

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาตามหัวข้อต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการวิธีการเผชิญความเครียด

การประเมินความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และสังคม โดยนำกระบวนการพยาบาลมาช่วยในการประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์พยาบาลต้องมีเจตคติที่ดีต่อการดูแล เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเต็มความสามารถ (สุรพร, 2537)

โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อมีระยะการดำเนินของโรคเป็นเวลานาน สามารถแพร่ไปยังผู้อื่นได้ เพราะฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยเอดส์จะต้องมุ่งไปที่ปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้านและให้การพยาบาลทุกด้านในแต่ระยะของการดำเนินโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในภาวะปกติได้ การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ จึงต้องยึดหลักการของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการรักษาสุขภาพ โดยคำนึงถึงระยะแสดงอาการของโรคเอดส์ดังที่มีผู้แบ่งไว้ดังนี้ (เกียรติ, 2541; Flakerud & Ungvearski, 1999)

1. ระยะติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน (acute HIV infection or primary HIV infection) ในระยะนี้เป็นระยะที่พบว่ามีอาการทางคลินิกที่บ่งถึงพยากรณ์โรคในทางที่เลวลง ผู้ติดเชื้อจะมีไข้ รู้สึกไม่สบายเกิดอาการของแผลในปาก (mucocutaneous) ผื่นตามผิวหนัง (maculopapular rash) ต่อม้ำเหลืองโตและอาการคออักเสบไม่มีหนอง (non-suppurative pharyngitis) เพราะฉะนั้นระยะนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และบุคคลรอบข้างที่พบเจอ

ดังนั้นควรเน้นที่การรักษา โดยการให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการโดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีแอนติบอดี (HIV antibody) เพื่อเป็นการยืนยันผลอีกครั้งและหลังการตรวจพบเชื้อ พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและในขณะเดียวกันต้องให้กำลังใจกับผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. ระยะติดเชื้อเอชไอวีไม่แสดงอาการ (asymptomatic HIV infection: clinical latency) กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงมากที่สุดในระยะนี้ เพราะระยะนี้จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และครอบครัวของผู้ป่วย ตั้งแต่ตรวจหาเชื้อเอชไอวี จนถึงทราบผลการวินิจฉัยการพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลที่เหมาะสมคือ การให้คำปรึกษาโดยเฉพาะก่อนและหลังเจาะเลือด ต้องครอบคลุมถึงการให้สุขศึกษาระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งการให้สุขศึกษาระดับปฐมภูมินั้น เริ่มให้ในระยะตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ส่วนการให้สุขศึกษาระดับทุติยภูมิเป็นการให้ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติตัว ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองและป้องกันการรับเชื้อจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ไม่เหมาะสม

3. ระยะติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการ (early symptomatic disease or AIDS-related complex) เน้นที่การรักษาในระดับทุติยภูมิ คือ การรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยจะแสดงอาการต่าง ๆ เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เจ็บปวด ชุ่มผอม สิ่งสำคัญในการพยาบาลในระยะนี้คือ การคงไว้ซึ่งภาวะภูมิคุ้มกันที่ดี ดังนั้นพยาบาลต้องมีการส่งเสริมด้านโภชนาการ การให้ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผสมผสานกับใช้ทางเลือกอื่นในการรักษา

4. การติดเชื้อเอชไอวีระยะสุดท้าย (advanced HIV disease: AIDS) ในระยะนี้เป็นระยะที่พบว่าภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง CD4+Tcell ถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 cell หรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เพราะฉะนั้นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ คือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้การดูแลตามอาการของผู้ป่วย เช่นดูแลอาการปวด การดูแลผิวหนัง การดูแลความสุขสบาย การดูแลด้านจิตวิญญาณและดูแลทางด้านสังคม และสิ่งที่สำคัญคือการดึงครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากที่สุด เพื่อเป็นการเพิ่มกำลังใจให้กับผู้อื่น

จะเห็นได้ว่าใน 4 ระยะของการดำเนินโรคนี้ การพยาบาลผู้ป่วยเน้นการดูแลรักษาเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้สุขศึกษาและความรู้เป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสามารถประเมินผู้ป่วยได้ในทุกสภาวะในขณะเดียวกันต้องสามารถแก้ไขปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้

### พยาบาลกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่เพียงแต่พยาบาลจะต้องให้การดูแลและรักษาทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่พยาบาลจะต้องให้การดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการทางด้านจิตใจ (สมหมาย, 2546) และต้องให้การยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่มีความเท่าเทียมกันในการรักษาที่มีคุณภาพ โดยมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ดังนั้นจากการทบทวนเอกสารสามารถสรุปได้ว่า การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พยาบาลควรมีบทบาทดังนี้ (ประณีต และ พรทิพย์, 2546; พูนทรัพย์, 2546; ฟารีดา, 2543 สมหมาย, 2546; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547; อรัญญา, สุวีพร และอังศุมา, 2537)

#### 1 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทางด้านร่างกาย

1.1 การประเมินแบบแผนการรับประทานอาหาร ประเมินปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น แผลในปาก ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มักเป็นฝ้าที่ลิ้นกระจายไปถึงลำคอและหลอดอาหาร บางรายอาจมีตุ่มหนอง หรือแผลที่คอทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน พยาบาลต้องทำความสะอาดฟันและลิ้นให้กับผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ทาครีมสีปากด้วยเจล เพื่อรักษาให้ริมฝีปากชุ่มชื้นอยู่เสมอ บางรายอาจมีอาการเบื่ออาหาร และคลื่นไส้อาเจียน พยาบาลต้องให้การดูแลและประเมินอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง พยาบาลต้องให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารทุกชนิด จัดทำให้อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ง่าย กระตุ้นและดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันบ่อย ๆ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำที่สะอาด รับประทานอาหารเริ่มดีขึ้น จึงพิจารณาให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายโดยต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และบางรายต้องได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจสูญเสียน้ำจากอาการอุจจาระร่วงหรือได้รับน้ำน้อยลงจากอาการกลืนลำบาก เป็นแผลในปาก และบางรายพยาบาลต้องให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นพยาบาลต้องมีการประเมินผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาเพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

1.2 การดูแลขณะมีอาการอ่อนเพลีย พยาบาลต้องให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอในช่วงกลางคืนสลับกับการนอนพักเป็นช่วงสั้น ๆ ในตอนกลางวันทุกวัน โดยจัดสภาพแวดล้อมเงียบสงบตลอดจนช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นให้ผู้ป่วยทำเองเฉพาะกิจกรรมที่สำคัญเพื่อสงวนพลังงานไว้ รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้ออาหารหรือจัดอาหารมื้อเบา ๆ ให้รับประทานบ่อย ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่เพียงพอ

1.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด และพยาบาลที่ดูแลต้องไม่มีโรคติดต่อใด ๆ และดูแลในเรื่องความ

สะอาดของร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลขณะที่มีผื่นตามร่างกายพยาบาลต้องคอยดูแล และทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำอุ่นและสบู่อ่อนๆ ในการอาบน้ำแต่ละครั้ง ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที ในรายที่มีอาการคันร่วมด้วย พยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีผื่นแห้งหรือไม่ โดยสังเกตจากใบหน้า และท้องแขน หากผู้ป่วยมีผื่นแห้งแห่งพยาบาลต้องทาครีมบำรุงให้ภายหลังการอาบน้ำ ตัดเล็บ เพื่อป้องกันการแกะเกาในช่วงเวลากลางคืน และการดูแลขณะที่มีอาการท้องเสียในรายที่ผู้ป่วย ไม่สามารถลุกไปห้องน้ำเองได้ พยาบาลต้องคอยดูแลความสะอาดเป็นพิเศษคอยดูแลผลัดเปลี่ยน ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เลอะเทอะ รวมทั้งทำความสะอาดทวารหนักทุกครั้งถ่ายอุจจาระและเช็ดให้ แห้งเพื่อป้องกันการระคายเคืองและลดการติดเชื้อได้ ระวังระวังการเกิดบาดแผลถ้ามีบาดแผล ต้องทำความสะอาดบาดแผลไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะเป็นแผลพุพองตาม ผื่นแห้ง เป็นหนองรวมทั้งแผลกดทับ ดังนั้นพยาบาลต้องมีเทคนิคการทำแผลที่ถูกต้องรวมทั้งมี ความรู้และสามารถสังเกตลักษณะผิดปกติได้

