 9 ข้อ ที่การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

Thesis Title Nurses' and Patients' Perception of Stressors
 for Patients in Intensive Care Unit.

Author Mrs. Duangjai Niyom

Major Program Adult Nursing

Academic Year 1992

Abstract

This study aimed to explore intensive care unit (ICU) stressors for patients, as perceived by nurses and patients. The sample consisted of 51 registered nurses and 70 ICU patients in three government hospitals in Chungwat Songkhla. The subjects' perception on 33 ICU stressors were assessed. The findings indicated that there were 17 items rated as very stressful by over 50% of the nurses, while over 50% of the patients reported only 6 items as very stressful. Nurses and patients were in agreement on 5 items rated as very stressful. These included having an endotracheal tube or tracheostomy tube retained, being suctioned, limitation of body movement, inability to maintain self-care and being isolated from family. Regarding to limitation of family visit, majority of the patients rated as very stressful but nurses rated as moderate stressful. In comparing nurses' and patients' perception on

each item, there were 23 items that the nurses rated as significantly more stressful than the patients did and there were 9 items which nurses' and patients' perception were not significantly different.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยาไพเศษณ์บัณฑิตนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต การดำเนินการศึกษาและนิพนธ์สำเร็จล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความ
ช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุกูล ตะบูนพวงศ์ และรอง-
ศาสตราจารย์ อรุณญา เขาวลิต อาจารย์ผู้ควบคุมการวิจัยที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา
ชี้แนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องอย่างละเอียดลึกซึ้ง จนผู้วิจัยเกิดความ
กระจ่าง และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ
โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ชอลดา พันธุ์เสนา อาจารย์จารุวรรณ
มานะสุรการ และคุณประสพสุข อินทรักษา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ใน
การตรวจสอบความครบคลุมของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสถิติและการวิเคราะห์

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนอุดหนุน
ในการทำวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลลิขิต คณบดีคณะพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุน อำนวยความสะดวกและให้กำลังใจในการ
ศึกษาและดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ดวงใจ นิยม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
รายการตาราง	(9)
รายการภาพประกอบ	(10)
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
คำถามการวิจัย	5
กรอบแนวคิด	5
สมมติฐาน	8
นิยามศัพท์	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	9
มโนทัศน์ของความเครียด	9
สิ่งเร้าความเครียด	11
การรับรู้สิ่งเร้าความเครียด	12
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด	17

	หน้า
ปฏิกริยาตอบสนองต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด	19
การประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด	20
สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล	22
ผลกระทบของสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาลที่มีต่อผู้ป่วย ..	26
การประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	31
การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย .	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่	39
เครื่องมือในการวิจัย	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	45
ผลการวิจัย	45
การอภิปรายผล	63
5 สรุปและข้อเสนอแนะ	67
สรุปผลการวิจัย	67
ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	73
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก ก.	85
ภาคผนวก ข.	90
ภาคผนวก ค.	96
ภาคผนวก ง.	100
ประวัติผู้เขียน	102

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตาม กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา	46
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ กลุ่มของโรค และ ระดับความรู้สึกตัวขณะรับการรักษาในหออภิบาล	47
3	จำนวนร้อยละของพยาบาลที่รับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยใน หออภิบาลในระดับต่าง ๆ เป็นรายข้อ	49
4	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่รับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล ในระดับต่าง ๆ เป็นรายข้อ	53
5	แสดงสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก ตามการรับรู้ของ พยาบาลและผู้ป่วย โดยจัดลำดับความสำคัญตามจำนวนร้อยละของ พยาบาลและผู้ป่วย	57
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ในหออภิบาลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นรายข้อ โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U test	60

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย	7
2	แสดงโมโนทัศน์ของความเครียด	11
3	แสดงการส่งกระแสเลือดผ่าน RAS ไปยังคอร์เท็กซ์	13
4	แสดงกระบวนการรับรู้สิ่งเร้า	14
5	แสดงการควบคุมการเลือกรับสิ่งเร้าของ RAS	15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ยอมรับว่าภาวะเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในหออภิบาลเป็น

ความเครียดของบุคคล (Gast & Baker, 1989) เนื่องจากความรุนแรงจากความเจ็บป่วย ความกลัวตาย และการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การตอบสนองด้านร่างกายจะทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ผิดปกติไป เช่น ผู้ป่วยที่มีความเครียดอาจมีอาการหัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดปกติ หายใจเร็ว เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ และภาวะภูมิคุ้มกันพร่องทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เป็นต้น (Sorensen & Luckman, 1986) Thelan, Davie, & Urban, 1990) ความเครียดซึ่งทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นนี้มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายกระทันหันของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Graham, 1988 : 154; Rowe & Weinert, 1987 : 341) และอาการตกเลือดของทางเดินอาหารที่เกิดจากความเครียดในผู้ป่วยวิกฤตแม้ว่าพบได้ไม่เกินร้อยละ 5 แต่ในจำนวนนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นถึงร้อยละ 80 (Konopod & Noseworthy, 1988 : 339) สำหรับการตอบสนองต่อความเครียดด้านจิตใจ ที่มักเกิดกับผู้ป่วยในหออภิบาล ซึ่งได้แก่ อาการวิตกกังวล กลัว โกรธ สับสน วุ่นวาย ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคล เพ้อ และประสาทหลอน หรือเรียกว่า อาการทางจิตจากหออภิบาล (ICU psychosis) ซึ่งพบได้ร้อยละ 12-72 (บารมี, 2533; Easton & Mackenzie, 1988; Kornfeld, 1979 and Wilson, 1987) อาการทางอารมณ์และจิตใจเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีการ

เปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา อ่อนเพลีย เป็นผลให้ร่างกายเสื่อมโทรมและถูกคุกคามมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยในหออภิบาลที่มีความสัมพันธ์กับ อัตราการตายที่สูงขึ้น (Noble, 1979 cited by Briggs, 1991 : 39) จะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเครียดเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลนานขึ้น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นด้วย

× การพยาบาลผู้ป่วยในหออภิบาล นอกจากจะมีเป้าหมายเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้วจะต้องรวมถึงการป้องกัน การช่วยเหลือบรรเทาความเครียดของผู้ป่วยด้วยการทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดสิ่งเร้าหรือบรรเทาความรุนแรงของสิ่งเร้าได้ การพยาบาลจะบรรลุเป้าหมายหรือสนองตอบตามความต้องการและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้นั้น การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ จะต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย คิง (Kings, 1981) ได้เน้นถึงความสำคัญของการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผน กำหนดบทบาท หรือกิจกรรม สำหรับพยาบาลและผู้ป่วยในการดำเนินการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่สอดคล้องหรือตรงกัน

นักวิจัยหลายท่าน ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในหออภิบาลเกี่ยวกับสาเหตุหรือสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด พบว่าสิ่งเร้าในหออภิบาลที่เป็นสาเหตุความเครียดของผู้ป่วยมีหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศในหออภิบาล (De Mayer, 1967 cited by Hansell, 1984) กิจกรรมการรักษายาบาลต่าง ๆ ความเจ็บปวด (Hewitt, 1970) ข้อจำกัดด้านร่างกาย การไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ (Davis, 1978) และการถูกแยกจากครอบครัว (Ballard, 1981) เป็นต้น นอกจากนี้ ได้มีผู้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล มัมน์และทิจี (Munn & Tichy, 1987) พบว่าพยาบาลรับรู้ว่าสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศของหออภิบาล ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความเครียดมากที่สุด แต่เมื่อมีการศึกษาเพิ่มเติมโดย

ทิจี และคณะ (Tichy, Braam, Meyer, & Rattan, 1988) ด้วยวิธีสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเด็ก ที่มีประสบการณ์ของการรักษาในหออภิบาล พบว่า สิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความเครียดมากที่สุดคือ กิจกรรมการรักษาพยาบาลเนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน โคครัน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) พบว่า ระดับการรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาลแต่ละข้อสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้จริง แต่เมื่อจัดลำดับความสำคัญของสิ่งเร้าแล้วพบว่าแตกต่างกัน คือพยาบาลเห็นว่าสิ่งเร้าด้านจิตสังคมทำให้ผู้ป่วยเครียดมากกว่าสิ่งเร้าด้านร่างกาย แต่ผู้ป่วยเห็นว่าสิ่งเร้าด้านร่างกายทำให้เครียดมากกว่าด้านจิตสังคม จะเห็นว่าการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็น การศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยนั้น พบว่ามีการศึกษาในปัญหาที่น้อยมาก ได้มีรายงานการศึกษา เรื่องนี้เพียง 2 ครั้งคือ อรสา (2528) ศึกษาโดยให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 6 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างนอนในหออภิบาล นาน 1 ชั่วโมง 30 นาที แล้ว สัมภาษณ์การรับรู้สิ่งเร้าความเครียด ผลการศึกษาพบว่า การถูกแยก เสียงของเจ้าหน้าที่ เสียงเครื่องมือ ความเจ็บปวดจากการแทงเข็มให้สารน้ำ และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความวิตกกังวล กลัว และหงุดหงิด พัทยา (2531) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาล พบว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ได้แก่ การทำกิจวัตรต่าง ๆ หมดเสียง เสียงรบกวน การช่วยตัวเองไม่ได้ การมองเห็นการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วยอื่น ๆ และการถูกปลุกให้ตื่นเพื่อปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล จะเห็นว่างานวิจัยของอรสา ไม่ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วย แต่เป็นการศึกษาการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลนั้น ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษามาก่อน

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลในต่างประเทศจะเห็นว่า การรับรู้ของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างนี้ ยังมีความแตกต่างกันอยู่ การรับรู้ที่ไม่ตรงกันระหว่างพยาบาล และ

ผู้ป่วยนี้ทำให้การพยาบาลไม่เกิดผลในการแก้ปัญหาหรือบรรเทาความเครียดของ
 ผู้ป่วยได้ เพราะพยาบาลไม่ได้ให้การพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ขณะ
 เดียวกันปัญหาความเครียดของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองหรือแก้ไข อาจส่งผล
 ย้อนกลับให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ หงุดหงิด วิตกกังวล หรือเสียสมดุลย์ทาง
 อารมณ์มากขึ้น ซึ่งจะ เป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้คุณ
 และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ การที่พยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อ
 ปัญหาของผู้ป่วยไม่ตรงกันนี้ อาจเกิดได้หลายประการ เช่น ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการ
 ติดต่อสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถบอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อพยาบาลได้ (Civeta,
 Taylor, & Kirby, 1989) และพยาบาลประเมินปัญหาของผู้ป่วย ตามความเชื่อ
 หรือความรู้สึกของตนเองมากกว่าการประเมินโดยใช้ทักษะในการสังเกตจาก
 พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Cochran & Ganong, 1989) เป็นต้น
 การศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของ
 ผู้ป่วยใน หออภิบาลในประเทศไทย (ซึ่งไม่มีการศึกษามาก่อน) อาจแสดงผลการ
 ศึกษาที่แตกต่างจากผลการวิจัยในต่างประเทศได้ ด้วยลักษณะของประชากรที่
 แตกต่างกันในด้านการศึกษา ประเพณี และวัฒนธรรม ซึ่งผลการวิจัยนอกจากจะช่วย
 ให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญต่อการรับรู้ปัญหาที่แท้จริงของ
 ผู้ป่วย วางแผนให้การพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นแนวทาง
 ในการค้นหาข้อบกพร่องของพยาบาลในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วย และข้อมูล
 ที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและคุณภาพการพยาบาลใน
 หออภิบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย ต่อสิ่งเร้าความเครียด
 ของผู้ป่วยในหออภิบาล

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล เป็นอย่างไร?

1.1 พยาบาลรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล เป็นอย่างไร?

1.2 ผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของตนเองขณะรับการรักษาในหออภิบาล เป็นอย่างไร?

1.3 สิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดมากตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยแตกต่างกัน อย่างไร?

2. การรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลแตกต่างจากการรับรู้ของผู้ป่วยหรือไม่?

กรอบแนวคิด

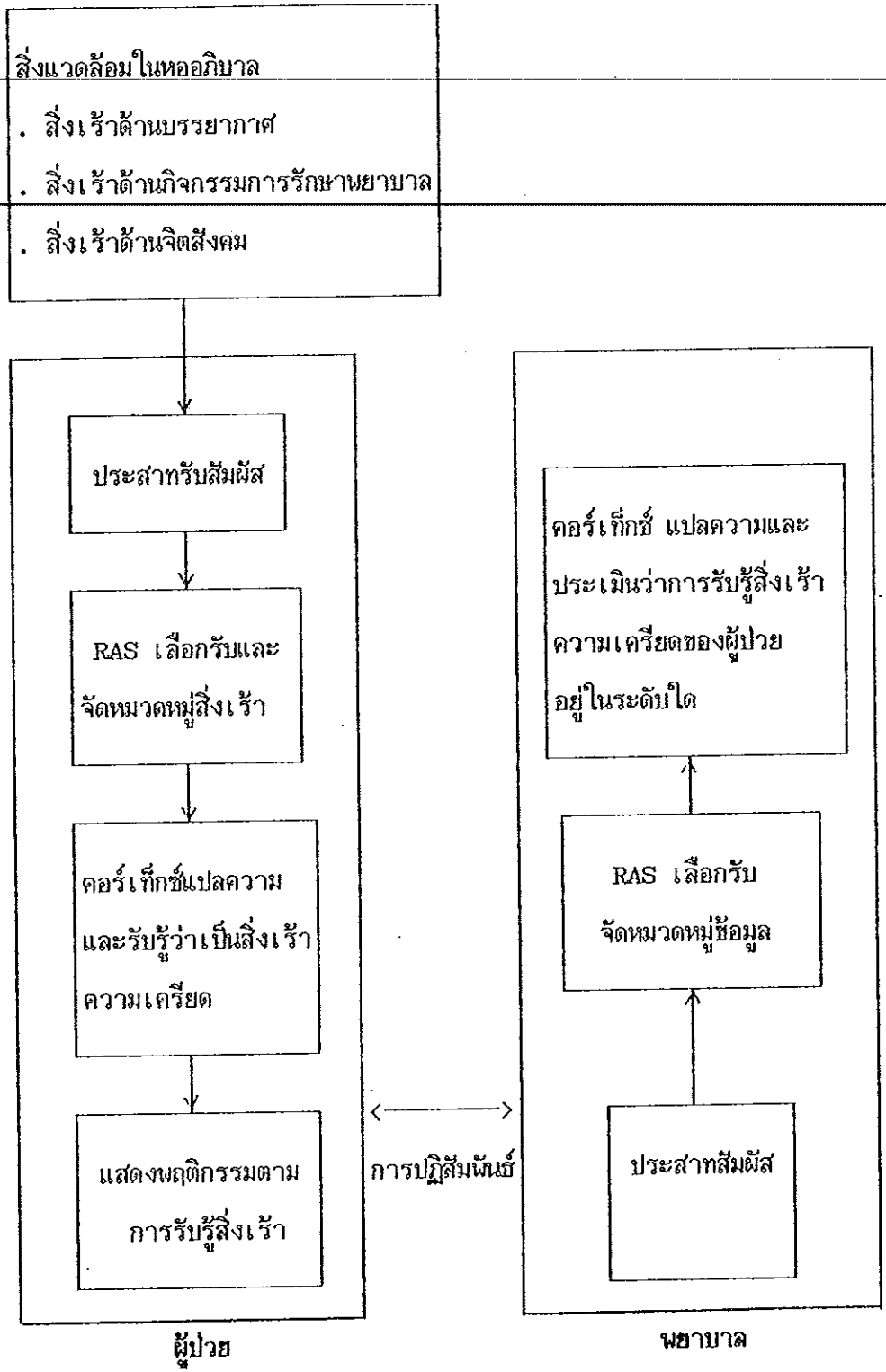
ผู้ป่วยในหออภิบาลจะต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาล ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เช่น บรรยากาศที่แปลกใหม่ เครื่องมือเครื่องใช้ กิจกรรมการรักษาพยาบาล พฤติกรรมของบุคคล และเหตุการณ์ต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะผ่านประสาทสัมผัสของผู้ป่วย กระแสสัมผัสจะส่งไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า ระบบเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้ง (reticular activating system : RAS) เพื่อเลือกรับและจัดหมวดหมู่ของสิ่งเร้า แล้วส่งไปแปลความที่สมองส่วนคอร์เทกซ์ ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยสติปัญญา เหตุผล วิจารณ์ญาณ และประสบการณ์ในการวิเคราะห์ แปลความ สิ่งเร้าที่ได้รับ หากผู้ป่วยวิเคราะห์และประเมินสิ่งเร้าเหล่านี้แล้ว เห็นว่าหรือรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความปลอดภัยของตนเองหรือรบกวนความสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยก็จะแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ทางสีหน้า ท่าทางหรือทางวาจา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเร็วขึ้น

พยาบาลมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย กำหนดแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ในขั้นตอนของการประเมินปัญหาความเครียดและความต้องการของผู้ป่วยนั้นพยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ว่ามีปัจจัยหรือสิ่งเร้าอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณดกคามรบกวน ทุกข์ทรมาน หรือไม่สุขสบาย ซึ่ง พยาบาลสามารถประเมินความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าเหล่านั้น ๆ โดยการใช้ทักษะในการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ประกอบการซักถามความรู้สึกของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ แล้วลงความเห็นหรือรับรู้ว่าจะไรเป็นสิ่งที่เร้าความเครียดที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น หรือเป็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

กระบวนการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 1

การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอาจไม่ตรงกันได้ เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ อาทิ การติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยน้อยหรือไม่มีประสิทธิภาพ (Gowan, 1979 : 341) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารและพยาบาลอาจขาดทักษะในการสังเกต การซักถาม และการสร้างสัมพันธภาพในการประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย เป็นต้น ผลจากการวิจัยที่แสดงว่าการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยแตกต่างกัน เช่น เซียร์ (Seers, 1987 : 37) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 54 ประเมินการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยรับรู้จริง แฮมเมอร์ (Hammer, 1990) ได้กล่าวถึงผลการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อระเบียบในการเยี่ยมของหออภิบาลซึ่งพบว่า พยาบาลร้อยละ 78 เห็นว่า การจำกัดเวลาเยี่ยมเป็นเรื่องที่เหมาะสมและจำเป็นเพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 55 เห็นว่า ต้องการความอิสระในการกำหนดการเยี่ยม เช่น เวลา และผู้เข้าเยี่ยม

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย แสดงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า ความเครียด และกระบวนการรับรู้ของพยาบาลในการประเมิน การรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย



สมมติฐาน

การรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลแตกต่างจากการรับรู้ของผู้ป่วย

นิยามศัพท์

การรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล หมายถึง ความรู้สึก ความคิด

เห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต่อสิ่งเร้าที่กำหนดในแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ว่าเป็นเหตุให้ผู้ป่วยในหออภิบาลรู้สึก ไม่สุขสบาย เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน รบกวนการพักผ่อนนอนหลับ รำคาญ หงุดหงิด ไม่พึงพอใจ อึดอัดใจ คับข้องใจ กลัว วิตกกังวล หรือเครียด ประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล จำนวน 33 ข้อ โดยวิธีประเมินค่า ซึ่งจำแนกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง และมาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลที่ช่วยให้พยาบาลได้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินปัจจัยในหออภิบาลที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อที่จะวางแผนให้การพยาบาลตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพหรือบรรลุเป้าประสงค์
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดี ครอบคลุม 4 หัวข้อคือ มโนทัศน์ของความเครียด สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล การประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล และการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้คือ

