

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
2. ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของพยาบาลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์
3. ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเอดส์ต่อการได้รับการดูแล
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นกระบวนการหนึ่งท่ามกลางหลายๆกระบวนการที่ชุมชนและองค์กรชุมชนได้พยายามตอบสนองต่อสถานการณ์และลักษณะทางธรรมชาติของโรคเอดส์ในบริบทของสังคมไทย (สมบัติ, 2540) ปัญหาผู้ป่วยเอดส์ในภาคใต้ นับว่ายังมีความรุนแรงอยู่มากเพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ ดังเช่นการศึกษาของสงวัฒนาและแมนเดอร์สัน (Songwathana & Manderson, 1998) เกี่ยวกับการรับรู้ของประชาชนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนพบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่มีปฏิกิริยาในทางลบ ซึ่งเป็นผลมาจากการรณรงค์ของหน่วยงานภาครัฐและอิทธิพลของสื่อที่ทำให้ภาพน่ากลัว มาตรการการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านจึงเป็นมาตรการที่เข้าถึงรากฐานของสังคมและยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการบริการ ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองให้มากขึ้นได้

ความหมาย

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home based care) หมายถึง การจัดบริการต่างๆขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมและ/หรือเจ้าหน้าที่ เพื่อตอบสนอง

ความต้องการทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยที่บริการต่างๆเหล่านี้อาจจะได้รับการแนะนำจากกลไกการช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชนและ/หรือจากเจ้าหน้าที่ (WHO, 1993)

การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน (home health care) หมายถึง บริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล โดยที่มสาธารณสุขจะให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยโดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย (ศรีสุตา, 2537)

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่า บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบริการที่จัดขึ้นโดยเน้นที่การสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นกลไกในการแก้ปัญหาและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยมีความเชื่อว่าสถาบันครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยทั้งนี้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ล้วนต้องการได้รับการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ตนรักภายในบ้านของตน (ปาริชาติ, 2537)

ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน มีดังนี้

1. **ประหยัดค่าใช้จ่าย** ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์แต่ละรายต้องใช้ค่าใช้จ่ายที่สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายชนิดติดต่อกันอย่างต่อเนื่องหรือตลอดชีวิต (วิชัย, 2541) ผู้ป่วยส่วนมากทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ทำให้รับประทานยาไม่ครบตามกำหนดจึงเป็นเหตุให้เกิดการตี้อยาได้ ซึ่งการรักษาโดยใช้ยาหลายชนิดที่มีราคาสูงจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว (บุญใจ, 2538) การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านอย่างต่อเนื่องครบวงจร จะเน้นการระดมความร่วมมือกันและทรัพยากรจากสังคมในทุกระดับเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพ และในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจเช่นนี้การดูแลในรูปแบบดังกล่าวจะช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขได้ และยังเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนมีความตระหนักในปัญหาเอดส์และร่วมกันแก้ไข (อิริค, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวด์ย์และคณะ (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยและญาติร้อยละ 48.0 มีความเห็นว่าการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว

2. **ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น** ดังเช่น ฮาดแดด (Haddad, 1992) ได้กล่าวถึงผลของการบริการสุขภาพที่บ้านว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น เนื่องจากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจ รวมทั้งมีโอกาสสัมผัสกับโรคติดเชื้อน้อยลงทำให้หายจากโรคเร็วขึ้น ส่งผลให้ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอีกทั้งเป็นการช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้มากขึ้น

สอดคล้องกับวัชรวิ, วิจิตรและอุดมรัตน์ (2538) ที่กล่าวว่า การบริการสุขภาพที่บ้านมีความสำคัญต่อสังคมและเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน และมีผลดีต่อผู้ป่วยหลายๆด้าน เช่น ทำให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย สามารถร่วมกิจกรรมภายในบ้านได้ และประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังทำให้มีโอกาสสัมผัสกับโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลน้อยลง เป็นต้น

3. **เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับคนใกล้ชิด** ซึ่งวีระพล (2538) กล่าวว่า การให้การดูแลรักษาที่บ้านมีความสำคัญในการให้หลักประกันว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและข้อดีของการดูแลรักษาที่บ้านคือ ความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยกับคนใกล้ชิด เสริมสร้างการอยู่และการใช้ชีวิตร่วมกันจนกระทั่งผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเกิดการยอมรับในปัญหาของตน

4. **ป้องกันการกลับเข้าสู่โรงพยาบาล** จากการศึกษาของ ดีลอส (Delores, 1987 อ้างตาม มุกดา, 2534) พบว่า การดูแลที่บ้านสามารถป้องกันการกลับเข้าสู่โรงพยาบาล ช่วยให้จำหน่ายผู้ป่วยได้เร็ว และผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้อย่างมีอิสระ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชนิตา (2538) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านในโรงพยาบาล รามาธิบดี พ.ศ. 2537พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านรวมทั้งผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นภาวะวิกฤตไปได้ด้วยดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของวิลลาวัลย์และคณะ (2541) พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนอกเหนือจากการมาตรวจตามนัดลงได้ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเอดส์จะมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานจากภาวะของโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเอง และถูกกระทบจากสังคม สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ ทั้งทางด้านบุคคลและค่าใช้จ่ายต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกว่าอยู่ในภาวะหมดหนทางช่วยเหลือ แม้แต่ในสายตาของแพทย์ พยาบาล ก็ยังมองผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะของความตาย ความสิ้นหวัง ผู้ป่วยเอดส์จึงมักจะถูกละเลย มองข้ามศักยภาพและไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร (สุดาพร, 2538) ผู้ป่วยบางรายต้องการการดูแลต่อเนื่องหรือต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง ตลอดจนต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจ ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใน

ครอบครัวและสังคมได้ (มนัสสินิตย์, 2538) ดังเช่นการศึกษาของ ชื่นจิตต์และคณะ (2537) ถึงความต้องการของผู้ติดเชื้อและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน พบว่า ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความต้องการอบรมในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง และเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับมาก รวมทั้งต้องการกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่อย่างไม่รังเกียจจากแพทย์พยาบาล และญาติพี่น้อง ดังนั้นการดูแลที่บ้านจะช่วยสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (มนัสสินิตย์, 2538)

สำหรับประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา มีรายงานการวิจัยทั้งการแพทย์และทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะงานวิจัยเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของเอดส์ โดยงานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งเน้นทางด้านการรักษา งานวิจัยทางการแพทย์ที่ผ่านมามุ่งสำรวจทัศนคติของสังคมและบุคคลในวิชาชีพต่อผู้ติดเชื้อ (นงลักษณ์, 2540) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์พบว่ายังมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาคเหนือและเป็นการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความต้องการของผู้ติดเชื้อและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน (ชื่นจิตต์และคณะ, 2537) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (วิลาวัณย์, วิลาวัณย์, อะเคื้อและสุกัญญา, 2543) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ไพบุลย์และกัณหา, 2541) เป็นต้น ส่วนในภาคใต้ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านน้อย ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคใต้ในการรณรงค์ป้องกันและดูแลโรคเอดส์ (อุษณีย์, กิตติกรและประนอม, 2540) การสร้างอาสาสมัครเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ (สุเทพ, 2541) ความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอต่อการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ (ธีระนิตย์และบงกช, 2539) รวมทั้งการศึกษารับรู้ของประชาชนในภาคใต้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ (Songwathana & Manderson, 1998) รวมทั้งวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ประณีตและคณะ, 2544)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและที่ชุมชนจะให้ผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยร่วมกันในลักษณะการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (continuum of care) โดยมีองค์ประกอบของการดูแลอย่างสมบูรณ์ (comprehensive care) (ปวงพล, 2539) ซึ่งมีความเชื่อมโยงและประสานงานกันอย่างใกล้ชิดในทุกระดับตั้งแต่ระดับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และครอบครัว/ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งกาย จิต อารมณ์ และสังคม (อิริค, 2542) ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านสามารถสรุปได้ดังนี้ (ปอชวิญ, 2544)

1. การดูแลสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย
 - 1.1 ให้การรักษาเบื้องต้นตามอาการ
 - 1.2 ให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน
 - 1.3 ส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านที่เหมาะสม
 - 1.4 ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ
 - 1.5 ให้อาสาสมัครประจำบ้านและยาป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นวัณโรค
2. การดูแลสุขภาพจิตใจ ประกอบด้วย
 - 2.1 ให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
 - 2.2 ให้กำลังใจ รวมถึงการจัดกลุ่มให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกัน
 - 2.3 ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันกับครอบครัว
3. การดูแลครอบครัว/สังคม/เศรษฐกิจ ประกอบด้วย
 - 3.1 ให้ข้อมูลเรื่องการมีอาชีพที่เหมาะสม
 - 3.2 ส่งเสริมให้มีอาชีพ เช่นการจัดตั้งกลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น
 - 3.3 พิจารณาเรื่องทุนประกอบอาชีพ หรือส่งต่อเรื่องทุนอาชีพที่เหมาะสมให้หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การช่วยเหลือ
 - 3.4 พิจารณาเรื่องทุนการศึกษาบุตรหลาน
 - 3.5 ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสังคม

นอกจากนี้การศึกษาของกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2545) เกี่ยวกับสถานการณ์ผลการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและชุมชนในเขตภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเศรษฐกิจสังคม โดยได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ยาบำรุงและยารักษาตามอาการสม่ำเสมอจากโรงพยาบาล การเข้ากลุ่มช่วยเหลือเรื่องความรู้ กำลังใจ และหน่วยงานของรัฐช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจากการติดต่อของโรงพยาบาล

การดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

กุลธิดา, จิราภรณ์และลีซ่า (2539) และทัศนีย์ (2540) ได้เสนอแนวคิดในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านไว้ 2 ประเด็น คือ การวางแผนจำหน่าย (discharge plan) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.กระบวนการในการเตรียมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ให้การดูแลที่บ้าน (discharge plan) ประกอบด้วย

1.1 การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

1.2 การแนะนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์และญาติผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับความรู้ และการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.2.1 การวางแผนจำหน่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยให้ความรู้ ความเข้าใจ ระหว่างที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์พักรักษาในโรงพยาบาล (bedside counselling)

1.2.2 การแนะนำและให้บริการปรึกษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง กระตุ้นให้เกิดกำลังใจต่อผู้ต่อไป

1.2.3 การจัดอบรมแกนนำผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ การฝึกปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เปิดเผยการติดเชื้อเอดส์ให้ครอบครัวทราบควรเน้นการปฏิบัติตัวเหมือนกลุ่มโรคติดเชื้อทั่วไป

1.3 การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

1.3.1 การติดตามให้การดูแลสุขภาพที่บ้านในรายที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน เช่น ถังมือ อุปกรณ์ทำแผล น้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ ยาอนามัย นมผงและอาหารเสริม ฯลฯ

1.3.2 การประสานงานเพื่อส่งต่อกับโรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย

1.3.3 การประสานขอความช่วยเหลือด้านบริการทางสังคมจากประชาสงเคราะห์

อำเภอ

1.3.4 การให้คำแนะนำในการเพิ่มกิจกรรมการดำรงชีวิตตามความสามารถที่จะทำได้ เช่น การเลี้ยงไก่เพื่อนำไข่มาเป็นอาหาร เป็นต้น

1.3.5 การประสานงานกับองค์กรเอกชนในชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว

2. การเยี่ยมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

2.1 การกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลขึ้นกับความพร้อมของโรงพยาบาล เช่น 1 ครั้ง/สัปดาห์, 2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นต้น

2.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่จะออกไปเยี่ยมบ้าน ได้แก่

2.2.1 ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สมัครใจให้เยี่ยมบ้าน

2.2.2 ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

2.2.3 ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2.4 ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีโรคแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ วัณโรคระยะติดต่อ ฯลฯ

จะเห็นได้ว่าสิ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลที่บ้านและสมัครใจให้เยี่ยมบ้านมาจากการยอมรับของชุมชน ดังนั้นการเตรียมชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ (กุลธิดาและคณะ, 2539) รวมทั้งสิ่งที่ควรตระหนักในการให้การดูแลที่บ้าน

สิ่งที่ควรตระหนักในการให้การดูแลที่บ้าน มีดังนี้ (สุภาวดี, 2538)

1. การให้การดูแลที่บ้าน อาจนำศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นโมโนทัศน์ในการบริการสุขภาพ เช่น ทฤษฎีทางการแพทย์ของนิติงเกลที่กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน โดยปรับหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือทฤษฎีทางการแพทย์ของโอเรียมที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ การฟื้นจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ โดยมองบุคคลว่าเป็นเจ้าของตนเอง สามารถที่จะเรียนรู้และวางแผนในการดูแลตนเอง

2. การผสมผสานบริการสาธารณสุขพื้นฐานกับการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บริการที่บ้าน โดยบริการสาธารณสุขพื้นฐานเป็นบริการที่ควรได้จากรัฐเพื่อการมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งครอบคลุมบริการพื้นฐาน 4 อย่าง คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

3. การใช้กรอบหรือรูปแบบ (model) ทางระบาดวิทยา ประกอบกับกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ใช้ในการดูแลที่บ้านโดยถือว่า ที่อยู่ (host) คือ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม (environment) คือ บ้าน ตัวกระตุ้น (agent) คือ สิ่งเร้าทางกาย (physiological) จิตใจ (psychological) และ/หรือสังคม (sociological nature)

4. องค์การที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน จากโครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ในชุมชนของประเทศไทยซึ่งเกียรติกุลและจิราภรณ์ (2543) พบว่า องค์การที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์มีทั้งหมด 3 องค์การ คือ องค์การภาครัฐ องค์การเอกชนสาธารณประโยชน์ และองค์การชุมชน โดยหน่วยบริการที่ให้การดูแลหลัก คือ หน่วยงานขององค์การภาครัฐ ส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหน่วยงานของกระทรวงอื่นๆที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือมีจำนวนน้อย สำหรับความร่วมมือจากองค์การเอกชนสาธารณประโยชน์และองค์การชุมชนนั้นมีจำนวนมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด จังหวัดสงขลามีรูปแบบการดำเนินงานโดยองค์การภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 62.5 รูปแบบการดำเนินงานโดยองค์การเอกชนสาธารณประโยชน์ ร้อยละ 12.5 และรูปแบบการดำเนินงานโดยองค์การภาครัฐและองค์การชุมชนร้อยละ 25 ซึ่งการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานตามลำพังโดยองค์การภาครัฐ สาเหตุเนื่องมาจากมีองค์การเอกชนและองค์การชุมชนน้อย โดยมีองค์การเอกชนเพียง 1 แห่ง และมีองค์การชุมชน 2 แห่ง