1.4 การดูแลขณะเกิดอาการไอและหายใจลำบาก พยาบาลจะต้องคอยประเมิน อาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และจัดท่านอนให้ศีรษะสูงหรือนั่งพิงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไอเอา เสมหะออกมาได้สะดวก และช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากหรือพิจารณาให้ได้รับออกซิเจนตาม แผนการรักษา สำหรับในรายที่มีอาการของโรคภูมิแพ้ร่วมด้วย พยาบาลจะต้องจัดสภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพราะฉะนั้นพยาบาลจะต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วย และประเมิน ตลอดเวลาเมื่อมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นพยาบาลจะต้องรายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาในขั้น ต่อไป

1.5 การดูแลขณะมีไข้ ผู้ป่วยเอดส์มักมีไข้เป็น ๆ หาย ๆ พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้ ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ ในรายที่มีไข้สูงเช็ดตัวลดไข้ให้และจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่ในที่มีลมพัดโบก เพื่อช่วยให้ระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ดีขึ้น ภายหลังจากเช็ดตัวลดไข้แล้วดูแลให้ผู้ป่วยสวม เสื้อผ้าอุ่นๆ และต้องประเมินว่าไข้ของผู้ป่วยลดลงหรือไม่หรือถ้ามีอาการเพิ่มมากขึ้นต้องมีการ รายงานแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป

1.6 การดูแลด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มักจะประสบกับปัญหาด้าน ร่างกายที่บอบบอยคือ อาการอ่อนเพลีย ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว โดย เริ่มตั้งแต่การพลิกตะแคงตัวหรือการเปลี่ยนท่านอนบนเตียง สำหรับในรายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหว ได้เองการเคลื่อนย้ายลงจากเตียง การช่วยประคองให้ลุกขึ้นยืนหรือเดิน พยาบาลจะคอยดูแล เกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือการหกล้มที่อาจจะเกิดขึ้นมาได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้คำแนะนำญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะที่มีการเคลื่อนไหวและคอยป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น

1.7 การเฝ้าดูและการสังเกตอาการ ผู้ป่วยเอดส์มักเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ ถึงลักษณะอาการ ความรุนแรงและระยะเวลาที่จะกำเริบ ทำให้พยาบาลต้องหมั่นดูแลและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้พยาบาลจะต้องคอยระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีทักษะในการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ต้องมีความใจเย็นและอดทนที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ซ้ำ ๆ

1.8 การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลต้องคอยประเมินเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และบางครั้งไม่สามารถที่จะสื่อสารให้ผู้ใดทราบได้ว่าตนเองต้องการอะไร ดังนั้นพยาบาลต้องท่อมเทก้าร่างกายและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น และต้องคอยประเมินเกี่ยวกับระบบการหายใจของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยต้องดูความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องช่วยหายใจและการหายใจของผู้ป่วยว่าปกติหรือไม่ เมื่อพบความผิดปกติพยาบาลต้องให้การดูแลอย่างทันที ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะที่ดีในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้

1.9 การดูแลให้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ต้องรับประทานยาค่อนข้างมาก และต่อเนื่อง บางรายรับประทานยากเนื่องจากมีแผลในช่องปากหรือมีปัญหาด้านการกลืน พยาบาลต้องหาวิธีการแก้ไข โดยอาจจะบดยาและผสมกับน้ำเชื่อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้พยาบาลต้องสังเกตอาการแพ้ยาหลังได้รับยา โดยเฉพาะยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งพยาบาลต้องทราบฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย และต้องทราบแนวทางแก้ไขเมื่อมีอาการเกิดขึ้น พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อการรักษาที่ดีที่สุด ให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากรับประทานยา เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (พูนทรัพย์, 2546)

1.10 การดูแลเพื่อควบคุมความปวด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดผู้ป่วยจะเกิดอาการปวดศีรษะหรือปวดตามร่างกาย ในกรณีที่มีอาการปวดไม่รุนแรง พยาบาลอาจหลีกเลี่ยงการให้ยาผู้ป่วยรับประทานแก้ปวด แต่พยาบาลอาจพิจารณาการใช้การบีบนิ้ว (สมพร, 2546) การแนะนำให้ดูโทรทัศน์ การฟังเพลงหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งอื่น อาจทำให้ความเจ็บปวดลดลง แต่ในกรณีที่มีการติดเชื้อหรือพยาธิสภาพในเยื่อหุ้มสมองอาการปวดมักจะรุนแรง พยาบาลอาจพิจารณาให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดที่ไม่มีส่วนผสมของยาเสพติด เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน และไทลินอล และพยาบาลจะต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติภายหลังให้การดูแลเมื่อพบว่าอาการยังไม่ดีขึ้น เช่นมีอาการปวดมากขึ้นอย่างรุนแรง ชัก อาเจียน และไม่รู้สึกตัว พยาบาลต้องรีบรายงานแพทย์ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลจะต้องเป็นคนที่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ และสามารถแยกแยะระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องอธิบายให้ญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งบางครั้งพยาบาลอาจจะใช้ความอดทนเป็นอย่างสูง

## 2 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทางด้านจิตสังคม

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมารับบริการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการติดเชื้อ โดยไม่ได้คิดว่าเป็นผลจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเมื่อทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์จะเกิดความกลัว วิดกกังวล เพราะมีความเข้าใจว่าโรคนี้เป็นโรคที่ไม่มีการรักษาให้หายได้ อาจะตายได้ไม่ช้าและเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ความวิตกกังวลจะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของผลการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะเผชิญกับภาวะวิกฤติที่มี 6 ระยะดังนี้ (Flaskerud, 1992 , 1995)

2.1 ระยะที่ทราบว่าเลือดมีผลเลือดบวก ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า และสิ้นหวัง มีความคิดพยายามที่จะฆ่าตัวตาย และไม่พอใจกับร่างกายของตนเอง

2.2 ระยะที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ มีการตอบสนองโดยการปฏิเสธ เฉยเมย ระยะต่อมาเริ่มมีความรู้สึกโกรธ ซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย

2.3 ระยะรับการรักษา มีการแพร่เชื้อได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยจะอยู่ห้องแยกทำให้เกิดความกลัว หมดหวัง กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

2.4 ระยะสิ้นสุดการรักษา อาการของผู้ป่วยดีขึ้นแต่จะเกิดความรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากแพทย์และพยาบาลมาก

2.5 ระยะโรคลุกลามจะมีการกำเริบของโรคมีการติดเชื้อฉวยโอกาสผู้ป่วยจะรู้สึก หมดหวังในชีวิต ชีวิตไม่มีค่า กลัวการถูกทอดทิ้งจากผู้ดูแลทั้งแพทย์และพยาบาล คิดจะฆ่าตัวตาย

2.6 ระยะสุดท้ายมีการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการ สับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากจะให้การดูแลทางด้านร่างกายแล้ว การดูแลเพื่อประคับประคองทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ซึ่งนับว่าเป็นการรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่ดีที่สุดขณะนี้ พยาบาลต้องให้กำลังใจ ปลอดภัยหรือแม้แต่การใช้วิธีการสัมผัสอย่างอ่อนโยนเพื่อปลอบประโลมผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทและให้การดูแลดังนี้

1. ประเมินความเครียดของผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น
2. ประเมินสิ่งเร้าความเครียดในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิต ตลอดจนทั้งความรู้สึกกลัว ความรู้สึกผิด

3. จัดลำดับความสำคัญและสิ่งเร้าความเครียด เพื่อจัดการกับสิ่งเร้าที่เป็นปัญหา มากที่สุดก่อน