มโนทัศน์ของความเครียด

ความเครียด หรือภาวะเครียดเป็นคำที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน เนื่องจากความเครียดเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากผลของความสับสนั้ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การให้คำจำกัดความของความเครียดที่เฉพาะเจาะจงจริง ๆ เป็นสิ่งที่ยาก เพราะคำว่า "เครียด" มีใช้กันทั่วไปในสาขาวิชาต่าง ๆ มโนทัศน์เกี่ยวกับความเครียดจึงมีความแตกต่างกัน เช่น ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus) เน้นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ส่วนทฤษฎีความเครียดของเซลเย (Selye) เน้นการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา (Thelan, et. al, 1990 : 871) พยาบาลจะมองผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม มโนทัศน์เกี่ยวกับความเครียดในทางการพยาบาลจึงยึดแนวของพฤติกรรมศาสตร์ ผสมผสานกับด้านสรีรวิทยา ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมได้ ทฤษฎีความเครียดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล และยอมรับกันอย่างแพร่หลายจึงเป็นทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus) และของเซลเย (Selye)

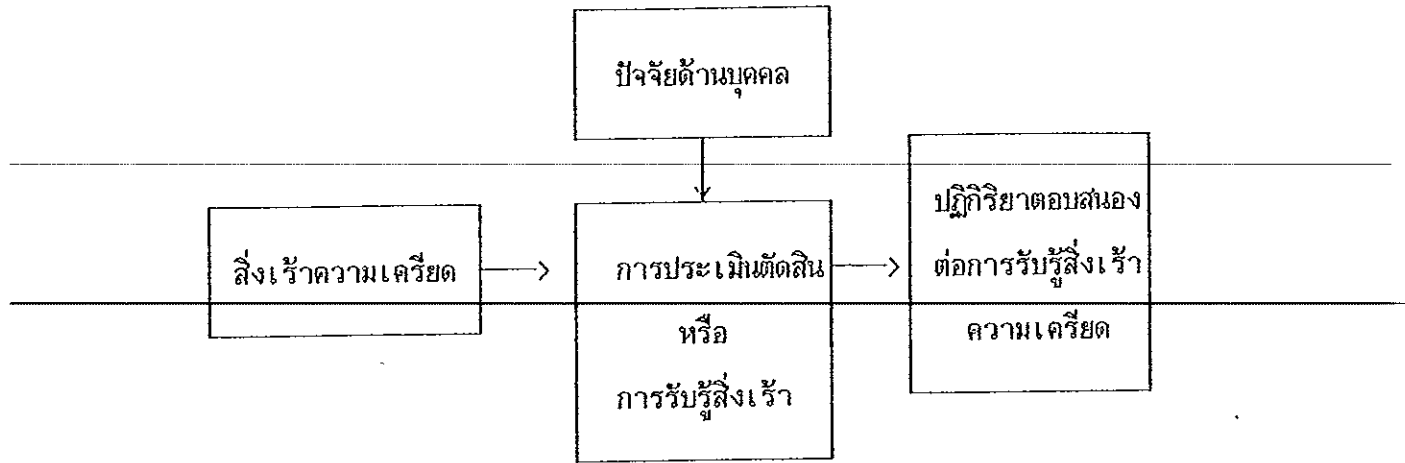
ลาซารัส (Lazarus, 1966 : 12) ได้กล่าวถึงความเครียดในลักษณะของจังหวะชีวภาพว่า ความเครียดเป็นสภาวะการณของสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีผลทำให้ระบบของร่างกายเสียสมดุลย์ และเกิดความตึงเครียดจนผลักดันให้ร่างกายเกิดกลไกการต่อต้านหรือปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะที่สมดุลย์

ลาซารัส และโคเฮน (Lazarus & Cohen, 1977 อ้างตาม สมจิต 2534 : 96); ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 19) ได้อธิบายว่าความเครียดเป็นผลจากการที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือคนกับสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยที่บุคคลประเมินเหตุการณ์เหล่านี้ว่ามีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลย์ระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น ซึ่งการตัดสินใจว่าเครียดของบุคคลนี้จะต้องผ่านกระบวนการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal)

เซลเย (Selye, 1976 อ้างตาม สมจิต, 2534 : 94) ได้สรุปแนวคิดของความเครียดว่าเป็นการตอบสนองด้านสรีรวิทยาของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (stressor) ซึ่งการตอบสนองนี้จะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific) ที่เรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome หรือ GAS) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ

กล่าวโดยสรุปความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ แล้วบุคคลประเมินตัดสินว่าสิ่งที่กำลังเผชิญเหล่านี้ว่าเป็นสิ่งคุกคาม เป็นโทษหรือเกิดผลกระทบต่อตนเอง เนื่องจากตนเองไม่สามารถใช้แหล่งประโยชน์หรือศักยภาพที่มีอยู่มาควบคุม จัดการได้ตามปกติหรือตอบสนองได้โดยอัตโนมัติ จึงผลักดันให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยใช้กลไกทางบุคลิกภาพ พฤติกรรม และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งมีในทัศน์ของความเครียด สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 2

ภาพประกอบ 2 แสดงโมเดลของความเครียด



สิ่งเร้าความเครียด (stressor)

สิ่งเร้าความเครียด หมายถึง สาเหตุหรือมูลเหตุใด ๆ ที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะเครียดและส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองหรือปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตใจ (Sorensen & Luckman, 1986 : 33) สิ่งเร้าความเครียดนั้นอาจเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคลที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่จนทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองหรือจัดการได้ตามปกติหรือไม่สามารถปรับตัวได้โดยอัตโนมัติ ยังผลให้เกิดการเสียสมดุลย์ด้านร่างกายและจิตใจ (Graham, 1988 : 151)

โจสส์ และคณะ (Joos, Nelson, & Lyness, 1985 : 99) ได้แบ่งสิ่งเร้าความเครียดตามองค์ประกอบ 3 มิติของคนเป็น 3 ลักษณะคือ

1. สิ่งเร้าด้านสรีรวิทยา (physiological stressors) ซึ่งประกอบด้วยสิ่งเร้าทางกายภาพ เช่น แสง เสียง ความร้อน ความเย็น เป็นต้น และสิ่งเร้าทางเคมี เช่น สารเคมี อาหาร ยา และแก๊ส เป็นต้น
2. สิ่งเร้าด้านจิตใจ (psychological stressors) เช่น การสูญเสีย ความขัดแย้งจากสาเหตุต่าง ๆ เป็นต้น

3. สิ่งเร้าด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural stressors) เป็นค่านิยม ประเพณี กฎเกณฑ์ของสังคม เช่น ความยากจน และการสูญเสียอำนาจ เป็นต้น

ละออง (2534 : 116) ได้กล่าวถึงการจำแนกสิ่งเร้าความเครียดตามแนวคิดของเชลเย่ โดยแบ่งตามลักษณะของผลกระทบที่เกิดต่อร่างกาย ได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. สิ่งเร้าเฉพาะอย่าง (specific stressor) เป็นสิ่งที่มีตัวตน จำแนกได้ชัดเจน ได้แก่ เชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย สารเคมี สาเหตุทางฟิสิกส์ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และสาเหตุทางชีวะและการเสียสมดุลย์ภายในอินทรีย์ เช่น การเสียสมดุลย์ของแร่ธาตุ และการขาดออกซิเจน เป็นต้น

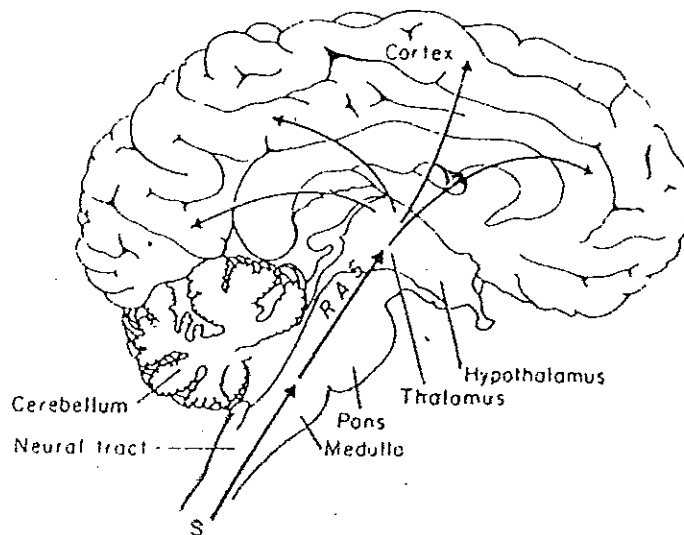
2. สิ่งเร้าที่ไม่มีตัวตนเฉพาะ (nonspecific stressor) เป็นสิ่งเร้าที่ไม่มีตัวตนเฉพาะ เกิดจากอารมณ์จิตใจ และสังคม ได้แก่ ความกลัว การสูญเสีย การถูกแยกจากสังคม การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การขาดความปลอดภัย และความกดดันจากสังคม เป็นต้น

การรับรู้สิ่งเร้าความเครียด

การรับรู้สิ่งเร้าความเครียดมีกระบวนการเช่นเดียวกับการรับรู้สิ่งเร้าทั่วไป กล่าวคือ บุคคลอาศัยประสาทสัมผัส คือ การเห็น การได้ยิน การสัมผัสทางผิวหนัง การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วส่งกระแสสัมผัสผ่านประสาทไขสันหลังไปสู่สมอง สมองส่วนที่เรียกว่าระบบเรติคูล่าแอคทิเวตติ้ง (reticular activating system : RAS) ซึ่งประกอบด้วยร่างแห (network) ที่ทับของเส้นใยประสาทกระจายในแกนกลางของก้านสมองตั้งแต่ เมดัลลล่า (Medulla) พอนส์ (Pons) และสมองส่วนกลาง (mesencephalon) และมีทางเดินของประสาทเชื่อมต่อกันระหว่างไฮโปทาลามัส (hypothalamus) กับทาลามัส (thalamus) ซึ่งส่วนของ RAS นี้ จะทำหน้าที่เลือกและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลหรือสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามา แล้วส่งไปวิเคราะห์แปลความที่สมองส่วนคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) (ดังภาพประกอบ 3) ทำให้เกิดการรับรู้ ซึ่งคอร์เทกซ์จะทำหน้าที่ในการรับรู้และเรียนรู้ได้

นั้น คอร์เท็กซ์ต้องอยู่ในภาวะตื่นในระดับที่เหมาะสมต่อการกระตุ้น แล้วทำให้บุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งเร้าโดยแสดงออกในรูปของพฤติกรรม (คีวีพร, 2531 ; ฟาริดา, 2532; Sartain, North, Strange, & Chapman, 1967; Mackinnon-Kesler, 1983; Rambo, 1984; Moore, 1991)

ภาพประกอบ 3 แสดงการส่งกระแสสัมผัสผ่าน RAS ไปยังคอร์เท็กซ์

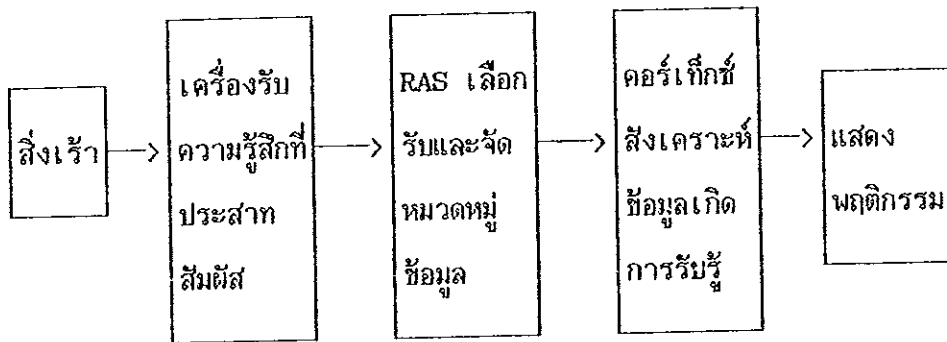


From "Adaptation Nursing : Assesment & Intervention"
 (45) By Beverly J. Rambo, 1984, Philadelphia : W.B.
 Saunders Company. Copyright 1984 by the W.B. Saunders
 Company.

กล่าวโดยสรุปกระบวนการรับรู้สิ่งเร้าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (ดังภาพประกอบ 4) คือ

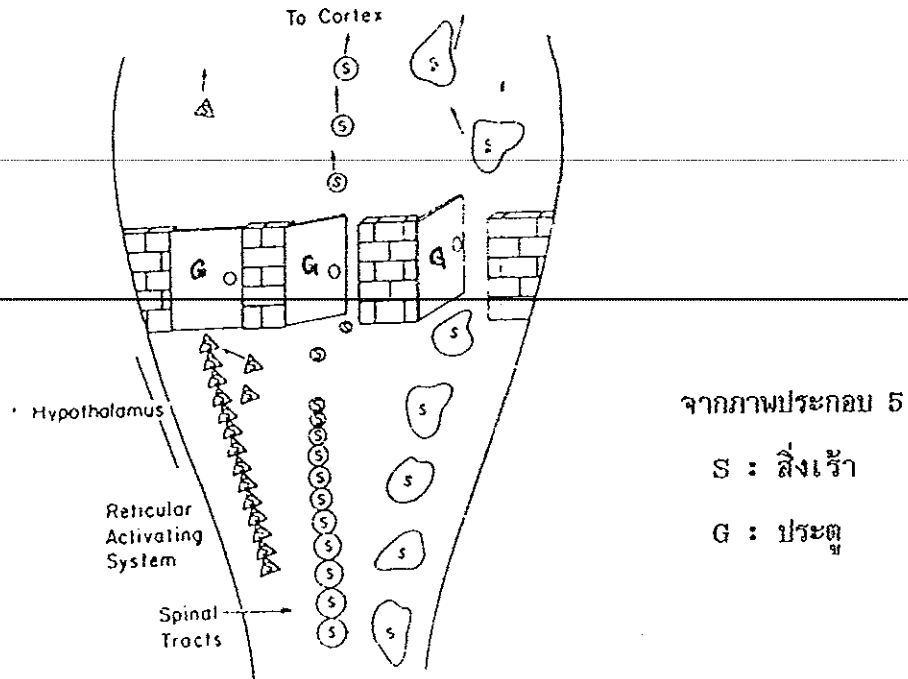
1. สิ่งเร้ากระตุ้นเครื่องรับความรู้สึก (Receptor) ที่ประสาทสัมผัส
2. RAS เลือกรับและจัดหมวดหมู่ข้อมูลเพื่อส่งผ่านไปยังคอร์เท็กซ์
3. คอร์เท็กซ์สังเคราะห์ แปลความข้อมูล ทำให้เกิดการรับรู้
4. การตอบสนองต่อการรับรู้สิ่งเร้าโดยแสดงออกในรูปของพฤติกรรม

ภาพประกอบ 4 แสดงกระบวนการรับรู้สิ่งเร้า



ในขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนของการเลือกรับและจัดหมวดหมู่ข้อมูลหรือสิ่งเร้านั้น แรมโบ (Rambo, 1984) ได้อธิบายถึงกลไกการควบคุมหรือเลือกรับสิ่งเร้าของ RAS ในลักษณะของทฤษฎีการควบคุมระบบประตู (gate control theory) กล่าวคือระบบประตูจะอยู่ระหว่างไฮโปทาลามัสกับคอร์เท็กซ์ซึ่งปกติประตูจะปิดอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามาใน RAS และผ่านไปยังไฮโปทาลามัสซึ่งจะมี RAS กระจายอยู่ด้วย ประตูจะเปิดให้สิ่งเร้าผ่านเข้าไปยังคอร์เท็กซ์แต่จะผ่านเข้า ได้เพียงร้อยละ 1 ของจำนวนสิ่งเร้าทั้งหมดเท่านั้น (ดังภาพประกอบ 5) สาเหตุ การเลือกรับสิ่งเร้านี้ยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่อง การปรับตัว (adaptation)

ภาพประกอบ 5 แสดงกลไกการควบคุมการเลือกรับสิ่งเร้าของ RAS



From "Adaptation Nursing : Assessement & Intervention"

(47) By Beverly J. Rambo, 1984, Philadelphia : W.B.

Saunders Company Copyright 1984 by the W.B. Saunders Company.

นอกจากนี้ในขั้นตอนของการเลือกรับข้อมูลหรือสิ่งเร้าขึ้นอยู่กับแรงจูงใจของบุคคลในการเลือกที่จะรับรู้ ซึ่งลีวิท (Leavitt, 1978 : 27) ได้กล่าวว่าบุคคลจะเลือกรับรู้ในสิ่งที่ดี ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองเกิดความพึงพอใจหรือมีความต้องการเท่านั้น จะละเลยต่อการรับรู้สิ่งเร้าที่เห็นว่าเกิดผลกระทบหรือรบกวนตนเอง และจะรับรู้สิ่งเร้าที่เกิดผลกระทบหรือรบกวนเหล่านี้อีกครั้ง เมื่อสิ่งเร้าได้มีความเข้มข้นหรือรุนแรงเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

ในขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนของการสังเคราะห์หรือแปลความหมายข้อมูลหรือสิ่งเร้าที่รับรู้ พริทชาร์ด (Pritchard, 1986 : 60) ได้อธิบายว่า เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยกระบวนการของการใช้ความคิด เหตุผล สถิติปัญญา ความรู้ความเข้าใจ

(cognitive process) ในการวิเคราะห์ที่ข้อมูลหรือสิ่งเร้าที่ได้รับและต้องอาศัยสถานการณ์หรือข้อมูลปัจจุบันประกอบกับการเรียนรู้หรือความจำที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการได้รับสิ่งเร้า นั้น ๆ มีการกลั่นกรอง ความรู้สึกนึกคิด การยับยั้งชั่งใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสม

การรับรู้สิ่งเร้าความเครียดก็เป็นไปตามกระบวนการรับรู้ทั่ว ๆ ไป จากแนวคิดของลาซารุสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งได้กล่าวถึงการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดว่าเป็นกระบวนการของการใช้ความคิดสติปัญญา หรือความรู้ความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์ เหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (cognitive appraisal) ที่บุคคลได้ประสบพบเห็นแล้วตัดสินว่าเป็นสิ่งคุกคาม หรือเป็นโทษต่อตนเอง ซึ่งลาซารุสและโฟล์คแมน ได้แบ่งกระบวนการประเมินตัดสิน หรือรับรู้สิ่งเร้าออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการตัดสินว่า เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่บุคคลประสบนั้นจะมีผลอย่างไรต่อตนเอง ถ้าประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เครียด เหตุการณ์นั้นอาจมี 3 ลักษณะคือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม และท้าทายต่อตนเอง

2. การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) คือการที่บุคคลประเมินหรือใช้วิจารณญาณตัดสินว่าอะไรบางอย่างที่สามารถจัดการ ความคุม หรือแก้ไขได้ ตลอดจนการประเมินเกี่ยวกับการเลือกกลวิธีต่าง ๆ ที่ดีที่สุดเพื่อให้สามารถแก้ปัญหา หรือปรับตัวต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ได้โดยคำนึงถึงความต้องการของตนเอง เปรียบเทียบกับแหล่งประโยชน์หรือความสามารถหรือศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ ตลอดจนข้อจำกัดต่าง ๆ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว

โซเรนเซนและลักแมน (Sorensen & Luckman, 1986 : 31) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ในขั้นตอนของการประเมินทุติยภูมินี้จะนำไปสู่การตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล เช่น กลัว โกรธ หรืออาจมีความรู้สึกดีใจ

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลที่รับรู้เข้ามาใหม่จากสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมหรือบุคคล โดยประเมินภายหลังจาก

การประเมินครั้งที่หนึ่งและครั้งที่สองแล้ว เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากเกิดการเรียนรู้และประสบการณ์จากการปรับตัวในขั้นตอนที่สองมาแล้ว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด

การรับรู้ต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่งว่าเป็นสิ่งคุกคาม เป็นโทษต่อตนเองหรือไม่ มากน้อยเพียงใด จะมีปัจจัยด้านสิ่งเร้า และด้านบุคคลเป็นตัวกำหนด

(Sartain, et. al, 1967) กล่าวคือ

1. ปัจจัยด้านสิ่งเร้า ได้แก่

1.1 ความเข้มข้นหรือความรุนแรงของสิ่งเร้า เช่น ความเจ็บปวดจากแผลที่ถูกมีดบาดที่นิ้ว จะมีความรุนแรงน้อยกว่าความเจ็บปวดจากการถูกไฟไหม้ที่มีเนื้อที่เกินสองในสามส่วนของร่างกาย (Joos, et. al, 1985 : 100; Sartain, et. al, 1967)

