บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การพยาบาลแบบองค์รวมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตการศึกษาในเรื่องตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดองค์รวม
2. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยผู้ใหญ่
3. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดองค์รวม

แนวคิดองค์รวมเป็นปรัชญาพื้นฐานทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่มีความสำคัญในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ คำว่าองค์รวมมีการกล่าวถึงในเชิงสุขภาพ ตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ และในปัจจุบันนี้แนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจเพิ่มมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นจากการนำมาใช้ในทฤษฎีทางการศึกษา รูปแบบการบำบัดรักษาทางการแพทย์ และภาวะสุขภาพ (Ham-Ying, 1993) โดยเฉพาะในบริบททางสุขภาพมีการกล่าวถึงในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวม (holistic care) การแพทย์แบบองค์รวม (holistic medicine) และการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) แนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดองค์รวมที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และการบริการทางการพยาบาล ดังนี้

1. ความหมายองค์รวม

คำว่า โฮลิซึม (holism) เป็นคำนาม มาจากภาษาอังกฤษโบราณคือคำว่า ฮอล์ (hal) หมายถึง ทั้งหมด (whole) หรือเพื่อบำบัด (to heal) หรือความสุข (happy) และใช้แทนกันได้ทั้งสองคำคือ คำว่า โฮลิสติก ซึ่งภาษาอังกฤษเขียนเป็น holistic หรือ wholistic (Blattner, 1981) และมาจากรากศัพท์ภาษากรีก คือ คำว่า โฮลอส (holos) มีความหมายว่า หน่วยรวม หรือ องค์รวม เช่นเดียวกับคำว่า โฮล (whole) นั่นเอง (Cornman, 2000; White, 2002) ส่วนความหมายตามพจนานุกรม หมายถึง การรวมสิ่งที่เกี่ยวข้องเข้าเป็นหน่วยเดียวกัน (Longman, 2001) ดังนั้นกล่าวโดยสรุป องค์รวม คือ สิ่งที่เป็นหน่วยเดียวกันโดย

รวมทั้งหมด ไม่สามารถทำความเข้าใจโดยการศึกษาแยกเป็นส่วนๆได้ (Cornman, 2000; Dossey, 2001; White, 2002)

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวม

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปรัชญา และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวม ดังต่อไปนี้

2.1 ปรัชญาตะวันออก โดยหลักสำคัญของปรัชญา เน้นเรื่องความสมดุลภายในร่างกายของบุคคลที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติอย่างกลมกลืน (harmony) เช่น

2.1.1 ปรัชญาเล่าจื้อหรือปรัชญาเต๋า (Tao) เป็นปรัชญาจีนที่ให้ความสำคัญกับการเข้าใจธรรมชาติ และสังคม มองทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งจักรวาล แนวคิดดังกล่าว จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดองค์รวมอย่างชัดเจน ในการมองทุกสิ่งทุกอย่างไม่แยกจากกัน นอกจากนั้นตามแนวคิดของเต๋ามองทุกสรรพสิ่งในโลกย่อมเกิดมาคู่กัน หรือมีความตรงข้ามกันเสมอ สรรพสิ่งในจักรวาลจะคงอยู่ในสภาพปกติได้ต้องอาศัยภาวะสมดุลของหยิน (Yin) และหยาง (Yang) ซึ่งต่างฝ่ายต่างสนับสนุนซึ่งกันและกัน หากปริมาณหรือดุลภาพของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีอัตราส่วนมากกว่า ก็จะมีผลกระทบต่อภาวะสมดุล คุณลักษณะของหยิน เช่น เพศหญิง ความมืด ความเย็น ส่วนคุณลักษณะของหยาง เช่น เพศชาย แสงสว่าง ความร้อน (Keegan, 2001) ดังนั้นการดูแลรักษาสุขภาพตามแนวคิดปรัชญาเต๋า คือ การคงไว้ซึ่งสภาวะสมดุล และลักษณะตามธรรมชาติของชีวิตมนุษย์นั่นเอง (Chen, 2001; Morgan, 2001) นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับพลังที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่เรียกว่า ชี่ (Chi) ภาวะสมดุลจึงเป็นภาวะที่มีการไหลเวียนของชี่เป็นปกติ ซึ่งสามารถส่งเสริมโดยการออกกำลังกายแบบจีน เช่น การรำมวยจีน เป็นต้น (อาภรณ์, 2544)

2.1.2 ปรัชญาอินเดีย กล่าวถึงความสำคัญของหลักการทางแพทย์ของอินเดียที่เรียกว่า “อายุรเวท” โดยเน้นความสมดุลของพลังงาน 3 ส่วนในร่างกาย หรือ ตรีโทษะ คือ วาตะ ปิตตะ และ กะผะ ซึ่งพลังทั้ง 3 มีหน้าที่สร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นภายในร่างกาย นอกจากนั้นยังแบ่งองค์ประกอบของมนุษย์ 4 ประการ คือ 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) วิญญาณ และสติสัมปชัญญะ และ 4) ปัจจัยทั้ง 5 (ดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศธาตุ) ดังนั้นความเป็นองค์รวมตามหลักการแพทย์ของปรัชญาอินเดียจึงให้ความสำคัญกับหลักสมดุลของพลังงานทั้ง 3 ส่วนในร่างกาย และสมดุลขององค์ประกอบต่างๆ 4 ประการ (อาภรณ์, 2544)

2.1.3 ปรัชญาพุทธ หลักทางศาสนาพุทธให้ความสำคัญกับธรรมชาติที่เป็นผลรวมของสิ่งต่างๆ อย่างสมดุลเพื่อสร้างชีวิต องค์รวมของบุคคลมีองค์ประกอบ 2 ประการ คือ รูป และนาม ซึ่งก็คือ ผลรวมของสิ่งต่างๆ อย่างสมดุล คือ ขันธ์ 5 ได้แก่ กาย เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ (มหาจรรยา, 2543) องค์รวมทางธรรมะ เรียกว่า อิทัปปัจจยตา ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนาคือ

กระบวนการแห่งเหตุ และปัจจัยอาศัยการเกิดขึ้นซึ่งกันและกัน (cause & condition) ซึ่งเป็นที่มาของ กฎแห่งกรรมนั่นเอง (อาภรณ์, 2544)

2.2. ทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับแนวคิดองค์รวมทางสุขภาพ โดยการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคล ซึ่งช่วยในการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น

2.2.1 ทฤษฎีทางการพยาบาลของฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Florence Nightingale, 1969) ได้เน้นหลักการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร อากาศ แสงแดด สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะเจ็บป่วยได้เอง (self healing) ความเชื่อเช่นนี้แสดงว่าไนติงเกลก็มองเห็นถึงอำนาจ และธรรมชาติที่ผสมผสานของมนุษย์ในการหายได้เอง ซึ่งเป็นความเชื่อของแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมนั่นเอง (กอบกุล, 2534)

2.2.2 ทฤษฎีระบบของโรเจอร์ (Rogers, 1970) กล่าวถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบโดยความเป็นองค์รวมมีลักษณะเฉพาะ และแสดงออกในรูปของสนามพลังงานของชีวิตหน่วยเดียว ที่มากกว่า และแตกต่างจากผลรวมขององค์ประกอบส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ดังนั้นเราจึงไม่สามารถเข้าใจบุคคลจากการศึกษาส่วนประกอบทางชีวภาพหรือจิตสังคมมารวมกัน ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของบุคคลในรูปของพลังซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกัน

2.2.3 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวม (holistic adaptive system) หลักการพยาบาลเน้นการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้มีสุขภาวะครบองค์รวม เช่นเดียวกับทฤษฎีของลีวีน (Levine, 1971) และพาเซ (Parse, 1981) ที่ให้ความสำคัญองค์รวมของบุคคลจากการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วนคือ ร่างกาย จิต และจิตวิญญาณ โดยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างปกติสุข และยังสอดคล้องกับทฤษฎีของนิวแมน (Neuman, 1995) ที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักของบุคคลทั้ง 4 มิติ การพยาบาลเน้นการให้การดูแลแบบองค์รวม และปกป้องสิ่งคุกคามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอก

2.2.4 ทฤษฎีระบบพฤติกรรมของจอห์นสัน (Johnson, 1980) มีแนวคิดว่าบุคคลเป็นระบบพฤติกรรม (behavior system) ประกอบด้วย ระบบย่อยๆ 7 ระบบ โดยมีปฏิสัมพันธ์และพึ่งพากันและกันตลอดทั้ง 7 ระบบ ได้แก่ ระบบการรับเข้า ระบบการพึ่งพา ระบบการสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระบบสืบพันธุ์ ระบบการขับหลั่ง ระบบก้าวหน้าและการป้องกัน และระบบความสำเร็จ ซึ่งระบบพฤติกรรมโดยรวมนี้จะมีการป้องกัน การกระตุ้น และการส่งเสริมเลี้ยงดู การพยาบาลมุ่งที่จะช่วยให้ระบบต่างๆ มีเสถียรภาพ และทำงานได้อย่างสมดุล

2.2.5 ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน (Watson, 1999) ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ร่างกาย จิต และจิตวิญญาณที่จะเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล

2.2.6 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มีแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลว่า เป็นองค์รวมโดยสามารถทำหน้าที่ได้ครบถ้วนทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสัญลักษณ์และด้านสังคม หลักการพยาบาลเน้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญ ทั้งนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพ และมีความจงใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเองให้อยู่ในสภาวะที่สมบูรณ์ได้

จะเห็นได้ว่าปรัชญา และทฤษฎีต่างๆ มุ่งอธิบายความสำคัญขององค์ประกอบของบุคคลในมิติต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่างสมดุล ดังนั้นจึงเป็นพื้นฐานที่ช่วยในการทำความเข้าใจองค์รวมของบุคคลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และยังเป็นผลดีในการช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตของตนเองได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง โดยเฉพาะเมื่อนำแนวคิดองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ

3. ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) หมายถึง ภาวะสุขภาพที่มีดุลยภาพครบองค์ประกอบของบุคคลทุกมิติ คือ มิติด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และต้องพิจารณาทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทั้งหมด เน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าการเจ็บป่วยหรืออาการของโรค (กอบกุล, 2534; มหาจรรยา, 2543) สอดคล้องกับความหมายภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ครบทุกมิติเช่นเดียวกัน (ประเวศ, 2545)

นอกจากนี้ยังเป็นการเน้นถึงทางเลือกของกิจกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพ และผู้ใช้บริการ (Cornman, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟิงก์ (Fink, 1976 cited by Blattner, 1981) ได้ให้ความหมายภาวะสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การรวมแนวคิดทางการแพทย์เชิงมานุษยนิยม (humanistic medicine) ระบบสุขภาพทางเลือก (alternative health care) การดูแลพื้นฐาน (pre-primary care) และการปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ (altered provider-patient relationships) มาไว้ด้วยกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Blattner, 1981)

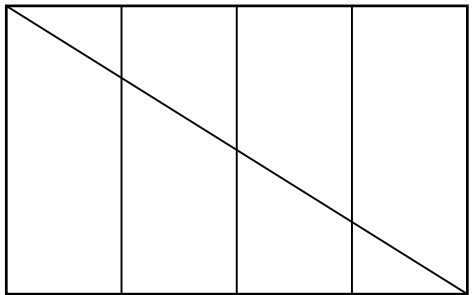
การแพทย์เชิงมานุษยนิยม (humanistic medicine) เป็นการดูแลรักษาโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่คำนึงแต่โรค และการวินิจฉัยโรค ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ให้กับภาวะสุขภาพของตนเอง แพทย์ต้องกระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น การรักษาภาวะสุขภาพเป็นการรักษา ภาวะสมดุลองค์รวมของมนุษย์กับสภาพแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไป

ระบบสุขภาพทางเลือก (alternative health care) เป็นแนวทางที่หลากหลายในการรักษาสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Health: NIH) ได้จัดประเภทการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบทางเลือกออกเป็น 5 วิธีการใหญ่ๆ ตามวิธีการปฏิบัติดังนี้ (NCCAM, 2002) 1) ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medical system) ได้แก่ โฮมีโอพาธิท (homeopathic medicine) การรักษาตามธรรมชาติ (naturopathic medicine) รวมทั้งวิธีการรักษาของแพทย์แบบตะวันออก เช่น อายุรเวท (Ayurveda) 2) การบำบัดรักษาเชื่อมโยงกาย-จิต (mind-body intervention) เช่น กลุ่มบำบัด การบำบัดทางพฤติกรรมและการรับรู้ (cognitive-behavioral therapy) รวมทั้งการทำสมาธิ การสวดมนต์ ดนตรีบำบัด และการเต้นรำ เป็นต้น 3) การบำบัดทางชีวภาพ (biologically based therapies) เช่น วิธีการทางโภชนบำบัด (dietary supplements) 4) การเยียวยาด้วยมือ เช่น การนวด (massage) ไคโอแพคติค (chiropractic) และ 5) การใช้พลังบำบัด เช่น ชี่กง (qi gong) ไรกี่ (Reiki) สัมผัสบำบัด (therapeutic touch) และพลังสนามแม่เหล็ก (magnetic fields)

การดูแลพื้นฐาน (pre-primary care) คือ การดูแลรักษาปัญหาสุขภาพกันเองภายในชุมชนและสังคม เช่น การดูแลตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ (altered provider-patient relationships) ฟิงก์ (Fink) เชื่อว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด เพราะเป็นการเน้นความเป็นอิสระในการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือน บิดา-มารดาให้การดูแลบุตร ดังนั้นการปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการตามแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม คือ ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนเท่านั้น ดังภาพ 1

ผู้ใช้บริการ



ก - ให้บริการโดยตรง/ช่วยเหลือดูแล
ข - ให้คำปรึกษา/ร่วมมือกัน
ค - ระยะสมดุลของการให้บริการ-การใช้การบริการ
ง - ผู้ใช้บริการเริ่มจัดการดูแลตนเอง
จ - ดูแลตนเองตามศักยภาพ

ผู้ให้บริการ

ก ข ค ง จ

ภาพ 1 รูปแบบสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการตามแนวคิดภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของฟังก์

Note. From *Holistic Nursing* (p. 17), by B. Blattner, 1981, United States of America: Prentice-Hall.