#### 4. วางแผนเพื่อจัดการกับความเครียดที่สำคัญดังนี้

4.1 การส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์

4.2 การได้รับข้อมูลและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา

4.3 ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของและการบริการ จากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและเพื่อน ซึ่งเป็นเครือข่ายสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

5. การใช้กระบวนการให้คำปรึกษาสื่อสาร ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความคิด ความเชื่อ ทศนคติและพฤติกรรมของตนเอง โดยเริ่มตั้งแต่การบริการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด (pre-test counseling) ไปจนถึงการบริการให้คำปรึกษาหลังทราบผลเลือด (post-test counseling) พยาบาลที่ทำหน้าที่บริการให้คำปรึกษาจะต้องมีทักษะ มีความอดทนและมีความเป็นเพื่อน ต้องมีการประเมินสภาวะการปรับตัวของผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อที่จะได้มีการวางแผนให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับจิตใจรับสภาพของตนเองได้ โดยการใช้เวลาอย่างต่อเนื่องนัดหมายเป็นระยะ ๆ (วรรณวิภา, 2540)

6. แนะนำวิธีการลดความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การฝึกการหายใจ การเข้าสมาธิ และการใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกายหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำศาสนามาช่วยในการจัดการกับอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและมีความหวังมากขึ้น (สุวิทย์, 2541) ดังนั้นพยาบาลต้องแนะนำแนวทางที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ให้คำแนะนำเพื่อเป็นแนวทางที่ดีและเป็นทางเลือกชี้ให้เห็นถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

#### 3 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและชุมชน

นอกจากจะต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมที่จะจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพแล้ว การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมของผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ก็มีความสำคัญเช่นกัน การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชนจะประกอบไปด้วยการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)

3.1 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการทำงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องนับได้ว่าเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ การเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักการดูแลอย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี มีการผสมผสานระหว่างแหล่งในชุมชน ครอบครัวและโรงพยาบาลโดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยดังนี้ (สุวีพร, 2537)

3.1.1 มีการประเมินสภาพมีเป้าหมายเพื่อแยกแยะความต้องการ และปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินดูว่าปัญหาและความต้องการเหล่านั้นได้รับการแก้ไขหรือไม่และเพื่อปรับปรุงวิธีการแก้ไขให้ดีขึ้น

3.1.2 วางแผนการพยาบาล เป็นการร่วมกันวางแผนการพยาบาลให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยพยาบาลต้องเน้นในเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ จากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดูแลให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก อวัยวะสืบพันธุ์อย่างสม่ำเสมอ ดูแลเรื่องอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับ ซึ่งพยาบาลต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างใกล้ชิด วางแผนจัดการเรื่องการลดความเจ็บปวด โดยพยาบาลต้องประเมินความปวดของผู้ป่วย และวางแผนลดความปวดนั้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทำกิจกรรมได้โดยปลอดภัย ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ต้องติดตามผลของยาต่อผู้ป่วยและควรอธิบายให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และครบถ้วนตามแพทย์นัด ส่งเสริมให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ วางแผนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะใกล้ตาย ให้การดูแลและช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม เช่น บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ (advocacy) คือ ความเป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

3.1.3 พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเมื่อมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้น ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (พาริตา, 2541) มีดังนี้

3.1.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพให้ผู้ป่วย สามารถกำหนดทางเลือกที่เหมาะสม

3.1.3.2 แจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงสิทธิและใช้สิทธิให้เต็มความสามารถ

3.1.3.3 จัดหาทรัพยากรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเลือกใช้ตามความเหมาะสม

3.1.3.4 ให้โอกาสผู้ป่วยได้สื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์และทีมสุขภาพเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

3.1.3.5 ให้ความรู้แก่บุคลากรให้ตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเองและมีการปฏิบัติงานเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย

3.1.4 ปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลต้องสามารถประเมินได้ว่ากิจกรรมใดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองและกิจกรรมใดที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ อย่างเช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการทำแผลที่ติดเชื้อซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องทำให้กับผู้ป่วย

3.1.5 การประเมินผล พยาบาลต้องประเมินทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน นอกจากนั้นพยาบาลต้องประเมินว่าปัญหาของผู้ป่วย การได้รับการช่วยเหลือหรือส่งต่อหรือสิ้นสุดการช่วยเหลือ

3.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายจะมีอาการแสดงที่บอกระดับความรุนแรงของโรค เช่น ความเจ็บปวด อุจจาระร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ขาดน้ำ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่



มีไข้ ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ มีแผลกดทับ น้ำหนักลด หลงลืม ซึมเศร้า วิตกกังวลและกลัว แพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จึงเน้นการช่วยเหลือแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (ชวีญิตา, พัชรียา และอาภรณ์, 2543) ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีความรับผิดชอบในด้านต่างดังนี้ (ธนา, 2548) ๗

3.2.1 ประเมินอาการแสดงทางกายเพื่อให้การช่วยเหลือประคับประคองชีวิตและช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

3.2.2 เตรียมสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้กล้าเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

3.2.3 ดูแลช่วยเหลือตามอาการ เช่น การให้ยาระงับปวด การพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมงและการดูแลความสะอาดร่างกาย

3.2.4 ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนอกจากจะรู้สึกสูญเสียความสามารถทางกายแล้ว ยังสูญเสียการควบคุมตนเอง ความเป็นอิสระภาพ ความเป็นส่วนตัว และขาดความมั่นใจในตนเอง พยาบาลช่วยเหลือโดยการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิต นอกจากนี้ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้

3.2.5 ประสานงานร่วมกับทีมงานอื่น เช่น แพทย์ผู้ดูแล นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยงานเอกชนที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับเครือข่ายทางสังคม เป็นการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล

การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทและหน้าที่ในความรับผิดชอบของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ข้างต้น ประกอบกับกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมมีลักษณะที่เฉพาะและแตกต่างกันไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กิจกรรมบางอย่างไม่ยุ่งยากสามารถปฏิบัติได้กิจกรรมบางอย่างหนักต้องอาศัยพลังงานทางด้านร่างกายและความคิดค่อนข้างมาก และพยาบาลจะต้องใช้เวลานานและต้องมีความต่อเนื่องในการดูแล พยาบาลอาจต้องใช้ความพยายามและความอดทนและต้องมีความใจเย็น ต้องอาศัยทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล และต้องมีการพัฒนาทางด้านความรู้ ทักษะที่จำเป็นที่จะสามารถนำออกมาใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งพยาบาลต้องมีความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลต้องทุ่มเททั้งกำลังกาย และกำลังใจในการปฏิบัติเพื่อผลที่ดีที่สุดผู้ป่วย จนบางครั้งทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลเกิดความเหนื่อยล้า วิตกกังวล ท้อแท้ในการปฏิบัติงานและมีผลกระทบต่อสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและการปฏิบัติงานได้ ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาในเรื่อง ความเครียดในบทบาทการพยาบาลของพยาบาลจากการวิจัยในต่างประเทศ (Lambert, 2001) พบว่าปัจจัยและสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดมากขึ้น คือ การที่มีปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้นในการดูแล ส่งผลให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ และจากประสบการณ์โดยตรงของผู้วิจัย พบว่านอกจากจะมีปริมาณงานในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นแล้วยังพบประเด็นความขัดแย้งทางด้านจริยธรรม โดยเฉพาะการบอกความจริงกับผู้ป่วยและการปกปิดความลับซึ่งเป็นประเด็นที่เจอบ่อยจากการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจและวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของภุชญา (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบที่เกิดกับพยาบาลมี 2 ลักษณะคือ (1) เกิดความเครียด/กังวลใจกับผลการทำงาน (2) สิ่งที่ทำไปดูไร้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของพจนา (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า พยาบาลที่เคยเผชิญกับสถานการณ์ประเด็นขัดแย้ง จึงทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ เครียด วิตกกังวลและยังเกิดผลกระทบต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากกว่าผลกระทบด้านอื่นทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงได้

#### สถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อพยาบาลได้รับบทบาทหลักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยต้องมีการติดตามดูแลเป็นระยะเวลานานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดได้ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และประกอบกับว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและต่อเนื่อง และบางรายต้องพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลตลอด ดังนั้นก็ย่อมส่งผลกระทบต่อพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ ดังนั้นพบว่ายังมีสถานการณ์บางอย่างที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สำคัญดังนี้

1. สถานการณ์ความเครียดจากการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รวดเร็วและร้ายแรงหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและยังผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและบุคคลที่ใกล้ชิด (ปิยรัตน์, 2537) บางรายมีอาการปวดทุกซทรมาน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การดูแลและปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งต้องสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยยังทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลเกิดความหวาดหวั่นเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ (อรัญญา และวงจันทร์, 2539)

เมื่อผู้ป่วยเริ่มปรากฏอาการของโรคชัดเจนมากขึ้น เช่น น้ำหนักลดลง มีอาการแสดงออกทางผิวหนัง เริ่มมีตุ่มน้ำเหลือง ในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะสุขภาพที่อ่อนแอไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมากขึ้นทำให้ต้องมีการพึ่งพาพยาบาลที่ให้การดูแลมากยิ่งขึ้น ในระยะนี้พยาบาลที่ให้การดูแลจะเกิดความเครียดได้สูงกว่าบุคคลทั่วไป 2-3 เท่า พยาบาลจะเกิดความเครียดซึ่งสามารถแบ่งความเครียดได้ 2 ประการ (Pearlin, Aneshensel & LeMane, 1997) ประการแรก เป็นความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยตรง คือ การที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลานานและต่อเนื่องทำให้พยาบาลที่ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองลดลง การพักผ่อนน้อยลงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของการดูแล และประการที่สอง เป็นความเครียดที่เกิดจากผลกระทบ ที่เป็นผลมาจากการรับบทบาทผู้ให้การดูแล คือ ส่งผลกระทบต่อสภาวะการงานและสถานะทางเศรษฐกิจของพยาบาล จึงทำให้พยาบาลรู้สึกเครียดได้

2. สถานการณ์ความเครียดจากการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ความไม่มั่นคงในชีวิต และบางรายคิดฆ่าตัวตาย (สุริพร, 2537) จากปฏิกิริยาของสังคมที่ปฏิเสธบุคคลกลุ่มนี้ทำให้ประเด็นการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ และเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรอบคอบ และนึกถึงสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้นในการดูแล บางครั้งพบว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรองรับอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ด้วยเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้พยาบาลเกิดความวิตกกังวลสูง และเครียดกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญและไม่สามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้ จึงทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้า และรู้สึกเครียดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพจนาน, (2545) และกฤษณา, (2545) ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางด้านจริยธรรมโดยเฉพาะประเด็นการปกปิดความลับของผู้ป่วยทำให้พยาบาลเกิดความเครียดและวิตกกังวลได้ และเมื่อพยาบาลเกิดความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้ (Spear, 1996)

3. สถานการณ์ความเครียดจากการปฏิบัติการพยาบาลด้านระบบการดูแลและการรักษา เนื่องจากในปัจจุบันพบว่ากระบวนการรักษามีการพัฒนามากยิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองมากขึ้นกว่าเดิมต้องมีการค้นคว้าหาข้อมูลที่ทันสมัยเพื่อก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของโรคที่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วหรือในเรื่องการรักษา อย่างเช่น ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส พยาบาลผู้ดูแลต้องทราบเกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงของยาเพื่อที่จะสามารถให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยและญาติได้ และสามารถตอบสนองความต้องการทั้งผู้ป่วยและญาติได้ (พูนทรัพย์, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าการพยาบาลและการดูแลในปัจจุบันไม่ได้จบแค่การรักษาใน

โรงพยาบาลเท่านั้นแต่พบว่าพยาบาลจะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านเพื่อที่จะได้รับทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและสามารถหาแนวทางแก้ไขได้ (ดารณี, จิราภรณ์ และ อัญชลี, 2546) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะเวลาที่ยาวนานอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ และเกิดความเครียดยังมีผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาล เช่น การขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ทำให้การตัดสินใจในการพยาบาลผู้ป่วยไม่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งหรือไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน การทำงานที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ (พัชรินทร์, 2535) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลกระทบของความเครียดต่อการทำงานคือ ระดับสติปัญญาลดลง ที่เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีก็แก้ไม่ได้ เคยทำงานได้ผลงานก้าวหน้ากลับทำไม่ได้ สมรรถภาพในการทำงานลดลง ทำให้คุณภาพการทำงานต่ำลง (สุนีย์, 2545; Bailey, 1980)

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีผลต่อตนเอง และเป็นความเครียดที่จะทำให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานของพยาบาลที่ให้การดูแลลดต่ำลงไป

#### *แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด*

บุคคลจะให้ความหมายของความเครียดที่แตกต่างกัน (McNamara, 2000) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินหรือการพิจารณาหรือตัดสินใจของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984)

#### *แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด*

ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการดำเนินชีวิต การปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ และความต้องการของบุคคล ล้วนเป็นแรงผลักดันให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีการปรับจิตใจให้เหมาะสมขึ้นกับการที่จะเผชิญกับความเครียดนั้นถ้าหากการปรับตัวล้มเหลว ก็อาจทำให้เป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ ได้ นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับนิยามความเครียดได้ดังนี้

และลูเนียร์ (Lazarus & Leuneir, 1978) และลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้พัฒนาแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียด โดย นักจิตวิทยาของความเครียดว่า ไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับ

สิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้นความเครียด (stress) จึงหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น ขณะที่เซลเย่ (Selye, 1978) กล่าวว่าความเครียดเป็นการตอบสนอง (response) ของบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด (stressors) เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาเคมีของร่างกาย จะเห็นว่าเซลเย่ได้เน้นถึงความเครียดในลักษณะของการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาต่อสิ่งเร้าความเครียดนอกจากนี้ฐานนา (2532) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามและเพื่อปรับภาวะสมดุลในบุคคล การตอบสนองที่เกิดขึ้นอาจปรากฏออกมาทั้งทางพฤติกรรมที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ โดยมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัชรินทร์ (2535) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อข้อเรียกร้องที่มากกระทบข้อเรียกร้องต่าง ๆ มีทั้งจากภายในบุคคลและภายนอกบุคคลทำให้บุคคลมีการปรับตัว หรือมีการแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อรักษาความสมดุลของตนไว้ ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลเนื่องจากความแตกต่างระหว่างบุคคล

สรุปความเครียด หมายถึงการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้าความเครียด โดยขึ้นกับการคิดพิจารณาสิ่งเร้าและการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้มีการแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น

#### *การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal)*

ตามแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในการตัดสินพิจารณาตัดสินความสำคัญ และตามความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งจะกระทำอยู่ตลอดเวลาที่มนุษย์ตื่นอยู่ การประเมินตัดสินมีดังนี้

1 การประเมินเหตุการณ์ลำดับปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์ที่เข้ามากกระทบว่าเป็นผลต่อความผาสุกของบุคคลอย่างไร ซึ่งแบ่งได้ 3 ประเภท คือ

1.1 เหตุการณ์นั้นไม่มีผลต่อความผาสุกต่อตนเอง (irrelevant) คือการที่บุคคล

พิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเอง หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น

1.2 เหตุการณ์นั้นให้ประโยชน์แก่ตนเอง (benign positive) คือ การที่กลุ่มพิจารณาว่า เหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลนั้นจะเกิดการผ่อนคลาย และสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นหรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 เหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียด (stressful) คือการพิจารณาตัดสินว่า ในเหตุการณ์นั้น บุคคลต้องนำแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินย่อย 3 แบบคือ

1.3.1 เป็นอันตราย/สูญเสีย (harm and loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตัวเองแล้ว

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือสูญเสียที่เกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีความเจ็บป่วยบุคคลอาจประเมินทั้งเป็นอันตรายหรือการสูญเสียและคุกคามผสมผสานกัน

1.3.3 ทำทาย (challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่า เหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายว่าการประเมินเหตุการณ์ลำดับสอง (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ และการประเมินชนิดทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิแต่อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่า เป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใดรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) คือ

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (severity) ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคเอดส์บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นไม่สามารถคาดเดาได้ (unexpectedness) ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคตบุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (uncertainty) ถ้าเหตุการณ์มีความคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่อาจคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น

## 2. ปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่

2.1 ข้อผูกพัน (commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายหมายถึง บุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากก็ได้

2.2 ความเชื่อ (belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ความเครียดนั้นจะออกมาในลักษณะท่าทายเป็นต้น แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจประเมินว่าคุกคามสูญเสียหรือเป็นอันตราย

### ระดับความเครียด

เฟรนและวาเลีย (Frain & Valiga, 1981 อ้างตามปราชญาวดี, 2539) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ

1. ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน (day of day stress) เป็นความเครียดที่พบบ่อยในการดำเนินชีวิต บุคคลสามารถปรับตัวด้วยความเคยชิน

2. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ซึ่งช่วยให้บุคคลตื่นตัวและมีปฏิกิริยาต่อต้านแต่เป็นในช่วงเวลาไม่แน่นอน

3. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานานหรือคงที่ ซึ่งไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวในเวลาอันรวดเร็วเป็นผลให้บุคคลที่มีการแสดงออกของความเครียดทั้งทางกิริยาและคำพูด เนื่องจากไม่อาจควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

4. ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) ไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์นั้นซึ่งทำให้บุคคลอาจเข้าสู่ระยะหมดหวังหรือความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด

### แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

ในภาวะที่บุคคลถูกคุกคามจากสถานการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ ย่อมกระทบกระเทือนต่อภาวะสมดุลของบุคคลนั้น ทำให้บุคคลมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาเพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุล

มีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ (แน่น้อย, 2536) การแสดงออกเมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามนี้เรียกว่าการเผชิญความเครียด (coping) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดไว้ได้แก่

เพียร์ลีน และสคูเลอร์ (Pearlin & Schooler, 1978) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อปกป้องภาวะจิตที่ถูกรบกวน เนื่องจากปัญหาและความเครียด ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายว่าจะต้องเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล รวมถึงกระบวนการทางจิตหรือกลไกทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจด้วย

สรุปว่าการเผชิญความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในรูปของความคิดหรือการกระทำที่บุคคลพยายามที่จะควบคุมหรือบรรเทาภาวะเครียดที่เข้ามาคุกคามให้ลดลงโดยผ่านกระบวนการคิดและผ่านกระบวนการทางจิต เพื่อให้สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้

#### รูปแบบการเผชิญความเครียด

สามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ (Lazarus & Folkman, 1984) คือ

1.การเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นที่ไปในทางที่ดี โดยการจัดการที่ตัวปัญหา และมุ่งแก้ไขที่ตัวเอง ได้แก่

1.1 การแสวงหาข้อมูล (information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้ปัญหาและหาทางออกที่จะจัดการกับปัญหานั้น ๆ

1.2 การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (analysed problem) โดยพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาร้ายแรงจริงหรือไม่ มีวิธีการบำบัดอย่างไร

1.3 การพยายามหาวิธีต่าง ๆ (try out different way) เป็นการทดลองแก้ปัญหาในลักษณะที่มีทางเลือกหลายทางและพยายามเลือกวิธีที่เหมาะสมแต่ละทาง

1.4 การยอมรับความเจ็บป่วย (accept illness) เป็นการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่แท้จริง ซึ่งเป็นต้นเหตุของความไม่สบายใจ โดยการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยตลอดจนการรักษา

1.5 การใช้ประสบการณ์ในอดีต (past experience usage) ที่เคยใช้แก้ไขปัญหาสำเร็จมาก่อนหรือใช้วิธีการที่คุ้นเคยมาก่อนทำให้เข้าใจถึงวิธีการแก้ปัญหาได้ดีกว่า และสามารถใช้อุปกรณ์ในเวลารวดเร็วขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลและความตึงเครียดลดลง



2. การเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused forms of coping) การที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากสถานการณ์ตึงเครียด โดยมีได้มุ่งแก้ปัญหาหรือสาเหตุ รวมถึงการที่บุคคลได้นำเอากลไกการป้องกันตัวเอง (defense mechanism) มาใช้ด้วยได้แก่

### 2.1 ประเภทหลอกตัวเอง (repression) ประกอบด้วย

2.1.1 การเก็บกด (depression) เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อลบลืมเหตุการณ์ที่เป็นความทุกข์ทรมาน โดยกระทำเสมือนว่าตนเองไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามอ้างว่าจำไม่ได้ซึ่งอาจจะเป็นการลบลืมในระดับจิตใต้สำนึก โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าได้ลบลืมหรือเก็บกดอะไรไว้เลย

2.1.2 การกลบเกลื่อน (suppression) เป็นการตัดสินใจระดับจิตสำนึก คล้ายการลบลืมแต่เป็นการเก็บแรงกระตุ้นหรือความต้องการไว้เป็นส่วนตัว โดยการควบคุมอย่างตั้งใจ

2.1.3 การถ่ายเทอารมณ์ (displacement) เป็นการถ่ายเทความรู้สึก และอารมณ์ไปยังบุคคลหรือวัตถุอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์แต่เพียงอย่างเดียวหรือเป็นวิธีการหาสถานการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ

2.1.4 การกล่าวโทษหรือตำหนิผู้อื่น (projection) เป็นการป้องกันตนเองให้พ้นความรู้สึกผิดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วยของตนเองเกิดจากผลกระทบที่ผู้อื่นก่อไว้

2.1.5 การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) เป็นการหาเหตุผลที่สังคมยอมรับมาอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของตน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นการปลอบใจหรือหลอกตนเองว่าสถานการณ์ที่ตนเองกำลังประสบอยู่นั้นสามารถแก้ไขได้

### 2.2 ประเภททดแทน (substitution) ประกอบด้วย

2.2.1 การหันเหเปลี่ยนความปรารถนาไปเป็นอย่างอื่น (sublimation) เพื่อลดความกดดันทางจิตใจไปในทางสร้างสรรค์ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ วาดรูป เป็นต้น

2.2.2 การแสดงความต้องการอย่างเปิดเผย (acting out) เพื่อลดความวิตกกังวล เช่น แสดงปฏิกิริยาต่อต้านทันทีเมื่อรู้สึกไม่พอใจ หรือโกรธ

2.2.3 การทดแทน (compensation) เป็นการเอาชนะความรู้สึกทุกข์โดยการแสดงพฤติกรรมตรงข้ามกับความจริง เช่น มีอารมณ์ครื้นเครง สนุกสนานแม้ว่าจะเจ็บป่วยรุนแรง

### 2.3 ประเภทหลีกเลี่ยง (avoidance) ประกอบด้วย

2.3.1 การปฏิเสธ (denial) เป็นการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับว่าสิ่งเหล่านี้ที่เกิดขึ้นจริงและทำเหมือนว่าตนเองไม่ได้รับความกระทบกระเทือนจากสิ่งนั้น ๆ แม้แต่บ่อยซึ่งเกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก

เพื่อหนีสถานการณ์เครียดชั่วคราว เช่น การปฏิเสธความเจ็บปวด โดยอ้างว่าแพทย์อาจจะวินิจฉัยโรคผิดก็ได้

2.3.2 การแยกตัวเอง (self isolation) เป็นการพยายามที่จะดึงตัวเองออกมาจากเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เช่น อยากอยู่คนเดียว แยกไปนอน

2.3.3 การถดถอย (regression) การมีพฤติกรรมย้อนหลังไปสู่วัยเด็กแสดงพฤติกรรมออกมาในระดับต่ำกว่าวุฒิภาวะที่มีอยู่ เช่น ต้องการให้ผู้อื่นสนใจตนเองให้มากกว่าที่เคยได้รับอยู่

2.3.4 การเพ้อฝัน (fantasy) เป็นการหาทางตอบสนองสิ่งที่ต้องการ เพื่อให้ตนเองพ้นจากภาวะเครียดไปได้ระยะเวลาหนึ่ง เป็นการแก้ปัญหาทุกขร้อนเฉพาะหน้า เช่น คิดว่าตนเองจะต้องหายจากการเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีดังเดิม

2.4 ปรารถนารับ (acceptance) ประกอบด้วย

2.4.1 การโทษตัวเอง (introjection) เป็นการโทษว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง เช่น การป่วยครั้งนี้เป็นเพราะกรรมตามสนองที่ตนได้ทำบาปไว้

2.4.2 ไม่ทำอะไรเลยปล่อยตามยถากรรม (undoing) เพื่อยึดเป็นที่พึงพอใจในภาวะที่มีความวิตกกังวล โดยปล่อยให้เหตุการณ์ดำเนินไปเอง เป็นการลดความรับผิดชอบต่อสถานการณ์ตึงเครียดนั้น เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะหันไปฝึกฝนศาสนามากกว่าปกติ

2.4.3 การใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล (intellectualization) เป็นการยอมรับความจริงและปฏิบัติตัวอย่างมีเหตุผล เช่น คิดว่าตนได้ตัดสินใจอย่างรอบคอบแล้วที่เข้ารับการรักษาครั้งนี้

*การประเมินความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*

*การประเมินความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี*

จากการที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคลากรพยาบาลเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อได้ง่าย (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) และประกอบกับเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และต้องพบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากโรคตามระยะการติดเชื้อของผู้ป่วยเอดส์ หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์หรือแม้แต่ปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่พยาบาลต้องให้การดูแล เพราะผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงทำให้บุคคลหวาดกลัว (Sherman, 2000) ปฏิเสธไม่ยอมรับหรือเป็นตราบาป (stigma)

ถูกแบ่งแยกหรือรังเกียจกีดกัน (discrimination) และการคุกคาม (violence) (ประณีต, 2541ข; สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลต้องเป็นผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ซึ่งพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวเป็นประจำทุกวันและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนบางครั้งทำให้เกิดภาวะอ่อนล้าและประหม่นต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์เหล่านั้นว่าเป็นความเครียด ซึ่งบุคคลแต่ละคนอาจจะประหม่นความเครียดที่แตกต่างกันไปดังที่ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งลักษณะความเครียดไว้ 3 ลักษณะคือ เป็นอันตราย/สูญเสียชีวิต คุกคาม และทำร้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่าน โดยพบว่าของบรีออลท์ และโพลีโฟรนิ (Breault & Polifroni, 1992) และของมาลี (2542) พบว่าพยาบาลหลายคนมีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และพยายามหลีกเลี่ยงการดูแล ซึ่งความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้พยาบาลประหม่นว่าเป็นอันตรายและอาจก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตตามมาได้ และการศึกษาของกฤษณา (2545) พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คือ (1) เกิดความเครียด (2) กังวลใจกับผลการกระทำ นั่นแสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งเร้า ที่ทำให้พยาบาลประหม่นว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองอย่างมาก แต่นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ประหม่นลักษณะความเครียดจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญว่าเป็นความทำร้ายความสามารถของตนเอง การแสดงออกจึงเป็นความทำร้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนิสรา และรัตนดาว (2540) และอรัญญา, สุวีพร และเพลินพิศ, (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมพยาบาลผู้ติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ถ้าพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจะทำให้การพยาบาลดีขึ้นและมีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นถ้าพยาบาลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และควบคุมเหตุการณ์นั้นได้และพร้อมที่จะเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพยาบาลอาจจะประหม่นลักษณะความเครียดนี้ว่าเป็นสิ่งที่ทำร้ายได้

#### *เครื่องมือการประหม่นความเครียด*

ในการประหม่นความเครียดของบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งที่เข้ามากระตุ้นและการประหม่นสถานการณ์ของแต่ละบุคคลโดยได้มีผู้สร้างเครื่องมือและนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่างกัน

1 แบบสำรวจเพื่อประหม่นระดับความเครียด (Symptoms of Stress Inventory [SOS]) ซึ่งมาจอร์ เอ เมกกะ (Majorie A. Muecke) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย อ้างตาม สุานา, 2532 และทดลองใช้ในคนไทยมีคำถามทั้งสิ้น 107 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1-5

สำหรับประเทศไทยพบว่าฐานา (2532) ได้นำเครื่องมือไปดัดแปลงและปรับใหม่จาก 75 ข้อเป็น 49 ข้อโดยทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 และนำไปทดลองใช้วัดความเครียดของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยหนัก แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือทั้ง 8 แห่ง นอกจากนี้พัชรินทร์ (2535) ได้นำเครื่องมือไปดัดแปลงและทดสอบหาความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .96 และนำไปทดลองใช้วัดความเครียดของพยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ และพยาบาลโรงพยาบาลลำปางจำนวน 27 คน สำหรับเครื่องมือนี้พบว่าสามารถนำไปใช้กับการประเมินความเครียดในคลินิก และเป็นเครื่องมือที่ได้ค่าความเที่ยงสูงและครอบคลุมในด้านสรีรวิทยา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และความรู้สึกได้ดี

2. แบบประเมินความเครียด (Visual Analogue Scale [VAS]) แปลเป็นภาษาไทยโดยทิพาพร และคณะ (2546) และได้ดัดแปลงแบบวัดการประเมินเหตุการณ์ (appraisal) ของมัวร์ (Moore, 1991) อ้างตาม ทิพาพร และคณะ, 2546) ประกอบด้วยเส้นตรงปลายเปิด 3 เส้น แต่ละเส้นยาว 10 เซนติเมตร ปลายหนึ่งมีค่าเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีเลย และปลายอีกข้างหนึ่งมีค่าเท่ากับ 10 หมายถึง มากที่สุด เส้นตรงแต่ละเส้นแสดงถึงการประเมินภาวะเครียด 3 ชนิด ตามแนวคิดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่การประเมินภาวะเครียดชนิดอันตราย ชนิดคุกคาม และชนิดทำลาย แบบวัดการประเมินความเครียด ได้ถูกนำไปใช้ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม 71 ราย สำหรับข้อดีของเครื่องมือคือ ที่มีความเข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อยในการประเมินแต่สามารถประเมินได้ครอบคลุมในด้านจิตใจแต่คณะผู้วิจัยไม่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นซ้ำ

3. มาตรฐานเส้นตรงประมาณความเครียดด้วยตนเอง (Linear Analogue Self Assessment Scale [LASA]) ที่ซัทเทอร์แลนด์ (Sultherland, 1988) สร้างขึ้นเพื่อประเมินความเครียดด้านจิตสังคม โดยใช้เส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 6 เส้น แต่ละเส้นแทนความรู้ได้แก่ ซึมเศร้า โกรธ วิตกกังวล อ่อนล้า สับสน และเข้มแข็ง โดยมีการกำหนดปลายด้านหน้าของเส้นตรงเป็นระดับที่พบว่าไม่เกิดความเครียด และส่วนปลายอีกด้านหนึ่งเป็นระดับความเครียดสูงสุด และประเมินตนเองโดยทำเครื่องหมายเส้นตรงเป็นตำแหน่งที่รู้สึกว่าจะตรงกับตนเองมากที่สุด และได้้นำเครื่องมือมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 คนพบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในคลินิก เนื่องจากว่ามีความเข้าใจง่าย ใช้เวลาไม่มากประมาณ 1-2 นาที และสามารถวัดความเครียดด้านจิตใจได้อย่างครอบคลุม

4. แบบประเมินความเครียดของปากานา (Pagana, 1989) สร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเครียดในคลินิก (Clinical Stress Questionnaire) โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาด้านอันตราย/สูญเสีย คุกคามและทำลาย ให้มาตรวจแบบลิเคิร์ต 5 ระดับตั้งแต่ 0 ไม่รู้สึก

เครียดเลยจนถึง 4 รู้สึกเครียดมากที่สุด โดยนำไปใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 245 รายที่ฝึกปฏิบัติงานในคลินิกอายุรกรรมในวันแรก ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยและกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยได้เท่ากับ .85 และ .84 ตามลำดับ โดยพบว่าเครื่องมือดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ในคลินิกได้ มีค่าความเที่ยงสูงและเนื้อหาครอบคลุมในด้านการประเมินความเครียดในแต่ละด้าน ทำให้สามารถประเมินความเครียดได้อย่างชัดเจน และเหมาะกับการใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ ได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสร้างเครื่องมือการประเมินความเครียดส่วนใหญ่จะสร้างอยู่ภายใต้แนวคิดของลาซารัส และโอล์คแมน และเป็นแนวคิดที่สามารถนำไปประเมินและประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกใช้การประเมินความเครียดโดยเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีของลาซารัส และโอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากแนวทางการประเมินมีความครอบคลุมในเนื้อหาและมีความชัดเจนซึ่งเหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปใช้

อย่างไรก็ตามการประเมินความเครียดของพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความเครียดที่แตกต่างกัน ความเครียดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการรับรู้ปัจจัยหรือสิ่งเร้าที่เข้ามามีผลกระตุ้นแล้วก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งพบว่าปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อันอาจก่อให้เกิดความเครียดมีดังนี้

1. อายุ จากการศึกษพบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความคิด มีประสบการณ์ในชีวิตและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (สุวีรัตน์, 2541) เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการตอบสนองในสิ่งต่าง ๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย โดยมากอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีประสบการณ์และช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือกในการดูแล (นันทพร, 2545) สำหรับพยาบาลอายุมากจะพบว่าเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทำให้มีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลจบใหม่ ร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลที่ดีกว่า ซึ่งแตกต่างกับพยาบาลที่จบใหม่ที่มีอายุน้อย ทำให้ขาดความมั่นใจ เกิดความกลัวในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวิชุดา (2542) เรื่องการประเมินพื้นฐานความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอดส์ในการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติพบว่า พยาบาลรับใหม่ยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ไม่กล้าในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นอาจประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญว่าเป็นความเครียดได้ อาจสรุปได้ว่าอายุจะมีผลต่อการประเมินความเครียดของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จากการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากความรู้จะเป็นตัวที่ช่วยทำให้พยาบาลมีความมั่นใจและกล้าในการตัดสินใจในการดูแลได้อย่างเต็มที่ จากการศึกษาทางวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลที่มีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก จะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลที่มีระดับความรู้ต่ำ (วิลาวัดณ์, นันทา และเรมวอล, 2540; เรณา, 2540; วิชูดา, 2542) เนื่องจากความรู้มีส่วนช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ขณะเดียวกันถ้าพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคก็จะทำให้เกิดความกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเผชิญในการปฏิบัติการพยาบาล และไม่กล้าตัดสินใจ ดังนั้นการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาจเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลประเมินกับเหตุการณ์ที่เผชิญว่าเป็นความเครียดได้

3. ทักษะจิตของพยาบาลเกี่ยวกับโรคเอดส์ จากการศึกษาพบว่าทักษะจิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมมองว่าเป็นสาเหตุจากการสำส่อนและเป็นโรคผู้หญิง (ประณีต, 2541ก) ประกอบเป็นโรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย บางรายมีอาการแทรกซ้อนจากโรคและมีอาการแสดง เช่น มีตุ่มหนอง และมีแผลตามลำตัว ทำให้เป็นที่หวาดกลัวของผู้ที่ต้องใกล้ชิด ดังนั้นเมื่อพยาบาลต้องให้การดูแลพยาบาลจึงเกิดความรู้สึกหวาดกลัวต่อการที่จะเข้าไปให้การดูแลหรือกับการที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) พบว่า พยาบาลบางคนใช้พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงถอยหนี ไม่สัมผัสผู้ป่วย เนื่องจากกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวอาจทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยประเมินว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง และอาจจะเกิดอันตรายสำหรับตนเองได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

4. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของพยาบาล เนื่องจากเป็นสิ่งแสดงถึงความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต และการที่บุคคลเคยมีประสบการณ์มาก่อนจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และรู้สึกว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมหรือคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นได้ จึงทำให้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นลดลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984) และสำหรับบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า จะทำให้มีผลต่อการไม่ยอมรับความคิดเห็น หรือความร่วมมือในระหว่างผู้ร่วมงานด้วยกัน ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหา ก้าวร้าวบทรบรพาทหน้าที่ซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่พยาบาลได้ (พัชรินทร์, 2535) นอกจากนี้พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์น้อย จะทำให้เกิดความกลัวและ

ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เร่งด่วน ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการประเมินเหตุการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียดได้ ขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า จะมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีและมีการตัดสินใจได้ดีกว่า อาจเป็นสาเหตุให้ความเครียดลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนิสรา และรัตนดาว (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์กับพฤติกรรมกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล เจริญกรุงพระราชูปถัมภ์ว่า ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพ

5. ด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นจนมีผลกระทบต่อพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะนอกจากให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแล้วยังต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และนอกเหนือจากการติดตามแล้วต้องมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทักษะในการดูแลสุขภาพและทักษะต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ (สมหมาย, 2546) ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลประเมินว่าเป็นความเครียดได้ และบางครั้งบรรยากาศหรืออากาสมายในหอผู้ป่วยไม่ดีทำให้สุขภาพของพยาบาลเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ง่าย อาจทำให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้นและบรรยากาศในการทำงานแล้ว ระเบียบกฎเกณฑ์ขององค์กรและลักษณะงานที่มีความจำเพาะและเสี่ยงต่ออันตรายที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ (พัชรินทร์, 2535) จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการประเมินความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้น เป็นปัจจัยที่สามารถบอกคุณภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองมากขึ้นเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เป็นผลให้พยาบาลประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นภาระในการดูแลมากขึ้น และหนี้อยู่กับการที่ต้องมาให้การดูแลอันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีการประเมินต่อเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด

#### *การเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการปฏิบัติงานตลอดเวลาดังที่กล่าวข้างต้น การหาวิธีการเผชิญความเครียดในการทำงานมิให้สิ่งสมมากขึ้นหรือคงอยู่ระยะยาวนาน จึงเป็นปัจจัยสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับ

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบที่มักจะถูกนำมาใช้ร่วมกันคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจะพิจารณาใช้วิธีการเผชิญใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เข้ามามีกระทบ นอกจากนั้นการเผชิญความเครียดก็ยังมีลักษณะแตกต่างกัน ถ้าบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมก็จะส่งผลให้ความเครียดลดลง สามารถทำให้เข้าสู่ภาวะสมดุลได้ แต่สำหรับผู้ที่ไม่สามารถปรับความเครียดของตนเองได้ จะทำให้บุคคลนั้นมีแบบแผนการรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติไป ได้ ดังนั้นยังพบว่าการศึกษาของพจนาน (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 110 ราย เคยเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.73 เกิดความรู้สึกคับข้องใจ เครียด และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 สามารถเผชิญสถานการณ์โดยการพยายามหาเหตุผลที่ทำให้ตนเองสบายใจ พุดคุยระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจ ปรึกษาผู้อื่นเพื่อแก้ไขปัญหา ปลง/ทำใจให้ยอมรับเหตุการณ์นั้น ๆ และทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และภุชภณ (2545) เรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหา/เผชิญความเครียดเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมี 5 วิธี คือ (1) ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น (2) ปรึกษาหารือ (3) พยายามมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก (4) ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งและ (5) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย/พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและนอกจากนี้ยังพบการศึกษาของพัชรินทร์ (2535) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่พยาบาลใช้ค่อนข้างบ่อยคือ พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

อย่างไรก็ตามได้มีนักวิชาการหลายท่านได้มองแนวทางในการเผชิญความเครียดขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ (Dewe, 1987 อ้างตาม พัทธินทร์, 2535) ได้แก่

1. การกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่นในองค์กร เช่น การจัดระบบงานเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน
2. การหาสิ่งทดแทน ได้แก่ การทำกิจกรรมอื่น ๆ การเล่นกีฬา การพุดคุยปัญหาให้กับเพื่อนร่วมงานที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า เป็นต้น
3. การแสดงออกของอารมณ์ตั้งเครียด เช่น ความคับข้องใจ ความกระวนกระวายใจ
4. การแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยเก็บปัญหาไว้กับตนเองไม่ให้อื่นรับรู้ในปัญหาที่เกิดขึ้นและพยายามหาทางแก้ไขเอง



5. การหลีกเลี่ยงและการละทิ้งสิ่งที่ก่อความยุ่งยากใจในการทำงาน

6. การทำกิจกรรมที่ไม่ใช่การแก้ปัญหาโดยตรง เช่นการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำหรับการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ถือได้ว่าเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องรับผิดชอบในหน้าที่และให้การดูแลผู้ป่วยใกล้เคียงกับพยาบาลผู้ดูแลมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงต้องมีวิธีการเผชิญความเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกับพยาบาลผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติกร (2538) เรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยผู้ดูแลมีวิธีการเผชิญความเครียดโดยเน้นด้านการจัดการกับอารมณ์

จะเห็นได้ว่าแนวทางและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นจะใช้แนวทางการเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบคือเผชิญความเครียดแบบการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์เช่นกัน แต่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดขึ้นอยู่กับว่าพยาบาลผู้ดูแลตกอยู่ในสถานการณ์ใด แล้วประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นมีผลกระทบต่อตนเองระดับไหน และประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม อันตรายหรือเป็นความท้าทายต่อตนเองทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องมีความตระหนักและมีการพิจารณาเลือกแนวทางในการเผชิญความเครียดนั้นโดยใช้แหล่งข้อมูลหรือสติปัญญาจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

#### *เครื่องมือวิธีการเผชิญความเครียด*

วิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นได้มีผู้สร้างเครื่องมือและนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ กันคือ

1. เครื่องมือวัดการเผชิญปัญหา (The way of coping) ของโพลด์คแมน และลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1988 อ้างตาม ทิพาพร และคณะ, 2546) ประกอบด้วยข้อคำถาม 66 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ตัวเลือก จาก 0 เท่ากับ ไม่ได้ใช้เลย ถึง 3 เท่ากับ ใช้มากที่สุด และในการแปลผลใช้คะแนนรวมเพียง 50 ข้อ ซึ่งวัดการใช้วิธีการเผชิญความเครียด 8 แบบคือ การเผชิญหน้า 6 ข้อ การถอยห่าง 6 ข้อ การควบคุมตัวเอง 7 ข้อ การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 6 ข้อ การอบรม 4 ข้อ การหลีกเลี่ยงหนีปัญหา 8 ข้อ การวางแผนแก้ปัญหา 6 ข้อ และการประเมินค่าใหม่ทางบวก 7 ข้อ คำถามอีก 16 ข้อ เป็นคำถามที่เพิ่มเข้ามาเพื่อให้แบบสอบถามเป็นธรรมชาติแต่ไม่นำมาคิดคะแนน โดยทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง

.61-.79 นำไปใช้กับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม 71 ราย และนอกจากนี้พบว่ามีการวิจัยหลายท่านได้นำแบบประเมินมาใช้ในการวัดการเผชิญปัญหาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ โดย แนน้อย (2536) ได้นำเครื่องมือมาดัดแปลงจำนวนข้อ 31 ข้อ ใช้กับผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบาราคนราครูร โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 66 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และพัชรินทร์ ได้นำมาดัดแปลงเหลือจำนวนข้อ 25 ข้อ ใช้กับพยาบาลวิชาชีพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

2.แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping scale) ของจาโลวิก (Jalowiec, 1987 อ้างตาม กิตติกร, 2538) แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา (2531) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจำนวน 40 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1987 จาโลวิกได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ โดยลดจำนวนข้อความในแบบสอบถามลงเหลือ 36 ข้อ การตอบแบบสอบถามผู้ตอบจะเป็นผู้ประเมินตนเองว่าเคยใช้วิธีการเหล่านั้นหรือไม่ และบ่อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อมีคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้พฤติกรรมนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นทุกครั้งให้ 5 คะแนน จาโลวิกหาความเที่ยงโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ (ISREL) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และรายด้านการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 และการเผชิญปัญหาแบบบรรเทาอาการได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และกิตติกร (2538) ได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .74 ซึ่งเครื่องมือพบว่าสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มต่าง ๆ ได้ และมีค่าความเที่ยงสูง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการสร้างเครื่องมือการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส และโฟล์คแมน และเลือกใช้การเผชิญความเครียด 2 ลักษณะคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหาสำหรับการประเมินวิธีการเผชิญความเครียดผู้วิจัยได้พิจารณาใช้แนวคิดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ในการประเมินเนื่องจากครอบคลุมในเนื้อหาและเหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะนำไปใช้

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บุคคลเมื่อต้องอยู่ในสภาพหรือเหตุการณ์ที่ตนเองประเมินว่า เป็นภาวะคุกคามหรือเป็นอันตรายสำหรับตนเองทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจได้สูง ทำให้บุคคลเกิดความไม่แน่ใจในการประเมินตัดสินใจ และมีผลทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นลดลงได้ นั่นก็คือความรู้สึกเครียดเข้ามาแทนที่และรบกวนกระบวนการคิด การตัดสินใจ และมีการขัดขวางต่อการประเมินตัดสินใจต่อเหตุการณ์นั้น ทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง (Lazarus & Folkman, 1984) นั่นก็แสดงให้เห็นว่าความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กันและต่อเนื่องกัน

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียดในด้านอันตราย/สูญเสีย คุกคาม และทำลายกับวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะพบได้น้อย งานวิจัยที่พบเป็นส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาถึงระดับความเครียดโดยรวม ไม่ได้แยกลักษณะความเครียดในแต่ละลักษณะ และจะเป็นการศึกษาที่มุ่งในกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ มากกว่า อย่างไรก็ตามการประเมินความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นเป็นการรับรู้ได้และเป็นลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล จึงใช้ผลการวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อาจจะสามารถสะท้อนให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เช่นกัน จากการศึกษาของฟองพัทตร์ (2542) เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดโดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ (1) มีโรคมะเร็ง ช่วงที่ (2) การชำระเงินค่ารักษา ช่วงที่ (3) อาการไม่สุขสบาย โดยมีประสบการณ์ความเครียดในแต่ละระยะดังนี้ ช่วงที่ (1) ทำทนาย ช่วงที่ (2) คุกคาม ช่วงที่ (3) สูญเสีย และพบว่ามีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดดังนี้ ด้านการควบคุมสถานการณ์ มองโลกในแง่ดี ด้านการใช้จิตวิญญาณตนเอง ด้านการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและด้านการยอมจำนนต่อสถานการณ์ นอกจากนี้เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 66 คน แ่งน้อย (2536) จากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง และสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษา

ของดวงชีวัน (2544) เรื่องความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเกี่ยวข้องกับทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในแทบทุกด้าน โดยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งเน้นอารมณ์และแบบแก้ปัญหา

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาในญาติผู้ดูแล เช่น การศึกษาของกิตติกร (2538) เรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสูง เนื่องจากไม่มีความชัดเจนในอาการทำให้ญาติไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นและไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้หรือไม่ ก่อให้เกิดความเครียดได้ และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ สำหรับการศึกษาในกลุ่มของพยาบาลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะเครียดจากการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 51 คน พบว่า ภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยพบว่ามีเพียงพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากการปฏิบัติงาน (พัชรินทร์, 2535)

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเมื่อพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ต้องประสบกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นเหตุการณ์ที่พยาบาลอาจประเมินว่าเป็นความเครียดในลักษณะที่แตกต่างกัน เมื่อเกิดความเครียดพยาบาลจะต้องพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีการพิจารณาหาแนวทางที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นไปในลักษณะได้นั้นขึ้นกับการประเมินและตัดสินใจเหตุการณ์ดังกล่าว