1.2 ประเภทของสิ่งเร้า สิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจในระดับมาก บุคคลจะรับรู้และตอบสนองเร้าว่าสิ่งเร้าที่มีผลกระทบหรือให้โทษต่อตนเองน้อย (Joos, et. al, 1985 : 100) เช่น การใส่ท่อหลอดลมจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากกว่าการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.3 เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลมีประสบการณ์ในการรับรู้มาก่อน หรือเป็นสิ่งที่คล้ายคลึงกับสิ่งเร้าที่เคยได้รับ ทำให้บุคคลสามารถคาดคะเนเหตุการณ์และปรับตัวต่อสิ่งเร้าได้ (Kozier, Erb, & Bufalino, 1989 : 196) บุคคลจะรู้สึกว่สิ่งเร้าเหล่านั้นไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือเป็นอันตรายต่อตนเองน้อยลง

1.4 จำนวนของสิ่งเร้า การที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าเหล่านั้น ๆ ว่าเป็นสิ่งคุกคามและมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่รุนแรงได้ เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะต้องประสบปัญหาการถูกแยกจากครอบครัว ปัญหาความเจ็บป่วยและปัญหาการสูญเสียรายได้ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยต้องเผชิญพร้อม ๆ กัน (Kozier, et. al,

1989 : 196) จะเป็นเหตุส่งเสริมให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่รุนแรงได้

2. ปัจจัยด้านบุคคล

การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน หรือได้รับสิ่งเร้าที่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ซึ่งได้แก่

2.1 สภาพร่างกาย สมรรถภาพของอวัยวะรับความรู้สึก และการทำหน้าที่ของสมองในการเลือกรับและจัดหมวดหมู่สิ่งเร้า (ปาห์มัน, 2524; Yura & Walsh, 1983) เช่น ในผู้สูงอายุ ประสาทสัมผัสเสื่อมหน้าที่ลง จะต้องใช้ระดับความเหมาะสมของการกระตุ้นมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า หรือบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ร่างกายอ่อนแอ อารมณ์ตึงเครียด ทำให้ไวต่อการรับรู้ สิ่งเร้าความเครียดสูงกว่าบุคคลทั่วไป

2.2 เพศ จากการศึกษพบว่าเพศหญิงรับรู้ต่อสิ่งเร้าความเครียดสูงกว่าเพศชาย นคราญ (2525) และแฮนเซน (Hansell, 1984) รายงานว่าเพศหญิงมีการตอบสนองต่อเสียงรบกวนไวกว่าเพศชาย โดยศึกษาจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองขณะนอนหลับซึ่งมีการกระตุ้นด้วยเสียงรบกวน

2.3 สติปัญญา ความรู้ความเข้าใจ พื้นฐานการศึกษา และความสามารถในการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจมีผลต่อการรับรู้สิ่งเร้า (ปาห์มัน, 2525; King, 1981 and Pritchard, 1986) เพราะเป็นปัจจัยที่ใช้ในการประเมินสิ่งแวดล้อมว่าเป็นโทษหรือคุกคามต่อตนเองหรือไม่ ตลอดจนการเลือกวิธีการในการปรับตัวต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

2.4 ประสบการณ์ในอดีต ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเกิดความจำ (บุญวดี, 2532; King, 1981 and Yura & Walsh, 1983) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ การคาดคะเนเหตุการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าด้วย

2.5 ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ อารมณ์ สภาพจิตใจ ความตั้งใจ ความต้องการหรือความคาดหวัง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาซึ่งมีความสำคัญต่อการเลือกรับสิ่งเร้า ความสามารถในการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ปาห์มัน, 2525; Sartain, et. al, 1967 and Leavitt, 1978)

2.6 วัฒนธรรมทางสังคม ชนบทรอบนิยมประเพณี ศาสนา และภาวะทางเศรษฐกิจสังคม ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านทัศนคติ ความเชื่อ และแนวคิด (Kings, 1981) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้สิ่งเร้าเช่นกัน

สรุปได้ว่า ปัจจัยทั้งด้านสิ่งเร้าและด้านบุคคลเป็นตัวกำหนดที่ทำให้บุคคลรับรู้ต่อสิ่งเร้าและมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่แตกต่างกัน

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด

เมื่อบุคคลประเมิณสิ่งเร้าที่ได้รับว่าเป็นโทษคุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลจะมีการปรับตัวหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งด้านจิตใจและด้านสรีรวิทยาของร่างกาย การตอบสนองด้านจิตใจ (psychological response) เกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลมีอารมณ์โต้ตอบต่อสิ่งเร้า ทำให้เกิดความตึงเครียด (tension) ขึ้นในระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้มีการใช้กลไกทางบุคลิกภาพ (ละออ, 2534) อาการที่แสดงออก ได้แก่ หงุดหงิด โกรธ ร้องไห้ กลัว สับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล หลงลืม ขาดสมาธิ หรืออาจมีอาการประสาทหลอน (กนกพร, 2528; Thelane, at. al, 1990) ความรุนแรงของการตอบสนองด้านจิตใจต่อภาวะเครียดนี้ได้มีการจำแนกตามระยะเวลาของการปรับตัวเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับอ่อน (mild) ซึ่งอาการจะยุติลงได้ภายในเวลา 2-3 นาทีถึงหลายชั่วโมง 2) ระดับปานกลาง (moderate) อาการจะคงอยู่หลาย ๆ ชั่วโมงถึงหลายวัน และ 3) ระดับรุนแรง (severe) อาการจะคงอยู่นานเป็นสัปดาห์เป็นเดือน และแรมปี (ละออ, 2534 : 150) ปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเครียดของบุคคลทางด้านจิตใจนั้นมักเกิดร่วมกับปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีรวิทยาเสมอ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดตามทฤษฎีของเชลเซ่ (1976) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีรวิทยาของบุคคลเมื่อเกิดภาวะเครียด เรียกว่ากลุ่ม

อาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) นี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (สมจิต, 2534 : 94) มีผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เหงื่อออก ใจสั่น ปลายมือปลายเท้าเย็น ระบบหายใจทำให้หายใจเร็วและมีอาการไอ ระบบประสาททำให้ปวดศีรษะ หงุดหงิด นอนไม่หลับ ระบบต่อมไร้ท่อทำให้มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น มีความอยากอาหารมากขึ้นหรือมีอาการเบื่ออาหาร ระบบทางเดินอาหาร ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง อาหารไม่ย่อย ถ่ายเหลว คลื่นไส้ และมีอาการเกร็งของลำไส้ ระบบผิวหนัง มีผลทำให้ผิวหนังซีดเซียว หน้าแดง รู้สึกร้อน ส่วนระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้ปวดหลังและข้อ (Thelan, et. al, 1990 : 875) และการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล มีผลให้ระบบภูมิคุ้มกันถูกกด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่าย (สุวี, 2533 : 46) นอกจากนี้ความเครียดยังเป็นเหตุ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Graham, 1988 : 154)

จะเห็นว่าการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าความเครียดมีมากน้อยเพียงใดเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพและความสามารถในการปรับตัวของบุคคล การประเมินการรับรู้สิ่งเร้า ของบุคคลจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญ

การประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด

การที่จะทราบว่าบุคคลรับรู้ถึงสิ่งเร้านั้นคุกคาม เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนได้นั้น สามารถประเมินได้จากการซักถามและการสังเกต กล่าวคือ

1. การซักถามหรือการสัมภาษณ์ ถึงความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด ซึ่งอาจกำหนดขอบเขตหรือโครงสร้างของคำถามไว้ (Kozier, et. al, 1989 : 199) ในการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์มักประเมินโดยใช้คำถามที่แสดงหรือบ่งบอกถึงความรู้สึกของการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในลักษณะต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย ความโดดเดี่ยว ความหงุดหงิด ความคับข้องใจ ความลำบากใจหรือเครียด เป็นต้น (Hardy, 1973)

อ้างตาม ลอธ, 2533 : 110) ลักษณะคำถามนอกจากจะต้องทราบถึงสาเหตุของความเครียดแล้ว มักนิยมถามในลักษณะของระดับความรุนแรงในการทำให้เกิดความเครียดด้วย เช่น ไม่เครียดเลย เครียดน้อย เครียดปานกลางหรือมาก เป็นต้น คำบอกเล่าหรือคำที่แสดงถึงความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้นถือว่าเป็นการรับรู้ตามความรู้สึกจริงของบุคคลนั้น ๆ วิธีการซักถามนี้ข้อมูลจะเชื่อถือได้เมื่อบุคคลที่ถูกสัมภาษณ์มีสติสัมปชัญญะหรือการรับรู้ปกติ ซึ่งผู้สัมภาษณ์สามารถประเมินได้จากลักษณะการรับรู้ที่ถูกต้องของผู้ถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับกาลเวลา สถานที่และบุคคล

2. การสังเกตพฤติกรรม พฤติกรรมของบุคคลในการตอบสนองต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดนั้นบุคคลจะใช้กลไกทางบุคลิกภาพ ซึ่งสามารถสังเกตได้ดังที่ช็อลดา (2536) เคนเนอร์ และคณะ (Kenner, Guzzeta, & Dossey, 1985) สรุปไว้ดังนี้

2.1 การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ดวงตาที่เบิกกว้าง สีหน้าแสดงความวิตกกังวลไม่พอใจ เศร้าเสียใจ หรือเฉยเมย ไม่สบตาพยาบาล ถอนหายใจ พลิกตัวไปมา นอนไม่หลับ ไม่ยอมรับหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือต้องการอยู่ใกล้ชิดกับพยาบาล เป็นต้น

2.2 ลักษณะการพูดและการโต้ตอบ เช่น พูดเพ้อเจ้อ เจ็บไม่พูด พูดซ้ำ น้ำเสียงสั้น พูดซ้ำเรื่องเดิม และการพูดไม่สัมพันธ์กับกริยาท่าทาง เป็นต้น

2.3 การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น โกรธ ปฏิเสธ เก็บกด ข้างปาล้างของ ดึงสายต่าง ๆ ที่คาดตามร่างกาย หงุดหงิด และโมโหง่าย เป็นต้น

นอกจากนี้อาจมีการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ และการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เหงื่อออก และหน้าซีด เป็นต้น

ในการประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยนั้น พยาบาลนอกจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะหรือประเภทของสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์แล้ว จะต้องมีความรู้ในการสังเกต การติดต่อสื่อสาร และการสร้าง

สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเป็นอย่างดีด้วย ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ครบคลุม และตรงตามการรับรู้ที่แท้จริงของผู้ป่วย

สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล

มีผู้ศึกษาสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยในหออภิบาลเกิดความเครียด ไว้หลายท่าน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

เฮวิต (Hewitt, 1970) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลศัลยกรรม ในระยะเวลา 2-4 วัน และย้ายออกจากหออภิบาลแล้วไม่เกิน 2 สัปดาห์ จำนวน 100 ราย โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ตั้งแต่ต้นตกใจ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่รบกวน ผู้ป่วยเมื่อเรียงลำดับความสำคัญตามจำนวนของผู้ป่วย คือ การไม่สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ร้อยละ 26 รำคาญสายต่าง ๆ ที่ติดตามร่างกายร้อยละ 20 การดูแลหะในท่อหลอดลมร้อยละ 16 เสียงรบกวน ร้อยละ 10 และความเจ็บปวดร้อยละ 7

บัลลาร์ด (Ballard, 1981) ได้สัมภาษณ์และสังเกตการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลศัลยกรรม จำนวน 22 ราย พบว่าสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเมื่อเรียงลำดับความสำคัญตามค่าเฉลี่ยของลำดับที่ในการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การถูกแยกจากครอบครัว การขาดการนอนหลับ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และการได้รับการกระตุ้นความรู้สึกที่มากเกินไป เสี่ยงจากผู้ป่วยอื่น ๆ และความรู้สึกสูญเสียบุคลิกภาพ

คอร์โบ (Corbo, 1985) ได้ศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ในการคาท่อหลอดลมอย่างไ้อยู่ 5 ชั่วโมง และย้ายออกจากหออภิบาลไปแล้วไม่เกิน 10 วัน จำนวน 14 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามกึ่งกำหนดโครงสร้าง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 93 เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการคาท่อหลอดลม แต่ร้อยละ 50 ต้องการเอาท่อออก ร้อยละ 78.5 ต้องการจะพูดติดต่อสื่อสารขณะคาท่อ ร้อยละ 25 บอกว่าทำให้เกิดความคับข้องใจ นอกจากการคาท่อหลอดลมแล้วสิ่งเร้าความเครียด

อื่น ๆ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน แสงสว่างทำให้รบกวนการนอนหลับ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การถูกดูแคละ และอาการของริมฝีปากแห้ง เป็นต้น

วิลสัน (Wilson, 1987) ได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลศัลยกรรมจำนวน 38 ราย ที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และย้ายออกจากหออภิบาลแล้วไม่เกิน 48 ชั่วโมง พบว่าสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยโดยเรียงลำดับความสำคัญตามคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ ความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การถูกรบกวนการนอนหลับ การกระหายน้ำ การคาท่อหรือสายต่าง ๆ การผ่าตัดใหญ่ การได้รับเครื่องช่วยหายใจหรือออกซิเจน การถูกเจาะเลือดบ่อย ๆ การคาเข็มให้สารน้ำ การหลงเวลา และอุณหภูมิห้องร้อน/เย็นเกินไป เป็นต้น

พัทยา (2531) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล โดยสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด ในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของการรักษาในหออภิบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และย้ายออกจากหออภิบาลไปแล้วไม่เกิน 1 สัปดาห์ อายุ 15-60 ปี จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล คือ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในหออภิบาล ซึ่งได้แก่ การทำกิจวัตรต่าง ๆ เหนื่อย เสียงเครื่องช่วยหายใจ เสียงโทรทัศน์ การมองเห็นกิจกรรมการรักษากับผู้ป่วยอื่น ๆ การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ การที่พยาบาลทำงานอย่างและรีบเร่งอยู่ตลอดเวลา ทำให้รู้สึกเกรงใจ การถูกปลุกให้ตื่นเพื่อปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การถูกแยกและขาดการติดต่อกับญาติ และเพื่อน เป็นต้น

จอห์นสัน และเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990) ได้ศึกษาการรับรู้ต่อสิ่งเร้าความเครียดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ขณะอยู่ในหออภิบาลจำนวน 14 ราย โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สิ่งแวดล้อมในหออภิบาลและการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย พบว่า สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย โดยเรียงลำดับความสำคัญตามจำนวนผู้ป่วย ได้แก่ การไม่สามารถพูดได้ ผู้ป่วยทั้งหมดบอกว่า เป็นความเครียด การดูแคละ ร้อยละ 86 การไม่รู้

เวลา ร้อยละ 76 เสียรบกวนและการอยู่ใกล้ผู้ป่วยหนักใกล้ตาย ร้อยละ 50 การนอนไม่หลับ แสงสว่าง สภาพแวดล้อมจำเจ และการเจาะเลือดตรวจแก๊ส ร้อยละ 28 การเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 21 การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่น การผูกมัดท่อหลอดลม และการไม่รู้วันเวลา ร้อยละ 14 การมองไม่เห็นประตูหน้าต่าง การที่มีเครื่องมือต่าง ๆ รอบตัวและการถูกผูกมัด ร้อยละ 7

เทอร์เนอร์ และคณะ (Turner, Briggs, Springhorn, & Potgieter, 1990) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ที่มีประสบการณ์การได้รับการรักษาในหออภิบาล ซึ่งร้อยละ 68 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและเครียด เมื่อเรียงตามลำดับความสำคัญตามจำนวนผู้ป่วย ได้แก่ การเจาะเลือดตรวจแก๊ส การดูดเสมหะทางท่อหลอดลม ความเจ็บปวด เสียง รบกวน ความวิตกกังวลของญาติ ความคับข้องใจ ความหิว สัญญาณเตือนต่าง ๆ จากเครื่องมือ กิจกรรมการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การหลงเวลา แสงสว่าง ความรู้สึกกลัวขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความไม่สุขสบายต่าง ๆ และความกลัวว่าเครื่องมือจะหยุดทำงาน เป็นต้น

จะเห็นว่าการศึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการได้รับสิ่งเร้าขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาล อย่างน้อย 5-24 ชั่วโมง และย้ายออกจากหออภิบาลแล้วไม่เกิน 2-10 วัน จำนวนตัวอย่างมีตั้งแต่ 10 ราย จนถึง 100 ราย ลักษณะตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในด้าน การได้รับสิ่งเร้า เนื่องจากการศึกษาในหออภิบาลเฉพาะโรค ลักษณะคำถามเป็นทั้งคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิดถึงกำหนดโครงสร้าง สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลครอบคลุมสิ่งเร้าเกี่ยวกับ บรรยากาศของหออภิบาล (แสง เสียง อุณหภูมิ และลักษณะการจัดหน่วยผู้ป่วย) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ กิจกรรมการรักษาพยาบาล ความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกาย และกฎระเบียบการเยี่ยมของหออภิบาล

การจำแนกสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล ได้มีผู้วิเคราะห์และจำแนกในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่

วิลสัน (Wilson, 1987 : 268) ได้แบ่งสิ่งเร้าความเครียดในหอ
อภิบาล โดยใช้หลักการแบ่งสิ่งเร้าตามทฤษฎีระบบหรือทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน
(Neuman) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 สิ่งเร้าภายนอกตัวบุคคล (extrapersonal stressor)
ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในหออภิบาล บรรยากาศของหออภิบาล เครื่องมือ
เครื่องใช้ต่าง ๆ การขาดความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ การไม่สามารถควบคุม
สถานการณ์ตนเองได้ การได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาล การถูกจำกัดการ
เคลื่อนไหว การนอนหลับไม่เพียงพอจากสิ่งรบกวน และการขาดสิ่งเร้าที่จำเป็นและ
มีความหมาย เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 สิ่งเร้าระหว่างบุคคล (interpersonal stressor) ได้แก่
กฎระเบียบการเยี่ยม การพูดคุยของบุคลากรพยาบาล การปฏิสัมพันธ์ระหว่าง
พยาบาลกับผู้ป่วยที่มีมากและต่อเนื่องตลอดเวลา การติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ
และการไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 สิ่งเร้าภายในตัวบุคคล (intrapersonal stressor) เป็น
สิ่งเร้าที่เกิดจากความผิดปกติด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจ ระยะเวลาการและสิ่งที่เป็น
เป็นผลกระทบที่เกิดจากการบำบัดรักษา

ทิชี่และคณะ (Tichy, et. al, 1988 : 41) ได้แบ่งสิ่งเร้าความ
เครียดในหออภิบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 สิ่งเร้าด้านสิ่งแวดล้อมในหออภิบาล หมายถึง บรรยากาศที่ไม่
คุ้นเคย ได้แก่ แสงสว่าง เสียงรบกวน บุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ และผู้ป่วย
อื่น ๆ

กลุ่มที่ 2 สิ่งเร้าด้านร่างกาย หมายถึง สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายทาง
ร่างกาย ได้แก่ กิจกรรมการรักษาพยาบาล การถูกผูกมัดแขนขา การคา่ท้อหลอดลม
การนอนหลับไม่เพียงพอ การไม่สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้และการไม่
สามารถขับถ่ายได้ตามปกติ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 สิ่งเร้าด้านจิตใจ หมายถึง สิ่งที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดตามปกติของตนเอง เช่น การขาดความเป็นส่วนตัว การไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ การขาดความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ และความรุนแรงจากความเจ็บป่วย เป็นต้น

กลุ่มที่ 4 สิ่งเร้าด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น การถูกแยกจากครอบครัว และสังคม ขาดการติดต่อกับเพื่อน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาลสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ สิ่งเร้าด้านบรรยากาศ ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล และด้านจิตสังคม ผลกระทบของสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาลที่มีต่อผู้ป่วย และความรุนแรงของสิ่งเร้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สิ่งเร้าด้านบรรยากาศ