ดังนั้นการจะใช้รูปแบบไหน ไม่ว่าจะ เป็นรูปแบบที่กล่าวถึงหรือรูปแบบอื่นๆ ขึ้นกับว่ามีแนวคิดและจุดมุ่งหมายในการให้บริการอย่างไร และไม่สามารถบอกได้ว่ารูปแบบไหนดีที่สุด (สุภาวดี, 2538) แต่สิ่งที่เห็นได้คือ รูปแบบที่มีการดำเนินงานร่วมกันสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากกว่าและมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์การภาครัฐ เอกชนฯ และชุมชน โดยกิจกรรมการให้บริการของภาครัฐส่วนใหญ่จะมีครบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม-เศรษฐกิจ แต่จะมีจุดเด่นตรงที่การให้บริการในการตรวจและรักษาพยาบาล ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่มีความถนัดในด้านนี้ ส่วนจุดด้อยคือการบริการส่วนใหญ่จะอยู่ในสถานบริการไม่ค่อยมีบทบาทในชุมชนซึ่งเป็นการตั้งรับเสียมากกว่า ผู้ให้บริการมีงานประจำหลายด้านมีผลทำให้มีเวลาในการดำเนินงานให้บริการด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจน้อย ส่วนขององค์กรเอกชนและชุมชนจะมีจุดเด่นตรงการให้บริการด้านจิตใจ ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์มากโดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ให้ความรู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นการทำงานในรูปแบบเชิงรุก เนื่องจากสามารถนำมาช่วยลดจุดอ่อนขององค์การภาครัฐ นอกจากนี้ในส่วนขององค์กรเอกชนยังมีความสามารถให้บริการในด้านสังคม-เศรษฐกิจ เช่น ให้เงินสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนองค์กรชุมชนก็มีความสามารถในการฝึกอาชีพ จุดด้อยขององค์กรเอกชนและองค์กรชุมชนคือส่วนใหญ่ไม่สามารถ

ตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งในส่วนนี้องค์กรภาครัฐสามารถช่วยได้ ทั้งนี้การดำเนินงานแต่ละรูปแบบขึ้นอยู่กับความพร้อมขององค์กรต่างๆในชุมชน การวางนโยบายควรจะทำในรูปแบบการชี้แนะในการให้แนวทาง มีความยืดหยุ่น และไม่ควรถูกกำหนดรูปแบบที่ตายตัว (เกียรติคุณและจิราภรณ์, 2543)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลที่บ้าน

การปรับเปลี่ยนรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นับเป็นการขยายบทบาทของพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป (จอนณะจและประภาพร, 2537) พยาบาลเยี่ยมบ้านมีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้คำปรึกษา แนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน (ดารณี, 2534) เพราะพยาบาลมีโอกาสใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้ทราบถึงปัญหา สามารถให้คำแนะนำ ให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (ศรีสุดา, 2537) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้านหรือพยาบาลอนามัยชุมชนมีดังนี้ (ประภา, 2542)

1. เป็นผู้ให้บริการ (care provider) บทบาทนี้รวมรวมการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลบริการที่ให้แก่นักดูแลครอบครัวและชุมชนการช่วยเหลือดูแลอาจเป็นบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ หรือการสอนบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. เป็นผู้สอนและให้การปรึกษา (nurse educator and counselor) โดยการให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจ และช่วยเหลือตนเองได้
3. เป็นแบบอย่าง (role model) พยาบาลต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพสาขาอื่น รวมทั้งพยาบาลอื่นและนักศึกษาในพฤติกรรมและการปฏิบัติงานด้วยความเอื้ออาทร
4. เป็นผู้รักษาประโยชน์ หรือสิทธิของผู้รับบริการ (client advocate) ตามสิทธิที่พึงมี ซึ่งสามารถทำได้ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
5. เป็นผู้จัดการที่ดี (case manager) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม ส่งเสริมสุขภาพชีวิตของผู้รับบริการ ขณะเดียวกันก็ต้องดูแลไม่ให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินไป

6. เป็นผู้ร่วมงาน (collaborator) โดยปฏิบัติตนและตัดสินใจร่วมกับคนอื่นๆ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผน คนอื่นๆที่ว่านี้อาจจะเป็นผู้รับบริการ ครอบครัว หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่น

7. เป็นผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planner) เป็นการวางแผนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะรวมการประเมินสภาพบ้านหรือสถานที่ผู้รับบริการจะย้ายไปอยู่กับสภาพของผู้รับบริการและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยบางราย

8. เป็นผู้ค้นหาผู้ป่วย (case finder) เป็นการค้นหาผู้ที่มีปัญหาและที่ต้องการบริการสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

9. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent and leader) พยาบาลอาจโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นให้ดีขึ้นได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

10. เป็นผู้ให้บริการชุมชนและเป็นนักวิจัย (community care provider and researcher) บทบาทนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ การประเมิน วางแผน ดำเนินการ และการประเมินปัญหาสุขภาพของชุมชน และการแก้ไข การวิจัยก็เป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลอนามัยชุมชนหรือพยาบาลสาธารณสุข

บทบาทที่คาดหวัง

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านต้องการบุคลากรที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานขั้นสูงมีความตั้งใจที่จะรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน คุณลักษณะที่คาดหวังมีดังนี้ (จอณพะจงและประภาพร, 2537)

1. ทักษะในการประเมินสภาพ พยาบาลต้องมีความสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยตลอดจนสิ่งแวดล้อมได้อย่างลึกซึ้ง การประเมินสุขภาพนี้ช่วยในการติดตามประเมินผลเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลผู้ป่วย กำหนดความถี่ของการเยี่ยม ส่งปรึกษา พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก โภชนากร หรือศูนย์บริการเฉพาะทาง ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกบริการจากสถานบริการสุขภาพต่างๆ หรือการกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง และการจำหน่ายผู้ป่วย

2. ทักษะการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วย แพทย์ และศูนย์ดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ห่างไกลกัน พยาบาลผู้ดูแลสุขภาพที่บ้านต้องเป็นผู้ช่วยให้การสื่อสารเป็นไปด้วยดีในเรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการติดต่อประสานงานในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องยอมรับว่าทำงานกับบุคคลที่มีความเป็นหนึ่งเดียวไม่เหมือนใคร มีจิตสำนึก มีแนวทางของตนเอง การสื่อสารที่ดี

จะช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในการทำงานกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องการศึกษา ศาสนา และพื้นฐานด้านจริยธรรม