นอกจากนี้ประเวศ (2543) ยังให้รูปแบบแนวคิดเกี่ยวกับองค์รวมของมนุษย์ที่มีการเชื่อมโยงของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมิติทางด้านจิตวิญญาณเป็นมิติที่อยู่ขั้นสูงสุดและมีความสำคัญต่อการประสานเชื่อมโยงให้ทุกมิติรักษาสภาวะสมดุลของร่างกายสู่สุขภาวะอันจะช่วยให้มนุษย์มีความสมดุลแบบองค์รวม ดังภาพ 2

ภาพ 2 ความสัมพันธ์สุขภาวะทางกาย ทางจิต สังคม และทางจิตวิญญาณที่เกื้อหนุนกันไปมา สุขภาวะทางจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามแนวคิดแบบองค์รวมอีก 3 มิติ

หมายเหตุ. จาก สุขภาพอุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม (หน้า 38), โดย วิพุธ พูลเจริญ, 2544 ข, กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นอกจากนี้ ในระบบการปรับเปลี่ยนความสมดุลภายในร่างกายของมนุษย์มีการคิดค้นความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยศาสตร์ทางการแพทย์หลายแขนงที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พัฒนาการประสาทชีววิทยา (developmental neurobiology) ระบบสารสื่อพฤติกรรมประสาท (behavioral neurochemistry) จิตวิทยาทางสังคม (sociological psychiatry) จิตประสาทภูมิคุ้มกัน (psychoneuroimmunology) เป็นต้น (สายพิณ, 2538) ซึ่งศาสตร์จิตประสาทภูมิคุ้มกัน เป็นศาสตร์หนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจความเชื่อมโยงระบบต่างๆ ที่บ่งบอกถึงความเป็นองค์รวมของมนุษย์ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น (สมจิต, 2538) เพราะมีความเกี่ยวข้องกับการปรับสมดุลของร่างกาย จากขบวนการตอบสนองของระบบประสาท ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกันที่มีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ตลอดจนการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อให้มนุษย์สามารถปรับสภาพจากภาวะถูกคุกคามต่างๆ เข้าสู่สภาวะสมดุลได้อย่างปกติสุข (จอม, 2542; Bartol & Courts, 1993; Dossey, 1995 b; Wells-Federman et al., 1995)

สำหรับมุมมองสุขภาพแบบองค์รวมในประเทศไทย มีการกล่าวถึงตั้งแต่สมัยโบราณ โดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล (กองบรรณาธิการ, 2545 ก) เช่น การคลอดบุตร ทุกคนในครอบครัวจะมีส่วนช่วยโดยเฉพาะสามี ญาติ พี่น้อง จะอยู่พร้อมหน้ากัน ผู้คลอดจึงสามารถรู้สึกได้ถึงความอบอุ่น แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงองค์รวมของ

บุคคลอันส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับการรณรงค์การจัดโครงการสายสัมพันธ์แม่ลูก เป็นต้น (บุญทิพย์, 2539) อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าวอาจยังไม่ได้มีการกล่าวถึงอย่างชัดเจนมากนักดังเช่นในปัจจุบัน ซึ่งได้มีนโยบายต่างๆเข้ามาสนับสนุนแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549) (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถ ดูแลสุขภาพ และพึ่งตนเองมากขึ้น รวมทั้งระบบการบริการทางสุขภาพเน้นการบริการที่มีความ เป็นองค์รวม (กองบรรณาธิการ, 2544; วิชัย, 2544; สุรเกียรติ, 2544) เช่น การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้ากับแผนปัจจุบัน แนวคิดธรรมชาติบำบัด และการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เป็นต้น (เอื้อมพร, 2542) นโยบายและโครงการต่างๆ เหล่านี้ให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพ เพื่อ ดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะทุกมิติ และคำนึงถึงความสอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตในบริบททาง สังคม นอกจากนี้ยังช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองตามความเชื่อ และความต้องการของตนเองเพิ่มมากขึ้น ในอนาคตข้างหน้านี้ ผู้ใช้บริการทางสุขภาพจึงน่าจะมีแนวทางในการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถ่องแท้ และ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป แนวคิดองค์รวม เมื่อนำมาใช้ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจลักษณะตามธรรมชาติของภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคล เพราะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของบุคคลในมิติต่างๆได้แก่ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งการคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่าง สมดุล ดังนั้นบุคลากรผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพโดยตรง จึงต้องให้ความสำคัญต่อการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุม ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยผู้ใหญ่

การพยาบาล เป็นศาสตร์ในการดูแลภาวะสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย จึงเป็นศาสตร์หนึ่งที่ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดองค์รวมเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่สมัยฟลอเรนซ์ไนติงเกล (Florence Nightingale) (Dossey, 2001) จากการพิจารณาสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความสนใจป้องกันสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่มีผลต่อโรค ความเกี่ยวข้องนี้เป็นการพิจารณาองค์รวมของผู้ป่วย ได้แก่ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้คงอยู่อย่างสมดุล โดยเน้นหลักการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร อากาศ แสง

แดด สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Nightingale, 1969) กิจกรรมดังกล่าวไนติงเกลเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย เองได้ (self healing) ความเชื่อเช่นนี้แสดงให้เห็นว่ามนุษย์สามารถเยียวยาตนเองโดยอาศัยพลังตามธรรมชาตินั่นเอง แนวคิดดังกล่าวจึงกลายมาเป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญทางการพยาบาลจวบจนถึงปัจจุบัน (Dossey, 2001) การพยาบาลแบบองค์รวมจึงเป็นปรัชญาพื้นฐานในการให้การพยาบาลต่อผู้ใช้บริการ และเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล (Kunaviktikul et al., 2001) ในที่นี้ขอกล่าวถึงการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมไปใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีวุฒิภาวะต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่เจริญเติบโตเต็มที่ (จินตนา และทิพย์ภา, 2541; Aud, 2001; Ruchala, 2001) และถือได้ว่าบุคคลในวัยนี้มีความพร้อมต่อการดำเนินชีวิต และการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้เกิดต่อสังคมมากที่สุด แต่หากบุคคลในวัยดังกล่าวต้องเผชิญกับภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลโดยรวมทั้งหมด ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีผลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพแวดล้อมรอบข้าง ดังนั้นบุคคลที่มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงผลกระทบดังกล่าว และสามารถให้การดูแลตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอรายละเอียดต่างๆ ของการพยาบาลแบบองค์รวม ดังต่อไปนี้

1. ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน (whole person) โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เน้นการดูแลให้ครบทุกส่วนไม่แยกจากกัน (อาภรณ์, 2544; AHNA, 2003; Bishop & Scudder, 1997; Dossey, 1998; Locsin, 2002; White & Duncan, 2002; Williams, 1998) ตลอดทั้งการคำนึงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ดูแล และผู้รับการดูแล โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (Dossey, 2001)

สิวลี (2544) ยังได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม และแนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม

นอกจากนี้ แบลทเนอร์ (Blattner, 1981) ได้กล่าวว่า การพยาบาลแบบองค์รวมยังรวมถึงภาวะสุขภาพดี แนวคิดองค์รวมของสมุทส์ (Smuts) และแนวคิดกระบวนการระบบของบีวิส (Bevis, 1973 cited by Blattner, 1981) ที่มีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีระบบ และการพยาบาล กระบวนการดังกล่าวมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ มีเป้าหมาย (goal) มีโครงสร้างที่ชัดเจน (structure) และมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดสิ่งใหม่ๆ (innovation) การพยาบาลแบบองค์รวมในมุมมองของแบลทเนอร์จึงประกอบด้วยกระบวนการชีวิต 9 กระบวนการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) กระบวนการรับผิดชอบชีวิตของตนเอง (the self responsibility life process) เน้นความรับผิดชอบของตนเอง (self responsibility) และการตระหนักในคุณค่าของตนเอง (self awareness)

2) กระบวนการดูแลชีวิต (the life caring process) พยาบาลให้การดูแล โดยให้ผู้ใช้บริการมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆในชีวิต และให้มีความตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ตามสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

3) กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ (the human development life process) พยาบาลมีการพัฒนาบุคคลให้เจริญเติบโต และมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ และมีความตระหนักในตนเองให้ปรากฏลักษณะของตนเอง และมีความผาสุกของตนเอง ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินพัฒนาการต่างๆ เหล่านี้ได้

4) กระบวนการจัดการความเครียดในชีวิต (the stress life process) ความเครียดเป็นสิ่งที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต การพยาบาลแบบองค์รวมจึงต้องมีความเข้าใจกลไกการปรับสมดุลของร่างกายแบบเฉพาะที่ หรือแบบทั่วไป พยาบาลต้องสามารถประเมินการตอบสนองต่อความเครียดและความทนต่อความเครียด และยังมองไปถึงความเครียดที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชนด้วย

5) กระบวนการดำเนินชีวิต (the life styling life process) แบบแผนการดำเนินชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค พยาบาลต้องสามารถประเมินสิ่งที่เป็นความเสี่ยงของภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการในแบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสามารถจะจัดการโดยผู้ใช้บริการเอง พยาบาลเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนตามความต้องการ และเน้นความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพิ่มมากยิ่งขึ้น ทั้งในระดับบุคคล และชุมชน

6) กระบวนการติดต่อสื่อสาร (the communication life process) การติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะพยาบาลต้องติดต่อกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายสาขา และเพื่อรับทราบข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจน จากผลของการให้การพยาบาล

7) กระบวนการแก้ไขปัญหา (the problem solving life process) พยาบาลต้องมองหาวิธีการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ใช้บริการเป็นผู้ตัดสินใจตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนรวมไปถึงการศึกษาวิจัยที่จะช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

8) กระบวนการสอนและการเรียนรู้ (the teaching/learning life process) พยาบาลต้องมีความรู้และต้องฝึกฝนในการเรียนรู้ มีแรงจูงใจและวิพากษ์ตนเองในการเรียนรู้และเรียนรู้ไปพร้อมๆกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

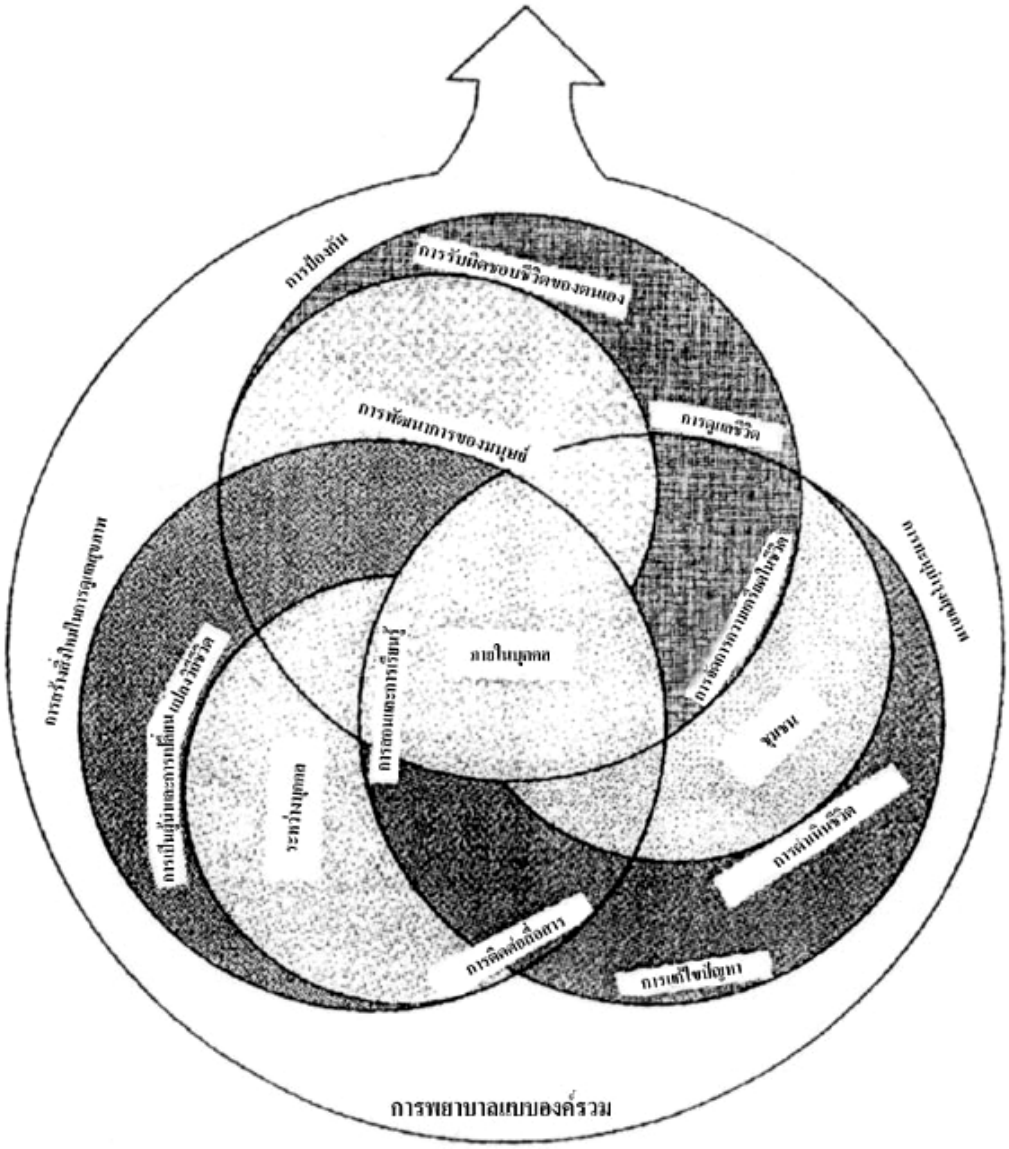
9) กระบวนการเป็นผู้นำ และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต (the leadership and change life process) พยาบาลต้องมีบทบาทในการเป็นผู้นำ ต้องมีการประเมินภาวะผู้นำ มีความยืดหยุ่นและ

สามารถทำนายความต้องการของผู้ใช้บริการในการดูแลสุขภาพ มีความรอบรู้และเป็นผู้เชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ รวมทั้งประเด็นทางการเมืองต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ

จากกระบวนการดังกล่าว จะมีความเกี่ยวข้องคาบเกี่ยวกันระหว่างภายในบุคคล (intrapersonal) ระหว่างบุคคล (interpersonal) และชุมชน (community) โดยมีเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ 1) การป้องกัน (prevent) เช่น การส่งเสริมคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการป้องกันความเสื่อมของสุขภาพ 2) การทะนุบำรุงสุขภาพ (nurturative) เช่น การดูแล การให้ความสุขสบาย การสนับสนุนต่อเนื่อง และ 3) การสร้างสิ่งใหม่ในการดูแลสุขภาพ (generative) เช่น ส่งเสริมกิจกรรมการดูแลแบบผสมผสาน การดูแลตนเอง และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีระดับภาวะสุขภาพที่ดีอย่างสูงสุด ดังภาพ 3

กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของแบลทเนอร์ สามารถสรุปได้ดังภาพ

ระดับภาวะสุขภาพดีสูงสุด



ภาพ 3 รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมของแบลทเนอร์

Note. From Holistic nursing (p. 24), by B. Blattner, 1981, Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.