1.1 ลักษณะของสถานที่ การจัดเตียงผู้ป่วยแบบตัวที่ (T) หรือตัวแอล (L) ทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัว เพราะผู้ป่วยอยู่ในสายตาของพยาบาลตลอดเวลา (Williams, 1989 : 53) และลักษณะห้องที่ไม่มีหน้าต่างไม่สามารถมองเห็นบรรยากาศภายนอกตามธรรมชาติได้ ทำให้ผู้ป่วยขาดสิ่งเร้าที่มีความหมาย ซึ่งวิลสัน และโดราโด (Wilson & Dorado, 1972) ได้ศึกษาพบว่าในหออภิบาลที่ไม่มีหน้าต่าง ผู้ป่วยเกิดอาการสับสน (delirium) ร้อยละ 40 และอาการซึมเศร้า ร้อยละ 6 ส่วนหออภิบาลที่มีหน้าต่างผู้ป่วยเกิดอาการสับสนเพียงร้อยละ 18 และอาการซึมเศร้าร้อยละ 2 เท่านั้น นอกจากนี้ ไดเอคตร้า และคณะ (Diekstra, Tubbe, & Willemsteyn, 1986) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลที่ได้รับสิ่งเร้าที่มีความหมาย และผู้ป่วยที่ขาดสิ่งเร้าที่มีความหมาย โดยการใช้แผ่นภาพโปร่งแสงเป็นรูปทิวทัศน์ขนาดใหญ่ ที่มีไฟส่องด้านหลังภาพติดไว้ที่ผนังตรงข้ามปลายเตียงของผู้ป่วยในหออภิบาล ใช้มาเปิดภาพไว้เมื่อต้องการควบคุมสถานการณ์ในกลุ่มควบคุม ส่วนในกลุ่ม

ทดลองจะเปิดให้เห็นภาพและส่องไฟตลอดเวลา ยกเว้นช่วงเวลาดึกที่ผู้ป่วยหลับ แล้ว
ประเมินการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคลและอาการสับสนของผู้ป่วย วันละ 3 ครั้ง
พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.2 เสียง เสียงที่ระดับต่าง ๆ จะมีผลกระทบต่อบุคคลกล่าวคือ

เสียงที่ระดับเกิน 60 เดซิเบล ทำให้บุคคลรู้สึกรำคาญ และเสียงที่ดังเกิน 90
เดซิเบล จะเป็นอันตรายต่อระบบการได้ยิน (Bentley, Murphy, & Dudley,
1977 : 1050) เสียงที่ระดับ 45-80 เดซิเบล จะมีผลกระทบต่อจิตใจ เช่น
ทำให้หงุดหงิด วิตกกังวล ขาดสมาธิ ขณะเดียวกันจะมีผลกระทบด้านสรีรวิทยา ด้วย
เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การหายใจเร็วขึ้น และการหลั่งน้ำย่อย
ลดลง (ฉวีวรรณ, 2528 : 209) จากการศึกษาาระดับของเสียงจากแหล่งต่าง ๆ
ในโรงพยาบาล พบว่าในหออภิบาลวัดได้ 62-72 เดซิเบล เสียงพูดของเจ้าหน้าที่
เสียงเครื่องมือต่าง ๆ และเสียงโทรทัศน์ วัดได้ 60-80 เดซิเบล (Hilton,
1986) จะเห็นว่า ผู้ป่วยในหออภิบาลจะถูกรบกวนด้วยเสียงในระดับที่ทำให้เกิด
ความเครียดได้ มินด์เลย์ (Minkley, 1968 cited by Hansell, 1984)
พบว่า ผู้ป่วยในห้องพักที่ร้อยละ 75 ได้รับยาแก้ปวดบ่อยครั้งขึ้น เมื่อมีเสียงรบกวน
สูงในระดับ 60-70 เดซิเบล คอนน์ (Conn, 1981 cited by Gast &
Baber, 1989) ได้ศึกษาผู้ป่วยในหออภิบาลโรคหัวใจ จำนวน 25 ราย โดยจัดให้
เสียงรบกวนเป็นระยะ ๆ แล้ววัดระดับความวิตกกังวล พบว่าในช่วงเวลาที่มีเสียง
รบกวน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าในช่วงเวลาที่เงียบสงบ และเชลตัน
(Shelton, 1987) ได้ศึกษาผลของเสียงรบกวนที่เกิดจากแหล่งต่าง ๆ ในหอ
อภิบาลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการไหลเวียนของเลือด โดยศึกษาใน
ผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี จำนวน 18 ราย สร้างสถานการณ์ของเสียงรบกวนที่มีลักษณะเป็น
เสียงของเครื่องมือในหออภิบาล และเสียงโทรทัศน์ พบว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่าง
ถูกระตุ้นด้วยเสียงเหล่านี้ นาน 6 ชั่วโมง ๆ ละ 6 ครั้ง พบว่าอัตราการเต้นของ
หัวใจเร็วขึ้น และอัตราการไหลเวียนของเลือดมีการเปลี่ยนแปลง

1.3 อุดมภูมิ ความร้อน/ความเย็นเป็นสิ่งเร้าทางกายภาพที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย และไม่สามารถพลิกอ่อนนอนหลับได้ ซึ่งเฟอร์รี่ (2527 : 64) กล่าวว่าในช่วงของการนอนหลับ ระยะ REM (Rapid Eye Movement) ศูนย์ควบคุมอุดมภูมิในสมองจะทำงานลดลง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของอุดมภูมิภายนอกก็จะรบกวนต่อการนอนหลับระยะ REM ทำให้ผู้ป่วยตื่นได้ จากการศึกษาของซิลเวอร์ (Chilver, 1978 cited by Wilson, 1987) พบว่า อุดมภูมิห้องที่ร้อนเกินไป เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย ไม่สุขสบายและ ไม่สามารถนอนหลับได้

1.4 แสง แสงที่สว่างอยู่ตลอดเวลา แสงสะท้อนจากเครื่องมือเป็นสิ่งเร้าในปริมาณที่มาก ถ้าผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นในระยะเวลานานติดต่อกัน จะรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย หรือทำให้วงจรการหลับ/การตื่นไม่เป็นไปตามปกติได้ (Kinney, Packa, & Danbar, 1988 : 99) นอกจากนี้ในผู้ป่วยสูงอายุ แสงที่สว่างจ้า จากเครื่องมือที่สะท้อนเข้าตา อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น (Williams, 1989 : 57) แสงสีแดงเป็นสิ่งเร้าที่รุนแรงกว่าสีอื่น ๆ ส่วนแสงสีน้ำเงินจะทำให้บุคคลรู้สึกสงบ (Kolanowski, 1990 : 181)

2. สิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษายาบาล

ความเจ็บปวด จากกิจกรรมการรักษายาบาล เช่น การเจาะ-เลือด การคาท่อหลอดลม การถูกดูดเสมหะ และการแทงเข็มให้สารน้ำ เป็นต้น บุคคลเมื่อรับรู้ต่อความเจ็บปวด จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ จิตใจ คือ ความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย หวาดกลัว วิตกกังวล และนอนไม่หลับ และการตอบสนองทางสรีรวิทยา คือ กล้ามเนื้อเกร็ง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลอดเลือดหดตัว ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน การทำงานของประสาทซิมพาทีติกเพิ่มขึ้น ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัวมากขึ้น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (สังวาลย์, 2532) การรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลเป็นสิ่งเร้าความเครียดที่สำคัญซึ่งพบได้บ่อย เพราะผู้ป่วยไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวด เนื่องจากอยู่ในภาวะที่วิตกกังวลจากความเจ็บป่วยและการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Kinney, et. al, 1988 : 102)

3. สิ่งเร้าด้านจิตสังคม

3.1 การขาดข้อมูลหรือคำแนะนำ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล คำแนะนำหรือคำอธิบายต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสถานการณ์ เกิดความวิตกกังวล การรับรู้ไม่ถูกต้อง อาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ จากการศึกษาของ บริกส์ (Briggs, 1991) พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยน้อยมาก มักให้คำแนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์กับปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการติดต่อสื่อสารน้อยจะทำให้มีอาการกระสับกระส่ายมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดต่อสื่อสารที่เพียงพอ

3.2 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย กล่าวคือทำให้รู้สึกวิตกกังวล ตกใจกลัว ลี้ภัย และสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ และผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้การจำกัดการเคลื่อนไหวยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การไหลเวียนเลือดช้าลง เกิดก้อนอุดตัน (Thrombus) หรือ เอ็มโบลาย (emboli) ในหลอดเลือดแดง หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ลดทุนสำรองของหัวใจลง ผิวหนังเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้อและโครงกระดูกเสียหายที่ ทำให้ปวดเมื่อย ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ และทรงอกและปอดขยายตัวลดลงทำให้เสมหะคั่ง เป็นต้น (สมจิต, 2533) ผลจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญเหล่านี้ เป็นสิ่งเร้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ดาวเนส (Downes, 1974 cited by Mackinnon-Kesler, 1983) ได้ศึกษาโดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี จำนวน 180 ราย นอนพักบนเตียง โดยไม่ให้มีการเคลื่อนไหวใด ๆ แล้วสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม พบว่า หลังจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 2-3 ชั่วโมง มีอาการกระสับกระส่าย ต่อต้าน และวิตกกังวล สำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยนั้นพบว่า ส่วนใหญ่จะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการคาท่อ

ตลอดลม การคายสาขียงและท่อระบายต่าง ๆ และจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วย มักจะอยู่ในภาวะที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในช่วงเวลานานเกิน 24 ชั่วโมง ยังผล ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและตอบสนองในรูปพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

3.3 การนอนหลับไม่เพียงพอ การนอนหลับเป็นจังหวะชีวภาพที่คง

ไว้ซึ่งสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล ปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอจึง ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้าน สรีรวิทยาและด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้าน สรีรวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ กระตุกตา มือสั่น ความจำเสื่อม ปฏิกริยาสะท้อนของ ร่างกายช้าและลดลง หัวใจเต้นผิดปกติ และการปรับตัวของระบบหายใจลดลง เมื่อมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำหรือคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง เป็นต้น สำหรับการ เปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ไม่รู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล สับสนและประสาทหลอน เป็นต้น (Taboonpong, 1988 : 35) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่นอนหลับ น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน จะมีอาการแสดงหรือมีความรุนแรงของโรคมกกว่าผู้ป่วยที่นอนหลับได้คืนละ 7-8 ชั่วโมง (Partinen, et. al, 1982 cited by Taboonpong, 1988 : 36) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ขาดการนอนหลับอย่างรุนแรงจะมีอาการ เปลี่ยนแปลงทางจิตจากหออภิบาล ซึ่งพบในผู้ป่วยอายุกรรมร้อยละ 33 และใน ผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 49 และจากการตรวจคลื่นสมองของผู้ป่วยในหอภิบาลขณะ นอนหลับพบว่าใน 24 ชั่วโมงผู้ป่วยหลับได้ 6 นาทีถึง 13.3 ชั่วโมง และมีสิ่ง รบกวนการนอนหลับเกิดขึ้นเฉลี่ย 20 นาทีต่อชั่วโมง (Helton, Gordon, & Nunnery, 1980) สรุปได้ว่าการ นอนหลับที่ไม่เพียงพอของผู้ป่วยในหอภิบาล นอก จากจะมีผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายลดลงแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเสียสมดุลย์ทาง จิตใจด้วย

3.4 การถูกแยกจากครอบครัวและสังคม การถูกแยกและการขาด

การติดต่อกับญาติ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสียความรัก วิตกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้ง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย การถูกแยกจากครอบครัวเมื่อเกิดร่วมกับ

ปัจจัยอื่น ๆ จะเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดอาการทางจิตจากหออภิบาลได้ (Buchda, 1987 : 335-338) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการถูกแยกของผู้ป่วยในหออภิบาล คือ กฎระเบียบในการเยี่ยมที่จำกัดจำนวนผู้เยี่ยมและเวลาเยี่ยม ดังที่เคอร์ชอฟ (Kirchoff, 1982 cited by Heater, 1985) พบว่า ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงพยาบาล จะกำหนดกฎระเบียบในการเยี่ยมอย่างเคร่งครัดคือ ให้เยี่ยมครั้งละ 5-10 นาที สำหรับผลกระทบของการจำกัดเวลาเยี่ยมนี้ เซทเทอร์แลนด์ (Zetterland, 1971 cited by Hammer, 1990) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหออภิบาลที่จำกัดเวลาเยี่ยม และหออภิบาลที่ไม่จำกัดเวลาเยี่ยม พบว่า ผู้ป่วยในหออภิบาลที่จำกัดเวลาเยี่ยม อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มจากเดิมร้อยละ 6-7 ตลอดช่วงเวลาที่อยู่กับญาติ ส่วนหออภิบาลที่ไม่จำกัดเวลาเยี่ยม ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มจากเดิมร้อยละ 10 ในช่วงแรกที่อยู่กับญาติเท่านั้น และลดลงในระดับเท่าเดิมในช่วงหลัง ๆ ตลอดเวลาที่อยู่กับญาติ จึงสรุปได้ว่า การจำกัดเวลาเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง เนื่องจากมีความกังวล อยู่ตลอดเวลาว่าจะไม่มีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดกับญาติอีกหลังจากหมดช่วงเวลาเยี่ยม และต้องรอจนกว่าจะถึงกำหนดเวลาเยี่ยมครั้งต่อไป

จะเห็นว่าผลกระทบที่เกิดจากสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถป้องกันหรือบรรเทาได้ โดยการวางแผนจัดสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไปและเพิ่มสิ่งเร้าที่จำเป็นและมีความหมายสำหรับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย

การประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล

การประเมินการรับรู้สิ่งเร้าในหออภิบาล เป็นการค้นหาว่าบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ เข้ารับการรักษาในหออภิบาล มีความรู้สึกหรือคิดเห็นต่อสิ่งเร้าในหออภิบาลอย่างไร โดยการสังเกตได้จากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งเร้าตลอดจนการซักถาม

เครื่องมือในการประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหอ
อภิบาล เพื่อการศึกษาวิจัย ได้มีผู้แต่งทำทั้งในรูปแบบของเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
ดังตัวอย่างต่อไปนี้

มันน์ และทิจี (Munn & Tichy, 1987) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อ
สิ่งเร้าในหออภิบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเครียด โดยวิธีสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด 8
ข้อ ซึ่งครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความเครียด พฤติกรรม
ของเด็กที่บ่งบอกว่าเด็กรับรู้ความเครียด ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการเผชิญ
ปัญหาของเด็กจากการที่เด็กเคยบอกเล่าต่อพยาบาล ตัวอย่างปัญหาที่เกิดกับเด็กเท่า
ที่พยาบาลได้พบเห็น ปัจจัยส่งเสริมความเครียดของเด็ก ปัจจัยที่ช่วยบรรเทาความ
เครียดของเด็ก ความแตกต่างระหว่างเด็กที่ได้รับการเตรียมตัว และไม่ได้รับการ
เตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษาในหออภิบาล และสิ่งเร้าอื่น ๆ ที่พยาบาลต้องการตอบเพิ่ม
เต็มเอกเหนือจากที่กล่าวแล้ว

ทิจี และคณะ (Tichy, et. al, 1988) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเด็ก
ต่อสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล โดยวิธีสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดซึ่งครอบ-
คลุมคำถามเกี่ยวกับสิ่งเร้า 4 กลุ่ม คือ บรรยากาศในหออภิบาล พฤติกรรมของ
บุคคล ความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่
สุขสบายด้านร่างกาย

บัลลาร์ด (Ballard, 1981) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า
ความเครียดในหออภิบาลศัลยกรรม โดยวิธีสัมภาษณ์เกี่ยวกับสิ่งเร้าจำนวน 40 ข้อ
ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้ได้พัฒนามาจากเครื่องมือวัดการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในโรง
พยาบาลที่สร้างโดยโวลีเซอร์ และโบฮันนอน (Volicer & Bohanon, 1978)
ซึ่งได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงเป็นรายข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง
.90 ถึง .96 และบัลลาร์ด ได้นำมาทดสอบความตรงของเนื้อหาอีกครั้งโดย
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนักของหออภิบาลศัลยกรรม จำนวน 5 ท่าน
ลักษณะของเครื่องมือจัดทำเป็นบัตรคำถาม (Q sort card) คำถามการถูกจำกัด
การเคลื่อนไหว กิจกรรมการรักษาพยาบาลต่าง ๆ การถูกแยกจากครอบครัว การ

นอนหลับไม่เพียงพอจากสิ่งรบกวนต่าง ๆ การไม่ได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลต่าง ๆ การได้รับสิ่งเร้าในปริมาณที่มากเกินไป และการไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ เป็นต้น ผู้วิจัยอ่านบัตรคำถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ แล้วให้ผู้ผู้ป่วยประเมินค่าโดยจัดอันดับของสิ่งเร้าเหล่านี้ว่า ทำให้เกิดความเครียดแก่ตนเองในระดับใด และใส่บัตรคำถามลงในกล่องคำตอบที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ 3 คำตอบ คือ น้อย ปานกลาง และมาก

โรว์ และวีเนอร์ท (Rowe & Weinert, 1987) ศึกษาการรับรู้สิ่งเร้า ความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลโรคหัวใจ โดยวิธีสัมภาษณ์ เครื่องมือได้ พัฒนามาจากเครื่องมือวัดการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในโรงพยาบาลของโวลีเซอร์ และโบลีเชอน (Volicer & Bohanon, 1978) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ โดยแบ่งเป็นกลุ่มของคำถาม 6 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย การขาดข้อมูล การช่วยตัวเองไม่ได้ สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การถูกแยกจากญาติ การถูกแยกจากคู่สมรส และปัญหาการได้รับยาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ วัดการรับรู้ของผู้ป่วยโดยวิธีประเมินค่าว่าสิ่งเร้าเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด โดยกำหนดตัวเลือกให้เป็นค่าคะแนน 1 ถึง 9 (ไม่ทำให้เครียดเลย = 1 ทำให้เครียดมากที่สุด = 9)

วิลสัน (Wilson, 1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยขณะอยู่ในหออภิบาลกับการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ 2 ชนิด คือ ชนิดแรกเป็นเครื่องมือประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วยซึ่งพัฒนาโดยอาดาม และคณะ (Adam, et. al, 1978) ครอบคลุมสภาวะทางจิตใจเกี่ยวกับอาการสับสน หรือความรู้สึกสับสนสบาย เครื่องมือนี้จะใช้ประเมินผู้ป่วยขณะอยู่ในหออภิบาล และชนิดที่สองเป็นเครื่องมือประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหออภิบาลแล้วไม่เกิน 48 ชั่วโมง แบบสอบถามครอบคลุมสิ่งเร้าในหออภิบาล 22 ข้อ เช่น ความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การกระหาย การคาท้อต่าง ๆ การผ่าตัด การได้รับเครื่องช่วยหายใจ หรือได้รับออกซิเจน การเจาะเลือดบ่อย ๆ การคา-

เพิ่มให้สารน้ำทางหลอดเลือด อุดหนุนไม่เหมาะสม แสง เสียง การขาดข้อมูล และขาดความเป็นส่วนตัว เป็นต้น โดยกำหนดคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก และให้ค่าของคำตอบเป็นคะแนน 0-3 (ไม่ทำให้เกิดความเครียดเลย = 0 ทำให้เกิดความเครียดน้อย = 1 ทำให้เกิดความเครียดปานกลาง = 2 ทำให้เกิดความเครียดมาก = 3) เครื่องมือนี้ได้รับการทดสอบความตรงของเนื้อหาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำกับผู้ป่วย 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .80