3. การตัดสินใจโดยการไตร่ตรอง การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นงานที่ค่อนข้างอิสระ มีความรับผิดชอบที่แตกต่างกันออกไป พยาบาลจะเป็นผู้กำหนดจำนวนผู้ป่วย แผนการดูแล และการเยี่ยมบ้าน ในขณะที่แพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาภายหลังการประเมินสภาพผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการตัดสินใจโดยการไตร่ตรองเพื่อให้การดูแลรักษาได้ทันทั่วถึง กำหนดกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยคำนึงถึงความแตกต่างกันในเรื่องความปลอดภัยภายในบ้าน สถานการณ์ ตลอดจนความไม่ปลอดภัยอื่นๆ ต้องรู้ว่าเมื่อไหร่จะดำเนินการต่อไปหรือเมื่อไหร่จะหยุด

4. มีความยืดหยุ่นและมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา พยาบาลควรมีการเตรียมเครื่องใช้และการดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนเพื่อใช้แก้ปัญหาเฉพาะหน้า

5. การวางแผนงานด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพที่บ้านไม่ใช่การดูแลเพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย พยาบาลที่ทำงานด้านนี้ควรต้องมีการวางแผนงานของตนเองในการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติงานทั้งรายวันและรายสัปดาห์ การเลือกผู้ป่วยและการดูแลจัดการที่เหมาะสมต้องสร้างความคุ้นเคยกับแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนนั้นๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงแผนการดูแลและกำหนดการเยี่ยม

จะเห็นได้ว่า การให้บริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ให้บริการพยาบาลโดยตรง ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วางแผนการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย การสอน และให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ และบริการสังคมต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย และผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความรู้สึกรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของพยาบาลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองของพยาบาลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มีความหลากหลายทั้งในเชิงลบ ได้แก่ ความกลัว การรังเกียจ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง และปฏิกิริยาในเชิง

บวกรได้แก่ความเห็นใจ ความสงสาร ความภาคภูมิใจ การทำทนาย การแสวงหาความรู้ และการขยายบทบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสถานบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ความกลัว** จากการศึกษาของเบเลอร์และแมคเดเนี่ยล (Bayler & McDaniel, 1996) เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาล พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 40 มีความกังวลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เนื่องจากกลัวที่จะสัมผัสกับเชื้อเอชไอวีและกลัวตาย เช่นเดียวกับการศึกษาของบรีออลท์และโพรลิฟรอนิ (Breault & Prolifroni, 1992) ได้ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในพยาบาลจำนวน 16 คน พบว่า พยาบาลมีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการดูแลผู้ป่วยโดยแสดงออกถึงความกลัว โดยการป้องกันตนเองมากเกินไปจนความจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของเปี่ยมปิติ (2534) พบว่า พยาบาลบางคนใช้พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงถอยหนี ไม่สัมผัสผู้ป่วย เนื่องจากกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของธีรานิตย์ (2539) เรื่องความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขต 12 พบว่า ร้อยละ 88.3 คิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ร้อยละ 77.9 ต้องการค่าตอบแทนพิเศษ เพราะคิดว่าทำงานที่เสี่ยงกว่างานอื่นๆ และกว่าร้อยละ 77 มีความคิดเห็นในทางลบกับผู้ติดเชื้อ

นอกจากนี้การศึกษาของวันทนีย์, สุรางค์รัตน์, กิตติยา, สุดสงวน และกิติพัฒน์ (2542) พบว่า พยาบาลมีความไม่มั่นใจความไม่ปลอดภัยในการทำงาน หวั่นวิตกอย่างมากเนื่องจากความหวาดกลัวการติดเชื้อ แต่ต้องปฏิบัติงานเพราะต้องทำตามหน้าที่ เช่นเดียวกับการศึกษาของเลิศชัยและคณะ (2538) และมาลี (2542) ที่พบว่าพยาบาลหลายคนมีความกลัวในการที่อาจจะติดเชื้อโรคเอดส์และกลัวสังคมรังเกียจ แต่ความกลัวนี้ไม่ได้นำไปสู่การหลีกเลี่ยงหน้าที่ของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์เลย ซึ่งความกลัวและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของพยาบาลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อและทัศนคติของสังคมที่รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (อรัญญา และวงจันทร์, 2539) จึงทำให้พยาบาลมีความกลัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างไรก็ตามความกลัวดังกล่าวได้ลดลงไปมากเมื่อบุคคลมีความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ การป้องกันและการดูแลดีขึ้น

2. **การรังเกียจ การปฏิเสธ และการหลีกเลี่ยง** จากการศึกษาของประคองและคณะ (2536) เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ทำงานในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการหนักพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย 10-40 ราย ทุกวัน พบว่า พยาบาลและผู้ช่วยเหล่านี้มีความกดดันมากโดยเฉพาะความกลัวว่าจะติดเชื้อเอดส์ ซึ่งส่งผลให้บุคลากรเอดส์ถอยห่างออกจากผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพและความรู้สึก เช่น ความเห็นอกเห็นใจ จากการศึกษาของชัยวัฒน์และคณะ (2533) เกี่ยวกับความรู้

พฤติกรรม และความตั้งใจปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีความกังวลใจ มีความรู้สึกที่ตนเองมีความเสี่ยง มีจำนวนมากไม่เห็นใจผู้ติดเชื้อที่เกิดจากการเที่ยวสำส่อนและยาเสพติด แต่ก็ยอมรับว่าต้องปฏิบัติตามหน้าที่ เช่นเดียวกับการศึกษาของบรีออลท์และโพรลิโพรนิ (Breault & Prolifroni, 1992) ที่พบว่าพยาบาลพยายามหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยเนื่องมาจากความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ทัศนคติของพยาบาลต่อแบบแผนชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นพวกรักร่วมเพศและติดยาเสพติดก็มีส่วนทำให้พยาบาลอยากปฏิบัติมาตรการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งการที่พยาบาลบางคนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากมีความเชื่อว่าการติดเชื้อของผู้ป่วยเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง (อรัญญา และวงจันทร์, 2539 ; Songwathana & Manderson, 1998) ดังเช่นการศึกษาของนงลักษณ์ (2540) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายรายระบายความรู้สึกว่าการเป็นชายรักร่วมเพศและการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการทวิคุณตราบาปที่สังคมรังเกียจให้แก่กันและกัน

3. ความเห็นใจ ความสงสาร จากการศึกษาของบุญสมและเพียงใจ (2537) เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ ประสิทธิภาพและความตั้งใจในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่เรียนจบหลักสูตรแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีเห็นใจผู้ป่วยและตระหนักดีในการป้องกันและควบคุมโรค มีความเห็นว่าควรจัดให้มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงาน และจัดให้มีสวัสดิการพิเศษร้อยละ 51.9 ยินดีที่จะปฏิบัติงานแต่ควรอยู่ภายใต้เงื่อนไข กรณีที่กลับไปปฏิบัติงานที่สถานีนามัยร้อยละ 75.8 เต็มใจที่จะให้บริการการรักษา มีส่วนน้อยที่ไม่เต็มใจ เพราะรังเกียจ กลัวติดโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของไพบุลย์และกัณหา (2541) ถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสาธารณสุขเขต 6 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขต 6 ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในเชิงบวก โดยมีความคิดเห็นว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลที่น่าสงสารและเห็นใจ ไม่เห็นด้วยที่จะแยกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ออกจากชุมชนไปรวมอยู่ในที่เดียวกัน และผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมกับครอบครัวจะมีผลดีกว่ามีผลเสีย