นอกจากนี้ สมจิต (2531) ได้วิเคราะห์แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมใหญ่ๆ 3 แนวคิด คือ แนวคิดที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ แนวคิดที่อาศัยการปรับตัวของบุคคล และแนวคิดการมองมนุษย์ในรูปพลังงาน พยาบาลจึงจะต้องมีความเข้าใจตัวบุคคลทั้ง 4 มิติ รวมถึงสิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งก็คือ โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล ดังภาพ 4

ภาพ 4 การพยาบาลแบบองค์รวม โครงสร้างศาสตร์ทางการพยาบาล

<u>หมายเหตุ.</u> จาก วิชาชีพการพยาบาลประเด็นและแนวโน้ม (หน้า 137), โดย รัตนา ทองสวัสดิ์, (2541), เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

จอห์นสัน (Johnson, 1990) และกริฟฟิน (Griffin, 1993) ยังได้สรุปภาวะสุขภาพแบบ องค์รวมสู่การพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 4 ประการ คือ

1) การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญา วิธีการดูแล การอำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดการผสมผสานระหว่าง กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้ภาวะสุขภาพของบุคคลอยู่ในภาวะสมดุล โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการตระหนักเกี่ยวกับตนเองบนพื้นฐานปรัชญาองค์รวม

2) การพยาบาลแบบองค์รวมต้องคำนึงถึงการให้ผู้ใช้บริการเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เพื่อให้สามารถเยียวยารักษาสุขภาพของ ตนเองได้

3) ประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มีคุณค่า ทำให้มีโอกาสทำความเข้าใจตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง และรับผิดชอบตนเองมากยิ่งขึ้น

4) พยาบาลต้องคำนึงถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติในแต่ละบุคคล

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นการตอบสนองความต้องการคนทั้งคน ครอบคลุมองค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เกี่ยว

ข้องให้อยู่ในภาวะสมดุล เน้นการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง ตามศักยภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาวะ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างผาสุก

2. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดภาวะสมดุลทางสุขภาพ โดยจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งมีความเชื่อมโยงส่งผลซึ่งกันและกัน หรือกล่าวได้ว่าหากดูแลมิติใดมิติหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆด้วย (ทัศนีย์, 2545 ข) และในทางตรงข้ามหากไม่ได้ดูแลในมิติหนึ่งก็จะมีผลกระทบต่อมิติอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมมีแนวทางในการดูแลดังต่อไปนี้

2.1 การพยาบาลด้านร่างกาย คือ การช่วยเหลือดูแลผู้ใช้บริการให้มีความสุขสบายทางกาย เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น การเช็ดตัว การอาบน้ำ การสัมผัส การนวด กิจกรรมเหล่านี้สามารถพบเห็นได้โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจกล่าวได้ว่าเป็นมิติที่พยาบาลมีความสามารถในการให้บริการอย่างรวดเร็ว และโดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาเร่งด่วน หรือคุกคามความปลอดภัยแห่งชีวิต จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องให้การดูแลตอบสนองอย่างใกล้ชิด และจากสภาวะการเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรังทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง ระบบการทำงานต่างๆ ทำงานลดลงหรือเกิดความผิดปกติ ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบการเผาผลาญอาหาร และระบบขับถ่าย เป็นต้น (จารุวรรณ, 2544) ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่ไม่สมดุล การดูแลทางด้านร่างกายจึงเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญในการช่วยตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต เช่น ภาวะช็อก หมดสติ หรือมีอาการชัก เป็นต้น

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับคำกล่าวข้างต้น โดยพบว่า พยาบาลมักจะให้การพยาบาลที่เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก (จรัสศรี และบุญวดี, 2539; ฉวีวรรณ, 2540; ชัยณรงค์, 2544; ทัศนา, 2544; บุบผา, 2543; ปิญากรณ์, 2536; พิรุณ, มปป.; สุขใจ และพวงเพ็ญ, 2542) โดยให้เหตุผลว่า ช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทุเลาได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับการมีภาระงานหนัก จึงต้องให้การดูแลช่วยเหลือมิติดังกล่าวเป็นอันดับแรก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร, อรพรรณ, อติพร, และอรุณ (2544) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้มีสุขภาพดี พบว่าการที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการนั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึง คือ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยให้เหตุผลว่า เมื่อภาวะสุขภาพทางกายดีแล้วนั้น บุคคลจะสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้อย่างผาสุกต่อไป

2.2 การพยาบาลด้านจิตสังคม การพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญขั้นพื้นฐานในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม จิตใจ และสังคม ส่วนใหญ่มักจะกล่าวถึงพร้อมๆ กัน อย่างไรก็ตามมีความหมายที่แตกต่างกัน การดูแลทางด้านจิตใจหมายถึง การดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้แก่ ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความในใจ ความเป็นมิตร ความเป็นกันเอง ความอดทน รวมทั้งการตระหนักถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ ส่วนในด้านสังคมได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตอบปัญหา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง เป็นต้น (ปิญากรณ์, 2536) ส่วนนิโคล (Nichols, 1984) ได้จำแนกองค์ประกอบที่กล่าวถึงการพยาบาลด้านจิตสังคมไว้ 4 ประการ คือ การดูแลด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การเป็นที่ปรึกษา และการควบคุมสภาวะจิตใจ เช่นเดียวกับ ช่อลดา (2536) กล่าวถึงการมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยด้วยการอยู่เป็นเพื่อน ให้ความมั่นใจ ให้การยอมรับ และมีการสื่อความหมายโดยการสัมผัส ในขณะที่ จารุวรรณ (2544) ยังได้กล่าวถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสภาพทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อสังคม ครอบครัว และการงาน เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท

สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยที่พยาบาลต้องคำนึงถึง และให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม (บุษกร, 2546) ดังเช่นการศึกษาของ สุรัตณี (2543) ศึกษาความต้องการการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลมีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ต้องการสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บาดเจ็บและพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องของการเรียกชื่ออย่างสุภาพ และให้เกียรติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ยังพบปัญหาในการดูแลมิติดังกล่าว ดังเช่นการศึกษาของ สมสมัย และพิกุลรัตน์ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ถึงแม้พยาบาลจะให้การดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม โดยสาเหตุส่วนใหญ่พบว่า พยาบาลยังไม่เห็นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้จากปัจจัยแวดล้อม คือ การมีภาระงานมาก และการมีอัตรากำลังที่จำกัด จึงต้องทำงานอย่างเร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (นวรัตน์ และสรีรัตน์, 2543; สมสมัย และพิกุลรัตน์, 2545) รวมทั้งความเป็นนามธรรมของการพยาบาลทางด้านจิตสังคม ทำให้เกิดความยุ่งยากในการให้การพยาบาล (จรัสศรี และบุญวดี, 2539; อติรัตน์ และนพพร, 2542)

ปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ความตระหนัก และความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมให้มากขึ้น เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ความสำคัญกับญาติที่จะต้องเข้ามามีส่วนตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(ทัศนีย์, 2540; สิระยา, 2540) ซึ่งจะสามารถสร้างคุณภาพการบริการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ (พวงรัตน์, 2545) เพราะญาติเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ของการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี (ทัศนีย์, 2540; Paavilainen, Seppanen, & Astedt-kurki, 2001) และยังเป็นการแสดงถึงหน้าที่ที่สำคัญระหว่างบุคคลภายในครอบครัวที่จะต้องช่วยเหลือดูแลสุขภาพทั้งเมื่อเจ็บป่วย และปกติ (ยุพิณ, จิราพร, รุ้งนภา, และศิริพันธุ์, 2545; อารีย์วรรณ และสุชาดา, 2546; อุมาพร, 2543) โดยหลักในการดูแลครอบครัว ควรเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะช่วยสร้างความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ (ขนิษฐา, สุนทราวดี, และวรรณี, 2545; ประณีต, แสงอรุณ, เนตรนภา, ปัทมา, และกาญจนา, 2543) ตลอดจนการจัดการแก้ไข หรือปรับปรุงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น การบริหารจัดการของผู้บริหาร นโยบาย และระบบงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม จะเป็นการส่งเสริมให้งานทางการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมยังต้องคำนึงถึงพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพราะมีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน (บุญวดี และ จรัสศรี, 2540)

2.3 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความเชื่อมโยงความเป็นองค์รวมของบุคคลให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการดูแลมิติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับศาสนา ความเชื่อ ความหวัง ความรัก ความศรัทธา เป้าหมายของชีวิต และการแสดงออกพฤติกรรมความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของบุคคล และส่งผลกระทบต่อกาย และจิตใจ (อาภรณ์, 2544; Tanyi, 2002) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกลับพบว่า มิติจิตวิญญาณเป็นมิติที่พยาบาลยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาล (ฉวีวรรณ, 2540; ทัศนีย์ และคณะ, 2544; เสาวลักษณ์, 2545; Kuuppelomaki, 2001; Sellers & Haag, 1998; Stranahan, 2001) โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีภาระงานมาก การไม่ให้ความสำคัญ และมองข้ามการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ไม่เข้าใจลึกซึ้งถึงจิตวิญญาณ ทำให้พยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตวิญญาณจะกระทำน้อยมาก และกระทำต่อเมื่อพบว่า มีปัญหาหรือได้แก้ไขปัญหาทาง ร่างกายแล้ว และยังขาดความต่อเนื่องในการดูแล (บุบผา, 2543; เสาวลักษณ์, 2545) รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ เช่น มีเสียงดัง และหอผู้ป่วยคับแคบ (เสาวลักษณ์ , 2545) และจากการทบทวนตำราการพยาบาลด้านจิตวิญญาณพบว่า ยังไม่มีการกระจายแนวคิดการพยาบาลด้านจิตวิญญาณอย่างครอบคลุมทุกสาขา เช่น การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพแม่และเด็ก การพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลสุขภาพชุมชน เป็นต้น (McEwen, 2004)

และจากการสำรวจงานวิจัย และบทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในประเทศไทย 12 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2546 พบว่า รายงานการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่อยู่ในรูปวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท นอกจากนี้เป็นผลงานวิจัย บทความการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของอาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้ที่สนใจ และได้ลงตีพิมพ์ในวารสารทางการพยาบาลทั้งหมดประมาณ 18 เรื่อง ได้แก่ รายงานวิจัยการศึกษาการพยาบาลด้าน จิตวิญญาณของพยาบาล (เกศรินทร์, 2544; ทัศนีย์ และคณะ, 2544; บุบผา, 2543; เสาวลักษณ์, 2545) บทความเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ (ทัศนีย์, 2543 ก; ทัศนีย์, 2545 ก; ทัศนีย์, 2545 ข) การพยาบาลด้านจิตวิญญาณในกลุ่มของผู้ป่วยต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ (เกษตะวัน, 2544; ฉวีวรรณ, 2540; ภารดี และพรรณวดี, 2541; ระวีวรรณ, 2545; อัจฉรา, 2541) ผู้ป่วยมะเร็ง (ธนิญา, 2545) ผู้สูงอายุ (บุบผา, 2536; สมพร, สุนุตตรา, และพัชรียา, 2542; อุไรวรรณ, 2543; Tongprateep, 2000) และญาติผู้ป่วย (วงรัตน์, ประณีต, และพัชรียา, 2545) เป็นต้น จึงอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณไม่เพียงพอ

ผู้วิจัยจึงมีความคิดเห็นว่าควรจะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมทั้งในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล ผู้ป่วย และญาติเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาวะจิตวิญญาณตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของคนไทยได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลมิติ จิตวิญญาณ ดังเช่นการศึกษาในประเทศไต้หวันศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการดูแลด้าน จิตวิญญาณให้แก่นักศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 22 ราย เป็นระยะเวลา 18 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การบรรยายความรู้ในเรื่องจิตวิญญาณ การศึกษาดูงาน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล และผู้ใช้บริการอื่นๆ ในชุมชน พร้อมทั้งมีการศึกษาเป็นรายกรณี และรายงานผลการศึกษา โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจการดูแลด้านจิตวิญญาณทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติดียิ่งขึ้น (Shih, Gau, Mao, Chen, & Kao Lo, 2001) รายงานวิจัยดังกล่าวจึงเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจต่อการนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของการพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ และคณะ (2544) พบว่าพยาบาลยังต้องการตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งควรบรรจุไว้ในหลักสูตรทางการพยาบาลทุกระดับ ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมต่อไปอย่างมีคุณภาพ

จะเห็นได้ว่าการให้การดูแลองค์ประกอบหลักทั้ง 4 มิติ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะในการยามที่ชีวิตเผชิญกับภาวะวิกฤต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย จึงเป็นบทบาท และหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลมิติเหล่านี้ เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทุกมิติ

พร้อมๆกับการพัฒนาภาวะสมดุลของพยาบาลผู้ให้การดูแล เพื่อความพร้อม และศักยภาพในการดูแลเพื่อนมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป นอกจากนี้ยังจะต้องให้การดูแลบริบทแวดล้อมของผู้ใช้บริการที่มีผลต่อความสมดุลของภาวะสุขภาพด้วยเช่นกัน ดังรายละเอียด