โคเชรน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดที่เป็นสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย (The ICU Environmental Stressor Scale : ICUESS) โดยครอบคลุมสิ่งเร้าความเครียด รวม 42 ข้อ เช่น การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการคาท่อ เสียง โทรทัศน์ การได้รับออกซิเจน การไม่รู้กาลเวลา พฤติกรรมของพยาบาลที่ทำงาน รีบเร่งอยู่ตลอดเวลา การวัดความดันโลหิตบ่อย ๆ การที่ไม่สามารถนอนหลับได้ ความเจ็บปวดและการไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ เป็นต้น โดยถามความคิดเห็น/ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อประสบการณ์ที่ได้รับสิ่งเร้าเหล่านี้ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ให้คะแนน 1 ถึง 5 (ไม่ทำให้เครียดเลย = 1 ทำให้เครียดน้อย = 2 ทำให้เครียดปานกลาง = 3 ทำให้เครียดมาก = 4 และทำให้เครียดมากที่สุด = 5) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 3 ท่าน จะเห็นว่าแบบประเมินการรับรู้ต่อสิ่งเร้าความเครียดซึ่งพัฒนาโดย มัมน์ และทิจี (Munn & Tichy, 1987) และทิจี และคณะ (Tichy, et. al, 1988) เป็นแบบประเมินเชิงคุณภาพ และของบาลลาร์ด (Ballard, 1981) เป็นแบบประเมินเชิงปริมาณวัดการรับรู้สิ่งเร้า โดยวิธีจัดอันดับ สำหรับเครื่องมือที่พัฒนาโดยโรว์และวีเนอร์ท (Rowe & Weinert, 1987) วิลสัน (Wilson, 1987) และโคเชรน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) นั้นเป็นแบบวัดโดยวิธีประมาณค่า ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) แบบประเมินเหล่านี้เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันอาจพบปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น ภาษา ขอบเขตของสิ่งเร้าความ

เครียดที่ต้องการ ศึกษา การกำหนดคำตอบให้เลือก ดังนั้นก่อนนำไปใช้ จึงต้องปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ประชากรที่จะศึกษาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเชื่อถือได้มากที่สุด

การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย

การรับรู้ปัญหาหรือสาเหตุความเครียดของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือในหอภิบาลที่ตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยนั้น เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดหรือบรรเทาความรุนแรงของสิ่งเร้าเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วย และนำไปสู่การพยาบาลที่บรรลุเป้าประสงค์ได้ ด้วยเหตุนี้จึงได้มีผู้ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

เดวิส (Davis, 1978) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในหอภิบาลโรคหัวใจ โดยสอบถามพยาบาลจำนวน 12 ราย และสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 30 ราย วัดการรับรู้โดยวิธีประมาณค่าแบบลิเคิร์ทเกี่ยวกับสิ่งเร้า จำนวน 18 ข้อ พบว่าระดับการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยในสิ่งเร้าถึง 17 ข้อ และสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยรับรู้สูงกว่าพยาบาลมีเพียงข้อเดียวคือ การคาเข็มให้สารน้ำ เมื่อเรียงลำดับความสำคัญตามค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้แล้ว พยาบาลเห็นว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดมากที่สุดคือการขาดความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินการของโรค การไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ การปฏิบัติกิจกรรมการรักษาที่ถูกเงินกับผู้ป่วยอื่น ๆ และการเข้ารับรักษาในหอภิบาล ซึ่งมีส่วนสอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยคือ การรักษาในหอภิบาล การถูกเจาะเลือดบ่อย ๆ การขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการของโรค และการไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยมากตามลำดับ

เดวีส์และปีเตอร์ (Davies & Peter, 1983) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยสัมภาษณ์พยาบาลและผู้ป่วยจำนวน 25 คู่ ในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่

สามของการอยู่โรงพยาบาล เครื่องมือประกอบด้วย ข้อความที่เป็นสาเหตุของความเครียด 16 ข้อ วัดด้วยวิธีประมาณค่าแบบลิเคิร์ท กำหนดคะแนน 1 ถึง 5 (ไม่ทำให้เครียดเลย = 1 ทำให้เครียดมากที่สุด = 5 ตามลำดับ) พบว่า สิ่งที่ยาบาลและผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันคือในสัปดาห์แรกของการอยู่โรงพยาบาลจะทำให้เกิดความเครียดโดยภาพรวมสูงกว่าในสัปดาห์ที่สาม การติดถึงครอบครัวเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากที่สุด และพบว่าสิ่งเร้าที่ระดับการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีจำนวน 6 ข้อ ซึ่งได้แก่ การเยี่ยมตรวจของแพทย์ การไม่มีญาติมาเยี่ยม การรับถ่าย การจำหน่ายจากโรงพยาบาล การขาดความเป็นส่วนตัว และความรู้สึกโดดเดี่ยว ส่วนสิ่งเร้าอื่น ๆ อีก 10 ข้อ พบว่าการรับรู้ของพยาบาลไม่แตกต่างจากการรับรู้ของผู้ป่วย

คาร์และเพาเวอร์ (Carr & Powers, 1986) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจจำนวน 30 ราย และพยาบาล 18 ราย โดยถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งเร้าความเครียดที่เป็นเหตุการณ์ในโรงพยาบาลและในหออภิบาล จำนวน 30 ข้อ ประเมินการรับรู้โดยการประมาณค่าแบบลิเคิร์ท กำหนดคะแนน 0 (ไม่ทำให้เกิดความเครียดเลย) ถึง 4 (ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของพยาบาลโดยภาพรวมสูงกว่าของผู้ป่วย และเมื่อเรียงลำดับความสำคัญของสิ่งเร้าตามค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้แล้ว พบว่าการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งสิ่งเร้าที่พยาบาลเห็นว่าทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยในระดับมาก ได้แก่ การได้รับการผ่าตัดหัวใจ ความเจ็บป่วย/ไม่สุขสบาย การดำเนินการของโรค และความกลัวว่าจะเสียชีวิต สำหรับสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยเห็นว่าทำให้ตนเองเครียดในระดับมากที่สุดคือ การได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบแผนชีวิตที่จำเจ จากผลกระทบของโรค ความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบาย และความกลัวว่าจะเสียชีวิต

มันน์และทิจี (Munn & Tichy, 1987) ได้ศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ การรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยเด็กในหออภิบาล แบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดถึงกำหนดโครงสร้าง โดยสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอ-

อภิบาล และมีประสบการณ์ในหออภิบาลไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 10 ราย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์แบ่งกลุ่มของสิ่งเร้าเป็น 4 กลุ่ม และจัดอันดับความสำคัญของสิ่งเร้าตามจำนวนพยาบาลได้แก่ สิ่งเร้าที่เป็นสิ่งแวดล้อมหรือ บรรยากาศในหออภิบาล ร้อยละ 35.5 สิ่งเร้าด้านจิตใจ ร้อยละ 29.8 สิ่งเร้าด้านร่างกาย ร้อยละ 22.3 และสิ่งเร้าด้านสังคม ร้อยละ 13.2 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของทิชี่และคณะ (Tichy, et. al, 1988) ที่ได้ศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะเดียวกัน โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กจำนวน 10 รายที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง พบว่าสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเครียดเรียงลำดับความสำคัญตามจำนวนผู้ป่วยคือสิ่งเร้าด้านร่างกาย ร้อยละ 44 สิ่งเร้าที่เป็นสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศในหออภิบาล ร้อยละ 26 สิ่งเร้าด้านสังคม ร้อยละ 16 และสิ่งเร้าด้านจิตใจ ร้อยละ 13 จะเห็นว่าการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยเด็กไม่สอดคล้องกัน

เซียร์ (Seers, 1987) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลต่อความเจ็บปวดซึ่งเป็นสิ่งเร้าความเครียดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 80 ราย พยาบาล 28 ราย ใช้การประเมินด้วยสเกลแบบคำพูด (Verbal Rating Scales) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 54 ประเมินความเจ็บปวด ต่ำกว่าผู้ป่วยรับรู้ และ ร้อยละ 13 ประเมินสูงกว่าผู้ป่วยรับรู้จริง

โคครันและกานอง (Cochran & Ganong, 1989) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยในหออภิบาลเกิดความเครียด โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหออภิบาลไปแล้วไม่เกิน 2 วัน จำนวน 20 ราย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลจำนวน 23 ราย วัดการรับรู้ต่อสิ่งเร้าความเครียดที่เป็นสิ่งแวดล้อมในหออภิบาล 42 หัวข้อ ตามวิธีของ ลิเคิร์ท กำหนดคะแนน 1-5 (ไม่ทำให้เครียดเลย = 1 เครียดมากที่สุด = 5) สำหรับพยาบาลให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าทุกข้อของพยาบาลสูงกว่าของผู้ป่วย และเมื่อลำดับความสำคัญของสิ่งเร้าตามค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยแล้วพบว่าแตกต่างกันคือ พยาบาลเห็นว่าสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดมากที่สุดคือ ความเจ็บปวด การไม่สามารถควบคุม

สถานการณ์ของตนเองได้ การคาบอทางจุมหรือปากและการผูกมัดที่คาไว้ สำหรับสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยเห็นว่าทำให้ตนเองเครียดมากคือ การคาบอทางจุมหรือปาก การถูกแทงเข็ม ความเจ็บปวดและการไม่สามารถนอนหลับได้

จากการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในโรงพยาบาลหรือในหออภิบาลจำนวน 6 ครั้ง เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ 5 ครั้ง ในจำนวนนี้พบว่า การรับรู้ของพยาบาลโดยภาพรวมสูงกว่าผู้ป่วยถึง 4 ครั้ง และการจัดอันดับความสำคัญของสิ่งเร้าส่วนใหญ่ก็คล้ายคลึงกัน มีการศึกษาเพียง 1 ครั้งที่มีการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลคือ การรับรู้สิ่งเร้าความเครียดที่เป็นความเจ็บปวด ศึกษาโดย ซีเยร์ (Seers, 1987) สำหรับการศึกษาในเชิงคุณภาพมี 1 ครั้ง เป็นการศึกษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก คือ การศึกษาของมัทธน์และทีชี (Munn & Tichy, 1987) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล โดยนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ทีชีและคณะ (Tichy, et. al, 1988) ได้ศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้พบว่า การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยเด็กแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทั่วไปของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสงขลา
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทั่วไปของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง

โดยที่จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลที่มีหออภิบาลทั่วไปมีจำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา ฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษาจะเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งสามแห่งนี้ เลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. พยาบาล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ซึ่งมีจำนวน 51 ราย
2. ผู้ป่วยจำนวน 70 ราย ต้องเป็นผู้ที่
 - 2.1 เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทั่วไปอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และย้ายออกจากหออภิบาลแล้วไม่เกิน 3 วัน

2.2 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาล
จากการเจ็บป่วยในอดีตมาก่อน

2.3 มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบการสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาล และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดที่เป็นสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลของโคเครนและกานอง (Cochran & Ganong, 1989) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสิ่งเร้าในหออภิบาลที่อาจทำให้ผู้ป่วยเครียด รวม 33 ข้อ ซึ่งจำแนกเป็นสิ่งเร้าด้านบรรยากาศ 8 ข้อ สิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษายาบาล 11 ข้อ และสิ่งเร้าด้านจิตสังคม 14 ข้อ คำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ ไม่ทำให้เครียดเลย = 1 ทำให้เครียดในระดับน้อย = 2 ทำให้เครียดในระดับปานกลาง = 3 และทำให้เครียดในระดับมาก = 4 (รายละเอียดของแบบสอบถามดูในภาคผนวก ก.)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล การจำแนกผู้ป่วยตามสาเหตุของความเจ็บป่วยซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย ภาวะช็อค และบาดเจ็บรุนแรง/ผ่าตัดใหญ่ (จักรวรรพน, 2524 : 11) และข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวขณะรับการรักษาในหออภิบาล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ มีการเปลี่ยนแปลงและปกติ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล โดยครอบคลุมสิ่งเร้าจำนวน 33 ข้อ เช่นเดียวกับแบบประเมินการรับรู้ของพยาบาล แต่มีคำตอบให้ 5 คำตอบ คือ ไม่ทำให้เครียดเลย = 1 ทำให้เครียดน้อย = 2 ทำให้เครียดปานกลาง = 3 ทำให้เครียดมาก = 4 และจำไม่ได้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.)

นอกจากนี้ในแบบประเมินจะบันทึกการไม่ได้รับสิ่งเร้าด้วย สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับ/ไม่ได้รับสิ่งเร้านี้ สามารถเก็บจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ก่อนการไปสัมภาษณ์ผู้ป่วย การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยในข้อที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าเท่านั้น

อนึ่งในการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ จะต้องใช้ควบคู่กับคู่มือการสัมภาษณ์ดังที่เสนอไว้ในภาคผนวก ค.

การตรวจสอบเครื่องมือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

1. ความตรงของเนื้อหา ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลตติยศาสตร์ 1 ท่าน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษด้านพยาบาลผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ท่าน แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุง

2. การหาความเที่ยง ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) เพื่อวัดความคงที่หรือความคงเส้นคงวากายนอก โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาล โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 16 ราย ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ห่างกัน 5 วัน แล้วนำคะแนนในแต่ละรายข้อทั้ง 2 ครั้งมาหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .69 ถึง .97 (ดังแสดงในภาคผนวก ง.)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย

ความตรงของเนื้อหา ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลตติยศาสตร์ 1 ท่าน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และพยาบาลหัวหน้าหอภิบาลผู้ป่วยหนัก ของโรงพยาบาล-สงขลานครินทร์ 1 ท่าน แล้วผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุง และทดลองนำไปใช้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหอภิบาลจำนวน 5 ราย เพื่อดูความเหมาะสมในเรื่อง ภาษาและเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา โดยผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยต่อพยาบาล หัวหน้าหอภิบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยซึ่งย้ายมาจากหอภิบาล

2. การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยพร้อมกันทั้ง 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลาทุกวัน ตั้งแต่ เวลา 8.30 น. ถึง 18.30 น. เริ่มเก็บตั้งแต่วันที่ 22 กรกฎาคม 2535 จนกระทั่งได้จำนวนตัวอย่างครบ ซึ่งใช้เวลาเก็บประมาณ 2 เดือน โดยมีขั้นตอนการเก็บดังนี้

2.1 ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอภิบาลในแต่ละวัน พร้อมกับติดตามผู้ป่วยและคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวและประเมินสภาพผู้ป่วยว่ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดหรือไม่และความพร้อมของผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และนัดเวลาสัมภาษณ์

2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานและตรวจสอบกิจกรรมการรักษาศูนย์พยาบาลบางข้อที่กำหนดไว้ในแบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าที่ผู้ป่วยได้รับหรือไม่ได้รับ ขณะรับการรักษาในหออภิบาลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ก่อนการสัมภาษณ์

2.4 การสัมภาษณ์ จะสัมภาษณ์เฉพาะความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยได้รับเท่านั้น ตามแบบประเมินการรับรู้ โดยผู้วิจัยอธิบายแบบสัมภาษณ์ และอ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยฟังตามลำดับที่ละข้อ โดยใช้คู่มือสัมภาษณ์ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดให้

3. การเก็บข้อมูลจากพยาบาล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เลือกจำนวน 51 ราย โดยผ่านพยาบาลหัวหน้าหออภิบาลทั่วไปของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา ให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยไปรับคืนด้วยตนเอง การเก็บข้อมูลจากพยาบาลจะเริ่มเก็บหลังจากที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยครบ 70 รายแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Packeag for Social Sciences) ดังนี้

1. คำนวณค่าร้อยละของเพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหออภิบาลของพยาบาล

2. คำนวณค่าและร้อยละของเพศ กลุ่มอายุ กลุ่มของโรค ระดับความรู้สึกตัว และค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่เข้ารับรักษาในหออภิบาลของผู้ป่วย

3. คำนวณค่าร้อยละของพยาบาลและผู้ป่วยที่รับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลในระดับต่าง ๆ เป็นรายข้อ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นรายข้อ โดยทดสอบสมมติฐานด้วยวิธีทางสถิติ The Mann Whitney U test จำนวนตัวอย่างพยาบาลเป็นพยาบาลทุกคนที่ตอบคำถามในสิ่งเร้าข้อนี้ ๆ สำหรับจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ จะเป็นเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับสิ่งเร้าและจำได้ว่าได้รับสิ่งเร้าเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า

ความเครียดของผู้ป่วยในหอภิบาล เสนอผลการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ข้อ ตามลำดับดังนี้ คือ

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหอภิบาล
3. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในหอภิบาล
4. เปรียบเทียบสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดมาก ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย
5. เปรียบเทียบแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหอภิบาล

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 51 รายเป็นเพศหญิงทั้งหมด กลุ่มอายุ 21-30 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.4 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 94.1 ดังรายละเอียดในตาราง 1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาล เฉลี่ย 6.82 ปี (S.D. = 5.13) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอภิบาล เฉลี่ย 4.78 ปี (S.D. = 2.69)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21-30 ปี	41	80.4
31-40 ปี	8	15.7
มากกว่า 40 ปี	2	3.9
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	48	94.1
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.9
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	2.0

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 55.7 อายุอยู่ระหว่าง 15-79 ปี อายุเฉลี่ย 48.13 ปี (S.D. 19.36) จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลอยู่ระหว่าง 1-14 วัน เฉลี่ย 3.4 วัน (S.D. = 2.85) สาเหตุของความเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ร้อยละ 40.0 สำหรับระดับความรู้สึกตัวขณะรับการรักษาในหออภิบาล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 68.6 มีระดับความรู้สึกตัวปกติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ สาเหตุของความเจ็บป่วย และระดับความรู้สึกตัวขณะรับการรักษาในหออภิบาล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
14-50 ปี	34	48.6
มากกว่า 50 ปี	36	51.4
เพศ		
ชาย	39	55.7
หญิง	31	44.3
สาเหตุของความเจ็บป่วย		
ผ่าตัดใหญ่	28	40.0
โรคระบบทางเดินหายใจ	19	27.1
โรคหัวใจและหลอดเลือด	18	25.7
ภาวะช็อคจากสาเหตุต่าง ๆ	3	4.3
ไตวาย	2	2.9
ระดับความรู้สึกตัวขณะรับการรักษาในหออภิบาล		
ปกติ	48	68.6
มีการเปลี่ยนแปลง	22	31.4

2. การรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล

ผลจากการวิเคราะห์ พบว่าสิ่งเร้า ที่พยาบาลส่วนใหญ่หรือจำนวนพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมากมี 17 ข้อ เป็นสิ่งเร้าด้านบรรยากาศ 2 ข้อ ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 6 ข้อ และสิ่งเร้าด้านจิตสังคม 9 ข้อ สำหรับสิ่งเร้าที่พยาบาลส่วนใหญ่ เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับปานกลางมี 4 ข้อ เป็นสิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 3 ข้อ และอีก 1 ข้อ เป็นสิ่งเร้าด้านจิตสังคม คือ การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เยี่ยม มีพยาบาลเพียงส่วนน้อยคือ อยู่ระหว่างร้อยละ 0-43.1 เห็นว่าสิ่งเร้าที่กำหนดในแบบสอบถามนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเครียดเลย หรือเครียดในระดับน้อย สำหรับสิ่งเร้าที่การรับรู้ของพยาบาลในแต่ละระดับทั้ง 4 ระดับ มีค่าไม่ถึงร้อยละ 50 มีจำนวน 12 ข้อ เป็นสิ่งเร้าด้านบรรยากาศ 6 ข้อ ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 2 ข้อ และด้านจิตสังคม 4 ข้อ ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนร้อยละของพยาบาลที่รับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลใน
ระดับต่าง ๆ เป็นรายชื่อ

สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ในหออภิบาล	การรับรู้ของพยาบาล			
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
<u>สิ่งเร้าด้านบรรยากาศ</u>				
1. ห้อง ไม่มีหน้าต่าง	2	15.7	47.1	35.3
2. อากาศในห้อง เย็นเกินไป	7.8	37.3	49	5.9
3. แสงไฟสว่างอยู่ตลอดเวลา	2	17.6	41.2	39.2
4. เสียงโทรทัศน์	7.8	27.5	49	15.7
5. เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่	-	21.6	49	29.4
* 6. เสียงเครื่องช่วยหายใจ	-	11.8	33.3	54.9
7. กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์	-	27.5	37.3	35.3
* 8. สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยผู้ป่วยหนัก อื่น ๆ ที่ได้รับกิจกรรมการรักษา พยาบาลต่าง ๆ	-	5.9	23.5	70.6
<u>สิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล</u>				
* 9. การคาต่อหลอดลม	-	-	9.8	90.2
* 10. การคาสายยางหรือท่อระบาย	-	-	25.5	74.5
ต่าง ๆ				
* 11. การผูกมัดท่อซึ่งคาทางจมูกหรือปาก	-	2	35.3	62.7
* 12. การได้รับเครื่องช่วยหายใจ	-	3.9	31.4	64.7