นอกจากนี้การศึกษาของมอร์ส, นินเดอร์, บอททอร์ฟ และโซลเบิร์ก (Morse, Neander, Bottorff & Solberg, 1991) เกี่ยวกับความหมายและคุณลักษณะของการดูแล พบว่า ธรรมชาติของ

การดูแลมาจากอารมณ์และความรู้สึกเมตตา สงสารหรือเห็นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติดูแล

4. ความภูมิใจและการท้าทาย จากการศึกษาของมาลี (2542) เกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา พบว่า พยาบาลมีความรู้สึกจากการให้การดูแลมี 4 ลักษณะ คือ 1) มีความสุขจากการให้การดูแล 2) เพิ่มพลังกายพลังใจให้ทำต่อไป 3) ได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น และ 4) เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ เนื่องจากได้ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและมีโอกาสดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ความสามารถที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของบริออลท์และโพรลิฟรอนิ (Breault & Prolifroni, 1992) ที่พบว่าพยาบาลส่วนหนึ่งมีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยเอดส์โดยรู้สึกเห็นอกเห็นใจและรู้สึกว่าการให้การดูแลเป็นสิ่งท้าทาย เป็นความภาคภูมิใจที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของออสบอร์น (Osborn, 1992) พบว่าปัญหาเอดส์เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะแก้ไขและเอาชนะ

5. ความพอใจในวิชาชีพและการขยายบทบาท มีรายงานว่าบุคลากรเอดส์ส่วนหนึ่งเห็นว่าการทำงานเอดส์เป็นการกระตุ้นภูมิปัญญา ความพอใจในวิชาชีพเพิ่มขึ้น ได้ขยายบทบาทงานวิจัยและการบริการ (Pascacreta & Jacobjen, 1989) มีความรู้สึกว่าได้เติบโตก้าวหน้าในวิชาชีพ (Bor, 1991) นอกจากนี้การทำงานเอดส์ยังช่วยให้บุคลากรเอดส์เปิดใจตัวเองสู่คำถามพื้นฐานอันสำคัญของชีวิตว่า ด้วยคุณค่า ความหมายของชีวิต และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรวมถึงบุคลากรจะเลือกวิถีชีวิตอย่างไรด้วย อีกทั้งเช่นได้ช่วยผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ได้ช่วยคนใกล้ตาย ได้เห็นความกล้าหาญและกำลังใจของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (พรชัย, 2538)

จากผลการศึกษาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของพยาบาลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์มีทั้งในเชิงลบและเชิงบวก และเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการดูแลที่เกิดขึ้นในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งยังไม่ได้ในภาพปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลที่บ้าน จึงเป็นที่น่าสนใจว่าความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของพยาบาลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นอย่างไร

ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเอดส์ต่อการได้รับการดูแล

การศึกษาความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเอดส์ต่อการได้รับการดูแลพบว่ามี ความหลากหลายขึ้นอยู่กับสภาพภูมิหลัง ลักษณะอาการ เจ็บป่วย กำลังใจ (เนาวรัตน์และคณะ, 2541) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสถานบริการ ความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองที่พบมีดังนี้

1. ความต้องการความเข้าใจ การยอมรับและการไม่รังเกียจ จากการศึกษาของวิลาวัลย์, ประยงค์, ธนารักษ์, ชมนาดและดาราพรรณ (2542) เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัวและ ชุมชนในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มี ความต้องการให้บุคลากรที่มีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพไม่แสดงความรังเกียจ ยอมรับและเข้าใจ ให้ ความเห็นใจ เป็นกำลังใจให้สามารถต่อสู้กับสภาพทุกข์ทรมานทั้งกายและใจจากสภาวะของโรคร้าย ต้องการให้รัฐจัดสถานพยาบาลรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ มาให้การดูแลรักษา ต้องการความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว ญาติสนิทหรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และอยากตายที่บ้านมากกว่าตายที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของนางลักษณ (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากผู้อื่นและบุคคลที่แสดงความรังเกียจมีตั้งแต่ครอบครัว คู่สมรส คนรัก เพื่อน ผู้ร่วมงาน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์

2. ความโกรธ จากการศึกษาของนางลักษณ (2540) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มองว่าเอดส์เปรียบเสมือนตราบาปของสังคม และได้รับการปฏิบัติที่ แตกต่างจากผู้อื่น ถูกรังเกียจจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีการแสดงออกในรูปแบบของการแสดง ความโกรธอันเนื่องมาจากการให้การดูแลด้วยท่าทีที่ไม่เต็มใจและการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ติดเชื้อเล่าถึงความโกรธที่แสดงออกมาในรูปแบบความก้าวร้าวรุนแรงว่า ครั้งหนึ่งเคยชก พยาบาลเพราะพยาบาลเข้ามาจับแล้วสั่งให้ทำโน่นทำนี่ ซึ่งตอนนั้นไม่อยากจะทำอะไร อยากอยู่คนเดียว

3. การปฏิเสธ จากการศึกษาการได้รับบริการการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านใน จังหวัดลำปาง โดยกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2539) พบว่าผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์บางรายไม่ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐและ เอกชนโดยมีเหตุผลคือสามารถไปหาเจ้าหน้าที่เองได้เมื่อมีปัญหาและบางรายกลัวการเปิดเผยต่อ ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรืองศิลป์ (2541) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต้องการให้มีการ จัดตั้งชมรมช่วยเหลือต่างๆที่สถานบริการหรือโรงพยาบาล เนื่องจากไม่กล้าเปิดเผยตนเองในชุมชน นอกจากนี้หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไปเยี่ยมบ้านขอให้ไปครั้งละ 1-2 คน ต้องการให้แต่งกาย

ธรรมดาและไม่อยากให้ผู้อื่นติดตามไปด้วย (Songwathana & Manderson, 1998) เช่นเดียวกับการศึกษาของซึนจิตต์และคณะ (2537) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านพบว่า ผู้ติดเชื้อและครอบครัวร้อยละ 53.5 ไม่ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้าน หากจำเป็นต้องมีการเยี่ยมบ้าน ผู้ติดเชื้อต้องการให้พยาบาลเป็นผู้เยี่ยมมากที่สุด ส่วนครอบครัวต้องการให้นักจิตบำบัดเป็นผู้เยี่ยมมากที่สุด

4. ความสุข ความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ความมั่นใจ และมีกำลังใจ จากการศึกษาของมาลี (2542) พบว่า ความรู้สึกของผู้ป่วยจากการที่ได้รับการดูแลของพยาบาลในโรงพยาบาลมี 4 ลักษณะ คือ 1) มีความสุขทางใจ 2) รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง 3) เกิดกำลังใจต่อผู้ชีวิต และ 4) ตระหนักในคุณค่าพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของนงลักษณ์ (2540) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกว่าความช่วยเหลือที่ได้รับจากองค์กรนั้นไม่มีอคติ ไม่มีการแบ่งแยก การร่วมกิจกรรมที่องค์กรจัดขึ้นเปรียบเสมือนช่วงเวลาแห่งการพักผ่อน ไม่มีความลับที่ต้องปิดบัง ได้รับความรัก ความเข้าใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือตลอดเวลา ทุกวัน ทุกสัปดาห์หรือทุกเดือน นอกจากนี้การได้รับการดูแลมีผลไปถึงกำลังใจที่อกแงและความหวังในการมีชีวิตอยู่ เกิดกำลังใจต่อผู้ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์สันและคณะ (Carson et al., 1990) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความมั่นใจและศรัทธาต่อการรักษาโรคที่ได้รับ เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยสุดา (2542) พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เกิดความมั่นใจในการรักษาของแพทย์และพยาบาลว่าจะให้การดูแลรักษาเพื่อควบคุมอาการของตนได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

นอกจากนี้ผลการศึกษาของมอร์สและคณะ (Morse et al., 1991) พบว่า การดูแลทำให้ผู้ป่วยมีความสุข สุขสบาย มีความพึงพอใจ ลดความวิตกกังวล และการศึกษาของสุระ (2542) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นและพร้อมในการใช้ชีวิตในสังคมยิ่งขึ้นกว่าเดิม

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเอดส์ต่อการได้รับการดูแลมีความหลากหลาย และเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการได้รับการดูแลที่เกิดขึ้นในสถานบริการมากกว่า ซึ่งยังขาดในภาพปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่าความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเอดส์ต่อการได้รับการดูแลที่บ้านเป็นอย่างไร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นบริการสุขภาพที่มีแนวโน้มความต้องการมากขึ้น (รุจา, 2537) และเป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพที่ควรจะให้ความสนใจ เนื่องจากจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (บุหงา, 2537) และในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่จะเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรค ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงาน และปัจจัยส่งเสริม

1. ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ประกอบด้วยทัศนคติและเจตคติต่อโรคเอดส์ การรับรู้บทบาทของพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์

1.1 ทัศนคติและเจตคติต่อโรคเอดส์ ทัศนคติเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญและเป็นตัวกำหนดท่าทีในการแสดงออกของบุคคล หรือเป็นแนวทางที่กำหนดการปฏิบัติของบุคคล (ประภาเพ็ญ, 2536) สอดคล้องกับอรุณ (2526) ที่กล่าวว่า การมีเจตคติที่ดีต่องานนั้นนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นเพราะเจตคติส่งผลต่อแรงจูงใจในอันที่จะทำให้บุคคลประหมัดและเลิกสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งหมายความว่าไปถึงการแสดงพฤติกรรมด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของเรณา (2540) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ นั่นคือเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติที่ดี ก็ยิ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ดีด้วย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของกิตติยา (2533) ที่พบว่า ทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการระวังควบคุมการติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากการมีทัศนคติต่อการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ดีทำให้ไม่กลัวต่อการติดเชื้อเอดส์ ทำให้ขาดความระมัดระวังขณะทำการพยาบาลผู้ป่วยได้

นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าพยาบาลส่วนหนึ่งมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และกลัวที่จะต้องสัมผัสกับเลือดของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เช่นการศึกษาของเชียร์เรอร์, ฮักเฮย์ และคูนน์ (Scherer, Haughey & Kunn, 1992) เกี่ยวกับความกังวลต่อโรคเอดส์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลร้อยละ 38 เห็นว่าพยาบาลควรมีสติธิปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของแวนวิสส์เซน และวูดแมน (Van Wissen & Woodman, 1994) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าพยาบาลควรมีสติธิเช่นเดียวกับผู้ป่วยและสำคัญเท่าๆกัน โดยพยาบาลต้องมีสติธิในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยหรือปฏิเสธ

การดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของเปียมมิตติ (2534) เกี่ยวกับการตีตราผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีอคติต่อผู้ป่วยเอดส์ระดับปานกลาง คือ แยกผู้ป่วยออกจากสังคมและปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์ไปตามหน้าที่ โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่ากิจกรรมพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ (2540) พบว่า ยังมีเจ้าหน้าที่บางส่วนที่มีทัศนคติต่อโรคเอดส์ในทางลบซึ่งยังคงมีความรังเกียจ เลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยประกอบด้วยเกรงว่าตนเองอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเช่น วัณโรคและอื่นๆ จึงยังคงมีท่าทีและปฏิกิริยาแสดงความรังเกียจผู้ติดเชื้อ

อย่างไรก็ตามการศึกษาของเลิศชัยและคณะ (2538) ที่พบว่า พยาบาลหลายคนมีความกลัวในการที่อาจจะติดเชื้อโรคเอดส์และกลัวสังคมรังเกียจ แต่ความกลัวนี้ไม่ได้นำไปสู่การหลีกเลี่ยงหน้าที่ของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์เลย ซึ่งบางคนมีความเชื่อมั่นมากขึ้นหากรู้สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์นั้นๆ

1.2 การรับรู้บทบาทของพยาบาล การรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน ถ้าหากว่าการรับรู้บทบาทที่ไม่ถูกต้องแล้วผลการปฏิบัติงานจะเท่ากับศูนย์ (ดวงตา, นิรัตน์, จรรยาและวิไล, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของดวงตาและคณะ (2541) พบว่า การรับรู้บทบาทของพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาล

1.3 ประสิทธิภาพในการทำงานและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ประสิทธิภาพในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งประสิทธิภาพต้องอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน (McCann, 1997) จากการศึกษาของ ริออร์แดน (Riordan, 1991) พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลอนามัยชุมชน แตกต่างจากการศึกษาของ โคเออร์เนอร์ (Koerner, 1981) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานที่ต่างกันไม่ได้ทำให้การปฏิบัติงานต่างกัน

ส่วนประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น จากการศึกษาของเรณา (2540) พบว่า พยาบาลที่มีประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์กับพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์พร, นฤมล, สุจิตรา, วิราวรรณและรัชณี (2536) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานกับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเลือดต่างกันไม่ได้ทำให้การปฏิบัติงานแตกต่างกัน

1.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ การมีความรู้มากขึ้นจะสนับสนุนให้เกิดความเต็มใจหรือความต้องการให้การดูแลผู้ป่วย (Thaniwattananon, 1995; Jemmott & Lemmott, 1992 cited by Schietinger & Daniels, 1996) นอกจากนี้การขาดความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และขาดทักษะทางจิตวิทยา ทำให้เกิดความไม่มั่นใจหรือไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของประภาเพ็ญ (2536) ที่ว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องใดก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่วนการศึกษาของวรรณเพ็ญและปรียากมล (2542) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จใหม่จากมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการระวังและควบคุมการติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากแหล่งความรู้เรื่องต่างๆมักจะทำให้ข้อมูลในทางบวกส่วนใหญ่ โดยบ่งบอกว่าโรคเอดส์ไม่ติดต่อง่ายเพื่อไม่ให้เกิดความกลัวและรังเกียจที่จะอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและการให้การดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเลิศชัยและคณะ (2538) เกี่ยวกับความพร้อมของแพทย์ พยาบาลระดับอำเภอในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ พบว่าแพทย์และพยาบาลมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสาเหตุการติดเชื้อโรคเอดส์ และข้อควรระวังสากลการปฏิบัติและการป้องกันเป็นอย่างดี แต่การปฏิบัติไม่เป็นไปตามความรู้ที่มีอยู่เสมอไป

2. ปัจจัยด้านหน่วยงาน ปัจจัยด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ประกอบด้วย นโยบายของหน่วยงาน งบประมาณ ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ การได้รับการฝึกอบรม และการประสานงาน

2.1 นโยบายของหน่วยงาน โรงพยาบาลที่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Stuart-Siddall, 1986) ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปฏิบัติพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลโรงพยาบาลประจำจังหวัดเขต 1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของดวงตาและคณะ (2541) พบว่า นโยบายของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน การศึกษาของริอร์ดาน (Riordan, 1991) พบว่า นโยบายของหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลอนามัยชุมชน และการศึกษาของสุทธาทิพย์ (2535) พบว่า องค์ประกอบนโยบายและการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของพยาบาลวิชาชีพในด้านกรบริการ การนิเทศ การติดตามประเมินผล และการปฏิบัติงาน นอกจากนี้จากการศึกษาของวันทนีย์และคณะ (2542) เกี่ยวกับการพัฒนา

รูปแบบการทำงานกับเด็กติดเชื้อ เด็กป่วยเป็นเอดส์และครอบครัว พบว่าไม่มีนโยบายด้านเอดส์ที่ชัดเจนและผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจนโยบายการให้บริการผู้ป่วยเอดส์ของหน่วยงาน

2.2 *งบประมาณ ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์* งบประมาณเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในการบริหารและพัฒนางาน ทำให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้เหมาะสมและสะดวกในการให้บริการ ส่งเสริมและสนับสนุน จูงใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน (สุคนธา, 2543) การขาดอุปกรณ์ ป้องกันการติดเชื้อหรือเครื่องมือเครื่องใช้มีคุณภาพต่ำ ทำให้พยาบาลไม่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วย (Thaniwattananon, 1995) ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานของรัฐที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ขาดการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ งบประมาณ ส่วนมากให้กับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน (สุมาลี, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของเกียรติคุณ (2542) พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน ประการหนึ่งคือขาดแคลนทรัพยากรโดยเฉพาะงบประมาณ และการศึกษาสภาพแวดล้อมขององค์กรและการให้บริการสุขภาพที่บ้านของสมาคมเย็บบ้านและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐานของเบอร์แมน (Burman, 1992) พบว่า เงินทุนเป็นปัจจัยทางด้านองค์การอีกปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนการปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่บ้านของสมาคมเย็บบ้านและหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านที่ใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน และจากการศึกษาของวันทนีย์และคณะ (2542) พบว่า ปัญหาในการปฏิบัติงานอีกประการหนึ่งคืองบประมาณไม่เพียงพอและไม่มีงบประมาณพิเศษ เช่น ค่าตอบแทนหรือเบี้ยเลี้ยงในการปฏิบัติงานกรณีออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยซึ่งต้องใช้งบประมาณส่วนตัวของเจ้าหน้าที่

2.3 *การได้รับการฝึกอบรม* การฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคลในหน่วยงานเป็นการสอนให้คนได้เรียนรู้และเข้าใจในหลักการและวิธีการที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป (ไพลิน, 2530 อ้างตาม ดวงตาและคณะ, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของดวงตาและคณะ (2541) พบว่า การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน และจากการศึกษาเชิงสำรวจถึงความต้องการความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านของอาคและนีส์ (Ark & Nies, 1996) พบว่า พยาบาลมีความต้องการความรู้ในด้านการประเมินสุขภาพและการติดต่อสื่อสาร และความต้องการทักษะในด้านการประเมินสุขภาพ การติดต่อสื่อสาร และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากกว่าด้านอื่นๆ

2.4 *การประสานงาน* การประสานงานเป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติงาน (Cloonan & Shuster, 1990) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและป้องกันการบริการที่ซ้ำซ้อน (Packard-Helie & Lancaster, 1989; Wearing, 1994) หน่วยงานควรมีการประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (สุคนธา, 2543) ซึ่งปัจจุบันนี้ไม่มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ประสานระหว่างโรงพยาบาลและบ้านในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนที่จะให้การดูแลซึ่งจะทราบก็ต่อเมื่อไปเยี่ยมบ้าน ในขณะที่จำนวนพยาบาลอนามัยชุมชนมีน้อยจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควร (สุมาลี, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของวันทนีและคณะ (2542) พบว่า มีปัญหาการประสานงานภายในหน่วยงานเดียวกัน แต่ละหน่วยงานไม่ยากเกี่ยวข้องและรับผิดชอบผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ความร่วมมือของหน่วยงานอื่นในสังคมรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์โดยตรงมีน้อย

3. ปัจจัยเสริม ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประกอบด้วย ความร่วมมือของผู้ป่วย การเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย อิทธิพลของครอบครัวและการสนับสนุนของผู้ร่วมงาน ความพึงพอใจส่วนบุคคลและรางวัลวิชาชีพ ขวัญและกำลังใจในการทำงาน

3.1 ความร่วมมือของผู้ป่วย ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นพยาบาลต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นประการสำคัญ ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การสร้างสัมพันธภาพของพยาบาล (สุมาลี, 2540) ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการพยาบาลจะทำให้พยาบาลมีความต้องการให้การดูแล และผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือจะทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางการให้การดูแล (Thaniwattananon, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาโดยพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างตามที่พยาบาลแนะนำเป็นเหตุผลที่ทำให้พยาบาลอยากให้การดูแล

3.2 การเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยและยอมรับผู้ป่วยโดยไม่จำกัดเชื้อชาติ สีผิว ศาสนา และวิถีชีวิต เป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลมีความเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วย (McCann, 1997) นอกจากนี้ความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยในตัวผู้ป่วย ตั้งใจฟังเมื่อผู้ป่วยพูด จะช่วยให้สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ (สุมาลี, 2540)

3.3 อิทธิพลของครอบครัวและการสนับสนุนของผู้ร่วมงาน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยกล่าวคือถ้าครอบครัวไม่สนับสนุนจะทำให้พยาบาลไม่เต็มใจให้การดูแลและการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานจะทำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (McCann, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงตาและคณะ (2541) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอร์และเบิร์น (Moore & Burn, 1976) พบว่า ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำงานประการหนึ่ง

3.4 ความพึงพอใจส่วนบุคคลและรางวัลวิชาชีพ เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้เรียนรู้เรื่องราวใหม่ๆ จากผู้ป่วย ได้รับข้อมูลที่เป็นสิ่งท้าทาย สิ่งเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และยังได้โอกาสในการพัฒนาความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพกับผู้ป่วย (McCann, 1997)

3.5 ขวัญและกำลังใจในการทำงาน การขาดขวัญและกำลังใจในการทำงานจะทำให้พยาบาลไม่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วย (Thaniwattananon, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของวันทีนีย์และคณะ (2542) พบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากขาดการสนับสนุนในการปฏิบัติงานและผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญ ส่วนการศึกษาของประณีตและคณะ (2544) พบว่า ผู้บริหารเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่องานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพราะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือโดยการให้ออกาสบุคลากรที่ทำงานด้านนี้และให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำให้ผู้ทำงานเกิดกำลังใจที่จะทำงานต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่มีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดของสำนักปรากฏการณ์นิยม (phenomenology or interpretativism) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ (อาภรณ์, 2536) ที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543) ซึ่งเชื่อว่าความจริงแท้แน่นอนนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไปเพราะธรรมชาติหรือสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาปรากฏการณ์ทางสังคมเกิดขึ้นเพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมตามที่ถือว่าเหมาะสมกับบริบท (context) ที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลานั้น ฉะนั้นจึงถือว่าผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ได้ดีที่สุดคือ ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้น (อาภรณ์, 2536) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ความหมายหรือบ่งบอกการมีชีวิตอยู่โดยตนเอง (existence is its own disclosure) (Bouman, 1989 cited by Leonard, 1994) โดยบุคคลนั้นจะพรรณาประสบการณ์ออกมาจนชัดเจนมากที่สุดและมีสาระสำคัญที่เด่นชัด (รุจา, 2531)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือธรรมชาติของมนุษย์ โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริงและการรับรู้ ทฤษฎีและการปฏิบัติ (ประณีตและคณะ, 2543) เพื่อชี้แนะข้อควรระวัง กระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบและลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและ

การปฏิบัติ ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทฤษฎี (อาภรณ์, 2536) เป็นการศึกษาที่ต้องสืบสวนทุกแง่มุมของปรากฏการณ์ทั้งในแง่ของตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม เพราะนักปรากฏการณ์เชื่อว่า มนุษย์แต่ละคนมีความเป็นเอกภาพ ทั้งในแง่ความคิดและการกระทำที่อาจแปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อมจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคลไปพร้อมกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม และความคิดที่ซ่อนอยู่ในพฤติกรรมของบุคคลนั้น (ศรีเพ็ญ, 2532)

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาได้นำเสนอเป็นคนแรกโดยฮัสเซล (Husserl) ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของปรัชญาแนวปรากฏการณ์วิทยา (ประณีตและคณะ, 2543; Omery, 1983) ซึ่งมีแนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้ศึกษาจะต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา และเนื่องจากฮัสเซลมีพื้นฐานเป็นนักคณิตศาสตร์ จึงใช้คำว่า “เก็บไว้ในวงเล็บ” (bracketing) และมีกระบวนการตัดทอน (reduction) ของข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปเพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง ซึ่งต่อมาไฮเดกเงอร์ (Heidegger) ศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของฮัสเซล ได้พัฒนาแนวคิดของการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นปรากฏการณ์วิทยาเพื่อการทำความเข้าใจ (hermeneutic phenomenology) โดยเน้นว่า เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นการเข้าใจแนวคิดของความเป็นบุคคลจึงมีความสำคัญ เพราะจะนำไปสู่แนวคิดในการเลือกใช้ปรัชญานี้เป็นระเบียบวิธีวิจัย แนวคิดเกี่ยวกับบุคคลมีดังนี้ (ประณีตและคณะ, 2543; Leonard, 1994)

บุคคล (person) เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นๆ นั่นคือ ประสบการณ์ของใครก็เป็นของคนๆ นั้น ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง ภาษา ภูมิหลัง หรือวัฒนธรรมที่สืบทอดและติดตัวบุคคลนั้นมาตั้งแต่กำเนิด ไม่ใช่เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ดังนั้นการศึกษาถึงบุคคลจะต้องศึกษาให้เข้าใจในบริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นว่าเป็นอย่างไร

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลให้คุณค่าหรือความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา

และภูมิหลังของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจในการแสดงออกหรือความรู้สึกของบุคคล จึงต้องศึกษาบุคคลในบริบทของคนๆนั้น

3. บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่น หรือความจริงจากทฤษฎี

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิต ไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ โดยเชื่อว่า คนประกอบด้วย กาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวม ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงของทุกสิ่งในตัวบุคคลคนนั้น

5. บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีตและส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลดังกล่าวแล้ว การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมน นิวติกซ์ ยังต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดขึ้นหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อม (world) ซึ่งเป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งซึมซับอยู่ในตัวบุคคลที่เรารู้มาตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ (Koch, 1995; Walsh, 1996) ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรม และภูมิหลังที่บุคคลประสบอยู่

แนวคิดที่สำคัญในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมน นิวติกซ์อีกประการหนึ่ง คือ การเชื่อมโยงประสบการณ์ (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะได้รับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งหนึ่งที่บุคคลรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ต่อมามีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลที่ลึกซึ้ง คือ กาดาเมอร์ (Annells, 1996; Gadamer, 1976 cited by Koch, 1996) ศิษย์เอก

และเพื่อนร่วมงานของไฮเตทเจอร์ โดยเพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญอีก 2 ประการ ดังนี้ (ประณีตและคณะ, 2543; Koch, 1995; Annells, 1996)

1. ภาษา (language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่เข้าใจเฉพาะในกลุ่มหรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องใช้ในการสนทนาหรือการสื่อสาร โดยทำความเข้าใจกับคำหรือภาษา ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย

2. การเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆจากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจที่ถูกต้องและลึกซึ้งซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อ มีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะในการศึกษาถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ศึกษาย่อมต้องมีความรู้หรือความคิดจากการอ่านหรือทบทวนวรรณกรรมมาก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือคำถาม อย่างไรก็ตามคำถามที่ต้องการการตอบของผู้ให้ข้อมูล ไม่ได้ใช้เป็นกรอบที่จำกัดการตอบหรือข้อมูลที่ต้องการศึกษา แต่ควรเป็นในลักษณะของการเชื่อมโยง เพื่อให้สิ่งที่ศึกษาหรือข้อมูลที่ค้นพบนั้นเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่เกิดความลำเอียง

จากแนวคิดของปรากฏการณ์แบบเฮร์แมนนิคดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสอดคล้องกับความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัย และสอดคล้องกับแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ซึ่งเป็นประสบการณ์ของพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลที่บ้าน และประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นขณะได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้วิจัยศึกษาให้เข้าใจการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ่งแวดล้อม และภูมิหลังที่มีความเกี่ยวข้องอยู่กับผู้ให้ข้อมูลนั้น โดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายและบรรยายประสบการณ์ออกมาเองในสิ่งที่เขาให้ความหมาย ให้คุณค่า และความสำคัญจากประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบัน และเนื่องจากภาษาเป็นสื่อที่ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสัมภาษณ์จึงผสมผสานเทคนิคการสะท้อนกลับ การให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ การกล่าวซ้ำ เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูล และเห็นภาพของประสบการณ์ให้มากที่สุด นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเพื่อให้สามารถมองประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ เหมือนกับผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นเพียงประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัว แต่ยังไม่เห็นบทบาทของพยาบาลที่ชัดเจน ว่าได้ทำ

กิจกรรมและการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยศึกษาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งจากพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจการดูแลที่บ้านตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ผลการวิจัยจะช่วยให้แนวทางในการวางแผนดูแลที่บ้านได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและพยาบาล ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการศึกษาพยาบาลและการบริหารการพยาบาลเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านอย่างมีคุณภาพ