2.4 การพยาบาลด้านการบำบัดเยียวยา การบำบัดเยียวยา (healing) หมายถึง ขบวนการบำบัดเยียวยาที่คำนึงถึงองค์ประกอบของบุคคลทุกมิติอย่างผสมผสาน และสมดุล (Dossey, 1995 a) โดยเป็นการนำวิธีการดูแลแบบผสมผสาน (complementary therapies) มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคลเพิ่มมากขึ้น (Avis, 2001; Mantle, 2001; Taylor, 2002 a; White & Duncan, 2002) ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทของการเป็นผู้บำบัดเยียวยารักษา (nurse as a healer) ทั้งบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้การสนับสนุน ผู้สอน ผู้ให้ความรู้ และผู้ปฏิบัติ ในการดูแลภาวะสุขภาพ (Mantle, 2001) โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ คุณค่า และความเชื่อของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ (Hanucharurnkul, 2002)

ในปัจจุบันพบว่า มีการศึกษาเทคนิควิธีต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ คีแกน (Keegan, 1996) ได้สำรวจการให้ทัศนะของพยาบาล พบว่า พยาบาลจำนวน 55 คน (ร้อยละ 84) คิดว่าพวกเขาคือ ผู้ให้การบำบัดเยียวยา โดยได้นำการดูแลแบบผสมผสานเข้ามาใช้ในการบำบัดเยียวยาแก่ผู้ป่วย และเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดบอกว่า ได้นำการบำบัดเยียวยาแบบผสมผสานมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล 16 ครั้ง หรือมากกว่านั้นในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กิจกรรมการบำบัดเยียวยา ได้แก่ การฝังเข็ม การบำบัดด้วยกลิ่น การใช้ศิลปะบำบัด การฝึกการหายใจ การบำบัดด้วยความร้อน การใช้สมุนไพร การบำบัดด้วยเสียงหัวเราะ การสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การนวด และการฝึกโยคะ เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลคินสัน และซิมพ์สัน (Wilkinson & Simpson, 2002) ศึกษาการดูแลแบบผสมผสานของพยาบาลในออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลถึงร้อยละ 38 โดยวิธีที่นำมาสูงสุดใช้ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (ร้อยละ 21.3) และการบำบัดด้วยกลิ่น (ร้อยละ 19.5) ตามลำดับ รายงานผลดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลสนับสนุนให้เห็นถึงความสำคัญ และความชัดเจนในการเป็นผู้บำบัดเยียวยาของพยาบาลที่จะช่วยในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ใช้บริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้จากความเข้าใจ และการตระหนักถึงการผสมผสานองค์ประกอบทุกมิติของบุคคลบนพื้นฐานปรัชญาแห่งองค์รวมนั่นเอง

อย่างไรก็ตามมีรายงานที่นำเสนอแนวคิดของนักเขียนบางท่าน มีความคิดเห็นขัดแย้งว่าการดูแลแบบผสมผสานอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลดังกล่าวเป็นเพียงศาสตร์อย่างหนึ่งในการเป็นทางเลือกให้ผู้ใช้บริการมีหนทางในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการบำบัดรักษาโดยวิธีทางการแพทย์ (Trevelyan & Freshwater, 2001) แต่ในขณะที่รายงานส่วน

ใหญ่สนับสนุนให้การดูแลแบบผสมผสานเป็นวิธีหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม (Cornman, 2000; Diluzio & Spillane, 2002; Taylor, 2002 a; White, 2002) จากข้อโต้แย้งดังกล่าว ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า จากแนวคิดหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม ก็มุ่งตอบสนองการดูแลบุคคลทั้งคน โดยอาศัยความเชื่อมโยงของทุกมิติอย่างผสมผสานแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้ จึงต้องพิจารณาว่าแนวคิด หรือวิธีการดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพยาบาลแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด หากไม่นำวิธีการดังกล่าวเข้ามาร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลที่กำลังปฏิบัติอยู่นั้นมีความเป็นองค์รวมครบถ้วนมากน้อยเพียงใด และ/หรือสามารถช่วยแก้ไขปัญหาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้หรือไม่ และ/หรือหากนำวิธีการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ จะมีวิธีในการปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมากที่สุด โดยไม่ส่งผลกระทบ หรือมีอันตรายต่อผู้ใช้บริการ (Bascom, 2002) ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับทักษะ และความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบผสมผสานซึ่งพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) นิยมนำวิธีสุขภาพทางเลือกมาใช้ในการดูแลผู้ใช้บริการ แต่มีเพียงร้อยละ 24 เท่านั้นที่พยาบาลเหล่านั้นได้รับการศึกษาอบรมอย่างถูกต้อง (Sohn & Loveland, 2002) นอกจากนี้แหล่งความรู้ต่างๆ มาจากแหล่งสถานศึกษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ดังนั้นจึงต้องมีการแก้ไขปรับปรุงโดยการบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน หรือมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก ที่มีนโยบายเน้นย้ำถึงความปลอดภัย และคุณภาพในการบำบัดรักษาแบบผสมผสานมากยิ่งขึ้นใน ปี พ.ศ. 2545-2548 (WHO, 2002)

สำหรับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานในประเทศไทย จากการประชุมปฏิรูประบบสุขภาพในวันที่ 13-15 ธันวาคม 2542 ประชาคมจากองค์กรภาคีต่างๆ ได้มีการอภิปรายอย่าง หลากหลายถึงการที่จะนำปรัชญาสุขภาพเชิงองค์รวม คือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่มีทางเลือก มีการพึ่งพาตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมโดยการ ผสมผสานศาสตร์ต่างๆ และตั้งอยู่บนรากฐานตามแนวสังคมไทย ผลจากการประชุมได้สะท้อนให้เห็นว่าอนาคตข้างหน้านักวิชาชีพสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีบทบาทในการให้ความรู้ หรือการแนะนำแหล่งที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย หรือให้ความรู้ในการเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (สมพร, 2542 ก) แนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลมีกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระในการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น (ฟาริดา, 2545 ข) โดยในขั้นตอนการประเมินสภาพ พยาบาลควรซักประวัติถึงวิธีในการดูแลตนเองด้วยวิธีการบำบัดรักษาวิธีอื่นๆ ในอดีต หรือที่กำลัง ใช้อยู่นอกเหนือจากการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Meine, 1998) การดูแลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการดูแล

รักษาตนเองเพิ่มขึ้น (ฟาริดา, 2545 ก; สมพร, 2542 ข; Parkman, 2001) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาวิจัยต่างๆ ซึ่งพบว่า วิธีการดังกล่าวสามารถช่วยเยียวยาภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยให้ดีขึ้นได้ เช่น

*การนวด (*massage) มีผลต่อการลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (เทวิกา, 2546; พรจันทร์, 2541; วันเพ็ญ, 2544; อุไร, 2539) และลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (Pongchareon, 2001) ช่วยเพิ่มความอดทนต่อการล้าของกล้ามเนื้อหลังในผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (นฤมล, วิชัย, และอภิวันท์, 2544) และช่วยลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด (เจือจันทร์, 2534; วิไล, 2543; สัมพันธ์, เบญจวรรณ, กริช, มยุรี, และสุวิมล, 2540)

การนวดกดจุดฝ่าเท้า (reflexology) ช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Poonsaard, 2000) และลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Panyim, 2000)

สมาธิ (meditation) ช่วยลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ตา หู คอ จมูก และปาก (ปทุมภรณ์, สุภา, ลักษมี, และสันทนา, 2539) และทำให้ผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกายมีสมรรถภาพของปอดดีขึ้น (นที, 2530) อีกทั้งยังลดความเครียด และลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (สุนันทา, สมพร, และไพลิน, 2540; อัจฉรา, สุภาพ, และมยุลี, 2545)

เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) ช่วยลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ (จุไรพร, 2536) ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีอาการใจสั่น (ศุภวรรณ, 2540) และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหอบหืด (Napa, 2002)

ดนตรีบำบัด (music therapy) สามารถช่วยลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (เอมอร, 2543) ลดปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (นากฤดี, 2545) และลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา (ดวงดาว, ประณีต, สุดศิริ, และสุนทร, 2545) รวมทั้งลดความวิตกกังวล และอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (อาริยา, 2543)

เทคนิคการสร้างจินตภาพ (imaginary) ช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ (แสงหล้า, 2542) ลดความวิตกกังวล (ปริญญา, 2542) และลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (บุษบา, 2544)

การใช้วิธีทางศาสนา เช่น การนำธรรมะเข้ามาช่วยเยียวยาทางจิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นต้น (ธนิญา, 2545; อังศุมา, 2546; อัจฉรา, และคณะ, 2545)

อย่างไรก็ตามจากศึกษาการนำเทคนิคต่างๆเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ใช้บริการในกลุ่มของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลยังขาดความรู้ และขาดทักษะในการนำเทคนิคเหล่านี้มาใช้อย่างเพียงพอ (จอนผะจง, รัชนี, และวงจันทร์, 2546; ทิพย์ถาพร, 2546; ประณีต, อนงค์, และดวงดาว, 2546)

2.5 การพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นบุคคล และคำนึงถึงบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง นอกจากการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักภายในบุคคลแล้ว การพยาบาลแบบองค์รวมยังจะต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคล และคำนึงถึงบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล เพราะการดูแลบุคคล ซึ่งโดยลักษณะตามธรรมชาติย่อมมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม วัฒนธรรมประเพณีต่างๆ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อวิถีการ ดำเนินชีวิต และโดยเฉพาะวิถีชีวิตความเชื่อของการดูแลสุขภาพ (นิภาวรรณ, 2545) การศึกษาถึงรายละเอียดเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคล และปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในแต่ละบุคคลได้อย่างมีคุณภาพ (ชณิตา, 2543; ประคิณ และคณะ, 2545; วันเพ็ญ, 2541; วินัย, 2541; ศิริพร จ., 2539; Rashidi & Rajaram, 2001) โดยหลักในการดูแลจะต้องยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Blattner,1981) การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะทำให้พยาบาลมองถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ใช้บริการเป็นหลักได้

ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ยังจะต้องให้ความสำคัญกับการดึงศักยภาพของผู้ใช้บริการมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่ามนุษย์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Orem, 2001) สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลของฟลอเรนซ์ไนติงเกล (Nightingale, 1969) เชื่อว่าการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ใช้บริการที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถหายได้เอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงพลังธรรมชาติที่อยู่ในตัวมนุษย์ ซึ่งจะช่วยจัดการกับความเจ็บป่วยได้เอง

นอกจากนี้จากสภาพสังคมในยุคปัจจุบัน จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของประชาชน โดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วย มีการประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 (สภาการพยาบาล, 2546) ทำให้ระบบการให้บริการในปัจจุบันมีการตื่นตัว และให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น ประกอบกับข่าวสารในยุคเทคโนโลยียิ่งทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร และให้ความสนใจสิทธิของตนเองเพิ่มมากขึ้น (ประไพ, กัญญารัตน์, และหทัยรัตน์, 2543) ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์การฟ้องร้องต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย (พัชรีย์, 2541) ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลสุขภาพจึงจะต้องมีความรู้ และให้การบริการโดยการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก สอดคล้องกับรายงานการวิจัยต่างๆ ซึ่งพบว่า ผู้ให้การดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต่างตระหนักถึงความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (กัลยาณี, 2543; ทัศนีย์, จารุวรรณ, กรรณิการ์, อรุณรักษ์, และวิลาวัณย์, 2545) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจการรับรู้ของผู้ใช้บริการในเรื่องดังกล่าว ยังพบว่า ผู้ป่วยรับรู้สิทธิที่ควรได้รับมากกว่าสิทธิที่ได้รับจริง (จินตา, อรัญญา, วันดี, และสุกัญญา, 2545; ถนอม, อรัญญา, วันดี, และช่อลดา, 2546) ดังนั้นในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยให้

มากขึ้น สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่จะต้องมีการผสมผสาน และคำนึงถึงบริบทต่างๆ ทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ใช้บริการด้วยกันทั้งสิ้น ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลแบบองค์รวมมีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการช่วยเหลือดูแลให้องค์ประกอบหลักทุกมิติของสุขภาพ มีการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งภายในบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของสุขภาพ

3. กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม

การให้การพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลที่มีความสำคัญในการเป็นวิธีการ และเป็นแนวทางให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (กุลยา, 2541; ศิริพร ข., 2539; สุระพรรณ, 2541) เพราะกระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนทางวิทยาศาสตร์ (ศิริพร ข., 2539) ประกอบด้วยขั้นตอนอย่างเป็นระบบ และมีทิศทางที่ชัดเจน (วัลภา และสมจิต, 2544) เน้นความเป็นองค์รวมของบุคคลตลอดทั้งกระบวนการ โดยพิจารณาปัญหา ผลกระทบ และปัจจัยรอบข้างของผู้ใช้บริการอย่างครอบคลุม (สาลี, 2544) และผู้ใช้บริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น (สาลี, 2544; สุระพรรณ, 2541) กระบวนการพยาบาลแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน (วัลภา และสมจิต, 2544) ดังนี้

3.1 การประเมินสภาพ เป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะต้องพยายามรวบรวมข้อมูลทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างครบถ้วน โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ฯลฯ (นวลศรี, 2531) ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ใช้บริการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ในการประเมินสภาพ พยาบาลสามารถสร้างเครื่องมือ หรือมีแบบประเมินต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งจากบุคคล หรือข้อมูลจากแฟ้มประวัติต่างๆ อย่างครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ใช้บริการได้มากขึ้น (Guzzetta, 1995)

3.2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ควรกำหนดให้สื่อความหมายตามวัฒนธรรม ความเชื่อ จิตวิญญาณของผู้ใช้บริการ การเขียนข้อวินิจฉัยที่ดีจะต้องช่วยชี้นำการปฏิบัติการพยาบาล และจะต้องมีข้อมูลสนับสนุนทั้งที่เป็นคำบอกเล่า และจากการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ใช้บริการแสดงออก (ทัศนีย์, 2545 ก) โดยอาจใช้หลักเกณฑ์การกำหนดข้อวินิจฉัยของนันดา (NANDA) เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการกำหนดปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (Guzzetta, 1995) ส่วนในการวางแผน พยาบาลต้องตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และต้องตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยผู้ใช้บริการ

จะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ถ้าผู้ใช้บริการมีความพร้อมจะเป็นผู้เลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง โดยมีทีมสุขภาพให้คำปรึกษา และอธิบายถึงข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความเต็มใจ พอใจที่จะปฏิบัติ และสามารถดูแลตนเองได้ สำหรับในขั้นตอนนี้บางตำราได้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล (ดังนั้นจึงพบว่าตำราบางเล่ม จัดแบ่งขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็น 4 หรือ 5 ขั้นตอน ตามลำดับ)

3.3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ต้องคำนึงถึงหลักสำคัญคือ การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง พยาบาลต้องให้การดูแลตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกำหนดไว้ (Ham-Ying, 1993) และให้การดูแลผู้ใช้บริการตามหลักของมนุษยชน (Guzzetta, 1995) คำนึงถึงความเชื่อมโยงโดยรวมทั้งหมดของบุคคลทุกมิติ การรู้จักให้เวลา รู้จักฟัง ให้ความสนใจอย่างจริงจัง รวมทั้งคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ (สุรีย์, 2546) นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อการให้การดูแลผู้ใช้บริการแบบองค์รวม (รัตนา, 2541) ตลอดทั้งการนำศาสตร์อื่นๆ เข้ามาสอดแทรกในการปฏิบัติการดูแล เช่น การดูแลแบบผสมผสาน (รัตนา, 2541; สมพร, 2542 ข) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเยียวตนเองได้อย่างเหมาะสม (จอม, 2542)

3.4 การประเมินผล ประเมินผลตามเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ในการวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาจากคำบอกเล่าจากผู้ป่วย และญาติ อาจใช้เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการ รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมของผู้ใช้บริการเป็นหลัก เพื่อจะได้ทราบว่าปัญหาเหล่านั้นได้รับการแก้ไขไปมากน้อยเพียงใด มีปัญหาใดเกิดขึ้นใหม่ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้วนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ เพื่อนำข้อมูลมาปรับแผนการพยาบาลต่อไป ซึ่งหลังจากการประเมินผลแล้ว อาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่ยังคงอยู่ หรือยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุผลสำเร็จได้ จึงต้องมีการทบทวนย้อนกลับไปยังขั้นตอนแรก และมีการดำเนินการต่อมาตามลำดับขั้นของกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อไป เพื่อให้สามารถช่วยกันแก้ไขปัญหาทางสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จได้ กระบวนการพยาบาลจึงถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีความต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ (สาลี, 2544) เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเน้นให้มีความครอบคลุมทุกมิติในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รวมทั้งต้องมีการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพล

ต่อการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม และ/หรือปรับปรุงแก้ไขการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพต่อไป ดังรายละเอียด

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยาบาลแบบองค์รวม จากการศึกษาพบว่า มีทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถแบ่งออกได้ 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของพยาบาล 2) ปัจจัยด้านองค์การ และระบบงาน 3) ปัจจัยด้านระบบการศึกษา 4) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ และ 5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียด

4.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของพยาบาล บุคลากรพยาบาลนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หากพิจารณาพื้นฐานของตัวบุคคล การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่อบอุ่น การได้รับการปลูกฝังจากอาจารย์ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ประสบการณ์ในการทำงาน สิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถเกิดการเรียนรู้สิ่งที่ดีงาม สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่าบุคลิกภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม 2 ใน 3 และได้รับอิทธิพลจากพันธุกรรม 1 ใน 3 ส่วน โดยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมนั้นได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว และสถาบันการศึกษา (Cattell, 1950 อ้างตาม รจเรข, 2539) การหล่อหลอม และประสบการณ์เหล่านี้พยาบาลจะสามารถนำมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็นอย่างดีต่อไป

อย่างไรก็ตามในทางกลับกัน หากพื้นฐานทางครอบครัวของบุคคลดังกล่าว ไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี หรือในระบบการศึกษาไม่ได้รับการปลูกฝัง หรือมีแบบอย่างที่ดีในการพยาบาลแบบองค์รวมจากอาจารย์ รวมทั้งประสบการณ์ในการปฏิบัติงานก็ไม่ได้มีทิศทางที่ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศในการดูแลแบบองค์รวม ก็ไม่สามารถมีแบบอย่างให้พยาบาลสามารถเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบองค์รวมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม หรือบางรายมีความเข้าใจ แต่ไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้ (ทัศนา, 2544; ทัศนีย์ และคณะ, 2544; Chaibunkaew, 2002; Drugay, 1992) นอกจากนั้นยังขาดทักษะ และประสบการณ์ในการพยาบาลต่อผู้ใช้บริการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ เช่น ผู้ใช้บริการหลายรายมีความเกรงใจพยาบาล ทำให้ไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างตามความต้องการของตนเอง เช่น การสวดมนต์ (ทัศนา, 2544) และจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์มากขึ้น ส่งผลให้ไม่มีเวลา และขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ใช้บริการด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ (จรัสศรี และบุญวดี, 2539; ทัศนีย์ และคณะ, 2544) นอกจากนั้นพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงประเพณี วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของผู้ใช้บริการ ขาดผู้เชี่ยวชาญ และผู้ชำนาญการที่สนใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบ

องค์รวมอย่างจริงจัง (สมพร, 2542 ข) และพยาบาลยังขาดจิตสำนึกที่ดีในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลแบบครบองค์รวมได้

แนวทางในการแก้ไข พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการให้การพยาบาลแบบ องค์รวม มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการแนวคิดองค์รวมที่จะสามารถประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ศึกษาทำความเข้าใจตั้งแต่เข้าสู่ระบบการเรียนการสอนทางการพยาบาลต่อเนื่องไปจนถึงแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ สนใจ ใฝ่รู้ ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา มีความรู้ที่ทันสมัย มีการดึงเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาช่วยในการค้นคว้า เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ตื่นตัวในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ และสนใจฝึกปฏิบัติ (Kenny, 2002) โดยเฉพาะภายหลังจบการศึกษาเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมาก เพราะพยาบาลมักมุ่งให้ความสนใจต่อการปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียว และจากความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงาน ทำให้มีเวลาในการศึกษา หรือทบทวนความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลน้อยลง นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล เน้นระบบการบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งการเปิดใจให้กว้างต่อการรับรู้เรื่องราวของชีวิต สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมควบคู่ไปกับความรู้เชิงวิชาการ รวมทั้งฝึกตนเองให้เป็นผู้มี สัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการ แสดงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะ เน้นให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยังผลถึงการให้ความร่วมมือในการร่วมกันดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญ นอกเหนือจากการเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างถ่องแท้แล้ว คือ การเข้าใจตนเอง มีความรับผิดชอบ มีศีลธรรม เมตตา เอื้ออาทร ใจกว้าง ยินดีช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลตามพื้นฐานวัฒนธรรม มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง เคารพตนเอง และบุคคลอื่น มีความสามารถ มีความมั่นใจ ขยัน และมีประสบการณ์ (อาภรณ์, 2544) สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ผู้อื่น และธรรมชาติได้เป็นอย่างดี (Dossey, 2001)

4.2 ปัจจัยด้านองค์การ และระบบงานได้แก่

4.2.1 ผู้บริหาร ปรัชญา และนโยบายขององค์การ ต้องพิจารณาถึงองค์การแหล่งนั้นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับการกำหนดเป็นปรัชญาในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด (นวลศรี, 2531) รวมทั้งนโยบาย และแผนงานที่กำหนดสะท้อนให้เห็นจุดประสงค์ขององค์การในการให้ความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม เช่น การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นต้น ทั้งนี้จากปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะนโยบายและแผนงานของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เช่น ไม่มีนโยบาย และแผนงานในการควบคุมมาตรฐาน

การให้การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นต้น (นวลศรี, 2531; Drugay, 1992) รวมทั้งระบบการพยาบาลไม่มีการเชื่อมโยงขาดความต่อเนื่อง เช่น ในการผลัดเปลี่ยนเวร ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ (กรรณิการ์, 2531)

แนวทางในการแก้ไข ผู้บริหารต้องมีความเชื่อ และมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลแบบองค์รวม มีความชัดเจนในการกำหนดกรอบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่เน้นการบริการแบบองค์รวม มีความรับผิดชอบต่อการบริหารจัดการที่เอื้อเฟื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เช่น การจัดกำลังคน ต้องมีความเพียงพอในการให้การบริการ มีความสมดุลกับงาน สำหรับผู้นิเทศซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการประยุกต์ศาสตร์ต่างๆ มาใช้ในการนิเทศการพยาบาล ต้องมีความเชื่อ และมีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลแบบองค์รวมเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ต้องเป็นตัวอย่างที่ดี มีความรับผิดชอบต่อบทบาท มีคุณธรรม เป็นที่ปรึกษา และแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะช่วยพัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็นอย่างดี (นวลศรี, 2531) ผู้บริหารควรบรรจุเป็นปรัชญาของการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลไว้อย่างชัดเจน โครงสร้างขององค์กรต้องสนับสนุนในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม มีการนิเทศงานของผู้ตรวจการ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ระบบงานต้องสะท้อนให้เห็นความไปเป็นได้ของการพยาบาลแบบองค์รวม เช่น การจัดระบบการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ (primary nursing) จะทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ใช้บริการที่ได้รับการมอบหมายอย่างใกล้ชิด มีความต่อเนื่อง และมีความสมบูรณ์ในการดูแลมากยิ่งขึ้น (ฟาริดา, 2542; เรณู, สุปราณี, จันทร์ทิพย์, และจุติพร, 2544; อภิญญา, 2544)

สำหรับการมอบหมายงานเป็นกลุ่ม หรือเป็นทีมมีความเหมาะสมรองลงมา ซึ่งมีข้อดี คือ มีการจัดประชุมอภิปรายข้อมูล เพื่อการวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล ส่วนการมอบหมายงานเป็นหน้าที่จะช่วยแบ่งคนออกเป็นหน่วยย่อยอย่างชัดเจน แต่ผู้ใช้บริการจะได้รับการดูแลเพียงหน่วยเดียวคือ ร่างกาย ส่วนทางด้านจิตใจ และสังคมจะถูกละทิ้งไป (นวลศรี, 2531) รวมทั้งการจัดให้มีการประชุมปรึกษาก่อน-หลังการปฏิบัติงาน (pre-post conference) จะช่วยให้พยาบาลทราบข้อมูลของผู้ใช้บริการอื่นๆ ในหอผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม นอกจากนั้นการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอโดยจัดหรือส่งเจ้าหน้าไปประชุม/อบรม เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลแบบองค์รวม มีการปรับเปลี่ยนอัตรากำลังที่มีประสิทธิภาพ (อิชยา และนงนุช, 2542) รวมทั้งหน้าที่ในการทำงานของพยาบาลกับบุคคลอื่นๆ ตามความเหมาะสม และตรงตามหน้าที่อย่างแท้จริง เช่น งานธุรการ งานเกี่ยวกับการดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อลดภาระงานของพยาบาล หรือการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้เปลี่ยนแผนกการปฏิบัติงานตามความสนใจ และความถนัด (อิชยา และนงนุช,

2542) นอกจากนี้องค์การจะต้องให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่มีส่วนช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้ทางการพยาบาลแบบองค์รวมให้มากขึ้น

4.2.2 ระบบการทำงาน ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ใช้บริการแบบองค์รวม ต้องอาศัยระบบการทำงานเป็นทีมที่มีความสามัคคี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ซึ่งจะช่วยให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ อย่างไรก็ตามลักษณะธรรมชาติในการทำงานร่วมกันกับบุคคลหลายฝ่าย อาจทำให้มีปัญหาความขัดแย้ง หรือมีมุมมองของการทำงานที่แตกต่างกันได้ (ดารณี, 2546; ฟาริดา, 2542) นอกจากนี้จากการทบทวนเอกสารจะพบว่า ปัญหาหลักของพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมได้เพราะการมีภาระงานมากเกินไป (กองบรรณาธิการ, 2544; ทัศนา, 2544; นที, 2542; ผ่องพรรณ และพรทิพา, 2539; ศิริพร, 2544; สมสมัย และพิกุลรัตน์, 2545; สุมาลี และเพชรน้อย, 2546; Adomat & Hicks, 2003; Chaibunkaew, 2002) รวมทั้งปัญหาความเพียงพอของเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน (สุภัทร, 2546) ทำให้การปฏิบัติพยาบาลมักมุ่งเน้นดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถเข้าใจปัญหา และความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง

4.2.3 การประกันคุณภาพโรงพยาบาล จากนโยบายการประกันคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ จึงได้มีโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation: HA) ซึ่งจากนโยบายดังกล่าว ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ มีการตื่นตัว และมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาโรงพยาบาลให้สามารถผ่านการรับรองคุณภาพดังกล่าวได้ ผู้บริหารจึงเห็นความสำคัญในการบริหารจัดการงานด้านการบริการมีการนำประเด็นของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม จัดทำเป็นนโยบาย พันธกิจของโรงพยาบาล และขยายไปยังหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนัก และให้การดูแลได้อย่างมีมาตรฐานในทิศทางเดียวกัน ซึ่งก่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้น การประกันคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้เกิดคุณภาพในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อผู้ใช้บริการ

4.3 ปัจจัยด้านระบบการศึกษา ได้แก่

4.3.1 หลักสูตรการศึกษาพยาบาล จะต้องพิจารณาถึงการสอดแทรกเนื้อหาหลักสูตรการพยาบาลแบบองค์รวม และสถาบันการศึกษาแห่งนั้นให้ความสำคัญกับการพยาบาลแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด ดังเช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้บรรจุเป็นวิสัยทัศน์ของคณะไว้อย่างชัดเจนต่อการเป็นศูนย์กลางทางวิชาการพยาบาลในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกภายในปี 2555 มีการจัดการเรียนสอนเน้นให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจการพยาบาลแบบองค์รวมตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-ระดับปริญญาเอก เป็นต้น (คณะพยาบาลศาสตร์, 2544) อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิด

ขึ้นเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษา ทั้งนี้เพราะยังไม่มีการระบุการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระดับอย่างชัดเจน (สมพร, 2542 ข)