ตาราง 3 (ต่อ)

สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ในหอภิบาล	การรับรู้ของพยาบาล			
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
* 13. การถูกดูดเสมหะ	-	2	19.6	78.4
** 14. การได้รับออกซิเจน	-	41.2	52.9	5.9
15. การได้รับเลือด	5.9	41.2	43.1	9.8
16. การคาเข็มให้สารน้ำทาง หลอดเลือด	-	41.2	47.1	11.8
** 17. การถูกเจาะเลือด	-	5.9	54.9	39.2
* 18. ความเจ็บปวดจากการทำ กิจกรรมการรักษาพยาบาล	-	7.8	41.2	51
** 19. การถูกตรวจร่างกายทุก 1 ชั่วโมง สิ่งเร้าด้านจิตสังคม	2	21.6	54.6	21.6
* 20. การรับรู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาใน หอภิบาล	-	2	21.6	76.5
* 21. การไม่รู้ระยะเวลาที่ต้องรักษา ในหอภิบาลและการดำเนิน การของโรค	-	5.9	21.6	72.5
* 22. การไม่รู้เหตุผลของการรักษา พยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รับ	-	5.9	43.1	51
23. การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ กาลเวลาสถานที่	-	23.5	49	27.5

ตาราง 3 (ต่อ)

สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ในหอภิบาล	การรับรู้ของพยาบาล			
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
24. พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถาม หรือระบายความรู้สึก ไม่เพียงพอ	2	29.4	47.1	21.6
*25. พยาบาลสนใจการทำงานของ เครื่องมือมากกว่าตัวผู้ป่วย	-	7.8	39.2	52.9
*26. การไม่สามารถนอนหลับพักผ่อน ได้เพียงพอ	-	7.8	35.3	56.9
*27. การไม่สามารถช่วยตัวเองได้	-	5.9	43.1	51
*28. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	-	7.8	37.3	54.9
29. การอยู่ร่วมกับเพศตรงข้าม	9.8	43.1	39.1	7.8
*30. การขาดความเป็นส่วนตัว	-	7.8	37.3	54.9
*31. การถูกแยกจากครอบครัวและญาติ	-	7.8	39.1	52.9
**32. การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม	-	9.8	51	39.2
33. ทำที่สิ้นน้ำที่วิตกกังวล กลัว	2	11.8	37.8	49
โศกเศร้าของญาติ				

* สิ่งเร้าที่จำนวนพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก

** สิ่งเร้าที่จำนวนพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับปานกลาง

N = 51

3. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในหอผู้ป่วย

จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา 70 ราย พบว่ามีเพียง 7 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ได้รับสิ่งเร้าครบทั้ง 33 ข้อ เนื่องจากสิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้รับครบทุกข้อ ในการประเมินการรับรู้สิ่งเร้าของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงประเมินเฉพาะสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยเคยได้รับเท่านั้น และในจำนวนหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับสิ่งเร้าเหล่านี้แล้ว ก็ยังมีบางรายไม่สามารถจำประสบการณ์ในการได้รับสิ่งเร้าได้ ฉะนั้นการวิเคราะห์จึงจำแนกคำตอบเป็น 5 คำตอบ คือ จำไม่ได้ ไม่ทำให้เครียดเลย เครียดในระดับน้อย เครียดในระดับปานกลางและเครียดในระดับมาก จากผลการวิเคราะห์พบว่าสิ่งเร้าเพียง 2 ข้อเท่านั้นที่ผู้ป่วยซึ่งเคยได้รับแล้วทุกรายสามารถจำประสบการณ์ได้คือ การถูกดูดเสมหะ และการคาบหิมให้สำรอกทางหลอดเลือด และมีจำนวนผู้ป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 1.4 ถึง 24.1 ที่ไม่สามารถจำประสบการณ์ในการได้รับสิ่งเร้าได้ ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้คือ สิ่งเร้าด้านบรรยากาศและกิจกรรมการรักษาพยาบาล สำหรับสิ่งเร้าด้านจิตสังคม ผู้ป่วยทุกรายจำประสบการณ์ได้

สิ่งเร้าที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (คือ จำนวนมากกว่าร้อยละ 50) เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก มี 6 ข้อ คือ การคาบท่อหลอดลม การถูกดูดเสมหะและสิ่งเร้าด้านจิตสังคมอีก 4 ข้อ สำหรับสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ทำให้เครียดเลยมี 7 ข้อ ส่วนใหญ่เป็นสิ่งเร้าด้านจิตสังคม ผู้ป่วยส่วนน้อยคือ อยู่ระหว่างร้อยละ 0 ถึง 40.3 เห็นว่าสิ่งเร้าที่กำหนดยุติทั้งหมดทำให้เครียดในระดับน้อย และร้อยละ 7 ถึง 33.3 เห็นว่าทำให้เครียดในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่รับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาลในระดับต่าง ๆ
เป็นรายข้อ

สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	จำนวน	จำนวน	การรับรู้ของผู้ป่วย				
	ผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับ สิ่งเร้า	ผู้ป่วย ที่ได้รับ สิ่งเร้า	จำไม่ได้	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
<u>สิ่งเร้าด้านบรรยากาศ</u>							
1. ห้องไม่มีหน้าต่าง	-	70	7.1	16.3	17.3	33.3	26
*** 2. อากาศในห้องเย็นเกินไป	-	70	1.4	54.3	5.7	20	18.6
3. แสงไฟสว่างอยู่ตลอดเวลา	-	70	5.7	45.7	22.9	11.4	14.3
4. เสียงโทรทัศน์	-	70	12.9	42.9	25.7	10	8.6
5. เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่	-	70	7.1	27.1	30	14.3	21.4
6. เสียงเครื่องช่วยหายใจ	2	68	13.2	10.2	29.4	17.6	29.4
7. กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์	-	70	24.1	19.2	18.9	20.6	17.2
8. สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยผู้ป่วย หนักอื่น ๆ ที่ได้รับกิจกรรม การรักษาพยาบาลต่าง ๆ	-	70	4.3	17.1	24.3	17.1	37.1
<u>สิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล</u>							
* 9. การคาบท่อหลอดลม	27	43	4.6	-	-	7.2	88.2
10. การคาบสายยางหรือท่อ ระบายต่าง ๆ	8	62	4.8	6.4	19.3	24.2	45.1
11. การผูกยึดท่อซึ่งคาบทาง จมูกหรือปาก	23	47	10.6	12.8	19	31.9	25.4

ตาราง 4 (ต่อ)

สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	จำนวน ผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับ สิ่งเร้า	จำนวน ผู้ป่วย ที่ได้รับ สิ่งเร้า	การรับรู้ของผู้ป่วย				
			จำไม่ได้	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
12. การได้รับเครื่องช่วย- หายใจ	31	39	7.7	23	17.9	12.8	38.4
13. การถูกดูดเสมหะ	27	43	-	4.6	2.3	11.6	81.2
***14. การได้รับออกซิเจน	8	62	6.4	54.8	20.9	11.3	6.4
***15. การได้รับเลือด	61	9	10	80	10	-	-
16. การคาเข็มให้สารน้ำทาง ทางหลอดเลือด	1	69	-	39.1	40.3	12.9	7.3
17. การถูกเจาะเลือด	2	68	1.4	30.8	20.6	23.5	23.5
18. ความเจ็บปวดจากการทำ กิจกรรมการรักษาพยาบาล	-	70	1.4	20	25.7	18.6	34.3
19. การถูกตรวจร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง	-	70	2.9	42.9	20	15.7	18.6
<u>สิ่งเร้าด้านจิตสังคม</u>							
20. การรับรู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษา ในหออภิบาล	-	70	-	35.7	11.4	10	42.9
21. การไม่รู้ระยะเวลาที่ต้อง รักษาในหออภิบาลและ การดำเนินการของโรค	-	70	-	14.2	20	18.6	47.1

ตาราง 4 (ต่อ)

สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	จำนวน	จำนวน	การรับรู้ของผู้ป่วย				
	ผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับ สิ่งเร้า	ผู้ป่วย ที่ได้รับ สิ่งเร้า	จำไม่ได้	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
22. การไม่รู้เหตุผลของการ รักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รับ	-	70	-	45.7	18.6	17.1	18.6
23. การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ กาลเวลาสถานที่	-	70	-	31.4	21.4	15.7	31.4
***24. พยาบาลเปิดโอกาสให้ ซักถามหรือระบายความรู้สึก ไม่เพียงพอ	-	70	-	65.7	7.7	18.6	10
***25. พยาบาลสนใจการทำงาน ของเครื่องมือมากกว่า ตัวผู้ป่วย	-	70	-	57.2	8.6	22.9	10
26. การไม่สามารถนอนหลับ พักผ่อนได้เพียงพอ	-	70	-	24.3	23.3	18.6	32.9
*27. การไม่สามารถช่วย ตัวเองได้	-	70	-	1.4	10	24.3	64.3
*28. การถูกจำกัดการ เคลื่อนไหว	-	70	-	7.2	7.1	20	65.7
***29. การอยู่ร่วมกับเพศตรงข้าม	-	70	-	71.7	7.8	10.9	9.4
***30. การขาดความเป็นส่วนตัว	-	70	-	54.3	25.7	8.6	11.4

ตาราง 4 (ต่อ)

สิ่งเร้าความเครียดในหอภิบาล	จำนวน	จำนวน	การรับรู้ของผู้ป่วย				
	ผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับ สิ่งเร้า	ผู้ป่วย ที่ได้รับ สิ่งเร้า	จำไม่ได้	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก
*31. การถูกแยกจากครอบครัว และญาติ	-	70	-	5.8	18.6	15.7	60
*32. การจำกัดเวลาและ จำนวนผู้เข้าเยี่ยม	-	70	-	4.3	21.4	14.3	60
33. ทำที่ลี้ภัยที่วัดก้งวอล กลัว โศกเศร้าของญาติ	-	70	-	22.5	24.1	16.1	37

* สิ่งเร้าที่จำนวนผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าทำให้เครียดในระดับมาก

*** สิ่งเร้าที่จำนวนผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 เห็นว่าไม่ทำให้เครียดเลย

4. เปรียบเทียบสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมากตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย

ตาราง 5 แสดงสิ่งเร้าที่พยาบาลและผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก

เรียงลำดับตามค่าร้อยละของจำนวนพยาบาลและผู้ป่วย สิ่งเร้าที่พยาบาลเห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมากมี 17 ข้อ ขณะที่ผู้ป่วยระบุสิ่งเร้าที่ทำให้ตนเองเครียดในระดับมากเพียง 6 ข้อ สิ่งเร้าที่พยาบาลและผู้ป่วยเห็นตรงกันว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมากมี 5 ข้อ ซึ่งได้แก่ การคาบถ่อหลอดลม การถูกดูดเสมหะ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และการถูกแยกจากครอบครัว สิ่งเร้า 1 ข้อ ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้ตนเองเครียดมาก แต่พยาบาลไม่ได้ระบุไว้ คือ การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม

สำหรับสิ่งเร้าที่พยาบาลเห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุว่าทำให้เครียดในระดับมากมีจำนวน 12 ชื่อ เป็นสิ่งเร้าด้านบรรยากาศ 2 ชื่อ ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 4 ชื่อ และด้านจิตสังคม 6 ชื่อ

ตาราง 5 แสดงสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมากตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยโดยจัดลำดับความสำคัญตามจำนวนร้อยละของพยาบาลและผู้ป่วย

การรับรู้ของพยาบาล	การรับรู้ของผู้ป่วย
*1. การคาท้อหลอดลม (90.2%)	*1. การคาท้อหลอดลม (88.2%)
*2. การถูกดูดเสมหะ (78.4%)	*2. การถูกดูดเสมหะ (81.2%)
3. การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการ รักษาในหออภิบาล (76.5%)	*3. การถูกจำกัดการ เคลื่อนไหว (65.7%)
4. การตาข่ายยางหรือท่อ ระบายต่าง ๆ (74.5%)	*4. การไม่สามารถช่วย ตัวเองได้ (64.3%)
5. การไม่รู้ระยะเวลาที่ต้องรักษาในหอ อภิบาลและการดำเนินการของ โรค (72.5%)	*5. การถูกแยกจาก ครอบครัว (60%)
6. สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยผู้ป่วยหนัก อื่น ๆ ที่ได้รับกิจกรรมการรักษา พยาบาลต่าง ๆ (70.6%)	6. การจำกัดเวลาและ จำนวนผู้เข้าเยี่ยม (60%)

ตาราง 5 (ต่อ)

การรับรู้ของพยาบาล	การรับรู้ของผู้ป่วย
7. การได้รับเครื่องช่วยหายใจ (64.7%)	
8. การผูกมัดท่อซึ่งคาทางจมูกหรือปาก (62.7%)	
9. การไม่สามารถนอนหลับ พักผ่อนได้เพียงพอ (56.9%)	
10. เสียงเครื่องช่วยหายใจ (54.9%)	
* 11. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (54.9%)	
12. การขาดความเป็นส่วนตัว (54.9%)	
* 13. การถูกแยกจากครอบครัวและญาติ (52.9%)	
14. พยาบาลสนใจการทำงานของเครื่องมือ มากกว่าตัวผู้ป่วย (52.9%)	
15. การไม่ทราบเหตุผลของการรักษา พยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รับ (51%)	
* 16. การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ (51%)	
17. ความเจ็บปวดจากการทำกิจกรรม การรักษาพยาบาล (51%)	

* สิ่งเร้าที่พยาบาลและผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ตรงกัน

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า
ความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลเป็นรายข้อ

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า
จำนวน 32 ข้อ โดยใช้สถิติแมนเวทไค (Mann Whitney U test) มีสิ่งเร้า 1
ข้อที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบได้คือ การได้รับเลือด เนื่องจากจำนวน
ตัวอย่างแตกต่างกันมาก (พยาบาล : ผู้ป่วย = 51 : 9) และจำนวนผู้ป่วยที่นำมา
เปรียบเทียบนั้นเป็นผู้ป่วยที่จำประสบการณ์ในการได้รับสิ่งเร้าได้เท่านั้น จากการ
เปรียบเทียบอันดับเฉลี่ยของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบว่า มีสิ่งเร้า
จำนวน 23 ข้อที่ระดับการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญ 9 ข้อ ได้แก่ ห้องไม่มีหน้าต่าง การคาท่อหลอดลม การถูกดูดเสมหะ การ
ขาดข้อมูลเกี่ยวกับกาลเวลา และสถานที่ การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ การถูก
จำกัดการเคลื่อนไหว การถูกแยกจากครอบครัว การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้า
เยี่ยม และสีหน้ากัวิตกกังวลของญาติ

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล
ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นรายข้อ โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U test.

สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	พยาบาล	ผู้ป่วย	p
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	
<u>สิ่งเร้าด้านบรรยากาศ</u>			
1. ห้องไม่มีหน้าต่าง	65.4(51)	53.1(65)	NS
2. อากาศในห้องเย็นเกินไป	70.1(51)	53.4(69)	.006
3. แสงไฟสว่างอยู่ตลอดเวลา	78.7(51)	43.7(66)	<.001
4. เสียงโทรทัศน์	72.2(51)	43.3(61)	<.001
5. เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่	71.3(51)	48.4(65)	<.001
6. เสียงเครื่องช่วยหายใจ	65.9(51)	46.5(59)	<.001
7. กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์	54.7(51)	40.2(44)	<.001
8. สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยผู้ป่วยหนัก ที่ได้รับกิจกรรมการรักษายาบาล ต่าง ๆ	73.5(51)	48.8(67)	<.001
<u>สิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษายาบาล</u>			
9. การคาท่อหลอดลม	45.9(51)	47.1(41)	NS
10. การคว่ำยวางหรือทอระบายต่าง ๆ	78.7(51)	46.8(59)	<.001
11. การผูกมัดท่อซึ่งคาทางจมูกหรือปาก	56.7(51)	35.1(42)	<.001
12. การได้รับเครื่องช่วยหายใจ	50.7(51)	34.5(36)	<.001
13. การถูกดูดเสมหะ	47.1(51)	47.9(43)	NS
14. การได้รับออกซิเจน	72.7(51)	39.4(58)	<.001

ตาราง 6 (ต่อ)

สิ่งเร้าความเครียดในหอภิบาล	พยาบาล	ผู้ป่วย	p
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	
15. การคาเข็มให้สารน้ำทาง หลอดเลือด	78.7(51)	47.9(69)	<.001
16. การถูกเจาะเลือด	74.4(51)	48.2(67)	<.001
17. ความเจ็บปวดจากการทำ กิจกรรมการรักษาพยาบาล	72.7(51)	51.5(69)	.001
18. การถูกตรวจร่างกายทุก 1 ชั่วโมง <u>สิ่งเร้าด้านจิตสังคม</u>	74.7(51)	48.9(68)	<.001
19. การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาใน หอภิบาล	65.5(51)	46.9(70)	<.001
20. การไม่รู้ระยะเวลาที่ต้องรักษา ในหอภิบาลและการดำเนินการ การหุงโรค	67.4(51)	51.5(70)	.004
21. การไม่รู้เหตุผลของการรักษา พยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รับ	78.6(51)	43.8(70)	<.001
22. การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ กาลเวลา สถานที่	64.9(51)	53.4(70)	NS
23. พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถาม หรือระบายความรู้สึกไม่เพียงพอ	74.6(51)	43.7(70)	<.001

ตาราง 6 (ต่อ)

สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	พยาบาล	ผู้ป่วย	p
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	
24. พยาบาลสนใจการทำงานของ เครื่องมือมากกว่าตัวผู้ป่วย	79.2(51)	39.9(70)	<.001
25. การไม่สามารถนอนหลับพักผ่อน ได้เพียงพอ	74.6(51)	50.1(70)	<.001
26. การไม่สามารถช่วยตัวเองได้	56.6(51)	63.4(70)	NS
27. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	55.7(51)	62.4(70)	NS
28. การอยู่ร่วมกับเพศตรงข้าม	69.6(51)	42.1(70)	<.001
29. การขาดความเป็นส่วนตัว	84.9(51)	40.2(70)	<.001
30. การถูกแยกจากครอบครัวและญาติ	59.6(51)	60.3(70)	NS
31. การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม	55.9(51)	63.0(70)	NS
32. ทำที่สี่หน้าทีวีตลกกังวล กลัว โศกเศร้าของญาติ	55.2(51)	47.8(70)	NS

NS = not significance

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า ความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล 51 ราย และผู้ป่วยที่มี ประสบการณ์ในการเข้ารักษาในหออภิบาล 70 ราย ของโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่ง ในจังหวัดสงขลา ซึ่งหออภิบาลทั้งสามแห่งมีขนาด 8-9 เตียง อัตรากำลัง เฉลี่ย พยาบาล : ผู้ป่วย = 1 : 1.5 และลักษณะการจัดสิ่งแวดล้อมภายในไม่มีความ คล้ายคลึงกัน

จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 70 รายนี้คิดเป็นร้อยละ 28 ของจำนวน ผู้ป่วยทั้งหมดที่ย้ายออกหออภิบาลทั้งสามแห่งในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (ประมาณ 2 เดือน) จากผลการศึกษาลักษณะผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดคือร้อยละ 40 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบหายใจร้อยละ 27.1 และมีผู้ป่วยที่มีการ เปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวขณะรับการรักษาในหออภิบาลถึงร้อยละ 31.4 ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึก และเป็นผู้ป่วยที่ มีภาวะพร่องของออกซิเจนจากปัญหาาระบบหายใจ จากปัจจัยดังกล่าวจึงส่งผลให้ ผู้ป่วยบางราย ไม่สามารถจำประสบการณ์ในการได้รับสิ่งเร้าได้

การศึกษาการรับรู้สิ่งเร้าความเครียด ผู้วิจัยได้เฝ้าการรับรู้ของกลุ่ม ตัวอย่างที่เห็นพ้องกันจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ว่าเป็นความเห็นหรือเป็นการรับรู้ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

จากการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหอ อภิบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เฝ้าการรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่ระบุไว้เพียง 2 ระดับคือ รับรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก จำนวน 17 ข้อ และระดับปานกลางจำนวน 4 ข้อ (ดังตาราง 3)

สิ่งเร้าจำนวน 17 ข้อที่พยาบาลเห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก ส่วนใหญ่เป็นสิ่งเร้าด้านจิตสังคม รองลงมาเป็นสิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษายาบาล เช่นการไม่สามารถนอนหลับได้ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่รู้ระยะเวลาที่ รักษาและการดำเนินการของโรค การถูกแยกจากครอบครัว การตกอ้อหลอดลม

และการถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เดวิส (Davis, 1978) และโคแครน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) ที่พบว่า การรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าเหล่านี้อยู่ในระดับมาก

สิ่งเร้าจำนวน 4 ข้อที่พยาบาลเห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับปานกลางเป็นสิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 3 ข้อ ได้แก่ การได้รับออกซิเจน การถูกตรวจร่างกายทุก 1 ชั่วโมง และการถูกเจาะเลือด และเป็นสิ่งเร้าด้านจิตสังคม 1 ข้อ คือ การจำกัดเวลาและผู้ป่วยเข้าเยี่ยม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดวิส (Davis, 1978) โคแครน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) เช่นกัน คือ พยาบาลเห็นว่าสิ่งเร้าดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับปานกลาง,

จากการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล พบว่าสิ่งเร้าจำนวน 6 ข้อที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้เครียดในระดับมาก เป็นสิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาลเพียง 2 ข้อ คือ การคาถ่อหลอดลมและการถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของจอห์นสัน และเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990) เทอร์เนอร์และคณะ (Turner, et. al, 1990) ที่พบว่า สิ่งเร้าดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเครียดมาก จะเห็นว่าสิ่งเหล่านี้มีนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน รำคาญ และรบกวนอย่างต่อเนืองแล้ว ปัญหาจากการมีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ หงุดหงิดและเสียสมดุลย์ทางอารมณ์อย่างมากด้วย ส่วนสิ่งเร้าอีก 4 ข้อนี้ เป็นสิ่งเร้าด้านจิตสังคม ในจำนวนนี้มีสิ่งเร้า 3 ข้อ คือการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การถูกแยกจากครอบครัว และการจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบัลลาร์ด (Ballard, 1981) และการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของนัทยา (2531) ที่พบว่าสิ่งเร้าดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมากเช่นกัน

สิ่งเร้าจำนวน 7 ข้อ ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ทำให้เครียดเลย หรือไม่ได้เป็นสิ่งเร้าความเครียด ได้แก่ การได้รับออกซิเจน ออกหมึกในท้อง การขาดความเป็นส่วนตัว และการขาดความสนใจและให้กำลังใจจากพยาบาล เป็นต้น ซึ่ง

ผลการศึกษาดังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิส (Davis, 1978) บาลลาร์ด (Ballard, 1981) และโคแครนและกานอง (Cochran & Ganong, 1989) ที่พบว่าสิ่งเร้าเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ความแตกต่างของผลการวิจัย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในด้านการศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมและสังคม

จะเห็นว่าจำนวนสิ่งเร้าที่พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก มีมากกว่าที่ผู้ป่วยระบุถึง 11 ข้อ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าด้านบรรยากาศ 2 ข้อ ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 4 ข้อ และด้านจิตสังคม 5 ข้อ

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลเป็นรายข้อ โดยใช้สถิติแมน-วิทนี และกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (จากตาราง 6) เมื่อเปรียบเทียบอันดับเฉลี่ยของการรับรู้แล้ว พบว่าในจำนวนสิ่งเร้า 32 ข้อ มีสิ่งเร้า 23 ข้อที่การรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และสิ่งเร้าที่การรับรู้ของพยาบาลและของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญมีจำนวน 9 ข้อ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของเดวิส (Davis, 1978) คาร์ และเพาเวอร์ (Carr & Powers, 1986) และโคแครนและกานอง (Cochran & Ganong, 1989) ที่ได้ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาดังนี้ และพบว่าการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วย และผลการศึกษาดังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิสและปีเตอร์ (Davies & Peter,

1983) ซึ่งพบว่าพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากวิธีการศึกษาเปรียบเทียบของเดวิสและปีเตอร์เป็นการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วยรายที่พยาบาลผู้ใดดูแล ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยได้ตรงกับที่ผู้ป่วยรับรู้จริง ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาลเป็นรายข้อ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าพยาบาลรับรู้สิ่งเร้าในหออภิบาลทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับที่มากกว่าผู้ป่วยรับรู้จริง อาจเนื่องจากการศึกษา

การรับรู้ของพยาบาลครั้งนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อผลกระทบของสิ่งเร้าที่มีต่อผู้ป่วย โดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ป่วยรายใดรายหนึ่ง ซึ่งพยาบาลอาจใช้ความรู้ทางทฤษฎีและความเชื่อของตนเอง ในการประเมินการรับรู้สิ่งเร้าของผู้ป่วย และพยาบาลมักจะจดจำ ประสบการณ์ที่ได้พบเห็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่รุนแรง เพราะเป็นพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อบทบาทของตนเอง แต่ผู้ป่วยตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่รุนแรงไม่เท่ากัน เนื่องจากมีความแตกต่างกันในด้านสภาพร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค ปริมาณหรือประเภทของสิ่งเร้าที่ได้รับ (ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยนี้พยาบาลสามารถตรวจสอบได้จากบันทึกทางการแพทย์ที่พยาบาลได้ประเมินผู้ป่วยไว้) สำหรับการศึกษารับรู้ในผู้ป่วยนี้ผู้ป่วยถูกสัมภาษณ์หลังจากที่ได้ผ่านภาวะวิกฤตของการเผชิญปัญหาสิ่งเร้าความเครียดมาแล้ว ผู้ป่วยอาจปรับตัวได้และไม่ต้องการย้อนกลับไปคิดถึงเหตุการณ์เหล่านั้นอีก ทำให้แนวโน้มของการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยอยู่ในหออภิบาลในช่วงเวลาสั้นมาก (เฉลี่ย 3.4 วัน S.D. = 2.85) ทำให้มีโอกาสรับรู้สิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมน้อยลง เป็นผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง (เพศชายร้อยละ 55.7) ซึ่ง นคราญ (2525) พบว่า เพศชายรับรู้ต่อสิ่งเร้าความเครียดต่ำกว่าเพศหญิง จากปัจจัยดังกล่าวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยไว้ศึกษาต่ำกว่าความเป็นจริง

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาครั้งแรกในประเทศไทย เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทั่วไปที่มีประสบการณ์ในหออภิบาลไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 51 ราย และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทั่วไปในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 24 ชั่วโมง และย้ายออกจากหออภิบาลแล้วไม่เกิน 3 วัน จำนวน 70 ราย แหล่งศึกษาและเก็บข้อมูลคือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากพยาบาลโดยให้พยาบาลตอบแบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้า ผลการศึกษพบว่า

1. สิ่งเร้าที่พยาบาลส่วนใหญ่หรือมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ทำให้ผู้ป่วยในหออภิบาลเกิดความเครียดในระดับมาก มี 17 ข้อ เป็นสิ่งเร้าด้านบรรยากาศ 2 ข้อ ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 6 ข้อ และด้านจิตสังคม 9 ข้อ โดยเรียงลำดับตามค่าร้อยละของจำนวนพยาบาล ได้แก่ การคาถ่อหลอดลมร้อยละ 90.2 การถูกดูดเสมหะ ร้อยละ 78.4 การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ร้อยละ 76.5 และการคาสายยางหรือท่อระบายต่าง ๆ ร้อยละ 74.5 เป็นต้น

2. สิ่งเร้าที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะทำให้เกิดความเครียดในระดับมากมีเพียง 6 ข้อ เป็นสิ่งเร้าด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล 2 ข้อ และ สิ่งเร้าด้านจิตสังคม 4 ข้อ โดยเรียงลำดับตามค่าร้อยละของจำนวนผู้ป่วย ได้แก่ การคาท้อ หลอดลมร้อยละ 88.2 การถูกดูดเสมหะร้อยละ 81.2 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ร้อยละ 65.7 การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ร้อยละ 64.3 การถูกแยกจากครอบครัวร้อยละ 60 และการจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยมร้อยละ 60

3. สิ่งเร้าที่พยาบาลและผู้ป่วย ส่วนใหญ่รับรู้ตรงกันว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก มี 5 ข้อ คือ การคาท้อหลอดลม การถูกดูดเสมหะ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่สามารถช่วยตัวเองได้และการถูกแยกจากครอบครัว สิ่งเร้าที่พยาบาลส่วนใหญ่ระบุว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก แต่ผู้ป่วยไม่ได้ระบุมี 12 ข้อ มีสิ่งเร้าเพียง 1 ข้อที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะทำให้เกิดเครียดในระดับมาก แต่พยาบาลส่วนใหญ่ระบุว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับปานกลางคือ การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม

4. ผลการเปรียบเทียบระดับการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า ความเครียดของผู้ป่วยในหอภิบาลเป็นรายข้อ โดยเปรียบเทียบจากอันดับเฉลี่ยของการรับรู้พบว่า สิ่งเร้าที่การรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี จำนวน 23 ข้อ ซึ่งสลับสมมติฐานการวิจัยบางส่วน ส่วนสิ่งเร้าที่การรับรู้ของพยาบาลไม่แตกต่างกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญมี 9 ข้อ ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย สิ่งเร้าเหล่านี้ได้แก่ ห้อง ไม่มีหน้าต่าง การคาท้อหลอดลม การถูกดูดเสมหะ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับกาลเวลา สถานที่ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ การถูกแยกจากครอบครัว การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม และทำที่วิตกกังวลของญาติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากการสอบถามความเห็นของพยาบาล

ต่อการประเมินการรับรู้สิ่งเร้าในผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่เฉพาะเจาะจงรายใดรายหนึ่ง คำตอบที่ได้จึงเป็นการประมวลจากความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนภาพของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่แท้จริง

2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น ดังนั้น ถ้าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนไป ผลการศึกษาอาจเปลี่ยนไปด้วย

3. สภาพทางด้านจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยขณะที่ถูกสัมภาษณ์แตกต่างกับขณะที่กำลังได้รับสิ่งเร้าเมื่ออยู่ในหออภิบาล เมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหออภิบาลนั้น เป็นช่วงที่ผู้ป่วยผ่านสภาวะวิกฤตของชีวิตมาแล้ว ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการกลับไปคิดถึงเหตุการณ์เหล่านั้นอีก และบางรายเห็นคุณค่าของตนเองที่สามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ ดังนั้น คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ อาจไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยขณะได้รับสิ่งเร้าก็ได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว ให้ข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นคือ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

สิ่งเร้าที่ผู้ป่วยและพยาบาลเห็นต้องกันว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย

เครียดในระดับมาก มี 5 ข้อ ได้แก่ การคา่ท่อหลอดลม การผูกตุตเส่มหะ การผูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และการถูกแยกจากครอบครัว แสดงให้เห็นว่าสิ่งเร้าเหล่านี้มีความรุนแรง ผู้บริหารหรือพยาบาลที่มีบทบาทโดยตรง ควรจะเร่งวางแผนกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับสิ่งเร้าเหล่านี้ได้ทันที และสิ่งเร้าที่พยาบาลควรตระหนักให้มากยิ่งขึ้นคือ การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เยี่ยม เนื่องจากผู้ป่วยเห็นว่าทำให้เครียดในระดับมากแต่พยาบาลเห็นว่าทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับปานกลาง การให้การพยาบาลเพื่อลด

ความเครียดจากสิ่งเร้าของผู้ป่วยเหล่านี้ ควรได้มีการศึกษาเพิ่มเติมและกำหนด กิจกรรมการพยาบาลในหออภิบาล จากการทบทวนวรรณคดีมีผู้ให้ข้อเสนอแนะในทาง ปฏิบัติดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่ค้ำคอหลอดลมและได้รับการดูแลที่เหมาะสม คอร์โบ (Corbo, 1985) จอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) ได้ศึกษา ถึงการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และได้เสนอแนะวิธีลดความเครียดแต่ผู้ป่วย ได้แก่ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือ อาการต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้น เช่น อาการ เจ็บปวด ปากแห้ง คอแห้ง และกระหายน้ำ การดูแลด้วยทักษะที่มีเมตตาเพื่อ ให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าจนน้อยที่สุด และการช่วยให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนอิริยาบถ เช่น ให้ลูกนั่ง น้างเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลหรืออธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และระยะเวลาของการค้ำคอหลอดลมและการดูแลที่เหมาะสม กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับตลอดจนความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ขณะดูแล เพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์และมีความพร้อมที่จะปรับตัวต่อสิ่งเร้า การประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง การตอบสนองทันทีเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอทั้งขณะปฏิบัติ/ ไม่ปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล

1.2 ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ในกิจวัตรประจำวัน ได้มีการศึกษาวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อลดหรือป้องกันปัญหา ความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ดาวล์ (Downes, 1974 cited by Corbo, 1985) แนะนำว่าพยาบาลควรเน้นเรื่องการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยเฉพาะพูดคุยหรือสอบถามความต้องการของผู้ป่วย และอร์สา (2528) ให้ความเห็นว่าควรจัดให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวบ้างตามโอกาสหรือสภาพร่างกายที่เอื้ออำนวย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น อธิบายหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ความ จำเป็น และระยะเวลาที่จะต้องจำกัดการเคลื่อนไหว และการพึ่งพาพยาบาลหรือผู้ อื่นเพื่อช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ควรเพิ่มสิ่งเร้าที่มีความหมายให้แก่ผู้ป่วย

เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้มองเห็นแสงแดด จัดหอนาฬิกา และปฏิทินไว้ แนะนำเกี่ยวกับการจัดกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยควรจะได้รับตามเวลาที่กำหนด หรือกิจกรรมที่ให้ตามความพร้อมของผู้ป่วย สิ่งเกิดพฤติกรรมหรือส่อถามความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวต่อการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วย ควรติดสายเคื่องมือต่าง ๆ เท่าที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนอิริยาบถได้ตามความต้องการ

1.3 ผู้ป่วยที่วิตกกังวลเนื่องจากถูกแยกจากครอบครัว และถูกจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยมขณะรับการรักษาในหออภิบาล โดยเฉพาะการจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยมนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ บ่งบอกว่าพยาบาลตระหนักต่อปัญหาน้อยกว่าผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องพิจารณาหรือวิเคราะห์เกี่ยวกับนโยบายการเยี่ยมอย่างระมัดระวังเป็นพิเศษเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียดของผู้ป่วย แฮมเมอร์ (Hammer, 1990) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรพิจารณาให้ญาติเยี่ยมได้ตามความต้องการของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการไม่เหมือนกัน ควรให้ข้อมูลหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ไม่สามารถอนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในหออภิบาลได้และควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมโดยให้เยี่ยมได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์และตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยต้องการอนุญาต

2. การวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล โดยเปลี่ยนวิธีการวิจัยเป็นวิธีเปรียบเทียบคู่ ซึ่งหมายถึง การศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดโดยพยาบาลประเมินเฉพาะผู้ป่วยรายที่พยาบาลได้ให้การดูแล เปรียบเทียบกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้อื่น วิธีการนี้จะแสดงผลที่น่าเชื่อถือได้มากขึ้นถ้าหออภิบาลนี้มีการให้การพยาบาลผู้ป่วยระบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing Care) คือ การรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกไป โดยพยาบาลคนเดียว

กัน ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และต่อเนื่อง

2.2 การเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อพฤติกรรม การช่วยเหลือของพยาบาลในการลดความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิ่งที่เกี่ยวกับสิ่งเร้าที่พยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ตรงกันว่าทำให้เครียดในระดับมาก ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาเรื่องนี้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยกับการตอบสนองของตนเองในการช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพฤติกรรมช่วยเหลือของพยาบาลให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และมีคุณภาพมากขึ้น

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการเยี่ยมของหอ อภิบาลของโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อสำรวจแนวคิดหรือปรัชญาของพยาบาลระดับ บริหารของหออภิบาลเกี่ยวกับนโยบายการเยี่ยมของหออภิบาล และสำรวจเกี่ยวกับ ความต้องการการเยี่ยมของผู้ป่วยในหออภิบาล ข้อมูลที่ได้ สามารถนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบเพื่อเปลี่ยนแปลงนโยบายการเยี่ยมของหออภิบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้

บรรณานุกรม

กนกพร สุคำวัง. (2528). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด, ความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน โไอ. ซี. ยู. ของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. (น. 32) วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ตามแบบแผนสุขภาพ. (น. 46) กรุงเทพมหานคร บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด

นงศราญ वासูก และคณะ. (2525). องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามธิบดีวารสารพยาบาล, 13 (3) : 79-91.

บารมี สวัสดิ์มงคล. (2533). ภาวะแปรปรวนทางจิตของผู้ป่วย โไอ. ซี. ยู. วารสารพยาบาล, 15 (2) : 33-37.

บุญวดี เพชรรัตน์. (2532). ความเครียด ภาวะวิกฤตและการช่วยเหลือ.

(น. 12) ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ :

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปาหนัน บุญหลง. (2525). การพยาบาลจิตเวช. (น. 105) กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

ถ่องศรี ศรีมรกต. (2527). การนอนหลับปกติกับการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 33 (1), 58-66.

ชญา จิตสุวรรณ. (2531). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลใน ไอ.ซี.ยู. อายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วารสารแพทยนาวิ, 28 (1). 1-13.

พาริดา อิบราฮิม. (2532). ภาวะพรากความรู้สึก : มโนคติ, การประเมินและการพยาบาล วารสารพยาบาล, 38 (1), 46-51.

ละออ หุตางกูร. (2534). หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีว-จิต-สังคม. (น. 108-154) กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.

ฉวีวรรณ นิมกุลรัตน์. (2528). เสี่ยงกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 3 (3), 206-217.

ศิริพร อินทรกำแหง. (2531). Sensory Deprivation : การศึกษาเฉพาะราย ในไอ.ซี.ยู. เด็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 11 (2), 24-39.

สมจิต ทนุเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (น. 94-96) กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิบูลย์จำกัด.

สมจิต ทนุเจริญกุล. (2533). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3 (น. 10-31) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : ดีแอนด์เอส.

สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับผลของการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล. (น. 1-12) วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2533). ความเครียด สุขภาพ และการเจ็บป่วย. สังคมศาสตร์การแพทย์, 6 (1), 43-49.

อรสา ทัศักดิ์. (2528). ประสบการณ์ของพยาบาลต่อการเกิด Sensory deprivation. ใน หน่วยบำบัดพิเศษ. วารสารพยาบาล, 34 (1), 57-66.

อัจฉราวรรณ กาญจนิมพะ. (2524). การพยาบาลผู้ป่วยที่วิตกกังวล. (น. 11) กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

Ballard, K.S. (1981). Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. Issues in Mental Health Nursing, 3, 98-108.

Bentley, S., Murphy, F. and Dudley, H. (1977). Perceived noise in surgical wards and an intensive care area : an objective analysis. British Medical Journal, 10 (2), 1503-1506.

Briggs, D. (1991). Preventing ICU psychosis. Nursing Time, 87 (6) : 39-40.

Buchda, V.L. (1987). Loneliness in critically ill adults. Dimensions of Critical Care Nursing, 6 (6), 335-340.

Carr, J.A., & Powers, M. (1986). Stressors associated with coronary bypass surgery. Nursing Research, 35 (4), 243-246.