4.3.2 นักศึกษาพยาบาล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นรากฐานที่สำคัญในการปลูกฝังความรู้ ความเข้าใจแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมให้ลึกซึ้ง อย่างไรก็ตามนักศึกษาจะต้องเป็นผู้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ใช้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะการช่วยเหลือปัญหาด้านจิตสังคม (อติรัตน์ และนพพร, 2542) และ จิตวิญญาณ

4.3.3 อาจารย์พยาบาล เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการเป็นผู้ปลูกฝังรากฐานที่ดีต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมให้แก่นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการฝึกปฏิบัติงาน ดังนั้นอาจารย์พยาบาลควรมีทัศนคติ ความเชื่อในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีคุณสมบัติ และมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่นักศึกษามีความเข้าใจอย่างละเอียดลึกซึ้ง

แนวทางในการแก้ไข เพิ่มหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระดับชั้น (ดารุณี, 2544) โดยเฉพาะในมิติจิตวิญญาณ ต้องมีการเน้นย้ำความสำคัญเพิ่มขึ้น รวมทั้งความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลาอย่างสมดุล อีกทั้งอาจารย์ผู้สอนต้องมีทัศนคติเกี่ยวกับการสอนให้สู่เป้าหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมที่ชัดเจน ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการถ่ายทอดให้นักศึกษามีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างแท้จริง

4.3.4 การศึกษาวิจัย ต้องพิจารณาถึงองค์การ หรือระบบการศึกษาให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่มีส่วนช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้ทางการพยาบาลแบบองค์รวมมากน้อยเพียงใด สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะ ขาดการสนับสนุนการศึกษาวิจัยการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างจริงจัง (สมพร, 2542 ข; Hanucharurnkul, 2002)

แนวทางในการแก้ไข มีการศึกษาวิจัยเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งในหน่วยงาน และระบบการศึกษาให้มากขึ้น รวมทั้งสนับสนุน และส่งเสริมความรู้การพยาบาลแบบองค์รวม เช่น สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัย เผยแพร่บทความ/ผลงานทางวิชาการ และงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมให้มากขึ้น (สมหมาย, 2542)

4.4 ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

จากสภาพของความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และญาติทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่พบว่า ผลของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ส่งผลกระทบต่อองค์รวมทุกมิติอย่างรุนแรง โดย

เฉพาะสภาพจิตใจ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด (McCorkle, Pasacreta, & Tang, 2003) ดังนั้นจากสภาพความเจ็บป่วยเหล่านี้ ทำให้ในบางครั้งผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการรับรู้เรื่องราวต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ หรือในบางครั้งอาจแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ รวมทั้งการคาดหวังต่อการได้รับการดูแลที่สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานให้หมดไปอย่างรวดเร็ว แต่ความต้องการเหล่านั้นบางครั้งพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้ จึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในระหว่างการดูแลได้ ดังนั้นในระหว่างการดูแลพยาบาลจะต้องให้ความเข้าใจปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น อดทน มีการประนีประนอมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี เพื่อช่วยให้เกิดการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวมกับผู้ใช้บริการอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยได้ หากไม่ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว (กุสุมา, 2545) รวมทั้งปัญหาการอำนวยความสะดวกในการจัดหาที่พักให้กับญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ไม่มีที่พักให้กับญาติ ญาติจึงต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดหาที่พักให้เพียงพอ (นิสากร, 2545)

4.5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่

4.5.1 นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เป็นนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (อุษณี, 2544) ช่วยเอื้อประโยชน์ในการลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องรับผิดชอบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) ส่งผลต่อการลดความตึงเครียด ลดความวิตกกังวลต่อปัญหาค่าใช้จ่าย ส่งผลเชื่อมโยงต่อการฟื้นหายของภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป แต่นโยบายดังกล่าวจากการประเมินผลของโครงการพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจต่อระบบการบริการที่ได้รับ อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนส่วนหนึ่งเกิดความไม่วางใจในบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพของยา ปัญหาการส่งต่อ เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุรางศรี (2546) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ต พบว่า มีผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 50) ของกลุ่มที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ได้ใช้สิทธิบัตรทอง (บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท) แต่เลือกไปใช้สถานบริการเอกชนแทน โดยให้เหตุผลว่ากลัวได้รับการบริการ และได้รับยาที่ไม่ดี

4.5.2 ลักษณะทางวัฒนธรรมสังคมไทย ลักษณะทางสังคมของประเทศไทยประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ทำให้มีการถ่ายทอดแบบอย่างของการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก เช่น ผู้ที่เจ็บป่วย ดังนั้นจึงมักพบเห็นภาพของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างญาติผู้ป่วยด้วยกันเอง หรือระหว่างญาติเตียงข้างเคียงกับผู้ป่วยรายอื่นๆ เมื่อ

ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือเยียวยาซึ่งกันและกัน โดยสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในรายที่ไม่มีญาติ หรือญาติยังไม่เข้ามาเยี่ยมได้ นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริมภาวะสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น อย่างไรก็ตามลักษณะทางสังคมของภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยประชาชนหลายกลุ่ม ได้แก่ ไทยพุทธ มุสลิม คนไทยเชื้อสายจีน ดังนั้นเมื่อประชาชนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเกิดความยากลำบากในเรื่องการสื่อสาร พยาบาลส่วนใหญ่จึงมักให้ญาติช่วยในการสื่อสาร ซึ่งจะเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการต่อการเยียวยาภาวะสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

สรุป ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริม และ/หรือเป็นอุปสรรคในการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งควรจะให้ความสำคัญต่อการนำไปพัฒนาการพยาบาลแบบ องค์รวมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นรูปแบบการวิจัยอีกวิธีหนึ่งของการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตตามความเป็นจริงอย่างลึกซึ้ง และตามการให้ความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน (ดารุณี, 2545; ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543; ศิริพร, 2546; สุภางค์, 2545 ก; สุภางค์, 2545 ข; Byrne, 2001; Maggs-Rapport, 2000; Marcus & Liehr, 1998; Mitchelle, 2001; Parse, 2001; Polit, Beck, & Hungler, 2001; Speziale, 2003; Taylor, 2002 b) รายละเอียดของการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นทั้งปรัชญาพื้นฐาน (foundation philosophy) และระเบียบวิธีการวิจัย (methodology) เกี่ยวกับการศึกษาทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษย์ศาสตร์ที่สำคัญวิธีหนึ่ง บิดาผู้ให้กำเนิดการศึกษาดังกล่าวเป็นนักคณิตศาสตร์ที่มีชื่อเสียงมาก คือ เอดมานด์ ฮัสเซล (Edmund Husserl) (Pascoe, 1996; Streubert & Carpenter, 1995) แนวคิดหลักสำคัญในการศึกษาตามลักษณะของฮัสเซล คือ เน้นการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้อย่างมีสติ (consciousness) โดยใช้เทคนิคที่เรียกว่า “แบร็คเก็ตติ้ง” (bracketing) มีความหมายว่า เก็บไว้ในใจตามแนวคิดทางคณิตศาสตร์ (ประณีต และคณะ, 2543) หรือกระบวนการจัดกรอบแนวคิด (จอนผะจง, 2546) ผู้วิจัยต้องซ่อนความรู้ ความรู้สึกนึกคิดของตนเองไว้ ไม่แสดงความคิดเห็นต่างๆ เข้าไปรบกวนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลที่เป็นแก่นแท้ตามความเป็นจริงจากผู้เล่าประสบการณ์อย่าง

แท้จริง การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถแบ่งตามองค์ประกอบที่สำคัญในการศึกษา 6 ประเภท ดังนี้ (Spiegelberg, 1975)

1.1 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (descriptive phenomenology) คือ การศึกษาค้นหาข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และบรรยายปรากฏการณ์โดยไม่มีการคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นความจริงทั้งหมด เป็นการกระตุ้นการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจากประสบการณ์ที่มีอยู่ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการศึกษาให้มากที่สุด (richness) รวมทั้งมีรายละเอียด (fullness) และมีความลึกซึ้งที่สุด (depth) โดยมีขั้นตอนในการศึกษา 3 ขั้นตอน คือ การหยั่งรู้ (intuiting) การวิเคราะห์ข้อมูล (analyzing) และการบรรยายข้อมูล (describing)

1.2 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงสืบค้นแก่นความรู้ (essential phenomenology or eidetic phenomenology) เป็นการค้นหาข้อมูล (probing) ของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อค้นหาลักษณะหรือแก่นสาระสำคัญ (essence) ของการศึกษาปรากฏการณ์ที่ต้องการ โดยมีขั้นตอนในการศึกษา 3 ขั้นตอน เช่นเดียวกันกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา คือ การหยั่งรู้ (intuiting) การวิเคราะห์ข้อมูล (analyzing) และการบรรยายข้อมูล (describing)

1.3 การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่สนใจในสถานการณ์ต่างๆ (phenomenology of appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือการเฝ้ามองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านั้นมีความแตกต่างตามที่คาดหวังไว้อย่างไร หรือเป็นการทำให้ปรากฏการณ์เหล่านั้นมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

1.4 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงโครงสร้าง (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาถึงวิถีการเกิดของปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ขบวนการที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นมีรูปร่างตามความเข้าใจขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้สามารถมองเห็นภาพโครงสร้างของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน

1.5 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบทอนความเชื่อมโยงของนักวิจัย (reductive phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีกระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยจัดกรอบ (bracket) ความคิด ความเชื่อของตนเอง (จอนผะจง, 2546) เพื่อที่นักวิจัยจะได้ข้อมูลจากประสบการณ์ของบุคคลที่ต้องการศึกษา โดยเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงวันต่อวันได้อย่างแท้จริง

1.6 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นการทำความเข้าใจการให้ความหมาย (meaning) ของประสบการณ์ที่ได้เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ ที่เป็นอยู่ โดยใช้วิธีในการค้นหา วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการเขียนบรรยายประสบการณ์เหล่านั้นออกมาตามบริบทที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน จากตัวหนังสือที่ได้จากการสัมภาษณ์ (text) บนพื้นฐานการรับรู้ พื้นฐานส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคมวัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยเป็นสำคัญ

จากลักษณะของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ได้นำเสนอ การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ เป็นวิธีการศึกษาหนึ่งที่ได้รับความสนใจ และถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษย์ศาสตร์ ทั้งนี้จากความสอดคล้องของระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งช่วยให้นักวิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้อย่างชัดเจน และละเอียดลึกซึ้ง รายละเอียด และวิธีในการศึกษา มีดังต่อไปนี้

2.2 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) หากแปลศัพท์ตามตัว เรียกว่า การศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการแปลความ หรือการตีความ (interpretive) (Maggs-Rapport, 2000; Parse, 2001) โดยหลักสำคัญของการศึกษาเน้นปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (existential phenomenology) (Koch, 1995; Koch, 1996) หรือการศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงในชีวิตประจำวัน (Being-in-the-world or Dasein) การศึกษาดังกล่าวถูกพัฒนามาจากแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์ของอัลเซล โดยไฮเดกเจอร์ (Heidegger) ซึ่งเป็นศิษย์ของอัลเซลนั่นเอง แนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ หรือการตีความปรากฏการณ์ที่ศึกษา จากการทำความเข้าใจตามพื้นฐานเดิมของทั้งผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น ซึ่งได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง ความเชื่อ วัฒนธรรมที่ได้รับการถ่ายทอดมาตั้งแต่กำเนิดมีผลต่อการให้ความหมาย การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน จึงเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องนำมาผสมผสานทำความเข้าใจตามบริบทที่ศึกษา (Geanellos, 1998; Post & Eriksson, 1999) เพื่อช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างชัดเจน และละเอียดลึกซึ้งยิ่งขึ้น (Polit et al., 2001; Streubert & Carpenter, 1999)

ไฮเดกเจอร์จึงได้ให้ความสำคัญในตัวบุคคล (person) และเชื่อว่าบุคคลมีคุณสมบัติต่างๆ 5 ประการ คือ (Leonard, 1999)

1) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) บุคคลจะให้ ความหมายตามประสบการณ์ของตนเองที่อาจไม่เหมือนกันตามความเข้าใจของวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อต่างๆ ของแต่ละบุคคล

2) บุคคลเป็นหน่วยรวมที่ถูกหล่อหลอมด้วยประสบการณ์ (the person as embodied) ประสบการณ์ของบุคคลตามความเข้าใจไม่สามารถแบ่งแยกได้ เพราะบุคคลคือ องค์รวมที่ประกอบด้วยกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น (ประณีต และคณะ, 2543)

3) บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ของบุคคลมีตั้งแต่ในอดีต และจะส่งผลต่อการกระทำในอนาคต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ (ประณีต และคณะ, 2543)

4) บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง วัฒนธรรม ความเชื่อที่ไม่สามารถแบ่งแยกออกจากกันได้

5) บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) บุคคลจะให้ความหมายของคุณค่าแต่ละสิ่งไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตที่ได้สั่งสมมา ทำให้การแปลความสิ่งต่างๆ แตกต่างกัน

ในระยะต่อมาศิษย์ของไฮเดกเจอร์ คือ กาดาเมอร์ (Gadamer) ซึ่งได้ศึกษาและขยายแนวคิดดังกล่าวออกไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เขาได้ให้ความสำคัญกับภาษา (language) ที่ใช้ในการสื่อสารถ่ายทอดประสบการณ์ และได้กล่าวถึงรายละเอียดของวิธีในการทำความเข้าใจ การแปลความ หรือ ตีความ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา ได้แก่ วงจรการแปลความ (hermeneutic circle) บทสัมภาษณ์ (dialogue) และการหล่อหลอมความเข้าใจ (fusion of horizons) (Koch, 1996) (จะกล่าวรายละเอียดต่อไป) นอกจากนี้กาดาเมอร์ ยังกล่าวถึงหลักการที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและผู้วิจัย (subject-object) จะไม่ถูกแยกจากกัน เพราะทั้งสองฝ่ายต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในระหว่างการศึกษา และเขายังได้อธิบายคำว่าประสบการณ์ชีวิต (lived experience) ไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นหน่วยเดียวกัน เป็นองค์รวมทั้งหมด และมีสิ่งใหม่เกิดขึ้น 2) เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิต และ 3) เป็นการทำความเข้าใจ และการตัดสินใจในความหมายที่กำลังศึกษา

วิธีในการทำความเข้าใจการแปลความ หรือการตีความปรากฏการณ์ที่ศึกษาของ กาดาเมอร์ มีรายละเอียดดังนี้

วงจรการแปลความ (hermeneutic circle) เป็นคำอุปมา (metaphor) ที่ใช้ในการอธิบายถึงกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือการตีความที่จะต้องพิจารณาระหว่างข้อมูลประสบการณ์ส่วนย่อย (part) และข้อมูลประสบการณ์ส่วนรวมทั้งหมด (whole) (Geanellos, 1999; Koch, 1996; Moules, 2002; Palmer, 1969 cited by Thompson, 1990) เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษา ส่วนประณีต และคณะ (2543) กล่าวว่าเป็นการสั่งสมประสบการณ์จากในอดีตที่บุคคลเข้าใจ หรือได้รับมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ที่ได้รับครั้งใหม่ เพื่อที่จะแปลความหมาย และทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ คอช (Koch, 1995) ได้กล่าวว่า วงจรของการแปลความดังกล่าวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) พื้นฐานส่วนบุคคล (background) 2) ความเข้าใจที่มีอยู่ก่อน

(prejudices/pre-understanding/presuppositions) ซึ่งรวมถึงการใช้ภาษา (language) และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (practices) ในชีวิตประจำวัน และ 3) การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูล (co-constitution) องค์ประกอบดังกล่าวนี้จะมีส่วนช่วยในการแปลความ และการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตได้อย่างเข้าใจ และชัดเจนยิ่งขึ้น (Maturana & Varela, 1992 cited by Moules, 2002)

บทสัมภาษณ์ (dialogue) เป็นข้อมูลที่ได้รับตามบริบทที่ศึกษา ดังนั้นการใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูลที่สามารถก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ให้ข้อมูล และนักวิจัยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาเป็นอย่างมาก

การหล่อหลอมความเข้าใจ (fusion of horizons) เป็นคำอุปมาที่แสดงถึงการพยายามทำความเข้าใจในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลของนักวิจัยกับตัวหนังสือของบทสัมภาษณ์ที่ได้ (text) (Geanellos, 1999) ซึ่งเป็นไปตามวงจรของการแปลความดังกล่าวข้างต้น

ไรคูเออร์ (Ricoeur, 1981) เป็นอีกผู้หนึ่งที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับการตีความหมายตามการศึกษาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับการตีความบทสัมภาษณ์ที่ได้ (text) จุดประสงค์หลักของการศึกษาชนิดนี้คือ เพื่อบรรยาย และอธิบายทำความเข้าใจ ตลอดจนการตีความปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทในรูปของภาษาที่ได้จากบทสัมภาษณ์ มีลักษณะ คือ 1) เป็นบทโต้ตอบตามจริง โดยเน้นที่ความหมายตามภาษาที่ใช้ 2) การตีความจากบทสัมภาษณ์ ผู้ตีความไม่สามารถกลับไปซักถามเพื่อทำความเข้าใจ จึงเป็นการตีความตามภาษาที่ปรากฏเท่านั้น และ 3) ความอิสระของบทสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นบทสัมภาษณ์เมื่ออยู่ในรูปของภาษาเขียนจะไม่ขึ้นกับเวลา และสถานที่สัมภาษณ์ต่อไป นั่นคือบทสัมภาษณ์จะถูกแยกออกมาจากบริบทที่เป็นแหล่งศึกษาต้นกำเนิด

จากลักษณะใน 2 ข้อแรก อาจทำให้การแปลความต่างไปจากผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นการตีความจำเป็นต้องทำในลักษณะเป็นภาพรวม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในภาพย่อยนั้น หมายความว่าในบทสัมภาษณ์ต้องการบริบทในประโยค เพื่อตีความหมาย และประโยคต้องการบริบทจากการสัมภาษณ์นั้นๆ ในการตีความ การตีความบทสัมภาษณ์จึงต้องอาศัยการวิเคราะห์ทั้งส่วนย่อย และภาพรวมไปพร้อมๆ กัน และควรตระหนักว่าความหมายของบทสัมภาษณ์ ไม่ใช่การรวมกันของส่วนย่อยจนเกิดเป็นภาพรวม และสำหรับลักษณะในข้อ 3 ความอิสระของบทสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล ไรคูเออร์ (Ricoeur) อธิบายความสัมพันธ์ภายในบทสัมภาษณ์ เป็นการตีความเชิงโครงสร้าง โดยการจัดเป็นหมวดหมู่ข้อมูลตามความสัมพันธ์ เปรียบเทียบดูความเหมือน และความแตกต่างของหมวดหมู่ การวิเคราะห์แบบนี้จะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลทั้งในแนวนอน และแนวดิ่งได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ จึงต้องให้ความสำคัญตลอดทั้งกระบวนการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญของการ

ศึกษา ให้ความสำคัญกับตัวบุคคล และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ เน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงประสบการณ์ ความรู้ ภูมิหลัง วัฒนธรรม ภาษาที่ได้รับมาตั้งแต่กำเนิด และสั่งสมมาถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์เรื่องราวต่างๆ ได้อย่างละเอียดและชัดเจน อย่างไร ก็ตามยังขึ้นอยู่กับขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญเช่นเดียวกันในการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3. การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นขบวนการที่ก่อให้เกิดการสรุปแก่นสำคัญของการศึกษาประสบการณ์ชีวิต เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ หรือความลึกซึ้งในการศึกษา จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมาพบว่าวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาที่ได้รับความนิยมได้แก่ โคไลซี่ เจอร์จิ เพเตอร์สันและซีดีเรดด์ สตรูเบริท์ แวน แคม และสปิวเกลเบริจ์ เป็นต้น (Colaizzi, 1978; Giorgi, 1985; Paterson & Zderad, 1976; Streubert, 1991; Van Kamm, 1959 cited by Streubert & Carpenter, 1999; Spiegelberg, 1965 cited by Omery, 1983) ซึ่งวิธีการดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นวิธีการวิเคราะห์ตามแบบการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัลเซล

นักวิจัยบางท่าน เช่น ดราเพอร์ (Draper, 1997 cited by Alasad, 2002) เห็นว่าวิธีการวิเคราะห์ดังกล่าวไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์การศึกษาปรากฏการณ์แบบเฮอร์เมนิวติกซ์ เพราะวิธีการเหล่านั้นไม่ได้แสดงขั้นตอนของการหล่อหลอมความเข้าใจ การเชื่อมโยงความหมายของบทสัมภาษณ์กับประสบการณ์เดิมของนักวิจัย ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการวิเคราะห์แบบเฮอร์เมนิวติกซ์ (Alasad, 2002) เช่นเดียวกับเฟรมิง เกรดส์ และรอบบ์ (Fleming, Gaidys, & Robb, 2003) ได้วิเคราะห์วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นที่นิยมนำมาใช้ เช่น วิธีของโคไลซี่ พบว่า ยังมีจุดบกพร่องในเรื่องของความเข้าใจที่มีอยู่ก่อนของนักวิจัย (prejudices) ที่มีผลต่อการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน และนอกจากนี้ยังมีตำราหลายเล่มที่ได้เขียนสนับสนุนว่าวิธีการดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดปรัชญาของฮัลเซล (Koch, 1996; Koivisto, Janhonen, & Vaisanen, 2002; Polit et al., 2001; Sanders, 2003; Streubert & Carpenter, 1999)

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า วิธีการวิเคราะห์ตามแบบวิธีของเฮอร์เมนิวติกซ์ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ด้วยวิธีการต่างๆ ที่มีความแตกต่างออกไป ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของกาดาเมอร์ ได้สรุปไว้ว่า ไม่มีวิธีใดที่จะยึดเป็นมาตรฐานในการวิเคราะห์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตได้ แต่สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายวิธี เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจการให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตที่ต้องการศึกษา (Robertson-Malt, 1999) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่าวิธีที่มีความสอดคล้อง และเป็นที่นิยมในการศึกษาตามแบบวิธี

ของเฮอร์เมนิวติกซ์ ได้แก่ วิธีของแวนมาเนน (van Manen, 1990) ไดเคลแมน (Diekelmann, 1992; Dielelmann, Allen, & Tanner, 1989) เบนเนอร์ (Benner, 1994) หรือวิธีการวิเคราะห์ที่มีการประยุกต์ใช้ร่วมกันจากหลายๆวิธี เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการศึกษาตามแนวคิดดังกล่าวให้มากที่สุด (ดารุณี, 2545; Fleming et al., 2003) รวมทั้งต้องสามารถแสดงความน่าเชื่อถือของการศึกษาได้อย่างชัดเจน (Fleming et al., 2003) ซึ่งโดยสรุปขั้นตอนของการวิเคราะห์ คือ 1) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานธรรมชาติของนักวิจัย และผู้ให้ข้อมูล 2) การอ่านข้อมูลให้เข้าใจตามบริบทที่ศึกษา และ 3) การแปลความออกมาให้ได้คำหลักสำคัญ (themes) หรือสาระสำคัญในการศึกษา เพื่อสามารถเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน และละเอียดลึกซึ้ง

ดังนั้นจากความสำคัญของข้อมูล (data) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งจะนำมาใช้ในการแปลความหมาย เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน ดราเพอร์ (Draper, 1997 cited by Alasad, 2002) ได้เสนอหลักการของการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว 4 ข้อ ด้วยกันคือ

1) ข้อมูลที่ถอดจากบทสัมภาษณ์จะใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ (transcribed interviews can be treated as text of analysis)

2) การแปลความไม่ใช่เป็นกิจกรรมที่กระทำโดยไม่มีหลักการ (interpretation is not an arbitrary activity)

3) การแปลความต้องอาศัยการบรรยายบทสัมภาษณ์ (interpretation involves description of the text)

4) การแปลความต้องอาศัยการหล่อหลอมความเข้าใจของผู้วิจัยกับบทสัมภาษณ์ (interpretation involves the fusion of the horizons of the interpreter and the text)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการศึกษา และการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ แวนมาเนน ซึ่งเป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญกับความรู้ ความเข้าใจของนักวิจัยที่มีอยู่เดิม ซึ่งจะช่วยในการหล่อหลอมเชื่อมโยงความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้แวนมาเนนยังได้ เสนอแนะวิธีการในการวิเคราะห์คำหลักสำคัญ (thematic analysis) ที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น วิธีการศึกษา และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลมี 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (van Menen, 1990)

1. การกลับไปทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริงโดยธรรมชาติ (turning to the nature of lived experience) โดยการศึกษาลักษณะการเป็นอยู่ตามธรรมชาติของผู้ให้ข้อมูล ที่มีผลต่อการศึกษาปรากฏการณ์ตั้งแต่ในอดีตถึงปัจจุบัน เช่น ภูมิหลังการเลี้ยงดู การศึกษา สังคมและวัฒนธรรม การดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่จริง รวมทั้งประสบการณ์ชีวิตอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลต่อการให้ความหมาย และการรับรู้ประสบการณ์ที่ศึกษา

2. การค้นหาประสบการณ์ที่เป็นอยู่ (investigating experience as we live it) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาอย่างลึกซึ้ง เปรียบเสมือนกับการเข้าไปอยู่ในประสบการณ์ชีวิตเหล่านั้นด้วย (stay close to the experience as it is lived) การสัมภาษณ์ต้องใช้เทคนิคในการถาม โดยการให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อเหตุการณ์หรือบุคคลที่ต้องการศึกษา เช่น “คุณสามารถยกตัวอย่างเหตุการณ์ดังกล่าวหน่อยได้ไหม” “สิ่งนั้นหมายถึงอะไร” และสืบค้นข้อมูลให้มากที่สุด นักวิจัยสามารถกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาได้

3. การสะท้อนคิดคำหลักสำคัญ (reflecting on essential themes) เป็นการสะท้อนความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างครอบคลุม และชัดเจน ซึ่งแวนมาเนนได้เสนอวิธีการวิเคราะห์คำหลักสำคัญ (thematic analysis) มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ถอดข้อมูลจากบทการสัมภาษณ์โดยละเอียดคำต่อคำ

3.2. อ่านข้อมูล และพยายามดึงคำหลักสำคัญในการให้ความหมายของประสบการณ์โดยมีวิธีการ 3 วิธีดังนี้

3.2.1 วิธีการอ่านรายละเอียด (detailed approach or line-by-line approach) อ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดหลายๆ รอบ แล้วเลือกขีดเส้นใต้ประโยคที่สำคัญตามปรากฏการณ์ที่ศึกษา

3.2.2 วิธีการอ่านโดยการเลือก (selective approach or highlighting approach) เลือกอ่านตอนที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ศึกษา และทำความเข้าใจการรับรู้การให้ความหมายรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลตามประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด

3.2.3 วิธีการอ่านทำความเข้าใจภาพรวมของการศึกษาทั้งหมด (wholistic approach or sententious approach) เป็นการอ่านภาพรวม และพิจารณาคำหลักสำคัญ และรายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาอย่างละเอียด

4. การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา (the art of writing and rewriting) เป็นการพิจารณาคำหลักสำคัญ พร้อมทั้งเขียนประเด็นคำหลักสำคัญที่ได้จากการศึกษาอย่างครอบคลุม ซึ่งจะต้องมีการปรับคำหลักสำคัญที่ได้ให้มีความชัดเจน มีการโยกย้าย ลดความซ้ำซ้อนของประเด็นต่างๆให้เหมาะสม และมีการเขียนบรรยายประสบการณ์ที่ศึกษาในภาพรวมของการศึกษาทั้งหมด ซึ่งการเขียนบรรยายดังกล่าว แวนมาเนนได้เสนอวิธีในการเขียนได้ 5 ลักษณะ คือ 1) แสดงโดยคำหลัก (thematic presentation) 2) แสดงโดยการวิเคราะห์ (analytical presentation) ใช้วิธีอธิบายบริบทที่ศึกษา 3) แสดงโดยการยกตัวอย่าง (exemplificative presentation) โดยการยกตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ 4) แสดงการอธิบายโดยการแปลความ (exegetical presentation) ด้วยวิธีการเขียนตามลักษณะการสนทนา (dialogical presentation) และ 5) แสดงโดยการบรรยายสิ่งที่ปรากฏ

(existential presentation) นักวิจัยสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ได้ทั้ง 5 วิธีหรือนำเสนอด้วยวิธีการที่ผสมผสานหรือวิธีอื่นๆ ที่แตกต่างออกไปได้เช่นกัน

5. การคงไว้ซึ่งปรากฏการณ์ที่ศึกษา และบริบทที่เกี่ยวข้อง (maintaining a strong and oriented relation) เป็นการพิจารณาการเขียนบรรยายประสบการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะต้องคำนึงถึงบริบทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของภาษาที่ใช้ซึ่งจะต้องมีความชัดเจน มีข้อมูลที่สนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีความละเอียดลึกซึ้งของเนื้อหา

6. การทำให้เกิดความสมดุลตามบริบทที่ศึกษาโดยการพิจารณาประสบการณ์ส่วนย่อย และส่วนรวม (balancing the research context by considering parts and wholes) มีการทบทวนกระบวนการตั้งแต่ขั้นตอนแรกถึงขั้นตอนสุดท้าย พิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยกับประสบการณ์ในภาพรวมของบริบทที่ศึกษาทั้งหมด ซึ่งจะต้องไม่เกิดคำหลักสำคัญ หรือแก่นสาระอื่นๆ ตามมาเพิ่มเติม

จากวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นวิธีการศึกษาที่เน้นหลักสำคัญของการศึกษาตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจกระบวนการในการศึกษามากขึ้น นอกจากนี้แล้วยังต้องคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการศึกษา ซึ่งจะทำให้การศึกษาดังกล่าวมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

4. ความน่าเชื่อถือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์บรรยายในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ไม่มีการใช้วิธีการทางสถิติหรือตัวเลขมายืนยันผลการศึกษาดังเช่นการศึกษาเชิงปริมาณ จึงทำให้มีข้อสงสัยในความเชื่อถือได้ของการศึกษา สอดคล้องกับ ลีโอนาร์ด (Leonard, 1999) พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยโดยเฉพาะในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ คือ การบรรยายประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และความกำกวมของภาษาที่ใช้ ดังนั้นจึงต้องมีวิธีในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัย (trustworthiness) โดย ลินคอนและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ได้เสนอหลักเกณฑ์ไว้ 4 ประการ คือ 1) ข้อมูลที่เป็นจริง (truth value) 2) ผลการวิจัยประยุกต์ไปใช้ได้ (applicability) 3) มีความสม่ำเสมอ คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง (consistency) และ 4) มีความเป็นกลาง (neutrality) อย่างไรก็ตามศัพท์ดังกล่าวยังไม่สื่อถึงการศึกษา เชิงคุณภาพอย่างชัดเจน จึงมีการปรับเปลี่ยนการใช้คำให้เหมาะสม ดังตาราง 1

ตาราง 1

แสดงการปรับเปลี่ยนคำที่ใช้แสดงความน่าเชื่อถือในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Lincoln & Guba, 1985)

ชนิดของความน่าเชื่อถือ (trustworthiness)	คำที่ใช้เทียบเคียงกับการศึกษาเชิงปริมาณ	คำที่ใช้เทียบเคียงกับการศึกษาเชิงคุณภาพ

ความเป็นจริง (truth value)	---> ความตรงภายใน (internal validity)	---> ความเป็นจริงและความถูกต้อง (credibility)
ประยุกต์ใช้ได้ (applicability)	---> ความตรงภายนอก (external validity)	---> ประยุกต์ไปใช้ได้ (transferability)
มีความคงที่ (consistency)	---> ความเที่ยง (reliability)	---> ความไว้วางใจได้ (dependability)
มีความเป็นกลาง (neutrality)	---> ตรวจสอบได้ วัดได้ (objectivity)	---> สามารถตรวจสอบยืนยันได้ (confirmability)

สำหรับวิธีการแสดงให้เห็นความเชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้ดังต่อไปนี้ (Lincoln & Guba, 1985)

4.1 ผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นถึงความเป็นจริงและความถูกต้องของข้อมูล (credibility) ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก (กนกนุช, 2540; Kvigne, Gjengedal, & Kirkevold, 2002) เพราะความไว้วางใจจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมาตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเอง นอกจากนี้ในการศึกษาผู้วิจัยอาจจะต้องใช้เวลาเข้าไปอยู่ร่วมกันกับประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน (prolong engagement) เพื่อศึกษา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ วัฒนธรรมของชุมชนอย่างละเอียด อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวมักจะใช้ในการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา (Ethnography) นอกจากนั้นมีการค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะตรงข้ามจากที่ได้ศึกษาไว้ (negative case) จะช่วยให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม รวมทั้งการมีเอกสารอ้างอิงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวในการสัมภาษณ์ (referential adequacy) เป็นการช่วยแสดงถึงความเป็นจริงของข้อมูลตามคำบอกเล่าอย่างชัดเจนอีกทางหนึ่ง และในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย (member checks) ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งในช่วงสัมภาษณ์ และสิ้นสุดการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องมีทักษะเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ไม่สับสนในการบันทึกข้อมูล หรือการค้นหาคำตอบ และที่สำคัญต้องไม่มีการรวบรวมข้อมูล และแปลความตามความเข้าใจของนักวิจัยเองโดยเด็ดขาด (Wimpenny & Gass, 2000) มีการใช้เทคนิคอื่นๆ ร่วมในการสัมภาษณ์ เช่น การใช้เทคนิคการสะท้อน การอธิบายให้ชัดเจนโดยการยกตัวอย่างประกอบ การเงียบ และการฟัง (Jasper, 1994; Sorrel & Redmond, 1995) รวมทั้งการจดบันทึก การบันทึกภาคสนาม การสังเกตการสนทนากลุ่ม การเข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเทปหรือการอัดภาพวีดีโอ การเขียนบรรยาย หรือแม้กระทั่งการแสดงพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล เช่น การหัวเราะ ผู้วิจัยต้องรู้จักสังเกต และสามารถแปลความตามสภาพที่เกิดขึ้นจริงตามบริบทในขณะนั้นได้อย่างเหมาะสม

วิธีการดังกล่าวเหล่านี้ ผู้วิจัยอาจเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายๆ วิธีร่วมกันได้ (Byrne, 2001) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง และถูกต้องมากที่สุด

นอกจากนี้สามารถใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ซึ่งเดนซิน (Denzin, 1978) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นการตรวจสอบด้วยวิธีหลายๆวิธีร่วมกันในสิ่งที่ต้องการศึกษา สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด ได้แก่ (Denzin, 1978)

1) การตรวจสอบสามเส้าด้วยข้อมูลหลายแห่ง (data triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์ในช่วงเวลา (time) ที่แตกต่างกัน การสัมภาษณ์โดยการใช้สถานที่ (space) ที่แตกต่างกัน และการสัมภาษณ์บุคคล (person) นอกเหนือจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรงร่วมกัน วิธีการดังกล่าวเป็นการยืนยันผลของข้อมูลที่ได้ว่ามีความตรงกันหรือไม่

2) การตรวจสอบสามเส้าโดยนักวิจัยหลายคน (investigator triangulation) ซึ่งอาจเป็นการศึกษาที่มีนักวิจัยร่วมกันเป็นทีมในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อช่วยในการลดข้อขัดแย้งหรือความลำเอียงต่างๆ ของแก่นแท้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

3) การตรวจสอบสามเส้าโดยเนื้อหาทฤษฎีที่แตกต่างกัน (theoretical triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎีมาอธิบายข้อค้นพบที่ได้ ซึ่งหากใช้ทฤษฎีใดๆ มาอธิบายสามารถอธิบายข้อค้นพบดังกล่าวได้ตรงกัน

4) การตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (methodological triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม ซึ่งจะต้องได้ข้อมูลที่ตรงกัน เป็นการยันยันข้อมูลที่ได้ให้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามในการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าวิธีใดวิธีหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับงานวิจัยที่ศึกษา (Turmond, 2001) หรืออาจใช้หลายๆวิธีร่วมกันเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้เช่นกัน (ประณีต และคณะ, 2543) อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังในการนำมาใช้ เพราะวิธีการตรวจสอบข้อมูลดังกล่าว พบว่ามีข้อที่ต้องควรระวัง 5 ประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนำมาใช้กับงานวิจัยที่ยังมีจุดบกพร่อง (Turmond, 2001) ได้แก่ 1) ต้องเสียเวลาในการเปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ 2) มีความยุ่งยากสำหรับงานวิจัยที่ต้องใช้ข้อมูลเป็นจำนวนมาก 3) ไม่มีความกลมกลืนหรืออาจมีอคติในการตรวจสอบข้อมูลได้ 4) อาจเกิดความขัดแย้งกันระหว่างทฤษฎีที่นำมาอ้างอิงเป็นกรอบแนวคิดต่างๆ และ 5) นักวิจัยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำวิธีการตรวจสอบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เป็นต้น (Nolan & Behi, 1995)

4.2 ประยุกต์ไปใช้ได้ (transferability) เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการนำระเบียบวิธีวิจัย และผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่นๆได้ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีการ

เขียนบรรยายบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด (thick description) เช่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (participants) ผู้วิจัย และบริบทที่ศึกษา เป็นต้น

4.3 ความไว้วางใจได้ (dependability) เป็นการพิจารณาความเชื่อมั่นของการศึกษา (reliability) ทั้งระเบียบวิธีการวิจัย และผลของข้อมูลที่เกิดขึ้น ซึ่งหากนักวิจัยอื่นสนใจ สามารถเข้าใจวิธีการศึกษา และนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันที และหากนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน หรือศึกษาในกลุ่มเดิม ผลการวิจัยที่ได้จะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนั้นในการศึกษาจะต้องมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆที่เชี่ยวชาญ (inquiry audit) เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้มีความชัดเจน มากที่สุด

4.4 สามารถตรวจสอบยืนยันผลของการศึกษาได้ (confirmability) โดยตลอดทั้งกระบวนการต้องมีหลักฐานข้อมูล (audit trail) ยืนยันที่แน่ชัด และผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ (inquiry audit) สามารถตรวจสอบได้ เช่น ข้อมูลดิบ (บทสัมภาษณ์ การจดบันทึกภาคสนาม) เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูล เอกสารการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลการวิเคราะห์ที่แก้ไข ผลการวิเคราะห์ฉบับร่าง และฉบับสมบูรณ์ ม้วนบันทึกเทป เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีวิธีการอื่นๆที่จะช่วยให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือ เช่น การศึกษาในบริบทต่างๆ ผู้ที่ศึกษาจะต้องมีความเข้าใจภาษา วัฒนธรรม ประเพณีตามท้องถิ่น การแปลความต่างๆ จึงต้องให้สอดคล้องกันด้วย (Leonard, 1994)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความน่าเชื่อถือในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่นักวิจัยจะต้องให้ความตระหนักถึงความสำคัญตลอดทั้งกระบวนการวิจัย ซึ่งจะช่วยให้องค์ความรู้ที่ปรากฏในการศึกษามีความชัดเจน มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น

ตาราง 2

สรุปการประยุกต์ใช้เทคนิคความเชื่อถือของข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985)

ความเชื่อถือได้ของการศึกษา (trustworthiness)		เทคนิค (technique)
ความเป็นจริง (credibility)	-->	(1) การเข้าไปฝังตัวอยู่ในบริบทที่ศึกษา (prolonged engagement) (2) การวิเคราะห์กรณีที่มีลักษณะตรงข้าม (negative analysis) (3) การมีเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง (referential adequacy)

	(4) การตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (member checks)
ประยุกต์ใช้ได้ (transferability) -->	(5) การเขียนบรรยายการศึกษาอย่างละเอียด (thick description)
ความไว้วางใจได้ (dependability)->	(6) การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (inquiry audit)
ตรวจสอบได้ (confirmability) -->	(7) การมีเอกสาร ข้อมูลชัดเจนตรวจสอบได้ (audit trail)
	(8) การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (inquiry audit)

Note. From Naturalistic inquiry (p. 329) by Lincoln & Guba, 1985, Sage: Newbury Park.

5. การศึกษาวิจัยปรากฏการณ์วิทยาในทางการพยาบาล

จากลักษณะแนวคิดการศึกษาวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ให้ความสำคัญกับการค้นหาประสบการณ์ของการให้ความหมาย การบรรยายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษย์ศาสตร์ จึงมีความสอดคล้องกับงานทางการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์โดยตรง อีกทั้งองค์ความรู้ทางการพยาบาลเป็นศาสตร์แบบองค์รวมไม่สามารถแยกแยะประเด็นในการศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นเป็นส่วนๆ ได้ (Bishop & Scudder, 1997) เช่น ความมีคุณค่าของแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นวิธีการศึกษาดังกล่าวจึงมีความสอดคล้องกับงานทางการพยาบาลอย่างชัดเจน (จอนผะจง, 2546; Puavilai, 2001; Sjostrom & Dahlgren, 2002) นอกจากนี้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางการพยาบาล 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีของพาเซ (Parse's theory) ทฤษฎีการพยาบาลมนุษย์ของเพทเตอร์สัน และซีดีเรด (Paterson and Zderad's theory) และทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัทสัน (Watson's theory) ทั้ง 3 ทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของมนุษย์ทั้งสิ้น โดยมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม การดูแล พฤติกรรมของมนุษย์และประสบการณ์ ซึ่งมนุษย์จะเป็นผู้ที่บอกเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้รับได้อย่างชัดเจนที่สุด (Burns & Grove, 1999; Burns & Grove, 2001; Van der Zalm & Bergum, 2000)

กล่าวโดยสรุปการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่สอดคล้องกับความเป็นองค์รวมของบุคคล และสอดคล้องกับงานทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นศึกษาความเป็นบุคคล สังคม วัฒนธรรม ทำให้สามารถเกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตในแง่มุมต่างๆ ได้เป็นอย่างดี อันจะช่วยให้พยาบาลสามารถศึกษาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลให้เกิดคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความเห็นที่สอดคล้องกันต่อการนำระเบียบวิธีการศึกษาดังกล่าว มาประยุกต์ใช้ในการค้นหาประสบการณ์การพยาบาลแบบองค์รวมของพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้

อย่างชัดเจน และละเอียดลึกซึ้ง และยังเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ และมีมาตรฐานต่อไปอย่างยั่งยืน