Civeta, J.M., Taylor, R.W. and Kirby, R.R. (1989). Introduction to critical care. (p. 211)
Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Cochran, J., & Ganong L.H. (1989). A Comparison of Nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. Journal of Advanced Nursing, 14, 1038-1043.

Corbo, B.H. (1985). Endotracheal intubation : adolescent ICU experiences. Critical Care Quarterly, 4 (12), 35-46.

Davis, B.K. (1978). The expanded measurement of patients' psychological stress response to being in the coronary care unit. Military Medicine, March, 203-207, 223-225.

- Davies, A.D.M., & Peter, M. (1983). Stresses of hospitalization in the elderly : nurses' and patients' perception. Journal of Advanced Nursing, 8, 99-105.
- Diekstra, R.F.W.; Tubbe, L. Th. F.L., and Willemsteyn, B. (1986). ICU sensory deprivation. Nursing Success Today. 3 (6), 21-25.
- Easton, C., & Mackenzie, F. (1988). Sensory perceptual alterations : Delirium in the intensive care unit. Heart & Lungs, 17 (3), 229-235.
- Edlund, B., & Sneed N.V. (1989). Emotional responses to the diagnosis of cancer : Age-related comparisons. Oncology Nursing Forum, 16 (5), 691-697.
- Gast, P.L., & Baker, C.F. (1989). The CCU patient : Anxiety and annoyance to noise. Critical Care Nursing Quarterly, 12 (3), 39-54.
- Gowan, N.J. (1979). The perceptual world of the intensive care unit : An overview of some environmental consideration in the helping relationship. Heart & Lung, 8 (2), 340-344.

- Graham, N.M. (1988). Psychological stress as public health problem : How much do we know ? Community Health Studies, 12 (2), 151-159.
- Hammer, J.B. (1990). Visitation policies in the ICU : A time for change. Critical Care Nurse, 10 (1), 48-53.
- Hansell, H.N. (1984). The behavioral effects of noise on man : The patient with "intensive care unit psychosis". Heart & Lung, 13 (1), 59-65.
- Heater, B.S. (1985). Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care unit. Heart & Lung, 14 (2), 181-186.
- Helton, M., Gordon, S., & Nunnery, S. (1980). The correlation between sleep deprivation and the intensive care unit syndrome. Heart Lung, 9, 464-468.
- Hewitt, P.B. (1970). Subjective follow-up of patients from a surgical intensive therapy Ward. British Medical Journal, 4, 669-673.

- Hilton, B.A. (1986). Noise. The Canadian Nurse, 82 (5), 24-28.
- Johnson, M.M., & Sexton, D.L. (1990). Distress during mechanical ventilations : Patients' perceptions. Critical Care Nurse, 10 (7), 48-56.
- Joos, I.M.; Nelson, R. and Lyness, A. (1985). Man, Health, and Nursing : Basic concepts and theories. (p. 99-100) Virginia : Reston Publishing Company. Inc.
- Kenner, C.V.; Guzzetta, C.E. and Dossey, B. M. (1985). Critical care nursing : Body-mind-spirit. (p. 153). Boston : Little Brown and Company.
- King, I.M. (1981). A Theory for nursing : system, concepts, process. (p. 20) New York : John Wiley & Sons, Inc.
-
- Kinney, M.R; Packa, D.R. and Danbar, S.B. (1988). AACN's clinical reference for critical-care nursing. (p. 89-102) New York : McGraw-Hill Book Company.
-
- Kolanowski, A.M. (1990). Restlessness in the elderly : The effect of artificial lighting. Nursing Research, 39 (3), 181-183.

- Konopad, E., & Noseworthy, T. (1988). Stress ulceration :
A serious complication in critically ill patients.
Heart & Lung, 17 (4), 339-334.
- Kornfeld, D.S. (1979). The hospital environment its impact
on the patient. In A.G. Charles (Eds.). Stress
and survival : The emotional realities of life-
threatening illness. (p. 155) St. Louis : The C.V.
Mosby Company.
- Kozier, B.; Erb, G. and Bufalino, P.M. (1989). Introduction
to nursing. (p. 191-196) California : Addison-wesley.
Publishing Company.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping
process. (p. 12) New York : McGraw-Hill Book Company.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal,
and coping. (p. 19-53) New York : Springer
Publishing Company.
- Leavitt, H.J. (1978). Managerial psychology. (p. 27)
Chicago : The University of Chicago Press.

Mac Kinnon-Kesler, S. (1983). Maximizing your ICU patients' sensory and perceptual environment. Canadian Nurse, 79, 41-45.

Moore, T. (1991). Making sense of sensory deprivation. Nursing Times, 87 (6) : 36-38.

Munn, V.A., & Tichy, A.M. (1987). Nurses' perceptions of stressors in pediatric intensive care. Journal of Pediatric Nursing, 2 (6), 405-411.

Pritchard, M.J. (1986). Medicine and the behavioural sciences : An introduction for students of the health and allied professions. (p. 80) London : Edward Arnold.

Rambo, B.J. (1984). Adaptation nursing : assesement & intervention. (p. 46-82) Philadelphia : W.B.

Saunders Company.

Robert, L.S. (1986). Behavioral concepts and the critically ill patient. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.

Rowe, M.A., & Weinert, C. (1987). The CCU experience : stressful or reassuring? Dimensions of Critical Care Nursing, 6 (5), 341-348.

Sartain, A.Q.; North, A.J.; Strange, J.R. and Chapman, H.M.
(1967). Psychology : understanding human behavior.
(p. 260-277) Tokyo : Kogakusha Company. Ltd.

Seers, K. (1987). Perception of pain. Nursing Times, 83,
37-39.

Shelton, D.C. (1987). The effect of equipment alarms on
the heart rate and blood flow of healthy adult in
simulated ICU environment. Heart & Lung, 16 (3),
332

Sorensen, K.C., & Luckmann, J. (1986). Basic nursing : A
psychophysiologic approach. (p. 31) Philadelphia :
W.B. Saunders Company.

Taboonpong, N. (1988). Sleep difficulty and acute
respiratory illness : An epidemiological study.
(p. 35-36). A thesis of doctor of philosophy
degree, University of Adelaide, Adelaide.

Thelan, H.E., Davie, J.E., and Urban, L.D. (1990).
Critical care nursing. (p. 875) St. Louis : The
C.V. Mosby Company.

Tichy, A.M., Braam C.M., Meyer, T.A., & Rattan, N.S. (1988).

Stressors in pediatric intensive care units.

Pediatric Nursing, 14 (1), 40-42.

Turner, J.S., Briggs, S.J., Springhorn, H.E. & Potgieter,

P.D. (1990). Patient's recollection of intensive care unit experience. Critical Care Medicine,

18 (9), 966-969.

Williams, M.A. (1989). Physical environment of the

intensive care unit and elderly patients. Critical

Care Nursing Quarterly, 12 (1), 52-60.

Wilson, L.M., & Dorado, E.I. (1972). Intensive care

delirium : The effect of outside deprivation in a windowless unit. Archieve International Medicine,

130, 225-226.

Wilson, V.S. (1987). Identification of stressors relate to

patients' psychologic responses to the surgical

intensive care unit. Heart & Lung, 16 (3), 267-273.

Yura, H., & Walsh, M.B. (1983). The nursing process.

(p. 96). Norwalk : Appleton-Century-Grafts.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

ชุดที่ 1
แบบสอบถามสำหรับพยาบาล
ประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล

รหัสเครื่องมือ
1-3

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

- | | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. เพศ | <input type="checkbox"/> 1. หญิง | <input type="checkbox"/> 2. ชาย | 4 |
| | | | <u> </u> <u> </u> |
| 2. อายุ | | | 5 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 22 - 30 ปี | | <u> </u> <u> </u> |
| | <input type="checkbox"/> 2. 31 - 40 ปี | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. มากกว่า 40 ปี | | |
| 3. ระดับการศึกษา | | | 6 |
| | <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี | | <u> </u> <u> </u> |
| | <input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรี | | |
| | <input type="checkbox"/> 3. สูงกว่าปริญญาตรี | | |
| 4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในฐานพยาบาล | | | 7-8 |
|ปี.....เดือน | | | <u> </u> <u> </u> <u> </u> |
| 5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาล | | | 9-10 |
|ปี.....เดือน | | | <u> </u> <u> </u> <u> </u> |

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สิ่งรบกวนใจของผู้ป่วยในหออภิบาล
คำชี้แจง

ท่านเห็นว่าสิ่งรบกวนใจที่ระบุในแบบสอบถามต่อไปนี้ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยในหออภิบาลเกิดความ
รำคาญ หงุดหงิด ไม่พอใจ ไม่สุขสบาย วิตกกังวลหรือเครียดมาก น้อยเพียงใด โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องซึ่งตรงกับความเห็นของท่าน

ข้อที่	สิ่งรบกวนใจในหออภิบาล	การทำให้เกิดความเครียด				สำหรับผู้ป่วย
		ไม่เลย 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	
1	<u>สิ่งรบกวนด้านบรรยากาศ</u>					
	ห้อง ไม่มีหน้าต่าง ไม่สามารถมองเห็น สิ่งแวดล้อมภายนอกได้					11 //
	อากาศในห้องเย็นเกินไป					12 //
	แสงไฟสว่างอยู่ตลอดเวลา					13 //
	เสียงโทรทัศน์					14 //
	เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่					15 //
	เสียงเครื่องช่วยหายใจ					16 //
7	กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์					17 //
	สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยผู้ป่วยหนักที่ได้ รับกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่าง ๆ					18 //
9	<u>สิ่งรบกวนด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล</u>					
	การคาท่อหลอดลม					19 //
	การคาสายยางหรือท่อระบายต่าง ๆ					20 //

ข้อที่	สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	การทำให้เกิดความเครียด				สำหรับผู้วิจัย
		ไม่เลย 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	
11	การถูกยึดท่อซึ่งคาทางจมูกหรือปาก					21 //
12	การได้รับเครื่องช่วยหายใจ					22 //
13	การถูกดูดเสมหะ					23 //
14	การได้รับออกซิเจน					24 //
15	การได้รับเลือด					25 //
16	การคาเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือด ทำให้ไม่สะดวกในการเคลื่อนไหว					26 //
17	การถูกเจาะเลือด					27 //
18	ความเจ็บปวดจากการทำกิจกรรมการ รักษาพยาบาล					28 //
19	การถูกตรวจร่างกายทุก 1 ชั่วโมง					29 //
	<u>สิ่งเร้าด้านจิตสังคม</u>					
20	การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยรุนแรงและต้อง เข้ารับการรักษาในหออภิบาล					30 //
21	การไม่รู้ระยะเวลาที่ต้องรักษาในหอ อภิบาลและการดำเนินการของโรค					31 //
22	การไม่รู้เหตุผลของการรักษาพยาบาล ต่าง ๆ ที่ได้รับ					32 //

ข้อที่	สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล	การทำให้เกิดความเครียด				สำหรับผู้วิจัย
		ไม่เลย 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	
23	การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกาลเวลา สถานที่					33 //
24	พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามหรือ ระบายความรู้สึกไม่เพียงพอ					34 //
25	พยาบาลสนใจการทำงานของเธอ เครื่องมือมากกว่า ซักถาม สัมผัส หรือ ให้กำลังใจผู้ป่วย					35 //
26	การไม่สามารถนอนหลับพักผ่อน ได้เพียงพอ					36 //
27	การไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ในกิจวัตรประจำวัน					37 //
28	การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือกำจัด กิจกรรม					38 //
29	การอยู่ร่วมกับเพศตรงข้าม					39 //
30	การขาดความเป็นส่วนตัว ขณะถ่ายหรือเช็ดตัว					40 //
31	การถูกแยกจากครอบครัวและญาติ					41 //
32	การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม					42 //
33	ทำที่สี่หน้ากัวิตกกังวล กลัว โศกเศร้า ของญาติเมื่อ เข้าเยี่ยม					43 //

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย

ชุดที่ 2
แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย

รหัสเครื่องมือ

1-3

///

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 5 ข้อย่อย
เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดใน
หออภิบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

4

///

2. อายุ.....ปี

5-6

///

3. จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล.....วัน

7-8

///

4. สาเหตุของความเจ็บป่วย

9

 1. โรคระบบทางเดินหายใจ/// 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด 3. ไตวาย 4. ข้อศกจากสาเหตุต่าง ๆ 5. บาดเจ็บรุนแรง/ผ่าตัดใหญ่

5. ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวขณะรับการรักษาในหออภิบาล

10

 1. มีการเปลี่ยนแปลง 2. ปกติ///

ภาคผนวก ค.

คู่มือการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ตามแบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล

คู่มือการสัมภาษณ์ผู้ป่วย
เพื่อประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล

การสัมภาษณ์เป็นการถามความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้า 33 ข้อ ตามแบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาล (ภาคผนวก) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เอง และจะตั้งคำถามตามสิ่งเร้าแต่ละข้อดังนี้

1. ลักษณะของหออภิบาลเป็นห้องที่ไม่มีหน้าต่าง ไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือบรรยากาศของธรรมชาติภายนอกได้ ทำให้คุณรู้สึกเครียด อึดอัด ไม่ชอบ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด
 2. อากาศในห้องเย็นหรือร้อนเกินไปหรือไม่ และมีผลให้คุณไม่สุขสบายหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
 3. แสงไฟที่เปิดสว่างตลอดเวลา ทำให้รำคาญ รบกวนคุณหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
 4. เสียงโทรทัศน์ที่ตั้งบ่อย ๆ ตลอดเวลา ทำให้รำคาญ หงุดหงิด รบกวนการพักผ่อนของคุณหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
 5. เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ ทำให้คุณรำคาญ ไม่พอใจ รบกวนหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
 6. เสียงเครื่องช่วยหายใจ ทำให้คุณรู้สึกรำคาญ และหงุดหงิด หรือไม่ มากน้อยเพียงใด
-
7. การได้กลิ่นต่าง ๆ เช่น กลิ่นเ็น้ำยา กลิ่นไม่สะอาดอื่น ๆ รบกวนคุณหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
-
8. การมองเห็นผู้ป่วยอื่นที่มีอาการหนักข้างเตียง และการปฏิบัติกิจกรรมการรักษานยาบาลต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยเหล่านั้น ทำให้คุณรู้สึกกลัว ไม่สบายใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
 9. การถูกใส่ท่อหลอดลมหรือท่อช่วยหายใจ ทำให้คุณเจ็บปวด อึดอัด ไม่สุขสบาย ทรมาน หรือคับข้องใจ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

10. การที่มีสายยาง หรือท่อระบายต่าง ๆ ตามร่างกาย ทำให้คุณรู้สึกเจ็บปวดไม่สุขสบาย รำคาญ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

11. การผูกมัดข้อด้วยผ้าเทป ที่ตาทางจมูกหรือปาก ทำให้คุณไม่สุขสบาย รำคาญ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

12. การได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทำให้คุณรู้สึกไม่สุขสบายร่างกาย วิตกกังวล กลัว หรือไม่ มากน้อยเพียงใด หรือรู้สึกอย่างไร

13. การถูกดูดเสมหะ ทำให้เจ็บปวด อึดอัด และทรมานหรือไม่ มากน้อยเพียงใด หรือรู้สึกอย่างไร

14. การได้รับออกซิเจน ทำให้คุณไม่สุขสบาย วิตกกังวล หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

15. การได้รับเลือด ทำให้คุณรู้สึกวิตกกังวล หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

16. การคาเข็มสำหรับให้น้ำเกลือ ซึ่งไม่สะดวกในการเคลื่อนไหว ทำให้คุณหงุดหงิด รำคาญหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

17. การถูกเจาะเลือด ทำให้คุณรู้สึกเจ็บปวด กลัว วิตกกังวลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

18. ความเจ็บปวดจากการทำกิจกรรมการรักษายาบาล ทำให้คุณไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

19. การที่มีพยาบาลมาตรวจร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ทำให้คุณรู้สึกรำคาญ หงุดหงิด หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

20. เมื่อรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ทำให้คุณเกิดความวิตกกังวล กลัว หรือเครียด หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

21. การไม่รู้ว่าจะต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลนานเท่าไร และไม่รู้ว่าคุณรุนแรงของโรค จะเป็นไปอย่างไร ทำให้คุณเกิดความวิตกกังวล กลัว หรือเครียด หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

22. การไม่รู้เหตุผลของการรักษายาบาลที่ได้รับ ทำให้คุณเกิดความวิตกกังวลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

23. การที่ไม่ได้มีใครบอกว่าคุณนี่ตนเองอยู่ที่ไหน วันที่เป็นวันอะไร เวลาเท่าไร กลางวันหรือกลางคืน เป็นเหตุให้คุณเกิดความวิตกกังวล ตับชั่งใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

24. เมื่อคุณมีความต้องการที่จะซักถามปรึกษาหาหรือในปัญหาต่าง ๆ กับพยาบาล แต่พยาบาลไม่เปิดโอกาสให้คุณคุย หรือมีโอกาสนั่งคุยกับผู้ป่วยน้อยมาก ทำให้คุณรู้สึกตบชั่งใจ หงุดหงิดหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

25. การที่พยาบาลสนใจการทำงานของเครื่องมือมากกว่าพูดคุยให้ความอบอุ่นใจหรือให้กำลังใจคุณ ทำให้คุณรู้สึกไม่พึงพอใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

26. การไม่สามารถนอนหลับหรือพักผ่อนได้เพียงพอจากสิ่งรบกวนต่าง ๆ ทำให้คุณหงุดหงิดวิตกกังวล หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

27. การที่คุณไม่สามารถช่วยตัวเองในการทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร และการขับถ่ายได้ ทำให้คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

28. การถูกบังคับหรือมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมตามที่ต้องการไม่ได้ ทำให้คุณรู้สึกตบชั่งใจ และเครียดมากน้อยเพียงใด

29. การอยู่ร่วมกับเพศตรงข้าม ทำให้คุณรู้สึกอึดอัด ไม่พอใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

30. ความรู้สึกอายน่าเป็นส่วนตัว ขณะขับถ่ายหรือเช็ดตัว ทำให้คุณรู้สึกเครียดมากน้อยเพียงใด

31. การที่คุณถูกแยกจากครอบครัวและญาติหรือไม่ได้อยู่ใกล้ชิดญาติขณะเจ็บป่วยในหออภิบาล ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจ และไม่พึงพอใจหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

32. การจำกัดเวลาเยี่ยมและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม ทำให้คุณไม่พึงพอใจ มีความตบชั่งใจ หรือเครียดหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

33. การที่ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล กลัว โศกเศร้า เมื่อเข้ามาเยี่ยมคุณ ทำให้คุณเกิดความกลัว วิตกกังวล ไม่สบายใจ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ภาคผนวก ง.

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้สิ่งไร้ความเครียด

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้สิ่งเข้า

ความเครียดในหออภิบาล

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) จากการทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้สิ่งเข้าความเครียดในหออภิบาล โดยวิธีทดสอบซ้ำในพยาบาลจำนวน 16 ราย

สิ่งเข้าข้อที่	$\sum di^2$	r_s	สิ่งเข้าข้อที่	$\sum di^2$	r_s
1	346.4	.91	18	168.9	.95
2	208.5	.69	19	88.4	.97
3	158.5	.96	20	344.7	.91
4	144	.96	21	321	.92
5	164.07	.95	22	263.2	.93
6	92.5	.97	23	196.5	.95
7	532.8	.86	24	184.5	.95
8	387	.90	25	96	.97
9	87	.97	26	191.5	.95
10	298.5	.92	27	368	.90
11	186	.95	28	165	.95
12	264	.93	29	116	.97
13	280.25	.93	30	136.9	.96
14	89.3	.97	31	277.5	.93
15	499	.87	32	108	.97
16	193.2	.95	33	164.6	.95
17	313.5	.92			

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางดวงใจ นิยม

วัน เดือน ปีเกิด 7 มกราคม 2495 สถานที่เกิด จังหวัดสงขลา

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิตสูง (ต่อเนื่อง 19 หน่วยกิต)	วิทยาลัยพยาบาลสงขลา	2523

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการพิเศษด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 7
สถานที่ทำงาน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา