



ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแล
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
The Caring Experiences of Nurses and HIV/AIDS Patients

มาลี ประทุมศรี
Malee Prathumsri

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing
Prince of Songkla University
2542

(1)

Order Key	18604
BIB Key	156129

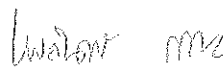
เลขหมู่	RC604A26 8160 1592
เลขทะเบียน	7.2
ปี	2542

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสมการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ชื่อผู้เขียน นางมาลี ประทุมศรี
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

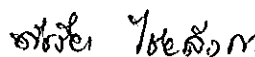

.....ประธานกรรมการ
(ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)


.....ประธานกรรมการ
(ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

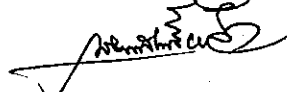

.....กรรมการ


.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เขาวลิต)(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เขาวลิต)

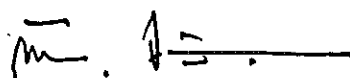

.....กรรมการ

(อาจารย์พัชรียา ไชยลังกา)


.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทรพรหมมา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ชื่อผู้เขียน นางมาลี ประทุมศรี

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา 2541

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสิทธิภาพการให้การดูแลของพยาบาล และประสิทธิภาพการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 6 ราย และพยาบาล 5 ราย ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2541 ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ความหมายและพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายสอดคล้องกันใน 4 ลักษณะคือ 1) ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย ได้แก่ช่วยให้เกิดความสุขสบาย ช่วยเหลือเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน และช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว ได้แก่ เอื้ออาทร สนใจเอาใจใส่ และถนอมจิตใจห่วงใยความรู้สึก 3) สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิต ได้แก่ เยียวยารักษาใจ และปลูกสร้างพลังใจและ 4) เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ได้แก่ยอมรับความเป็นบุคคลและส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ โดยความรู้สึกรจากการได้รับการดูแลของผู้ป่วย มี 4 ลักษณะ คือ 1) มีความสุขทางใจ 2) รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง 3) เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต และ 4) ตระหนักในคุณค่าพยาบาล ส่วนความรู้สึกจากการให้การดูแลของพยาบาล มี 4 ลักษณะ คือ 1) มีความสุขจากการให้การดูแล 2) เพิ่มพลังกายพลังใจให้ทำต่อ 3) เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพและ 4) ได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น โดยมีปัจจัยส่งเสริมการดูแล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านพยาบาลซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันในเรื่องคุณลักษณะที่ดีของพยาบาล สำหรับระยะเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้สงสารและเห็นใจ และเกิดกำลังใจจากการให้การดูแลรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันใน 2 ลักษณะคือ ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและมีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ 3) ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง โดย

ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเพราะพยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแล ขณะที่พยาบาลอธิบายว่า เพราะแบบอย่างจากบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน และปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านพยาบาล โดยผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่า มีภาระงานมาก สำหรับคุณลักษณะพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และมีข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่รับรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยคุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล สำหรับอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และเป็นผู้ป่วยสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลรับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล ทั้ง 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ร่วมงาน และญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ

ผลการศึกษานี้ สามารถให้แนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเป็นแนวทางสำหรับการบริหารการพยาบาล การศึกษาการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล

Thesis Title	The Caring Experiences of Nurses and HIV/AIDS Patients
Author	Mrs. Malee Prathumsri
Major Program	Adult Nursing
Academic Year	1998

Abstract

This phenomenological study aimed to describe and explain the caring experiences of nurses and HIV/AIDS patients. Eleven participants comprised of six patients and five nurses were purposively recruited from a hospital in Songkhla. Data were obtained using in-depth interviews, non-participant observations in conjunction with field notes and tape-recording during March to June 1998. The Colaizzi's method was applied for data analysis.

The study showed that both the patients and nurses shared similar meanings and caring behaviors in four perspectives. Firstly, **Helping** consists of four characteristics which are : *Maintaining comforts, Preventing complications, Attenuating stresses, and Helping through the dying process.* Secondly, **Emotional support to reduce loneliness** consists of three characteristics which are : *Compassion, Attention, and Concern.* Thirdly, **Enhancing willpower** consists of two characteristics which are : *Healing the heart and Empowering.* Fourthly, **Respecting human dignity** consists of two characteristics which are : *Respecting the patient as a person, and Promoting patient rights and autonomy.* Four aspects of feelings were identified by patients when they received caring which include : 1) *Psychological well-being,* 2) *Perceiving self-worth,* 3) *Increasing power to continue life,* and 4) *Recognizing nurses' valuable.* The nurse participants identified four aspects of feelings from their caring which include : 1) *Feeling happy,* 2) *Increasing motivation for caring,* 3) *Feeling proud of self and the profession,* and 4) *knowing the patient.* Participants in both groups identified three facilitating factors for caring which are : 1) **factors related to nurses** include : *Good personality traits* which were identified by the patients and nurses. Only nurse participants identified that *Duration and interaction with patients lead to compassion,* and *willpower from caring* as facilitating factors. 2) **factors related to patients** include :

Compliance to therapeutic regimen, and Nature of the illness 3) **factors related to other persons** include : *Assignment* was perceived by the patients as a facilitating factor, which *Role model*, and *Good relationship in the workplace* identified by nurses. In addition, both groups identified three inhibiting factors which are : 1) **factors related to nurses** include : *High workload* was perceived by both groups, while the patients perceived that *Characteristics of nurses*, and *Limited role-functions* were inhibiting factors for caring. 2) **factors related to patients** include : *Characteristics of patients* were identified by both groups, while *Less-severe illness*, and *Receiving free health care service* were perceived by the patients as inhibiting factors of caring 3) **factors related to other persons** which are only identified by nurse participants are *Inappropriate behavior of colleagues*, and *Family's non compliance*.

The results of this study will be useful for improving nursing care of HIV/AIDS patients, nursing management, nursing education and nursing research.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เขาวลิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดมา รวมทั้ง ดร.ประณีต ส่งวัฒนา ดร.วันดี สุทธรังษี ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์ และอาจารย์พัชรียา ไชยลังกา ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเครื่องมือวิจัย/ผลการวิจัย และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และให้แนวทางในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักและระลึกถึงอยู่เสมอ จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ติดตามเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี โดยการให้ออกาสผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจประสบการณ์เสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์ และให้ข้อมูลอันมีค่ายิ่ง ตลอดจนเป็นกำลังใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสมอมา

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ส่วนหนึ่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหล่งข้อมูล หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งบุคลากรทางการพยาบาลผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีไมตรีจิตและสัมพันธภาพที่ดี

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้ชีวิตและสติปัญญา ปลุกฝังความรู้และพากเพียรในการศึกษา ขอบพระคุณพี่ๆ และน้องที่มอบความรัก ความห่วงใย ขอบพระคุณคุณนงนิตาติ ประทุมศรี ที่คอยดูแลและขอบคุณเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่รักทุกคนที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ขออุทิศแด่คุณพ่อ คุณแม่ และผู้ป่วยเอดส์ทุกคนที่ล่วงลับไปแล้ว และพยาบาลผู้มีหัวใจของการดูแลทุกคน

มาลี ประทุมศรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล.....	13
การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	24
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	32
3 วิธีการวิจัย.....	38
สถานที่ศึกษา.....	38
ผู้ให้ข้อมูล.....	38
เครื่องมือในการวิจัย.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	46
ผลการวิจัย.....	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ลักษณะผู้ให้ข้อมูล.....	46
ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	53
1. ความหมายและพฤติกรรมการดูแล.....	53
2. ความรู้สึกจากการได้รับการดูแลของผู้ป่วย.....	89
3. ความรู้สึกจากการให้การดูแลของพยาบาล.....	94
4. ปัจจัยส่งเสริมการดูแล.....	99
5. ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล.....	115
การอภิปรายผล.....	131
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	149
สรุปผลการวิจัย.....	149
ข้อเสนอแนะ.....	153
บรรณานุกรม.....	157
ภาคผนวก.....	171
ภาคผนวก ก. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์.....	172
ภาคผนวก ข. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาล.....	174
ภาคผนวก ค. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์.....	176
ภาคผนวก ง. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาล.....	177
ภาคผนวก จ. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	178
ภาคผนวก ฉ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเครื่องมือวิจัย.....	179
ภาคผนวก ช. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงผลการวิจัย.....	180
ประวัติผู้เขียน	181

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงลักษณะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	47
2	แสดงลักษณะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตาม ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย.....	48

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ประสมการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	130

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยมีความรุนแรงขึ้นวิกฤต และเป็นปัญหาสำคัญยิ่งใหญ่ต่อมนุษยชาติ มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติของผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี นับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรก ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 จนถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์สะสมจำนวน 97,126 คน และมีผู้เสียชีวิต 26,625 คน และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จำนวน 39,610 คน (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. กองระบาดวิทยา, 2541 : 633, 641) และจากรายงานผู้ป่วยเอดส์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (World Health Organization Global AIDS Statistics, 1998 : 646)

เชื้อเอชไอวีเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายทุกระบบ โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญ 4 ระบบ คือ ระบบประสาททำให้เกิดสมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่าง โดยเฉพาะปอดอักเสบและวัณโรคปอด ระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดการติดเชื้อตลอดทางเดินอาหารตั้งแต่ช่องปากจนถึงทวารหนัก ส่วนระบบหลอดเลือดทำให้เกิดโรคหัวใจของหลอดเลือดตีบตัน (ประเสริฐ, 2531 : 37-47; Carr & Cooper, 1997 : 89-91) ผลกระทบด้านร่างกายเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตามระยะต่างๆ ของโรคเช่น อาการไข้ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อาเจียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเจ็บปวดเป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่พบบ่อยและผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงที่สุด (แน่งน้อย, 2536 : 29) และเกิดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์เมื่อรับรู้ถึงความตายกำลังรออยู่เบื้องหน้าและใกล้เข้ามาทุกขณะ (O'Brien & Pfeiffer, 1993 : 306-307; Firm, 1995 : 38-39) จะพบได้ว่าผลกระทบที่รุนแรงและสร้างความกดดันให้กับผู้ป่วยมากกว่าการเจ็บป่วยโรคอื่น คือ ผลกระทบด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพราะการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ หมายถึง การเป็นโรคที่ต้องตาย ต้องสูญเสียชีวิต (Flaskerud & Ungvarski, 1995 : 312; Mullins, 1996 : 18) เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคแล้วมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานก็ต้องตายในที่สุด และเป็นโรคที่น่ารังเกียจจากภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากอาการของโรคเช่น แผลเปื่อย ตุ่มหนอง ร่างกาย

ชุมชน และนำรังเกียจจากภาพลักษณ์ที่มาจากพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังคมทั่วไปไม่ยอมรับหรือเบียดเบียนไปจากบรรทัดฐานของสังคม (บำเพ็ญจิต, 2540 : 195-195) อีกทั้งยังเป็นโรคที่นำมาซึ่งความสูญเสียทุกๆ สิ่งในชีวิต เช่น บ้าน งาน เงิน เพื่อน ครอบครัว บุคคลที่รัก ความสามารถและสมรรถนะด้านร่างกายและภาพลักษณ์ (Grady, 1989 : 524) และสูญเสียแม้กระทั่งชีวิตของตนเอง (บำเพ็ญจิต, 2540: 196) เนื่องจากสังคมให้ความหมายต่อโรคเอดส์ว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงและน่ากลัว บุคคลส่วนใหญ่จึงมีทัศนคติทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังเช่นการศึกษาของเบนเนตต์ (Bennett, 1990 : 141-153) เกี่ยวกับประสบการณ์การถูกตราหน้าจากสังคมของผู้ป่วยเอดส์กลุ่มรักร่วมเพศ จำนวน 10 คน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการปฏิเสธจากบุคคลที่รู้ว่าเขาเป็นเอดส์ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือนายจ้างซึ่งพฤติกรรมที่แสดงถึงการปฏิเสธได้แก่ แยกชา หลบหลีก จ้องมอง นินทา ถูกแยกอย่างเด็ดขาดจากครอบครัว เพื่อนและสังคม ถึงแม้ว่าโรคเอดส์ได้ถูกค้นพบมากกว่าทศวรรษแล้วก็ตาม แต่ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก็ยังคงเป็นลบอยู่ ซึ่งในกลุ่มบุคลากรในทีมสุขภาพเองก็ยังมีรายงานว่าทัศนคติในทางลบ (Baylor & McDaniel, 1996 : 99-105) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังต้องประสบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากตกงานหรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (ปิยรัตน์, 2537 : 213) และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนมาก เพราะค่ารักษาแต่ละโรคราคาแพงและผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียวแต่จะถี่ขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ศิวารณ์, 2541 : 24-25)

ภาวะวิกฤตที่รุนแรงดังกล่าวส่งผลร้ายซ้ำเติมภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยยิ่งขึ้นไปอีก คือ การกดหรือการลดลงของภูมิคุ้มกันและเพิ่มความไวต่อการติดเชื้อ (Nemeroff, 1989 cited by McEnany, Haughes & Lee, 1996 : 69) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังผลการศึกษาของไซทิงเกอร์ และเดเนียล (Schietinger & Daniel, 1996 : 137-157) เกี่ยวกับความต้องการการดูแลจากมุมมองของผู้รับบริการที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 80 คน พบว่าต้องการให้ผู้ดูแลมีความรู้และความชำนาญด้านการรักษา มีทักษะการส่งต่อและการจัดการเฉพาะราย มีทักษะทางจิตสังคมและไวต่อเรื่องสำคัญของผู้ป่วย ตลอดจนต้องการให้ผู้ดูแลลดความกลัวการติดเชื้อและมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาของเฟิร์น (Firn, 1995 : 37-39) ซึ่งศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 7 คน พบว่า บทบาทการดูแล (caring role) ของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการคือ ให้พยาบาลตอบสนองความสบายในภาวะวิกฤต ยอมรับผู้ป่วยโดยปราศจากการตัดสินด้วยความรู้สึกของตนเอง ตอบสนองผู้ป่วยอย่างเป็นปัจเจกบุคคล และสัมผัสผู้ป่วย และมัลลินส์ (Mullins, 1996 : 18-23) ศึกษาพฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 66 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีค่ามากที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นปัจเจกบุคคล

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และความต้องการการดูแลดังกล่าวในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่นับวันจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญ (Baylor & McDaniel, 1996 : 99) แต่ยังมีรายงานการศึกษาที่พบว่าพยาบาลมีทัศนคติและความรู้สึกหลายอย่างในการดูแลผู้ป่วยคือ รู้สึกกลัวเนื่องมาจากสาเหตุแตกต่างกัน เช่น ขาดความรู้และความพร้อม รับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเองและของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ รู้สึกโกรธเนื่องจากบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่แสดงความยินดีหรือยอมรับการดูแลของพยาบาล และพยาบาลรู้สึกว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ดื้อยาเสพติดและโสเภณีเป็นผู้ที่ไม่มีความรับผิดชอบต่อสังคม รู้สึกหมดหวังเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้พยาบาลยังมีความรู้สึกอับอายเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยต้องใช้พลังกายและพลังใจมาก และใช้เวลาในการดูแลนานเกินไป (Breault & Polifroni, 1992 : 21-27) แวนวิสเซน และวูดแมน (van Wissen & Woodman, 1994 : 1141-1147) ได้ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากพยาบาลจำนวน 29 คน พบว่าปฏิกิริยาในการปฏิบัติกรพยาบาลคือ กลัว หวาดหวั่น และวิตกกังวล เพราะนอกจากจะไม่ทราบว่าจะใครบ้างที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วพยาบาลยังรู้สึกว่าตนเองขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ทำให้ขาดความมั่นใจ และไม่สามารถแสดงความรู้สึกกลัวได้อย่างเปิดเผย ด้วยเหตุนี้จึงยังมีรายงานว่า พยาบาลแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการดูแล (Scherer, Haughey & Kunn, 1992 : 23-29; van Wissen & Woodman, 1994 : 1141-1147) อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบว่า พยาบาลยังมีความรู้สึกเห็นใจ เมตตาและสงสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อายุน้อย เพราะรู้สึกว่าผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอยู่กับความตาย นอกจากนี้พยาบาลยังมีการส่งเสริมความรู้สึกที่ดีให้กับตนเองด้วยการคิดถึงผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ ความสุขสบาย การฟื้นหาย จนกลับบ้านได้ หรือการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นเสมือนรางวัลที่พยาบาลได้รับจากการดูแลผู้ป่วย (Breault & Polifroni, 1992 : 25) และเป็นความรู้สึกที่ส่งผลให้พยาบาลมีความเต็มใจและอยากให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างองค์รวม จึงต้องใช้ทั้งศาสตร์ คือ การใช้ความรู้และวิธีการตามแนววิทยาศาสตร์ และใช้ศิลป์ที่ประกอบด้วยความอ่อนโยน ความเมตตากรุณา และการห่วงใย เอื้ออาทร (สิวลี, 2539 : 2) โดยอาศัยแนวคิดการดูแล (caring) ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาล (Leininger, 1977, 1980, 1981 cited by Cronin & Harrison, 1988 : 374; Watson, 1994 : 3) และเป็นองค์ประกอบที่ต้องอยู่คู่กับการปฏิบัติการพยาบาล (พยอม, 2539 : 32) เพราะการดูแลเป็นการปฏิบัติที่ต้องใช้องค์ประกอบสำคัญคือ ความรอบรู้และความเข้าใจ ความอดทน ความจริงใจ ความรับผิดชอบ ความต่อมตน ความหวัง ความกล้าหาญ และการเลือกแนวทางที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย (Mayeroff, 1971 cited by Wolf, 1986 : 88) ซึ่งครูเตอร์ (Kreuter, 1957 cited by Wolf, 1986 :

88-89) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลเป็นการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในการให้ความสนใจต่อผู้อื่น อยู่ใกล้ เอาใจใส่ต่อการตอบสนองของเขา ป้องกันอันตราย ค้นหาความต้องการ ให้ความเมตตาสงสาร มีความอ่อนโยน ให้การยอมรับและตระหนักถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล ส่วนการดูแลตามบริบทของสังคมไทย ซึ่งพวงเพ็ญ (2537 : 21-24) ได้สัมภาษณ์การให้ความหมายการดูแลจากพยาบาล 5 คน พบว่าการให้ความหมายการดูแลเน้นการปฏิบัติการช่วยเหลือต่างๆ ไปทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการดูแลจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาให้กว้างขวางและให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการใช้แนวคิดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในสถานการณ์ที่คุกคาม ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ลดลง เกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีความพึงพอใจ (Morse, Bottorff, Neander, Solberg, 1991 : 125; Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen, 1994 : 180) และยังช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น รู้สึกถึงคุณค่าของผู้ป่วย ลดความเบื่อหน่ายและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติการพยาบาล (Morse et al., 1991 : 125)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลเป็นการศึกษาในต่างประเทศและส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มพยาบาลหรือผู้ป่วยโรคอื่นๆ ซึ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังมีการศึกษาน้อย (Medline, 1990-1998; Nursing & allied health, 1982-1998) สำหรับในประเทศไทยการศึกษายังเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ศึกษาครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การมีชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยเอดส์ (คณะอนุกรรมการบริหารโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ของทบวงมหาวิทยาลัย, 2538) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการดูแล พบว่ายังมีการศึกษาน้อยมาก (พยอม, 2539 : 32) ซึ่งยังไม่พบรายงานการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งจากพยาบาลและผู้ป่วย ผลการวิจัยจะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะช่วยให้แนวทางในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนใช้ผลการวิจัยในการอธิบายความหมายการดูแลตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างไร
 - 1.1 พยาบาลให้ความหมายการดูแลอย่างไร
 - 1.2 พยาบาลแสดงพฤติกรรมอย่างไรที่บ่งชี้ถึงการให้การดูแล
 - 1.3 พยาบาลรู้สึกอย่างไรต่อการให้การดูแลและตอบสนองของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแล
 - 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลมีอะไรบ้าง
2. ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างไร
 - 2.1 ผู้ป่วยให้ความหมายการดูแลอย่างไร
 - 2.2 ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมใดของพยาบาลที่เป็นการให้การดูแล
 - 2.3 ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรต่อการได้รับการดูแลจากพยาบาล
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการดูแลมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological method) ตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์ (hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการดูแล (caring) แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศึกษาปรัชญาของรูปแบบการวิจัยเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นและเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมทั้งจากการสัมภาษณ์และการสังเกต และวางแผนการวิจัยได้อย่างถูกต้อง แต่ไม่ได้ใช้เป็นกรอบในการควบคุมผลการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์การให้การดูแล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กระทำให้แก่ผู้ป่วยในฐานะบทบาทของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่แสดงออกถึงการดูแล

ประสบการณ์การได้รับการดูแล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการได้รับการดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะช่วยให้แนวทางในการวางแผนการดูแล และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
2. ใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ อันจะมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลดีขึ้น
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสอนการพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย
4. ใช้ผลการวิจัยในการอธิบายความหมายการดูแลตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบริบทของสังคม วัฒนธรรมไทย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
3. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์มีรายงานครั้งแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1981 โดยพบในชายรักร่วมเพศ ซึ่งป่วยด้วยโรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ (pneumocystis carinii) ซึ่งเป็นเชื้อโปรโตซัวที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมเฉพาะในคนที่ภูมิคุ้มกันเสื่อม (Flaskerud & Ungvarski, 1992 : 3-4, 1995 : 3) แต่จากการศึกษาย้อนหลังพบว่าแท้จริงแล้วโรคเอดส์เริ่มปรากฏในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 และเมื่อศึกษาย้อนหลังไปนานๆ จะพบว่าในประเทศอัฟริกาเองก็พบหลักฐานของการติดเชื้อโรคเอดส์ย้อนหลังเป็นเวลามากกว่า 10 ปี คือประมาณ ค.ศ. 1970 (ประเสริฐ, 2531 : 11) และในขณะที่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นครั้งแรกนั้น ปรากฏว่าในประเทศอื่นๆอีกหลายประเทศก็มีผู้ป่วยเช่นเดียวกัน และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดคะเนว่าในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกมากกว่า 40 ล้านคน (World Health Organization, 1993 cited by Baylor & McDaniel, 1996 : 99)

สำหรับประเทศไทย นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกเพียง 1 ราย ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 จนถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2541 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์สะสมถึง 97,126 คน และมีผู้เสียชีวิต 26,625 คน (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. กองระบาดวิทยา, 2541 : 633-641) และจากรายงานผู้ป่วยเอดส์ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (World Health Organization Global AIDS Statistics, 1998 : 646)

ความหมาย

เอดส์หรือคำในภาษาอังกฤษคือ AIDS ย่อมาจากคำว่า Acquired Immuno Deficiency Syndrome โดยคำว่า Acquired หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นในภายหลัง มิได้เป็นมาแต่กำเนิด หรือ สืบสายเลือดทางพันธุกรรม Immuno หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันหรือภูมิต้านทานของร่างกาย Deficiency หมายถึง ความบกพร่องหรือขาด Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการหรือโรคที่มีอาการ หลากๆ อย่างไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง (สถาพร, 2538 : 1)

จากความหมายในคำต่างๆ มีการให้ความหมายในเชิงสรีรวิทยาว่า โรคเอดส์เป็นภาวะ ภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เสื่อม ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมะเร็งบางชนิดได้ง่าย โดยที่ผู้ป่วย คนนั้นยังไม่สูงอายุเกินกว่าที่ภูมิคุ้มกันจะเสื่อมได้หรือไม่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันอยู่ก่อน หรือเป็น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2531, กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532 และ Centers for Diseases Control and Prevention, 1985 อ้างตามสุริพร, 2538 : 2; World Health Organization, 1990 : 1)

ในขณะเดียวกันมีผู้ให้ความหมายของโรคเอดส์ในเชิงจิตวิทยาว่า การป่วยเป็นโรคเอดส์ หมายถึง การเป็นโรคที่ต้องตาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995 : 312; Mullins, 1996 : 18) เป็นโรคที่พระเจ้าลงโทษ หรือเป็นโรคที่เกิดกับผู้ที่ทำผิดศีลธรรม และสมควรที่จะได้รับ ผลกรรมตอบสนอง (Nichols, 1984, Rubinow, 1984 & Sontag, 1977 cited by Bennett, 1990 : 142) เป็นโรคของความหายนะ น่ารังเกียจ และเป็นผลมาจากความชั่วร้ายหรือความ เลวของบุคคลบางกลุ่ม จนเกิดความรู้สึกว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีคือคนเลวของสังคม (สมมาตร, 2537 : 132) เช่นเดียวกับปิยรัตน์ (2537 : 212-213) ที่ได้กล่าวถึงความหมายทางจิต วิทยาของการติดเชื้อเอชไอวี หรือการป่วยเป็นโรคเอดส์ว่าหมายถึง

1. ภาวะสิ้นหวัง (hopeless) ของญาติและบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งชุมชน ประเทศ ชาติ ทั้งนี้เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นเอดส์ยังไม่มียารักษา อีกทั้งยังก่อให้เกิดความ ทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เมื่อมีอาการของโรค และโรคเอดส์ยังแพร่ กระจายได้อย่างรวดเร็ว

2. ภาวะที่ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ (helpless) เนื่องจากความกลัวจะติดเชื้อจากผู้ติด เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่อยู่รอบข้างที่เคยให้ความช่วยเหลือมีแนวโน้มจะเลิกให้ความ ช่วยเหลือ ผู้ที่คิดจะช่วยก็หยุดชะงัก จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยิ่งสิ้นหวังมากขึ้น

3. ภาวะที่หมดคุณค่าหรือหมดความสำคัญ (worthless) เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่ สนิทสนมมักรังเกียจและทำตัวเหินห่าง เพื่อนฝูงที่เคยไปมาหาสู่ก็จะเลิกคบหาสมาคมด้วย อาจ ตกลงงานเพราะนายจ้างรังเกียจหรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง รู้สึกหมดคุณค่าสำหรับคนรักและสังคม จึงนำไปสู่ความ สิ้นหวังอย่างถึงที่สุด

การให้ความหมายดังกล่าวคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของบ่าเพ็ญจิต (2540 : 195-196) ซึ่งศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้เป็นโรคเอดส์จากผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยอธิบายถึงความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ไว้ 3 ลักษณะคือ

1. โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว เพราะเป็นโรคที่มีการระบาดได้อย่างรวดเร็ว และกว้างขวาง เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ และเป็นโรคที่เป็นแล้วมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานก็ต้องตายในที่สุด

2. โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ารังเกียจ จากภาพลักษณ์ที่เป็นผลมาจากโรคที่เกิดอาการต่างๆ เช่น ตุ่มหนอง แผลเปื่อยตามร่างกาย ร่างกายซูบผอม ผิวดำคล้ำ มองดูน่าเกลียด น่ากลัว น่ารังเกียจ น่าขยะแขยง ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากพบเห็น และน่ารังเกียจจากภาพลักษณ์ที่มาจากพฤติกรรมของคน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังคมทั่วไปไม่ยอมรับ หรือเบียดเบียนไปจากบรรทัดฐานของสังคม คือเป็นคนสำส่อนทางเพศ และเป็นคนที่ไม่ดี ไม่ดี ไม่น่ารัก

3. เป็นโรคแห่งความสูญเสีย เมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้นทันที ซึ่งเป็นการสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างแม้กระทั่งชีวิตของตนเอง และความสูญเสียยังตกทอดไปสู่สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องและวงศ์ตระกูล

ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยเอดส์จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ในเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละคน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 50 ตายภายใน 1 ปี ร้อยละ 75 ตายภายใน 3 ปี และร้อยละ 90 ตายภายใน 5 ปี (วิวัฒน์, 2535 : 13) การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ จึงเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เศรษฐกิจ และเป็นภาวะที่สร้างความกดดันและความทุกข์ให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ภายหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว เชื้อจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะของโรค จนเกิดผลกระทบต่อร่างกายคือ ทำให้เกิดโรคเมเร็งต่างๆ และติดเชื้อฉวยโอกาสทั่วร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญ ดังนี้ (ประเสริฐ, 2531 : 37-47; บรรจง, 2535 : 47-53; Carr & Cooper, 1997 : 89-91)

1.1 ระบบประสาท ทำให้เกิดสมองอักเสบและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

1.2 ระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจทั่วๆ ไป ปอดอักเสบ วัณโรคปอด

1.3 ระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดการติดเชื้อตั้งแต่ช่องปากจนถึงทวารหนัก เช่น ติดเชื้อราในปาก เป็นริมฝีบริเวณริมฝีปาก ช่องปากอักเสบ และมีการอักเสบตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงทวารหนัก

1.4 ระบบหลอดเลือด ทำให้เป็นมะเร็งของหลอดเลือดได้ผิวหนัง

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ อีก เช่น ระบบผิวหนัง ทำให้เกิดการอักเสบและเป็นผื่น โรคเรื้อน เชื้อราของผิวหนัง เป็นต้น ส่วนระบบกระดูกและข้อทำให้เกิดอาการอ่อนแรงปวดตามข้อ และระบบกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการพอมแห้ง เป็นต้น ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายเหล่านี้จะเพิ่มความรุนแรงและความถี่ตามระยะของโรคดังที่ศิวกาภรณ์ (2540 : 24-25) รายงานว่า ผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้เกิดโรคแทรกซ้อนโรคใดโรคหนึ่งแต่จะบ่อยขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วยด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องทนทุกข์ทรมานตลอดระยะเวลาที่เผชิญอยู่กับโรค ดังผลการศึกษาของแ่งน้อย (2536 : 24-36) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 66 คน พบว่า สิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคือ ไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บปวดเป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่รุนแรงที่สุด รองลงมาคือ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดและเบื่ออาหาร

2. ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ หมายถึง การเป็นโรคที่ต้องตาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995 : 312; Mullins, 1996 : 18) เป็นโรคที่นำมาซึ่งความสูญเสียทุกๆ สิ่งในชีวิต เช่น บ้าน งาน เงิน เพื่อน ครอบครัว บุคคลที่รัก (Grady, 1989 : 524) และสูญเสียแม้กระทั่งชีวิตของตนเอง (บำเพ็ญจิต, 2540 : 196) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงเกิดผลกระทบที่รุนแรงทางจิตใจ และสังคม มากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ดังที่สุริรา (2536 : 125-131) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีและครอบครัว จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่ทราบผลการติดเชื้อ ทุกรายมีภาวะวิกฤตทางด้านอารมณ์อยู่ในภาวะที่มีความวิตกกังวลสูง ท้อแท้ สิ้นหวัง กลัวเจ็บป่วย กลัวตาย กลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อ กลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง ส่วนทอมสัน แนนนิและเลวิน (Thompson, Nanni & Levine, 1996 : 5-14) ได้ศึกษาสิ่งเร้าความเครียด และความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเพศชายจำนวน 105 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะประสบกับสิ่งเร้าความเครียดมากมาย มีการรับรู้ความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ซึ่งสิ่งเร้าความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อย 4 อันดับแรก คือ ปัญหาเกี่ยวกับสมรสหรือคู่หมั้น ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวหรือเพื่อน และสุดท้ายคือ ปัญหาการลดลงของรายได้ และแ่งน้อย (2536 : 24-36) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์จำนวน 66 คน พบว่าสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมที่พบมากที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงรูปร่างลักษณะของร่างกาย และการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก แต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมที่รุนแรงมากที่สุดคือ การที่ต้องระมัดระวังการมีเพศสัมพันธ์ รองลงมาคือ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและลักษณะของร่างกายและพบว่าความเครียดที่พบน้อยที่สุดของผู้ป่วยคือ ความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอดส์เป็นความผิดของตนเอง รองลงมาคือ หวั่นวิตกว่าผู้อื่นจะทราบสาเหตุการเจ็บป่วยและความรู้สึกกลัวเมื่อนึกถึงการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 5 คน ของสุริพร (2538 : 51) นอก

จากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังได้รับผลกระทบจากสังคมซึ่งรับรู้ว่าเป็นโรคที่น่ากลัว น่ารังเกียจ ผู้ป่วยจึงมักจะถูกปฏิเสธแม้แต่จากบุคคลที่เขารักหรือรักเขา ดังการศึกษาของเบนเนตต์ (Bennett, 1990 : 146-148) เกี่ยวกับประสบการณ์การถูกตราหน้าจากสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์กลุ่มรักร่วมเพศ จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการปฏิเสธจากบุคคลที่รู้ว่าเขาเป็นเอดส์รวมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และนายจ้าง โดยมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิเสธเช่น เจ็บตา หลบหลีก จ้องมอง นินทา ถูกแยกอย่างเด็ดขาดจากครอบครัว ด้วยเหตุนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ซึ่งนิโคลส์ (Nichols, 1985 : 765-766) ได้แบ่งปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ออกเป็น 4 ระยะคือ

1. ระยะวิกฤต (crisis stage) ผู้ป่วยจะมีภาวะอารมณ์ที่รุนแรงเช่น ช็อค ปฏิเสธ รู้สึกผิด โกรธ เศร้า ต่อรอง และยอมรับ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะจำข้อมูลไม่ได้และมักจะบิดเบือนไปจากความจริง ถ้ารุนแรงมากจะไม่สนใจสิ่งรอบๆ ตัว

2. ระยะปรับเปลี่ยน (transitional stage) เริ่มเมื่อผ่านระยะวิกฤตไปได้แล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของการเป็นโรคเอดส์ระยะนี้จึงเป็นช่วงของความทุกข์ สับสน และฟุ้งซ่าน รู้สึกถึงการถูกปฏิเสธจากสังคม เปลี่ยนแปลงความรู้สึกภาคภูมิใจ คุณค่าในตนเอง และเกียรติยศชื่อเสียง รู้สึกท้อแท้ เครียด รู้สึกสูญเสีย กลัว ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย ถ้ามีอาการรุนแรง บางคนหลีกเลี่ยงออกจากสังคม บางคนโกรธทำให้ประพัตติตนที่เป็นการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

3. ระยะที่ตระหนักถึงความพร่องหรือยอมรับ (deficiency state or acceptance) ในระยะนี้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะยอมรับข้อจำกัดที่เกิดจากโรคเอดส์ สามารถจัดการกับชีวิตได้ด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์ ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่า ให้คุณค่าต่อความรัก ความอบอุ่น และนึกถึงผู้อื่น เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอย่างมีคุณค่ามากกว่าที่จะมีชีวิตยืนยาว บางคนยึดเอาภาวะทางจิตวิญญาณเป็นที่ยึดเหนี่ยวและผ่อนคลาย แต่ระยะนี้จะไม่เกิดขึ้นตลอดไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ถ้ามีอาการรุนแรงผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะปรับเปลี่ยนอีกครั้ง

4. ระยะเตรียมตัวพบกับความตาย (preparation for death) ผู้ป่วยจะเริ่มทบทวนสิ่งต่างๆ ที่ตนเองยังดำเนินการไม่เสร็จ เช่น ต้องการการให้อภัย ต้องการพูดกับบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่รักอีกสักครั้ง หรือต้องการทำแผนการในชีวิตของตนเองให้เสร็จ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นก็จะเริ่มพูดถึงความตาย และการจัดการเรื่องการตายของตน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นๆ อีกมากที่กล่าวถึงผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายตามระยะและความรุนแรงของโรค และโครงสร้างทางสังคมของโรคเอดส์ที่มักประนามและรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ธนา, 2537 : 15; เพ็ญจันทร์, 2537 : 7-118; สมมาตร, 2537 : 119-170; Faulstich, 1987 : 551-554; Nyamathi &

Servellen, 1989 : 113-120; O' Brein & Pheifer, 1993 : 303-316; Firn, 1995 : 37-39; Flaskerud & Ungvarski, 1995 : 313-314)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องประสบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกตงงานเพราะประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือนายจ้างรังเกียจ (ปิยรัตน์, 2537 : 213) ทำให้ขาดรายได้ในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว ประกอบกับภาวะความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ เช่น ท้องร่วงเรื้อรัง ไข้เป็นๆ หายๆ และเกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้บ่อย (สถาพร, 2538 : 106) ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนมากคือ ประมาณ 1,000,000 ถึง 1,500,000 บาท โดยนับตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งเสียชีวิต (ปราโมทย์ และคณะ, 2532 อ้างตาม แ่งน้อย, 2536 : 26) ซึ่งการศึกษาของสิวภรณ์ (2541 : 24-25) เกี่ยวกับการประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า วัณโรค 3,400 บาทต่อ 9 เดือน เนื่องจากเมื่อไ้ช้ยา 6 เดือนผู้ป่วยมักกลับเป็นซ้ำ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส 54,000 บาทต่อครั้ง ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิไอ 4,000 บาทต่อครั้ง โรคผิวหนังจากเชื้อรา 15,000 บาทต่อครั้ง จอตาอักเสบจากเชื้อไวรัส 45,000 บาทต่อ 2 สัปดาห์ และในปีต่อๆ ไปค่าใช้จ่ายในด้านนี้จะสูงขึ้น เพราะผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว หรือมาโรงพยาบาลครั้งเดียว ดังนั้นปัญหาทางเศรษฐกิจเรื่องค่าใช้จ่าย การลดลงของรายได้ หรือการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนมาก เป็นสิ่งเร้าความเครียดที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (แ่งน้อย, 2536 : 29; Thompson et al., 1996 : 8) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นปัญหาหนึ่งที่สร้างความเครียดที่รุนแรงและสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Thompson et al., 1996 : 10) จากผลกระทบด้านเศรษฐกิจดังกล่าว จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่งหันไปใช้การรักษาด้วยทางเลือกอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร และการรักษาตามความเชื่อต่างๆ การรักษาด้วยยาจากพิธีกรรม แม้ว่าวิธีการรักษาดังกล่าวยังไม่ทราบแน่ชัดถึงประสิทธิภาพและผลของยาต่อเชื้อเอชไอวี (เพ็ญนภา, 2540 : 155-158)

จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจซึ่งมีความรุนแรงต่อชีวิต และความเป็นอยู่ของผู้ป่วยตลอดเวลา ถึงแม้ว่าบางระยะผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติก็ตาม แต่การรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่ต้องตายและสังคมรังเกียจอย่างรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหลายอย่างที่บ้านทอนกำลังใจ ประกอบกับภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่รุนแรงขึ้นตามระยะเวลาของการติดเชื้อที่นานขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับภาวะของการเดินทางไปสู่ความตายที่ใกล้เข้าไปทุกขณะ ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแล (caring) เป็นอย่างยิ่ง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย จึงถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรงที่สุดของชีวิต เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าตนจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน การเจ็บป่วยที่ประสบอยู่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสีย กลัว กังวล โศกเศร้าและทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ทั้งจากพยาบาลและบุคคลอื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยอื่นและสิ่งแวดล้อม (กรรณิการ์, 2539 : 2) ภาวะเครียดเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการกดหรือการลดลงของภูมิคุ้มกันและเพิ่มความไวต่อการติดเชื้อ (Nemerobb, 1989 cited by McEnany, Haughes & Lee, 1996 : 69) ด้วยเหตุนี้ การใช้แนวคิดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วย

แนวคิดการดูแลเริ่มเกิดขึ้นมานานแล้วตั้งแต่ยุคสมัยของฟลอเรนซ์ นิติงเกล (Florence Nightingale) ซึ่งในขณะนั้น การพยาบาลจะมุ่งให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายและการจัดสิ่งแวดล้อม ในช่วงต้นทศวรรษของสมัยนั้นผู้นำทางการพยาบาลจะให้ความสำคัญกับคุณค่าของมนุษย์ ซึ่งจะเห็นได้ในขณะให้การดูแลด้านร่างกาย เช่น มีความเมตตา อ่อนโยน และแสดงกิริยาท่าทางที่เหมาะสม (Scovil, 1909 cited by Euwas, 1993 : 15) ในราวปี ค.ศ. 1950 พยาบาลเริ่มเน้นถึงความผาสุกด้านจิตใจและอารมณ์ ถึงแม้ว่ายังคงไว้ซึ่งความสำคัญด้านร่างกายอยู่ก็ตาม ดังนั้นบทบาทพยาบาลในด้านการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย จึงเป็นทฤษฎีหนึ่งของการบำบัดรักษา เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการวิชาชีพประมาณ ปี ค.ศ. 1970 (Peplau, 1952, Orlando, 1961, Weidenbach, 1964 & Travelbee, 1966 cited by Euswas, 1993 : 15)

แนวคิดการดูแลในทางการพยาบาลได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น นักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายท่านได้พิจารณาและเห็นว่าการดูแลเป็นแก่นหรือเป็นหัวใจของการพยาบาล (Leininger, 1977, 1980, 1981 cited by Cronin & Harrison, 1988 : 374; Watson, 1994 : 3, 31) เป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาล (McFarlane, 1976, Brody, 1988 & Knowlden, 1988 cited by Morse et al., 1991 : 124; Roach, 1997) เป็นปรัชญาและจริยธรรมพื้นฐานของการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคามยึดมั่นผูกพันต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อปกป้องและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Watson, 1994 : 3, 31) และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้มนุษย์มีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการ และมีชีวิตอยู่ได้ (Leininger, 1977, 1980, 1981 cited by Cronin & Harrison, 1988 : 374)

ความหมายการดูแล

มีผู้ให้ความหมายการดูแลไว้หลายท่าน แต่มีจุดเน้นแตกต่างกัน เช่น เน้นการแสดงออกด้านความรู้สึก เน้นการช่วยเหลือและเน้นความรักดังนี้

ในกลุ่มที่เน้นการแสดงออกด้านความรู้สึก เช่น ครูเตอร์ (Kreuter, 1957 cited by Wolf, 1986 : 88-89) ให้ความหมายของการดูแลว่า เป็นการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในการให้ความสนใจต่อผู้อื่น อยู่ใกล้ เอาใจใส่ต่อการตอบสนองของเขา ป้องกันอันตราย ค้นหาความต้องการ ให้ความเมตตาสงสาร มีความอ่อนโยน ให้การยอมรับ และตระหนักถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล และแฮกเกอร์แมน (Hagerman, 1969 cited by Sundeen et al., 1994 : 179) ให้ความหมายว่า การดูแลเป็นการตอบสนองบุคคลอื่นด้วยการแสดงออกถึงความรู้สึกที่เข้าใจและยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล ใช้ความรู้และพิจารณาความต้องการที่เฉพาะในแต่ละคน

สำหรับกลุ่มที่เน้นการช่วยเหลือ เช่น ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1980, 1986 cited by Wolf et al., 1994 : 107-108) ให้ความหมายว่า การดูแล เป็นกิจกรรมและเป็นกระบวนการของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถต่อผู้อื่น โดยมีพื้นฐานของความสนใจหรือตระหนักถึงความเป็นมนุษย์ เพื่อตอบสนองความต้องการโดยต้องรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของบุคคลนั้นซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และเบนเนอร์ และวูเบล (Benner & Wrubel, 1989 cited by Sundeen et al., 1994 : 180) ได้กล่าวถึงความหมายการดูแลว่า หมายถึงการเข้าไปเกี่ยวข้องและกระทำการสิ่งต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียด และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตระหนักต่อบุคคลนั้น และผู้ให้การดูแลต้องมีทัศนคติที่ดีในการกระทำนั้น

ส่วนกลุ่มที่เน้นตามแนวคิดของความรักได้เปรียบเทียบการดูแลว่าเป็นเสมือนความรัก เช่น ฮอฟฟ์แมน (Hoffman, 1969 cited by Sundeen et al., 1994 : 179) ได้กล่าวถึงการดูแลในเชิงเปรียบเทียบกับความรักไว้ว่า หัวใจของความรักหรือหัวใจของการดูแล คือการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ต่อบุคคลนั้นตามที่เขาเป็นอยู่ มีทัศนคติตรงกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งใดๆ ที่ทำให้เขาสามารถมีชีวิตอยู่ได้ เช่นเดียวกับอีริช ฟรอมม์ (Erich Fromm, 1981 cited by Sundeen et al., 1994 : 179) ที่อธิบายธรรมชาติของการดูแลโดยเปรียบเทียบกับความรักว่า ความรักหรือการดูแลเป็นพลังที่อยู่ในตัวมนุษย์ที่จะฝ่าอุปสรรคต่างๆ ที่ขวางกั้นออกไป และความรักทำให้เอาชนะความรู้สึกโดดเดี่ยว และการถูกแยก นอกจากนี้พลังในตนเองของบุคคลจะช่วยให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์มั่นคง และความเป็นปัจเจกบุคคลของตนเอง

นอกจากนี้มอร์สและคณะ (Morse et al., 1990 : 4-7, 1991 : 122-124) ได้ศึกษาความหมายและคุณลักษณะของการดูแลจากแนวคิดของนักวิจัย 25 คน และได้สรุปเป็นความหมายของการดูแลไว้ 5 ลักษณะคือ

1. การดูแลเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล (human trait) กล่าวคือ การดูแลเป็นคุณลักษณะภายในของมนุษย์ เป็นส่วนหนึ่งของมนุษย์ การดูแลได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นลักษณะพื้นฐานที่ก่อขึ้นจากสังคมมนุษย์ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่หรือเป็นองค์

ประกอบที่มีความสำคัญของการดำรงชีวิต เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การพยาบาลมีความสมบูรณ์ทั้งการกระทำ ทศนคติและความรู้สึก เป็นสื่อของสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

2. การดูแลเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมหรือเป็นอุดมคติ (moral imperative or ideal) หมายถึง การดูแลเกี่ยวข้องกับการกระทำในสิ่งที่ดี และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและยอมรับผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสมบูรณ์มั่นคงในตนเองและฟื้นคืนจากความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การดูแลเป็นความรู้สึก (affect) ธรรมชาติของการดูแลมาจากอารมณ์และความรู้สึก เมตตา สงสารหรือเห็นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติการดูแล ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และทั้งพยาบาลและผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ฉะนั้นการแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกจึงต้องมีความจริงใจเหมาะสม และเหมาะสมกับพื้นฐานทางอารมณ์

4. การดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) การดูแลเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแล เมื่อมีการดูแลเกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยและพยาบาลต้องสื่อสารให้เห็นถึงความไว้วางใจ การยอมรับ และความผูกพันต่ออีกฝ่ายหนึ่ง มีความมั่นคงในด้านความรู้สึกและการกระทำ ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลก็คือการให้การดูแลที่มีคุณภาพ

5. การดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อการบำบัด (therapeutic intervention) การปฏิบัติการดูแลเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจง เช่น ให้ความสนใจ รับฟัง การสอน สนับสนุน สัมผัส อยู่เฝ้า และการสร้างความสามารถ หรืออาจรวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป้าหมายของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายนั้น

สำหรับความหมายการดูแลในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย จะเน้นการปฏิบัติการช่วยเหลือต่างๆ ไป ดังผลการสัมภาษณ์ของพวงเพ็ญ (2537 : 21-24) ซึ่งได้สัมภาษณ์การให้ความหมายการดูแลของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 คน พบว่าความหมายของการดูแลหมายถึงการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ แก้ปัญหาตามอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย รับผิดชอบในหน้าที่ พุดจาไพเราะ อ่อนหวาน ยิ้มแย้ม แจ่มใส มีความอ่อนโยน เมตตา กรุณา เป็นมิตร มีน้ำใจ ซื่อสัตย์ มีจิตสำนึกที่ดี รับฟังผู้ป่วยและช่วยเหลือญาติผู้ป่วย

ความสำคัญของการดูแล

การดูแลมีความสำคัญและจำเป็นต่อการพยาบาล ความสำคัญของการดูแลสะท้อนให้เห็นจากผลลัพธ์ของการใช้แนวคิดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาล ดังที่มอร์สและคณะ (Morse et al., 1991 : 125) ได้สรุปผลลัพธ์ของการดูแลจากนักวิจัยหลายท่านพบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย คือเกิดความผาสุก สุขสบาย ส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดี มีความสมบูรณ์

มันคงในตนเอง มีความพึงพอใจ ความวิตกกังวลลดลง ความรู้สึกถูกคุกคามลดลง เกิดความแข็งแกร่งในการต้านทานโรค ผลลัพธ์ต่อพยาบาล คือ ช่วยพัฒนาบุคลิกภาพ ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ รู้สึกถึงคุณค่าของผู้ป่วย ลดความเบื่อหน่ายและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลยังทำให้ทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ส่งเสริมความรู้สึกต่อตนเองหรือมีภาวะจิตวิญญาณสูง นอกจากนี้ เชอร์วูด (Sherwood, 1993 : 243-255) ได้ศึกษาการตอบสนองต่อการดูแลของพยาบาลจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 10 คน ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลต่อผู้ป่วยดังนี้

1. มีความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดี มีความสามารถในการเผชิญปัญหามากขึ้น และมีความสุขด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างดี ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีจึงส่งผลให้รู้สึกว่าร่ากายแข็งแรงและหายเร็วขึ้น

2. พ้นหายจากความเจ็บป่วยและได้รับการเยียวยาหรือฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นบุคคลคนหนึ่ง และการทำงานที่ประสานกัน ทำให้เกิดความสุขทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ ความวิตกกังวลลดลง สภาพร่างกายพ้นหาย และรู้สึกปลอดภัย

3. มีความสุขด้านร่างกาย เนื่องจากพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความสามารถ และให้การดูแลอย่างเป็นปัจเจกบุคคล มีความรู้ในการประเมินและบรรเทาความเจ็บปวด กระทำให้ผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ด้วยความรู้สึกที่ดีและมีความผูกพัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และสุขสบายกาย

4. มีความอบอุ่น เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกได้รับการปกป้อง ได้รับความปลอดภัยและการป้องกันอันตราย และผู้ป่วยยังได้ชื่นชม ยอมรับ และจดจำที่พยาบาลปฏิบัติต่อเขาอย่างดี

5. มั่นใจในคุณภาพ เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และใส่ใจต่อการแสดงออกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการกระทำของพยาบาล และเกิดความรู้สึกที่ดี

6. มีศักดิ์ศรีและได้รับการยอมรับ เนื่องจากพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นบุคคลคนหนึ่ง ยอมรับความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถและสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปราศจากอันตรายและมีความสุข

7. มีความเชื่อถือและไว้วางใจ เนื่องจากผู้ป่วยและพยาบาลมีสัมพันธภาพของความไว้วางใจ พยาบาลผสมผสานการดูแลอย่างเฉพาะบุคคล มีการประสานงานที่ดีและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ความปลอดภัยและป้องกันอันตราย ทำให้ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

8. ความพึงพอใจ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามสภาพความเป็นอยู่ และตามที่ต้องการจะทำ พยาบาลกระทำด้วยความสามารถและเทคนิควิธี จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

กระบวนการดูแล

การดูแลเป็นกระบวนการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลและผู้ป่วย โดยทั้งสองฝ่ายมีสถานการณ์ของตนเอง และมีการปฏิบัติต่างๆ จนบรรลุเป้าหมาย ซึ่งนักวิจัยหลายท่านมองว่าการดูแลเป็นกระบวนการ เช่น บราวน์ (Brown, 1986 : 61) กล่าวว่า กระบวนการดูแลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรกผู้ป่วยรับรู้ถึงความต้องการหรือความปรารถนา ซึ่งมักจะเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยแต่ละบุคคล ขั้นตอนที่สอง พยาบาลรับรู้และยอมรับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งขั้นตอนนี้พยาบาลต้องรับรู้ให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ขั้นตอนที่สามคือ ปฏิบัติการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ โดยหัวใจของคุณภาพการดูแลคือ สิ่ง que ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีประโยชน์และตรงกับความต้องการของเขา และพยาบาลมีความสามารถที่จะรู้และสนใจตนเองด้วย ขั้นตอนที่สุดท้ายคือวิธีการกระทำ โดยการกระทำนั้นพยาบาลต้องตระหนักและคำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย และก๊อท (Gaut, 1986 : 79) ได้กล่าวเน้นเฉพาะขั้นตอนของการปฏิบัติการดูแลว่าเริ่มจากพยาบาลกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง และเป้าหมายทั่วไปที่สัมพันธ์กับการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี หลังจากนั้นพยาบาลเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และสุดท้ายพยาบาลปฏิบัติตามวิธีการที่เลือก

กระบวนการดูแลดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของยูสวัสดี (Euswas, 1997) ซึ่งได้ศึกษาเพื่อพัฒนาทฤษฎีประจักษ์คุณค่าขณะดูแลในปี ค.ศ. 1993 และ 1994 พบว่า การดูแลของพยาบาลเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีมุ่งให้เกิดผลเป็นพลังบำบัดโดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องขององค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

1. สภาพการณ์ก่อนการดูแล โดยพยาบาลและผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเกี่ยวข้องกัน ซึ่งแต่ละฝ่ายมีความสามารถและมีความคาดหวังในสถานการณ์ขณะนั้น คือ

1.1 พยาบาล เป็นผู้มีบุคลิกภาพและความพร้อมเชิงวิชาชีพที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความมีศีลธรรม ความเมตตากรุณา ความผูกพันต่อคุณค่ามนุษย์และวิชาชีพ และความสามารถทางการพยาบาล

1.2 ผู้ป่วย เป็นผู้ที่ถูกคุกคามด้านสุขภาพและความผาสุกของชีวิต ทำให้เกิดความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล โดยผู้ป่วยมีความเป็นเอกลักษณ์ในตนเอง คือ เป็นองค์รวมที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณอย่างไม่สามารถแบ่งแยกได้ และมีความอ่อนแอจากความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต

2. กระบวนการขณะดูแล เป็นกระบวนการต่อเนื่องของสัมพันธภาพการช่วยเหลือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ระยะนี้ประกอบด้วย

2.1 การอยู่กับผู้ป่วยและกระทำใ้ผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างทันทั่วทั้งที่

2.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจต่อกัน โดยที่พยาบาลแสดงความเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือ

2.3 การให้อำนาจแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพ ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ตรงกันในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ

2.4 การสื่อสารด้วยความเข้าใจ ความเมตตาเอื้ออาทร ทั้งทางคำพูดและการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง

2.5 ความมีสติสัมปชัญญะของพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้ตัวเองอยู่เสมอทั้งต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนในการมุ่งมั่นช่วยเหลือผู้ป่วย

2.6 การดูแลรักษาโดยใช้องค์ความรู้ พลังงานและเวลา ดังนี้

2.6.1 ประเมินสภาพและแปลความหมาย โดยพยาบาลใช้สติปัญญา และความรู้ในการพิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ด้วยวิธีการสังเกต ติดตามอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ แปลความ สังเคราะห์ และตัดสินใจ

2.6.2 เลือกวิธีปฏิบัติ โดยการเปรียบเทียบและลำดับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการรักษาชีวิต ความปลอดภัย และความผาสุกของผู้ป่วยทั้งนี้ ต้องเลือกกระทำในสิ่งที่ดีที่สุดเป็นอันดับแรก

2.6.3 คาดการณ์ล่วงหน้า โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ ซึ่งพยาบาลต้องรู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเตรียมการช่วยเหลือไว้ให้พร้อม

2.6.4 คงไว้ซึ่งองค์ประกอบของการพยาบาล โดยพยาบาลกระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้วยการผสมผสานความเมตตาอย่างจริงใจ เทคนิคการปฏิบัติ และกำลังทางสติปัญญา

2.6.5 เป็นที่ปรึกษา โดยพยาบาลจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยในกรณีที่พยาบาลมีข้อจำกัดในการให้การช่วยเหลือ

2.6.6 ใช้เวลาอย่างเหมาะสม โดยพยาบาลใช้เวลาอย่างเหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและได้รับการตอบสนองความต้องการต่อเนื่อง

2.6.7 รักษาและเพิ่มเติมพลังงาน โดยพยาบาลใช้พลังงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและพยายามทดแทนพลังงานโดยการหยุดพัก ดูแลสุขภาพตนเอง และหาการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน

2.7 คุณค่าขณะดูแล เป็นจุดหนึ่งของช่วงเวลาเมื่อพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้และบรรลุเป้าหมายในการดูแล ซึ่งทำให้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่น มีความรู้สึกที่ดี มีความพึงพอใจ และผู้ป่วยปรับตัวกับความเศร้าโศกได้

3. สถานการณ์ขณะดูแล เป็นสถานการณ์ที่พยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวข้องกันในสถานที่และเวลาที่เฉพาะ ในสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแล ซึ่งประกอบด้วยสถานการณ์ที่ห้อมล้อมผู้ป่วยและสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติการดูแลของพยาบาล

นอกจากนี้วัตสัน (Watson, 1979 : 9-10, 1994 : 10) ได้กล่าวถึงปัจจัยการดูแล 10 ประการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลที่พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความแข็งแกร่งหรือเผชิญหน้ากับชีวิตและความตายได้ ดังนี้

1. สร้างค่านิยมให้เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น
2. สร้างความศรัทธา และความหวัง
3. ฝึกฝนให้ไวต่อการรับรู้ของตนเองและผู้อื่น
4. พัฒนาสัมพันธภาพการช่วยเหลือและความไว้วางใจ
5. ส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ
6. ใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์เพื่อการตัดสินใจ
7. ส่งเสริม การเรียนและการสอนระหว่างบุคคล โดยการให้ข้อมูลและพยายามทำให้บุคคลอื่นมีสุขภาพดี
8. ให้การสนับสนุน ป้องกันและ/หรือแก้ไขภาวะร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณ
9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์
10. ยินยอมให้มีการสร้างพลังปรากฏการณ์ในการดำรงชีวิต เพราะปรากฏการณ์จะอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจบุคคลอื่น

องค์ประกอบการดูแล

สำหรับองค์ประกอบของการดูแล เมเยอร์ออฟฟ์ (Mayeroff, 1971 cited by Wolf, 1986 : 88) ได้อธิบายแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลว่ามีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ความรู้ (knowing) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ที่ได้รับการดูแลคือ ต้องรู้ว่าผู้ที่ได้รับการดูแลเป็นใคร ต้องการอะไร จุดอ่อน จุดแข็งมีอะไรบ้าง มีสิ่งใดบ้างที่สามารถช่วยเขาได้ และจะตอบสนองความต้องการได้อย่างไร

2. ทางเลือกที่เหมาะสม (alternating rhythm) การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล ต้องมีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากหลายๆ แนวทางในประสบการณ์ที่ผ่านมา ตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลในอดีตร่วมด้วย ประเมินผลและมีการปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการช่วยเหลือให้มีความเหมาะสมอยู่เสมอ

3. ความอดทน (patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทน เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับการดูแลได้คิด ตัดสินใจ และพัฒนาศักยภาพด้วยตนเอง โดยการรับฟังและแสดงออกอย่างเหมาะสม

4. ความจริงใจ (honesty) ผู้ให้การดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ และด้วยความรู้สึกที่แท้จริงของตน เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่และตัดสินใจให้การช่วยเหลือและกำจัดอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตของผู้ป่วย

5. ความไว้วางใจ (trust) ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่ได้รับการดูแลต้องมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

6. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) ผู้ให้การดูแลที่มีความอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ของผู้ที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่ทำให้เกิดการใช้อำนาจกับผู้ได้รับการดูแล

7. ความหวัง (hope) เป็นการมองไปในอนาคตซึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ให้การดูแลมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเกิดความสำเร็จได้

8. ความกล้าหาญ (courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วยด้วยความกล้าหาญ โดยไม่เกรงกลัวอันตราย

องค์ประกอบการดูแลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีจุดเน้นที่พฤติกรรมหรือการแสดงออกของพยาบาลต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสวานสัน (Swanson, 1993 : 352-357) ที่ได้ศึกษาแนวคิดการดูแลและนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาแนวคิดให้มีความสมบูรณ์และเป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าการดูแล มีองค์ประกอบดังนี้

1. คงไว้ซึ่งความเชื่อ (maintaining belief) คือ ปรัชญาและทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย เป็นพื้นฐานของการดูแล ซึ่งการปฏิบัติการดูแลเริ่มจากความเชื่อถือในตัวบุคคลและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของเขาที่จะสามารถผ่านเหตุการณ์ ปรับเปลี่ยนและสามารถเผชิญหน้ากับอนาคตอย่างมีความหมาย

2. รู้และเข้าใจผู้ป่วย (knowing) คือ ความพยายามเข้าใจเหตุการณ์ที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วย รู้และเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วย การรู้และเข้าใจอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการบำบัดรักษาอย่างมีเหตุมีผล มีจริยธรรมและมีความรู้อย่างแท้จริงถึงโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต้องรวมทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ วัฒนธรรม และตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้ป่วยทั้งภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย

3. อยู่กับผู้ป่วย (being with) การอยู่กับผู้ป่วยและการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย เป็นการกระทำที่ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่า เขาได้รับการยอมรับและพยาบาลพร้อมและตั้งใจอยู่กับเขา การอยู่กับผู้ป่วยไม่เพียงแต่นั่งใกล้ๆ ผู้ป่วยเท่านั้น ต้องรวมถึงการมีคำพูดหรือถ้อยคำต่อผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าเต็มใจอยู่กับเขา รวมทั้งการให้เวลา ฟังอย่างตั้งใจ มีความไว้วางใจ และสะท้อนกลับตามเหตุการณ์

4. กระทำเพื่อผู้ป่วย (doing for) คือการกระทำให้ผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะทำด้วยตัวเองถ้าเขาสามารถทำได้ แต่ในขณะนั้นเขากระทำเองไม่ได้ ซึ่งการกระทำเพื่อผู้ป่วยรวมถึงการกระทำของพยาบาลตามหน้าที่ และกระทำอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก ความสุขสบาย กระทำในสิ่งที่คาดการณ์ล่วงหน้าว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วย และต้องกระทำอย่างมีความสามารถ มีทักษะ ป้องกันอันตราย คงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

5. สร้างความสามารถให้ผู้ป่วย (enabling) หมายถึง การอำนวยความสะดวกตามสิทธิของผู้ป่วย ตามช่วงชีวิต และเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต รวมทั้งการฝึกหัด การให้ความรู้ และให้คำอธิบาย สนับสนุนช่วยเหลือ ยินยอมให้ผู้ป่วยใช้ประสบการณ์ของเขา ให้การช่วยเหลือในสิ่งสำคัญ ช่วยกำหนดทางเลือก แนะนำแนวทาง ให้ข้อมูลย้อนกลับ ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายคือความผาสุกของผู้ป่วย

นอกจากนี้โรช (Roach, 1997) ได้กล่าวถึงการดูแลในทางพยาบาลแต่เน้นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาล (FIVE C'S Model) ซึ่งเป็นคุณลักษณะเฉพาะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้วิชาชีพการพยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ ดังนี้

1. ความเมตตา กรุณา (compassion) เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์ที่เกิดมาจากการมีสัมพันธภาพ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะของพระผู้เป็นเจ้า ซึ่งเมื่อใดที่มีการบาดเจ็บ มีความเจ็บปวด ความกลัว ความสับสน ความเมตตาก็จะแผ่ออกไปในกลุ่มของบุคคลที่มีความโศกเศร้าเหล่านั้น
2. ความสามารถ (competence) เป็นความรู้ ทักษะ พลังงาน และแรงจูงใจในการกระทำเพื่อให้บรรลุถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ เป็นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ถึงระดับของผู้เชี่ยวชาญ ความสามารถจะให้พลังในการดูแลโดยไม่มีวันถูกบั่นทอนหรือทำให้ลดลงได้
3. ความไว้วางใจ (confidence) หมายถึง คุณลักษณะที่ส่งเสริมสัมพันธภาพของความไว้วางใจ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงการดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างความสามารถให้บุคคลอื่นเจริญเติบโต สื่อสารด้วยความซื่อสัตย์ จริงใจ และให้เป็นจริงตามสิทธิของบุคคลแต่ต้องพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีความพร้อมที่จะรับฟังความจริงนั้นด้วย และเป็นวิธีการสื่อถึงการเคารพต่อบุคคลอื่นที่ต้องตระหนักถึงความสามารถและความอิสระของบุคคลนั้น
4. ความมีมโนธรรม (conscience) เป็นการตระหนักถึงศีลธรรมจรรยา มีความรู้สึกไวต่อความถูกหรือความผิด สิ่งนี้จะช่วยกำหนดขอบเขตของพฤติกรรมให้อยู่ในมาตรฐานหรือมีความเหมาะสมทางศีลธรรม
5. ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) เป็นการตอบสนองที่ซับซ้อนที่แสดงออกถึงการรวมกันระหว่างความต้องการและพันธะหน้าที่ แสดงออกถึงการรวมกันระหว่างสิ่งที่ควรทำและสิ่งที่ต้องทำ

พฤติกรรมกรรมการดูแล

การดูแลสามารถอธิบายได้ในรูปแบบของพฤติกรรม (Cronin & Harrison, 1988 : 376) ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกของพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการได้รับการดูแลมีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้ว่ายพยาบาลควรทำในสิ่งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ทำในสิ่งที่พิเศษที่เป็นสิ่งเฉพาะของผู้ป่วย (Brown, 1986 : 58) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นปัจเจกบุคคล (Mullins, 1996 : 21) หรือยอมรับความแตกต่างของผู้ป่วย (Wolf et al., 1994 : 110)
2. สนับสนุนให้กำลังใจและปลอบใจเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือหรือทำให้อบอุ่นใจ และความสุขสบายในยามที่ผู้ป่วยท้อถอยหรืออ่อนล้า (Brown, 1986 : 59)

3. ให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกี่ยวกับสภาวะที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย (Brown, 1986 : 59) และตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (Cronin & Harrison, 1988 : 378)

4. มีความรู้และทักษะทางวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติของพยาบาลได้อย่างทันทีทันใดในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (Brown, 1986 : 59; Wolf et al., 1994 : 110)

5. ช่วยเหลือเมื่อเจ็บปวด เป็นการช่วยเหลือทั้งโดยตรง เช่น การให้ยาหรือกระทำเพื่อลดปวด และโดยอ้อมเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บปวด เช่น แนะนำให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Brown, 1986 : 59)

6. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ให้ความสนใจกับประสบการณ์ของเขา และแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลมีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ (Wolf et al., 1994 : 110) อยู่เป็นเพื่อน ยอมรับผู้ป่วยและตระหนักถึงความต้องการ มีความรู้สึกร่วมและเห็นใจผู้ป่วย ให้ความใกล้ชิดและเป็นกันเองกับผู้ป่วย (Forrest, 1989 : 819)

7. มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ สัมผัสร่างกายและแสดงความสนิทสนม ให้คำแนะนำชี้แนะและให้โอกาส ให้ความมั่นใจ บอกและสอนผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องรู้และเกิดผลดีต่อผู้ป่วย และรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Forrest, 1989 : 819)

8. ให้เวลาผู้ป่วย เป็นการให้เวลากับผู้ป่วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยต้องการเวลามากกว่า การกระทำบางสิ่งบางอย่างให้ ถึงแม้ว่าการกระทำนั้นจะมีความสำคัญ แต่ก็ยังสำคัญน้อยกว่าการให้เวลา (Brown, 1986 : 59-60)

9. ส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพในผู้ป่วย เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ยอมให้ผู้ป่วยกระทำด้วยตนเอง และมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจรักษา (Brown, 1986 : 60)

10. ระมัดระวังเพื่อให้อดภัย เป็นการกระทำกิจกรรมการดูแลที่ระมัดระวัง และป้องกันอันตราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย (Brown, 1986 : 60)

11. รู้และเข้าใจผู้ป่วย โดยรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร (Mullins, 1996 : 21) เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยสูญเสียว่า เป็นสิ่งที่มีความหมายและความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย (Swanson-Kauffman, 1986 : 40-41)

12. อยู่กับผู้ป่วย การอยู่กับผู้ป่วยเป็นการแสดงออกของผู้ให้การดูแลที่เต็มใจช่วยเหลือผู้อื่น และการอยู่เป็นเพื่อนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย และเกิดความรู้สึกร่วม (Swanson-Kauffman, 1986 : 41-42)

13. กระทำเพื่อผู้ป่วย เป็นการกระทำให้ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เขาถูกคุกคาม เป็นการกระทำในสิ่งที่ผู้ป่วยควรจะทำเพื่อตัวเอง ถ้าในขณะนั้นผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้มแข็งทางอารมณ์ หรือมีพลังกายพร้อม (Swanson-Kauffman, 1986 : 42-43)

14. สร้างความสามารถให้ผู้ป่วย เป็นการดูแลที่อำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะโศกเศร้า และสูญเสียโดยขึ้นอยู่กับความรู้ต่อความสูญเสีย การใช้รูปแบบการเผชิญปัญหา และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นพิเศษ (Swanson-Kauffman, 1986 : 43-44)

15. คงไว้ซึ่งความเชื่อ ผู้ป่วยต้องการที่จะให้คนอื่น ๆ เชื่อว่า ตนเองสามารถผ่านระยะของความรู้สึกสูญเสียไปได้ และสามารถที่จะทำสิ่งอื่นได้อีก (Swanson-Kauffman, 1986 : 44-45)

16. ดูแลผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ รู้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องตามแพทย์เมื่อใด และจะใช้เครื่องมือต่าง ๆ อย่างไร บอกให้ผู้ป่วยรู้ว่ายังมีพยาบาลอยู่เท่าที่เขาต้องการ (Cronin & Harrison, 1988 : 378; Mullins, 1996 : 21) บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าทำอะไรให้ และยอมรับผู้ป่วยตามวิถีทางของเขา (Mullins, 1996 : 21)

17. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก กระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียกหาพยาบาลถ้าผู้ป่วยเกิดปัญหาใดๆ (Mayer, 1986 : 66) ตอบสนองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ให้การรักษาต่างๆ ตรงเวลา รับรู้ถึงความต้องการและวางแผนให้การช่วยเหลือ (Gooding, 1993 cited by Webb, 1996 : 964)

สำหรับพฤติกรรมของพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีใช้การดูแลนั้น ริแมน (Rieman, 1986 : 30-36) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการไม่ได้รับการดูแล จากผู้ป่วยจำนวน 10 คน ผลการศึกษพบว่าพฤติกรรมของพยาบาลที่ไม่ใช้การดูแลสรุปได้ดังนี้

1. มีความรีบเร่งและหวังแต่ผลที่ต้องการ เช่น กระทำอย่างรีบร้อน ไม่มีเวลาพูดคุย หรือดูแลเหมือนไม่อยากจะพูด ทำงานด้วยความสามารถแต่ไม่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์

2. กระทำอย่างงานตามภาระหน้าที่ เช่น ปฏิบัติงานตามหน้าที่ ให้การพยาบาลอย่างไรชีวิตชีวาเหมือนกันทุกๆ วัน

3. มีท่าทางกระด้างและดูถูกผู้ป่วย เช่น ตวาดหรือโอ้อวดต่อผู้ป่วย สัมผัสอย่างแข็งกระด้างไม่นุ่มนวล ไม่สนใจว่าผู้ป่วยจะอะไรออกไป ไม่มีความเมตตา

4. ไม่ตอบสนองผู้ป่วย เช่น ไม่เข้าไปหาแม้ผู้ป่วยจะกดกริ่งเรียก ไม่แสดงออกให้เห็นว่าสนใจผู้ป่วย ไม่สนใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร

5. บำบัดรักษาผู้ป่วยเหมือนไม่ใช่มนุษย์ เช่น มองดูเครื่องมือโดยไม่มองที่ผู้ป่วย ไม่สนใจว่าผู้ป่วยต้องการพูดคุยอะไร ไม่เข้าไปใกล้ ไม่ให้คำอธิบาย ไม่บอกว่าทำอะไรให้ผู้ป่วย

การดูแล เป็นกระบวนการของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับช่วยเหลือบุคคลอื่นให้เจริญเติบโต กระทำสิ่งต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียด และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม แนวคิดการดูแลจึงมีความจำเป็นในการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน และแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีวิตอยู่ได้เป็นปกติมากที่สุด มีคุณภาพชีวิตและมีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด (Baylor & McDaniel, 1996 : 99) และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ของการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งบทบาทการให้การดูแลของพยาบาลจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ เมื่อตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งเฟิร์น (Firn, 1995 : 37-39) ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้านจิตใจและอารมณ์จากผู้ป่วยเอดส์ 7 คน พบว่าบทบาทของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการมีดังนี้

1. บทบาทในการดูแล (caring role) เป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกต้องการแสวงหาความสุขสบายและผ่อนคลาย ในบทบาทนี้พยาบาลจะมีบทบาทย่อยคือ ตอบสนองความสุขสบายในภาวะวิกฤต ตอบสนองผู้ป่วยอย่างเป็นปัจเจกบุคคล ยอมรับผู้ป่วยโดยปราศจากการพิพากษาหรือไม่มีการตัดสินว่าดีหรือไม่ดี และสัมผัสผู้ป่วย

2. บทบาทในการบำบัดรักษา (therapeutic role) เป็นบทบาทในด้านการบำบัดรักษา คือช่วยเหลือในภาวะทุกข์โศก สร้างความสามารถให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ลดความเสี่ยงต่ออันตราย และตอบสนองอย่างคำนึงถึงจริยธรรม

3. บทบาทในการประเมินสภาพและติดตามผู้ป่วย (assessing and monitoring role) ควรตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ พยาบาลจึงต้องรู้ว่าปฏิกิริยาใดที่แสดงออกถึงความทุกข์ทรมานและให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

4. บทบาทในการให้ความรู้ (educative role) พยาบาลต้องเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรค และอธิบายให้ผู้ป่วยรู้จักสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ตลอดจนให้คำแนะนำในการป้องกันความเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพ

ไซทิงเกอร์ และเดเนียล (Schietinger & Daniels, 1996 : 137-152) ศึกษาสิ่งที่พยาบาลต้องรู้ตามมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 80 คน ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและคาดหวังจากผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่แตกต่างจากการศึกษาของเฟิร์น แต่ก็มีบางประการที่สอดคล้องกัน ดังนี้

1. ความรู้และความชำนาญด้านการรักษา ผู้ป่วยต้องการผู้ให้การดูแลมีความรอบรู้ความสามารถและได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ก้าวทันความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ทันสมัย ผู้ป่วยบางคนกล่าวว่าพยาบาลยังต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องอื่นๆ อีกเช่น การดูแลด้านจิตสังคม ด้านโภชนาการ และด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่การรักษา แต่เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลในสถานที่ที่เฉพาะต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคนรู้จักน้อยและมีข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีที่ทันสมัย

2. ทักษะการส่งต่อและการจัดการเฉพาะราย ผู้ป่วยคาดหวังให้ผู้ให้การดูแลส่งต่อพวกเขาไปยังแหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ และตอบสนองความต้องการทางจิตสังคมของผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ให้การดูแลทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบทุกหน่วยงาน

3. ทักษะทางจิตสังคม ผู้ป่วยคาดหวังให้ผู้ให้การดูแลตระหนักถึงความผาสุกทุกด้านของผู้ป่วย วัตถุประสงค์จากเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้น ตลอดจนยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ยอมรับการตัดสินใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเลือก รวมทั้งวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยเลือก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการทักษะอื่นๆ อีกคือ ความผูกพันกับผู้ป่วย (rapport) เช่น มีความเห็นใจ เคารพสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยทำสิ่งต่างๆ มีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ เช่น ไม่นำความลับเกี่ยวกับสภาพการติดเชื้อเอชไอวีไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่น ทักษะการให้คำปรึกษา เช่น เป็นผู้ฟังที่ดี ทักษะการสัมภาษณ์ เช่น ถามในสิ่งที่ปัญหา ใช้คำถามที่สามารถตอบได้ง่าย

4. ความรู้สึกไวและความห่วงใยต่อเรื่องสำคัญ เป็นทัศนคติและความรู้สึกไวต่อเรื่องที่เลวร้ายสำหรับผู้ป่วย เช่น ความเจ็บปวด การหายใจไม่ได้ และพยายามแก้ไขให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะที่เลวร้ายเหล่านั้น

5. ความต้องการอื่นๆ ผู้ป่วยต้องการให้ผู้ให้การดูแลลดความกลัวและให้มีความเต็มใจมากขึ้นในการให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการปกปิดความลับเรื่องสภาพการติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้มัลลินส์ (Mullins, 1996 : 18-23) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 46 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เห็นว่ามีค่ามากที่สุด คือ ให้การดูแลอย่างเป็นปัจเจกบุคคล และที่มีความสำคัญน้อยที่สุดคือ ไปเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยย้ายไปรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่นๆ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าว บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สรุปได้ดังนี้

การดูแลด้านร่างกาย

บทบาทพยาบาลในการดูแลด้านร่างกาย มีความครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยดังนี้ (Long & Wright, 1989 & Beare & Mayers, 1990 อ้างตามพรทิพย์และบุญจันทร์, 2535 : 120-123; อรัญญา สุริพร และอังศุมา, 2537 : 186-187)

1. ดูแลเรื่องการหายใจและคงไว้ซึ่งออกซิเจนที่เพียงพอ ผู้ป่วยมักเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสในปอดได้ง่าย จึงเกิดอาการหายใจลำบาก ไข้ ไอ ความจุปอดลดลง จนรุนแรงถึงขั้นหายใจล้มเหลวได้ ควรดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสม และลดการใช้ออกซิเจนของ

ร่างกายโดยการลดไข้ ให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ระบายเสมหะ ตลอดจนดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่ตลอด

2. ดูแลด้านโภชนาการ ผู้ป่วยอาจไม่ยอมรับประทานอาหารจากภาวะอ่อนเพลียมาก กลืนลำบาก มีแผลในปาก เบื่ออาหาร พยาบาลควรหาวิธีการที่จะสงวนพลังงานของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยที่จะทำให้น้ำหนักลดลง ดูแลความสะอาดและความชุ่มชื้นในช่องปาก จัดหาอาหารที่มีโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตสูงและง่ายต่อการกลืนหรือเคี้ยว กระตุ้นความอยากอาหารด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและเหมาะสมในการรับประทานอาหาร

3. คงความสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ พยาบาลอาจส่งเสริมให้ดื่มน้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ทดแทน งดอาหารที่มีกากใย หากมีปัญหาปากอักเสบ ควรให้ดื่มเครื่องดื่มที่เย็นๆ จะช่วยลดความรู้สึกเจ็บในช่องปากได้

4. การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย ปัญหาท้องเสีย หากเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดแผลถลอกรอบๆ ทวารหนัก ซึ่งนอกจากจะทำให้รู้สึกเจ็บปวดแล้วยังมีโอกาสดูดเชื้อได้ง่าย พยาบาลจึงควรช่วยเหลือผู้ป่วยด้านสุขอนามัย รักษาความสะอาด และทาครีมที่ลดการระคายเคืองผิวจากการท้องเสียรอบๆ ทวารหนัก

5. การดูแลเรื่องความสุขสบาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บปวดเป็นสิ่งรบกวน ความเครียดด้านร่างกายที่รุนแรงที่สุด (แ่งน้อย, 2536 : 29) พยาบาลจึงควรให้การดูแลเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดและปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

6. การดูแลเรื่องการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการนอนนานๆ และช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้น

7. การดูแลเรื่องการพักผ่อน พยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการจัดสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ

8. ป้องกันเนื้อเยื่อถูกทำลาย การเช็ดถูเบาๆ การแปรงฟันโดยใช้แปรงที่มีขนอ่อนนุ่ม หรือใช้ไม้ฟันสาลีขนนุ่มทำความสะอาดจะสามารถหลีกเลี่ยงการเป็นแผลในช่องปาก เหนือหรือเลือดออกตามไรฟัน ในกรณีที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อย อ่อนเพลียมาก ควรลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดแผลกดทับตามบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกต่างๆ ตลอดจนระมัดระวังการเกิดแผลบริเวณผิวหนังหรือเยื่อ

9. ป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น พยาบาลควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยทุกระบบเพื่อประเมินอาการของการติดเชื้อ ตลอดจนการรักษาความสะอาดของผู้ให้การดูแลและความสะอาดของผู้ป่วยและใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด

10. ป้องกันอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองต้องระมัดระวังการตกเตียง หกล้ม ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

11. ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยารักษาเมเร็ง ยาแก้ปวด ยารักษาตามอาการอื่นๆ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปรับความรู้สึกวิตกกังวล กลัว โกรธ กัดดัน ซึมเศร้า และพฤติกรรมหรือความคิดฆ่าตัวตาย ตลอดจนปรับตัวอยู่กับโรคเอดส์ในสังคมได้ โดยมีกิจกรรมการดูแลดังนี้ (Long & Wright, 1989 & Beare & Mayers, 1990 อ้างตามพรทิพย์ และบุญจันทร์, 2535 : 123-124; อรัญญา สุวีพร และอังศุมา, 2537 : 189; Williams, 1986 : 164-167; Flaskerud & Ungvarski, 1995 : 315)

1. ประเมินความเครียด สิ่งเร้าความเครียด และความรุนแรงของสิ่งเร้าความเครียด เพื่อนำมาวางแผนจัดการกับความเครียดที่เป็นปัญหามากที่สุดก่อน

2. กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกออกมาให้มากที่สุด และรับฟังด้วยความสนใจและความเข้าใจถึงภาวะทุกข์โศกของผู้ป่วย ยอมให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเศร้า เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร้องไห้ ถ้าสังเกตเห็นผู้ป่วยอยากจะทำอะไรให้

3. แสดงความสนใจและเห็นใจ ให้กำลังใจ ให้ความหวัง ความเมตตาสงสาร ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน และพยาบาลต้องมีความมั่นใจในตนเอง อดทนต่อการแสดงออกของผู้ป่วย

4. สนับสนุน ปรึกษา ปรึกษา ประคับประคอง เอื้ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้น พิจารณาวีธีการที่ผู้ป่วยใช้โดยไม่ต่อต้านหรือห้ามถ้าผู้ป่วยทำอะไรที่พยาบาลพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่เกิดอันตราย ส่งเสริมสิ่งที่เป็นจุดแข็งแกร่งของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักจะมีศักยภาพในตัวเองต่ำ ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง

5. แนะนำวิธีการจัดการกับความเครียด และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาและเกิดความสุขสงบในชีวิต

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือที่จะช่วยผู้ป่วยแก้ปัญหา

7. จัดหาเครือข่ายทางสังคมหรือแหล่งประโยชน์ รวมทั้งครอบครัว เพื่อน พยาบาลซึ่งกลุ่มสนับสนุนจะช่วยลดการตำหนิตนเองและความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกแน่นอนมั่นคง และลดความรู้สึกถูกแยกและความรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ดีจากครอบครัวและเพื่อน ยังเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (Hall, 1994 : 289) และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่รักเช่น คู่สมรส พ่อ แม่ พี่น้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับการเป็นโรค เกิดกำลังใจและความเข้มแข็งอดทนที่จะเผชิญกับโรคต่อไป (อดิรัตน์, 2539)

8. ช่วยค้นหาทางเลือกให้ผู้ป่วย ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดหนทาง คิดไม่ออก การชี้แนะ เสนอแนวทางจะช่วยให้ผู้ป่วยพบทางเลือกที่เหมาะสม

9. ส่งเสริมภาวะจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายตนเองกระทำผิดที่ติดเชื่อเอชไอวี จึงมักต้องการการให้อภัย ต้องการแก้ไขความผิดพลาด พยาบาลจึงควรอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งผลการศึกษาของแมคโคโนเช (McConochie, 1994 : 37) ที่ได้ศึกษารายกรณีเกี่ยวกับความต้องการในระยะใกล้ตายของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ป่วยต้องการ สวดมนต์ หรือฟังการสวดมนต์ ต้องการเวลาในการทำจิตใจให้สงบและกล่าวคำอำลาบุคคลที่รัก เป็นต้น

10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำศาสนามาช่วยในการจัดการกับอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจชีวิต มีความหวังและเห็นคุณค่าของตนเอง นอกจากนี้ศาสนายังช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตได้ (Hall, 1994 : 288-289)

11. เตรียมให้ยา เป็นการให้ยาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลทางจิตใจอย่างรุนแรง เช่น วิตกกังวลอย่างรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายและมีความซึมเศร้า

12. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พยาบาลควรส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในแผนการพยาบาล เช่น วางแผนและจัดเวลาที่จะเข้าไปพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัว เพื่อน บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยม จัดสิ่งแวดล้อมหรืออำนวยความสะดวกให้ญาติได้อุปการะ หรือสิ่งของที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมาให้

13. ส่งเสริมการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ พยาบาลช่วยส่งเสริมผู้ป่วยในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ โดยต้องแสดงออกถึงความอ่อนโยน ทำที่ไม่รีบร้อน แต่ถ้าพยาบาลแสดงความรังเกียจหรือพยายามหลีกเลี่ยงผู้ป่วยเหล่านี้อาจทำให้เขารู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่เชื่อมั่นหรือขาดความเคารพในความเป็นบุคคลของตนเองได้

14. ช่วยเหลือครอบครัว หรือบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม บุคคลในครอบครัวและญาติอาจมีปฏิกิริยาต่อปัญหาการติดเชื่อคล้ายคลึงกับผู้ป่วยได้ ญาติอาจจะรู้สึกกลัวการติดเชื่อจากความสัมพันธ์ที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึมเศร้า พยาบาลอาจมีส่วนร่วมให้ญาติของผู้ป่วยมีระบบเครือข่าย และแรงสนับสนุนทางสังคม หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group)

15. ประเมินภาวะเศรษฐกิจและแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น สังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านค่ารักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยให้น้อยลง

อย่างไรก็ตาม ยังมีรายงานว่า พยาบาลมีการรับรู้ว่ามีวิชาชีพการพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวีสูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งจะเห็นได้จากสัดส่วนของพยาบาลจะสูงกว่าแพทย์หรือบุคคลอื่นๆ ในเรื่องเกี่ยวกับความกังวลต่อการติดเชื่อเอชไอวีของตนเอง และการติดเชื่อของบุคคลในครอบครัวหากพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ (Dworkin, Albrecht & Cooksey, 1991 cited by Schietinger & Daniels, 1996 : 140) ทำให้พยาบาลแสดงออกถึงความรู้สึกและความต้องการของตนเอง เช่น การศึกษาของแวน วิสส์เซนและวูดแมน (van Wissen & Woodman, 1994 : 1141-1147) เกี่ยวกับทัศนคติและความกังวลต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลในนิวซีแลนด์จำนวน 20 คน พบว่า ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน

พยาบาลมีการอภิปรายกันมากเกี่ยวกับการปกปิดความลับของผู้ป่วย และมีการโต้เถียงกัน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกพยาบาลต้องการทราบผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพื่อที่จะวางแผนการดูแล และอีกกลุ่มไม่ต้องการทราบผลเพราะควรใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อ (universal precautions) พยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดว่า จำเป็นต้องมีแหล่งข้อมูลที่ทันสมัยไว้ในหอผู้ป่วย ต้องการให้หน่วยงานทำแนวทางปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อและการแยกผู้ป่วยที่เฉพาะของหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลปลอดภัยจากการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลรู้สึกว่าการให้หน่วยงานขาดแนวทางปฏิบัติ และไม่แน่ใจว่าแนวทางที่มีอยู่จะมีประสิทธิภาพ อีกทั้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์มีน้อยและไม่ทันสมัย ส่วนประเด็นที่เกี่ยวกับปฏิกิริยาของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า มีความกลัวเช่นเดียวกับการศึกษาของนักวิจัยคนอื่นๆ เนื่องจากพยาบาลรู้สึกว่าการตนเองขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลอธิบายว่าการใช้ถุงมือ เป็นปัญหากระทบจิตใจอย่างหนึ่งคือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท่างเห็นเมื่อเห็นพยาบาลสวมถุงมือ

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤตจากโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติหลายประการและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการดูแล แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรค ซึ่งสรุปจากการศึกษาวิจัยต่างๆ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ การมีความรู้มากขึ้นจะสนับสนุนให้เกิดความเต็มใจหรือความต้องการให้การดูแลผู้ป่วย (Thaniwattananon, 1995; Jemmott, L.S. & Lemmott, J.B. 1992 cited by Schietinger & Daniels, 1996 : 140) นอกจากนี้การขาดความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และขาดทักษะทางจิตวิทยา ทำให้เกิดความไม่มั่นใจหรือไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วย (Schietinger & Daniels, 1996 : 139)
2. ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งประสบการณ์ต้องอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน (McCann, 1997)
3. ความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการพยาบาลจะทำให้พยาบาลมีความต้องการให้การดูแลและผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือจะทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการให้การดูแล (Thaniwattananon, 1995)

4. พันธะหน้าที่ในการดูแล เป็นการให้การดูแลโดยพยาบาลยึดถือจรรยาบรรณวิชาชีพ พยาบาล และข้อผูกพันทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย (McCann, 1997) และข้อผูกพันใน วิชาชีพการพยาบาลและความสงสารผู้ป่วย (Thaniwattananon, 1995) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัย ที่ส่งเสริมให้พยาบาลมีความเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วย

5. การยอมรับผู้ป่วย เป็นการไม่พิพากษาผู้ป่วย และยอมรับผู้ป่วยทั้งด้วยตนเองและ ด้วยข้อผูกพันของวิชาชีพโดยไม่จำกัดเชื้อชาติ สีผิว ศาสนา เพศและวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็น ปัจจัยที่ทำให้พยาบาลมีความเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วย (McCann, 1997)

6. สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน และการประสานงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งเสริมให้ พยาบาลให้การดูแล แต่สัมพันธภาพที่ไม่ดีหรือขาดการยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงานและการขาด การประสานงานจะเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการให้การดูแล (Thaniwattananon, 1995)

7. ประสบการณ์ทางสังคม พยาบาลที่เคยมีปฏิสัมพันธ์ส่วนบุคคลกับผู้ติดเชื้อเชไอวี จะทำให้เกิดความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย (Jemmott, L.S & Jemmott, J.B. cited by Schietinger & Daniels, 1996 : 140) หรือพยาบาลที่เคยสัมผัสหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กับกลุ่มรักร่วมเพศ จะมีความเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ (McCann, 1997)

8. อิทธิพลของครอบครัวและการสนับสนุนของผู้ร่วมงาน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อ การตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย กล่าวคือถ้าครอบครัวไม่สนับสนุนจะทำให้พยาบาลไม่เต็มใจให้ การดูแล และการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานจะทำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (McCann, 1997)

9. ความพึงพอใจส่วนบุคคลและรางวัลจากวิชาชีพ เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยโดย คำนี้ถึงความเต็มใจของบุคคลของผู้ติดเชื้อเชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการเปิด โอกาสให้พยาบาลได้เรียนรู้เรื่องราวใหม่ๆ จากผู้ป่วย ได้รับข้อมูลที่เป็นสิ่งที่ท้าทาย สิ่งเหล่านี้ ช่วยให้พยาบาลเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และยังได้โอกาสในการพัฒนาความ สัมพันธ์เชิงวิชาชีพกับผู้ป่วย (McCann, 1997)

10. ขวัญและกำลังใจในการทำงาน การขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน จะทำให้ พยาบาลไม่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วย (Thaniwattananon, 1995)

11. ความพร้อมของอุปกรณ์ การขาดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อหรือเครื่องมือเครื่องใช้ มีคุณภาพต่ำทำให้พยาบาลไม่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วย (Thaniwattananon, 1995)

12. ทักษะต่อโรคเอดส์ ทักษะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแล และคุณภาพของการให้การดูแล (Baylor & McDaniel, 1996 : 99) โดยทักษะที่ดีจะทำให้ พยาบาลมีความเต็มใจให้การดูแล และทักษะที่ไม่ดีต่อโรคจะขัดขวางการให้การดูแล ซึ่งการ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แสดงให้เห็น ว่าพยาบาลบางส่วนยังมีความกลัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย เช่น เบเลอร์และแมคเดเนียล (Baylor & McDaniel, 1996 : 99-105) ได้ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์จากพยาบาล 138

คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 40 เห็นด้วยว่า ความกังวลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์คือ กลัวที่จะสัมผัสกับเชื้อเอชไอวีและกลัวตาย ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 10.1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แวง (Wang, 1997 : 36-49) เกี่ยวกับทัศนคติ ความกังวล และความกลัวโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในสหรัฐอเมริกา จำนวน 376 คน ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวที่มีคะแนนสูงสุดคือ พยาบาลมักจะต้องสัมผัสกับเลือดของผู้ป่วย

นอกจากความกลัวแล้ว พยาบาลยังมีทัศนคติทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากกว่าโรคอื่นๆ อันเนื่องมาจากสาเหตุของการติดเชื้อหรือให้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้พื้นฐานทางพฤติกรรมเบี่ยงเบนของผู้ติดเชื้อ (เปี่ยมปิติ, 2534) กล่าวคือ มีความรู้สึกทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเชื้อจากการฉีดยาเสพติด (Forrester & Murphy, 1992 : 464; Cole & Slocumb, 1993 : 1115-1116) กลุ่มรกร่วมเพศ (Cole & Slocumb, 1993 : 1116) กลุ่มโสเภณี (Breault & Polifroni, 1992 : 25) แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายงานการศึกษาวิจัยที่พบว่าพยาบาลยังมีความรู้สึกเห็นใจ เมตตาและสงสารผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อายุน้อย เพราะรู้สึกว่าผู้ป่วยเหล่านี้กำลังเกี่ยวข้องกับความตาย และพยาบาลมีการส่งเสริมความรู้สึกที่ดีให้กับตนเอง ด้วยการคิดถึงผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ ความสุขสบาย และการฟื้นฟูของผู้ป่วยจนสามารถกลับบ้านได้ หรือการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Breault & Polifroni, 1992 : 21-27)

จะเห็นได้ว่าพยาบาลส่วนหนึ่ง ยังมีทัศนคติทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บางกลุ่มและกลัวที่จะต้องสัมผัสกับเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้แสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยดังผลการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน เช่น เชียร์เรอร์และคณะ (Scherer et al., 1992 : 23-29) ได้ศึกษาความกังวลต่อโรคเอดส์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 236 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 38 เห็นด้วยว่า พยาบาลควรมีสิทธิปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 44 ไม่เห็นด้วยที่พยาบาลได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 47 เห็นด้วยว่าผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายไม่ควรเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต อคินซันยาและราส์ (Akinsanya & Rouse, 1992 : 400-401) ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากพยาบาลจำนวน 717 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 44 เชื่อว่า ผู้ป่วยเอดส์ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝน โดยเฉพาะเท่านั้น และร้อยละ 37 เห็นด้วยว่า พยาบาลควรได้รับการยินยอมให้ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แวน วิสส์เซน และวูดแมน (van Wissen & Woodman, 1994 : 1141-1147) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงสิทธิของพยาบาลว่าควรมีสิทธิเช่นเดียวกับผู้ป่วยและสำคัญเท่าๆ กัน โดยพยาบาลต้องมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือไม่และควรมีสิทธิปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย และเปี่ยมปิติ (2534 : 6) ได้ศึกษาการตีตราผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลจำนวน 561 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีอคติต่อผู้ป่วยเอดส์ระดับปานกลางคือ แยกผู้ป่วยออกจากสังคม และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์ไปตามหน้าที่โดยเลือกปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่ากิจกรรมการพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่า

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่ง ที่มีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดของสำนักปรากฏการณ์นิยม (phenomenology or interpretativism) เป็นแนวคิดที่มีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ (อาภรณ์, 2536 : 18) เป็นการค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงและตามการรับรู้ตามที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง โดยบุคคลนั้นจะพรรณาประสบการณ์ออกมาจนชัดเจนมากที่สุด และมีสาระสำคัญที่เด่นชัด (รุจา, 2531 : 208) ซึ่งนักปรัชญาชาวอเมริกาได้อธิบายแนวคิดหลักของการศึกษาและวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยาไว้ว่า “เป็นการสืบสวนและพรรณาโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่ผู้ศึกษาได้ประสบอย่างตั้งใจ โดยไม่คำนึงถึงคำอธิบายทางทฤษฎีและเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อสันนิษฐานหรือข้อสมมติเบื้องต้นที่ยังไม่มีการสืบสวน” (Spiegelberg, 1965 อ้างตามศรีเพ็ญ, 2532 : 10) ซึ่งมันฮอลล์ และออยเลอร์ (Munhall & Oller, 1986 cited by Euswas, 1993 : 41) กล่าวว่าลักษณะของปรัชญาทางปรากฏการณ์วิทยา เน้นที่ปรากฏการณ์ตามที่บุคคลจำได้ว่า เป็นความจริงของบุคคลนั้น และเรื่องราวของสิ่งที่ปรากฏขึ้นต่อผู้ศึกษาถือว่าเป็นความจริงตามที่สัมผัสอยู่ในขณะนั้น และออยเลอร์ (Oller, 1981 : 178) กล่าวว่าไม่มีวิธีการอื่นใดที่สามารถนำมาใช้ในการแสวงหาความรู้ทางการแพทย์ มีประโยชน์ต่อการพยาบาล และอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษาได้อย่างสมบูรณ์เหมือนกับวิธีการเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งบางครั้งให้ประโยชน์มากกว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการใช้ทำความเข้าใจประสบการณ์ เช่นเดียวกับโอเมอร์รี่ (Omery, 1983 : 50) ได้กล่าวเน้นถึงความสำคัญไว้ว่าทราบเท่าที่ประสบการณ์ยังมีความหมายอยู่ ประสิทธิภาพของวิธีการเชิงปรากฏการณ์วิทยาก็ยังคงมีประโยชน์อยู่

ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยาย อธิบายและสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติเพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (van Manen, 1990 cited by Thaniwattananon, 1995 : 52) หรือเพื่อบรรยายและค้นหาสาระสำคัญของประสบการณ์ชีวิตมนุษย์ตามที่เขามีชีวิตอยู่ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความคิดอย่างมีสติ และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ (Omery, 1983 : 52) โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรยายประสบการณ์ของปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษาย่างถูกต้องแม่นยำ และไม่ใช้ทฤษฎีหรือรูปแบบใดๆ ในการอธิบาย (Field & Morse, 1990 cited by Thaniwattananon, 1995 : 53)

ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยานี้ได้รับการคิดค้นและนำเสนอเป็นคนแรกโดยฮัสเซล (Husserl, 1965 cited by Omery, 1983 : 50) ซึ่งเป็นบิดาของการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา (Pascoe, 1996 : 1310) และเข้ามามีบทบาทในวิชาชีพการพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 โดยมีการพัฒนามาเป็นระยะจนกระทั่งยุคปัจจุบัน คือ การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่พัฒนามาจากปรัชญาของไฮเดกเกอร์ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดนี้ในการศึกษาวิจัยประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพราะการดูแลเป็นปรากฏการณ์สากลที่มีอิทธิพลมาจากอุปนิสัยของบุคคลที่มีความคิด ความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมต่อบุคคลอื่น (Heidegger, 1962 cited by Dyson, 1996 : 1263)

ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์ หรือไฮเดกเกอร์เรียน (hermeneutic or heideggerian phenomenology) เป็นปรัชญาของการค้นหาเพื่อแปลความหรือตีความถึงการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ เพื่อค้นหาปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา และเพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์ ซึ่งเป็นปรัชญาที่เน้นที่สังคมและภูมิหลัง (historical) ของสิ่งที่แสวงหาโดยบุคคล จะให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ตามสภาพและอิทธิพลของภูมิหลังของบุคคลนั้น (Dreyfus, 1991 & Plager, 1994 cited by Thaniwattananon, 1995 : 59) ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์จึงเป็นการศึกษาการแปลความหมายตามที่ซ่อนอยู่ในปรากฏการณ์ที่ไม่ปรากฏออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน แต่รวมอยู่ในวัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติและความรู้ในการปฏิบัติที่สำคัญของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทุกๆ วัน และเป็นการศึกษาเพื่อสืบสวน วิเคราะห์ และอธิบายสิ่งนั้นอย่างตรงไปตรงมา ปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์ได้ถูกนำมาทำความเข้าใจปรากฏการณ์จากการปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน โดยพยายามศึกษาให้เห็นถึงความหมายของประสบการณ์แล้วนำมาอธิบายให้เห็นอย่างชัดเจน (Sorrell & Redmond, 1995 : 1120) ซึ่งมันฮอลล์ (Munhall, 1994 cited by Annells, 1996 : 709) เชื่อว่า การวางแผนการพยาบาลต้องการความเข้าใจในประสบการณ์ต่างๆ ของชีวิต ที่เกิดขึ้นมาจากการบอกเล่าของบุคคลตามที่บุคคลนั้นได้บรรยายถึงประสบการณ์ชีวิตหรือเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งเป็นการเน้นให้เห็นถึงประโยชน์ของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เช่นเดียวกันกับรีเดอร์ (Reeder, 1985 cited by Annells, 1996 : 709) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์ ในการวิจัยทางการพยาบาลที่เน้นความเป็นสากลของภาษา ที่มีความเกี่ยวข้องอยู่ระหว่างบุคคลว่า เป็นการส่งเสริมทักษะการฟังต่อผู้พูด และต่อบริบทหรือความหมายที่แสดงออกมาทางภาษา และช่วยให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์การมีชีวิตอยู่ของบุคคล เพราะการให้ความหมายของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประเพณี วัฒนธรรม และความมุ่งหมายของบุคคลนั้น อีกทั้งยังสามารถให้ความกระจ่างต่อคำถามการพยาบาลและช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและกว้างขวางในการหล่อหลอมขอบเขตของอดีต ปัจจุบันและอนาคตของบุคคลที่มีสถานการณ์แตกต่างกัน

ในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนเนอวิกซ์ ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจความเป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ซึ่งไฮเดกเงอร์ได้อธิบายธรรมชาติของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อม (world) หรือสิ่งที่ติดตัวเขามาตั้งแต่เกิด อย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Leonard, 1994 : 46) หรือบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบซึ่งกันและกัน (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995)

2. บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายและคุณค่าแก่วัตถุและสิ่งต่างๆ รอบตัว (the person as a being for whom things have significance and value) นั่นคือความเป็นมนุษย์ไม่เพียงแต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งที่มีความหมายและมีคุณค่าเท่านั้น แต่ยังมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษาและสถานการณ์ของแต่ละบุคคล การทำความเข้าใจพฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคลจึงต้องศึกษาบุคคลในบริบทที่บุคคลนั้นให้คุณค่าและให้ความสำคัญ (Leonard, 1994 : 49-51)

3. บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) การมีชีวิตอยู่ของบุคคลคือ การแปลความหมายด้วยตนเอง ซึ่งการแปลความหมายของบุคคลจะถูกรวมเข้าไปกับภาษา ทักษะ และการปฏิบัติทางวัฒนธรรม (Benner, 1985 cited by Thaniwattananon, 1995 : 60) ซึ่งไฮเดกเงอร์อธิบายว่า การแปลความหมายเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นมาจากระดับความมีสติของแต่ละบุคคลอย่างที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่น แต่ได้รับมาจากภาษา และประเพณีวัฒนธรรมและสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกขึ้นที่มีผลมาจากภูมิหลังของบุคคลนั้นด้วย (Leonard, 1994 : 51-52)

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่เพียงแต่มีร่างกายแต่ยังมีการรวมสิ่งอื่นๆ เข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือประสบการณ์โดยทั่วๆ ไปขึ้นอยู่กับศักยภาพในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งอื่นๆ การรวบรวมความหมายของสิ่งต่างๆ (embodied) และการรับรู้ของบุคคลนั้น (Benner, 1985 cited by Leonard, 1994 : 52) โดยบุคคลจะรวมการให้ความหมายของสิ่งต่างๆ ในสภาพแวดล้อมอยู่ภายในตัวเอง (Leonard, 1994 : 52)

5. บุคคลอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) บุคคลเป็นผู้มีชีวิตอยู่ในช่วงเวลา ซึ่งมีมิติของเวลา (temporality) เป็นองค์ประกอบของการมีชีวิต การมีชีวิตในปัจจุบันจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต หรือขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจโดยสิ่งนั้นได้ถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Leonard, 1994 : 53-54)

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลดังกล่าวแล้ว การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนเนอวิกซ์ยังต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดขึ้นหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อม (Being-in-the-World) ซึ่งสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงกลุ่มของความสัมพันธ์ที่มีความหมาย การปฏิบัติและภาษาที่หล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด (Leonard,

1989 cited by Walters, 1995 : 793) รวมถึงความหมาย ทักษะ วัฒนธรรม และการปฏิบัติ ในครอบครัว ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด ตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า บุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ได้ (Koch, 1995) ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของ บุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมและภูมิหลังที่บุคคลประสบอยู่

แนวคิดที่สำคัญในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกซ์อีกประการหนึ่ง คือ การเชื่อมโยงประสบการณ์ (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่ บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้ ให้ความหมายกับ ประสบการณ์ครั้งใหม่ และให้แสดงออกทางการกระทำในปัจจุบันเป็นลูกโซ่ ซึ่งจะส่งผลต่อการ กระทำในอนาคต (Walsh, 1996 : 235-236) นั่นคือ บุคคลจะเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดย การเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่เขารู้จักดีมาก่อน ซึ่งบุคคลจะเข้าใจในสิ่งนั้น โดยการเอาเข้าไป รวมกับส่วนอื่นๆ (Palmer, 1969 cited in Thaniwattananon, 1995)

ระยะต่อมา การ์ดามอร์ (Gadamer, 1975 cited by Annells, 1996 : 707) ซึ่งเป็น นักปรัชญาและเป็นศิษย์ของไฮเดกเกอร์ และเป็นผู้สนับสนุนแนวความคิดของไฮเดกเกอร์ ได้เพิ่ม เติมแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกซ์ อีก 2 ประการคือ (Thompson, 1990 : 239-247; Koch, 1995: 176-177; Annells, 1996 : 707)

1. ภาษา (language) ภาษาเป็นศูนย์กลางและเป็นลักษณะสำคัญ ที่เป็นพื้นฐานของการ ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในสิ่ง แวดล้อมของบุคคลนั้น เพราะภาษาจะบอกถึงสิ่งที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกสิ่งแวดล้อม ดังนั้น จึงสามารถเข้าใจบุคคลได้โดยการค้นหาสิ่งที่บุคคลให้ความหมายด้วยการพูดคุยกับบุคคลนั้น และการพูดคุยเท่านั้นที่จะยืนยันข้อเท็จจริงในบริบทนั้นได้ ฉะนั้นภาษาจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะ ทำให้เข้าใจบุคคลอื่นได้

2. การหลอมรวมความเข้าใจ (fusion of horizon) จะเกิดขึ้นโดยการศึกษา มองอย่างกว้างๆ ในสิ่งที่กำลังค้นหาความเข้าใจ โดยพยายามมองให้ครอบคลุมและละเอียดในสิ่งที่ เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทั้งหมด และมองส่วนรวมของปรากฏการณ์โดยรวม จนความเข้าใจ ของทั้งผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูลเชื่อมต่อกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจเดียวกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนบริบทของบุคคลนั้น

นอกจากนี้ การ์ดามอร์ ได้อธิบายถึงประสบการณ์เพิ่มเติมจากฮัสเซิลและไฮเดกเกอร์ โดยอธิบายไว้ว่าประสบการณ์จะมีลักษณะที่สำคัญคือ มีความเป็นเอกภาพ มีความสำคัญทั้งหมด และเป็นรูปแบบใหม่ในการมีชีวิตอยู่ของบุคคล เป็นสิ่งที่ไม่สามารถนำออกจากบุคคลได้และไม่สามารถหาสิ่งอื่นมาแทนที่ได้ เพราะประสบการณ์จะเกี่ยวข้องอยู่กับหน่วยรวมในชีวิตของบุคคล แต่ละคน เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำให้หมดไปได้ เพราะเป็นความเข้าใจและการแปลความหมาย ในสิ่งที่มีความหมายต่อตนเองของบุคคล (Annells, 1996 : 707)

จากแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวติกซ์ดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่ามีความสอดคล้องกับความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัย และสอดคล้องกับแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลทุกๆ วัน และประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทุกๆ วันในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยศึกษาให้เข้าใจการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ่งแวดล้อม และภูมิหลังที่มีความเกี่ยวข้องอยู่กับผู้ให้ข้อมูลนั้น โดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายและบรรยายประสบการณ์ออกมาเองในสิ่งที่เขาให้ความหมาย ให้คุณค่าและความสำคัญ จากประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบัน และเนื่องจากภาษาเป็นสื่อที่ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสัมภาษณ์จึงผสมผสานเทคนิคการสะท้อนกลับ การให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ การกล่าวซ้ำ เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูล และเห็นภาพของประสบการณ์ให้มากที่สุด นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเพื่อให้สามารถมองประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ เหมือนกับผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพื่อให้สามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการรุนแรงทางด้านร่างกายจากโรคติดเชื้อต่างๆ ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์มากยิ่งขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการดูแล จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ถึงแม้ว่าปัจจุบันแนวคิดการดูแลได้รับความสนใจและมีการศึกษาวิจัยกันมากยิ่งขึ้น แต่การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความแตกต่างด้านความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงในประเทศไทย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพยาบาล (Clarke & Wheeler, 1992 : 1283-1290; Murphy & Clark, 1993 : 442-450; Dyson, 1996 : 1263-1269) และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง (Larson, 1986 : 86-91; Mayer, 1986 : 63-69) หญิงแท้งบุตร (Swanson-Kauffman, 1986 : 37-46) ผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cronin & Harrison, 1988 : 374-380) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Sherwood, 1993 : 243-255) หรือผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป (Rieman, 1986 : 30-36; Brown, 1986 : 56-62; Wolf et al., 1994 : 107-111) ผู้ป่วยภาวะวิกฤต (Jenny & Lagan, 1996 : 349-352) ซึ่งเป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแต่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่ามีรายงานการศึกษาน้อยมาก (Mullins, 1996 : 18-23)

สำหรับประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยยังมีน้อยมาก (พยอม, 2539 : 32) ทั้งๆ ที่การดูแลเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นหัวใจของการพยาบาล (Leininger, 1981 cited by Cronin & Harrison, 1988 : 374; Watson, 1994 : 3) แต่พบรายงานการศึกษาเพียง 8 เรื่อง โดยศึกษาเชิงปริมาณ 6 เรื่อง ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล (สุภาวดี, 2537 อ้างตามพยอม, 2539 : 31; ปัญญากรณ์, 2537) และผู้ป่วย (สัจจา, 2537, ประนอม, 2537 และบัวหลวง, 2538 อ้างตามพยอม, 2539 : 31; ผ่องพรรณ และพรทิพา, 2539) ส่วนอีก 2 เรื่องเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพคือประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติ การพยาบาลวิชาชีพ (พยอม, 2537 อ้างตามพยอม, 2539 : 31) และความหมายและ พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล (ปัญญากรณ์ สุจิตราและนางลักษณ์, 2538) ส่วนในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังไม่พบรายงานการศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเชิงคุณภาพแบบ ปรัชญาการณวิทย์ ที่มีความลึกซึ้งในการสืบสวนหาประสบการณ์ที่เป็นการรับรู้ของบุคคลที่อยู่ใน สถานการณ์นั้นอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแล ของพยาบาล และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษา จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งจากพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจการดูแลอย่าง เป็นองค์รวม ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ผลการวิจัยจะช่วยให้แนวทางในการ วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและพยาบาล ตลอดจนเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการจัดการศึกษาการพยาบาล และการบริหารบริการพยาบาลเพื่อการพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีคุณภาพ

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological method) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีวิธีการวิจัยดังนี้

สถานที่ศึกษา (Setting)

สถานที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา และที่พักของผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยสามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้

ผู้ให้ข้อมูล (Participants)

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เลือกมาจากประชากร 2 กลุ่ม คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลาจำนวน 6 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวน 5 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลไว้ดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ : ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

: ระบุว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์

: มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลใน

โรงพยาบาลอย่างน้อย 4 วัน

: พูดและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

: ยินดีและเต็มใจในการบรรยายและอธิบาย

ประสบการณ์การได้รับการดูแล

พยาบาล

: เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

- : ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษายาบาล
- : ยินดีและเต็มใจในการบรรยายและอธิบายประสบการณ์การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เครื่องมือในการวิจัย (Research Instrument)

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประกอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เทปบันทึกเสียงจำนวน 1 เครื่อง
2. ม้วนเทปบันทึกเสียงสำหรับการบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล
3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพในอดีต อาชีพปัจจุบันและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ปัจจัยเสี่ยง การจ่ายค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแล เป็นแนวคำถามเปิด จำนวน 6 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำถามย่อยเพื่อเจาะลึกข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลอธิบาย

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแล เป็นแนวคำถามเปิดจำนวน 5 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำถามย่อยเพื่อเจาะลึกข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลอธิบาย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ชุด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาปรัชญาของแบบการวิจัย และร่วมพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เหมือนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้โดยการศึกษาในห้องเรียนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มละ 2 ราย หลังจาก

นั้นตรวจสอบแก้ไขโดยอาจารย์ที่ปรึกษา และได้รับการตรวจสอบคุณภาพอีกครั้งโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 2 ท่านและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ ไปปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Collection of the Data)

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย เป็นขั้นตอนที่จำเป็นและมีความสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยได้เตรียมตัวในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1.1 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แนวคิดการดูแล บำบัดที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถามให้มีความครอบคลุมให้มากที่สุด และเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และการอธิบายปรากฏการณ์การดูแล

1.1.2 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยศึกษาปรัชญา แนวคิดและหลักการ ตลอดจนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ อันจะนำไปสู่การศึกษาที่ถูกต้องและครอบคลุมปรากฏการณ์ให้มากที่สุด

1.1.3 การเตรียมด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากทฤษฎีด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมและลึกซึ้ง

1.1.4 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ศึกษา โดยศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการของหอผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งติดตามผลการอนุมัติจากหน่วยงาน

1.3 การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาปรัชญาของรูปแบบการวิจัยและร่วมพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูลก่อนนำไปศึกษานำร่อง

1.4 การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดกลุ่มละ 2 ราย เพื่อทดลองใช้และปรับปรุงเครื่องมือก่อนที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง และเพื่อฝึกทักษะของเทคนิคต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย

2. ขั้นตอนการ

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพตามขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยเริ่มจากการเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลเพื่อแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวาจาอีกครั้ง หลังจากนั้นแนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลพร้อมทั้งแสดงหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูล

2.1.2 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลทุกวันเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไม่รู้สึกแปลกหน้าต่อผู้วิจัย และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดและแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้เข้าร่วมวิจัยและอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ต่อจากนั้นดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนเกิดความไว้วางใจ และมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูลจึงดำเนินการสัมภาษณ์

2.1.3 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการควบคู่กับการสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล โดยเริ่มจากการค้นหาผู้ป่วยด้วยการสอบถามพยาบาลและศึกษาประวัติผู้ป่วยเพื่อทำความรู้จักเบื้องต้นและเพื่อศึกษาการรับรู้ต่อโรคและการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับผลการตรวจและการวินิจฉัยโรค หลังจากนั้นจึงแนะนำตัว พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสรุปพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ ผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตติดตามสัมภาษณ์ที่บ้าน และให้เวลาในการคิด ตัดสินใจโดยไม่เร่งรัดในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันเพื่อสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง และเพื่อให้เกิดความไว้วางใจจนกระทั่งผู้ป่วยมีความพร้อม จึงดำเนินการสัมภาษณ์

2.2 การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยต้องพูดคุยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในเรื่องส่วนตัว ทศนคติ ความคิด ความรู้สึกในแต่ละเหตุการณ์ของการพยาบาลและความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลในด้านการรักษาความลับ การถูกคุกคามจากการสัมภาษณ์ในประเด็นคำถามที่เจาะลึก ซึ่งอาจกระทบต่อความรู้สึก และความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดจนเตรียมแนวทางการช่วยเหลือดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล หรือประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ก็สามารถปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.2.2 อธิบายให้ทราบว่า ขณะสัมภาษณ์จะขอบันทึกเสียงด้วยเพื่อความสะดวก และถูกต้องในการจดบันทึกข้อมูล ซึ่งเทปบันทึกการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะนำเสนอโดยใช้นามสมมุติซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.2.3 แจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งโดยประมาณ แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล

2.2.4 ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

2.2.4.1 หยุดการสัมภาษณ์และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย หรือแสดงออกถึงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ เปิดโอกาสให้ร้องไห้ถ้าผู้ป่วยต้องการหรือแสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยเต็มใจให้ผู้ป่วยร้องไห้

2.2.4.2 ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหา โดยไม่ต่อต้านหรือห้ามผู้ป่วยถ้าเขาทำในสิ่งที่ผู้วิจัยพิจารณาเห็นแล้วว่าไม่เกิดอันตราย

2.2.4.3 พิจารณาส่งต่อถ้าผู้ป่วยต้องการแหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่สามารถจัดหาให้ได้

2.2.4.4 แสดงความสนใจ ให้กำลังใจและให้ความเมตตา สงสาร

2.2.5 ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลเกิดปัญหาในการให้การดูแล ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

2.2.5.1 หยุดการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้พยาบาลพูดถึงสภาพปัญหา ความรู้สึกและความต้องการได้อย่างอิสระ และให้ความมั่นใจในด้านการปกปิดความลับในข้อมูลเหล่านั้น

2.2.5.2 ให้กำลังใจ ปลอบใจ และช่วยพยาบาลค้นหาทางเลือกตามสภาพปัญหา

2.2.5.3 อำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ ที่สามารถกระทำได้ เช่น ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนความต้องการที่ผู้วิจัยไม่สามารถจัดหาให้ได้ ก็จะแนะนำแหล่งประโยชน์ให้

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มควบคู่กันโดยใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 วิธีดังนี้

2.3.1 การสัมภาษณ์ (Interviews) ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviews) เนื่องจากปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์แมนนิวติกซ์จะเกี่ยวข้องกับการแปลความหมายในปรากฏการณ์ โดยความหมายนั้นจะรวมอยู่ในวัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติและความรู้

เกี่ยวกับการปฏิบัติในประสบการณ์ที่สำคัญๆ ที่เกิดขึ้นทุกวัน วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจความหมายตามที่ผู้ให้ข้อมูลจำได้หรือนึกภาพของประสบการณ์ได้ โดยมีรายละเอียดที่สมบูรณ์ และองค์ประกอบที่แสดงให้เห็นภาพของประสบการณ์อย่างชัดเจน วิธีการสัมภาษณ์ได้ผสมผสานเทคนิคการฟัง การสะท้อน การบรรยาย การกล่าวซ้ำ การให้ยกตัวอย่าง และการเรียบและใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง โดยเริ่มสัมภาษณ์ภายหลังการได้รับความไว้วางใจ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกถึงความคิด และความรู้สึกเป็นอิสระ ส่วนเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลคือประมาณ 40 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 2-4 ครั้ง โดยพิจารณาจากความอึดตัวของข้อมูล

2.3.2 การสังเกต (observations) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observations) โดยสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกขณะให้การดูแลของพยาบาล และขณะได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งจะทำการคู่กับการสัมภาษณ์และการร่วมกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อตรวจสอบความเสถียรของข้อมูล และเพื่อให้สามารถมองประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ เหมือนกับผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อม (world) ของผู้ให้ข้อมูล

2.3.3 การจดบันทึกภาคสนาม (field notes) ผู้วิจัยใช้เพื่อบันทึกเหตุการณ์หรือช่วงเวลาในขณะสัมภาษณ์ว่ามีอิทธิพลต่อผู้ให้ข้อมูลอย่างไร โดยจดบันทึกสรุปสั้นๆ ในแต่ละเหตุการณ์ และตามด้วยการบันทึกรายละเอียดภายในวันนั้น

2.3.4 การบันทึกเทป (tape-record) ผู้วิจัยทำการบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนสมบูรณ์

2.4 การแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยทำการแปลผลข้อมูลรายวันโดย

2.4.1 นำข้อมูลที่ได้นำบันทึกให้เป็นระเบียบทุกวันหลังการสัมภาษณ์ โดยนำมาถอดเทปเป็นข้อความเชิงบรรยาย เพื่อบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์

2.4.2 อ่านข้อความจากการถอดเทป เพื่อเลือกข้อความที่เป็นคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก การให้ความหมายการดูแลและพฤติกรรมดูแล และทำการตรวจสอบข้อความที่ยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เพื่อที่จะนำข้อความนั้นไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

2.5 การสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากการที่ไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ได้อีก และผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้รับ

2.6 การตรวจสอบข้อมูลรายวัน ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นถูกต้องและตรงกับคำบรรยายและอธิบายของผู้ให้ข้อมูลจริง โดยกำหนดการตรวจสอบข้อมูลไว้ 2 วิธีคือ

2.6.1 การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูล โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ได้บันทึกอย่างเป็นระเบียบมาสรุปย่อๆ แล้วนำกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นจริงหรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่

2.6.2 การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านระเบียบวิธีวิทยาการ (methodological triangulation) คือตรวจสอบโดยใช้วิธีการในการรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิธีการสังเกตควบคู่กันทุกครั้ง

2.7 การตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เป็นข้อสรุปเบื้องต้น (preliminary) หรือการแปลความเบื้องต้น อ่านทบทวนให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายฟัง สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาลให้อ่านเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ โคลไลซี (Colaizzi, 1978 cited by Beck, 1994 : 257) ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางการพยาบาลเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Rose, 1990 : 56-70; Trice, 1990 : 248-251; Clarke & Wheeler, 1992 : 1283-1290; Cohen, 1994 : 426-437; Coward, 1994 : 331-336; Scannell-Derch, 1996 : 119-124; Imeson & McMurray, 1996 : 1014-1022; Paavilainen & Astedt-Kurki, 1997 : 266-272) และสอดคล้องกับวิธีการที่ผู้วิจัยใช้ในการตรวจสอบข้อมูล ขั้นตอนดังกล่าวสรุปได้ดังนี้

1. อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาหรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ (acquired or feeling for them)

2. ดึงข้อความหรือประโยคสำคัญๆ (extract significant phrases or statement) ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความหมาย ความรู้สึกและพฤติกรรมในการดูแล เป็นต้น

3. นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญมากำหนดความหมายในแต่ละประโยค (formulating meaning) และนำไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลนั้น

4. นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้ว มาจัดรวมเป็นหัวข้อ (organize the formulated meaning into clusters of themes) ซึ่งเป็นหัวข้อที่สอดคล้องกับข้อความหรือประโยคสำคัญ และนำหัวข้อทั้งหมดย้อนกลับไปตรวจสอบกับข้อมูลเบื้องต้น เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลอีกครั้ง

5. อธิบายปรากฏการณ์การดูแลอย่างละเอียดครบถ้วน (exhaustive description of the phenomenon) โดยเขียนให้มีความต่อเนื่องและกลมกลืนกันระหว่าง ข้อความหรือประโยค ความหมาย และหัวข้อต่างๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องพยายามตัดข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออก

6. นำคำอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดไปรวมกันและสรุปเป็นโครงสร้างพื้นฐานของปรากฏการณ์ (essential structure of the phenomenon) เพื่อสรุปเป็นแนวคิดของประสบการณ์และสื่อให้ตรงกับปรากฏการณ์จริงภายใต้การศึกษา

7. ตรวจสอบความตรงของปรากฏการณ์ (final validating step) เป็นการตรวจสอบปรากฏการณ์ที่ประกอบด้วยประสบการณ์จริงที่สำคัญๆ ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยนำข้อสรุปของปรากฏการณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่า มีความเป็นจริงตามที่บรรยายและอธิบายมาหรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์และเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 รายและพยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลอีก 2 รายเป็นผู้ตรวจสอบความตรง ส่วนกลุ่มผู้ติดตามเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูล 2 ราย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายอื่นมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง 2 ราย เสียชีวิต 1 ราย และเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย 1 ราย จึงไม่สามารถตรวจสอบความตรงได้ ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความตรงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ให้ข้อมูลอีก 2 ราย หลังจากนั้นได้ตรวจสอบความตรงอีกครั้งกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ก่อนสรุปเป็นประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดตามเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผล การวิจัยได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะผู้ให้ข้อมูล
2. ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
 - 2.1 ความหมายและพฤติกรรมการดูแล
 - 2.2 ความรู้สึกจากการได้รับการดูแลของผู้ป่วย
 - 2.3 ความรู้สึกจากการให้การดูแลของพยาบาล
 - 2.4 ปัจจัยส่งเสริมการดูแล
 - 2.5 ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาทั้งหมด 11 ราย เป็นพยาบาล 5 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ 6 ราย ซึ่งได้นำเสนอข้อมูลของแต่ละกลุ่มดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาล มีนามสมมุติว่า กัลยา จิราพร เตือนใจ เต็มดวง และทัศนีย์ ทั้ง 5 ราย เป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาพุทธ โดย 4 ใน 5 ราย มีสถานภาพสมรสโสดและมีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีเพียง 1 รายที่มีการศึกษาในระดับปริญญาโท 3 ใน 5 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 24-30 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 2-5 ปี 4 ใน 5 รายมีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ระหว่าง 2-5 ปี ส่วนการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า 3 ราย ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม มีเพียง 1 รายที่เคยผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ และอีก 1 รายเคยศึกษาตุนานการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงลักษณะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)
เพศ	
หญิง	5
อายุ	
24-30 ปี	3
31-35 ปี	2
ศาสนา	
พุทธ	5
สถานภาพสมรส	
โสด	4
คู่	1
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	4
ปริญญาโท	1
ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ	
2-5 ปี	3
10-12 ปี	2
ประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	
2-5 ปี	4
6-7 ปี	1
การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	
ไม่เคย	3
ศึกษาดูงานการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์	1
อบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มผู้ป่วยเอดส์	1

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีนามสมมุติ คือ ชัย ณรงค์ ทนงค์ เสงี พิมลและลีดา เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 2 ราย ส่วนใหญ่คือ 5 ใน 6 รายนับถือศาสนาพุทธ มี 1 รายนับถือศาสนาคริสต์ 4 ใน 6 รายมีอายุระหว่าง 24-30 ปี จำนวน 3 รายผ่านการสมรสมาแล้วและในจำนวนนี้มี 1 รายที่ยังไม่มีบุตร 5 ใน 6 รายมีระดับการศึกษา

ประถมศึกษา และเคยประกอบอาชีพรับจ้าง แต่ปัจจุบันทุกรายไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องอาศัยรายได้จากบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา พี่หรือน้อง มาจุนเจือค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล โดยที่ครอบครัวที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 4,000 บาท ต่อเดือนถึง 4 ใน 6 ราย ส่วนใหญ่คือ 5 ใน 6 รายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้จากสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์เป็นครั้งแรก โดย 4 รายใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้อยู่ระหว่าง 6-10 วัน และ 5 รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองร่วมกับสังคมสงเคราะห์ ทั้ง 6 รายที่มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ โดย 3 รายรับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์มาไม่เกิน 1 ปี (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงลักษณะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)
เพศ	
ชาย	4
หญิง	2
อายุ	
24-30 ปี	4
31 ปี	1
46 ปี	1
ศาสนา	
พุทธ	5
คริสต์	1
สถานภาพสมรส	
โสด	3
คู่	2
หม้าย	1
จำนวนบุตร	
ไม่มี	4
1 คน	1
3 คน	1

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	5
กำลังศึกษาปริญญาตรี	1
อาชีพในอดีต	
รับจ้าง	5
ไม่ประกอบอาชีพ	1
อาชีพปัจจุบัน	
ไม่ประกอบอาชีพ	6
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ (บาทต่อเดือน)	
ต่ำกว่า 2,000 บาท	2
2,001-4,000 บาท	2
4,001-6,000 บาท	1
6,001-8,000 บาท	1
รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ด้วยโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวี	
ครั้งที่ 1	5
ครั้งที่ 2	1
ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล	
6-10 วัน	4
11-15 วัน	2
ระยะเวลาที่รับรู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์	
ต่ำกว่า 1 ปี	3
2-4 ปี	2
6 ปี	1
ปัจจัยเสี่ยง	
เพศสัมพันธ์	6
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล	
จ่ายเองและสังคมสงเคราะห์	5
สังคมสงเคราะห์ทั้งหมด	1

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล นำเสนอโดยสรุปในแต่ละรายดังนี้

ชัย วัย 31 ปี เริ่มรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากการเที่ยวหญิงบริการมาประมาณ 2 ปี ตอนนั้นมีผื่นขึ้นตามลำตัว และน้ำหนักลดลง จึงมารับการตรวจที่โรงพยาบาลแห่งนี้ แพทย์บอกว่าผลตรวจเลือดมีเชื้อเอชไอวีและนัดมาตรวจเป็นระยะๆ 1 ปีต่อมาชัยติดเชื้อราในสมองจึงต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก โดยรักษาอยู่ประมาณ 15 วัน อาการทุเลา แพทย์จึงให้กลับบ้าน หลังจากกลับบ้านชัยพยายามออกกำลังกายและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล บางครั้งก็มีเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ บ้าง และสายตาเริ่มพร่ามัวซึ่งชัยได้มารับการตรวจตามนัดและรับประทานยาที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่ง 1 เดือนเศษที่ผ่านมามีตาข้างขวามองไม่เห็น ส่วนด้านซ้ายมองเห็นเล็กน้อยในช่วงเวลากลางวันที่มีแสงสว่างเท่านั้นแต่ก็สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สำหรับสาเหตุที่เข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ชัยมาด้วยขาด้วนซ้ายบวมแดง และปวดมากจนเดินไม่ได้ ชัยคิดว่ามีสาเหตุมาจากการกระโดดเชือกออกกำลังกายเมื่อ 3 สัปดาห์ที่แล้ว เพราะขณะกำลังกระโดดเชือกก็เกิดความรู้สึกปวดบริเวณขาขึ้นมาทันที โดยที่ก่อนหน้านี้ไม่มีอาการปวดมาก่อน ชัยจึงหยุดพักแต่อาการปวดก็เริ่มรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา เริ่มบวมแดงและเป็นก้อนแข็ง จนกระทั่ง 2 สัปดาห์ผ่านไปปวดมากขึ้น จึงมารับการตรวจที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ตอนนั้นได้ยาไปรับประทานที่บ้าน แต่อาการก็ยังไม่ทุเลา จน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดมากจนเดินไม่ได้ และก้อนบวมแดงมากขึ้น จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ร่วมกับการเป็นฝีใช้เวลาในการรักษานาน 9 วัน โดยขณะอยู่ในโรงพยาบาลชัยมีไข้ อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย ขาด้านซ้ายปวดบวมจนเดินไม่ได้ ประกอบกับตามองเห็นไม่ชัด จึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียง มีภรรยามาเยี่ยมเป็นบางครั้ง ซึ่งชัยบอกว่าภรรยาต้องเลี้ยงลูกสาววัย 2 ขวบ

ทองค์ วัย 27 ปี ติดเชื้อเอชไอวีจากการเที่ยวหญิงบริการ เริ่มรู้ว่าติดเชื้อมาประมาณ 6 เดือน โดยรู้สึกว่าตัวเองน้ำหนักลดลงเรื่อยๆ จนผอมมาก เป็นไข้ทุกวัน และอ่อนเพลีย ผิดปกติ จึงไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี จึงได้รับการรักษาตามอาการ ทองค์ไปตรวจตามนัดและพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล 3 เดือนต่อมาเริ่มถ่ายอุจจาระเหลว เป็นๆ หายๆ มีผื่นตามลำตัว และเหนื่อยง่าย แม้แต่เดินขึ้นบันไดบ้าน 6-7 ชั้นก็ต้องหยุดพักและเริ่มทำงานไม่ได้ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลทองค์ไปรับการรักษาที่วัดแห่งหนึ่ง ต่อมา 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มปวดฟันและมีก้อนบวมบริเวณคางด้านซ้ายและปวดมากขึ้นเรื่อยๆ จนอ้าปากไม่ได้ ก้อนก็โตขึ้น จนกระทั่ง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทองค์ได้รับการฉีดยาวันละ 1 เข็มจากอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่วัดแห่งนี้ แต่อาการไม่ทุเลากลับปวดมากขึ้นโดยเฉพาะช่วงกลางคืนจะปวดมากจนอยู่ไม่ได้ ต้องลุกขึ้นมาเดิน วิ่ง บางครั้งขึ้นต้นไม้ เพื่อหาวิธีให้ลืมความเจ็บปวด จน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดจนทนไม่ได้จึงมาโรงพยาบาล ระยะแรกๆ ทองค์

บอกว่าปวดมากจนอ้าปากไม่ได้ รับประทานอาหารได้เฉพาะเหลวๆ เช่น นมและน้ำข้าวต้ม โดยใช้หลอดดูด เมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระบายเอาหนองออก ร่วมกับการรับประทานยาปฏิชีวนะอาการจึงดีขึ้นเรื่อยๆ จนกลับบ้านได้ภายในระยะเวลา 6 วัน

ณรงค์ วัย 24 ปี ติดเชื้อเอชไอวีจากการเที่ยวหญิงบริการ เริ่มรู้ว่าตนเองติดเชื้อเมื่อ 1 เดือนเศษ โดยตอนนั้นมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง และน้ำหนักลด จึงเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้และพบว่าติดเชื้อเอชไอวี 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะอีก และตาพร่ามัวได้ไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้าน แพทย์ให้ยามารับประทาน แต่อาการไม่ทุเลา ยังคงปวดศีรษะและตาพร่ามัว ต่อมาบิดาของณรงค์สังเกตเห็นว่าซึมลงเรื่อยๆ และมีไข้สูง แขนและขากระตุก จนกระทั่ง 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการชักเกร็งทั้งตัว และเริ่มไม่รู้สึกตัวจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อคริปโตคอกคัส ณรงค์ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อราในสมอง ซึ่งในขณะรักษา ณรงค์เล่าว่ารู้สึกทรมานมาก โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ได้รับยาฉีดทางหลอดเลือด แต่ณรงค์พยายามอดทนกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ปวดและร้อนบริเวณศีรษะและใบหน้า หนาวสั่น อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้เลย จนกระทั่งได้รับยาครบอาการจึงดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ โดยใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 15 วัน

เสรี วัย 28 ปี ติดเชื้อเอชไอวีจากการเที่ยวหญิงบริการ เริ่มรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือดเมื่อ 7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล โดยครั้งนั้นมีอาการไข้เป็นๆ หายๆ อยู่นานประมาณ 1 เดือน ร่วมกับมีผื่นตามลำตัว 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการถ่ายเหลวบ่อยครั้ง น้ำหนักลดลงประมาณ 4 กิโลกรัมต่อเดือน มีฝ้าขาวในปาก และรับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลียมาก เดินได้ 4-5 ก้าวก็ต้องหยุดพัก ในระหว่างนี้ เสรีได้รับการรักษาโดยใช้สมุนไพร แต่อาการไม่ดีขึ้น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดศีรษะบริเวณเบ้าตาซ้ายและขมับทั้ง 2 ข้าง จึงมารับการตรวจที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ตอนนั้นแพทย์บอกว่าปวดศีรษะแบบไม่เกรน และให้ยาไปรับประทานที่บ้านแต่อาการก็ยังคงเดิมอยู่ตลอด จนกระทั่ง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลหน้าตาซ้ายตกและยังคงปวดศีรษะมากโดยไม่ทุเลาเลย จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ผลการตรวจพบว่ามีเนื้องอกในสมองส่วนหน้าและได้รับการรักษาประคับประคองอาการนาน 10 วัน แพทย์จึงให้กลับบ้าน แต่เสรีบอกว่ารู้สึกไม่พอใจผลการรักษาเพราะแพทย์ให้กลับบ้านทั้งๆ ที่ยังรู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้นเลยและเสรีคิดว่าเมื่อมารับการรักษาแล้วอาการน่าจะทุเลาลงบ้าง แต่เมื่อต้องกลับบ้านจึงกังวลว่าต้องกลับไปปวดทรมานเหมือนเดิมอีก

พิมล วัย 46 ปี ติดเชื้อเอชไอวีจากสามีมาประมาณ 6 ปี โดยเกิดความสงสัยตนเองเมื่อรับรู้ว่าอาการที่ตนเองเป็นอยู่นั้นสอดคล้องกับอาการของโรคเอดส์จากสื่อทางโทรทัศน์ ซึ่งในขณะนั้นพิมลมีไข้เป็นๆ หายๆ และน้ำหนักลด จึงไปรับการตรวจเลือด ผลพบว่าติดเชื้อเอชไอวี หลังจากนั้นพยายามดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาลที่ไปตรวจเลือด พิมลจึงมีสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด จนกระทั่ง 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาลน้ำหนักเริ่มลดลงเรื่อยๆ

และอุจจาระร่วงเรื้อรัง จึงรักษาด้วยสมุนไพรที่วัดแห่งหนึ่ง และมารับการตรวจที่โรงพยาบาล
แห่งนี้เมื่อมีการติดเชื้อฉวยโอกาส 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผอมมาก อ่อนเพลีย ไอ และ
หายใจเหนื่อยหอบ แพทย์ตรวจพบว่าเป็นวัณโรคปอด จึงให้ยารักษาวัณโรคไปรับประทาน
ที่บ้าน อาการดีขึ้นและเลวลงเป็นช่วงๆ จนกระทั่ง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจไม่
ออก แน่นในท้องมากและเหนื่อย เพื่อนบ้านจึงนำส่งโรงพยาบาล ผลการตรวจร่างกายพบว่ามี
ตับโต ระยะแรกที่ได้รับการรักษาพื้มลช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย เนื่องจากอ่อนเพลียมาก
จากการรับประทานอาหารไม่ได้และอาเจียนบ่อยร่วมกับหายใจเหนื่อยหอบ และพื้มลเล่าว่าตน
เองถูกญาติทอดทิ้งตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี และเจ็บป่วยครั้งนี้ก็ไม่มีญาติมาเยี่ยม พื้มลจึงต้อง
พึ่งพาพยาบาลทุกอย่าง เมื่อได้รับการรักษาอาการก็ดีขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับพื้มลพยายาม
ดูแลตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น จน 12 วันจึงได้
กลับบ้าน

สีดา วัย 25 ปี ติดเชื้อเอชไอวีจากการขายบริการทางเพศมาประมาณ 4 ปี โดยครั้ง
นั้นสีดามีอาการหอบเหนื่อย และเป็นไข้บ่อยครั้ง จึงไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและ
พบว่าติดเชื้อเอชไอวี หลังจากนั้นหยุดทำงานระยะหนึ่ง จนรู้สึกว่าสุขภาพแข็งแรงจึงเปลี่ยน
อาชีพเป็นนักร้องคาราโอเกะ 1 ปีครึ่งก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีไข้ เป็นๆ หายๆ บ่อยครั้งแต่ไม่
รุนแรง รักษาโดยซื้อยามารับประทานเอง 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ
จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เมื่ออาการทุเลาลงเล็กน้อยจึงขอกลับบ้านเพราะสีดา
รู้สึกว่าแพทย์และพยาบาลไม่สนใจ หลังจากนั้นได้เปลี่ยนมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้
1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลเหนื่อยมาก มีไข้สูง รับประทานอาหารไม่ได้และอ่อนเพลียมาก
แต่สีดายังทนได้จึงไม่มาโรงพยาบาล และครั้งนี้มาตรวจตามนัดพบว่าการติดเชื้อที่ปอด และ
ตับโตร่วมด้วย แพทย์จึงให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยการประคับประคองอาการโดยการ
ให้ออกซิเจน ยาบรรเทาปวด ลดไข้ และยาปฏิชีวนะ ขณะอยู่โรงพยาบาลสีดามีไข้สูงและ
หนาวสั่น หายใจเหนื่อยหอบ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แต่สีดาไม่มีญาติเฝ้าและคอยช่วยเหลือ
ซึ่งสีดาเล่าว่าแม่และพี่สาวรังเกียจ ตนเองจึงต้องพึ่งพาพยาบาลและพยายามช่วยเหลือตัวเอง
ให้มากที่สุด หลังจากรับการรักษายาบาลเป็นเวลา 6 วันอาการทุเลาลงแพทย์จึงให้กลับบ้าน

ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ผู้วิจัยนำเสนอประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในหัวข้อต่อไปนี้

ความหมายและพฤติกรรมการดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายความหมายการดูแลสอดคล้องกัน ใน 4 ลักษณะ โดยมีความแตกต่างกันด้านพฤติกรรมการดูแลในแต่ละความหมายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลดังนี้

1. ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย
2. ให้ความอบอุ่นใจ ไม่ให้โดดเดี่ยว
3. สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิต
4. เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย

เป็นการให้ความหมายการดูแลที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่า การดูแลคือการช่วยเหลือผู้ป่วยทุกอย่างที่เป็นปัญหาและความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน และลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยและพยาบาลว่า

“ทำให้เราอย่างดี ทำให้ทุกอย่างเลย จะกินน้ำเขา (พยาบาล) ก็เอาให้ เช็ดตัวให้ คือทั้ง 24 ชั่วโมงเขาทำให้เราทุกอย่าง ชงน้ำชงนมให้กิน ไม่มีน้ำก็เอามาให้ เป็นใช้ก็เอามาให้กิน คือดูแลเราเหมือนเป็นญาติคนหนึ่ง เราลูกไม่ได้พยาบาลก็ช่วยพยุงให้ ลูกไปห้องน้ำไม่ได้ก็พาไป...บ่อนยาให้เวลาเราเพลียมากลุกขึ้นไม่ได้ พยาบาลเขาเอายามาให้แล้วก็หยิบน้ำให้ บ่อนยาให้เรา...พี่อาเจียนบ่อย พยาบาลเขามายืนอยู่ข้างๆ คอยยกกระโถนให้ เอน้ำให้บ้วนปาก เขามีลูบล้างให้...ในชีวิตเราไม่มีใครทำอะไรให้เรา ไม่สบายหนักแค่ไหนก็ต้องทำเองทุกอย่าง แต่อยู่โรงพยาบาลมีพยาบาลมาช่วยเหลือ มาทำให้ทุกอย่าง ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า...”

(พินิล : ผู้ป่วย)

“...ช่วยเหลือทุกอย่าง เขา (ผู้ป่วย) จะมีความต้องการความช่วยเหลือ กิจกรรมประจำวัน ความสุขสบาย คือทำทั้งในเรื่องกิจกรรมประจำวันโดยทั่วไป ทั้งกิน หลับ ขับถ่าย... ช่วยในสิ่งที่เขาทำไม่ได้ คือทุกอย่างเลย... ในส่วนที่เขาทำไม่ได้ คือ การช่วยเขาทั้งด้านกิจกรรมประจำวัน และช่วยให้เขาได้รับในเรื่องการรักษาตามแผน... ดูแลให้เขาได้รับจนครบถ้วน...ทำในสิ่งที่เขาคาดหวังว่าจะได้รับเมื่อเขาเข้ามาในโรงพยาบาลหรือจากพยาบาล... ทุกอย่างทั้งให้คำแนะนำคนไข้และญาติในการที่เขาจะดูแลกันและป้องกันการติดเชื้อของคนไข้.. เขามีปัญหาอะไรเกิดขึ้น ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ก็ต้องช่วยให้เขาสุขสบายขึ้น ปวดมากก็ต้องช่วยให้เขาหายปวด...อื่นๆ ก็ตามแต่คนไข้เขามีปัญหาหรือความต้องการ บางคนก็เศรษฐกิจ เราก็ช่วยให้เขาได้สังคมสงเคราะห์...”

(กัลยา : พยาบาล)

จากการให้ความหมายการดูแลในลักษณะช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายพฤติกรรมการดูแลไว้ 4 ลักษณะคือ ช่วยให้เกิดความสุขสบาย ช่วยเหลือเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน และช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

1. ช่วยให้เกิดความสุขสบาย

ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงการช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายไว้ 2 ลักษณะคือ ช่วยเหลือเมื่อทำเองไม่ได้ และช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ดังนี้

1.1 ช่วยเหลือเมื่อทำเองไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 6 รายและพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายไว้ตรงกันว่า พยาบาลคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และญาติผู้ป่วยก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้ทุกอย่างหรือทุกเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ และผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติมาดูแล จึงมีแต่พยาบาลที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้ทุกอย่าง ดังเช่นกรณีของชัย ซึ่งเจ็บป่วยอยู่ในระยะเป็นเอดส์และเกิดโรคแทรกซ้อนด้วย เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ทำให้มีอาการตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้างมาเป็นระยะเวลาเดือนกว่า ในระยะที่กำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ตาข้างขวามองไม่เห็น ส่วนตาข้างซ้ายเกือบมองไม่เห็น และบริเวณขาด้านซ้ายเป็นฝีทำให้เดินไม่ได้ กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยจึงจำกัดอยู่เฉพาะบนเตียง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากภรรยาซึ่งมาเฝ้าบางระยะเท่านั้น เนื่องจากต้องมีการเลี้ยงดูลูกสาวอายุ 2 ขวบ เวลาส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพังและต้องพึ่งพาพยาบาล และพยาบาลคือเต็มดวง เล่าว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือไม่มีญาติอยู่เฝ้า พยาบาลต้องคอยช่วยเหลือหรือเฝ้าอำนวยความสะดวกในกรณีที่ผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง เพราะเต็มดวงรับรู้ว่าถ้าไม่ช่วยเหลือแล้วผู้ป่วยจะไม่ได้รับการตอบสนอง

“พี่... (เอ่ยชื่อพยาบาล) ดีมากเลย วันนั้นผมกินข้าวอยู่คนเดียว แฟนไม่อยู่ ไม่ได้มา นั่งมอยู่ พี่... (เอ่ยชื่อพยาบาลคนเดิม) มาเห็นเข้าพอดี แกเอาช้อนชุดเนื้อ ปลาออกให้ เพราะผมมองไม่เห็น ไม่มีใครทำให้ พี่... แกรู้แกกลัวผมกินติดก้างปลาเข้าไป... ตื่นตันใจบอกไม่ถูกเลย แกดีมากเลย ตีอย่างนี้อยู่ตลอด แกรู้ว่าผมมองไม่เห็น นั่งม แกก็มาทำให้ เอน้ำให้... ดีใจเหมือนน้ำตาจะไหล”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“ดูแลด้านร่างกายของเขาตามแต่สภาพคนไข้ เช่น ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ก็ทุกอย่าง กิจวัตรประจำวันของเขา ทุกอย่างที่เขาเข้ามาในโรงพยาบาลแล้วเขาทำเอง ไม่ได้ คือคนไข้จะเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยก็มี เช็ดตัวเองไม่ได้ รอง บัสสาวะเองไม่ได้ กินข้าวก็ป้อนให้ ถ้าพอทำเองได้บ้าง ก็จัดให้ไว้ใกล้ๆ ตัวให้เขาหยิบเองได้ บางคนก็ช่วยเหลือให้ เราว่าเขาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำเองไม่ได้ก็ต้องช่วยเขา ถ้าเราไม่ทำให้เขาก็ไม่ได้รับ ไม่มีใครมาทำให้เขา บางคนญาติก็ไม่มีพอที่จะมาช่วยให้เขาได้รับ... ถ้าเราไม่ช่วยเขาก็ไม่ได้กินข้าว กินนอนอยู่อย่างนั้นไม่ได้กิน...”

(เต็มดวง : พยาบาล)

1.2 ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา พบว่าผู้ป่วย 3 ใน 6 ราย และพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายสอดคล้องกันว่าพยาบาลคอยช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อจัดและบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกๆ ปัญหาที่เกิดขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย คือแรงค์ที่มีอาการปวดศีรษะ อาเจียนและหนาวๆ ร้อนๆ จากการติดเชื้อคริปโตคอกคัสในสมอง และได้รับการรักษาโดยการฉีดยาฆ่าเชื้อรา (amphotericin B) ทุกวัน ในช่วงนี้แรงค์ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลจนปัญหาทุเลาลง และพยาบาล คือกัลยา ซึ่งเล่าว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะจะพยายามช่วยให้ผู้ป่วยคลายปวดให้ได้ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาหรือการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและหากผู้ป่วยยังปวดมากอยู่ กัลยาจะรายงานแพทย์ตามลำดับขั้นจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไข ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ตอนนั้นอาเจียนบ่อยมากๆ เลย เยอะมาก 10 กว่าครั้ง มากที่สุดเลย ตอนเช้าเริ่มแล้ว 2-3 ครั้ง สายๆ อีก 2-3 ครั้ง เทียงก็อาเจียนอีก ปายก็เอาอีก ตลอดจนถึงเย็น ก่อนนอนเป็นช่วงเลย อาเจียนตลอดแล้วเพลียหมดแรงไปเลย หมดแรงก็ยังอาเจียนอีก พยาบาลก็เดินมาถาม เอายาแก้อาเจียนมัย ผมบอกว่าเอา เขา (พยาบาล) ก็มาฉีดให้ เอน้ำให้วันปาก เช็ดตัวให้เพราะเหงื่อมันจะออกเยอะ เวลาปวดหัวก็เหมือนกัน ตอนฉีดยาทรมานมากเลย มันจะเริ่มตอน 10 โมงเช้า เริ่มใส่ยาทางสายน้ำเกลือ พอยาเริ่มเข้าเส้นสักพักจะหนาว หนาวขึ้นเรื่อยๆ และสั่น... จนยาหมดเกือบ 2 ชั่วโมงจึงหายสั่น สักพักจะเริ่มมีหนาวมาก และก็ร้อนมากๆ (แน่นเสียง) เหมือนไฟเผาเลย ร้อนทั้งหน้า ทั้งหัว ร้อนไปหมดเลย แล้วจะปวดหัวมากเลยเหมือนจะระเบิดทรมานสุดๆ เลย... จน 6 โมงเย็นมันจะค่อยๆ ดีขึ้นมาเรื่อยๆ... พยาบาลจะเดินมา

ถาม เอาผ้าห่มมาให้ ช่วงปวดหัวจะเอาเยลลี่มาให้เย็นๆ พอวางจะรู้สึกดีขึ้น... รู้สึกเหมือนอยู่ที่บ้าน รู้สึกอบอุ่น มีคนมาดูแล พยาบาลเขาไม่ปล่อยเราไว้อย่างเดียว มาดูแลอยู่ตลอดเวลา ช่วยตลอด”

(ถรงค์ : ผู้ป่วย)

“เขา (ผู้ป่วยเอดส์) ปวดมากจำเป็นต้องให้ยาแก้ปวด ถ้าให้ยาแก้ปวดไปแล้วเราต้องประเมินดูคนไข้ปวดมากอยู่ก็จำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อให้ยาที่แรงขึ้น เช่น มอร์ฟีน... เราต้องเข้าใจจริงๆ ว่าคนไข้ที่ปวดหัวจากเชื้อคริปโต (cryptococcus) คนไข้จะปวดมาก จะปวดจริงๆ ทรมาณมากๆ เลย ยาแก้ปวดธรรมดาไม่อยู่... ต้องไม่มีทัศนคติว่าคนไข้เขาจะติดยาหรือว่าให้ยาไปแล้ว... ไม่ใช่เกิดจากจิตใจของเขา บางครั้งเราต้องรายงานหมอหาวิธีจัดการให้เขาสงบ สุขสบายจริงๆ... ต้องช่วยเขาให้ได้... ถ้าคนไข้ยังปวดมากจะเข้าไปทันทีที่คนไข้กดออก และพยายามช่วยให้คนไข้หายปวดโดยวิธีอื่นๆ... จะลองให้เขาใช้วิธีผ่อนคลายตัวเขาเองก่อน ผ่อนคลายด้วยวิธีอื่นๆ ก่อน ผักหายใจ ประคบเย็น ถ้าใช้ไม่ได้ผล คนไข้ไม่ไหวจริงๆ ก็จะรายงานหมอให้เขามาพิจารณา ดู ถ้าหมอไม่ให้อาบน้ำหรืออะไร ก็จะรายงานหมอที่เหนือขึ้นไป... เราต้องติดต่อให้คนไข้จัดการให้เขา เพราะแพทย์ไม่ได้อยู่กับคนไข้ตลอด เขาไม่รู้หรือว่าตอนปวดคนไข้เขาทรมาณขนาดไหน...”

(กัลยา : พยาบาล)

นอกจากนี้ผู้ป่วย 2 ใน 3 รายนี้ ยังอธิบายว่า เมื่อมีอาการปวดหรือนอนไม่หลับ พยาบาลยังคงช่วยเหลือ ดังเช่นทงค์ ที่มีอาการปวดจากต่อมน้ำเหลืองอักเสบเป็นหนอง ซึ่งรับประทานยาแก้ปวดได้ไม่นานก็จะปวดมากอีก ทงค์เล่าว่า พยาบาลแนะนำให้เขานวดเบาๆ ไกลบริเวณที่ปวด และบางครั้งชวนพูดคุยเพื่อให้ลืมความเจ็บปวด ส่วนเสรีเล่าว่า เมื่อนอนไม่หลับจะมีความคิดเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งเป็นความคิดวนเวียนอยู่กับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง หมกมุ่นอยู่กับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลต่างๆ เสรีจึงต้องการที่จะหลับในช่วงเวลากลางคืนที่มีแต่ความเจ็บและไม่มีความคิดคอยเป็นเพื่อนพูดคุยให้ลืมเรื่องราวต่างๆ ในช่วงนี้พยาบาลได้พยายามช่วยให้เสรีได้นอนหลับ ดังคำบอกเล่า

“...ปวดคางตลอด ต้องกินยาแก้ปวดบ่อย หมอบอกว่าต่อมน้ำเหลืองเป็นหนอง พยาบาลเขาเอายาพารา (พาราเซตามอล) มาให้ผมกิน เขาบอกว่าได้ทุก 4 ชั่วโมง แต่ผมปวดบ่อยกินยาได้ไม่นานก็ปวดอีกไปขอยาแก้ปวดเขาอีก เขา (พยาบาล) ก็ให้ไม่ได้ มีพยาบาลอยู่คนหนึ่งเขาแนะนำให้ผมนวดเบาๆ ที่หน้าหู (ผู้ป่วยสาธิตการนวดโดยการใช้นิ้วชี้กดเป็นวงกลมบริเวณหน้ากกหูทั้ง 2 ข้าง) ผมนวดก็รู้สึกดีขึ้น แต่ไม่มาก รู้สึกเหมือนมีคนสนใจ มาเอาใจใส่ แสดงว่าเขาไม่ยากให้

เราปวด...บางครั้งเวลาเราปวดแต่พยาบาลเขาไม่สามารถให้ยาแก้ปวดกับเราได้เพราะ
ยังไม่ถึงเวลาเขาก็มาชวนพูดคุย เราก็คลายปวดได้”

(ทงศ์ : ผู้ป่วย)

“คืนก่อนดิ๊กแล้วผมนอนไม่หลับไปขอยานอนหลับกับพยาบาลเขาไม่ให้ เขา
บอกว่าหมอไม่ได้สั่ง เขาบอกผมให้นอนหลับตา ช่มตาให้หลับ ผมบอกว่าผมนอน
ไม่หลับทำไมหมดแล้วก็ไม่หลับ...เวลานอนไม่หลับมันคิดมากเรื่องที่เราเป็นโรคนี้ (โรค
เอดส์) กลุ้มใจว่าทำไมปวดหัวไม่หายเลย กินยาแก้ปวดก็ไม่หายไม่รู้เป็นอะไรมากมาย
หมอก็ไม่ทำอะไรเลย รักษาที่ไม่รักษาซักทีจะทำอะไรก็ไม่ทำ...กลางคืนถ้าไม่หลับจะ
คิดมาก คนอื่นเขาหลับกันหมด มีแต่เรานั่งอยู่คนเดียว... คิดไปเรื่อยหลายเรื่อง คิด
มากบอกไม่ถูกว่าคิดเรื่องอะไรบ้าง ...ผมก็เลยลุกไปนั่งที่เก้าอี้ พยาบาลเขาก็เอายา
นอนหลับมาให้ กินไปพอหลับได้บ้าง ...รู้สึกว่าเขาเป็นห่วง เขาบอกว่าความจริงเขาไม่
อยากให้เรานอนหลับ แต่เขาเห็นผมนั่งอยู่ไม่หลับ เขาก็เลยเอายานอนหลับมาให้”

(เสรี : ผู้ป่วย)

2. ช่วยเหลือเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน

พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 รายและพยาบาล 2 ใน 5 รายอธิบายถึงการช่วยเหลือเพื่อ
ป้องกันโรคแทรกซ้อนไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลได้ระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อหรือ
เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น เพราะผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของ
ร่างกายทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจึงเกิดการติดเชื้อหรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่ง
ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลใน 2 กรณีคือ ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยและเปลี่ยนเข็มฉีดยา
เมื่อถึงเวลาที่กำหนด ดังนี้

กรณีที่ 1 ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่พยาบาลบางคนล้างมือก่อน
สัมผัสร่างกายผู้ป่วย หรือเข้ามาทำกิจกรรมใดๆ นั้น เพื่อระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยต้องรับเชื้อเข้าสู่
ร่างกาย ดังที่ทงศ์ ซึ่งพยายามดูแลตัวเองเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อ เล่าว่าจะรู้สึกสบายใจเมื่อ
พยาบาลล้างมือก่อนที่จะสัมผัสตนเอง

“พยาบาลบางคนเวลาเขาจะจับตัวผมหรือจะทำอะไรให้ผม เขาจะล้างมือฆ่า
เชื้อที่มือเขาก่อน (ซึ่งไปให้น้ำยาในขวดปลายเตียง) เพราะเขาจะระมัดระวังไม่ให้เราติด
เชื้อ ผมเป็นโรคนี้ (โรคเอดส์) ภูมิคุ้มกันมันไม่ดี จะติดเชื้อง่าย พยาบาลเขาเอาใจใส่
เราไม่นำเชื้ออื่นมาให้เราอีก...เขาป้องกันเชื้ออื่นให้เรา สบายใจไม่ต้องกลัวว่าเราจะ
ติดเชื้อ เพราะเราเป็นโรคนี้เราต้องพยายามไม่ให้ร่างกายเราติดเชื้อแทรกซ้อน เราต้อง
ดูแลให้ร่างกายของเราสะอาด ให้แข็งแรงที่สุด...”

(ทงศ์ : ผู้ป่วย)

กรณีที่ 2 เปลี่ยนเข็มฉีดยาเมื่อถึงเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยอธิบายว่า ในช่วงที่ได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อราในสมอง (amphotericin B) มีพยาบาลคอยเฝ้าติดตามวันที่ครบกำหนดการเปลี่ยนเข็มฉีดยาที่คาไว้สำหรับฉีดยา และเปลี่ยนให้เมื่อครบกำหนดเวลาหรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจว่าการเจ็บ หรือการบวมเป็นอาการของการอักเสบ ประกอบกับการที่พยาบาลแนะนำให้บอกเมื่อรู้สึกปวดหรือบวม และทุกครั้งที่บอกพยาบาลจะมาเปลี่ยนใหม่ให้ ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“มาตุที่มีชื่อว่าหมดอายุวันไหน (เข็มฉีดยาที่คาไว้สำหรับให้ยาทางหลอดเลือดดำ) ที่เขาเขียนเอาไว้ พยาบาลจะมาดูว่าถึงเวลาเปลี่ยนแล้วยัง...บางครั้งเขาก็มาสั่งว่า ถ้าเจ็บหรือบวมให้บอกก่อนได้เขา (พยาบาล) จะเปลี่ยนให้ บางทีมันอักเสบ แดงขึ้น มาเลยข้างบนเข็ม บวมด้วย พอยาร่วงเข้าเส้นจะเจ็บมากต้องดึงเปลี่ยนใหม่... รู้สึกว่าเขาดูแลดี เพราะถ้าหมดอายุแล้วไม่เปลี่ยนมันคงจะไม่ดี มันจะอักเสบได้ใช่ไหม มันก็จะไม่ดีกับสุขภาพเราเอง...เราไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น ๆ ภูมิคุ้มกันไม่ดี อะไรก็ต้องสะอาด...เขา (พยาบาล) ก็กลัวว่าเราจะติดเชื้ออักเสบ ต้องเปลี่ยนให้”

(ถรงค์ : ผู้ป่วย)

สำหรับพยาบาลอธิบายถึงการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความพยายามป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย โดยการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้มีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ได้โดยไม่เกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด ดังคำบอกเล่าของทัศนีย์ที่มีเหตุผลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการของโรคแทรกซ้อน และมีความทรมานน้อยที่สุดในการมีชีวิตอยู่กับโรค และเตือนใจให้เหตุผลว่าช่วยชะลอการดำเนินของโรคเพื่อการยืดชีวิตผู้ป่วย

“...ให้สุซศึกษาก่อนกลับบ้านว่า เขาจะกลับไปปฏิบัติตัวอย่างไรต่อไป...เพราะอะไรที่คนไข้เขาไม่รู้เราเป็นพยาบาลก็ต้องบอกเขาเพื่อให้เขาปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทุกอย่างตั้งแต่การป้องกันโรค การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยา การใช้ชีวิตประจำวันของเขา เพื่อให้เขาสามารถอยู่อย่างสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคแทรกซ้อน ไม่เหนื่อย ไม่ปวด...บางคนตายคาสาย ICD (ท่อระบายทรวงอก) อยู่ แสดงให้เห็นว่าเขาทรมานพีกี่เลยพยายามทำให้คนไข้อยู่อย่างสมบูรณ์ที่สุด คือ เจ็บป่วยน้อยที่สุดเท่าที่เขาจะทำได้ และอยู่อย่างทรมานน้อยที่สุดก่อนตาย”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

“จะพยายามไปคุยกับเขาให้ความรู้เรื่องโรค สอนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อยากให้เขาไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย อยากให้เขากลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้ ไม่ต้องมาตรวจมารักษาบ่อยๆ คือไม่อยากให้เขาติดเชื้อฉวยโอกาส เพราะถ้าเขาเกิดโรคแทรกบ่อยๆ progress (การดำเนินโรค) ของโรคมันก็จะเร็วขึ้น สุขภาพเขาก็จะแย่ลง เขาก็จะอยู่ได้ไม่นาน”

(เตือนใจ : พยาบาล)

3. ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน

ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อเอชไอวี และการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากหลายสาเหตุ ซึ่งเป็นความทุกข์ทางจิตใจที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายถึงวิธีการจัดปัญหาไว้ 3 ลักษณะคือ ช่วยแก้ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล แนะนำแหล่งช่วยเหลือ และไม่ผลักใส่ไล่ส่ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ช่วยแก้ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วย 1 ใน 6 รายและพยาบาล 3 ใน 5 ราย ได้อธิบายในลักษณะที่สอดคล้องกันว่า ค่ารักษาพยาบาลเป็นภาระสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดพยาบาลจึงต้องช่วยจัดปัญหานี้ให้ผู้ป่วย ดังที่ผู้ป่วยรายนี้ คือ เสรี ซึ่งมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นเหตุให้เสรีซึ่งมีความเครียดเรื่องการเจ็บป่วยอยู่แล้วรู้สึกเครียดมากขึ้น ประกอบกับการรับรู้ที่โรคเอดส์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าต้องรักษาต่อไปต้องใช้เงินอย่างไม่เกิดประโยชน์อีกเป็นจำนวนมาก จึงคิดจะยุติการรักษา แต่เมื่อพยาบาลช่วยเหลือให้ได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลเสรีรู้สึกว่าเป็นความสบายใจที่สุด ส่วนพยาบาลคือเตือนใจ ซึ่งมีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาเป็นระยะเวลา 3 ปี ทำให้เรียนรู้สภาพปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วยและพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับทุกราย ซึ่งเตือนใจรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการไม่ได้ประกอบอาชีพ การถูกทอดทิ้งจากครอบครัว และผู้ป่วยต้องใช้เงินจำนวนมากเป็นค่ารักษาพยาบาล จึงเป็นเหตุจูงใจให้เตือนใจต้องประเมินปัญหาเศรษฐกิจในผู้ป่วยรายใหม่ สำหรับผู้ป่วยรายเก่าจะพิจารณาจากข้อมูลการรักษาครั้งก่อน ถ้าพบว่าผู้ป่วยคนใดมีปัญหาทางเศรษฐกิจก็จะให้สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ลดสิ่งรบกวนความเครียดลง ดังคำบอกเล่าของเสรีและเตือนใจว่า

“...ผมไม่มีเงิน ที่ไปเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ตั้งเก้าพันห้า ผมไม่รู้ว่ามันจะแพงถ้ารู้ผมไม่ไป ไม่มีใครบอกอยู่ๆ เขามาเข็นบอกว่าไปเอ็กซ์เรย์ แต่พอเขามาเก็บเงินตั้งเก้าพันห้า ผมไม่รู้จะเอาที่ไหนมาให้ มานอนอยู่โรงพยาบาลตั้งหลายวันต้องกินต้องจ่ายทุกวัน...เป็นเอดส์ก็เหมือนตายครึ่งหนึ่งแล้ว เพราะรักษาอย่างไรก็ไม่รอด ครึ่งหนึ่งที่ไมตายก็เหมือนพิการทำงานอะไรก็ได้ รักษาหมดเงินไปแล้วก็ไม่ทำให้ร่างกาย

กลับมาเหมือนเดิม เงินเป็นหมื่นเป็นแสนที่เอามารักษาเหมือนเอาไปทิ้ง ไม่ได้ประโยชน์...ผมคิดว่าเก็บเงินไว้ให้พ่อแม่ดีกว่า...ผมก็เลยไปขอหัวหน้าตึก เขาก็เขียนสละเคราะห์ให้ดี เขายังถามผมเลยว่ามีเงินกินข้าวมั้ย...เขาถามว่าจะช่วยจ่ายให้ได้เท่าไร ผมบอกว่า 3,000 บาท เขาบอกว่า 2,000 ก็ได้ อีก 1,000 เก็บไว้กินข้าว...รู้สึกว่าเขายังเป็นห่วง กลัวผมจะไม่มีเงินใช้...สบายใจที่สุดเลยพี่ ผมนอนคิดมากมาหลายคืนถ้าไม่ได้สละเคราะห์ก็ต้องกลับบ้าน”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“คนไข้ไอชไอวีจะให้สังคมสละเคราะห์เกือบหมด เพราะว่าเขาไม่มีจ่าย บางรายอยู่วัด บางรายไม่มีญาติ...ปกติเกือบทุกรายที่เราเห็นว่าคนไข้เขาจ่ายเยอะแล้ว จะไปถามเขาว่ามีปัญหาค่าใช้จ่ายมั้ย เพื่อจะได้ปรึกษาสังคมสละเคราะห์ให้ แต่บางรายเขาจะออกมาทางหน้าต่างเลย คือจะดูออกว่าสีหน้าเขาวิตกกังวล ดูไม่ค่อยสบายใจ ถ้าเห็นแบบนี้ก็จะถามเขาว่า ทำไมเหรอ ดูกังวล มีปัญหาอะไรหรือเปล่า เขาก็จะบอกว่าไม่มีเงิน ถ้าคนไข้เก่าๆ มาหลายครั้งแล้วพอเขามาเราก็จะรู้แล้ว ก็จะไปถามเขา เป็นไงตอนนี้อยู่กับใคร เขาก็จะบอกว่าอยู่คนเดียว ลูกก็ไม่มีใครดู สามีก็นอนอยู่กับเมียน้อยตอนนี้ไม่มีเงิน...ในคนไข้ใหม่ก็จะดูว่ารายจ่ายเขาเยอะแล้วยัง ถ้าเยอะก็ให้สังคมสละเคราะห์ไปเลย เรารู้อยู่แล้วคนไข้ไอชไอวีไม่ค่อยมีงานทำ รายได้เขาก็ไม่มีเลย ช่วยเขาไปเลยจะได้ไม่ต้องกังวลใจอยู่กับค่ารักษานะ ลดความกังวลให้เขา จะบอกเขาไปเลยค่ารักษาไม่ต้องกังวลนะ เดี่ยวจะให้สังคมสละเคราะห์ทำให้สบายนะ ไม่ต้องกังวลเรื่องนี้แล้วนะ แค่นี้เรื่องป่วยของเขา เขาก็หนักพอแล้ว”

(เตือนใจ : พยาบาล)

3.2 แนะนำแหล่งช่วยเหลือ พบว่าพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายว่าการแนะนำแหล่งช่วยเหลือเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหหรือบรรเทาความเดือดร้อน เพราะพยาบาลรับรู้ผู้ป่วยมักจะประสบกับภาวะวิกฤตหลายอย่างในชีวิต เช่น ไม่มีรายได้ ไร้ที่อยู่อาศัย แสวงหาแหล่งรักษาโรคเพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาว ดังเช่น คำบอกเล่าจากพยาบาลรายหนึ่งว่า

“...เราต้องดูด้วยว่ามีหน่วยงานไหนบ้างที่พอจะให้เขา (ผู้ป่วย) ไปปรึกษา หรือติดตามต่อไปก็จะแนะนำแหล่งประโยชน์ให้เขา...สังคมสละเคราะห์ ญาติ ครอบครัว เพื่อนหรือใครก็ได้ที่เขาสามารถพึ่งได้ไม่ว่าเรื่องเงินหรือเรื่องที่เขากำลังมีปัญหอยู่... (ชื่อวัดแห่งหนึ่ง) ก็ได้ ...หรือเพื่อนที่เป็นโรคเดียวกับเขาที่เขาไปรักษามาแล้ว หรือมีวิธีการไหนพอที่ใช้ได้...การแนะนำแหล่งประโยชน์ก็จะช่วยให้คนไข้หรือญาติได้แสวงหาความช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของเขา”

(กัลยา : พยาบาล)

3.3 ไม่ผลักใส่ไล่ส่ง พยาบาล 1 ใน 5 รายเล่าว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มักถูกรังเกียจจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไว้ที่อยู่อาศัยภายหลังกลับจากโรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลก็มีข้อจำกัดในการรับภาระการดูแลรักษาผู้ป่วย เมื่ออาการทุเลาลงหรือถึงวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้แต่อาการคงที่ ก็จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน แต่ในรายที่ญาติไม่มีความพร้อมที่จะรับกลับ พยาบาลจะให้โอกาสญาติได้จัดเตรียมหรือจัดหาที่อยู่อาศัยใหม่ให้ผู้ป่วยโดยไม่เร่งรัด ดังที่พยาบาลรายนี้ได้ยกตัวอย่างเหตุการณ์หนึ่งว่า

“อย่างคนไข้คนหนึ่งไม่รู้สึกรักตัว แผลเน่าเต็มตัวเลยเหม็นมาก ต้องให้อาหารทางสายยาง ภรรยาคนไข้ก็ติดเชื่อเหมือนกันไม่ได้ทำงานอะไร อาศัยอยู่กับพี่สาวช่วยขายของ อาการคนไข้เขาจะคงที่อยู่รักษาก็ไม่ดีขึ้น และก็ยังไม่เสียชีวิตในตอนนั้น ถึงจะอยู่โรงพยาบาลก็ยังคงอยู่ในสภาพอย่างนี้ไปเรื่อยๆ ก็ต้องให้คนไข้กลับบ้าน...แต่คนไข้เขาอาศัยอยู่กับพี่สาวบ้านขายของ เขาก็รังเกียจถ้ากลับไปอยู่ที่บ้าน คนมาเห็นก็ต้องรู้ว่าเป็นเอดส์ คนไข้กลับไปก็ลำบากเพราะอาศัยเขาอยู่ ก็ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีที่ไป...จะคุยกับแพทย์ให้และจะไม่เร่งรัดคนไข้ให้รับกลับได้พยายามปรึกษาและช่วยกันคิดกับภรรยาว่าจะทำอย่างไรต่อไป...ช่วงเวลานั้นเราก็ไม่เร่งรัดคนไข้ว่าต้องกลับภายในวันนั้นวันนี้ ให้เขาค่อยๆ คิดหาทางหาวิธีกัน เพราะการรักษาก็ต้องใช้เวลา เขาต้องไปคิด ไปตัดสินใจ คิดต่ออะไรอีกหลายอย่าง...เขาพร้อมเมื่อไหร่จึงค่อยให้กลับ... แต่สุดท้ายคนไข้รายนี้เขาก็เสียชีวิตในโรงพยาบาล...”

(กัลยา : พยาบาล)

4. ช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต

พยาบาลอธิบายว่า ในผู้ป่วยใกล้ตายหรือเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตกำลังใกล้เข้ามา พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือ โดยประเมินสถานการณ์ให้ได้ว่า ผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใด เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้จากไปอย่างสุขสงบ และญาติผู้ป่วยสามารถประคับประคองตนเองและเผชิญชีวิตอยู่กับความสูญเสียนั้นได้ โดยอธิบายไว้ 2 ลักษณะคือ ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสุขสงบและปลอดใจไม่ทอดทิ้งญาติ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสุขสงบ พยาบาลรับรู้ว่า ในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย มีความผูกพันอยู่กับภาระหน้าที่และบุคคลที่รัก พยาบาลจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยสงบและจากไปอย่างไม่ทรมานทรมานหรือทุกข์ทรมาน ปราศจากความกังวลต่อภาระที่เหลืออยู่ ด้วยวิธีการให้ระลึกถึงศาสนา และให้ใกล้ชิดสิ่งยึดเหนี่ยว ดังนี้

4.4.1 ให้ระลึกถึงศาสนา พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย ได้พยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงศาสนาก่อนที่จะเสียชีวิต โดยการกระซิบคำสวดมนต์หรือให้ญาติปฏิบัติกิจทางศาสนาหรือสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟังจนกระทั่งผู้ป่วยสงบลงหรือเสียชีวิตไปอย่างสงบ ดังที่จิราพร ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาหลายรายเล่าว่า

“ในคนไข้ระยะสุดท้าย เขากำลังจะตาย บางคนเขารู้เรื่อง รู้สึกตัวจนวินาทีสุดท้าย ช่วงนั้นเราก็เข้าไปบอกเขาว่าให้ทำใจให้สบายนะ รู้ว่าเหนื่อย แต่พยายามทำใจให้สบายที่สุดนะ ทำใจให้สงบที่สุดนะ เรื่องญาติจะไปตามมาให้ เราก็จะสอนพุทธศาสนาให้เขา กระซิบข้างๆ หูให้ได้ยิน พุทธโธ ธัมโม สังโฆ คือจะถามเขามาก่อนแล้วว่าเขานับถือศาสนาอะไร เวลากระซิบตอนนั้นเขาไม่ท้อตามหรือกนะ เพราะเขาท้อไม่รอด แต่ดูจากพฤติกรรมของเขานะมีหลายๆ รายจากเดิมที่เขากระสับกระส่าย กำลังทรมานมากตรงนั้น ไม่ไหวแล้ว กำลังจะป๊อก (กำลังจะเสียชีวิต) แต่พอเราทำอย่างนี้ บอกเขาจะตามญาติให้ กระซิบธรรมะใกล้ๆ หู เขาจะสงบลงเยอะเลย เอามือลง นอนนิ่งสงบ นอนด้วยความรู้สึกตัวแต่สงบนิ่งลง... ถ้าในคนไข้มุสลิมก็จะมีญาติมาสวดมนต์เกี่ยวกับพระเจ้าให้คนไข้ฟัง เราก็จะปล่อยให้เขาทำ”

(จิราพร : พยาบาล)

4.1.2 ให้ใกล้ชิดสิ่งยึดเหนี่ยว พยาบาล 1 ใน 5 ราย เล่าถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ด้วยการให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดญาติและได้คิดถึงสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสงบ และจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมาน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...คนไข้เองเขาก็รู้ตัวเองว่า เขากำลังจะเสียชีวิต ตอนนั้นเราต้องดูแลเขา...บางรายเขารับสภาพได้ว่าเขากำลังจะเสียชีวิต เขาทำใจมานานแล้ว ทำใจได้แล้ว เขาจะสงบและต้องการอยู่กับญาติเขา ตรงนี้เราจะให้เขาอยู่กับญาติเขา บอกให้เขานึกถึงสิ่งที่เขานับถือ เช่น พระ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามที่เขาเชื่อ...บอกให้เขาทำใจให้สงบที่สุด คิดถึงสิ่งที่เขายึดเหนี่ยว ปิดม่านให้ญาติอยู่ใกล้กับคนไข้... คนไข้เขาจะได้สงบและไม่ทรมานมาก ส่วนใหญ่คนไข้ก็จะสงบ...รู้สึกว่าได้ช่วยเหลือคนไข้ ญาติคนไข้ ช่วยให้เราลดความทุกข์ทรมานลง ช่วยให้เราผ่อนคลายลง...”

(กัลยา : พยาบาล)

4.2 ปล่อยใจไม่ทอดทิ้งญาติ พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 อธิบายว่า ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย เป็นช่วงเวลาที่ญาติเกิดความโศกเศร้า เสียใจ และทุกข์ทรมานกับความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น พยาบาลจึงต้องเตรียมญาติให้มีความพร้อมด้านจิตใจที่จะต้องพบกับความสูญเสีย ตลอดจนคอยปลอบใจ อยู่เป็นเพื่อน ให้การช่วยเหลือญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตในการจัดการเรื่องการตายของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ดังที่พยาบาลรายนี้ได้เล่าถึงประสบการณ์ตอนหนึ่งว่า

“...ความรู้สึกของญาติคนไข้เขาจะทุกข์ทรมานมาก...โดยเฉพาะเมื่อรู้ว่าอีกไม่กี่ชั่วโมง ไม่นานก็คนไข้เขาจะเสียชีวิต ตอนนั้นภรรยาเขาจะทรมานทุกข์ทรมานมาก ร้องไห้

คร่ำครวญมาก...เราต้องเตรียมมากก่อนตั้งแต่คนไข้ยังไม่เสียชีวิต โดยพยากรณ์ว่าคนไข้จะเสียชีวิตเมื่อไหร่ เวลาไหน วันไหน เราต้องเตรียมญาติ โดยให้หมอคุยการพยากรณ์โรคของคนไข้กับญาติก่อน แล้วเราเข้าไปคุยกับญาติอีกครั้งว่าญาติรับรู้ว่าจะอะไร เข้าใจดีมีัยว่าคนไข้เป็นอย่างไร ญาติรับได้มีัย ทำใจได้มีัย เตรียมตัวพร้อมรับแล้วยัง เตรียมทำอะไรต่อวางแผนต่ออย่างไร มีใครคอยช่วยเหลือมีัย ถ้าเขารับไม่ได้ว่าคนไข้จะเสียชีวิต ก็ต้องพูดกับเขา เช่น ปลอบใจเขาไปว่า คนไข้เขาอยู่ระยะสุดท้ายแล้วนะ เขาไม่สบายมากแล้วเขาก็ทรมาณ หมอ พยาบาลช่วยกันเต็มที่แล้วนะ ตอนนี้ต้องยอมให้คนไข้เขาจากไป...เข้าใจนะว่ากำลังเสียใจ แต่พยายามทำใจนะ ยังมีลูกที่ต้องดูแล มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ เข้มแข็งนะ เพราะถ้าเป็นอะไรไปอีกคน ลูกจะเป็นอย่างไร เขาจะอยู่กับใคร เราจะพยายามไม่ให้ญาติรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เป็นเพื่อนเขา จะถามเขาว่ามีอะไรให้ช่วยมีัย มีญาติคนอื่น ๆ อยู่ที่ไหนบ้างจะให้โทรตามหรือเปล่า ในเรื่องศพก็จะถามเขาว่าจะนำกลับเลยหรือจะเก็บไว้ที่นี้ก่อน หรือจะติดต่อญาติให้มารับ...ให้เขารู้สึกว่ามีคนเห็นใจเขาในยามที่เขาหมดที่พึ่ง เขาจะารู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ชี้นำแนวทางในบางเรื่องที่เขาหมดสิ้นหนทางที่จะจัดการเองในตอนนั้นได้”

(กัลยา : พยาบาล)

ให้ความอบอุ่นใจ ไม่ให้โดดเดี่ยว

ในการดูแลไม่เพียงแต่ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ผู้ป่วยและพยาบาลยังความหมายว่า การดูแลเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใยเอื้ออาทร และสนใจเอาใจใส่ต่อปัญหา อาการและการตอบสนองของผู้ป่วย และไม่แสดงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเกิดความโศกเศร้าเสียใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจไม่โดดเดี่ยว ท่ามกลางชีวิตและสภาพจิตใจที่อ่อนไหวโดดเดี่ยว และอ้างอ้าง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยและพยาบาลว่า

“ เขา (พยาบาล) มาในความรู้สึกที่ดี ไม่รังเกียจ มาคอยห่วงใย มาทำให้ผมรู้สึกอบอุ่น เพราะเขาคอยถาม มาคอยเป็นห่วง เขามีความอาทรให้กับเรา เขาสนใจเราดี... มาถาม มาพูดกับผมเกือบทุกวัน...รู้สึกอบอุ่นสบายใจ และรู้สึกว่าเราคู่กับเขาได้นาน พูดคุยกับพยาบาลได้ทุกอย่าง สบายใจขึ้น...”

(ทงศ์ : ผู้ป่วย)

“อยู่ที่นี้ (โรงพยาบาล) มีพยาบาลมาคุย มาถาม มันทำให้อบอุ่น อบอุ่นกว่าอยู่ที่บ้าน อยู่ที่บ้านเราไม่เคยได้รับอย่างนี้เลย ...ที่บ้านอยู่คนเดียวทุกวัน ไม่มีใครมาสนใจ แต่อยู่ที่นี้พยาบาลดี มาคอยพูดมาคอยถามตลอด... เดินมาถาม มาดูอยู่บ่อยๆ ที่บ้านไม่เคยได้รับอย่างนี้เลย รู้สึกอบอุ่น ชอบ...”

(สีดา : ผู้ป่วย)

“...ให้คนไข้เขาไม่รู้สึกรู้ว่าถูกทอดทิ้ง เขาไม่ได้อยู่คนเดียว เขายังได้รับความสนใจจากพยาบาล ไม่ได้ทอดทิ้งเขาโดยไม่สนใจเข้าไปพูดคุยกับเขาเลย ไม่สนใจเขาเลย ...คนไข้บางคนเขาไม่มีญาติพี่น้อง ญาติไม่มาเยี่ยมเลย เขานอนอยู่คนเดียว เขาก็อาจจะคิดว่าญาติเอาเขามาทิ้งไว้ เราก็เข้าไปคุยกับเขา ไปหาเขาให้เขาได้รู้สึกมีเพื่อน เขาไม่ได้อยู่คนเดียว”

(เต็มดวง : พยาบาล)

จากการให้ความหมายการดูแลในลักษณะให้ความอบอุ่นใจ ไม่ให้โดดเดี่ยว ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงพฤติกรรมการดูแลไว้ 3 ลักษณะคือ เอื้ออาทร สนใจ เอาใจใส่และถนอมจิตใจ ห่วงใยความรู้สึก ดังต่อไปนี้

1. เอื้ออาทร

ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายการแสดงออกถึงความห่วงใย เอื้ออาทรของพยาบาล ใน 4 ลักษณะคือ ได้ถามความเป็นอยู่ พร้อมให้ความช่วยเหลือ สัมผัสถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ และเป็นเพื่อนพูดคุยและปรับทุกข์ ดังนี้

1.1 ได้ถามความเป็นอยู่ พบว่าผู้ป่วย 4 ใน 6 ราย และพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลที่คอยเฝ้าติดตามถามอาการหรือความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ทุกครั้งที่เข้ามาหาผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมใดๆ หรือขณะเดินผ่านเตียง ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือชัย ซึ่งรับรู้ว่ายพบาลมาถามเพราะห่วงใยและพยาบาลคือทัศนีย์ ซึ่งรับรู้ว่ายผู้ป่วยมักจะรู้สึกวุ่นวายตัวเองถูกรังเกียจ ถูกทอดทิ้ง ทัศนีย์จึงพยายามไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเช่นนั้น

“มาถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการอย่างไรบ้าง วันนี้เป็นยังไง (พูดด้วยภาษากลาง) คอยถามคอยเป็นห่วงอยู่เรื่อย ๆ เอาอะไรบ้างมีย เขาดีคอยเป็นห่วงคนไข้...มาถึงก็ถามไปเรื่อย กินข้าวแล้วยัง เป็นอย่างไรบ้าง ปวดหัวมีย...รู้สึกว่าเขา (พยาบาล) เป็นห่วง มันทำให้เราสบายใจ บอกไม่ถูกเหมือนกันนะ พี่ (ผู้วิจัย) ลองคิดดูซิ ถ้ามีใครเป็นห่วงเวลาเราไม่สบายมันจะรู้สึกยังไง มันจะสบายใจ ขึ้นใจบอกไม่ถูก...พยาบาลเขาเป็นห่วง เขาดีอย่างนี้มันสบายใจที่สุดแล้ว ถ้าดีอย่างนี้ทุกคน ผมว่าคนไข้หายเร็วแน่”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“...บางเวลาเราก็ต้องเป็นคนดูแลเขา เดินผ่านก็ไม่ได้ผ่านไปเฉยๆ ถามเขาบ้างว่าวันนี้เป็นยังไงบ้าง พูดกับเขา สบตากับเขา ให้เขารู้ว่าเราสนใจเอาใจใส่เขา เป็นห่วงเขา เป็นอะไรหรือเปล่า มีปัญหาอะไรหรือเปล่า คิดอะไรอยู่หรือเปล่า ก็จะถามเขาเมื่อสังเกตเห็นสีหน้าเขาดูวิตกกังวล... เราก็ต้องเข้าไปหาไปพูดคุย เพราะคนไข้เขาจะ

รู้สึกไว้อยู่แล้ว เขาจะมีความรู้สึกว่าเขาอาจถูกรังเกียจ ถูกทอดทิ้ง เราต้องทำอย่างนี้ เพื่อไม่ให้เขารู้สึกว่าเขาถูกทอดทิ้ง... คนไข้ไอซีไอวีเกือบทุกรายเขาจะรู้สึกอย่างนี้ พี่เองจะพยายามไม่ให้คนไข้เขาเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

1.2 พร้อมให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย และพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายว่า พยาบาลจะบอกให้ผู้ป่วยเรียกพยาบาลได้ตลอดเวลา ถ้าเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลห่วงใย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยและพยาบาลว่า

“เขา (พยาบาล) เป็นห่วงดิฉันะ มาบอกผมว่า ถ้าปวดหัวให้ไปขอยาแก้ปวดกิน หรือถ้านอนไม่หลับให้ไปขอยานอนหลับจากพยาบาลนะ เขามาส่งไว้ให้บอกได้เลย... กลางคืนเขาก็มาบอกว่าถ้ามีอะไรให้กดปุ่มเรียกได้เลย บอกพยาบาลได้เลย เวลา กดปุ่มบอกว่าปวดหัว เขา (พยาบาล) ก็เอาถุงเย็น (เยลลี่ประคบเย็น) มาให้...เขาเป็นห่วงมาส่งไว้”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“...เขามีปัญหาอะไร เราช่วยเขาได้ เราเป็นที่พึ่งยามทุกข์ยากให้กับเขา เช่น เจ็บปวด เจ็บอะไรก็เรียกพยาบาลได้ ให้บอกพยาบาลได้ตลอดเวลา นะ มาบอกนะ มีพยาบาลช่วยเขาได้... คนไข้เขาจะรู้สึกได้ว่าพยาบาลสนใจเขา เป็นห่วงเขา...”

(กัลยา : พยาบาล)

1.3 สัมผัสถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ พบว่าพยาบาล 3 ใน 5 ราย อธิบายว่าจะพยายามสัมผัสผู้ป่วยอยู่เสมอ ดังเช่น เต็มดวง ให้เหตุผลว่า จะสัมผัสผู้ป่วยในขณะปฏิบัติการพยาบาล เยี่ยมตรวจ หรือในขณะพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกเอื้ออาทร ความห่วงใย และเป็นที่พักพิงของผู้ป่วย และจิราพร อธิบายว่าจะพยายามสัมผัสผู้ป่วยให้มากที่สุด เพราะการสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกไปยังผู้ป่วยหลายๆ อย่าง รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใยผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เวลาเข้าไปทำกิจกรรมอะไรกับคนไข้ ก็สัมผัสเขาไปด้วย...เวลาเขานอนอยู่ เราเข้าไปทำอะไรหรือเข้าไปตอนเยี่ยมตรวจคนไข้เราก็จะเข้าไปใกล้ตัวเขาและจับตัวเขา พูดยกับเขาไป...เวลาสัมผัสจะต้องนุ่มนวลใช้มือจับตัวเขาและพูดยกับเขา ทำทางที่แสดงออกต่อเขาก็นุ่มนวล...เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความเอื้ออาทรไปยังเขา คล้ายๆ

กับว่าเราเป็นญาติของเขาคคนหนึ่งนะ เขาสามารถขอความช่วยเหลือเราได้ เราเป็นที่พึ่งของเขาได้... คนไข้เขาจะได้รู้สึกว่าเป็นห่วงเป็นใย เอื้ออาทรเขา เพราะการสัมผัสมันเหมือนกับเราถ่ายทอดความรู้สึกเอื้ออาทรต่อเขา”

(เต็มดวง : พยาบาล)

“...การสัมผัสคนไข้ เน้นนะ...พยายามสัมผัสเขาให้มากที่สุด อย่างเวลาไปพูดคุยกับคนไข้เราก็จะจับแขนเขา... เวลาเราพูดคุยกับคนไข้เราก็เอามือไปจับไปสัมผัสตัวเขา แทนที่จะเอามือไปกุมไว้ข้างหน้าอย่างนี้ข้างเดียว...เวลาพูดคุยกับคนไข้ เราก็จะตะต้องตัวเขาไปด้วย ให้เขารู้สึกว่าเราไม่ได้รังเกียจเขา แล้วจะถามเขาไปด้วยว่าเขาเป็นอย่างไร... สัมผัสมันถ่ายทอดความรู้สึกหลายอย่าง...คือ เป็นการบอกว่าเราเอาใจใส่ในตัวเขา เราสนใจเขาเราถึงไปพูด ไปสัมผัสเขา มันเหมือนเป็นการสนใจ เอาใจใส่ตัวเขาห่วงใยเขา และมันจะทำให้คนไข้เรารู้สึกว่าพยาบาลไม่รังเกียจเขา”

(จิราพร : พยาบาล)

1.4 เป็นเพื่อนพูดคุยและปรับทุกข์ พบว่าพยาบาล 3 ใน 5 รายเล่าว่าจะพยายามเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีเวลาว่างหรือมีโอกาสเข้าไปใกล้ผู้ป่วย เพราะมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องมีความทุกข์ ความกังวล และเมื่อสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีสีหน้าที่แสดงถึงความวิตกกังวล พยาบาลก็จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก ดังเช่นคำบอกเล่าจากเดือนใจที่พยายามเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยเมื่อมีโอกาสดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และเต็มดวงเล่าว่าจะพยายามเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยและรับฟังผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว

“...ถ้ามีเวลาจะพยายามไปนั่งคุย ไปทำอะไรให้เขาก็จะคุยกับเขาไปด้วย... เวลาเยี่ยมตรวจก็จะคุยกับเขา... มีความรู้สึกว่ายากคุยกับเขา อยากให้เขาระบายความรู้สึกของเขาออกมาว่า เขารู้สึกยังงัยบ้างตอนนี้ เขาเป็นยังงัยบ้าง... ถึงแม้จะไม่ได้ทำอะไรให้ก็ขอคุยกับเขา เพื่อเขาจะได้สบายใจขึ้น เพราะเรารู้สึกว่าเขาหน้าจะมีอะไรกังวล มีความทุกข์ใจ”

(เดือนใจ : พยาบาล)

“...เข้าไปพูดคุยกับเขา คนไข้บางคนเขาไม่มีญาติพี่น้อง ญาติไม่มาเยี่ยมเลย เขาอนอยู่คนเดียวเขาก็อาจจะคิดว่าญาติพาเขามาถึงไว้ ก็จะเข้าไปคุยกับเขา ให้เขาเล่าถึงความรู้สึก ให้เขาได้ระบายออกมาว่าเขารู้สึกยังงัย บางทีเราอาจจะไม่ได้ช่วยอะไรเขาหรอก แต่แค่รับฟังเขา เขาก็จะรู้สึกดีขึ้นแล้ว... ได้ระบายเขาก็จะสบายใจขึ้นแล้ว...”

(เต็มดวง : พยาบาล)

2. สนใจ เอาใจใส่

ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่า พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ โดยแสดงออกใน 3 ลักษณะคือ รู้ปัญหาและรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง ชักถามความต้องการและให้การตอบสนอง และแวะเวียนมาหาและเฝ้าดู ดังนี้

2.1 รู้ปัญหาและรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย และพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายสอดคล้องกัน คือ ผู้ป่วยอธิบายว่า พยาบาลรู้และเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการและสามารถตอบสนองได้ตรงกับความต้องการนั้น ส่วนพยาบาลอธิบายว่า เป็นการรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริงคือ รู้จักสภาพแวดล้อม ความเชื่อ วิถีชีวิต และอุปนิสัยของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตอบสนองผู้ป่วยอย่างเป็นปัจเจกบุคคล ดังเช่นคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือ เสรี ซึ่งเกิดโรคแทรกซ้อนด้วยเนื้องอกในสมองเล่าว่าขณะที่มีอาการปวดศีรษะพยาบาลคอยดูแลอย่างรู้ใจ ส่วนพยาบาล คือกัลยาเน้นการรู้จักผู้ป่วยเพื่อการตอบสนองอย่างเป็นปัจเจกบุคคล

“...เขา (พยาบาล) เอาถุงเย็น (เยลลี่สำหรับประคบเย็น) มาให้ ถามว่าปวดหัวมั๊ย ผมก็บอกว่าปวด บางทีถุงเย็นมันไม่เย็นแล้ว ผมเอาไปพาดไว้ที่ปลายเท้า (ปลายเตียง) พยาบาลเดินมาเห็นเขาก็เอาไปเปลี่ยนใหม่ให้ บางคนไม่ต้องบอกเขาเอามาให้เลย บางคนเขาจะถามก่อนว่าเอามั๊ย บางทีเขาเห็นผมเอาประคบหัวอยู่ เขาเห็นเขาก็ถามว่าเย็นอีกมั๊ย ถ้าไม่เย็นเขาก็เปลี่ยนอันใหม่ให้ ไม่ต้องบอกเลย”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“...มันไม่ใช่แค่การช่วยเหลือธรรมดา แต่ต้องเข้าใจพื้นฐานของเขา ต้องเข้าใจในตัวบุคคลนั้น เข้าใจในสิ่งแวดล้อมของเขา ความเชื่อ ความยึดถือของเขา แล้วเราก็นำสิ่งนั้นมาใช้กับเขาซึ่งแต่ละคนมันต่างกัน...ต้องดูลึกไปถึงกับว่าสิ่งแวดล้อมของเขาก็คืออะไร เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน สังคม วิถีชีวิต สิ่งที่เขายึดถือ ศาสนาเพราะเราจะได้ปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตของเขา เวลาเราจะให้คำแนะนำผู้ป่วย เขาจะได้นำไปประยุกต์ใช้ได้กับตัวเขาในสิ่งแวดล้อมของเขา...คนไข้เขาจะรู้สึกได้ว่าพยาบาลสนใจเขาเอาใจใส่เขาจริงๆ รู้จักว่าเขาเป็นใคร....คนไข้เป็นคนอย่างไร อารมณ์เขาเป็นอย่างไร นิสัยของเขาเป็นอย่างไร บางคนเจ็บง่าย บางคนหงุดหงิดง่าย... เราต้องทำความเข้าใจกับเขาและเราต้องทำในสิ่งที่เขาคาดหวังว่าจะได้รับเมื่อเขาเข้ามาในโรงพยาบาลหรือจากพยาบาล ดูอย่างเฉพาะราย คนไข้บางคนเขาจะสนใจทุกอย่างเกี่ยวกับตัวเขา เขาต้องการคำอธิบายทุกอย่างให้เข้าใจในสิ่งที่พยาบาลจะทำอะไรให้เขา เช่น คนไข้คนหนึ่ง เวลาเอายาไปให้เขากิน เขาจะถามว่ายาอะไร รักษาอะไร จะมีผลอย่างไร ทำไมต้องให้ยาตัวนี้เพิ่มในเมื่อมียาเก่ากินอยู่แล้ว... บางคนหงุดหงิดง่าย นิดหน่อยเขาก็จะโวยวาย ต่ำอาละวาด ไม่พอใจก็ว่า... หรือบางคนเขาต้องการความเป็นส่วนตัวมากแต่

ต้องการอยู่กับภรรยาหรืออยู่กับญาติของเขาเท่านั้น ไม่อยากให้ใครเข้าไปยุ่ง ไม่อยากคุยกับใคร...อย่างคนไข้ที่ใส่ ICD เต็ม 21 เราจะสนใจกับความเจ็บปวดของเขา เพราะเรารู้ว่าเขาไวต่อความเจ็บปวด เหมือนเขาต้องการให้คนมาสนใจ เอาใจ เราก็ให้ความสนใจ เอาใจ ทำแผลให้เขาเบาๆ ที่สุด พุดเอาใจ เจ็บนะ... แต่ละคนต่างกัน การปฏิบัติก็จะแตกต่างกันตามที่เรารู้จักคนไข้ ตามพื้นฐานหรือลักษณะของคนไข้แต่ละคน คนไข้บางคนเขาชอบให้อธิบาย เราก็ต้องอธิบายให้เขาเข้าใจ... ทำให้คนไข้เขารู้สึกว่าพยาบาลเอาใจใส่เขาอย่างแท้จริง รู้ว่าเขาต้องการอะไรก็ให้อย่างที่เขาต้องการจริง”

(กัลยา : พยาบาล)

การรับรู้ปัญหาและรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริงนั้น พยาบาลยังเน้นว่าในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงแต่ปฏิบัติหรือกระทำให้สำเร็จตามหน้าที่เท่านั้นแต่ยังเกี่ยวข้องกับความสนใจเอาใจใส่ปัญหาของผู้ป่วยในขณะปฏิบัติการพยาบาล ดังเช่นกัลยาได้ยกตัวอย่างในเรื่องของการให้ยาผู้ป่วยว่า

“...มันขึ้นอยู่กับปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการใส่ใจ ความสนใจเหมือนอย่างเช่นการให้ยาตามแผนการรักษาเป็นการพยาบาล เมื่อถึงเวลาก็เอายาไปแจก ให้คนไข้ได้รับยาตามแผนการรักษาครบ แต่การให้ยาอย่างมีการดูแลเราต้องดูมากกว่านี้อีกว่าเขามีปัญหาอะไรในการกินยาดังนั้น ให้ยาแล้วเขากินได้มัย คนไข้บางคนเขากินไม่ได้เลย ยาบางตัวมี side effect (อาการข้างเคียง) มาก มันรบกวนเขามากเวลาเขากิน เขากินยานั้นลงไป เขารู้สึกทุกข์ทรมานกับการที่จะกลืนมันลงไปให้ได้... อย่าง elixer KCl (โปแตสเซียมชนิดน้ำ) รสจะเผื่อนมาก คนไข้จะกินไม่ได้เลย เราจึงต้องเอาใจใส่เขาดูว่า เขากินยานี้ได้มัย รสชาติต่อเขาเป็นอย่างไร ต้องผสมน้ำหวานหรือเปล่า เพื่อจะให้เขากินยาอย่างสบายขึ้น...บางรายถ้าเราไม่สนใจเขาจะไม่ทานยา พอเราเอายามือต่อไป เขายังวางอยู่ เราจึงต้องเฝ้า ต้องกระตุ้น ต้องคุยจนกว่าเขาจะกิน...”

(กัลยา : พยาบาล)

2.2 ชักถามความต้องการและให้การตอบสนอง พบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย และพยาบาล 3 ใน 5 ราย อธิบายไว้สอดคล้องกันว่า พยาบาลจะเดินมาถามความต้องการของผู้ป่วยอยู่เสมอ และเมื่อพบว่าผู้ป่วยต้องการสิ่งใดก็จะตอบสนองทันที ดังกรณีของชัย ซึ่งรับรู้ตนเองว่าเป็นคนที่เกรงใจและไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เล่าว่ารู้สึกโล่งใจเมื่อพยาบาลเดินมาถาม และทงค์รู้สึกดีใจที่พยาบาลสนใจเอาใจใส่ความต้องการของตนโดยการตอบสนองทันที ส่วนพยาบาลคือทัศนีย์ ให้เหตุผลว่าจะถามความต้องการของผู้ป่วยทุกราย เพราะกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะไม่กล้าบอกให้พยาบาลทราบ

“...บางคน (พยาบาล) เขามีน้ำใจ มาถามอยู่บ้างว่า เป็นอย่างไรบ้าง ต้องการอะไรบ้าง แบบนี้ก็ดีเหมือนกัน เวลาผมมีอะไร ผมก็จะได้ออกเขาไป พยาบาลบางคน เดินผ่านเขาจะถามนะ เขาสนใจ เอาใจใส่คนไข้... ผมรู้สึกสบายใจเวลาพยาบาลมาถาม เพราะจะได้บอกเขาไป ไม่อึดอัดอยู่ว่าจะต้องรอให้มาที่เตียง บางทีพยาบาลเดินไปเดินมาไม่แะมาถาม ผมก็ไม่กล้าเรียก กลัวเขาจะไม่พอใจว่าไปใช้เขา ต้องนั่งคอยว่า เมื่อไหร่เขาจะมาที่ผม มาถามจะได้บอกเขาไป...”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“แต่ก่อนผมเจ็บคางมาก (บริเวณขากรรไกรข้างซ้ายบวมเป็นหนอง) เคี้ยวอาหารไม่ได้เลย กินได้แต่นม น้ำแกงฮวย เขาสั่งข้าวต้มให้แต่ผมกินไม่ได้ ชอบกินข้าวสวย ช่วงหลังๆ พอผ่าตัดแล้ว (ผ่าตัดระบายหนองออก) ผมพอจะอ้าปากได้บ้าง ผมบอกพยาบาลว่าขอข้าวสวยได้มั้ย ผมพอจะเคี้ยวๆ กลืนๆ ได้บ้าง พยาบาลเขาก็ไปเปลี่ยนให้ทันทีเลย วันนั้นก็กินเลย รู้สึกว่า เขา (พยาบาล) เอาใจใส่ดี ผมรู้สึกว่า ผมสบายใจนะที่พยาบาลเขาสนใจเราอย่างนี้”

(ทงศ์ : ผู้ป่วย)

“...ถามความต้องการคนไข้เกือบทุกคนนะ ถามความต้องการเขา...พี่กลัวเขาจะไม่บอก เพราะคนไข้เอดส์ส่วนใหญ่แล้วเขาจะไม่ค่อยพูด เขาจะอยู่เงียบๆ เวลาไปถามบางคนเขาก็บอก บางคนก็ปฏิเสธว่าไม่มีอะไร ...เป็นการดูแลนะเพราะอะไรที่คนไข้เขาไม่รู้ เราเป็นพยาบาลเราก็ต้องบอกเขา...เราต้องสนใจเขา เอาใจใส่เขา ให้เขาได้รู้ว่าพยาบาลไม่ทอดทิ้งเขา...”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

นอกจากนี้เตือนใจได้อธิบายเพิ่มเติมในลักษณะของการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย เพื่อพยาบาลจะได้ให้การช่วยเหลือในปัญหาที่สามารถช่วยได้ หรือเสนอแนะแนวทางในปัญหาที่พยาบาลช่วยเหลือได้ไม่ทั้งหมด และกล่าวยธิบายว่า ภายหลังการช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ต้องประเมินผลที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการติดตามผลการแก้ปัญหา และเพื่อเป็นการประเมินความต้องการและปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นใหม่

“...จะถามเขาว่าอยู่ที่บ้านเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรมั๊ย อยากรู้พื้นฐานของคนไข้ ว่าเขามีปัญหาอะไรมั๊ย เพื่อเราจะได้รู้จุดปัญหาของเขา...อย่างเช่น อาชีพ รายได้ของเขา ครอบครัวของเขา เขาอยู่กับใคร ใครเป็นคนดูแลเขา เพราะเราจะได้ช่วยเหลือเขาได้ อย่างช่วยเหลือไม่ได้ทั้งหมด แต่บางอย่างเราสามารถช่วยเขาได้ ส่งเสริมเขาได้ อย่างเรื่องค่าใช้จ่าย ก็ให้เขาได้สังคมสงเคราะห์”

(เตือนใจ : พยาบาล)

“ต้องประเมินผลว่าคนไข้เป็นอย่างไรบ้าง หายปวดมึน เกิดปัญหาอื่นขึ้นหรือเปล่า...ถามเขาว่า เป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรอีกมึน ต้องการอะไรเพิ่มเติมหรือเปล่า มีอะไรไม่สะดวกสบายบ้าง อยากได้อะไรมึน คับข้องใจเรื่องอะไรบ้าง ตรงนี้จะถามเขา...เป็นการบอกถึงความสนใจ ความเอื้ออาทรว่าปัญหาของเขาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขแล้วยัง แล้วเขามีปัญหาใหม่เกิดขึ้นบ้างหรือเปล่า”

(กัลยา : พยาบาล)

2.3 แวะเวียนมาหาและเฝ้าดู ผู้ป่วย 2 ใน 6 รายเล่าว่า พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ โดยหมั่นเดินมาดู และเฝ้าติดตามอาการของตนอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นสบายใจ ดังที่ณรงค์ซึ่งเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัสและได้รับการรักษาโดยการฉีดยาทางหลอดเลือดดำเล่าว่า มีพยาบาลหลายคนผลัดเปลี่ยนกันเดินมาดูตนเอง และสิดาซึ่งติดเชื้อมีไข้สูงและมีอาการหายใจหอบเหนื่อยจนต้องใช้ออกซิเจน เล่าว่าพยาบาลเดินเวียนมาดูอยู่บ่อยๆ เพราะห่วงใยสิดา

“ส่วนมากพยาบาลเขาจะเดินมาดูอยู่บ่อยๆ เดินมาดูตลอดเลย สัก 10 นาที 15 นาทีเดินมาอีกแล้ว เป็นยังไงบ้าง ปวดหัวมึน แต่จะเปลี่ยนคนนะ มาบ่อยเลยเดี๋ยวคนโน้น เดี๋ยวคนนี้ ทั้งกลางวันกลางคืนเลย บางทีก็เดินมาดู ยืนดูสักพักก็กลับไป พอเขา (พยาบาล) เห็นเรานอนไม่มีอาการอะไรก็กลับไป สักพักก็มาใหม่อีก อย่างนี้ตลอดเวลา... อบอุ่นบอกไม่ถูก รู้สึกดี บอกไม่ได้ว่ารู้สึกยังไง แต่มันจะรู้สึกว่ารอบอุ่นขึ้นมาเลย”

(ณรงค์ : ผู้ป่วย)

“...เดินเวียนมาดูบ่อย เดี๋ยวก็เดินมาดู เดี๋ยวก็เดินมาดู... เดินมาดูอยู่บ่อยๆ เขา (พยาบาล) เป็นห่วง ถามโน้น ถามนี้... เป็นยังไงบ้าง มีอาการอะไรบ้างมึน เหนื่อยมึน กินข้าวได้มึน...พยาบาลเดินมาดู มาถามอยู่บ่อยๆ... มาห่วงใย เราก็อบอุ่น...รู้สึกอบอุ่น...”

(สิดา : ผู้ป่วย)

3. ทัศนคติใจ ห่วงใยความรู้สึก

ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นการถนอมจิตใจ ห่วงใยความรู้สึกผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะคือ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ และไม่ตอกย้ำให้เข้าใจ ดังนี้

3.1 เอาใจเขามาใส่ใจเรา พบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 6 รายและพยาบาล 3 ใน 5 รายอธิบายไว้คล้ายคลึงกันโดย ผู้ป่วยเล่าว่าพยาบาลเข้าใจความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

และเชื่อว่าปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นความจริงตามที่ผู้ป่วยบอก สำหรับพยาบาล อธิบายไว้ในลักษณะของการคำนึงถึงจิตใจของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับความรู้สึกของตนเอง และจะพยายามทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือไม่ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเพราะคิดว่าสิ่งนั้นถ้าตนเองเป็นผู้ป่วยก็มีความรู้สึกเดียวกัน ดังเช่น เสรี ซึ่งเล่าว่าการบอกเล่าถึงอาการปวดศีรษะที่ตนเองรู้สึกทรมานมาก มีพยาบาลบางคนให้ความสนใจรับฟังและเข้าใจว่าเป็นความจริง ส่วนกัลยา ซึ่งพยายามจัดการให้ผู้ป่วยรายหนึ่งที่รอคอยการกลับบ้านจนได้กลับ เพราะคิดว่าถ้าตนเองเป็นผู้ป่วยก็คงกังวลมากกับการรอคอย ดังคำบอกเล่าจากเสรีและกัลยาว่า

“บางคน (พยาบาล) เขาให้ยาพารา (พาราเซตามอล) ก็จริง แต่ว่าเขาบอกว่าเขารู้ว่าผมปวดหัวมาก เขาเข้าใจว่าเราปวดมาก ทรมานเพราะเขาก็เคยปวดเหมือนกัน แต่หมอไม่ได้สั่งยาอื่นให้เขาก็ไม่รู้จะทำอะไร รู้สึกว่าเขา (พยาบาล) เข้าใจ เขาเชื่อว่าผมพูดจริง เขาอยากจะช่วยให้ผมหายปวด แต่หมอไม่ได้สั่งยาเขาก็ให้ไม่ได้ บางคน (พยาบาล) ไม่ใช่พูดอะไรหาว่าผมไม่ปวดจริง ๆ... อย่างน้อยยังมีคนเข้าใจและเชื่อเราบ้าง พยาบาลเขาเข้าใจ คำพูดของเรายังมีความหมาย พูดแล้วพยาบาลเขายังรับฟัง ยังเชื่อเรา แค่นี้ก็สบายใจ อบอุ่นใจมากแล้ว... ยังเชื่อที่เราพูดไม่ใช่พอเราบอกว่าปวดแล้วไม่เชื่อเหมือนพยาบาลบางคน”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“ในห้องแยกมีคนไข้เอดส์อยู่ที่อาการพอจะกลับบ้านได้ แต่หมอยังไม่ให้กลับ เพราะคนไข้มีประวัติไม่กินยาวัณโรค กินไม่ครบทุกครั้ง...คนไข้ก็รอกลับบ้านอยู่ในห้องพอเข้าไป เขาก็ถามว่าหมอจะมาเมื่อไหร่ พี่ก็บอกว่าเดี๋ยวมา...คนไข้ก็รออยู่ พอถึงเวลาเอายาไปให้กินคนไข้เขาบอกว่า อยากกลับบ้าน เขารอหมอยู่ว่าจะมาเมื่อไหร่...ทำงานไปก็คิดไปว่าคนไข้อยากกลับบ้านแล้วเพราะอาการเขาดีขึ้น อยู่คนเดียวในห้องญาติก็ไม่มีและญาติก็ไม่รู้ว่าคนไข้หายไปไหน...ขณะทำงานไปพอหันกลับไปดูเห็นเขานั่งชะเง้อมองทางกระจก แต่ก็ไม่เรียกได้แต่นั่งคอย...เข้าใจความรู้สึกคนไข้ว่าการที่เขาต้องคอยโดยไม่รู้ว่าจะได้กลับหรือเปล่า และจะได้กลับเมื่อไหร่ คอยโดยไม่ได้อะไรเลย จะได้กลับหรือไม่ได้กลับก็ให้ไม่รู้...ถ้าเราเป็นเขาแล้วพยาบาลปล่อยให้เรารอโดยไม่บอกอะไรเราก็รู้สึกกังวลมากเหมือนกัน...ก็เลยพยายามหาคนอื่นมาจัดการงานข้างนอกแทน แล้วพี่ไปติดต่อเรื่องให้คนไข้กลับบ้าน คอยติดต่อกันอยู่นานจนเขาได้กลับ...”

(กัลยา : พยาบาล)

3.2 ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันว่าการเป็นโรคเอดส์มักเป็นที่รังเกียจของบุคคลรอบข้าง จึงพยายามปกปิดสภาพการติดเชื้อของผู้ป่วย ดังคำอธิบายของผู้ป่วยและพยาบาลใน 2 ลักษณะคือ ไม่แพร่พรายให้ใครรู้และไม่ปฏิบัติให้แตกต่างจากคนอื่น ดังนี้

3.2.1 ไม่แพร่พรายให้ใครรู้ พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย และพยาบาล 3 ใน 5 ราย อธิบายตรงกันว่าขณะที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กัน พยาบาลไม่ใช้คำพูดใดๆ ที่สื่อให้บุคคลรอบข้างรู้หรือได้ยินว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือ เสรี ซึ่งรู้สึกโล่งใจเมื่อพยาบาลไม่พูดคำว่าเอดส์ให้บุคคลอื่นๆ ได้ยินและพยาบาลคือ เตือนใจ ซึ่งจะหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงคำว่า เอดส์หรือเอชไอวีขณะพูดคุยกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อไม่ให้บุคคลรอบข้างได้ยิน

“...เขา (พยาบาล) ไม่ถามนะว่าติดเอดส์มาจากไหน รู้สึกสบายใจที่เขาไม่ถาม เพราะบางทีคนรอบข้าง ข้างเตียงมาก มานั่งกันอยู่หลายคนแถวๆ นี้ (ข้างเตียง) ถ้าพยาบาลมาถามเดี๋ยวได้ยินกันหลายคน เดี่ยวเขาจะไปพูดต่อๆ กันว่า ผมเป็นเอดส์ เขา (บุคคลรอบข้าง) อาจจะรังเกียจไม่พูดกับผมก็ได้... เขา (พยาบาล) ไม่ทำให้เราต้องอายคนอื่น... แรกๆ ก็หวาดเสียวเหมือนกัน เขาถามอาการว่าเป็นยังไงบ้าง แต่เขาไม่ถามเรื่องเอดส์... วันก่อนผมนั่งดูทีวีกับเตียงโน้นเขาชี้ให้ผมดูคนไข้ที่เดินผ่านว่าคนเป็นเอดส์ ตอนนั้นผมนั่งอยู่กับเขา แต่เขาไม่รู้ว่ามีผมก็เป็นเอดส์เหมือนกัน หวาดเสียวเหมือนกันกลัวเขาจะรู้ว่าผมก็เป็น เดี่ยวเขาจะไม่พูดกับผม”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“คนไข้เขาไม่ยอมให้คนอื่นรู้ว่าเขาเป็น (เป็นโรคเอดส์) พอเรารู้แบบนี้ เรามาทำงานเราจะพูดอะไรกับคนไข้เราก็จะหวังว่าคนอื่นจะได้ยิน สงสารเขาเนาะว่าคนอื่นรู้ว่าเขาเป็นเดี๋ยวเขาจะโดนรังเกียจ... เขาก็คงกลัวคนอื่นจะรังเกียจเหมือนกัน เพราะคนไม่ค่อยรู้ว่าเอดส์มันเป็นอย่างไรกันแน่. ชาวบ้านเขาก็กลัวเขาก็รังเกียจอยู่แล้ว...คนไข้เนะเท่าที่เห็นพอญาติรู้ว่ามันเป็นเอดส์ก็หายกันไปหมด...เวลาเราพูดกับคนไข้ เราจะพูดเลี่ยงไม่พูดกับเขาตรงๆ ว่าเขาเป็นเอดส์ แต่จะพูดคำอื่นแทน พูดเลี่ยง เช่น เขามาด้วยเรื่องปอดก็จะพูดเรื่องโรคปอดแทน แต่คำว่าเอดส์คำว่าติดเชื้อเอชไอวีจะไม่พูด ถ้าจะคุยเรื่องส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ก็จะดูว่ามีใครอยู่บริเวณนั้น เดี๋ยวข้างมีคนไข้อยู่ มีใครอยู่หรือเปล่า แต่ถ้าจะคุยเรื่องโรคก็จะคุยเลี่ยงๆ ไปตามปัญหาที่เขา...เคยถามเขาว่าติดเชื้อนี้รู้มั๊ยว่าติดเชื้ออะไร เขาก็จะบอกว่า เลือดผลบวก แต่เขาจะไม่พูดตรงๆ ว่าเชื้อเอชไอวี...เขาจะไม่พูดคำว่าเอดส์ เพราะมีคนอยู่รอบๆ รู้ว่าเขาไม่ยอมให้ใครรู้...”

(เตือนใจ : พยาบาล)

3.2.2 ไม่ปฏิบัติให้แตกต่างจากคนอื่น พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย และพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายตรงกันว่าพฤติกรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วยเอดส์ในขณะให้การพยาบาล หรือเข้ามาหาผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมใดๆ จะไม่แตกต่างกับผู้ป่วยโรคอื่น ทั้งนี้เพื่อไม่ให้บุคคลรอบข้างสังเกตได้ถึงความแตกต่าง หรือความผิดปกติของพฤติกรรมที่จะทำให้บุคคลรอบข้างเกิดความสงสัยและแปลความได้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคเอดส์ ดังคำอธิบายของผู้ป่วยและพยาบาลว่า

“...คนทั่วไปใครเห็นก็ไม่คิดสังเกต เพราะพยาบาลมาทำให้เราเขาไม่ใส่ถุงมือ แต่ถ้าพยาบาลมาหาเราแล้วใส่ถุงมือคนที่เขาเห็น เขาก็จะรู้ว่าเป็นเอดส์แน่ๆ...ผมเป็นเมื่อดตามตัวคนก็สงสัยอยู่แล้ว แต่ถ้าพยาบาลไม่พูดให้ใครได้ยิน ไม่ใส่ถุงมือคนเขาก็ไม่รู้ว่าผมเป็นเอดส์... เวลาพยาบาลที่เราเหมือนกับไปที่คนอื่น คนที่เขามาเห็นเขาก็รู้ว่าผมไม่ใช่คนเป็นโรคเอดส์ แต่ถ้ามาที่ผมใส่ถุงมือมา พอไปทำให้เตียงอื่นก็ไม่ใส่ถุงมือ มันจะแตกต่างคนดูก็ดูออกว่าคนนี่ต้องเป็นเอดส์...”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“...จะทำอะไรกับคนไข้ หรือแค่จับตัวก็ใส่ถุงมือครบครันเห็นชัดเจน แสดงออกจนเห็นความแตกต่างจากการทำกับคนไข้คนอื่น ๆ อย่างชัดเจน ถ้าอย่างนี้เวลาคนอื่นเห็น หรือญาติเตียงอื่นเห็นเขาก็จะเกิดความสงสัย แต่พี่จะไม่แสดงออกอะไรที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ เช่น ไม่ใส่ถุงมือเวลาจับตัวเขา ไปคุยกับเขา ไปจับชีพจร พูดคุยกับเขาก็จับตัวเขา...คนไข้เขาก็จะรู้ว่าเขาไม่แตกต่างจากคนอื่น ๆ จะทำให้เขาอยู่โรงพยาบาลอย่างสบายใจไม่ี้อึดอัด ไม่คับข้องใจอยู่ว่าใครจะรังเกียจเขา”

(กัลยา : พยาบาล)

3.3 ไม่ตอกย้ำให้ซ้ำใจ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายตรงกันว่า พยาบาลไม่แสดงพฤติกรรมใดๆ ที่เป็นการทำร้ายจิตใจหรือกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย โดยอธิบายใน 2 ลักษณะคือ ไม่ซ้ำเติมที่เป็นเอดส์ และไม่พูดย้ำคำว่าเอดส์ ดังนี้

3.3.1 ไม่ซ้ำเติมที่เป็นเอดส์ พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย และพยาบาล 3 ใน 5 ราย อธิบายไว้คล้ายคลึงกัน โดยผู้ป่วยอธิบายว่า พยาบาลได้เข้ามาพูดคุยและอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเป็นเอดส์ไม่ได้หมายถึงการเป็นคนไม่ดี แต่โรคนี้เกิดขึ้นได้กับคนทุกชนชั้นของสังคม เช่นเดียวกับพยาบาลที่เล่าว่า จะไม่แสดงออกให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกถูกซ้ำเติมทั้งทางคำพูดและการกระทำ และพยายามยับยั้งพฤติกรรมของบุคลากรอื่นๆ ที่กล่าวถึงผู้ป่วยในแง่ลบ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยและพยาบาลว่า

“พยาบาลเขามาพูดมากับผม มาบอกว่าโรคเอดส์ก็เป็นกันได้กับทุกคน คนที่...(บรรยายลักษณะพยาบาล) เขาก็บอกว่า เดี่ยวนี้เขาก็เป็นกันเยอะเยอะ เราไม่ใช่คนแปลกแต่เหมือนกับคนอื่น ๆ ประเทศไทยเขาติดเชื้อเอชไอวีกันเป็นล้านแล้ว มีเยอะเยอะข้าราชการคนเป็นใหญ่เป็นโต เขาก็เป็นกัน... สบายใจขึ้นอย่างน้อยเราก็นึกว่ายังมีคน (พยาบาล) เข้าใจว่าคนที่เอดส์ไม่ใช่คนไม่ดี ใครๆ ก็เป็นกันได้ เขา (พยาบาล) มีความรู้สึกที่ดีกับเราไม่รังเกียจว่าคนเป็นเอดส์น่ารังเกียจ เป็นคนไม่ดี”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“...การพูดจาหรือการพูดถึงคนไข้ อย่างเช่นว่า ไม่น่าจะเห็นสงสารเลยโรคไปหามาเอง อะไรทำนองนี้ในความรู้สึกพี่เหมือนไปซ้ำเติมเขาอะ...เขา (บุคลากรอื่นๆ) ไม่ควรพูด จะแนะนำเขาว่าอย่าพูดให้คนไข้ได้ยิน มันไม่ดี เพราะไม่มีใครอยากเป็น ถ้าคนไข้รู้ว่าเจ้าหน้าที่พูดอย่างนี้กับเขา เขาจะเสียใจ และมันก็ไม่ดีด้วยที่ไปซ้ำเติมเขาอย่างนั้น...มันน่าจะมีความเห็นอกเห็นใจคนไข้มากกว่าที่จะซ้ำเติมเขา พี่ไม่พูดและไม่เคยคิดที่จะซ้ำเติมเขาเลย แต่คิดว่ามันเป็นความโชคร้ายของเขามากกว่า...ไม่เคยคิดสมน้ำหน้าคนไข้เลยที่เขาเป็นเอดส์...”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

3.3.2 ไม่พูดย่ำคำว่าเอดส์ นอกจากการไม่ซ้ำเติมผู้ป่วยแล้วพบว่า พยาบาล 1 ใน 5 ราย เล่าว่าในการสนทนากับผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจะไม่เอ่ยถึงคำว่า เอดส์ เพราะไม่ต้องการให้กระทบความรู้สึกหรือตอกย้ำความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วย ดังที่พยาบาลรายนี้คือจิราพร ซึ่งไม่พูดคำว่าเอดส์กับผู้ป่วยเพราะมีเหตุผลและความรู้สึกที่

“...เวลาพูดกับคนไข้ที่เขารู้แล้วจะไม่พูดว่าคุณเป็นเอดส์ แต่จะพูดแต่คุณเป็นโรคนี้ละ มันเอ่ยไม่ได้ เพราะเราไม่อยากเอ่ยคำนี้ออกมาให้ไปสะกิดใจเขา ไม่อยากให้คำว่าเอดส์ไปกระทบความรู้สึกของเขา เพราะเราไม่แน่ใจว่า คำว่าเอดส์จะทำร้ายความรู้สึกเขาแค่ไหน เขาได้ยินแล้วเขาจะรู้สึกอะไรขึ้นมาหรือเปล่าเราไม่รู้ บางทีช่วงเวลานั้นคนไข้เขาอาจจะไม่ได้คิดถึงโรคของเขา แต่ถ้าเราไปพูดเขาก็จะคิดขึ้นมาได้ เขารู้อยู่แล้วว่าเขาเป็น เราก็ไม่จำเป็นต้องไปตอกย้ำให้เขาเจ็บปวดเข้าไปอีก และคำว่าเอดส์ฟังแล้วไม่น่ารื่นรมย์เลย ไม่มีใครอยากได้ยิน ยิ่งคนที่เป็นอยู่แล้ว เขาก็ยังไม่อยากได้ยิน แต่อยากจะลืมมันไปด้วยซ้ำ”

(จิราพร : พยาบาล)

สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิต

นอกจากการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและให้ความอบอุ่นใจ ไม่ให้โดดเดี่ยวแล้ว ผู้ป่วยและพยาบาลยังให้ความหมายว่า การดูแลเป็นการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ด้วยการแสดงออกถึงการพยายามทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยไม่รู้สึกรำคาญ หมดหวังกับการเป็นโรคเอดส์ หรือติดเชื้อเอชไอวี ดังคำอธิบายของผู้ป่วย และพยาบาลบางรายว่า

“...เขา (พยาบาล) ให้กำลังใจมาพูดมาคุยดี ให้กำลังใจอะไรดี บางคนเขาก็มาคุยเล่นอะไรดี...มาพูดเล่นสนทนาสนมได้ ถูกเนื้อถูกตัวดี... ไม่รังเกียจว่าเราเป็นเอดส์ รู้สึกสบายใจ มีกำลังใจ...บางคนเขาให้กำลังใจ มาทำให้เราสบายใจขึ้น เหมือนเขารู้ว่า ผมนึกมาก ผมไม่สบายใจ เขาก็มาพูดให้กำลังใจ...”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“พยาบาลเขาพูดดี พูดเพราะ ไม่รังเกียจว่าเราเป็นเอดส์ก็ดีมากแล้ว เรามีกำลังใจมากแล้ว ทำให้เราสบายใจ มีกำลังใจขึ้น... เกิดพลังขึ้นว่า เราจะต้องอยู่ต่อไป ในชีวิตเราไม่ได้มีคนรังเกียจเราหมดทุกคน ยังมีคนที่ดีกับเรา...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“...พูดคุยกับเขา พูดให้เขาเกิดกำลังใจ ...จะพยายามให้กำลังใจเขาตลอด..เข้าไปพูดคุย พูดอะไรที่ทำให้เขามีความหวัง มีกำลังใจขึ้น... การที่เราทำให้เขาเต็มใจ ทำด้วยความเต็มใจ ไม่รังเกียจ เขาจะเกิดกำลังใจขึ้นแล้ว... พูดให้ญาติยอมรับแล้วเขาจะอยู่กับคนไข้ต่อไป คนไข้ก็จะมีกำลังใจที่จะอยู่ต่อไป ...เมื่อเขาเกิดกำลังใจแล้วคนไข้เขาก็จะสู้กับโรคต่อไป พยายามดูแลตัวเองดีๆ เพื่อให้ตัวเขาเองสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้ เขาจะไม่ยอมแพ้ ไม่ท้อแท้ที่เป็นโรคนี้...”

(จิราพร : พยาบาล)

จากการให้ความหมายการดูแลในลักษณะสร้างกำลังใจให้สู้ชีวิต ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายถึงพฤติกรรมการดูแลไว้ 2 ลักษณะคือ เยียวยารักษาใจและปลุกสร้างพลังใจ ดังนี้

1. เยียวยารักษาใจ

ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไวต่อปฏิกิริยาของบุคคลอื่น และท้อแท้ได้ง่าย ดังนั้นการที่พยาบาลไม่แสดงความรังเกียจ และพยายามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ คลายเครียด จึงเปรียบเสมือนการเยียวยารักษาจิตใจผู้ป่วยให้กลับมามีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่อไป ดังที่ผู้ป่วยและพยาบาลได้อธิบายไว้ 2 ลักษณะคือ ไม่รังเกียจและให้อาหารใจ ดังนี้

1.1 ไม่รังเกียจ พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่า พยาบาลไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วย โดยอ้างอิงถึงพฤติกรรมของพยาบาล 3 ลักษณะคือ อยู่ใกล้และสัมผัสมือเปล่า เต็มใจให้ความช่วยเหลือและเป็นกันเองไม่ถือตัว ดังนี้

1.1.1 อยู่ใกล้และสัมผัสมือเปล่า พบว่าผู้ป่วย 5 ใน 6 รายและพยาบาลทั้ง 5 ราย อธิบายตรงกันว่า พยาบาลสัมผัสร่างกายผู้ป่วยโดยไม่สวมถุงมือหรือเข้าใกล้ขีดร่างกายผู้ป่วย ซึ่งเป็นการไม่แสดงความรังเกียจ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือ พิมล ซึ่งถูกญาติรังเกียจและทอดทิ้งแล้วว่า พยาบาลเข้ามาสัมผัส และพูดคุยโดยไม่สวมถุงมือ ในขณะเดียวกัน สีดาซึ่งได้รับการสัมผัสจากพยาบาล เล่าว่าเป็นความรู้สึกที่แตกต่างจากครอบครัวที่ไม่เคยสัมผัสและเข้าใกล้สีดาเลย และพยาบาลคือ ทศนีย์และเตือนใจเล่าว่าจะพยายามสัมผัสร่างกายผู้ป่วย โดยไม่สวมถุงมือถ้าไม่มีสิ่งกีดขวางทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลไม่รังเกียจ

“เข้ามาหาเรามือเปล่า มาจับตัวมาลูบหลังให้โดยไม่ต้องสวมถุงมือเขาก็ทำได้...เขาไม่ได้ปิดปากปิดจมูก...เวลาพูดก็มายืนใกล้ๆ อยู่ข้างเตียงติดเตียงเลย จับเนื้อตัว...ความรู้สึกเราเปลี่ยนแปลงไปจากที่เรารู้สึกท้อแท้ หดหู่ เราก็สบายใจขึ้น... อาการเจ็บป่วยอยู่ย่นหายเร็วขึ้น เราสบายใจ รู้สึกอบอุ่น เกิดพลังใจที่จะต่อสู้กับโรคนี้ (โรคเอดส์) ต่อไป สำหรับพี่พลังใจดีที่สุด ย่าอื่นๆ ก็ช่วยเราไม่ได้ รู้ๆ อยู่ว่าไม่มียารักษาเราอยู่เพื่อรอวันตาย แต่กำลังใจทำให้เรามีแรงสู้...แต่ถ้าพยาบาลเขารังเกียจ ไปยืนพูดกับเราไกลสัก 3 วา เราก็ไม่สบายใจแล้ว เขาคงรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ ทั้งๆ ที่เขารู้ว่าโรคเอดส์ไม่ได้ติดต่อกันง่ายๆ”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“...เขา (พยาบาล) จับตัวเรา และเข้ามาหาเรา เขาก็จับตัว จับแขน มาคลำที่ท้อง บางคนถุงมือก็ไม่ใส่ แต่ถ้าคนที่รังเกียจเขาจะไม่จับตัวเราเลย มาพูด มาคุยก็จะยินยอมๆ ไม่จับตัว...แต่พยาบาลหลายคนเขาไม่รังเกียจดีกว่าญาติของเรา เขา (ญาติ) รังเกียจไม่กล้าเข้าใกล้เราเลย อ้อมหลานเขาก็ไม่ให้อ้อม...แต่พยาบาลเขาไม่รังเกียจเราเลย...สบายใจ ชื่นใจ แค่นี้ก็ดีมากแล้ว จิตใจเป็นสุขพอแล้ว...”

(สีดา : ผู้ป่วย)

“...ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ไม่ไปเจาะเลือดหรือไม่ทำอะไรที่มีสิ่งกีดขวางมากๆ ก็จะไม่ใส่ถุงมือ และก็จะลูบจะจับตัวคนไข้...พี่รู้สึกว่าใส่ถุงมือมันทำให้รู้สึกห่างเหินระหว่างพยาบาลกับคนไข้ และอีกอย่างคนไข้เขารู้สึกอยู่แล้วว่าพยาบาลจะรังเกียจเขาหรือเปล่า แล้วเราไปใส่ถุงมือทุกครั้งที่จะทำอะไรให้กับคนไข้ แม้แต่หยิบทิชชู วัดไข้ก็ใส่ไปหมด พี่ทำอย่างนี้ (ไม่สวมถุงมือ) เพื่อให้คนไข้เขารู้สึกว่าไม่รังเกียจเขาอะ”

(ทศนีย์ : พยาบาล)

“...บางอย่างเราก็ไม่จำเป็นต้องใส่ถุงมือซะทุกอย่าง... อย่างเราเข้าไปคุยกับเขา (ผู้ป่วย) จับแขน จับมือ เราก็จับไม่ใส่ถุงมือ เพราะเราอยากให้เขารู้ว่าเราไม่ได้รังเกียจเขา ...จับมือเปล่า เขาก็รู้สึกได้แหละว่า เออ. พยาบาลจับเขามือเปล่าได้ เนี่ยไม่รังเกียจเขาละ... บางทียกคนไข้ก็ไม่ใส่ถุงมือ... (ผู้ป่วย) บางคนจะรู้เลยว่าเขามอง เอ๊ะทำไมพยาบาลไม่ใส่ถุงมือ เขาก็รู้ว่าเราไม่รังเกียจเขา...”

(เตือนใจ : พยาบาล)

1.1.2 เต็มใจให้ความช่วยเหลือ เป็นการดูแลที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายไว้ใน 2 ลักษณะคือ เต็มใจทำ และเต็มใจรับฟัง ตั้งใจพูด ดังนี้

เต็มใจทำ ผู้ป่วย 5 ใน 6 ราย และพยาบาล 3 ใน 5 ราย อธิบายไว้ตรงกันว่า พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยทุกอย่างด้วยความเต็มใจ โดยไม่แสดงความรู้สึกหงุดหงิด ไม่ข่มขู่ และไม่รังเกียจว่าผู้ป่วยเป็นเอดส์ ดังเช่นผู้ป่วยคือ ชัย บอกว่าตนเอง ไม่กล้าขอความช่วยเหลือพยาบาลถ้าไม่จำเป็นจริงๆ หรือสิ่งนั้นสามารถรอได้ และบางอย่างชัยรู้สึกว่าเป็นการรบกวนพยาบาลมากเกินไป แต่เมื่อพยาบาลเต็มใจทำให้ ชัยจึงรู้สึกว่าจิตใจชุ่มชื้น สบายใจขึ้น หรือในกรณีของเสรี ที่รู้สึกว่าการเป็นเอดส์รักษาไปก็สูญเปล่า และรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระให้พยาบาล แต่เมื่อพยาบาลยิ้มและทักทาย หรือเข้ามาพูดคุย ก็แสดงว่าพยาบาลเต็มใจช่วยเหลือ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลเล่าว่า ทำทางที่นุ่มนวล ไม่เร่งรีบ และยิ้มแย้มแจ่มใสขณะทำ เป็นการบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลมีความเต็มใจทำให้ผู้ป่วย

“ขอช่วยอะไร เขา (พยาบาล) ก็ทำให้ดี ไม่ข่มเหงทำ...ขอช่วยเขาหยิบน้ำให้เวลาเขาเอายามาให้กิน เขาก็หยิบให้ดี ไม่บ่นไม่ขู่ ไม่ทำหยาบ พูดดี เอาอะไรมีย (พูดเสียงนุ่มๆ ลากเสียงยาวๆ)...เวลาผมทำอะไรไม่ได้ ผมจำเป็นต้องขอช่วยพยาบาล ผมก็เกรงใจอยู่แล้ว เขามาทำให้ดี ไม่ข่มเหง ผมก็สบายใจ...ไม่ทำให้เราน้อยใจว่าไม่ยากดูแล ยังมีค่าเหลืออยู่ ยังเป็นคนไข้ของเขาเหมือนกัน เขายังให้ความสำคัญกับเราบ้าง ใจมันก็ชุ่มชื้นแล้ว ไม่น้อยใจ”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“... (พยาบาล) มาพูด มาคุย เวลามาฉีดยา มาเจาะเลือดก็ถามไปเรื่อย กินข้าวได้มัย ปวดหัวมัย... บางคนเดินผ่านก็หันมามีย รู้สึกว่าเขาใจดีต้อนรับ เขาเต็มใจให้เรามานอนโรงพยาบาล ไม่คิดว่าเรามาเป็นภาระ มาทำให้ยุ่ง... คนไข้เอดส์รักษาไปก็ไม่มีประโยชน์มันต้องตายอยู่แล้ว บางทีผมกลัวเหมือนกันว่าพยาบาลเขาจะรู้สึกว่า เราเป็นภาระเพิ่มขึ้นสำหรับเขาบ้างมัย รักษาอย่างงั้นมันก็ไม่หาย ดีขึ้นเล็กน้อย กลับไปอยู่บ้านได้ไม่นานก็กลับมาอีก แต่พอพยาบาลเขาเห็นเรามา เขายิ้มเรา จะรู้สึกสบายใจ”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“ลักษณะท่าทางของเราด้วยเวลาเราไปทำอะไรให้กับคนไข้...ไปหาเขาหรือไปคุยอะไรกับเขาก็แล้วแต่ ก่อนข้างจะเป็นแบบนุ่มนวล ไม่เร่งรีบ ทำอะไรให้เขาเบาๆ วางอะไรก็เบาๆ ...คำพูดที่พูดกับคนไข้ก็แบบเสียงนุ่มๆ จะไม่พูดขาดๆ เสียงแข็งๆ...เวลาพูดสีหน้าก็จะไม่ปึงตึงเหมือนไปโกรธใครเขามา... เพื่อไม่ให้คนไข้เขาเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เหมือนกับว่าพยาบาลเต็มใจทำให้เขา...”

(เต็มดวง : พยาบาล)

เต็มใจรับฟัง ตั้งใจพูด พยาบาล 1 ใน 5 ราย เล่าว่านอกจากการแสดงให้เห็นผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเต็มใจทำให้ผู้ป่วยแล้ว การเต็มใจให้ความช่วยเหลือ ยังแสดงออกได้ด้วยการ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และตั้งใจพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลเต็มใจและสนใจอยู่กับผู้ป่วยในขณะนั้น ดังคำบอกเล่าของกัลยา

“...คำพูดสักคำ ทำที่สักอย่าง คนไข้เอดส์เขาก็จะรู้ว่าเป็นการดูแลแล้ว เช่น ทำที่ว่าเราสนใจคนไข้ใส่ใจเขา อย่างเวลาคนไข้พูดเราก็ตั่งใจฟังเขา ไม่ใช่พูดกับคนไข้แต่มองไปที่อื่น หรือถามเขา แต่ไม่ฟังคนไข้พูดเลย ไม่มองไม่สนใจ แต่เราต้องสนใจฟังในสิ่งที่คนไข้พูด มองเขา สบตาเขา ตั้งใจฟังเขา หรือคำพูดก็แล้วแต่ เช่น พูดพลอบใจ พูดคุยซักถามอาการ หรือแนะนำการปฏิบัติตัวก็แล้วแต่ เวลาพูดเราจะตั้งใจพูดกับเขา คำพูดมันจะรวมอยู่ในท่าที เวลาพูดกับเขา หน้าตา แววตาก็ต้องอยู่กับเขาคนนั้น ไม่ใช่หันไปมองคนอื่นหรือไม่มองหน้าเวลาพูด”

(กัลยา : พยาบาล)

1.1.3 เป็นกันเองไม่ถือตัว ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายถึงพฤติกรรมของพยาบาลที่ให้ความสนิทสนมและใกล้ชิดผู้ป่วยโดยไม่แบ่งแยกฐานะของความเป็นผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความไม่รังเกียจ ดังเช่นคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือ ทนงค์ เล่าว่าการได้พูดคุย กับพยาบาลช่วยให้ลืมความเครียด และความเจ็บป่วย และชี้เล่าว่าพยาบาลเข้ามาพูดคุยอย่างใกล้ชิด และบางครั้งมาพูดคุยกับตนครั้งละนานๆ โดยไม่รังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและลืมความทุกข์จนหมดสิ้น ส่วนพยาบาลคือ เต็มดวง ซึ่งได้พูดคุยหยอกเล่นกับผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และตามลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดช่องว่างและความห่างเหินของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

“บางคนตื่นเช้าเขาก็เข้ามาถาม มาทักทาย เมื่อคืนนอนหลับมั้ย บางคืนนอนไม่หลับผมก็บอกว่าไม่หลับ เขา (พยาบาล) ก็จะถามผมว่าทำไมถึงนอนไม่หลับ ผมก็บอกว่า ไม่ได้ปิดตา พยาบาลเขาก็หัวเราะ พูดเล่นกับผมได้...รู้สึกสุขภาพจิตดีขึ้น พยาบาลไม่ถือตัว พูดเล่นได้ หัวเราะได้ เป็นกันเอง...จิตใจเราก็อะไรจะร่าเริง เบิกบานใจ...”

บางครั้งพูดคุยเรื่องสนุก เขากถามผมว่าอยู่ที่บ้านผมทำอะไร ผมก็บอกว่าตัดผ้า เขาก็บอกว่า ถ้าเขาไปตัดต้องลด 50 เปอร์เซ็นต์หรือไม่คิดค่าตัดได้มัย ผมก็บอกว่าได้ ผมคิดค่าเสียเวลาก็แล้วกัน...ได้พูดคุยอย่างนี้ทำให้ผมไม่เครียด เพราะถ้านอนอยู่คนเดียว ผมจะคิดมากเรื่องเจ็บป่วย มีหลายคนที่เขามาพูดกับผม...ได้พูดได้คุยมันก็เพลินไป ไม่เบื่อโรงพยาบาล มีแต่นั่งๆ นอนๆ กว่าจะผ่านไปวันๆ คื่นๆ นานมาก ได้พูดคุยบ้างมันก็ไม่เบื่อ รู้สึกเวลามันผ่านไปเร็วขึ้น”

(ทงค์ : ผู้ป่วย)

“... (พยาบาล) เข้ามาพูด มาคุย มายืมมาหัวเราะบ้าง ผมว่าอัญญาศัยดี...(เอ่ยชื่อพยาบาล) มานั่งคุยที่เตียงนานๆ เลย คุยไปเรื่อยๆ กินข้าวได้มัย...มายืนอยู่ข้างเตียง ไม่ถือตัวเลย... ไม่ถือตัวว่าเขาเป็นพยาบาล เราแค่คนไข้... ไม่รังเกียจว่าเราแค่คนไข้ธรรมดาๆ ไม่มีความรู้ ทำงานไม่ใช่ดี ไม่มียศ ไม่มีตำแหน่ง รู้สึกชื่นใจ ปลื้มใจที่ยังมีคนดีกับเรา ไม่รังเกียจ เป็นกันเองกับเรา จิตใจเราก็จะรู้สึกสบาย สบายใจ ความทุกข์ความไม่สบายใจไปหมด สิ่งไหนที่ไม่สบายใจมันก็ลืมไปหมดไม่เก็บมาคิด... รู้สึกว่าร่างกายมันจะไม่อ่อนแอ รู้สึกมีแรง สดชื่นขึ้นมาก แต่ถ้าไม่สบายใจ คิดมาก เราจะรู้สึกว่าร่างกายมันก็ไม่มีแรง เหมือนกับเพลียหมด กำลังใจก็ไม่เหลือ”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“...บางครั้งก็พูดหยอกเล่นกับคนไข้ หยอกอะไรเขาไปบ้างเหมือนกันเวลาไปหาเขา หรือไปทำอะไรให้เขาพูดเล่นๆ แล้วแต่สถานการณ์ระหว่างเรากับคนไข้ ตามสถานการณ์มันพาไป แต่ละคนไม่เหมือนกัน ...อย่างนี้จะรู้สึกว่าเขาสนิทกับเรามากขึ้น มีอะไรเขาก็จะบอกเรา เพราะมันจะไม่มีความหวงระหว่งคนไข้กับพยาบาล มันจะลดช่องว่างเพราะพูดเล่นกัน หยอกเล่นกันมันจะสนิทสนมกว่า ไม่เป็นพิธีการจนเกินไป บางครั้งคนไข้กับพยาบาลจะมีช่องว่างมากเกินไป มันจะรู้สึกห่างเหินกับคนไข้มากเกินไป การที่ไปหยอกเล่นเขาบ้าง มันจะเพิ่มความสนิทสนมเป็นกันเอง...ให้ความเป็นกันเอง...”

(เต็มดวง : พยาบาล)

1.2 ให้อาหารใจ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันถึงการแสดงออกของพยาบาลที่เป็นเสมือนอาหารของจิตใจผู้ป่วยใน 2 ลักษณะคือ พูดจาไพเราะอ่อนหวานและท่าทางสุภาพ นุ่มนวล ดังคำอธิบายต่อไปนี้

1.2.1 พูดจาไพเราะอ่อนหวาน ผู้ป่วย 4 ใน 6 ราย และพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายไว้สอดคล้องกันว่า เมื่อพยาบาลพูดจาไพเราะ อ่อนหวาน ไม่สั่งให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ตาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจในภาวะที่เจ็บป่วย ดังเช่นกรณีของชัย รู้สึกว่าการพูดจาที่ไพเราะของพยาบาลบางคนเป็นเสมือนอาหารที่หล่อเลี้ยงจิตใจของผู้ป่วยให้กลับมามีชีวิตชีวา และ

พ้นหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น และมีพลังในการต่อสู้กับชีวิตที่อยู่คู่กับโรคเอดส์ต่อไปได้ และทงศ์ซึ่งรับรู้ว่ายาบาลไม่สั่งให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม แต่เป็นเชิงขอร้อง ทำให้ทงศ์รู้สึกสบายใจ ส่วนยาบาลคือจิราพร ซึ่งปกติจะพูดคุยกันในกลุ่มยาบาลด้วยเสียงค่อนข้างดัง แต่เมื่อพูดคุยกับผู้ป่วยต้องปรับเสียงให้เบาลง และนุ่มนวลขึ้น

“...เขา (ยาบาล) จะพูดดี เสียงหวาน เป็นอย่างไรบ้าง (พูดเสียงนุ่ม ลากเสียงยาวๆ) ฟังแล้วรู้สึกชื่นใจ...พูดเพราะมันจะทำให้สบายใจมากเลย อาการปวดหัวมันไม่ค่อยมี มันจะรู้สึกเบาลง อาการของเรามันจะรู้สึกดีขึ้น...รู้สึกเลยว่าอาการเราบรรเทาเบาบางลง...พูดดีก็เหมือนอาหารใจ...จิตใจเราท้อแท้ หดหู่ มันก็จะรู้สึกสดชื่นขึ้น คำพูดดี ๆ พูดเพราะ ๆ ก็คืออาหารทางใจ..พูดเพราะไม่หยาบ ไม่ขู่ เราารู้สึกได้เลยว่าใจมันจะสดชื่น แล้วรู้สึกมีแรงเหมือนว่าโรคมันจะหายแล้ว แต่พอมาเจอยาบาลที่ไม่ดี นิดหน่อยก็ขู่ ไม่มีเหตุผล หמדใจ ท้อไปหมด...”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“...เขาพูดดี เวลาเอายามาให้เขาก็ดูดี กินยานะ ยาก่อนอาหารนะเดี๋ยวจะได้กินข้าว... เขาพูดดีมาพูดคุยยิ้มแย้มแจ่มใส รู้สึกว่าคุยกับยาบาลได้ทุกอย่างสบายใจขึ้น สบายใจมากเลย... เขาพูดดี ไม่ใช่สั่งให้เราทำ... เวลาเขาเห็นผมไม่กินข้าว เขาจะไม่สั่งไม่ว่า แต่เขาจะบอกว่า กินข้าวหน่อยนะ ถ้ากินไม่ได้ก็กินนมนะ... มันทำให้รู้สึกสบายใจ...”

(ทงศ์ : ผู้ป่วย)

“โอ.เค. ว่าในทีมการยาบาลเราอาจจะพูดกันเสียงค่อนข้างดัง แต่เวลาพูดกับคนไข้ในรายที่ไม่ได้แปลกประหลาดไปจากคนอื่น ๆ คือเขาไม่ก้าวร้าวหรือโวยวายเสียงดังมาก การพูดคุยก็จะพูดนุ่มนวล เสียงเบาๆ...เป็นการแสดงออกที่เราสื่อให้เขารู้ว่า ไม่รังเกียจเขา และมีความปรารถนาดีกับเขา เขาจะได้สบายใจ การพูดคุยสัมผัสกับเขาเราไม่ใส่ถุงมือ น้ำเสียงของเราก็ดึงไพเราะ นุ่มนวลเช่นเดียวกัน เป็นการแสดงออกให้เขาเห็นว่าเราไม่รังเกียจเขา เราอยากให้เขาหายป่วย อยากให้เขามีชีวิตยืนยาวต่อไป...”

(จิราพร : ยาบาล)

1.2.2 ท่าทางสุภาพ นุ่มนวล พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย รับรู้ว่าท่าทางของยาบาลที่สุภาพ มีความนุ่มนวล อ่อนโยน รวมทั้งการพูดจาไพเราะอ่อนหวาน เป็นสิ่งที่มีคุณค่าต่อจิตใจ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายนี้คือ พิมล ซึ่งรับรู้ว่าตนเองจิตใจเปราะบางและบอบช้ำมากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่เมื่อยาบาลแสดงความนุ่มนวล พิมลรู้สึกว่าเป็นยาวิเศษอย่างหนึ่งที่คอยชะโลมจิตใจให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคเอดส์ต่อไป

“กิริยามารยาทเขาดี เขาพูดเพราะ กินยานะ กินนมนะ จะได้หายเร็วๆ...ไม่กระโชกโฮกฮาก ทำทางเขาก็สุภาพ นุ่มนวล ยิ้มแย้ม แจ่มใส ไม่บึ้งตึง...พูดเพราะ มันรู้สึกเหมือนว่าเราฟังเขาได้ มีที่ฟังใจขึ้นขึ้นมาทันที มันชื่นใจ...เหมือนกับยารวิเศษชะโลมใจให้เราสู้ต่อไป...รู้สึกสดชื่นขึ้นเหมือนได้รับอากาศบริสุทธิ์ตอนเช้า...แค่พูดดีๆ ทำทางสุภาพไม่หยามกระด้างกับเรามากก็เหมือนเป็นยารักษาใจแล้ว ใจเปราะบางมาก ห่อหุ้มอยู่แล้ว...เป็นเอดส์มันก็หมดกำลังใจแล้ว เราเป็นโรคร้าย มันก็โหดร้ายกับชีวิตเรามากแล้ว เราทรمانอยู่แล้ว มันปวดร้าวไปทั้งใจ แต่เราไปโรงพยาบาล เราไปเพราะความเจ็บป่วย พยาบาลเขาสุภาพกับเรา เขาพูดเพราะมันก็เหมือนเป็นกำลังใจ...ถึงมันจะไม่มีราคาแต่มันก็มีคุณค่าต่อจิตใจ”

(พิมล : ผู้ป่วย)

2. ปลุกสร้างพลังใจ

เป็นพฤติกรรมการณ์ดูแลที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายไว้ 3 ลักษณะคือ สร้างความหวังให้กำลังใจ และเสริมสร้างกำลังใจจากญาติ ดังนี้

2.1 สร้างความหวัง ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายวิธีการสร้างความหวัง เพื่อเป็นการปลุกสร้างพลังใจให้ผู้ป่วยไว้ 2 วิธี คือ กระตุ้นให้คิดถึงเป้าหมายในชีวิต และยกตัวอย่างให้รู้ว่าอยู่ได้นานจริง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 กระตุ้นให้คิดถึงเป้าหมายในชีวิต ผู้ป่วย 1 ใน 6 รายและพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายไว้สอดคล้องกันว่า พยาบาลพยายามพูดและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจว่าการเป็นโรคเอดส์จะสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้ ด้วยการปฏิบัติตัวดี ทำจิตใจให้สบาย และพยายามมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นเสรี ซึ่งมีอาการในระยะเป็นเอดส์ แต่เพิ่งทราบว่าตนเป็นโรคนี้เมื่อ 7 เดือนก่อน และกำลังรู้สึกท้อแท้กับอาการหนังตาตกข้างซ้าย และอาการปวดศีรษะจากก้อนเนื้ออกในสมอง แต่พยาบาลมาพูดให้เสรีรู้ว่ายังมีโอกาสมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีก และพยาบาลคนหนึ่งคือจิราพรที่มักพูดให้ผู้ป่วยย้อนคิดถึงคุณค่าในตนเองและการใช้ประโยชน์จากช่วงเวลาที่เหลืออยู่เพื่อกระทำการที่ต้องการให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

“...เขา (พยาบาล) บอกว่า ให้รักษา ให้ปฏิบัติตัวดีๆ ก็อยู่ได้นาน เดียวนี้เขาก็เป็นกันเยอะแยะ... เขาก็อยู่กันได้นานทั้งนั้นไม่ต้องกลัวเลย...มารักษาที่โรงพยาบาลดีแล้ว ทำจิตใจให้สบายเขาก็อยู่กันได้นานๆ แก (พยาบาล) ว่าใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว ใจเราบอกให้เข้มแข็ง อย่ายอมแพ้ กายมันก็ไม่แพ้ได้เหมือนกัน ผมมีกำลังใจขึ้น... เขาทำให้ผมสบายใจ...ผมหายออกไปจากนี้ว่าจะไปบวชให้สบายใจสักพัก...”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“...จะบอกเขาว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วไม่ได้ตายปึบ แต่ยังมีระยะเวลาอยู่ได้อีกหลายปี ตรงนี้จะพยายามพูดให้คนไข่นึกถึงว่าเขายังมีคุณค่า ยังมีเวลาที่จะทำอะไรได้อีกหลายปี และที่เหลืออยู่ทำโน่นทำนี่ได้อีกหลายอย่าง แล้วทำไมไม่ทำตรงนั้นให้ดีที่สุดล่ะ ให้เขาไปคิดทบทวนต่อเอง... บางคนพอจะกลับบ้านเขาจะเจ็บไปเลยเพราะไม่รู้ว่าจะกลับไปอยู่กันอย่างไร ต้องตายแน่ๆ ร้องไห้กัน...ก็จะบอกเขาว่าดูแลตัวเองดีๆ นะ ระวังตัว ระวังตัว มาตามที่หมอนัด...เขาก็จะถามว่าเขาจะตายมัย ก็บอกเขาว่า มันไม่ตายด้วยโรคเอดส์หรอก แต่จะตายเพราะมีโรคแทรกจากข้างนอก เราจึงต้องดูแลตัวเองดีๆ และยังทำโน่นทำนี่ได้เหมือนเดิม... สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนอื่นเขา”

(จิราพร : พยาบาล)

2.1.2 ยกตัวอย่างให้รู้ว่าอยู่ได้นานจริง นอกจากการบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่ายังสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกหลายปีแล้ว พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย ยังสร้างความหวัง โดยการยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวดีและมีชีวิตอยู่ได้นาน ให้ผู้ป่วยที่ต้องการมีชีวิตอยู่นานๆ ได้ทราบว่า การปฏิบัติตัวที่ดีทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้นนั้นเป็นความจริงและเป็นไปได้ ดังคำอธิบายตอนหนึ่งว่า

“บางคนเขาคาดหวังว่าเขาจะกลับไปกินยา รักษาสุขภาพให้แข็งแรง แล้วจะกลับไปทำงานอย่างเดิม ใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ บางคนเขายากมีชีวิตยืนยาว เราก็จะยกตัวอย่างคนไข้ที่อยู่ได้นานๆ ให้เขาดู เพราะบางรายเขาอยู่มานานมาก เป็นมา 7 ปี 10 ปียังแข็งแรง มีติดเชื้อฉวยโอกาสบ้างเท่านั้น...คนไข้ที่ยังแข็งแรง เพิ่งติดเชื้อก็ให้ดูคนที่เขาติดเชื้อมานานแล้ว แต่ยังแข็งแรงอยู่ เขาจะได้มีความหวังขึ้น”

(กัลยา : พยาบาล)

2.2 ให้กำลังใจ ผู้ป่วยและพยาบาล อธิบายถึงวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วยไว้ 2 วิธี คือ บอกให้สู้ต่อไปอย่าท้อถอย และสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

2.2.1 บอกให้สู้ต่อไปอย่าท้อถอย พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 รายและพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายตรงกันในลักษณะของการพูดให้ผู้ป่วยที่กำลังรู้สึกท้อแท้ หดหู่หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ ให้เกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่ยอมแพ้ ดังเช่นคำบอกเล่าของ สิดา ซึ่งมีอาการอยู่ในระยะเป็นเอดส์และติดเชื้อที่ปอด ทำให้เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ เป็นไข้ หนาว สั่น และปวดเมื่อยทั่วร่างกาย ซึ่งสิดารู้สึกทุกข์ทรมานมาก จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้บ่อยครั้ง ประกอบกับสิดาถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวในครอบครัวที่มีแม่ พี่สาว และหลาน จะมีเพียงพี่สาวที่สิงคโปร์ซึ่งนานๆ มาเยี่ยมสักครั้งคอยให้กำลังใจตลอดมา สิดาเล่าว่าพยาบาลมาพูดให้สู้ต่อไปเหมือนที่พี่สาวเคยพูดให้สิดามีกำลังใจ และทนงค์ ซึ่งรับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงขึ้น เพราะเริ่มมีโรคแทรกซ้อนบ่อยขึ้น ในช่วงนั้นมีพยาบาลมาพูดให้

ทงค์ไม่เกิดความท้อแท้ ส่วนพยาบาลคือเต็มดวง พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ต่อ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ อยากตาย โดยการพูดให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าแห่งตน ดังคำบอกเล่าว่า

“แรกๆ มา พยาบาลก็มาพูดให้สบายใจว่าไม่ใช่มีเราคนเดียวนะที่เป็นโรคนี้ คนอื่นเขาก็เป็นกันเยอะแยะ ทำใจให้สบายนะ สู้กับมันนะโรคนี้ (โรคเอดส์) อย่าท้อแท้ เขาพูดให้ฟังเหมือนพี่สาวที่สิงคโปร์พูดให้กำลังใจเหมือนกัน...มีกำลังใจขึ้น...มันมีความสุข ทำให้อยากสู้ต่อ เวลาไม่สบายมันท้อแท้มากเลย ไม่อยากอยู่มันทรมาน อยากจะหลับไปเลย ไม่อยากตื่นขึ้นมารับความทรมาน แต่พอมีคนดีกับเรา มาให้กำลังใจเราอยากสู้ต่อไป”

(สีดา : ผู้ป่วย)

“...ผมรู้สึกว่าโรคที่ผมเป็นอยู่มันเริ่มกัดกร่อนชีวิตผม มันเริ่มบั่นทอนเวลาในชีวิตของผมเข้าไปทุกที ผมนอนไม่หลับ พยาบาลคนหนึ่งเขาเดินมาเห็นว่าผมนอนไม่หลับ นั่งอยู่ดึกแล้ว เขาเข้ามาถามผมว่า คิดอะไร ผมก็บอกว่าผมกลัวใจ เพราะผมเริ่มเป็นไขบอย เหลือมาก เดินไม่ค่อยได้ ต่อม่าน้ำเหลืองก็เป็นหนองอีก...แก (พยาบาล) ก็พูดว่าคนเราทุกคนเกิดมาต้องตาย จะช้าหรือเร็วก็ต้องตาย แต่เวลาที่เหลืออยู่เรายังมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อคนอื่น พ่อ แม่ พี่น้องยังอยู่ ยังคอยเรากลับบ้าน...ถ้าน้องท้อแท้พี่ก็คงดึง คงลากน้องให้พ้นจากความเจ็บป่วยไม่ได้...ผมนั่งคิด ผมจะอยู่ต่อไปเพื่อพ่อ เพื่อน้อง”

(ทงค์ : ผู้ป่วย)

“บางคนเขาไม่อยากจะอยู่ต่อ เพราะเขารู้สึกเป็นภาระกับญาติ รู้สึกตนเองไร้ค่า เพราะทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว ก็จะบอกเขาไปว่าให้เขาพยายามทำอะไรเท่าที่ทำได้ และให้เขาพยายามช่วยเหลือตัวเอง เพื่อให้เขารู้ว่าบางอย่างเขาก็สามารถทำเองได้ ยังพึ่งตัวเองได้อยู่... คนไข้บางคนเขามีลูก มีเมียที่ต้องรับผิดชอบ จึงพยายามพูดให้เขานึกถึงลูกเมีย นึกถึงว่าเขายังมีค่าสำหรับคนที่เขารัก เขายังมีคนเป็นห่วง ให้เขาอยู่เพื่อให้ลูกได้เห็นหน้าพ่อ...เขายังมีความสำคัญ ยังมีคุณค่ากับคนข้างหลัง...อยากให้เขามีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป”

(เต็มดวง : พยาบาล)

นอกจากนี้พยาบาลยังอธิบายว่าการพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องทั่วๆ ไป หรือการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยก็เป็นการให้กำลังใจเช่นเดียวกัน

“...จะพยายามให้กำลังใจเขา (ผู้ป่วย)...การให้กำลังใจคนไข้ก็คือ การทำอะไรก็ได้ให้คนไข้ การพูดคุยทั่วๆ ไปก็เป็นการให้กำลังใจคนไข้ที่ดีที่สุดเลย เพราะเวลาเขาเจ็บป่วยการที่มีคนเข้าไปพูดคุย ทำโน่นทำนี่ให้เขา ก็จะเป็นการทำให้เขามีกำลังใจขึ้น

บางทีเรื่องที่พูดอาจจะไม่เกี่ยวกับเรื่องเอชไอวีแต่เป็นเรื่องอะไรก็ได้”

(จิราพร : พยาบาล)

2.2.2 สร้างแรงจูงใจ พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายว่า การให้แรงเสริมต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในด้านดีของผลการปฏิบัติตัว ชื่นชมและให้ความมั่นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ในการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ดังที่พยาบาลรายนี้เล่าว่า

“คน (ผู้ป่วย) ที่เขาอาการดี ปฏิบัติตัวดีมาตลอด เราก็กล่าวชมเขา ชื่นชมเขาว่าเขาทำดีแล้ว เป็นการเสริมกำลังใจ เสริมแรงให้เขาปฏิบัติตัวดีๆ ต่อไป พูดกับเขาไปนะว่า เนี่ยนะที่คุณปฏิบัติตัวอยู่ดีมากเลย คุณรักษาสุขภาพดีอย่างนี้มันจะช่วยให้คุณแข็งแรงนะ และอยู่ได้นาน คุณทำต่อไปนะ...สู้ต่อไปนะอย่าท้อแท้ กำลังใจสำคัญมาก ถ้าจิตใจดี คิดสิ่งดีๆ จะทำให้ร่างกายคุณมีภูมิต้านทานเพิ่มขึ้นนะ เม็ดเลือดขาวจะเพิ่มขึ้น เรื่องนี้มีการวิจัยมาแล้วนะว่าคนไข้เอยะเอยะที่ทำจิตใจให้สบาย มีกำลังใจดี ภูมิต้านทานร่างกายก็จะดีด้วย เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นจริง เหมือนคุณเลยนะเนี่ย เม็ดเลือดขาวคุณดีมากตลอดเลย ร่างกายคุณแข็งแรงมาตลอด ก็เพราะจิตใจคุณดี คุณมีกำลังใจ”

(กัลยา : พยาบาล)

2.3 เสริมสร้างกำลังใจจากญาติ พยาบาลรับรู้ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มักถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งแม้แต่ญาติของผู้ป่วยเองยังปฏิเสธที่จะดูแลและอยู่ร่วมสังคมเดียวกับผู้ป่วย พยาบาลเล่าว่าตนเองใกล้ชิดและสัมผัสกับชีวิตผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ได้รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงพยายามส่งเสริมกำลังใจจากญาติให้ผู้ป่วย ด้วยวิธีการประสานความเข้าใจให้ญาติยอมรับ และสนับสนุนญาติให้ใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนี้

2.3.1 ประสานความเข้าใจให้ญาติยอมรับ พบว่าพยาบาล 2 ใน 5 ราย ได้อธิบายว่า การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับญาติผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และให้ความมั่นใจแก่ญาติที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการยอมรับและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่ไม่ถูกรังเกียจหรือทอดทิ้ง ดังที่พยาบาลรายหนึ่งเล่าว่า

“จะคุยกับญาติเขาด้วยเรื่องโรคในรายที่ญาติรู้นะพี่ เพราะญาติเขาจะไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ เขาก็จะกลัว จะไม่กล้าจับ ไม่กล้าเข้าใกล้ เพราะกลัวจะติดต่อก็ จะเข้าไปแนะนำญาติให้เขารู้ เข้าใจว่าโรคนี้เป็นยังไง ติดต่อดียังไง ดูแลคนไข้ยังไง ญาติเขาจะได้ยอมรับคนไข้และอยู่ดูแลกันต่อไป... คือนึกสภาพคนไข้ว่าเขาเป็นโรคนี้ (โรคเอดส์) เขาก็แยกอยู่แล้ว ถ้าญาติไม่ยอมรับเขามากเขาก็ยิ่งแย่ เขาจะรู้สึกใครๆ ก็ทอดทิ้งเขาไปหมดบางคนเขาจะบ่นให้ฟังนะ บางทีว่าญาติเขาไม่ค่อยมา บางคนเขา

พูดว่าคูชิพยาบาลยังทำให้ แต่ญาติที่บ้านไม่สนใจเขาเลย คือถ้าญาติไม่ทอดทิ้งเขาก็จะมีกำลังใจ”

(เต็มดวง : พยาบาล)

2.3.2 สนับสนุนญาติให้ใกล้ชิดผู้ป่วย พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย เล่าว่า จะพยายามส่งเสริมให้ญาติและผู้ป่วยได้ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสัมผัสจากญาติแล้วเกิดกำลังใจขึ้น ดังที่พยาบาลรายนี้เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากความพยายามของตนเองว่า

“...จะเข้าไปถาม (ญาติ) ว่าคุยกับคนไข้บ้างแล้วยัง คนไข้เขาไม่รู้เรื่องนะ คุยกันได้...จะแนะนำญาติให้คุยกับคนไข้ ถึงแม้นคนไข้จะไม่ตอบสนองอะไรออกมาเลย คนไข้เอชไอวีจะมีแม่มาเฝ้าเยอะมาก เราก็จะบอกให้แม่คุยกับลูกเขา จะเห็นว่าแม่คุยกับลูก เรียกชื่อเล่น อย่างนั้นนะลูก อย่างนั้นนะลูก แม้ลูกเขาจะไม่ตอบสนองอะไรมา ก็ตาม เขาก็จะพูดกับลูกเขา...รู้สึกว่ามันดีนะ ถ้าคนไข้เขาได้ยินเขาจะรู้สึกดีที่มีแม่คอยพูดกับเขา อยู่กับเขา...คนไข้เขาจะได้มีกำลังใจว่าญาติมาเยี่ยมเขา มาทำอะไรให้เขา ญาติไม่ทิ้งเขา ยังมาดูแล มาเยี่ยมเขาอยู่นะ...”

(จิราพร : พยาบาล)

เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

ในการดูแลนอกจากช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว และสร้างกำลังใจให้สู้ชีวิตแล้ว การเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ยังเป็นความหมายการดูแลที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่า เป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยแสดงออกถึงการเคารพสิทธิและเสรีภาพ ให้เกียรติและยอมรับในความเป็นบุคคล และให้ความเสมอภาคและเท่าเทียมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในฐานะของผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ซึ่งมีฐานะของความเป็นบุคคลที่มีเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน ภาวะความเจ็บป่วยหรือฐานะทางสังคมไม่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแลจากพยาบาล ดังข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและพยาบาลว่า

“...คนไข้จะเป็นอย่างไรก็ช่วยไม่เลือกที่รักมักที่ชัง ช่วยเหลือทุกคน เหมือนที่พี่ไม่มีอะไรให้เขา ค่ารักษาก็ฟรี...พยาบาลเขาก็ยังดูแล ทำให้พี่รู้สึกว่าเราดีขึ้น ยังมีคนเอาใจใส่...เขา (พยาบาล) เป็นคนมีน้ำใจดีงาม คิดถึงเพื่อนมนุษย์ ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ เราก็เป็นมนุษย์คนหนึ่ง เป็นมนุษย์เหมือนเขา... พยาบาลเขามีจิตใจดีงาม เขามีน้ำใจ ทำให้เรารู้สึกว่ายังเป็นคนคนหนึ่ง ยังเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ชีวิตเรายังมีคุณค่าพอที่จะให้พยาบาลเขามาช่วยเหลือ เรายังมีชีวิตจิตใจเหมือนคนอื่นๆ ที่เขาเป็นคนที่มีความสำคัญต่อประเทศชาติ...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“ช่วยเขาเหมือนคนไข้อื่นๆ ช่วยเขาไม่ให้แตกต่างจากคนไข้อื่นๆ ปฏิบัติต่อเขาเหมือนเป็นคนไข้คนหนึ่ง...ปฏิบัติให้เหมือนกันทุกคน คนไข้เอดส์เขาก็เป็นคนไข้คนหนึ่ง เป็นบุคคลหนึ่งเหมือนกับคนอื่น...แม้เขาจะเป็นเอดส์ก็ได้รับการดูแลจากพยาบาล เหมือนกับคนไข้คนอื่น...ทำให้คนไข้ทุกคนเหมือนกัน คนไข้ต้องการอะไรก็ทำให้ เราจะไม่แบ่งว่าใครเป็นใคร ทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลจากเราทุกคน ความเป็นโรคอะไรไม่นำมาเกี่ยวข้อง...ทำให้คนไข้รู้สึกว่าเขาเป็นคนไข้คนหนึ่งที่ไม่แตกต่างจากคนอื่น...เขาเป็นคนป่วยก็คือคนป่วย เขามีความทุกข์กาย ทุกข์ใจอย่างไร มีปัญหาอะไรให้ช่วยบ้าง ไม่สนใจว่าเขาจะเป็นโรคอะไรมา เป็นมาจากไหน...”

(กัลยา : พยาบาล)

จากการให้ความหมายการดูแลในลักษณะเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ดังกล่าว ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายถึงพฤติกรรมของพยาบาลใน 2 ลักษณะคือ ยอมรับความเป็นบุคคลและส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ ดังนี้

1. ยอมรับความเป็นบุคคล

เป็นพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายถึงการแสดงออกของพยาบาลที่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่งไว้ 3 ลักษณะคือ ปฏิบัติอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ให้เกียรติ และเสมอต้นเสมอปลาย ดังนี้

1.1 ปฏิบัติอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 รายและพยาบาลทั้ง 5 ราย อธิบายถึงพฤติกรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์เหมือนกับผู้ป่วยทุกคน โดยไม่มีการแบ่งแยกไม่ว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน หรือกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพราะผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิและมีความเท่าเทียมกันในฐานะของความเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยและพยาบาลว่า

“คนที่ดี (พยาบาลที่ดี) ก็มีอยู่หลายคน (เอ่ยชื่อพยาบาลคนหนึ่ง)...เขาดีกับคนไข้ทุกคน ทำให้คนไข้อย่างไรก็ทำให้ผมเหมือนกันกับคนอื่น ไม่รังเกียจคนอื่น ก็ไม่รังเกียจผม ไม่รังเกียจโรค (ไม่ลำเอียง) ไม่คิดว่าผมเป็นเอดส์แล้วจะปล่อยปละเลยให้นอนอยู่คนเดียว...พูดดีกับคนไข้ทุกคน ขอช่วยให้ทำอะไรก็ไม่อารมณ์เสีย ไม่โกรธ ไม่หงุดหงิดคนไข้...ไม่คิดว่าเราเป็นเอดส์แล้วจะไม่ดูแล แต่เขาดีกับเรา เหมือนที่เขาดีกับคนไข้อื่น ไม่ทำให้เราน้อยใจว่าเขาไม่ยากดูแล ยังมีค่าเหลืออยู่ ยังเป็นคนไข้เขาเหมือนกัน เขายังให้ความสำคัญกับเรา”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“สำหรับพี่ พี่ทำให้คนไข้ 20 รายก็เหมือนกันทุกคน...เขา (ผู้ป่วยเอดส์) ก็เป็นคนไข้คนหนึ่ง มีความเป็นคนที่มีความคิด ความรู้สึก ความเจ็บปวด เหมือนคนอื่นๆ เขา...ถึงเขาจะเป็นโรคเอดส์แต่เขาก็เป็นคนไข้ที่มีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน

เหมือนคนไข้โรคอื่นๆ มีความไม่สุขสบาย ชีวิตประจำวันเขาเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตของเขาผิดไปจากเดิม...เราก็ต้องดูแลเขาให้เหมือนกับคนอื่นๆ”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

1.2 ให้เกียรติ เป็นการแสดงออกถึงการเคารพในความเป็นบุคคลที่มีเกียรติและศักดิ์ศรีในฐานะของมนุษย์คนหนึ่ง ดังคำอธิบายของผู้ป่วยและพยาบาลใน 2 ลักษณะคือ บอกให้ทราบก่อนทำกิจกรรมและมีความนับถือผู้ป่วย ดังนี้

1.2.1 บอกให้ทราบก่อนทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 6 รายและพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายตรงกันว่าพยาบาลจะบอกผู้ป่วยให้รู้และเตรียมตัวก่อนจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ดังคำบอกเล่าของ ณรงค์ ซึ่งรู้สึกพอใจเมื่อพยาบาลบอกให้ทราบก่อนว่ากำลังจะทำอะไรให้ และเต็มดวง ซึ่งจะบอกผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง เพราะเต็มดวงคิดอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งมีชีวิตจิตใจ และมีความรู้สึก

“เขา (พยาบาล) จะบอกเราก่อนว่ามาทำอะไรให้ดิฉันผมว่า จะแทงน้ำเกลือ เขาก็บอก เจ็บนิดหนึ่งนะ เวลาทำอย่างอื่นก็เหมือนกันเขาจะพูดกับเรา บอกเราผมว่า ดี แบบนี้ดีมากเลย...เขาบอกเราก่อนเนี่ยดี...ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ว่ามันจะเจ็บหรือมันจะเป็นยังไงบอกก่อนจะได้รู้ ก็ให้ได้รู้ก่อน...บางคนมาถึงไม่พูดเลย จับมือเอาไปแทงไม่บอกเรารู้สึกว่า ไม่ทันได้เตรียมตัวทำใจรับไม่ทันเลย อยากให้เขาบอกก่อน”

(ณรงค์ : ผู้ป่วย)

“เวลาจะไปทำอะไรให้คนไข้ เจาะเลือด ฉีดยา หรือทำอะไรก็แล้วแต่ จะบอกเขาก่อนทุกครั้ง ให้เขารู้ตัวก่อน...คนไข้เขาจะได้เตรียมตัว เขาจะได้รู้ว่าเรากำลัง จะทำอะไรให้เขา เขาก็เป็นสิ่งที่ชีวิต ไม่ใช่วัตถุสิ่งของที่จะไปถึงก็ทำๆ แล้วก็กลับมาไม่พูดไม่บอกเขาเลย... ก็ต้องบอกเขาเดี๋ยวเจาะเลือดนะ พลิกตัวนะ เดี๋ยวทำนี่นะก็จะบอกเขาก่อนทุกครั้ง...”

(เต็มดวง : พยาบาล)

1.2.2 มีความนับถือผู้ป่วย พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย ได้อธิบายถึงการให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะของความเป็นมนุษย์ และเคารพความเป็นอาวุโส ทั้งการพูดและลักษณะท่าทางที่แสดงออกต่อผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าว่า

“...เราต้องให้เกียรติเขา ในฐานะที่เขาเป็นคนคนหนึ่ง... ให้เกียรติในการกระทำและคำพูด ไม่ว่าจะเป็นการพูดการเรียก เวลาเขาพูดเราต้องรับฟังเขา เรียกเขาก็ต้องเรียกชื่อ เรียกคุณ หรือตามแต่อายุของคนไข้ ไม่ใช่เรียกชื่อเฉยๆ...”

(กัลยา : พยาบาล)

1.3 เสมอต้นเสมอปลาย พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 รายเล่าว่า การแสดงออกต่อผู้ป่วยต้องมีความอย่างสม่ำเสมอทั้งในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวแต่ยังมีความเป็นบุคคลและอาจรับรู้ถึงการกระทำของพยาบาล ดังคำบอกเล่าของจิราพร ตอนหนึ่งว่า

“...เราจะแน่ใจได้อย่างไรว่าการที่เขา (ผู้ป่วย) ไม่ตอบสนองกับเรานั้น เพราะเขาไม่รู้เรื่องจริงหรือเปล่า บางคนนอนมอมตาแป้ว เราเรียกเราคุยอะไรด้วยเขามองเฉยๆ...เขาไม่ทำตามสั่งเรา ดิ่งโน่น ดิ่งนี่ เขารู้สึกตัวมัยเราก็ไม่แน่ใจ...เราจึงต้องดูแลเขาเสมอต้นเสมอปลาย...ทั้งที่เขาไม่รู้สีกตัวหรือเขาจะรู้สึกตัว เราก็แสดงพฤติกรรมกับเขาเหมือนเดิม เราต้องพูดกับเขา เขาเป็นคนนะ มีความรู้สึกเหมือนกัน...ไม่มีใครบอกได้ว่าเขาคิดอะไรอยู่หรือเปล่า เขารับรู้แค่ไหนกับพฤติกรรมของเรา ถ้าเราไปทำหยาบๆ ดุเขา เขาก็คงเสียใจ”

(จิราพร : พยาบาล)

2. ส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ

เป็นพฤติกรรมการดูแลที่พยาบาล อธิบายถึงการส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วย ใน 3 ลักษณะคือ ให้ตัดสินใจด้วยตนเอง ให้สิทธิรับรู้ข้อมูล และให้เมื่อยินยอมและพร้อมรับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ให้ตัดสินใจด้วยตนเอง พบว่าพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายว่าการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาลใดๆ ที่เป็นการกระทำต่อร่างกายผู้ป่วย จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างเพียงพอถึงวิธีการ ข้อดี ข้อเสียและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ในการพิจารณาตัดสินใจตามความเชื่อและคุณค่าของตนเอง ดังคำบอกเล่าของพยาบาลรายหนึ่งว่า

“ตัวพี่เองพี่มักจะบอกให้คนไข้เลือก อย่างเวลาหมอจะเจาะตับพี่ก็จะไปพูดอธิบายคนไข้ว่า ตับคุณโตนะ... แต่ถ้าคุณไม่ยอมเจาะให้คุยกับหมอดูนะว่าได้มัยจริงๆ แล้วมันเป็นตัวของคุณ คุณมีสิทธิตัดสินใจได้ เพราะผลข้างเคียงมันก็มีหลังเจาะเลือดอาจจะออกได้...แต่ถ้าหมอยืนยันว่าถ้าเจาะแล้วเป็นหนองจะต้องรักษาต่ออย่างไร ดีขึ้นอย่างไร ตรงนี้จะให้คนไข้ตัดสินใจเหมือนกันว่าจะทำหรือเปล่า...จะคุยเพื่อให้เขาตัดสินใจเอง...จะรักษาต่อมัยก็เป็นสิทธิของเขา...เจาะเลือดพี่ยังอธิบายชะยี้ดยาว ยาสักเม็ดยังต้องบอก สวน foley's cath (สวนปัสสาวะ) ก็ต้องบอกเขาเลย เขาไม่ให้สวนก็จะพูดและอธิบายให้เขารู้ และจะทำให้ต่อเมื่อเขาพยักหน้ารับเท่านั้น ไม่ฝืนใจเขา...เราก็ต้องเคารพสิทธิของเขาด้วย ให้เขาได้มีสิทธิอย่างเต็มที่”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

2.2 ให้สิทธิรับรู้ข้อมูล พยาบาล 2 ใน 5 ราย เล่าว่าจะพยายามให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับผลการตรวจต่างๆ ของผู้ป่วยเอง เพราะถือว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ของตนเอง และยังเป็นการลดความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้อีกด้วย ดังเช่นทัศนีย์ได้เล่าวิธีการและเหตุผลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้ฟังว่า

“...อธิบายเขาก่อนอยู่แล้วว่า ถ้าผลออกมาว่าเป็นยังไงจะมาบอก ถ้าผลออกมาแล้วหรือยังไม่ออก ยังไม่แจ้งคนไข้ก็จะส่งเวรต่อว่าให้ไปบอกคนไข้ด้วย บางทีก็สั่งคนไข้ไว้ว่า ผลเลือดออกประมาณเที่ยงๆ ให้ไปถาม บางคนก็มาถาม... คนที่ไม่ถามเป็นเพราะเขาไม่ได้รับคำอธิบายก่อนตรวจก็เลยไม่รู้จะถามอะไร ซึ่งเขาอาจจะอยากรู้ก็ได้ พี่ถึงบอกคนไข้ทุกคนที่พี่รู้ว่าเขายังไม่ได้รับการบอกผลการตรวจ...ผลจะปกติ ผิดปกติก็ต้องบอกเขา เพราะเขามีสิทธิที่จะรู้ว่าผลการตรวจเป็นอย่างไร คนไข้ไม่ต้องนอนกังวลใจอยู่ว่าจะเป็นอะไรมากหรือเปล่า”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

2.3 ให้เมื่อยินยอมและพร้อมรับ พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายว่า การจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ให้ผู้ป่วย หรือกระทำใดๆ ต่อร่างกายผู้ป่วย ต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่มีความพร้อมที่จะรับและยินยอมหรือเต็มใจรับ ยกเว้นกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิตซึ่งจำเป็นต้องกระทำเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ดังข้อมูลจากการบอกเล่าว่า

“...สิ่งที่เรากำหนดคนไข้เขาเต็มใจรับ ยินดีรับด้วย อย่างเช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง หรือการปฏิบัติตัว ถ้าเราประเมินดูแล้วว่าคนไข้ยังไม่พร้อมที่จะรับ เขายังมีความเจ็บปวดอยู่ เราก็ไม่ควรที่จะให้ในตอนนั้น แม้ว่าเราคิดว่ามันจำเป็นสำหรับเขาก็ตาม เราอยากจะบอกเขาในตอนนั้นก็ตาม แต่เขายังไม่มีความพร้อมก็ต้องรอไปก่อน ให้เขาหายปวดแล้วถึงค่อยบอก...แต่ก็มีข้อยกเว้นเหมือนกันในบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นสำหรับคนไข้ถึงเขาจะไม่ยินยอมหรือไม่เต็มใจก็จะทำให้ เช่น ดูดเสมหะ...จะปฏิเสธเราก็ต้องทำให้เขา ไม่งั้นมันจะเป็นอันตราย”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

ความรู้สึจากการได้รับการดูแลของผู้ป่วย

การได้รับการดูแลของผู้ติดตามเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยใน 4 ลักษณะคือ มีความสุขทางใจ รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต และตระหนักในคุณค่าพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. มีความสุขทางใจ

ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย อธิบายถึงความสุขทางใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับการดูแลไว้ 2 ลักษณะคือ จิตใจผ่อนคลายและอบอุ่นใจไม่โดดเดี่ยว ดังนี้

1.1 จิตใจผ่อนคลาย ผู้ป่วยทั้ง 6 รายเล่าว่าการได้รับการดูแลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทางจิตใจทั้งในลักษณะของจิตใจที่เป็นสุข เกิดความสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด และความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ดังเช่น คำบอกเล่าของผู้ป่วยว่า

รายที่ 1 ทนงค์ มีความสุข ความสบายใจจากการพูดคุยหยอกเล่นกับพยาบาล และการแสดงออกของพยาบาลที่ทนงค์รู้สึกว่าจะไม่รังเกียจและให้ความสนิทสนมเป็นกันเอง ดังคำบอกเล่าถึงความรู้สึกที่ว่า

“...สบายใจ รู้สึกสบายใจว่าเขา (พยาบาล) ไม่รังเกียจ... รู้สึกว่าได้พูดคุยอย่างนี้ (พูดคุยหยอกเล่นกับพยาบาล) ทำให้ผมไม่เครียด...ได้พูดคุยมันก็เพลินไปสบายใจขึ้น...รู้สึกสุขภาพจิตดีขึ้น ...สบายใจขึ้น ได้ผ่อนคลาย...จิตใจเราก็จะร่าเริงเบิกบานใจ”

(ทนงค์ : ผู้ป่วย)

รายที่ 2 ชัย มีความสุข ความสบายใจที่พยาบาลไม่รังเกียจ คอยห่วงใย สนใจ เอาใจใส่ และช่วยเหลือเมื่อชัยไม่สามารถทำเองได้ และพยาบาลยังพูดจาไพเราะอ่อนหวาน มีความเป็นกันเองและเต็มใจให้ความช่วยเหลือ สิ่งเหล่านี้ทำให้ชัยลิ้มความทุกข์ ความเครียด ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานไปจนหมดสิ้น ดังความรู้สึกที่ถ่ายทอดออกมาว่า

“... เขา (พยาบาล) มาทำให้ดี ๆ ผมก็สบายใจ อยู่โรงพยาบาลมีพยาบาลมาเอาใจใส่ มาช่วยเหลือมันก็มีความสุข ความสบายใจ... เขาเป็นห่วง มันทำให้เราสบายใจ มันรู้สึกเป็นสุข สบายใจ พยาบาลเขาเป็นห่วงเขาดีกับเราอย่างนี้มันสบายใจที่สุดแล้ว ...พูดเพราะมันทำให้สบายใจมากเลย อาการปวดมันก็ไม่ค่อยมี มันจะรู้สึกเบาลง อาการของเรามันจะรู้สึกดีขึ้น ร่างกายมันก็มีแรง ...รู้สึกว่าร่างกายมันจะไม่อ่อนแอ รู้สึกมีแรง สดชื่นขึ้น... ชื่นใจ ปลื้มใจที่ยังมีคนดีกับเรา จิตใจเราก็จะรู้สึกสบาย ลิ้มความทุกข์ ความไม่สบายใจไปหมด...”

(ชัย : ผู้ป่วย)

1.2 อบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว ผู้ป่วยทั้ง 6 รายอธิบายว่าการได้รับการดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกว่าต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวแม้จะไม่มีญาติหรือบุคคลที่รักคอยดูแลและห่วงใย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย

รายที่ 1 พิมล เล่าว่าแม่ในชีวิตจะไม่มีพ่อแม่ และเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ แต่พยาบาลยังเอาใจใส่คอยช่วยเหลือและไม่รังเกียจ พิมลจึงรู้สึกว่าเป็นความรู้สึกอบอุ่นที่ได้รับท่ามกลางชีวิตที่ไม่สุขสบาย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวท่ามกลางชีวิตที่ไม่มีญาติพี่น้อง

“...ทำให้เรารู้สึกว่า เราไม่ได้อยู่คนเดียว อบอุ่น สบายใจ ทำให้เรารู้สึกว่าทุกคนที่เราเคยพบ ไม่ได้รังเกียจเราหมดทุกคน ยังมีคนที่ใจดีและเห็นใจเรา ...ทำให้เราไม่รู้สึกน้อยใจเลยว่าเราไม่มีใครเลย ...รู้สึกอบอุ่น มีความสุข ...ทำให้เรารู้สึกว่าเราดีขึ้น เราไม่โดดเดี่ยว เราไม่ได้อยู่คนเดียว ยังมีคนเอาใจใส่ ดีกว่าพ่อแม่ที่ทอดทิ้งเราไปโดยไม่เหลียวแลเลย ญาติเขาก็ไม่เอาเราแล้ว เขาทิ้งเรา ไม่สนใจเราเลย แต่เราก็ไม่ได้อยู่คนเดียว ยังมีพยาบาลที่เขาดีกับเรา...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

รายชื่อ 2 สีดา เล่าว่า ตนเองแม่จะอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีแม่ พี่สาวและหลาน แต่ทุกคนไม่ได้มาคลุกคลีใกล้ชิด เพราะกลัวติดเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อสีดาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้มีพยาบาลมาเอาใจใส่ และคอยห่วงใยจึงเกิดความรู้สึกอบอุ่น ดังเช่นคำบอกเล่าถึงความรู้สึกนี้ว่า

“...อบอุ่นมากเลย ดีกว่าอยู่ที่บ้านเรามาก ที่บ้านไม่มีคนมาคุยด้วยเลย ไม่มีใครอยากมาที่เราหรอก เขากลัวติดเชื้อเราไป ไม่สบายก็นอนอยู่คนเดียว วันๆ หนึ่งไม่ค่อยได้พูดกับใครหรอก...อยู่ที่นี้ (โรงพยาบาล) มีพยาบาลมาคุย มาถาม มันทำให้รู้สึกอบอุ่น...มาสนใจ มาห่วงใยเราก็อบอุ่น...”

(สีดา : ผู้ป่วย)

2. รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง

นอกจากรู้สึกมีความสุขทางใจแล้วผู้ป่วย 3 ใน 6 รายยังเล่าว่า การที่พยาบาลไม่รังเกียจหรือไม่แบ่งแยกว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ คอยห่วงใย และช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกและรับรู้ว่าคุณค่าตนเองยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นชีวิตหนึ่งที่มีความสำคัญเหมือนกับคนอื่น ดังคำอธิบายของผู้ป่วย

รายชื่อ 1 ชัย เล่าว่าพยาบาลไม่รังเกียจและดูแลช่วยเหลือเหมือนกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ทำให้ชัยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและความสำคัญ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เขา (พยาบาล) ไม่รังเกียจ ดีกับเราเหมือนที่เขาดีกับคนอื่น ไม่ทำให้เราน้อยใจว่าเขาไม่อยากดูแล ยังมีค่าเหลืออยู่ ยังเป็นคนไข้เหมือนกัน เขายังให้ความสำคัญกับเรา ใจมันก็ชุ่มชื้นแล้ว ไม่น้อยใจ... มาพูด มาคุยกับเราดี เห็นว่าเราก็เป็นคนไข้เขาเหมือนกัน...”

(ชัย : ผู้ป่วย)

รายชื่อ 2 เสรี เล่าว่าพยาบาลบางคนไม่เชื่อว่า เสรีมีอาการปวดศีรษะมากตามที่บอก จึงยังคงให้รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล ทั้งๆ ที่เสรีบอกว่ารับประทานมากหรือบ่อยแค่ไหนก็ไม่ทุเลา แต่เมื่อพยาบาลคนหนึ่งบอกให้เสรีรู้ว่า พยาบาลเข้าใจและรู้ว่าเสรี

ปวดศีรษะมากจริง ๆ และอยากช่วยให้หายปวด ทำให้เสีรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังมีความหมาย ความสำคัญ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังมีความหมายในสายตาของเขา (พยาบาล) สบายใจขึ้นว่า ยังมีความหมายอยู่บ้างเขาถึงมาพูด มาคุยกับเรา... ยังเป็นคนไข้ที่เขาถึงมาพูด มาคุย มาถาม มาเป็นห่วง ก็แสดงว่ายังมีค่าเหลืออยู่ ไม่ใช่ปล่อยให้นอนเฉยๆ ผ่านไปวันๆ เท่านั้น... เราบอกอะไรไปก็เชื่อเราบ้างว่าเราพูดจริง ให้มีความสำคัญกับเรา... เรายังสำคัญอยู่ เขาจึงให้ความสำคัญกับเรา มาบอกเราว่าเขาเชื่อ เขาอยากช่วย...”

(เสี : ผู้ป่วย)

3. เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต

การได้รับการดูแล ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขทางใจ และรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองเท่านั้น แต่การเอาใจใส่ ไม่รังเกียจ การสร้างความหวัง ให้กำลังใจและการช่วยเหลือจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 6 รายเกิดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป มีกำลังใจที่จะต่อสู้เพื่อเอาชนะความรู้สึกท้อแท้ หวั่นไหว เปลี่ยนจากความรู้สึกท้อแท้ เป็นความหวัง และกำลังใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เต็มไปด้วยพลังของการต่อสู้เพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ดังเช่นผู้ป่วยเล่าว่า

รายที่ 1 พิมล มีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไปอย่างไม่ท้อถอยกับความเจ็บป่วย และความรู้สึกโดดเดี่ยว เพราะพิมลยังมีพยาบาลเอาใจใส่ ไม่รังเกียจและคอยช่วยเหลือทุกอย่าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเหมือนกำลังใจที่ทำให้พิมลรู้สึกว่า ชีวิตนี้ยังมีคุณค่าควรแก่การต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ทำให้เราสบายใจ มีกำลังใจ รู้สึกว่าเรามีคุณค่าขึ้น ทำให้เรามีกำลังใจต่อสู้... รู้สึกว่าเราควรจะมีชีวิตอยู่ต่อไป เพราะยังมีคนที่ดีกับเรา เป็นเหมือนกำลังใจสำหรับเราให้สู้ต่อไป เพราะชีวิตเรายังมีคุณค่าอยู่ ยังมีคนเอาใจใส่ ไม่ได้ทอดทิ้งเราหมดทุกคน... ชีวิตเรามีคุณค่า มีความอบอุ่น ยังมีคนดูแล ไม่รังเกียจเรา ...มีกำลังใจขึ้นมาก รู้สึกมีพลัง เกิดพลังขึ้นว่าเราจะต้องอยู่ต่อไป ในชีวิตเราไม่ได้มีคนรังเกียจเราหมด ยังมีคนที่ดีกับเรา...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

รายที่ 2 สีด้า รู้สึกมีกำลังใจเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมาพูดให้กำลังใจในยามที่รู้สึกท้อแท้ เพราะทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ซึ่งสิด้าเล่าว่าเป็นคำพูดที่เหมือนกับพี่สาวที่สิด้ารักมาก เคยพูดให้กำลังใจสิด้าตลอดมา

“...มันมีความสุข ทำให้อยากสู้ต่อ เวลาไม่สบายมันท้อแท้มากเลย ไม่อยากอยู่ มันทรมาน อยากจะหลับไปเลย ...แต่พอมีคนดีกับเรา มาให้กำลังใจ มันทำให้เราอยากสู้ต่อไป...มีกำลังใจขึ้นมาก...”

(สิด้า : ผู้ป่วย)

4. ตระหนักในคุณค่าพยาบาล

นอกจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อตนเองดังกล่าวแล้ว การได้รับการดูแล ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของพยาบาล โดยอธิบายไว้ใน 2 ลักษณะคือ เป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่แท้จริง ดังนี้

4.1 เป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย ผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย อธิบายว่าเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ มีที่พึ่ง และสามารถขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษา กลับมกปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองให้พยาบาลทราบ ดังเช่นกรณีของพิมลที่เล่าว่า

“...มันรู้สึกเหมือนว่า เราพึ่งเขา (พยาบาล) ได้ มีที่พึ่ง ใจชื้นขึ้นมาทันที มันชื่นใจ... เรากล้าที่จะบอกเขา เราปรึกษาได้ เราเป็นอะไรเราก็ถามเขาได้ เราอยากจะขอให้เขาทำอะไร เขาก็กล้าบอกเขา กล้าบอกว่าเราเจ็บในอก เราปวดท้อง กล้าถามเขาว่าเราเป็นอะไรที่เราปวดท้องไม่ยอมหายซะที ทำไมเรายังไม่หายปวดซะทีทั้งๆ ที่กินยามาหลายวัน... เวลาเราเป็นอะไรเราก็กล้าถามเขาว่าเราจะต้องทำยังไง ปฏิบัติตัวยังไงบ้าง...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ว่ามีที่พึ่งที่เจ็บป่วย จะกลับมาหาพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแล ดังกรณีของสีดา ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และเคยตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแต่ไม่ได้รับการดูแล เมื่อมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้มีพยาบาลมาดูแล สีดาจึงคิดว่าต่อไปเมื่อไม่สบาย สีดาจะมีพยาบาลที่ดีคอยดูแล ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ประทับใจ ประทับใจมาก ประทับใจที่เขา (พยาบาล) ดูแลดี ชอบที่นี้มาก... พยาบาลที่นี่เขาพูดดี เขาไม่โมโห ไม่พูดหยาบเลย... ชอบพยาบาลที่นี่ ต่อไปถ้าไม่สบายก็จะมาที่นี่อีก เคยไปที่อื่นแล้วที่...(เอ่ยชื่อโรงพยาบาล 2 แห่ง) พยาบาลไม่ดีเลย เขาไม่สนใจ เขารังเกียจมาก ผิดกับที่นี่ พยาบาลที่นี่ดี ประทับใจ...”

(สีดา : ผู้ป่วย)

4.2 ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่แท้จริง ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย รับรู้ว่า พยาบาลคือผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่แท้จริง ดังคำบอกเล่าของพิมลที่ว่า พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยทุกคนโดยไม่หวังผลตอบแทน

“...สมกับคำว่านางฟ้าชุดขาว เหมาะสมกับชุดที่เขาสวมใส่... เหมือนนางฟ้าใจดี บริสุทธิ์เหมือนชุดขาวที่ใส มีมือที่สะอาดคือ ไม่ทำร้ายคน ไม่ทำให้เจ็บให้ปวดจิตใจสะอาดคือ รักษาโดยไม่หวังผลตอบแทน คนไข้จะเป็นอย่างไรก็ช่วย...ช่วยทุกคนเหมือนกัน...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

ความรู้สึกจากการให้การดูแลของพยาบาล

การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการตอบสนองของผู้ป่วยจากการได้รับการดูแล ส่งผลต่อความรู้สึกของพยาบาลใน 4 ลักษณะคือ มีความสุขจากการให้การดูแล เพิ่มพลังกาย พลังใจให้ทำต่อ เกิดความภาคภูมิใจ และได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น ดังนี้

1. มีความสุขจากการให้การดูแล

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อพยาบาลทั้ง 5 ราย ที่ได้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการตอบสนองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากพยาบาล ซึ่งได้อธิบายด้วยเหตุผลตามสถานการณ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ดังคำบอกเล่าจากพยาบาลว่า

รายที่ 1 เตือนใจมีความสุขที่ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย เตือนใจเล่าว่ารู้สึกมีความสุขที่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจได้รับการสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลและการพยายามเข้าไปพูดคุยและสัมผัสผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นสุขของเตือนใจยังเกิดจากการตอบสนองของผู้ป่วยด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี และมีความสุขสดชื่นขึ้น

“...รู้สึกดีใจนะ เพราะพอเราทำให้อย่างนี้แล้ว เขาจะดีขึ้น พอเราคุยกับเขา เขาคูกับเราดี มีอะไรก็บอก คุยกับเรามากขึ้น พอคุยแล้วเขาก็สดชื่นขึ้น เรารู้สึกดีใจที่ได้เห็นอย่างนั้น รู้สึกว่าทำงานแล้วมีความสุข...จากแรกๆ ที่นอนซึมไม่สนใจอะไรเลย ไม่คุยกับใคร แต่พอระยะหลังๆ เขากลับเรามากขึ้น เขาคูกับเรา เขาอยากจะคุยกับเรา...ไม่มีพฤติกรรมต่อต้าน และเขาจะพูดระบายอะไรให้เราฟัง มันเหมือนกับเราได้มีส่วนช่วยแบ่งเบาความรู้สึกเป็นทุกข์ของเขาบ้าง เราก็จะรู้สึกมีความสุข”

(เตือนใจ : พยาบาล)

รายที่ 2 จิราพรเกิดความสุข และปลื้มปิติ จิราพรเล่าว่า รู้สึกมีความสุขเมื่อได้เห็นภาพแห่งความสุขของญาติที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่จิราพรได้พยายามให้ทั้ง 2 ฝ่ายมีปฏิสัมพันธ์กัน

“คุณแม่เขามีความสุขที่ได้พูดกับลูก และจะมาบอกเราว่าเขาพูดกับลูกเขารู้เรื่องนะ ทั้งๆ ที่เราสื่อกับคนไข้ไม่ได้เลย...แม่จะมีความสุขรู้สึกเป็นสุข เห็นชัดเลยว่าแม่สดชื่นขึ้น ยิ้มได้...ทำแล้วเห็นภาพที่เกิดขึ้นระหว่างคนไข้กับญาติแล้วทำให้เรารู้สึกดี รู้สึกชื่นใจ มีความสุข...”

(จิราพร : พยาบาล)

อีกตอนหนึ่ง จิราพรได้เล่าถึงความรู้สึกปิติยินดีที่เกิดขึ้นจากการช่วยให้ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตได้จากไปอย่างสุขสงบ ด้วยการให้ผู้ป่วยระลึกถึงศาสนาจนเสียชีวิตว่า

“...รู้สึกดีมาก พอทำแล้วเห็นคนไข้สงบ...เพราะอยากให้เขาไปได้ ไปสงบที่สุด มันบอกความรู้สึกไม่ถูกนะ รู้สึกแต่ว่ามันปิติ น้ำตามันจะไหล มันมีความสุขที่ได้ทำไปตรงนั้น เขากำลังจะตาย บางรายเขารู้สึกตัว จนวินาทีสุดท้ายว่าเขาจะต้องตาย...”

(จิราพร : พยาบาล)

รายที่ 3 กัลยา มีความสุข ความสบายใจเหมือนได้บุญ โดยกัลยาเล่าว่าความอึดใจเหมือนได้บุญ เป็นผลมาจากการที่ได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย คลายความกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล และได้ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสุขสงบ ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความสูญเสียได้ และความสุขความสบายใจของกัลยา ยังเกิดจากการได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยโดยไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

“สบายใจที่เห็นเขายิ้ม เพราะแสดงว่าเขาไม่ทุกข์ทรมาน...รู้สึกว่าเขาดีขึ้น เขาปรับตัวได้ เขาจึงยิ้มและทักทายเรา แสดงว่าจิตใจเขาสบายขึ้น...รู้สึกว่าคนไข้เขารู้ว่าเขาดูแลเขา เหมือนเขารู้สึกได้ในสิ่งที่เราปฏิบัติต่อเขา เราก็จะรู้สึกพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นตรงนั้น คนไข้หายปวด เขามีความสุข เราก็มีความสุขด้วย...เรารู้สึกสบายใจที่ได้มีส่วนช่วยให้คนไข้เขาสบายขึ้น... บางคนเขาก้าวร้าวกับพยาบาลบางคน แต่เมื่อเราเข้าไปพูดคุย...เขาก็จะไม่ก้าวร้าวกับเรา... รู้สึกว่าได้ช่วยเหลือคนไข้ ญาติคนไข้ และช่วยให้เขาได้ลดความทุกข์ทรมานลง ช่วยให้เขาผ่อนคลายลง... และก็การที่ช่วยให้คนไข้ได้คลายความทุกข์ มันก็เป็นความสุขของเราที่เป็นพยาบาล และรู้สึกว่าได้บุญ...ก็คือ ความอึดใจ ความสบายใจในขณะนั้น ตอนนั้น คือรู้สึกว่าทำแล้วทั้งคนไข้ ทั้งเราสบายใจ ก็ถือว่าเป็นบุญแล้ว บุญก็คือ ความสุขใจ ความอึดใจสบายใจ”

(กัลยา : พยาบาล)

2. เพิ่มพลังกาย พลังใจให้ทำต่อ

พยาบาลไม่เพียงแต่มีความสุขจากการให้การดูแลเท่านั้น แต่พบว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในด้านดี และผู้ป่วยให้การยอมรับและรับรู้คุณค่าของการดูแลทำให้พยาบาล 4 ใน 5 ราย เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปและมีความเข้มแข็งในการทำงานที่บางครั้งรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยล้า และเบื่อหน่าย และส่งเสริมกำลังใจที่มีอยู่ให้คงอยู่ตลอดไป ทดแทนกำลังใจ กำลังกายที่อ่อนล้า ดังเช่นคำอธิบายของพยาบาล

รายที่ 1 จิราพร รู้สึกมีกำลังใจที่จะทำงานต่อไป จิราพรเล่าว่าตนเองมีกำลังใจในการทำงานโดยไม่ย่อท้อต่องานหนัก เพราะได้รับกำลังใจสะสมจากผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้ หรือเมื่อได้ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตได้จากการให้การดูแลของจิราพรและพยาบาลคนอื่น ๆ ดังคำบอกเล่าถึงประสบการณ์และความรู้สึกตอนนั้นว่า

“...เขา (ผู้ป่วย) อาการดีขึ้นเรื่อย ๆ จนเขาหาย ดูเขามีความสุขที่ได้กลับบ้าน...คือผู้ป่วยที่วิกฤตมากๆ แล้วเราช่วยกันจนเขาหายได้กลับบ้าน รู้สึกดีมากเลย และภูมิใจกันมากในทีมการพยาบาล มันเป็นความภาคภูมิใจที่เราทำสำเร็จ ทำให้มีกำลังใจ เกิดกำลังใจที่จะทำงานต่อไป เพราะถ้าไม่มีกำลังใจ คงไปจากตึกนี้นานแล้ว ตั้งแต่ปีแรกที่มาอยู่แล้ว สภาพงานที่นี่หนักมาก สุดยอดเลย...แต่ถ้าเราทำแล้วคนไข้ดีขึ้น เขาหายจนได้กลับบ้าน ญาติมาหิ้วกระเป๋าได้พาคนไข้กลับบ้าน กำลังใจสะสมอยู่ทุกวัน ทำให้รู้สึกมีกำลังใจขึ้น”

(จิราพร : พยาบาล)

รายที่ 2 เตือนใจ ได้รับพลังมาเสริมแรง ซึ่งเตือนใจเล่าว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการพยายามเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีเวลา คอยถามปัญหาและอาการขณะเดินผ่าน และเยี่ยมตรวจ ซึ่งผู้ป่วยยอมรับและซาบซึ้งกับการกระทำดังกล่าว ทำให้เตือนใจรู้สึกว่สิ่งนี้เป็นเสมือนพลังอย่างหนึ่งที่มาเสริมแรงให้สามารถทำงานต่อไปได้

“เขา (ผู้ป่วย) บอกว่ามีสติกลับมาให้พี่ (ผู้ให้ข้อมูล) เนี่ยยังไม่ได้ใช้นะเราไม่ได้อยากได้อะไรเลย แต่มันรู้สึกขึ้นใจนะว่ามีคนเห็นนะว่าเราทำดี...เราคงมีความรู้สึกที่ดีกับเรานะ เพราะว่าพอเราทำกับคนไข้แล้วคนไข้ชมว่า พยาบาลดีนะ พุดดี รู้สึกว่ามีกำลังใจที่จะทำต่อไปว่าเราสามารถทำให้คนอื่นรู้สึกดีขึ้นได้ สบายใจขึ้นได้ รู้สึกเหมือนกับเป็นการต่อแรงเข้าไปอีกได้สัก 2 เดือน...ให้เราเกิดความรู้สึกอยากทำงานต่อไป มันเป็นเรื่องที่เราารู้สึกว่ามันเป็นแรงอย่างหนึ่ง เขารู้สึกที่ดีกับเรา เราก็ออยากทำให้เขา อยากทำให้คนอื่น อยากทำไปหมด อยากทำให้มันได้อย่างนี้เรื่อย ๆ ไป... รู้สึกมีพลังอยากทำต่อไป”

(เตือนใจ : พยาบาล)

รายที่ 3 เต็มดวง ได้สั่งทดแทนความท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึ่งเต็มดวงเล่าว่า เมื่อสามารถทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธทุกสิ่งทุกอย่างที่พยาบาลทำให้เปลี่ยนไปเป็นคนที่ยอมทำตามคำแนะนำของพยาบาล และพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองดีขึ้น พุดคุยกับพยาบาลมากขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเช่นนี้ ทำให้เต็มดวงรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้น และความรู้สึกนี้ได้ขัดเซยความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับภาระงานที่หนักได้ ดังคำบอกเล่าตอนหนึ่งว่า

“...เวลาที่คนไข้ดีขึ้นเรื่อยๆ เขาพยายามทำตามที่เราบอก มันก็เป็นแรงเสริมให้เราเกิดความรู้สึกอยากทำต่อไป บางครั้งเวลางานเหนื่อยมากๆ ยุ่งมากๆ มันก็มีความรู้สึกเหมือนกันนะว่า ทำไมเราต้องมาเป็นพยาบาลนะ แต่พอเราเจอเหตุการณ์แบบนี้ เราจะรู้สึกว่ามีความเหมือนกันนะ ที่ทำให้คนไข้ดีขึ้นได้ มันก็สามารถชดเชย หักล้างกันกับความรู้สึกเบื่อ รู้สึกท้อได้เหมือนกัน”

(เต็มดวง : พยาบาล)

รายที่ 4 ทศนีย์ มีแรงจูงใจให้ทำต่อไป ซึ่งทศนีย์ได้เล่าถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยจดจำทศนีย์ที่เคยให้การดูแลเขา และความรู้สึกที่ได้เห็นผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงเพราะการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ทำให้ทศนีย์มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจในการทำต่อไป

“...บางทีเวลาไปเจอคนไข้ข้างนอก คนไข้ทักทายเรา จำได้แม่นย่ะ เราจะรู้สึกว่า เออ. เราทำยังไงนะเขาถึงจำเราได้แม่นย่ะขนาดนั้น จำแม้กระทั่งชื่อ เขายังจำได้ ...ทำให้เรารู้สึกว่าเราจะทำงานเป็นพยาบาลตลอดไป เพราะเรามีความสุขกับสิ่งที่เราทำ...เราก็อยากทำต่อไปเรื่อยๆ ...ได้เจอคนไข้ที่เขาดูแลตัวเองดีอย่างที่เราบอกเขาไป เขายังแข็งแรงอยู่ ทำให้เราเห็นว่าเราทำแล้วได้ผลดี เราก็อยากทำต่อไป มันเกิดแรงจูงใจให้เราได้ทำต่อไป”

(ทศนีย์ : พยาบาล)

3. เกิดความภาคภูมิใจ

นอกจากความสุขจากการให้การดูแลและเพิ่มพลังกายพลังใจให้ทำต่อแล้ว การให้การดูแลและการตอบสนองของผู้ป่วย ยังทำให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจ โดยอธิบายไว้ 2 ลักษณะคือความภาคภูมิใจในตนเอง และความภาคภูมิใจในวิชาชีพดังนี้

3.1 ความภาคภูมิใจในตนเอง พยาบาล 4 ใน 5 ราย ได้อธิบายว่า เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต และผู้ป่วยมีความสุข ความผ่อนคลายทางจิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกของความสำเร็จและการได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย และเป็นความภาคภูมิใจที่ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของพยาบาล ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เราภูมิใจที่ทำให้คนไข้รู้สึกดีขึ้นจากเดิมที่เขานอนไม่พูด ไม่คุย นอนซึมอยู่คนเดียว แล้วเขาสดชื่นขึ้น เราก็จะภูมิใจที่เราทำให้เขาเป็นอย่างนั้นได้...ทำแล้วเขารู้สึกดีกับสิ่งที่เราทำมันก็เป็นความภูมิใจ...เขารู้สึกกับเราในทางที่ดี เรายุ่ภูมิใจ...”

(เต็มดวง : พยาบาล)

“รู้สึกดีใจที่คนไข้ไว้น้ำเชื้อใจ ไว้วางใจ และก็ภาคภูมิใจที่ที่เราทำให้คนอื่นๆ หนึ่งพ้นจากความทุกข์ใจ ความทรมาน คนที่เขาารู้สึกว่าเขาอยู่คนเดียวได้เกิดความรู้สึกมีเพื่อน ...บางคนเขายิ้มเขาทักทาย รู้สึกภาคภูมิใจ และดีใจที่คนไข้เขาไว้วางใจ มาพูดมาทักทาย”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

และอีกตอนหนึ่ง ทัศนีย์เล่าว่า สัมพันธภาพที่ดีจากผู้ป่วย เช่น การพูดคุย การยิ้ม ทักทาย เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ดีของพยาบาลต่อผู้ป่วยได้เช่นกันว่า

“ฟีดแบคอย่างนั้นนะ ถ้าคนไข้เขาพูดคุยดี หรือว่าเขายิ้ม ทักทายกับพยาบาลคนไหน ก็แสดงว่า พยาบาลคนนั้นก็มีความประพฤติแบบเดียวกับพี่ และถ้าคนไข้เขาไม่ค่อยพูดกับพยาบาลคนไหน ก็แสดงว่าพยาบาลคนนั้นทำไม่ดีกับเขา”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

3.2 ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ พยาบาล 3 ใน 5 ราย ได้อธิบายว่าการได้ดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลได้ปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลอย่างแท้จริงจึงเกิดความภาคภูมิใจในความเป็นพยาบาล ดังเช่นกัลยาเล่าว่า รู้สึกภาคภูมิใจในความเป็นพยาบาลที่วิชาชีพอื่นๆ ไม่สามารถทำได้อย่างพยาบาล และไม่มีโอกาสได้ทำ อีกทั้งยังสามารถนำศาสตร์และศิลปะของการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังคำบอกเล่าตอนหนึ่งว่า

“เราได้ทำบทบาทจริงๆ ของพยาบาล...เราเป็นพยาบาลจริงๆ เพราะได้ทำในสิ่งที่พยาบาลควรจะทำในบทบาทอิสระของเราที่ไม่เกี่ยวกับใคร ซึ่งพยาบาลเป็นผู้รู้ และเข้าถึงคนไข้จริงๆ รู้จักคนไข้จริงๆ อะไรก็ตามที่เราได้ช่วยเหลือคนไข้ที่ได้ใช้ ประสิทธิภาพ ความรู้ และความเข้าใจคนไข้ และทำแล้วได้ผล มันจะทำให้เราภาคภูมิใจ เราจะรู้สึกว่าวิชาชีพมีคุณค่า เพราะไม่ใช่ใครก็ทำได้ มันต้องแม่นในศาสตร์ก่อน แล้วใช้ศิลปะมาเชื่อมโยงกัน มันเหมือนเราได้เข้าถึงแก่นแท้ของความเป็นพยาบาล... รู้สึกว่าเราภูมิใจกับความเป็นพยาบาล...มันเหมือนเราได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงาน...”

(กัลยา : พยาบาล)

4. ได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น

นอกจากความรู้ดังกล่าวแล้วพยาบาล 1 ใน 5 รายยังอธิบายว่า การตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคนในลักษณะที่แตกต่างกันจากการได้รับการดูแล เป็นโอกาสให้พยาบาลเกิดความเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้นและได้เรียนรู้ถึงความแตกต่างของบุคคล อีกทั้งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ ต่อไป

“เราเองก็ได้เรียนรู้จากคนไข้ไปด้วยว่า วิธีนี้ (การสร้างแรงจูงใจ) ตอนแรกเราไม่รู้หรอกว่าเขา (ผู้ป่วย) จะตอบสนองกลับมามีอย่างไร แต่เมื่อเราได้ใช้แล้วคนไข้เขามีท่าที มีสีหน้าที่มีความหวังขึ้นมา...เรารู้สึกได้แล้วว่าได้ช่วยเหลือด้านกำลังใจเขา ...คนไข้ที่เขาไม่ก้าวร้าวกับพี่ ทำให้เราเพิ่มความเข้าใจคนไข้ อีกด้านหนึ่งของเขา... เขาอาจจะเป็นคนหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย นิดหน่อยก็ไม่พอใจ...วิธีการพูดคุยๆ อธิบายเหตุผล เป็นวิธีลดความก้าวร้าวลง แสดงว่าคนไข้ที่เขาชอบวิธีการที่ให้พูดคุยๆ เพราะๆ เราก็นำมาใช้กับคนอื่นๆ มาอธิบายให้ทีม (การพยาบาล) เข้าใจคนไข้... เราเข้าใจคนไข้ อีกลักษณะหนึ่ง”

(กัลยา : พยาบาล)

ปัจจัยส่งเสริมการดูแล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่งเสริมหรือสนับสนุนการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล ได้ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ปัจจัยด้านพยาบาล

ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายตามการรับรู้ว่าปัจจัยส่งเสริมการดูแลด้านพยาบาล ประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ คุณลักษณะที่ดีของพยาบาล ระยะเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้สงสารและเห็นใจ และเกิดกำลังใจจากการให้การดูแล ดังนี้

1. คุณลักษณะที่ดีของพยาบาล

คุณลักษณะที่ดีของพยาบาล เป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคลที่ประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ คุณธรรมประจำใจ มีความรู้และประสบการณ์และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ดังนี้

1.1 คุณธรรมประจำใจ เป็นคุณลักษณะของพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแล ที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายไว้ใน 4 ลักษณะคือ ความเมตตา กรุณา การเอาใจเขามาใส่ใจเรา ความรับผิดชอบต่อหน้าที่และความปรารถนาที่จะดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 ความเมตตา กรุณา พบว่าผู้ป่วย 4 ใน 6 ราย และพยาบาล 3 ใน 5 อธิบายตรงกันว่า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีความเมตตา กรุณาจึงเกิดความสงสาร อยากช่วยเหลือและทนเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือไม่ได้ ดังเช่นคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือ พิมล ซึ่งคิดว่าเพราะพื้นฐานจิตใจของพยาบาลที่มีความเมตตา กรุณา จึงทำให้ช่วยเหลือและเต็มใจทำให้ผู้ป่วยโดยไม่แสดงความหงุดหงิดหรือใช้อารมณ์ และพยาบาลคือทัศนีย์เล่าว่า เป็นเพราะพื้นฐานของจิตใจที่ประกอบด้วยความเมตตา กรุณาที่ติดตัวมา จึงทำให้ทัศนีย์มีความรู้สึกเอื้ออาทรและเห็นใจผู้ป่วย

“มันเป็นส่วนลึกของเขา (พยาบาล) ส่วนลึกของจิตใจเขา เขาเป็นคนมีน้ำใจดีงาม คิดถึงเพื่อนมนุษย์ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์... พี่คิดว่าเขาเป็นคนดีคนหนึ่ง มีน้ำใจ เมตตา... จิตใจดี มีเมตตาสงสารคนไข้ คนที่จิตใจดีอย่างนี้ จิตใจดีมันอยู่คู่กับคนดี คนจิตใจดีเขาก็ต้องดีกับทุกคน ไม่งั้นเราก็ไม่เรียกว่าเขาเป็นคนดี ส่วนลึกของจิตใจมันวัดกันที่การกระทำ เขาทำกับคนอื่นดี เขาก็ทำกับเราดี... เขาก็คงดีมาตั้งแต่เกิดแล้ว ไม่ต้องให้ใครมาอบรมสั่งสอน เขาก็เป็นคนดีได้ พอเขามาเรียนเป็นพยาบาล เขาถูกสอนให้ช่วยเหลือคนไข้ เขาก็ยิ่งดีมากขึ้น เขาจึงใจดีกับคนป่วยได้โดยที่เขาไม่มีอารมณ์หงุดหงิด... จิตใจดีนี้สำคัญกว่า เพราะแม้คนไข้จะดี ถ้าพยาบาลใจร้าย เขาก็คงไม่ทำอะไรให้เราดี ๆ เหมือนที่พี่เคยเจอตอนไปคลอด...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“พี่คิดว่ามันยังมีพื้นฐานของตัวเอง... มันขึ้นอยู่กับพื้นฐานของจิตใจของคนคนนั้นด้วย คนที่ดูดาคนอื่น คนที่ไม่เห็นความรู้สึกเจ็บปวด ความขมขื่นของคนอื่นเป็นเรื่องสำคัญ... คนที่มีจิตใจอย่างนั้นเขาจะไม่มีทางจะทำอะไรที่ผิดๆ ให้กับคนไข้ได้... พี่ว่าพี่อยู่บนความเมตตา กรุณา เอื้ออาทรและเห็นใจคนอื่น มันเป็นเรื่องธรรมชาติของตัวเองอยู่แล้ว เราเป็นอย่างนี้อยู่แล้ว พื้นฐานจิตใจเป็นอย่างนี้มานานแล้ว พี่จึงทำอย่างนี้ (ให้การดูแล) กับคนไข้”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

นอกจากนี้ พยาบาล 1 ใน 3 รายนี้ยังอธิบายว่า ความรู้สึกสงสารทำให้อยากช่วยเหลือเมื่อเห็นผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีทุกข์ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่อาจเป็นผลมาจากพื้นฐานการเลี้ยงดูและการใช้ชีวิตในครอบครัวที่ปลูกฝังให้เกิดความเอื้ออาทรต่อกัน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เพราะเราเป็นอย่างนี้อยู่แล้ว จิตใจเราเป็นอย่างนี้อยู่แล้ว... รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนที่ยากช่วยเหลือคนอื่น ยากช่วยเหลือคนที่แย่กว่าเรา เพราะเรารู้สึกว่าเขาน่าสงสาร เพราะเขาเจ็บนะ เขาทุกข์นะ ยิ่งคนแก่ๆ คนที่น่าสงสารแล้วยังจิตใจห่อเหี่ยว มันบอกไม่ถูกนะว่าเป็นเพราะอะไร แต่มันอยู่ในใจเรานั้นว่า เราอยากทำให้คนอื่นดีขึ้น ไม่อยากให้เขาเจ็บ ไม่อยากให้เขาทุกข์ทรมาน อาจเป็นเพราะว่าพื้นฐานครอบครัวเราเลี้ยงเรามาอย่างนี้ไง ช่วยเหลือกัน เป็นห่วงกัน”

(เตือนใจ : พยาบาล)

1.1.2 การเอาใจเขามาใส่ใจเรา พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย และพยาบาล 3 ใน 5 รายอธิบายสอดคล้องกันว่า สาเหตุหนึ่งที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเพราะพยาบาลมีความเข้าใจ และคำนึงถึงความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ดังเช่นกรณีของชัยซึ่งเล่าว่า พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยจึงไม่แสดงความรังเกียจ ไม่หงุดหงิดและไม่ใช้คำพูดที่ทำให้ชัยต้องเสียใจ และ

พยาบาลคือ ทศนีย์ เล่าว่าจะไม่โกรธผู้ป่วยที่ก้าวร้าวแต่พยายามทำความเข้าใจพฤติกรรม และหาเหตุผลของการเกิดพฤติกรรม เช่น อาจเป็นเพราะความเครียด หรือความเจ็บปวดที่กดดันผู้ป่วย

“จิตใจดี จิตใจประเสริฐ...คือใจดี ไม่โมโห ไม่ว่าคนไข้ คิดถึงใจเขาใจเรา ถ้าเปรียบเป็นคนก็พี่...(เอ่ยชื่อพยาบาล) แบบนั้นแหละ แกใจดีไม่รังเกียจ ทำให้หมดถ้าแกมาที่เตียง ถามก็ถามดี คือ พูดเพราะตลอดเลย แกไม่พูดให้คนไข้เสียใจ รักษาหัวใจ คนไข้โรคนี้ (โรคเอดส์) นะพี่ มันน้อยใจอยู่แล้ว พูดอะไรสักนิดมันก็คิดมาก พี่...(เอ่ยชื่อพยาบาลคนเดิม) เหมือนแกรู้ แกจะมาถาม มาพูดกับผม... เอาใจเขามาใส่ใจเรา จะพูดสักคำก็คิดก่อนพูด คิดถึงจิตใจคนไข้ ถ้าพูดแล้ว คนไข้ไม่สบายใจ เขาก็ไม่พูด คนแบบนี้เขาเกิดมาเพื่อเป็นคนดี จิตใจสวยงาม จิตใจดี... ขอช่วยให้ทำอะไรรักไม่อารมณ์เสีย...ไม่ใส่อารมณ์กับคนไข้”

(ชัย : ผู้ป่วย)

“...เขา (ผู้ป่วย) จะไวยวาย เสียงดัง พูดจาไม่ไพเราะอะไรอย่างนี้ เราจะรู้สึก ว่าไม่อยากดูแลอยู่แบบเดียว แล้วจะพยายามเข้าใจนะว่าเขาคงเครียด เขาคงเจ็บปวด เขาถึงมีพฤติกรรมแบบนั้นออกมา... คือไม่อยากดูแลมันจะแค่แบบๆ คือก้าวร้าวมันก็จะทำให้เราเกิดอารมณ์บ้างนะ แต่ก็พยายามเข้าใจ ใจเวลาเขา เพื่อที่จะทำให้เราเกิดความเข้าใจเขา เพราะบางทีคนเรามันไม่อยากก้าวร้าว แต่ความเจ็บปวดทรมานมันทำให้เขาแสดงความก้าวร้าวออกมา เพื่อเป็นการระบายออกได้เหมือนกัน”

(ทศนีย์ : พยาบาล)

นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายตรงกันว่า พยาบาลดูแลผู้ป่วยเพราะเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกับความรู้สึกที่พยาบาลได้รับมาก่อน ดังเช่นกรณีของเสรี ซึ่งคิดว่าเพราะพยาบาลเคยมีความเจ็บปวด หรือเพราะมีความเป็นอยู่อย่างลำบาก จึงเข้าใจความรู้สึกของเสรี ส่วนพยาบาลคือ จิราพร ซึ่งได้ประสบกับพฤติกรรมที่ไม่ดีบางอย่างของพยาบาล จึงทำให้จิราพรไม่แสดงพฤติกรรมเช่นนั้นกับผู้ป่วย

“เขา (พยาบาล) อยากช่วยให้ผมหายปวด เขาก็รู้ว่าปวดหัวมันทรมาน เพราะพี่พยาบาลคน...(บรรยายลักษณะพยาบาล) เขาบอกว่า เวลาปวดหัวเขาก็ปวดมากเหมือนกัน เขาก็รู้ว่าปวดหัวมันทรมาน เขาเข้าใจดี ...บางคนเขาเห็นใจ เข้าใจคนโรคเอดส์ว่าไม่มีเงิน งานไม่ได้ทำเลย แต่ต้องจ่ายทุกวัน...เขาเข้าใจว่าคนจนอยู่กันลำบาก เขาคงรู้ว่าคนจนอยู่กันอย่างไร สภาพที่ไม่มีเงินเป็นอย่างไร พยาบาลคนนั้นเขาอาจจะมึนงงเรียนหนังสือ (เสรีมีน้องกำลังเรียนชั้นมัธยมปีที่ 5) เขาก็คงลำบากเหมือนกัน เขาก็รู้จักว่าคนจนอยู่ก็ลำบากอยู่แล้ว ให้มาจ่ายเงินมากๆ ก็ไม่มีอะไรให้

กิน ถ้าเหมือนพวกรวยๆ เขาไม่เข้าใจสภาพคนจน เขาโตมามีเงินใช้สมบูรณ์ ไม่ลำบาก เขาก็ไม่เข้าใจว่าความลำบากมันเป็นยังไง”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“เคยเจอตอนแม่ไม่สบาย ปู่ไม่สบายเข้าโรงพยาบาล...ไปถามอะไรพยาบาล เขาพูดไม่เพราะเลย ตอบมาห้วนๆ ลั่นๆ ตอนนั้นเราไม่ชอบเลย พอเรามาเป็นพยาบาลสิ่งที่เราเคยเจอมาแล้วตอนนั้นเราไม่ชอบเราก็ไม่อยากทำกับคนไข้ที่มาหาเรา มาขอช่วยเรา เพราะจะนึกถึงตัวเองว่าเราไม่ชอบแบบไหนเราก็ไม่ทำ เราชอบแบบไหนเราก็จะทำให้คนไข้แบบนั้น ...ส่วนใหญ่เวลาจะทำอะไรให้คนไข้ จะนึกถึงตัวเอง ถ้าตัวเองต้องการอะไร ต้องการแบบไหน เราก็จะคิดว่าเขาก็ต้องการเหมือนกัน...ยังคิดเลยว่าถ้าเขาเป็นพี่น้องเราเอง แล้วมานอนอยู่แบบนี้ เราจะรู้สึกอย่างไร ก็เลยทำให้พยายามสัมผัสเขา พูดคุยกับเขา พูดให้เขาเกิดกำลังใจ”

(จิราพร : พยาบาล)

1.1.3 ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ เป็นความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายไว้ 3 ลักษณะ คือ ทำหน้าที่ต่อผู้ป่วยให้ดีที่สุด ตระหนักในสิทธิผู้ป่วยและปกป้องภาพพจน์ของพยาบาล ดังนี้

ทำหน้าที่ต่อผู้ป่วยให้ดีที่สุด ผู้ป่วย 5 ใน 6 รายและพยาบาล 3 ใน 5 รายอธิบายตรงกันว่า เมื่อพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องรับผิดชอบทำให้ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ดังเช่นคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือ พิมล ซึ่งเข้าใจว่าพยาบาลคือผู้ที่ทำหน้าที่คอยดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะบุคคลที่จะเรียนพยาบาลได้ต้องมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และพร้อมที่จะทำหน้าที่ให้ดีที่สุด และพยาบาลคือ ทศนีย์ ซึ่งรับรู้มาตลอดว่าหน้าที่ของพยาบาลคือการดูแลผู้ป่วยทุกคนทุกโรคให้ดีที่สุด พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่ที่ได้รับจากการเป็นพยาบาลให้สมบูรณ์ที่สุด และการละเลยต่อหน้าที่จะทำให้ทศนีย์รู้สึกผิดและไม่สบายใจ

“เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่เขาต้องดูแลเรา เขาร่ำเรียนมาให้ช่วยชีวิตคนไข้ พี่เป็นคนไข้ที่ต้องไปพึ่งพยาบาล พยาบาลก็ต้องช่วยพี่ ดูแลพี่ให้ดีที่สุด เหมือนเขาได้ทำหน้าที่ที่ดีที่สุด เหมือนอย่างพี่ที่มีลูก พี่ก็ต้องทำหน้าที่เลี้ยงลูกเขาให้ดีที่สุด ให้เขาเติบโต และเป็นคนดี... เขา (พยาบาล) ทำหน้าที่ของเขาอย่างดี หน้าที่ที่เขาจะต้องช่วยเหลือคนไข้ ที่เขามาเรียนพยาบาลก็แสดงว่าเขาต้องเต็มใจดูแลคนไข้ เขาก็ต้องทำให้ดีที่สุด...คนที่ทำให้เราดี ๆ เพราะเขาทำหน้าที่ของเขาอย่างดี”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“...มันก็เป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องทำ หน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลคนไข้ทุกคน ไม่ว่าใครอะไร...แต่เราจะทำได้ดีหรือเปล่านั้นก็ต้องออกมาจากความรู้สึกของเรา ว่า เรามีความรู้สึกอย่างไร สนใจเอาใจใส่ต่อเขา (ผู้ป่วย) แค่ไหน...หน้าที่ทุกคนทำได้ แต่ทำให้สมบูรณ์ ให้คนไข้รู้สึกดี มีความสุข รู้สึกซาบซึ้งมันเป็นการทำหน้าที่ให้ดีที่สุด และในการทำหน้าที่ของเรามันก็เป็นความรู้สึกอยากจะทำ ถ้าเราไม่ทำเราจะรู้สึกผิด ไม่สบายใจนะ เหมือนไม่ได้ทำหน้าที่ให้สมบูรณ์... คนเราเกิดมาต้องทำหน้าที่ให้สมบูรณ์ เป็นพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ให้ดี เราก็ต้องรับผิดชอบทำให้ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

ตระหนักในสิทธิผู้ป่วย พยาบาลทั้ง 5 รายรับรู้ว่าอีกบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย คือการตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย โดยอธิบายไว้ 2 กรณีคือ สิทธิในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง และสิทธิตามกฎหมาย ดังนี้

กรณีที่ 1 สิทธิในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง พบว่า พยาบาลทั้ง 5 ราย ให้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วยว่า เป็นเพราะพยาบาลคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในฐานะที่เป็น มนุษย์คนหนึ่งที่มีความเท่าเทียมกันทุกคน ทุกโรค ดังคำบอกเล่าของพยาบาลรายหนึ่งว่า

“...คนไข้ทุกคนมีความเท่าเทียมกันในการเกิดมาเป็นมนุษย์คนหนึ่ง เขามีสิทธิได้รับการดูแลจากเรา เหมือนกันกับคนไข้โรคอื่นๆ ...คนไข้ทุกคนเขามีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากเราเท่าๆ กัน มันเป็นงานของเราเป็นหน้าที่ของเราเหมือนกันที่จะต้องทำให้คนไข้ ที่จะต้องดูแลคนไข้เหมือนกัน คนไข้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันหมด ในการเกิดมาเป็นมนุษย์คนหนึ่ง”

(จิราพร : พยาบาล)

กรณีที่ 2 สิทธิตามกฎหมาย พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเพราะพยาบาลได้คำนึงถึงข้อกำหนดของกฎหมาย ที่กำหนดสิทธิของผู้ป่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไว้ ดังคำบอกเล่าของเดิมดวงที่ อธิบายเหตุผลในการให้สิทธิผู้ป่วยหรือการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการดูแลทุกครั้งว่า

“ปัจจุบันกฎหมายก็ผูกมัดเราอยู่ จะทำอะไรก็ต้องระมัดระวัง...คือคนไข้เขามีสิทธิ เป็นสิทธิของคนไข้ คือเขาจะมีขอบเขตของเขายู่แล้วว่า เขามีสิทธิตามกฎหมาย ในฐานะของคนไข้เขามีสิทธิอะไรบ้าง ตรงนี้เราต้องดูด้วย เพราะคนไข้เขามีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากพยาบาล และมีสิทธิปฏิเสธ เขาต้องได้รับการดูแลที่ดี...

กฎหมายในเรื่องนี้ ทำให้เราทำในขอบเขตที่ควรจะทำ คือเราไม่ไปก้าวล่วงสิทธิของเขา คือตามปกติเราก็ดูแลอยู่แล้ว แต่กฎหมายก็ตีกรอบให้เราปฏิบัติไม่ให้ไปละเมิดสิทธิของคนไข้”

(เต็มดวง : พยาบาล)

ปกป้องภาพพจน์ของพยาบาล พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายถึงเหตุผลของการแสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยนว่า เหตุผลหนึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการที่จะรักษาภาพพจน์ของพยาบาลในสายตาของผู้ป่วย ดังที่เต็มดวงได้เล่าว่า การเห็นพยาบาลคนอื่นแสดงพฤติกรรมที่เต็มดวงรู้สึกว่าจะทำให้ภาพพจน์ของพยาบาลเสื่อมเสีย ส่งผลให้เต็มดวงไม่ทำเช่นนั้นกับผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่ว่า

“...คนอื่นที่เขาทำหยาบๆ กับคนไข้ พูดหยาบๆ พูดว่าคนไข้ เราเห็นแล้วยังรู้สึกไม่ดี ก็จะไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์อย่างนั้น...เราจะไม่ทำอย่างนั้นให้เกิดภาพพจน์ที่ไม่ดีของพยาบาลในแง่ลบขึ้น เพราะเวลาคนไข้มอง เขาจะมองรวม ทำอะไรไม่ดีเขาจะเหมามาหมดทุกคน จึงต้องรักษาภาพพจน์ของพยาบาลไว้ คนไข้ไม่แยกตัวบุคคลหรือกว่า คนนั่นเองที่ไม่ดี แต่เขามองรวมหมดทุกคนไปเลยว่าพยาบาลไม่ดีอย่างนั้นอย่างนี้ เราจึงต้องดูแลเขาไม่งั้นเดี๋ยวเขาจะมองว่าพยาบาลไม่ดี...คืออยากให้เขามองภาพพจน์ของพยาบาลดีขึ้น ถ้าเกิดว่ามันไม่ดีขึ้นก็อย่าให้มันทรุดลงกว่าเดิม ...ตัวเราเองต้องทำตัวให้ดี”

(เต็มดวง : พยาบาล)

1.1.4 ความปรารถนาที่จะดูแล พยาบาล 1 ใน 5 รายอธิบายว่า ให้การดูแลผู้ป่วยเพราะมีความตั้งใจ และความเต็มใจของพยาบาลที่จะดูแล ดังคำบอกเล่าของทัศนีย์ว่า เพราะตนเองมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะดูแล จึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้สำเร็จตามเป้าหมาย

“ความตั้งใจ ความเต็มใจของเราเองที่จะให้การดูแลคนไข้ เราตั้งใจ เต็มใจที่จะทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความสนใจ เอาใจใส่ ทำให้เขาสบายใจเป็นความเต็มใจของเรา เมื่อไหร่ที่เรามีความเต็มใจ และมีความตั้งใจที่จะทำให้เขา เราก็จะทำตรงนั้นให้เขาอย่างดีที่สุด และเมื่อเรามีความตั้งใจ ความเต็มใจ เราก็จะมีเป้าหมายว่าเราจะทำสิ่งนั้นเพื่ออะไร และเราก็จะทำจนถึงจุดที่เราต้องการ”

(กัลยา : พยาบาล)

1.2 มีความรู้และประสบการณ์ ผู้ป่วยและพยาบาล อธิบายว่า ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลมีผลต่อการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใน 3 ลักษณะ คือ เกิดความมั่นใจและไม่กลัวการติดเชื้อ เกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วย และสามารถบริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

เกิดความมั่นใจและไม่กลัวการติดเชื้อ ผู้ป่วย 3 ใน 6 รายและพยาบาล 3 ใน 5 ราย อธิบายสอดคล้องกันว่า การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจและไม่กลัวที่จะดูแลผู้ป่วย ดังเช่น คำบอกเล่าของผู้ป่วย คือ สีดา เล่าว่าพยาบาลไม่รังเกียจเพราะมีความรู้ ซึ่งต่างจากมารดา พี่สาวและหลานเล็กๆ อีก 2 คน ที่ไม่เข้าใกล้ ส่วนพยาบาลคือ เตือนใจ ซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์เป็นระยะเวลา 4 เดือน เล่าว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างลึกซึ้ง ทำให้มีความมั่นใจในการพูดคุยและให้คำแนะนำผู้ป่วย กล้าเข้าใกล้และสัมผัสผู้ป่วยโดยไม่กลัวติดเชื้อ เพราะมั่นใจว่าโรคนี้ติดต่อได้ทางใดบ้าง และการฝึกอบรมครั้งนี้ เตือนใจได้ฝึกฝนทักษะการให้คำปรึกษาในสถานการณ์จริง จึงเพิ่มความมั่นใจมากขึ้น

“...เขา (พยาบาล) ก็รู้แหละว่ามันไม่ติด แต่จับตัว ถูกตัว อยู่ใกล้กันมันไม่ติดนะ แต่ที่บ้านเขาไม่รู้เขาก็กลัว เราก็บอกเขาว่ามันไม่ติด...อยู่ที่บ้านถูกรังเกียจ ใครๆ ก็กลัว พูดแล้วยังกลัว...พยาบาลเขาไม่รังเกียจเลย เขาเรียนมา เขามีความรู้มาก เกี่ยวกับโรคที่เราเป็นนี่ (โรคเอดส์) ติดต่อทางไหนเขารู้ดีอยู่แล้ว ถ้าที่บ้านเขารู้เท่ากับพยาบาลเขาก็ไม่รังเกียจเหมือนกัน”

(สีดา : ผู้ป่วย)

“ตอนแรกๆ ยังรู้สึกว่ามันไม่ค่อยน่าเข้าใกล้ เรากลัวที่จะเข้าไปให้ความรู้เขา แต่พอหลังจากกลับมาจากที่เรียนมา เราก็รู้สึกมั่นใจมากขึ้นที่จะให้ความรู้เขา ...การเรียนมันเพิ่มความรู้ยิ่งขึ้น พอเรารู้มากขึ้น...ได้ทำ counselling (การให้คำปรึกษา) คนไข้จริงๆ ได้เจอคนไข้จริงๆ มันก็จะยิ่งมั่นใจ คือว่าการเรียนมันเพิ่มความรู้ ความมั่นใจที่จะไปคุยกับคนไข้ เข้าไปหาคนไข้...ก่อนไปอบรม มีความรู้สึกที่เราไม่ค่อยรู้จักโรคเอดส์ดีพอ รู้จักแต่ว่าเอดส์คือโรคๆ หนึ่งทำให้เกิดอาการอย่างนั้นๆ เกิดอาการอย่างนั้นๆ ติดต่อกันยังงี้บ้าง แต่เราไม่รู้มันจริง เราไม่มั่นใจ...เราไม่แน่ใจว่า น้ำลาย เสมหะมันติดหรือเปล่า แต่ว่าหลังจากเรารู้แน่ชัดขึ้นว่ามันติดต่อกันได้แค่ทางไหนบ้าง มันก็รู้สึกว่าเราทำอย่างนี้ เช่น จับคนไข้ไม่ติดนะ และก็คนไข้เคยถามคำถามมาว่า เขาจะเป็นยังงี้บ้าง เขาจะอยู่ได้นานแค่ไหน อีกนานมัย...เรามีความรู้มากขึ้น เข้าใจโรคมากขึ้น...เราก็พอที่จะแนะนำคนไข้เขาได้ว่าคุณเป็นอย่างนี้ คุณทำอย่างนั้นๆ อย่างนั้นๆ”

(เตือนใจ : พยาบาล)

นอกจากนี้ผู้ป่วยและพยาบาลยังรับรู้ตรงกันว่า ในการดูแลผู้ป่วยโอกาสที่พยาบาลจะรับเชื่อจากผู้ป่วยนั้นมีน้อย จึงทำให้พยาบาลไม่กลัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ดังเช่นคำบอกเล่าของพิมล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคแทรกซ้อนทางปอดและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งสภาพร่างกายภายนอกไม่มีบาดแผลและสิ่งคัดหลั่งใดๆ จึงทำให้พยาบาลสัมผัสและเข้าใกล้พิมลโดยไม่รังเกียจ และพยาบาลคือจิราพร ให้เหตุผลว่า สภาพผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะที่สามารถแพร่เชื้อให้พยาบาลหรือตัวพยาบาลเองไม่ได้อยู่ในสภาพของการเสี่ยงต่อการรับเชื่อจากผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมในการดูแลโดยไม่กลัวการติดเชื้อ

“...พยาบาลเขาก็รู้เหมือนกันว่าโรคนี้ติดต่อกันได้แค่ 3 ทาง แล้วพี่ก็ไม่ได้ทำให้เขา (พยาบาล) ต้องติดต่อกันทางใดทางหนึ่งใช่ไหม ตามตัวพี่ก็ไม่มีแผล ไม่มีเลือด พยาบาลเขาก็รู้ว่ามันไม่ติด (เชื้อเอชไอวี) อยู่แล้ว”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“...เวลาจับคนไข้ ในคนไข้กลุ่มนี้จะไม่ใส่ถุงมือเวลาจับเขา คือเรารู้ว่ามันไม่ติดกันง่าย ๆ หรือก ไม่ติดแน่ ๆ เพราะมือเราไม่มีแผล ตัวคนไข้ก็ไม่มีแผล เราก็ไม่ใส่ถุงมือ ไม่จำเป็นก็ไม่ต้องทำให้คนไข้เขารู้สึกว่าเรารังเกียจ...เพราะเรามีความมั่นใจว่า เราไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ถ้าเราอยู่ในสถานะที่เสี่ยงเราก็ต้องใส่ถุงมือ เช่น มีผื่นตามตัวเยอะแยะ มีหนอง มีเลือด หรือว่ามีแผลอะไรอย่างนี้ก็ใส่ถุงมือ”

(จิราพร : พยาบาล)

เกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ผู้ป่วย 1 ใน 6 รายและพยาบาล 2 ใน 5 ราย เล่าตรงกันว่า การที่พยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยเอดส์อยู่ทุกวัน ได้พบกับผู้ป่วยหลายๆ คน ทำให้พยาบาลมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วย จึงไม่ตื่นกลัวที่จะให้การดูแล ดังเช่นกรณีของเสรี ซึ่งถูกรังเกียจจากญาติๆ ไม่ยอมเข้าใกล้ เพราะญาติของเสรีไม่คุ้นเคยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เสรีให้เหตุผลว่าการที่พยาบาลไม่รังเกียจ เพราะพยาบาลได้คลุกคลีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกวัน และปัจจุบันก็มีจำนวนมากขึ้น และพยาบาลคือจิราพร ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มา 2 ปี ให้เหตุผลว่า การได้คลุกคลีกับผู้ป่วยมากขึ้น และทุกวันจึงเกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโรคนี้ และประสบการณ์ที่ได้รับยังสามารถนำมาปฏิบัติกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ต่อไป

“...แต่เขา (พยาบาล) พบอยู่ทุกวัน ผมว่าทุกตึกต้องมีคนไข้เอดส์ ตึกนี้ไม่ใช่มีแต่ผม เดี๋ยวนี้ก็มี 21 ก็ใช่ ที่ผมไม่รู้ก็อาจจะมียีก พยาบาลเขาพบอยู่ทุกวัน เขาทำอยู่ทุกวันเขาก็ชินแล้ว เขาเลยไม่กลัว... เขาเฉยๆ ไม่ตื่นเต้นกันแล้ว เจอทุกวัน ทำอยู่ทุกวัน มันก็เฉยๆ แล้ว ไม่กลัวแล้ว ทำมามากจนชิน”

(เสรี : ผู้ป่วย)

“อีกอย่าง การที่เราได้เจอกับคนไข้เอชไอวีเยอะขึ้นเมื่อมาทำงาน เจออยู่
ทุก ๆ วัน ทำให้เราเกิดความคุ้นเคยก็เลยไม่กลัว...หรือว่าเราได้ทำแล้วสิ่งนั้นออกมาดี
ทำอย่างนี้แล้วดี ทำอย่างนั้นแล้วดี เราก็เก็บสะสมมาแล้วก็ทำอย่างนั้นไปเรื่อย ๆ
สังเกตผลที่เกิดขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่ต้องกลัวหรือกังวลใจตอนทำ เพราะทำแล้วก็ไม่ได้
ก่อให้เกิดปัญหาต่อคนไข้ มีแต่ผลดี คนไข้ก็ดี เราก็รู้สึกดี”

(จิราพร : พยาบาล)

นอกจากนี้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาล 1 ใน 2 รายนี้เข้าใจธรรมชาติ
ของชีวิตที่ว่า ความเจ็บป่วย และความตายเป็นธรรมดาของชีวิตที่จะต้องเกิดขึ้นเมื่อถึงเวลา
พยาบาลรายนี้จึงไม่รังเกียจและไม่กลัวที่จะให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังคำ
บอกเล่าถึงเหตุผลที่พยายามสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพบาลไม่รังเกียจ โดยการสัมผัสและไม่สวม
ถุงมือโดยไม่จำเป็น

“...พี่ไม่กลัว พี่เป็นคนไม่ค่อยกลัวอะไรอยู่แล้ว เพราะชีวิตคนเราเมื่อถึงเวลา
จะตายจะป้องกันอย่างไรมันก็ตายได้ รถวิ่งมาชนในบ้านก็ยังตาย นอนอยู่ในบ้านคาน
ยังตกลงมาทับขาหักได้เลย พี่คิดอย่างนี้ละ...”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

สามารถบริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาล 2 ใน 5 ราย ให้
เหตุผลว่า ประสบการณ์การทำงานทำให้พยาบาลสามารถบริหารเวลาได้ดีขึ้น จึงมีเวลาสำหรับ
การเข้าไปหาหรือพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ดังเช่นเตือนใจเล่าถึงความแตกต่างในการทำงานเมื่อ
จบใหม่กับเมื่อผ่านประสบการณ์มา 5 ปี และกัลยาซึ่งมีประสบการณ์การทำงานมา 12 ปี
เล่าว่า การวางแผนการทำงาน จะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้สำเร็จตามเป้าหมาย

“ตอนแรกจบมาทำงานใหม่ๆ เราไม่ค่อยได้เข้าไปพูดคุยกับคนไข้ ไม่ค่อย
เข้าไปดูแลคนไข้เท่าไร เพราะเรากลัวว่าจะทำงานไม่ทัน เราไม่มีเวลา เหมือนกับไป
เช็ดตัวคนไข้ ไปนั่งคุยกับเขา แต่พอเราทำงานมานานๆ เราเริ่มมีประสบการณ์เยอะ
ขึ้น เราก็รู้สึกว่า เราจะแบ่งเวลาได้ว่าตอนนี้เราควรทำอะไร ต้องทำอะไร ตอนไหน
บ้าง เวลาไหนบ้าง เวลาที่เหลือเราจะทำอะไร เราก็จะมีเวลาดูแลคนไข้ได้”

(เตือนใจ : พยาบาล)

“...อีกอย่างก็คือ การที่เรามีการวางแผน หมายถึงว่าเราต้องรู้จักคนไข้ก่อน
ถ้าเราไม่รู้จักเราจะเข้าไปเลยไม่ได้ เพราะเราไม่รู้ปัญหาจริง ๆ ของเขา ไม่รู้ความต้องการ
การแท้จริงของเขา เราจึงต้องวางแผนศึกษาค้นคนไข้ก่อน ถ้าขึ้นมาแบบทำ ๆ ไปไม่รู้ไม่
ได้ ถ้าทำได้ก็แค่การพยาบาลตามแผนการรักษา... เราต้องอ่านประวัติคนไข้ทุกคนใน
ทีมก่อน ทำความรู้จักเบื้องต้นก่อน แต่ยังไม่รู้จักอะไรมาก พอเราไปเยี่ยมตรวจเราก็

จะรู้ว่าเขามีปัญหาอะไร...ช่วงนั้นเราก็วางแผนแล้วว่าเดี๋ยวในช่วงที่เราทำกิจกรรมอะไรให้คนไข้อย่างอื่นเสร็จ ทำตามแผนการรักษาเสร็จ เราต้องจัดเวลาในเวรเราส่วนหนึ่งเข้าไปพูดคุยกับเขา...หรืออาจจะคุยแบบๆ หลังคนไข้กินข้าวเสร็จก็ได้ บางทีคุยแบบๆ ก็ได้เยอะ ถ้าเรารู้ว่าเราจะคุยอะไร วางแผนไว้ว่าจะคุยอะไร”

(กัลยา : พยาบาล)

1.3 มนุษยสัมพันธ์ที่ดี ผู้ป่วย 1 ใน 6 รายอธิบายว่า การที่พยาบาลแสดงออกต่อผู้ป่วยในลักษณะของความเป็นกันเอง ทักทาย และพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นเพราะพยาบาลมีมนุษยสัมพันธ์ ดังที่ผู้ป่วยรายนี้คือ ทนงค์ ซึ่งได้รับการทักทายและได้พูดคุยกับพยาบาลอยู่เสมอ แต่ก็ยังมีพยาบาลบางคนที่ไม่ถาม ไม่ทักทาย ซึ่งทนงค์ให้เหตุผลว่า เพราะพยาบาลแตกต่างกันด้านมนุษยสัมพันธ์

“...นิสัยคนมาแล้ว คนที่นิสัยชอบพูด ชอบคุยเขาก็จะถาม มาพูดคุยกับคนไข้ แต่คนที่ไม่สนใจใครเขาก็ไม่ถาม เดินผ่านไปผ่านมาเขาก็ไม่ถาม ไม่คุย...เพราะนิสัยเขาไม่เหมือนกัน คนที่มาพูด มาคุยเขามีมนุษยสัมพันธ์กับคนไข้ เขารู้ว่ากับคนไข้ควรจะพูดให้มากๆ เพราะคนไข้บางคนเขาพูด เขาบอกไม่ถูก เขาพูดไม่เป็น เหมือนผมถ้าให้ผมพูดกับใครก่อนผมเริ่มไม่เป็น แต่ถ้าถามผมพูดได้ ให้ผมเล่าผมเล่าได้...”

(ทนงค์ : ผู้ป่วย)

2. ระยะเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้สงสารและเห็นใจ

เป็นปัจจัยส่งเสริมด้านพยาบาล ตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มพยาบาล ซึ่งอธิบายไว้ว่า ระยะเวลาที่พยาบาลได้ให้การดูแล และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้พยาบาลรับรู้สภาพความเจ็บป่วยและการมีชีวิตอยู่อย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย พยาบาลจึงเกิดความสงสาร เห็นใจ และอยากช่วยเหลือผู้ป่วย ดังเช่นกรณีของทัศนีย์ ซึ่งดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มา 6-7 ปีแล้วว่า การพบเห็นสภาพผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ทำให้เห็นใจผู้ป่วยและอยากช่วยเหลือ และเตือนใจแล้วว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้รับรู้สภาพชีวิตที่มีแต่ปัญหาและความเลวร้ายจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์จึงเกิดความสงสาร

“การทำงาน สิ่งที่เราพบ สิ่งที่เราเห็นมันซึมซับเข้าไปในตัวเรา พี่หมายถึงสิ่งที่เราเรียนมาในทฤษฎี ครูสอนมาอย่างนี้ อย่างนั้น บางทีนึกไม่ออกนะว่าคนไข้ที่มีความเจ็บปวด เขารู้สึกอย่างไร แต่พอเรามาทำงานจริง มาเจอจริงๆ ได้มาเห็นสภาพคนไข้จริงๆ เป็นอย่างไร เขาเจ็บปวดนะ เขาทุกข์ทรมาน มันจะทำให้จิตใจเราารู้สึกเห็นใจคนไข้ เกิดความรู้สึกว่าเราต้องช่วยเหลือเขา เราต้องทำแทนเขาเวลาเขาทำไม่ได้ เราต้องเอื้ออาทรเขา ถ้าเราเรียนมาก็จริง แต่ถึงเรียนมาแล้วไปทำงานอื่น เราจะ

ไม่เห็นความสำคัญและมีพฤติกรรมอย่างนี้ การทำกับคนไข้ของพยาบาลที่จบพยาบาลแล้วไปทำงานอื่น กับพยาบาลที่จบพยาบาลแล้วมาทำงานในตึกมันต่างกันอยู่แล้ว”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

“...พอเราได้เห็นประสบการณ์ของคนไข้ว่า เขาเลวร้ายอยู่แล้วนั่นพี่ เขาแยกไปแล้ว คือประเภทเงินก็ไม่มี สามีเป็น แม่ติดลูกติด เจอประเภทต้องไปปลุกกระต๊อบ แยกไปอยู่หลังบ้านต่างหากอะไรแบบนั้นคือมันน่าสงสาร อีกรายตัวเองเป็นลูกคนเล็ก เป็น คนโตไม่เป็น แม่คนไข้เองนะเอาลูกชายคนโตไปเลี้ยง แล้วปลุกบ้านให้คนไข้ แยกไปอยู่ต่างหากกับลูกคนเล็ก...คิดนะว่าอะไรชีวิตเขาจะแยขนาดนั้น...ส่วนใหญ่ก็ผู้ชายไปมีเมียบ่อย และก็ติดจากเมียบ่อยมา แล้วพามาติดเขา แล้วก็ไปอยู่กับเมียบ่อยปล่อยให้เมียหลวงนอนแบบไม่มาดูแล แล้วความรู้สึกคนไข้ โอ มันแยจริงๆ... ทำให้เรารู้สึกเห็นใจเขา อยากช่วยเหลือเขามากขึ้น...”

(เดือนใจ : พยาบาล)

3. เกิดกำลังใจจากการให้การดูแล

เป็นปัจจัยส่งเสริมด้านพยาบาลตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มพยาบาล โดยพยาบาล 4 ใน 5 ราย อธิบายว่าผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยจากการให้การดูแลและการตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดกำลังใจและให้การดูแลผู้ป่วยตลอดมา ดังเช่นจิราพรที่เล่าเหตุผลของตนเองว่า

“ทำแล้วเราเห็นภาพที่เกิดขึ้น... ทำให้รู้สึกดีใจ รู้สึกชื่นใจ มีความสุขใจเราก็ทำมาเรื่อยๆ ทำอยู่ตลอด...หรือได้ทำสิ่งนั้นออกมาดี ทำอย่างนี้แล้วดี ทำอย่างนั้นแล้วดี เราก็มีกำลังใจ เราก็เก็บสะสมมาแล้วก็ทำอย่างนั้นมาเรื่อยๆ...”

(จิราพร : พยาบาล)

นอกจากนี้ ความรู้สึกที่ได้ให้การดูแลและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลที่ทำให้พยาบาลมีความสุข เกิดพลังกายพลังใจ และเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ ยังเป็นกำลังใจอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้พยาบาลมีแรงจูงใจในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังที่พยาบาลทั้ง 5 รายได้ให้รายละเอียดไว้แล้ว (หน้า 94-98)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่งเสริมการดูแลด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา และมีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 6 รายและพยาบาล 2 ใน 5 ราย รับรู้ตรงกันว่าผู้ป่วยที่พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลจะเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลอยากให้การดูแล ดังที่พิมลเชื่อว่าการที่ตนเองพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างตามที่พยาบาลแนะนำ เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลอยากให้การดูแลตนเอง และพยาบาลคือ กัลยา ซึ่งเล่าว่าผู้ป่วยที่พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและพยายามพึ่งพาตนเอง จะทำให้กัลยารู้สึกอยากช่วยเหลือ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เพราะพี่เป็นคนไม่มากเรื่อง อะไรก็ได้ พยาบาลบอกให้พี่ทำอะไร พี่ก็ทำหมด บอกให้กินยาพี่ก็กิน บอกให้กินข้าวเยอะๆ พี่ก็พยายามกิน บอกให้กินนมพี่ก็กิน พี่ทำทุกอย่างเขาก็เห็นว่าไม่มากเรื่องใช่ไหม พี่ว่าแบบพี่พยาบาลเขาก็ไม่เหนียว... เขาก็อยากช่วยเรา... พี่เชื่อพยาบาลเขา เพราะเราไม่สบาย เราไม่มีความรู้ เราจะเถียงจะดื้อกับหมอกับพยาบาลเขาไม่ได้ เราต้องเชื่อเขา เขาทำทุกอย่างเพราะเขาอยากให้เราหาย..เราไม่ดื้อเขาก็ไม่หนักใจ อยากช่วยเรา...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“...อีกอย่างนะในคนที่พยายามช่วยตัวเอง...พยายามทำเองในสิ่งที่เราประเมินดูแล้วว่าเราสามารถทำได้ ทำตามคำแนะนำของพยาบาล... มันทำให้เรารู้สึกว่าเป็นแรงจูงใจให้เรารู้สึกอยากช่วยเขา เพราะเขาได้พยายามทุกอย่างในสิ่งที่เขาทำเองได้ อะไรที่เขาทำไม่ได้ เพราะมันสุดความสามารถของเขาแล้ว เราจึงอยากทำให้เขาจริงๆ ...ถ้าเขาสกปรกเพราะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถดูแลตัวเองได้หรือไม่รู้สึกตัว แม้เขาจะบัสสาวะ อุจจาระ เบื่อนที่นอน เบื่อนเลือด เบื่อนอาหาร เราก็ยินดีที่จะทำให้”

(กัลยา : พยาบาล)

2. มีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย และพยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายสอดคล้องกันว่าสภาพผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีญาติคอยเฝ้าและช่วยเหลือ หรือมีปัญหาและอาการต่างๆ ที่ต้องได้รับการแก้ไข เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลให้การดูแล ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยคือ พิมลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบกับถูกญาติทอดทิ้งจึงไม่มีใครมาเฝ้าและคอยช่วยเหลือขณะที่เจ็บป่วย และพยาบาลคือ กัลยา ซึ่งรับรู้ว่ามีปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ พยาบาลจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาทุกข์ และเต็มดวง ให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือไม่มีญาติคอยเป็นเพื่อนและช่วยเหลือ ถ้าพยาบาลไม่ช่วยผู้ป่วยก็จะไม่ได้รับการตอบสนอง

“...ป้อนยาให้เวลาเราเพลียมาก ลูกขึ้นไม่ได้ พยาบาลเอายามาให้แล้วก็หยิบ
น้ำให้ ป้อนยาให้เรา...พยาบาลเขารู้ว่าพี่ทำอะไรไม่ได้ เขาก็ต้องช่วยเรา ไม่มีใครทำ
ให้...เราทำอะไรไม่ได้แม้แต่ลูกนั่งยังทำไม่ได้เลย พี่เพลีย หหมดแรงเลย เขา (พยาบาล)
เห็นอย่างนั้นเขาก็ช่วยพี่ เราไม่มีใครมาทำให้ พยาบาลเขาก็รู้ เขาทำให้ทุกอย่าง...”

(พิมล : ผู้ป่วย)

“...เขาปวด เหนื่อยง่าย หายใจก็ไม่สะดวก ไม่สุขสบายเลย บางคนก็เพลีย
มาก ไม่มีแรงทำอะไร ทำไม่ได้เลย เพราะถ่ายมาก เพราะกินไม่ได้ เจ็บปากเจ็บคอ
จิตใจก็วิตกกังวล เครียด ห่อแท้ง เงินก็ไม่มีจ่ายค่ารักษาพยาบาล...เห็นใจเขา เพราะ
เขาทุกข์ทรมาน เราอยากให้เขาบรรเทาทุกข์ ทั้งทุกข์กายทุกข์ใจ ทุกข์ทุกอย่างของ
เขา...”

(กัลยา : พยาบาล)

“...เรารู้ว่าเขาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำเองไม่ได้ก็ต้องช่วยเขา ถ้าเราไม่
ทำให้เขาก็ไม่ได้รับ ไม่มีใครมาทำให้เขา บางคนญาติก็ไม่มีพอที่จะช่วยให้เขาได้
รับ...ถ้าเราไม่ช่วยเขาก็ไม่ได้กินข้าว กินนอนอยู่อย่างนั้นไม่ได้กิน ...สงสารเขามากกว่า
คนอื่นอื่น ๆ ซะอีก ...เขาเป็นโรคที่ยังไม่ได้รับการยอมรับ เขาถูกรังเกียจจากคนอื่นที่รู้
ว่าเขาเป็นเอดส์ แล้วยิ่งคนที่ถูกญาติพี่น้องทอดทิ้ง ไม่มีญาติพี่น้องมาเฝ้า มาดูแล
เฝ้า จะยิ่งสงสารมากขึ้นไปอีก ...เขามีความทุกข์พออยู่แล้วที่เขาเป็นเอดส์ ญาติยัง
มาทอดทิ้งเขาให้อยู่ในโลกนี้คนเดียวอีก ไม่ได้พูดกับใคร นอนซึมอยู่คนเดียวเราจึง
ต้องดูแลเขา...”

(เต็มดวง : พยาบาล)

ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยและพยาบาล อธิบายถึงปัจจัยส่งเสริมการดูแลด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องใน 3
ลักษณะ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเพราะพยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแล ในขณะที่พยาบาล
อธิบายถึง แบบอย่างจากบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน ดังนี้

1. ได้รับมอบหมายให้ดูแล

เป็นปัจจัยส่งเสริมด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย โดย
ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย เข้าใจว่าการได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างสนใจ เอาใจใส่ เป็นเพราะ
พยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแล ดังกรณีของณรงค์ ซึ่งรับรู้เช่นนี้โดยประเมินและสรุปตาม
ความเข้าใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่า เมื่อแพทย์ตรวจพบความผิดปกติ แพทย์จะ
แจ้งกับณรงค์ว่าจะให้พยาบาลมาทำให้ หรือเมื่อณรงค์มีอาการผิดปกติพยาบาลจะต้องรายงาน
ให้แพทย์ทราบ

“...หมอเขาคงสั่งเอาไว้ เวลาผมมีอาการอะไร พยาบาลเขามาดูแล้วเขาจะไปบอกหมอ...เวลาผมปวดหัว อาเจียนเขาก็จะไปบอกหมอ...ตอนนั้นแขนที่แทงเข็มบวม หมอมาเห็นแกบอกว่าเดี๋ยวจะให้พยาบาลเอาออกให้นะ แล้วจะให้ยากิน สักพัก พยาบาลก็มาเอาออก”

(ณรงค์ : ผู้ป่วย)

2. แบบอย่างจากบุคคลอื่น

เป็นปัจจัยส่งเสริมด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มพยาบาล ซึ่งพยาบาลอธิบายไว้ 2 ลักษณะคือ แบบอย่างที่ดีจากบุคคลในวิชาชีพ และแบบอย่างที่ไม่ดีจากบุคลากรในที่มสุขภาพ ดังนี้

2.1 แบบอย่างที่ดีจากบุคคลในวิชาชีพ เป็นแบบอย่างที่พยาบาลให้การยอมรับและชื่นชมโดยมีการพิจารณาและตัดสินใจเลือกแบบอย่างจากบุคคลในวิชาชีพ 2 กลุ่ม คือ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลรุ่นพี่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 อาจารย์พยาบาล พบว่าพยาบาล 2 ใน 5 รายอธิบายว่า อาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อนักศึกษาในขณะฝึกปฏิบัติงาน โดยพฤติกรรมที่อาจารย์แสดงออกต่อผู้ป่วยในขณะนั้นจะเป็นแบบอย่างให้นักศึกษาคัดเลือกมายึดถือปฏิบัติตามจนหล่อหลอมมาเป็นพฤติกรรมของตนเอง ดังที่เตือนใจ เล่าถึงที่มาของพฤติกรรมการดูแลบางอย่างที่แสดงออกต่อผู้ป่วยว่า

“เราเห็นคนอื่นทำ อย่างช่วงขึ้นฝักเหี่ยว ตอนเรียนอยู่เราเห็นอาจารย์ทำตัวอย่างที่ดี เราชอบเราก็เก็บมาบางอย่าง... อย่างอาจารย์เขาเห็นคนไข้แล้วเขาจะทักคนไข้ เป็นใจบ้าง แล้วยิ้ม อาจารย์...(เอ่ยชื่ออาจารย์) นะพี่ แกเป็นตัวอย่างที่ดีนะ แกน่ารักมาก ก็ประทับใจมาก อาจารย์จะถามคนไข้ เป็นใจบ้าง ต้องการอะไรมัย คือแบบดูแลคนไข้ คือให้คนไข้ เราเห็นแล้วรู้สึกประทับใจ ก็จะจำไว้ทำกับคนไข้บ้าง เพราะเราเห็นอาจารย์ทำอย่างนั้นแล้วคนไข้รู้สึกดี”

(เตือนใจ : พยาบาล)

นอกจากนี้พยาบาล 1 ใน 2 รายนี้ อธิบายว่าการอบรมสั่งสอนและแบบอย่างจากอาจารย์ มีส่วนผลักดันให้ตนเองแสดงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...อาจจะเป็นเพราะว่าเราได้รับการอบรมสั่งสอนมาจากอาจารย์ตั้งแต่เรียน อาจารย์เขาสอนให้เราทำในสิ่งที่ดีกับคนไข้ ทำอย่างนั้นนะ ทำอย่างนั้นนะ แล้วอาจารย์เขาก็ทำอย่างนั้นให้เราเห็นอยู่ตลอด อะไรที่ดีๆ เราก็เก็บมาปฏิบัติตาม ทำตามที่อาจารย์เขาสอนเรามา แล้วผลมันออกมาดี เราก็ทำสิ่งนั้นมาเรื่อยๆ... เราถูกสั่งสอน

มาเรื่อยๆ ได้ยินอยู่บ่อยๆ ว่า ไม่ให้ทำไม่ดี ทำอย่างนี้นะ เราก็สะสมมาเรื่อยๆ มันก็เลยทำให้เราทำอย่างนี้กับคนไข้...”

(เติมดวง : พยาบาล)

2.1.2 พยาบาลรุ่นพี่ แบบอย่างที่ดีจากพยาบาลรุ่นพี่ที่พยาบาลได้ปฏิบัติงานร่วมกัน ทำให้พยาบาล 2 ใน 5 ราย เกิดการเรียนรู้และหล่อหลอมพฤติกรรมส่วนหนึ่งมาจากการยึดถือแบบอย่างที่ดีจากพยาบาลรุ่นพี่ ดังที่จิราพรเล่าถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ป่วยซึ่งเคยระมัดระวังตัวเองมากและใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วย และเตือนใจ ซึ่งทดลองเอาแบบอย่างจากรุ่นพี่ที่พูดคุยกับผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...พฤติกรรมเราเปลี่ยนมาเรื่อยๆ เมื่อก่อนไม่ได้เป็นอย่างนี้ ตอนเป็นนักศึกษาเราก็ระวังมากใส่ถุงมือทุกครั้งไม่ว่าจะทำอะไร แต่พอเรามาทำงาน มาสัมผัสจริงๆ เราก็เปลี่ยนแปลงความคิด เปลี่ยนแปลงการกระทำของเราไป จากที่เราเห็นพฤติกรรมของคนอื่นๆ เราได้เห็นแบบอย่างจากรุ่นพี่หลายๆ คน พี่คนนั้นทำอย่างนั้นแล้วดี ทำแล้วคนไข้พึงพอใจ ผลที่ออกมาดีกับคนไข้ เราก็เริ่มเรียนรู้ เอาของพี่คนนั้นมาด้วย ดึงของพี่คนนั้นมาบ้าง เอามาคนละแบบๆ ดึงเอาเฉพาะส่วนที่เราเห็นว่าดี มาเป็นแบบอย่าง มาปฏิบัติก็ออกมาเป็นอย่างนี้”

(จิราพร : พยาบาล)

“...เวลาที่พี่ๆ เขาทำแล้วคนไข้ดูเขาดีขึ้น เราก็เออ. ลองทำบ้าง ทำตามพี่เขา ดูบ้าง อย่างเช่น เข้าไปนั่งคุยกับคนไข้ แล้วคนไข้เขาก็คุยนะ เราก็เข้าไปนั่งคุยบ้าง... ก็รู้สึกว้าวเออ. ดีนะคนไข้เขาดูดีขึ้น...เราก็นำมาใช้กับการทำงานของเราบ้าง...”

(เตือนใจ : พยาบาล)

2.2 แบบอย่างที่ไม่ดีจากบุคลากรในทีมสุขภาพ พบว่าพยาบาล 4 ใน 5 ราย อธิบายว่า พฤติกรรมที่บุคลากรในทีมสุขภาพแสดงออกต่อผู้ป่วยแล้วตนเองเห็นว่าไม่เหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย จะมีผลให้พยาบาลไม่แสดงพฤติกรรมเช่นนั้น ดังเช่นกรณีของเตือนใจ ซึ่งได้เล่าถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองจากการได้เห็นพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ที่พูดคุยกับผู้ป่วย หรือเมื่อเห็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่สวมถุงมืออยู่ตลอดเวลาและทุกครั้งที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยว่า

“เวลาไปได้ยินใคร (บุคลากรทางการแพทย์) เขาพูดกับคนไข้... พูดแบบเหมือนไปสั่งเขาไปว่า เนี่ยคุณต้องทำอย่างนี้ๆ เหมือนไปใส่อารมณ์กับเขา แล้วคนไข้เขาจะมีความรู้สึกดีๆ ได้อย่างไร ขนาดเราฟัง เรายังรู้สึกไม่ดีเลย...เราจะรู้สึกว่าเราจะพูดอะไรกับคนไข้ เราจะคิดมากกว่าเดิมว่าพูดแล้วเขาจะรู้สึกอย่างไร จะคิดก่อนพูดว่าเราพูดไปแล้วกระทบความรู้สึกของเขาหรือเปล่า... การใส่ถุงมือก็เหมือนกัน

บางอย่างไม่จำเป็นไงพี่ อย่างเช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่จำเป็นต้องใส่ถุงมือแต่ห้อง (ผู้ช่วยเหลือคนไข้) เขาก็ยังใส่ หรือทำอะไรนิดอะไรหน่อยก็ใส่ถุงมือทุกอย่าง...เราไม่ทำอย่างนั้น... มันเหมือนได้กลับมาคิดอีกทีหนึ่งนะว่า เออ จริงๆ นะ เราเคยทำอย่างนั้นไม่เห็นดีเลย พอเห็นคนอื่นทำ ก็ยิ่งรู้สึกว่ามันไม่ดีกว่า”

(เตือนใจ : พยาบาล)

นอกจากนี้พยาบาล 1 ใน 4 รายนี้คือทัศนีย์ อธิบายเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมของบุคคลอื่นที่แสดงออกต่อผู้ป่วยแล้วตนเองเห็นว่าไม่เหมาะสมนั้น ทัศนีย์ไม่เพียงแต่ไม่ปฏิบัติในลักษณะเดียวกัน แต่ยังพยายามยับยั้งบุคคลอื่นไม่ให้แสดงออกต่อผู้ป่วย เพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยถูกซ้ำเติมให้รู้สึกเจ็บปวดยิ่งขึ้น

“...แม้แต่ไปวัดใช้บางคนก็ต้องใส่ถุงมือ... ทำอะไรให้กับคนไข้แม้แต่หยิบทิชชู วัดไข้ก็ใส่ไปหมด...รู้สึกว่ามันเกินไปนะ ไม่จำเป็นต้องใส่ถุงมือแต่ก็ใส่พี่รู้สึกนะ มันทำให้พี่ไม่อยากใส่ เพราะไม่อยากให้คนไข้รู้สึกแย่ไปกว่านั้นอีก...การพูดจาหรือการพูดถึงคนไข้ อย่างเช่นว่า ไม่เห็นจะน่าสงสารเลย โรคไปหามาเองอะไรทำนองนี้...รู้สึกว่าเขาไม่ควรพูด จะแนะนำเขาไปว่าอย่าพูดให้คนไข้ได้ยิน มันไม่ดี เพราะไม่มีใครอยากเป็น ถ้าคนไข้รู้ว่าเจ้าหน้าที่พูดอย่างนี้กับเขา เขาจะเสียใจ และมันก็ไม่ดีด้วยที่ไปว่าไปซ้ำเติมเขาอย่างนั้น...มันน่าจะมีความเห็นอกเห็นใจคนไข้มากกว่าที่จะซ้ำเติมเขา พี่ไม่พูดนะ และไม่เคยคิดที่จะซ้ำเติมเขาเลย... คนอื่นพูดพี่ยังคอยเตือน คอยพูดกับเขาว่าอย่าพูด”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

3. สัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน

เป็นปัจจัยส่งเสริมด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มพยาบาล โดยพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายว่าสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ร่วมงานหรือกับผู้บริหารเป็นบรรยากาศในหน่วยงานที่ช่วยให้ทำงานอย่างมีความสุข ไม่เบื่อหน่าย และไม่เกิดภาวะเครียด ซึ่งส่งผลและเอื้อให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังที่พยาบาลรายนี้เล่าว่า สภาพแวดล้อมการทำงานอันอบอุ่นเช่นนี้ทำให้ตนเองมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย

“ผู้ร่วมงานช่วยเหลือกันดี ทำให้สภาพแวดล้อมการทำงานมันอบอุ่นไงพี่ คือ สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานด้วยกันดี มีอะไรก็พูดกันได้ ไม่เครียด พอเราทำงานเรารู้สึกสนุกกับงาน หัวหนาก็เข้าใจลูกน้อง พี่...(เอ่ยชื่อหัวหน้าหอผู้ป่วย) แกนารักนะพี่ มีอะไรก็จะคุยกัน กับผู้ร่วมงานก็คุยกันได้ ไม่โกรธกัน บางคนอาจจะมีความเครียดบ้าง พอลงเวรไปก็หาย กลับขึ้นมาทำงานอีกทีก็เหมือนเดิมแล้ว หายแล้วไม่มีอะไรติดค้างในใจ มันก็จะทำงานร่วมกันสนุกไม่รู้สึกว่าเหนื่อย... ถึงแม้ตึกนี้งานจะหนัก แต่ผู้ร่วมงานช่วยเหลือกันดี เราก็ไม่เครียดกับการทำงานพอเราไม่เครียด

เราก็รู้สึกว้าวเธอ.เราอยากคุยกับคนไข้ อยากทำอะไรให้คนไข้มากขึ้น มากกว่าการทำตามหน้าที่ให้เสร็จๆ”

(เตือนใจ : พยาบาล)

ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล

ปัจจัยอุปสรรคหรือขัดขวางการให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ปัจจัยด้านพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ มีภาระงานมาก คุณลักษณะพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และมีข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. มีภาระงานมาก

ภาระงานที่พยาบาลต้องรับผิดชอบ เป็นปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้มี 3 ลักษณะคือ มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบหลายคน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ซับซ้อน และต้องรับผิดชอบภาระงานหลายอย่าง ดังนี้

1.1 มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบหลายคน พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 รายและพยาบาล 3 ใน 5 ราย อธิบายสอดคล้องกันว่า พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยหลายคน จึงทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่และช่วยเหลือหรือตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ทุกครั้ง ดังกรณีของสิตา ซึ่งสังเกตเห็นว่า พยาบาลมีงานทำอยู่ตลอด โดยเฉพาะช่วงกลางคืน พยาบาลจะน้อยแต่ผู้ป่วยหลายคน สิตาจึงมักจะไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงที ส่วนพยาบาลคือจิราพร เล่าว่า เมื่อมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบหลายคน จะต้องเร่งรีบทำงานจนไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย และทัศนียให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยหลายคนจะทำให้มีงานมากขึ้น ทั้งจากคำสั่งการรักษาและการติดต่อประสานงานกับฝ่ายต่างๆ จึงไม่มีเวลาสำหรับการดูแล

“...เห็นเขายุ่งๆ อยู่เหมือนกัน เดินไปเดินมากันทุกคน ไม่มีใครว่าง บางทีก็เกรงใจเห็นเขายุ่งๆ ไม่ค่อยกล้าเรียก ถ้าทนนได้ก็จะไม่รบกวน แต่ทนนไม่ได้ก็ต้องเรียกบ่อยๆ เหมือนกัน แต่เมื่อเข้าหุจดหิดมากเลย พยาบาลเข้ามา บอกให้ปิดพัดลมให้หน่อย เป็นไขมันหนาว เขาก็หายไปเลยเป็นชั่วโมงกว่าจะปิดให้ หนาวแทบตาย หุจดหิด... พยาบาลเขาน้อย เห็นอยู่ไม่กี่คน กลางคืนพยาบาลจะน้อย คนไข้ก็เยอะเห็นเขาเดินอยู่ตลอดเหมือนกัน เขาไม่ว่างแต่ก็คิดว่าไม่น่าจะเข้ามากแค่กดพัดลม”

(สิตา : ผู้ป่วย)

“...เราไม่ได้มีเวลามาเฝ้าเขาอยู่ตลอด เราต้องเอาเวลาไปทำอย่างอื่นด้วย งานอื่นคนไข้อื่นเราก็ต้องใช้เวลาไปทำให้เขาเหมือนกัน...เราไม่ได้มีเวลาเพื่อคนนี้คนเดียว ไม่ได้จำกัดอยู่แค่คนเดียว แต่เราต้องแบ่งเวลาไปทำกับคนไข้คนอื่นด้วย...งานยุ่งเราไม่สามารถให้การพยาบาลตามปกติได้ ทำอะไรให้คนไข้ได้เสร็จตามเวลา แต่การดูแลที่เราให้เขานอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติที่เราต้องเอาใจใส่เขา เราจะทำไม่ได้ ในบางครั้งถ้ายุ่งมาก เราต้องรีบๆ ทำให้เสร็จ ต้องรีบทำงานการพยาบาลให้เสร็จ แต่การเข้าไปพูดคุย ทำโน่นทำนี่เล็กๆ น้อยๆ ให้คนไข้ก็ทำไม่ได้ ไม่มีเวลาแล้ว จะไปใกล้ชิดเขามากนั้น ให้เขาได้พูดระบายความรู้สึกนั้นไม่ได้”

(จิราพร : พยาบาล)

“...บางทีคนไข้เยอะ คนไข้มาก...หรือบางทีมีคำสั่งการรักษาาก ต้องติดต่opractitioner หลายฝ่าย งานพวกนี้มันจะดึงเวลาของเราไปเยอะเหมือนกัน...ดูแลได้น้อยในช่วงเวลาที่มีงานยุ่ง มีงานเยอะ บางทีความถี่ที่จะเข้าไปคุย ไปหาเขา (ผู้ป่วย) ก็น้อยลง อาจจะแค่ต้นแวน ปลายแวนแค่นั้น...จริงๆ เราอยากจะคุยกับเขา ไปหาเขามากกว่านี้ แต่เราไม่มีเวลา งานเยอะคนไข้เยอะ...”

(ทัศนีย์ : พยาบาล)

1.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ซับซ้อน พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย และพยาบาล 2 ใน 5 รายรับรู้ตรงกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาในการดูแลนานและยังต้องใช้พยาบาลหลายคนดูแล ส่งผลให้มีเวลาสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการรุนแรงน้อยกว่า ดังเช่น กรณีของณรงค์ ซึ่งเล่าว่า เมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง พยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือครั้งละหลายๆ คน ณรงค์จึงต้องรอนานและบางครั้งก็ไม่ได้รับการตอบสนอง และพยาบาลก็เตือนใจ อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง พยาบาลจะใช้เวลาในการพยาบาลมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการรุนแรงน้อยกว่าจึงไม่ได้รับการดูแล

“...พยาบาลเขาก็ไม่ได้มาอะไรกับเรามาก ไม่ได้มาทำอะไรกับเรามาก มีคนอื่น (ผู้ป่วยคนอื่น) ด้วย ผมเห็นเขาเดินไปเดินมาทั้งวัน บางคนผมเห็นเขาอาการไม่ค่อยดี พยาบาลเข้าไปปลอบเขาหลายคนเลย เต็มเลย รอบเตียง พอเราออกไปเขาจะบอกว่าให้รอก่อน ผมก็ไม่ว่าเพราะเห็นเขายุงกัน แต่บางอย่างเราก็ไม่อยากรอ...เวลาปวดหัวบางคนขอเขย่งเท้าก็ให้รอ รอนานๆ บางทีก็ไม่ได้ ไม่กล้าบอกเขาหลายครั้ง”

(ณรงค์ : ผู้ป่วย)

“...มันขึ้นอยู่กับงานของเราด้วย ถ้างานเยอะๆ เราจะทำไม่ได้จริงๆ แล้วเราอยากจะทำให้...แต่เราไม่ค่อยมีเวลาเลย ทำได้น้อยราย มันมีงานเยอะ มันก็มีผลต่อการกระทำของเรา ถ้าเหมือนว่ามีคนไข้เอชไอวีคนหนึ่งกับคนไข้หนักอีก 2 ราย เราต้องเอา

เวลาเกือบทั้งหมดในเวรไปอยู่กับ 2 รายนี้ แต่กับคนไข้เอชไอวีเราไม่ค่อยได้ดูแลเพราะอาการเขาไม่ค่อยหนักแค่เฝ้ามตรวผ่านๆ คอยแล้วก็ไป เพราะมันมีงานอื่นที่ต้องรีบทำให้เสร็จ”

(เตือนใจ : พยาบาล)

นอกจากนี้พบว่าพยาบาล 2 ใน 3 รายนี้ อธิบายว่า ภาระงานจากผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องรีบแก้ไขหรือช่วยเหลือเร่งด่วน จะทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังสามารถรอได้ หรือในสถานการณ์เร่งด่วนพยาบาลจะต้องอยู่ในภาวะเร่งรีบ จึงอาจมีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยได้ ดังที่กัลยาเล่าว่า

“ยุ่งมาก มีคนไข้วิกฤตหลายราย...บางครั้งคนไข้เขาต้องการพูดกับเรา ต้องการบอกอะไรหรืออยากระบายออกโดยให้พยาบาลนั่งฟังเขาพูด แต่ในสถานการณ์ตอนนั้นมีคนไข้วิกฤตรออยู่ข้างนอกหลายคน บางรายกำลังซื้อคอกอยู่...ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ อาการก็หนักมาก...ก็จะบอกแต่किनยานะแล้วรีบออกไป... หรือบางทีคนไข้ก็มาบอกปวดหัว ตอนนั้นเรายุ่งมาก คนไข้ก็ปวด โน่นก็ปวด เตียงโน่นกำลังใส่ tube (ใส่ท่อช่วยหายใจ) ยังไม่มีคนช่วย ต้องรีบไปดู เอาชอยาแก้ปวด เอายาไปกินก่อน แล้วรีบวิ่งกลับมา ไม่ได้ถาม ไม่ได้คุย...คนไข้เองอาจจะรู้สึกว่ามาถึงไม่คุยเลยรีบกลับไปเลย ไม่สนใจเขา”

(กัลยา : พยาบาล)

1.3 ต้องรับผิดชอบภาระงานหลายอย่าง พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 รายรับรู้ว่ายพบาลต้องรับผิดชอบภาระงานหลายอย่าง ทั้งภาระงานตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพการพยาบาล และภาระงานอื่นๆ ที่พยาบาลต้องรับผิดชอบร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ หรือต้องรับผิดชอบทดแทนบุคลากรในทีมสุขภาพ และในบางช่วงต้องรับภาระการนิเทศน์พยาบาลจบใหม่ที่ขึ้นปฏิบัติงานคู่กัน ซึ่งภาระงานเหล่านี้เป็นข้อจำกัดในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังที่พยาบาลรายนี้เล่าว่า

“...บางครั้งยังรู้สึกว่าเราดูแลคนไข้น้อยเกินไปเพราะมัวแต่ไปเสียเวลากับงานที่ไม่ใช่งานของพยาบาลเลย...งานที่เขา (บุคลากรการแพทย์) ผลักมาให้กับเรามากเหมือนให้เลือด ให้ IV (สารน้ำทางหลอดเลือดดำ) หน้าทีของเขาเรามาทำให้...งานเอกสาร บางเรื่องไม่จำเป็นต้องทำเองเลยแต่ก็ต้องทำ เช่น ใบ lab (ใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ) ต้องมานั่งเขียนให้หมอ แปะผล lab (ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) บางทีก็ต้องตามผลการตรวจให้ การรักษาบางอย่างเราก็ต้องทำทั้งๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่ เช่น ฉีดยาบางอย่างเวลาในเวรก็หมดไปกับงานพวกนี้เยอะแล้ว nurse's note (บันทึกการพยาบาล) ก็ต้องใช้เวลาเยอะนะ เวลาที่เราให้กับคนไข้จริงๆ มันเหลือน้อยเต็มที ก็ต้องรีบๆ ทำให้เสร็จเวลาดูแลเขา (ผู้ป่วย) มันน้อยมาก...ทุกงานเลยอะไรๆ ก็พยาบาล

หมด หาชองไม่เจอก็ถามพยาบาล หาฟิล์มไม่เจอก็ถามพยาบาล ...แล้วมีน้องจบใหม่ ด้วยไม่ค่อยมีเวลาเลย...ช่วงมีน้องเราจะเข้าไปคุยกับคนไข้นานหน่อยก็ไม่ได้เดี๋ยวน้อง ทำงานไม่เสร็จ”

(เตือนใจ : พยาบาล)

2. คุณลักษณะพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล

เป็นปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย โดยอธิบายว่า คุณลักษณะของพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล ประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ ใช้ตนเองเป็น เกณฑ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ใจร้อน ไร้เหตุผล และไม่รู้จักถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 ใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย อธิบายว่า พยาบาลที่ใช้เหตุผลของตนเองในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยการคาดคะเนตามความคิดของพยาบาลเอง จะไม่มีความเข้าใจและ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยใน 2 กรณีคือ

กรณีที่ 1 ตัดสินว่าผู้ป่วยไม่ได้ปวดจริง ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองมีอาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรง แต่รับประทานยาแก้ปวดที่พยาบาลให้อยู่เป็นประจำไม่ทุเลา จึงตัดสินใจบอกให้ พยาบาลทราบ แต่พยาบาลประเมินสภาพแล้วเห็นว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เองจึง ตัดสินว่าไม่ได้ปวดจริง

“ผมบอกพยาบาลว่า กินพารา (พาราเซตามอล) ไม่หาย เขาก็ไม่ฟัง ไม่สนใจ ผมรู้เพราะผมกินทุกทีมันก็ไม่หาย พยาบาลบอกว่า ลองเอาไปกินดูก่อน ลองเอาไปกินดูก่อน ลองดูก่อนอยู่นั่นแหละ...ปวดหัวมากเขาก็คิดว่าเราปวดไม่จริง นอนทรمانอยู่อย่างนี้ไม่รู้ว่าจะหายปวดเมื่อไหร่... พยาบาลเขาคงคิดว่าผมปวดไม่จริง เพราะผมเดินไปขอยาเอง ผมบอกว่า ปวดหัวมาก ขอยาแก้ปวด เขาก็ถามว่า ปวดมากเห็นเดินมาเองได้ เดินไปห้องน้ำเองก็ได้ ผมคิดว่าพยาบาลคงไม่เชื่อว่าผม ปวดมากจริงๆ แต่ที่เดินมาขอเอง เพราะผมอยู่คนเดียว”

(เสรี : ผู้ป่วย)

กรณีที่ 2 ตัดสินใจว่าผู้ป่วยคงไม่ต้องการ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่พยาบาลไม่ได้ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และผลการตรวจวินิจฉัยนั้น อาจเป็นเพราะพยาบาลคิดและเข้าใจ ไปเองว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการทราบหรืออาจไม่ถึงเวลาที่จะต้องบอกผู้ป่วย

“...ยังไม่รู้ผลว่าเป็นยังไง ไม่มีใครมาบอก เจาะเลือดไปตั้ง 4 หลอดแล้วก็ไม่รู้ผลว่าผลออกมาเป็นยังไง ไม่สบายใจ ไม่รู้ว่าผลที่เอาไปตรวจผิดปกติอะไรบ้าง ไม่รู้ว่าเป็นอะไร...พยาบาลเขาไม่อยากจะบอกก่อนก็ได้ เพราะผมยังอยู่โรงพยาบาลอยู่ ตอนกลับบ้านเขาคงเรียกไปบอก ผมเห็นเตียงนั้น พอจะกลับบ้านพยาบาลมาคุยกับเขาดังนั้น...ของผมนี้เจ็บไปเลย มาเอาไปอย่างเดียวยังไม่ยอมบอก บางทีผมคิดว่า เขาเห็นผมไม่ถามเขาก็ไม่บอก คงคิดว่าผมไม่อยากรู้”

(เสรี : ผู้ป่วย)

2.2 ใจร้อน ไร้เหตุผล พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย อธิบายว่า เพราะพยาบาลใจร้อน ไร้เหตุผล จึงโมโหและหงุดหงิดง่ายโดยไม่ยอมรับฟังคำอธิบายของผู้ป่วย และไม่พยายามเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยแสดงออกในขณะนั้น ดังเช่นกรณีของชัย ซึ่งหลังจากเกิดโรคแทรกซ้อนด้วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส ทำให้ชัยมีความรู้สึกนึกคิดเชิงซ้ำ ต้องใช้เวลาในการคิดนานกว่าปกติ พยาบาลบางคนจึงหงุดหงิดเมื่อถามแล้วไม่ได้รับคำตอบทันที หรือพยาบาลบางคนเมื่อเห็นชัยไม่รับประทานยาหลังอาหาร ก็จะดุทันทีโดยไม่ถามเหตุผล ดังคำบอกเล่าว่า

“...พยาบาลบางคน ผมนอนหลับมาปลุกถามว่าญาติมามั๊ย ผมตื่นมางงๆ ต้องนึกก่อนเพราะตื่นใหม่ๆ จะลืม ต้องนอนคิดก่อน พยาบาลเขาว่าถามไม่ตอบ โมโหหาว่าผมไม่พูด เขาไม่เข้าใจเลยเอาแต่อารมณ์ตัวเอง คนนอนหลับจะให้ตื่นขึ้นมาแล้วตอบทันทีไม่ได้ ต้องปล่อยให้คิดก่อน ผมลืมๆ ไปช่วงหลังๆ ตั้งแต่ติดเชื้อในสมองผมลืมบ่อย...นิสัยเอาแต่อารมณ์ตัวเองเป็นใหญ่ ไม่มีเหตุผลเลย คนนิสัยเป็นแบบนี้เขาจะไม่เข้าใจ ไม่เห็นใจคนอื่น...พูดดีกับคนอื่นไม่เป็น อะไรนิดหน่อยก็เอะอะเสียงดัง... บางทียาวางอยู่ผมยังไม่ได้อีก พยาบาลมาเห็นเขาอยู่เลย เสียงดัง ดาวดขึ้นมาเลย ให้ยามาตั้งนานแล้ว ทำไมยังไม่กินอีก ผมบอกว่ายังไม่ได้อีกเพราะผมกินไม่ได้เลยนิ... ต้องรอให้แฟนไปซื้อผลไม้มาให้กินก่อน...เขาก็ว่าคราวหลังกินเลยไม่ได้เลยนิ... ต้องรอให้ยามากินก็กินเลย ผมคิดอยู่ในใจแต่ไม่กล้าเถียง...ยาหลังอาหารแต่ผมไม่ได้กินอะไรรองท้องไว้ก่อนเลยจะกินได้ยังไง พยาบาลดีแต่ขู่ ไม่มีเหตุผล”

(ชัย : ผู้ป่วย)

2.3 ไม่รู้ซึ่งถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย อธิบายว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เป็นช่วงเวลาที่รู้สึกทุกข์ทรมานมาก จึงต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการ แต่บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่า เป็นเพราะพยาบาลไม่รู้และไม่เข้าใจถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ดังกรณีของสิดาที่รู้สึกทุกข์ทรมานมากจากการเป็นไข้สูงและเจ็บปวดทั่วร่างกาย แต่พยาบาลไม่ให้ยาลดไข้ตามที่สิดาต้องการ

“...ขอยาเขาก็ให้แค่เม็ดเดียว ไข้เราสูงมากแต่ให้เม็ดเดียว ตอนนั้นไม่พอใจเลย โกรธพยาบาล กินพารา (พาราเซตามอล) เม็ดเดียวนั้นไม่มีผลสำหรับเราเลย...พอขอ 2 เม็ดได้มัย พยาบาลไม่ให้น้อยใจมาก พยาบาลเขาไม่เข้าใจว่าเวลาเป็นไข้มันทรมาณ อยากจะหลับให้นานไปเลย ไม่อยากตื่นขึ้นมาให้ทรมาณ... เขาไม่เข้าใจว่ามันทรมาณขนาดไหน พยาบาลเขาไม่ได้เป็นไข้อย่างเรา เขาไม่มีวันรู้จะอย่างที่เราเป็นอยู่ เวลาเป็นไข้มันปวด เจ็บไปในกระดูก จะเข็ดตัวก็ไม่รอด ทำเองไม่ได้ ยาเขาก็ไม่ให้กิน เขาไม่ได้เป็นอย่างเรา เขาไม่รู้ ไม่เข้าใจเลย”

(สิดา : ผู้ป่วย)

3. มีข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่

เป็นปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย โดยผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยบางอย่างไม่ได้อยู่ในขอบเขตตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะจัดการได้ ความต้องการของผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการตอบสนอง ดังที่ผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย อธิบายไว้ดังนี้

รายที่ 1 เสรี ซึ่งมีอาการปวดศีรษะจากก้อนเนื้องอกในสมองส่วนหน้า แพทย์มีคำสั่งการรักษาด้วยยาแก้ปวดพาราเซตามอล แต่เสรีรู้ว่าตนเองรับประทานยานี้ไม่ได้ผลเพราะอาการปวดศีรษะไม่ทุเลาลงเลย แม้จะบอกพยาบาลก็ครั้งก็ยังต้องรับประทานยาแก้ปวดตัวเดิมอยู่ ซึ่งเสรีรู้ว่าเป็นเพราะแพทย์ไม่ได้สั่งยาอื่นให้

“หมอไม่ได้สั่งยาอื่นให้ เขา (พยาบาล) ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร...เขาอยากจะช่วยให้ผมหายปวดแต่หมอไม่ได้สั่งยา เขาก็ให้ไม่ได้...พยาบาลก็ทำอะไรไม่ได้ ต้องรอให้หมอสั่ง ผมปวดมากเขาก็ให้กินแต่ยาพารา (พาราเซตามอล) เพราะหมอไม่ได้สั่งยาอื่นให้...ถึงกินเท่าไรก็ไม่หายปวด เขาก็ต้องให้กิน เขาก็ช่วยไม่ได้เหมือนกันถ้าหมอไม่สั่ง...”

(เสรี : ผู้ป่วย)

รายที่ 2 ชัย ซึ่งมีโรคแทรกซ้อนด้วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ทำให้มีความผิดปกติด้านการมองเห็น โดยตาข้างขวามองไม่เห็น และตาซ้ายมองเห็นเล็กน้อยประกอบกับขาด้านซ้ายเป็นฝีและปวดมากจนเดินไม่ได้ จึงมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เมื่อชัยต้องการความช่วยเหลือจะคอยเรียกเมื่อมีคนเดินผ่านเพียง แต่มักไม่ได้รับการตอบสนอง หรือทำให้ด้วยความไม่เต็มใจ ซึ่งชัยคิดว่าเป็นเพราะไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลหรือไม่ใช่พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลชัย ดังคำบอกเล่าว่า

“...เพราะบางที่เราเรียกไม่ถูกคน งานที่เราขอช่วยเขา (พยาบาล) มันไม่ใช่หน้าที่ของเขา หรือบางที่เขาอาจจะไม่มีหน้าที่มาดูแลผม แต่เขาเดินผ่านมาแล้วเราไปเรียก ไปขอช่วยเขา เขาก็ไม่ยอมทำเพราะไม่ใช่หน้าที่ของเขา เขาก็ไม่ยอมทำอยู่แล้ว... เมื่อคืนหงุดหงิดมากเลย ขอน้ำพยาบาลคนนั้นบ้าง คนนี้บ้างตั้งหลายคน ไม่มีใครเอามาให้...ผลัดแล้วผลัดอีก เตี้ยวให้คนงานเอามาให้ เตี้ยวเขาจะเปลี่ยนให้เอง เตี้ยวอยู่นั้นแต่เราอยากกิน จนเข้าขออีก พยาบาลก็ถามว่ายังไม่ได้อะไร...แล้วบอกว่าเตี้ยวๆ แต่ก็เจ็บไปอีก...ผมคงบอกไม่ถูกหน้าที่มัน เพราะพยาบาลเขาอาจจะไม่มีหน้าที่ตักน้ำ มันจะมีคนงานมาเปลี่ยนให้ แต่ผมรอบอกคนงานไม่รู้อยู่ที่ไหน พยาบาลเขาควรจะจัดการให้ไปใช้กันเองแหละ เพราะคนไข้เขาไม่รู้หรือว่าใครทำอะไร”

(ชัย : ผู้ป่วย)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ป่วยไว้ 3 ประการคือ คุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และเป็นผู้ป่วยสงเคราะห์คำรักษาพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล

ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าคุณลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแลประกอบด้วย 4 ลักษณะ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ขณะที่พยาบาลอธิบายว่าเป็นเพราะผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเองและไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ดังนี้

1.1 เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยอธิบายว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแล ใน 4 ลักษณะคือ โรคติดต่ออันตราย สภาพร่างกายน่ารังเกียจ เป็นโรคเพราะสรรหามาเอง และมีขั้นตอนยุ่งยากในการดูแล ดังนี้

1.1.1 โรคติดต่ออันตราย จากการรับรู้โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีชีวิตเพื่อรอวันตาย และยังถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง จึงทำให้ผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย เข้าใจว่าพยาบาลบางคนกลัวและรังเกียจที่จะดูแลผู้ป่วย ดังเช่นกรณีของเสรี ที่รู้สึกว่ายพยาบาลบางคนไม่สนใจและไม่เข้าใจ เพราะกลัวติดเชื้อจากตน

“เพราะผมเป็นเอดส์ โรคเอดส์ต้องมีส่วนอยู่ด้วย เพราะเป็นเอดส์มันติดกับคนไข้ทั่วไป มัน 50 : 50 รักษาก็ไม่หาย...รักษาไม่หาย รอวันตาย ใครรู้ก็รังเกียจ ไม่มีใครอยากจะพูด อยากจะดีด้วยกับคนเป็นเอดส์ใครๆ ก็ไม่ยอมเป็น...ไม่มีใคร

อยากจะเป็น พยาบาลเขาไม่อยากติดเชื้อมีคนอื่นนั่นแหละ...เขาอาจจะกลัวติดเชื้อ เขาก็ไม่ได้มาสนใจไม่อยากมาคลุกคลีมาก”

(เสรี : ผู้ป่วย)

1.1.2 สภาพร่างกายน่ารังเกียจ ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย รับรู้ว่าสภาพร่างกายที่มีผื่นและเป็นรอยต่างจําบริเวณลำตัว เป็นลักษณะที่น่ารังเกียจจึงทำให้พยาบาลไม่อยากเข้าใกล้และสัมผัส ดังเช่นคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายนี้ คือ เสรี ซึ่งมีผื่นบริเวณแขนและขา ทำให้ผิวหนังมีลักษณะต่าง ดำ และผื่นบางเม็ด มีลักษณะแดงๆ และน้ำใสๆ อยู่ภายใน เสรีจึงคิดว่าสภาพร่างกายของตน ทำให้พยาบาลรังเกียจ

“...เขาก็ไม่อยากคลุกคลีมาก บางทีเขาไม่สนใจที่จะจับตัว ไม่อยากอยู่ใกล้ เพราะมันมีเม็ดขึ้นเต็ม เขาคงรู้สึกว่ามันสกปรก น่ารังเกียจ ของผมยังน้อยนะพี่ บางคนเป็นเม็ดใหญ่ๆ ทั้งตัว น่าเกลียดมากเลย... เหมือนอย่างมาพูดมาคุยมาจับตัวไม่ ต้องใส่ถุงมือก็ได้ เพราะมันไม่ติดเชื้อมันอยู่แล้ว แต่พอเขา (พยาบาล) ใส่ถุงมือ เหมือนเขากลับจะติดเชื้อจากตัวเราไป เหมือนกับเขาขยะแขยง คิดว่าเราสกปรก เพราะเป็นเม็ดตามตัว แขน เขาจะจับมือเปล่าก็ไม่กล้าเขาคงรังเกียจ...เหมือนเราเป็นสัตว์ที่น่ารังเกียจ ถึงไม่ค่อยอยากถูกเนื้อ ถูกตัว...”

(เสรี : ผู้ป่วย)

1.1.3 เป็นโรคเพราะสรรหามาเอง ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย รับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่ผู้ป่วยทำให้เกิดขึ้นเอง และต้องให้พยาบาลรับภาระการดูแล ดังคำบอกเล่าของชัย ซึ่งติดเชื้อเอชไอวีจากการเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ชัยจึงรู้สึกว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ชอบและไม่เต็มใจช่วยเหลือ ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยคนอื่นๆ หรือโรคอื่นๆ ที่พยาบาลเต็มใจทำให้ทุกอย่าง

“บางทีผมสังเกตเหมือนกันนะ กับคนอื่นผมเห็นเขา (พยาบาล) พูดยดี พูดยเพราะ แต่กับผมเขาดูหงุดหงิด ไม่ค่อยจะเต็มใจ จะพูดยอะไรก็พูดยหายบ...กับคนอื่น ๆ อากาหรหนักกว่าผม ชี ยี่เยว (อุจจาระ ปัสสาวะ) ราบบนเตียงเขาก็ทำให้ดี แต่กับผมไม่ได้เลย ทำอะไรนิดหน่อยก็รู้สึกผิดไปหมด พลาดไปหมด ไม่ดีสักอย่าง ขอช่วยอะไรก็เฉยๆ ทั้งๆ ที่ผมไม่เคยทำอะไรเลย ผมอยู่เฉยๆ ของผมไม่รบกวนมาก ไม่จำเป็นผมไม่ขอช่วยหรอก อยากทำเองทั้งหมด...ผมคิดว่าคงเป็นเพราะผมเป็นโรคนี้ (โรคเอดส์) แหละ เขาไม่ชอบ ไม่ถูกกับโรคนี้ เป็นโรคที่ไปหามาเอง ไม่มีใครเขาเอามาให้ ไม่มีใครเขาส่งเสริมให้เป็นกัน ทำตัวเองทั้งนั้น ทำตัวเองแล้วให้เขา (พยาบาล) ต้องลำบากมาดูแล เขาก็ไม่ชอบอยู่แล้วนะผมว่า...”

(ชัย : ผู้ป่วย)

1.1.4 มีขั้นตอนยุ่งยากในการดูแล ผู้ป่วย 1 ใน 6 รายรับรู้ว่าการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เพิ่มความยุ่งยากให้กับพยาบาล ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายนี้ว่า เพราะพยาบาลต้องสวมถุงมือ ต้องล้างมือจึงทำให้รู้สึกเบื่อกว่าและไม่อยากทำให้ผู้ป่วย

“เขาไม่ถูกกับโรคนี้ (โรคเอดส์) มันมากเรื่อง จะทำอะไรสักหน่อยก็ต้องใส่ถุงมือ ล้างมือ จิตใจเขาไม่ชอบ เขาไม่ถูกกับคนไข้โรคนี้ ไม่ชอบหน้าคนไข้ ก็เลยไม่อยากทำให้ เขาคงรำคาญ มันยุ่งยาก ใส่ถุงมือบ้าง ล้างมือบ้าง กับคนอื่น (ผู้ป่วยโรคอื่น) มันไม่ต้องทำเหมือนคนเป็นโรคนี้...เขาไม่ต้องใส่ถุงมือทุกอย่างก็ได้ ทำให้ได้เลยกับผมเขาต้องกลับไปใส่ถุงมือก่อน เขาคงเบื่อ คงรำคาญนะผมคิดนะ”

(ชัย : ผู้ป่วย)

1.2 แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลอธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลให้พยาบาลไม่อยากดูแล โดยพยาบาลอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ 2 ลักษณะคือ ไม่สุภาพ หยาดคาย และข่มขู่ ดังนี้

1.2.1 ไม่สุภาพ หยาดคาย พบว่าพยาบาล 2 ใน 5 รายได้เล่าว่า ผู้ป่วยที่พูดจาไม่สุภาพ ดุด่า ใช้คำหยาดคายและมีอารมณ์หงุดหงิด ทำให้พยาบาลทั้งรู้สึกกลัว และมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตนเองได้พยายามช่วยเหลือ ดังคำบอกเล่าของพยาบาล 2 ราย ซึ่งไม่อยากให้การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นนี้

รายที่ 1 ท้อแท้ เบื่อหน่าย เป็นความรู้สึกที่พยาบาลเล่าว่า เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ก้าวร้าวมาก ซึ่งแม้แต่กับมารดาของผู้ป่วยเองก็ยังแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

“พฤติกรรมร้ายมาก พูดไม่สุภาพ ไม่ให้ใครเข้าใกล้ ไปให้การพยาบาลก็ไม่ให้ทำ ไม่ให้เข้าไปยุ่งกับเขา...มีก้าวร้าว มีด่าพยาบาล พูดจาไม่สุภาพทั้งกับหมอกับพยาบาลและแม้แต่แม่ของเขาเอง...ก้าวร้าวแรงๆ ไม่ชอบ ไม่อยากดูแล ไม่อยากทำอะไรให้เลย...คือใจเราอยากทำให้เขาเต็ม 10 คะแนน แต่เขามีพฤติกรรมที่ไม่ดีมันก็จะลดลงมาสัก 2 เหลือ 8 คะแนนพอ ทำให้เสิร์ฟๆ ไปตรงนั้น ทำตามหน้าที่เท่านั้น คนไข้ที่พฤติกรรมไม่ดีมากๆ ก็ทำให้เราท้อได้เหมือนกัน รู้สึกเหนื่อยหน่ายจิตใจ”

(จิราพร : พยาบาล)

รายที่ 2 เบื่อหน่ายและเสี่ยงต่ออันตราย พยาบาลเล่าว่า ไม่อยากดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพราะรู้สึกเบื่อหน่ายและผู้ป่วยอาจทำร้ายพยาบาล หรืออาจเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ในคนไข้ที่ก้าวร้าว...พูดหยาบ คำพูดคำหยาบทั้งๆ ที่รู้ตัวว่าเขาพูดอะไร คิดเหมือนกันว่าเราไม่ใช่เป็นผู้รองรับอารมณ์ของเขาขนาดนั้น ก้าวร้าวทั้งๆ ที่เราไป ทำให้ดีแล้วจะรู้สึกเหนื่อยใจ... อารมณ์เขาไม่ดี ดูหงุดหงิดอะไรเนี่ย ก็เลยกลัวว่า ถ้ามี เข็มมีอะไร เราเข้าไป ถ้าเขาเอามาแทงเราจะทำยังไง หวาดเสียวเหมือนกัน... คนไข้ เขาไม่อยากให้เราเข้าไป ไม่อยากให้ใครเข้าไปใกล้ ซึ่งอาจเป็นเพราะเขาเครียดมาก หรือเพราะนิสัยส่วนตัวเขาเป็นคนอย่างนั้นอยู่แล้ว...เป็นคนไข้อาการหนัก แต่เขารู้สึกตัวดี เขารู้ว่าเขาทำอะไร ดูเขาหัวๆ ...กลัวเหมือนกันเวลาเข้าไปทำอะไรกลัว ทำพลาดเหมือนกัน...คนไข้อาจจะตื่น จะมัดไม่ให้เราทำ ก็รู้สึกเสียวจะโดนเข็มตำ โดนเลือด หรือโดนอะไรอยู่เหมือนกัน”

(เต็มดวง : พยาบาล)

1.2.2 ช่มชู้ พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 รายอธิบายว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยในลักษณะของการช่มชู้จะทำให้พยาบาลติดเชื้อเชไอวีด้วย ทำให้พยาบาลเกิดความ รู้สึกกลัวและหวาดหวั่นจึงไม่อยากให้การดูแลเพราะรู้สึกเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย ดังที่พยาบาล รายนี้เล่าถึงความรู้สึกต่อคำขู่จากผู้ป่วยว่า

“บางครั้งเขาขู่เลยว่าเรียกแล้วไม่มาจะเอาเข็มตำให้เป็นเอดส์ตามไปด้วย เลย ซึ่งบางครั้งเราเครียดเหมือนกัน กลัวเหมือนกันนะที่จะให้การดูแล ก่อนข้าง หวาดเสียวอยู่เหมือนกันว่าเขาจะทำจริงมัย ก้าวร้าวและข่มขู่มากเราก็ไม่อยากจะ ดูแล”

(กัลยา : พยาบาล)

1.3 เอาแต่ใจตัวเอง พยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายว่า ผู้ป่วยที่ต้องการสิ่งใด ต้องได้รับการตอบสนองในทันทีทันใดและเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ตนเองต้องการ จะเอะอะโวยวาย และแสดงพฤติกรรมเรียกร้อง ทำให้พยาบาลไม่เต็มใจและไม่อยากให้การดูแล ดังที่พยาบาลรายหนึ่งเล่าเหตุการณ์ที่ตนเองได้ประสบมาว่า

“คนไข้บางคน เอาแต่ใจตัวเอง คือจะเอาอะไรก็ต้องเดี๋ยวนั้นถ้าไม่ได้ก็ เอะอะ โวยวาย แบบนี้มีเยอะ บางคนเรายุ่งมาก ต้องทำงานเร่งด่วนก่อน แต่เขา บั๊สสวะเต็มถุง เขาจะบอกให้เราเปลี่ยนให้ เหยียว (บั๊สสวะ) แล้วเปลี่ยนถุงให้ที่เรา จะบอกว่า เดี๋ยวนะคนไข้กำลังยุ่ง เดี๋ยวค่อยเปลี่ยนให้ เขาก็จะต้องให้เราไปทำเดี๋ยวนั้น ไม่ยอมต้องไปทำให้เลย รอไม่ได้ แต่เราทำงานอื่นอยู่ เขาก็จะนอนพลิกไปพลิก มา จนทำถุงแตก เปียกไปหมด เจตนาทำให้มันแตก จะให้เราได้ทำงาน เขาแกล้ง”

(เต็มดวง : พยาบาล)

1.4 ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและแสดงพฤติกรรมต่อต้านในลักษณะของการนิ่งเฉย ปฏิเสธการรักษาพยาบาล ทำให้พยาบาล 2 ใน 5 รายเกิดความรู้สึกไม่ยากให้การดูแล ดังคำบอกเล่าของพยาบาลว่า

รายที่ 1 เตือนใจ เล่าว่าได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยความรู้สึกอยากช่วยเหลือแต่ผู้ป่วยกลับต่อต้านไม่ยอมให้ทำ เตือนใจจึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย

“รายที่เราทำอะไรให้เขาแล้วเขาต่อต้าน เขาไม่ยอมให้ทำ เราก็อึดใจเหมือนกัน...เราอยากช่วยเขา แต่เขาไม่ยอมให้เราช่วยเหลือ เขาจะต่อต้านอะไรอย่างนี้ เราก็อธิบายเขาทุกครั้งที่เขาไปทำกิจกรรม ก็จะอธิบายเขาไปว่า จะทำอะไรให้ ทำอย่างนั้นนะ ทำอย่างนั้นนะ คุณช่วยนิดหนึ่งนะ แต่เขาเฉยไม่ยอมให้ทำ กับคนไข้แบบนี้มันจะรู้สึกว้า เออ. เราก็อึดใจกับเขาเหมือนกันนะ เบื่อเหมือนกันเลยไม่ค่อยอยากดูแล”

(เตือนใจ : พยาบาล)

รายที่ 2 กัลยา ได้เล่าถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวดี แต่ปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วยการดิ่งสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจนต้องทำให้อยู่บ่อยครั้ง ซึ่งกัลยารับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและสิ้นเปลืองเศรษฐกิจ โดยไม่เกิดประโยชน์ใดๆ

“เราจะดิ่งสายตลอด เลือดก็กระเด็นกระจาย เราต้องแหยงน้ำเกลือบ่อย วันหนึ่งเป็น 10 กว่าครั้ง เราจะดิ่งสายตลอดเวลา...ซึ่งคนไข้เขาตั้งใจเพราะเขาเครียด เขาเรียกร้อง...เขารู้แต่เขาก็ทำ เขาจะดิ่งสาย...เลือดก็กระเด็น ในจุดนี้บางครั้งเราไม่อยากจะทำเข้าไปหา ไม่อยากจะทำให้...รู้สึกว่าเราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แน่นนอนอยู่แล้ว การที่ต้องแหยงเข็มน้ำเกลือบ่อยมากเท่าไร ความเสี่ยงที่เราจะติดเชื้อก็มากขึ้น ถึงจะใส่ถุงมือแต่ถ้าคนไข้ดิ้นมาก อยู่ไม่นิ่ง เราก้อาจจะโดนเข็มได้เหมือนกันไม่มีใครพอใจหรอกที่จะดูแลในคนไข้แบบนี้บ่อยๆ หรอก...และรู้สึกว่ามันสิ้นเปลืองมาก เสียหายมากเลย ยิ่งยุคเศรษฐกิจแบบนี้จะต้องทิ้งไปทิ้งๆ ที่ไม่ควรทิ้ง ทุกอย่างจะสิ้นเปลืองมาก แหยงน้ำเกลือบ่อยก็เปลืองมากขึ้นสงสารประเทศไทยมากในยุคเศรษฐกิจแบบนี้”

(กัลยา : พยาบาล)

2. อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง

เป็นปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ป่วยตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย โดยผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงทำให้พยาบาลไม่ได้มาดูแล เพราะพยาบาลต้องห่มเทเวลาและความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตกว่า ดังที่สิดา ซึ่งมีไข้สูงและหนาวสั่น เล่าว่าพยาบาลไม่ได้เช็ดตัวลดไข้ให้เพราะพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยคนอื่นที่อาการหนักกว่าตน

“เราอาจไม่ได้หนักมาก ก็เลยไม่ต้องให้พยาบาลมาทำอะไรให้บ่อยๆ ...เขา (พยาบาล) ไม่ได้มีเราคนเดียว คนไข้อื่นเยอะแยะ เขาก็ต้องทำให้คนอื่นที่หนักกว่าเราก่อน เดี๋ยวตรงนี้ (เตียงตรงข้ามผู้ป่วย) เขาหายใจเองไม่ได้ พยาบาลต้องวุ่นกับเขาหลายคนเลย แต่อาการเราไม่หนักเท่ากับคนนั้น มันจำเป็นน้อยกว่า เรายังทำเองได้บ้าง... พยาบาลเขาก็ไม่ต้องมาทำให้ ไม่ได้มาเช็ดตัวให้ (เช็ดตัวลดไข้) ...ตรงนั้น (ผู้ป่วยที่อยู่ตรงห้องทำงานพยาบาล) หนักๆ ทุกเตียงเลย พยาบาลจะอยู่ตรงนั้นหลายคน”

(สิดา : ผู้ป่วย)

3. เป็นผู้ป่วยสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล

เป็นปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ป่วยตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย โดยผู้ป่วย 2 ใน 6 รายรับรู้ว่าการที่ตนเองได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยผู้ป่วยประเมินจากพฤติกรรมของพยาบาลที่แสดงออกใน ลักษณะท่าทางเห็นและเฉยชาและตอบสนองความต้องการซ้ำ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยว่า

รายที่ 1 เสรี ซึ่งรับรู้ว่ายพบาลบางคนเริ่มเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เสรีได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งต่างจากเมื่อตอนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะแรกๆ ที่พยาบาลยังมาพูดคุยอย่างสนิทสนม ดังคำบอกเล่าที่เสรีพูดถึงบ่อยครั้งว่า

“...พยาบาลบางคนแต่ก่อนเขาพูดดี หยอกเล่นกับผมดี พอผมทำสงเคราะห์ (สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล) ผมปรึกษาเขาว่าต้องใช้หลักฐานอะไรบ้าง เขาว่าผมตั้งหลายคำ...หลังๆ มาที่พยาบาลคนนั้น เขาก็ไม่ค่อยพูด ไม่หยอกเล่นผมเหมือนก่อน เขาเฉยๆ ไม่พูดเหมือนเมื่อก่อน พอผมขอสงเคราะห์เขาก็ไม่ค่อยคุย...ผมไม่มีเงินให้เขา เขาเคยพูดว่าโรงพยาบาลจะไม่มีเงิน ถ้าคนไข้ทุกคนขอสงเคราะห์หมดต่อไปจะเอาเงินที่ไหนมารักษากัน โรงพยาบาลจะไม่มีสงเคราะห์ มารักษาแล้วก็ต้องช่วยกันจ่าย ช่วยกันรับผิดชอบ...”

(เสรี : ผู้ป่วย)

รายที่ 2 สิดา ซึ่งรับรู้ว่าการที่พยาบาลตอบสนองความต้องการซ้ำ หรือไม่ตอบสนองความต้องการเมื่อสิดาขอความช่วยเหลือนั้น สาเหตุหนึ่งมาจากสิดาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ดังคำบอกเล่าของสิดาที่สรุปจากเหตุการณ์ที่พยาบาลไม่ให้ยาแก้ปวดลดไข้ หรือไม่ช่วยเช็ดตัวให้เมื่อมีไข้สูงว่า

“...ซ้ำมาก ขอยาลดใช้เขา (พยาบาล) เอามาให้ซ้ำมาก...บางที่ขอยาเขาก็ไม่ให้ เขาให้เช็ดตัวเอง... คงเพราะเราไม่ได้ให้เงินอะไรเขา ค่ารักษาเราไม่ได้จ่ายเลย ผิดกับคนที่เขาจ่ายให้โรงพยาบาลเต็มที พยาบาลต้องดูแลเขาดี ๆ... เราไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาอยู่แล้ว เขาก็อาจจะไม่ยอมทำตามใจเราทุกอย่าง บางทีก็คิดว่าคงเป็นเพราะเงินเราไม่ได้จ่ายเขา รักษาฟรี...”

(สิดา : ผู้ป่วย)

ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอุปสรรคด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องพบเฉพาะตามการรับรู้พยาบาล โดยอธิบายไว้ 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ร่วมงาน และญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ดังนี้

1. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ร่วมงาน

พยาบาลอธิบายถึง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ร่วมงานหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลใน 2 ลักษณะคือ การตำหนิจากผู้ร่วมงาน และผู้ร่วมงานไม่รับผิดชอบ ดังนี้

1.1 การตำหนิจากผู้ร่วมงาน พยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายว่าการถูกตำหนิจากผู้ร่วมงานโดยไร้เหตุผล ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกต่อผู้ป่วยอย่างเฉยชา ดังที่พยาบาลรายนี้เล่าถึงการตำหนิจากแพทย์ที่เป็นสาเหตุให้ตนเองรู้สึกหงุดหงิดว่า

“...บางทีกับหมอกับอะไรก็มีปัญหาได้บ้างเหมือนกัน หมอมาว่าโน่นนี่ ทำไม่ได้ ทำไม่ถูก ทำไม่ทำ ทำไม่ทำอย่างนั้น คนไข้ยุ่งๆ งานเยอะแยะเขาไม่ดู มันก็เลยหงุดหงิดไปเหมือนกัน...พอเราไปแสดงออกต่อคนไข้บ้างที่มันก็ไม่เต็มที่...เราจะรู้สึกจะทำอะไรไม่ค่อยจะเต็มใจ ไม่อยากทำ...ทำไปด้วยความรู้สึกเฉยชา ไม่ค่อยจะอะไรมาก”

(เต็มดวง : พยาบาล)

1.2 ผู้ร่วมงานไม่รับผิดชอบ พยาบาล 2 ใน 5 ราย อธิบายว่า พฤติกรรมของผู้ร่วมงานที่ไม่รับผิดชอบต่อหน้าที่และไม่รับผิดชอบต่อตัวเอง ทำให้พยาบาลเกิดความหงุดหงิดซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลต่อผู้ป่วย ดังที่เต็มดวงและเดือนใจเล่าว่า

“...มันต้องมีภาวะเครียดของคนเรามันมีกันได้ทุกคน ในชีวิตประจำวันเราต้องเจอกับภาวะเครียดได้อยู่แล้ว ...บางคนหน้าที่ตัวเองไม่รับผิดชอบต้องคอย

บอก คอยเตือนอยู่เรื่อย ๆ พูดมากก็เบื่อเหมือนกันและหงุดหงิดด้วย พอเราเข้าไปหา คนไข้มันก็ไม่เต็มที...เฉยชา”

(เต็มดวง : พยาบาล)

“...หงุดหงิดกับคนที่ไม่รับผิดชอบตัวเอง บางคนเอาไปเก็บเองแท้ ๆ พอหาไม่เจอก็มาถาม พี่มันอยู่ตรงไหน ทั้ง ๆ ที่อยู่ตรงหน้าฉัน วางอยู่ตรงหน้าฉัน แต่ไม่หาเอง หงุดหงิด แล้วพอหงุดหงิดกับของพวกนี้ พอเราไปดูแลคนไข้ ไปเจอเขา เราก็รู้สึกว้าว เออ. วันนี้เราไม่ค่อยอยากพูดเลย รู้สึกเซ็ง ๆ แล้ว หงุดหงิดอยู่ในใจกับคนที่ไม่รับผิดชอบตัวเอง ...เรารู้สึกว่ามันไม่เต็มทีกับคนไข้ แต่ว่าไม่ได้ไปใส่อารมณ์นะ เพราะไม่ใช่ความผิดของเขา (ผู้ป่วย) แต่มันเป็นความรู้สึกไม่สบายใจในตัวเราเองมากกว่า ก็แค่ทักทายธรรมดา พูดคุยธรรมดา เป็นยังไงบ้างวันนี้ แต่ไม่ได้นั่งคุย เพราะรู้สึกว่าไม่ค่อยมีอารมณ์นั่งคุย...”

(เตือนใจ : พยาบาล)

2. ญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ

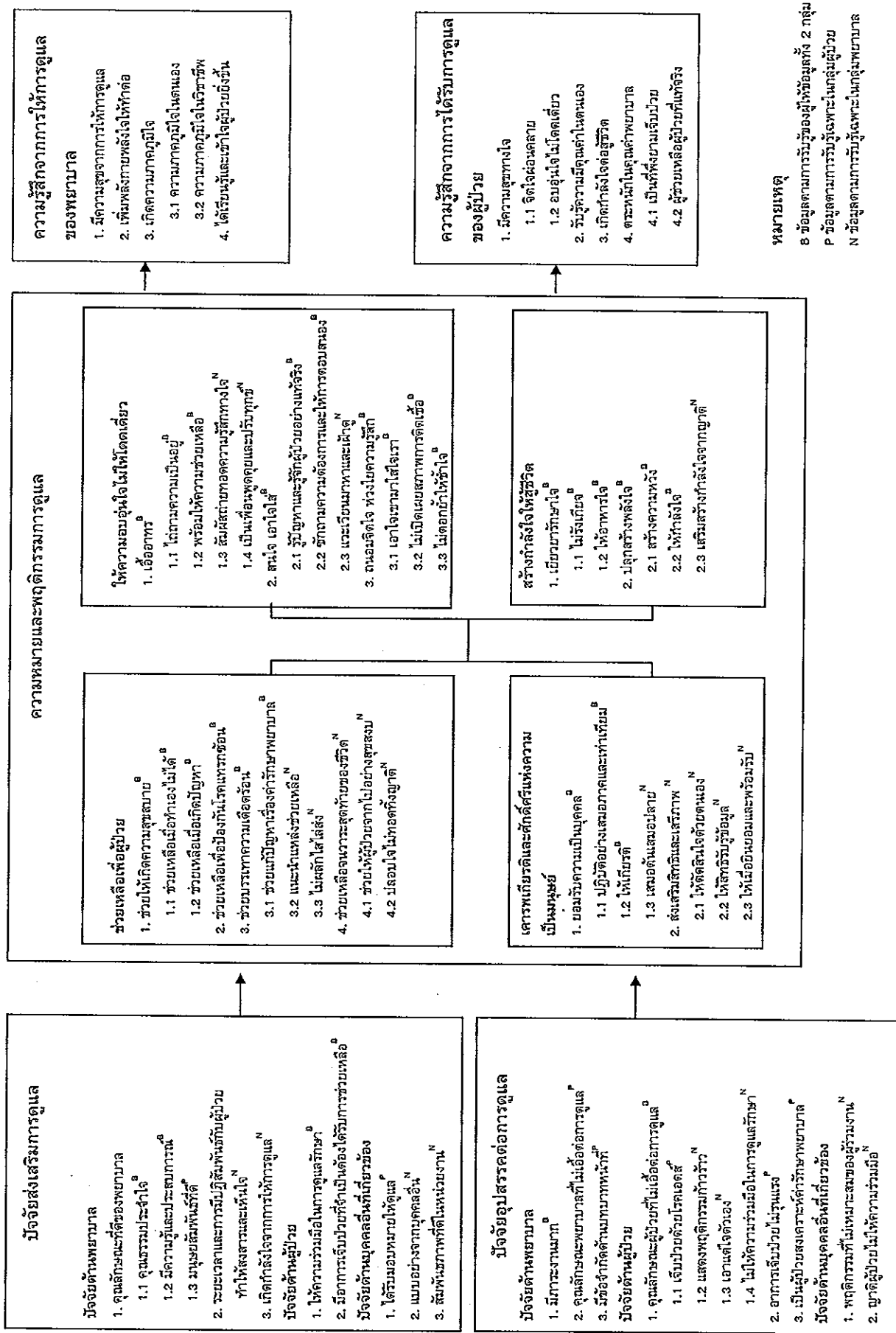
พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายว่าอุปสรรคต่อการดูแลส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากญาติผู้ป่วยที่แสดงออกในลักษณะของการไม่ยอมรับพยาบาล ไม่ให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลรายนี้เล่าว่า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ตนเองหลีกเลี่ยงการเข้าไปหาผู้ป่วยในช่วงเวลาที่มีญาติอยู่กับผู้ป่วย

“...(ญาติ) บางคนอธิบายยากมาก เวลาเราไปอธิบายอะไรว่า ทำอย่างนี้นะ เพราะอะไร...ญาติคนไข้เขาไม่ให้ความร่วมมือ เช่น เวลาที่เราบอกว่า เออ. คุณทำอย่างนี้นะ ช่วยดูคนไข้กินข้าวหน่อยนะ คนไข้กินได้เยอะนะ เขาก็พูด ฮีไม่เห็นกินได้เยอะเลย คือเขาไม่เห็นความสำคัญแล้วเขาไม่ฟังเรา เราก็รู้สึกว่าอธิบายแล้วอธิบายอีก ทำไมไม่เข้าใจนะ...รู้สึกโกรธญาติเหมือนกัน เวลาญาติอยู่เราก็จะไม่อยากเข้าไปหาคนไข้ ไม่อยากเข้าไปที่เขานั่งแต่ถ้าญาติไม่อยู่ เราก็เข้าไปเหมือนเดิม”

(เตือนใจ : พยาบาล)

จากผลการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายการดูแลที่สอดคล้องกันใน 4 ลักษณะคือ ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิต และเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ซึ่งในแต่ละความหมายการดูแลผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายพฤติกรรมดูแลแตกต่างกันบ้างตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งการได้รับการดูแล พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขทางใจ รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เกิดกำลังใจ

ต่อชีวิต และตระหนักในคุณค่าพยาบาล เช่นเดียวกับพยาบาลที่พบว่า การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลมีความสุขจากการให้การดูแล เพิ่มพลังกายพลังใจให้ทำต่อ เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ และได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ป่วยทั้งในลักษณะปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล ซึ่งแบ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังสรุปในภาพประกอบ 1



หมายเหตุ

- 8 ข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม
- P ข้อมูลตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย
- N ข้อมูลตามการรับรู้เฉพาะในกลุ่มพยาบาล

การอภิปรายผล

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาลทุกราย อายุต่ำกว่า 35 ปี ซึ่งกลุ่มอายุดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ และระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี 5 ใน 6 ราย ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้มีนโยบายในการรับบุคลากรทางการพยาบาลชั้นต่ำในระดับปริญญาตรีหรือพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ส่วนประสบการณ์การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2-5 ปี ซึ่งเท่ากับระยะเวลาของการทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ และในขณะที่ศึกษาเป็นช่วงเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ประกอบกับนโยบายการบริหารของโรงพยาบาลที่ไม่แยกหอผู้ป่วยไว้สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะ จึงทำให้พยาบาลทุกคนได้รับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า 4 ใน 6 รายเป็นเพศชายและมีอายุอยู่ระหว่าง 24-30 ปี ทุกรายประกอบอาชีพรับจ้าง และมีปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิวกภรณ์ (2541 : 21-25) เกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2540 และรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในภาพรวมของประเทศไทย (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน, กองระบาดวิทยา, 2541 : 541) ซึ่งได้รายงานว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2541 มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 4.2:1 ผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคือร้อยละ 42.9 กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-39 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอายุระหว่าง 20-29 ปี พบสูงสุดคือร้อยละ 41.4 และปัจจัยเสี่ยงที่สูงที่สุดคือจากการมีเพศสัมพันธ์คือร้อยละ 82.6 การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 6 รายใช้บริการของสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีรายได้แค่พอเลี้ยงตนเองและครอบครัว จึงมีเงินเหลือเก็บน้อย และหลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยได้หยุดประกอบอาชีพ โดยมีเหตุผลต่างๆ เช่น ร่างกายอ่อนล้าจึงทำงานหนักอย่างเดิมไม่ได้ มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องพยายามดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง ต้องเข้ารับการรักษาบ่อยขึ้น จึงขาดรายได้ที่จะเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเองและครอบครัว ในขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายกลับเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนมากและยังต้องเพิ่มจำนวนครั้งของการตรวจรักษาตามระยะของโรคที่มีความถี่ในการติดเชื้อสูงขึ้น ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาเศรษฐกิจจนแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิวกภรณ์ (2541 : 24-25) ที่พบว่า โรงพยาบาลต้องสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาเศรษฐกิจถึงร้อยละ 90 เนื่องจากการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก เช่น วัณโรค 3,400 บาท ต่อ 9 เดือนเนื่องจากเมื่อใช้ยา 6 เดือนผู้ป่วยมักกลับเป็นซ้ำ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ

ครีฟโตคอกคัส 54,000 บาทต่อครั้ง ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิไอ 4,000 บาทต่อครั้ง โรคผิวหนังจากเชื้อรา 15,000 บาทต่อครั้ง จอตาอักเสบจากเชื้อไวรัส 45,000 บาทต่อ 2 สัปดาห์ และในปีต่อๆ ไปค่าใช้จ่ายในด้านนี้จะสูงขึ้น เพราะผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคใดโรคหนึ่ง เพียงโรคเดียวหรือมาโรงพยาบาลครั้งเดียว

ความหมายและพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายการดูแล สอดคล้องกันใน 4 ลักษณะคือ 1) ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย 2) ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว 3) สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิต และ 4) เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ โดยอธิบาย พฤติกรรมการดูแลแตกต่างกันบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและพยาบาลมีความแตกต่างกันตาม ประสบการณ์ กล่าวคือ ผู้ป่วยอธิบายจากประสบการณ์เฉพาะช่วงเวลาที่ตนเองเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล และอธิบายถึงเฉพาะพยาบาลที่ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์เท่านั้น ขณะที่พยาบาล อธิบายโดยอาศัยประสบการณ์ตลอดช่วงเวลาที่มิประสบการณให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จึงอ้างอิงถึงผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและไม่ใช้ผู้ให้ข้อมูล อย่างไรก็ตาม พบว่า การอธิบายความหมายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยและพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับ สภาพความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ดังนี้

1. **ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย** การให้ความหมายการดูแลในลักษณะช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย นั้น ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่า เป็นการกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่เป็ปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยให้เกิดความสุขสบาย ซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่า พยาบาลช่วยเหลือเมื่อทำเองไม่ได้ คือช่วยเหลือทุกอย่างที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ในขณะ นั้น เช่น กิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา คือช่วยจัดทุกปัญหาที่เกิดขึ้นเช่น บรรเทาความเจ็บปวด การรับรู้ดังกล่าวอาจเนื่องจากสภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล มักเป็นผู้ที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงจึงมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง และผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งจากครอบครัวตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่มีผู้ที่คอยช่วยเหลือ ประกอบกับระบบการบริหารของโรงพยาบาลที่กำหนดให้ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาล โดยไม่มีญาติเฝ้าตลอดเวลา และปัญหาบางอย่างของผู้ป่วย ญาติไม่สามารถช่วยเหลือได้ พยาบาลจึงต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ นอกจากนี้พยาบาล ยังอธิบายว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาล ที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย ที่อยู่ในความรับผิดชอบให้ดีที่สุดและพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาจึงรู้ เข้าใจ และ เห็นปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มาเยี่ยมตรวจผู้ป่วยเป็นบางช่วงเวลา เท่านั้น เหตุผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจากความยึดมั่นกับพันธะหน้าที่ในการดูแลที่พยาบาลได้รับ เมื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลและเป็นผลมาจากความรู้สึกนึกคิดของพยาบาลเองที่เล้าว่าในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นความรู้สึกอยากช่วยเหลือ โดยให้เหตุผลว่ารู้สึกสงสารและเห็นใจที่ผู้ป่วย ต้องทุกข์ทรมาน ทั้งร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากสาเหตุของการเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อ

เอชไอวีและเป็นเอดส์เช่น ความเจ็บปวด อาการไข้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกรังเกียจและถูกทอดทิ้ง ด้วยเหตุนี้ พยาบาลจึงอยากช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ทรมานและในการช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลยังให้เหตุผลว่าเป็นความตั้งใจและเต็มใจของตนเองที่จะดูแล จึงพยายามดูแลผู้ป่วยทุกคนให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลของสแวนสัน (Swanson, 1993 : 352-357) ที่พบว่าองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลคือ การกระทำเพื่อผู้ป่วย (doing for) คือการกระทำให้ผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยควรกระทำด้วยตนเองถ้าผู้ป่วยสามารถทำได้ แต่ในขณะนั้นไม่สามารถทำเองได้ ซึ่งรวมทั้งการกระทำของพยาบาลตามบทบาทหน้าที่และการกระทำอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกและความสุขสบาย เป็นการกระทำในสิ่งที่คาดการณ์ว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วย และต้องกระทำอย่างมีความสามารถ มีทักษะ ป้องกันอันตรายและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของปิญากรณ์ และคณะ (2538) ที่ศึกษาการให้ความหมายการดูแลในผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 31 คน ผลการศึกษพบว่า ความหมายการดูแลที่ผู้ป่วยให้ความหมายมากที่สุดคือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุขสบายและช่วยให้อาการต่างๆ หายไป

นอกจากนี้ยังพบว่าในการช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยและพยาบาลยังอธิบายถึงการช่วยบรรเทาความเดือดร้อน ซึ่งเป็นการดูแลด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วยแก้ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนมาก พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งพยาบาลให้เหตุผลว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เกือบทุกรายมีปัญหาด้านเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพหลังจากติดเชื้อหรือเริ่มปรากฏอาการของโรค จึงขาดรายได้และผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งจึงไม่มีผู้ที่คอยช่วยเหลือหรือรับผิดชอบเลี้ยงดู และการรักษาโรคเอดส์ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก พยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือผู้ป่วยได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลไปแล้วจำนวนหนึ่ง และพยาบาลยังอธิบายเหตุผลว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะที่สร้างความทุกข์ให้ผู้ป่วยมากพออยู่แล้ว จึงไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องเกิดความเครียดเรื่องค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่รับรู้ได้รับการดูแลนั้น อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลในการศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างซึ่งมีรายได้พอเลี้ยงครอบครัว และหลังจากเจ็บป่วยทุกรายหยุดประกอบอาชีพโดยอาศัยคู่สมรส พ่อ แม่ ญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ เมื่อต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลบ่อยครั้งและเป็นเงินจำนวนมากทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด แต่เมื่อพยาบาลเข้าใจและให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยจึงรับรู้ได้รับการดูแล

การศึกษานี้ยังพบว่า เฉพาะกลุ่มพยาบาลได้อธิบายถึงการช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสุขสงบ ด้วยการให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดญาติและสิ่งยึดเหนี่ยวตามความเชื่อและได้ระลึกถึงศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยสงบและผ่อนคลาย ไม่

ทรมานกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น สำหรับญาติของผู้ป่วยพยาบาลจะช่วยเหลือโดยการปลอบใจ อยู่เป็นเพื่อนและให้ความช่วยเหลือในการจัดการเรื่องการตายของผู้ป่วย การช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายในลักษณะเช่นนี้ พยาบาลเล่าว่า มีเหตุผลมาจากความดีและความรู้สึกของพยาบาลเองที่เชื่อว่าในยามที่บุคคลมีความทุกข์ ความโศกเศร้า มักจะหันไปพึ่งพาศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และพยาบาลยังอธิบายว่าจากประสบการณ์ที่ได้ให้การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้พยาบาลรู้ว่าการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้พยาบาลนำวิธีการนั้นมาใช้กับผู้ป่วยคนอื่นๆ เรื่อยมา นอกจากนี้อาจเนื่องจากประสบการณ์จากการศึกษาที่พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมสั่งสอนให้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายให้ตายอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และให้ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจึงทำให้พยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย การให้การดูแลดังกล่าวตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ใกล้ตายที่พบในการศึกษาของแมคโคโนเช่ (McConochie, 1994 : 36-37) ซึ่งศึกษารายกรณีผู้ป่วยเอดส์ในระยะใกล้ตาย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อใกล้ตายผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลสวดมนต์ให้ฟังหรือสวดมนต์พร้อมกัน ต้องการอยู่กับบุคคลที่รัก และกล่าวลาก่อนเสียชีวิต และต้องการเวลาสำหรับทำจิตใจให้สงบ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยไม่ได้อธิบายการได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลในการศึกษาไม่ได้เป็นผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย แต่พยาบาลอธิบายโดยอ้างอิงประสบการณ์ที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายคนอื่นๆ

2. *ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว* การให้ความหมายการดูแลในลักษณะ ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว ทั้งผู้ป่วยและพยาบาล อธิบายถึงการแสดงออกของพยาบาล ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งการ *เฝ้าถามความเป็นอยู่* โดยการเฝ้าถามอาการหรือความเป็นอยู่ในโรงพยาบาลขณะเจ็บป่วยทุกๆ วันหรือทุกครั้งที่มาหาผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมใดๆ หรือเมื่อเดินผ่านเตียงเป็นพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ตรงกับพยาบาลว่า เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคนคอยห่วงใยและยังได้รับการสนใจจากพยาบาล การแสดงพฤติกรรมดังกล่าว พยาบาลอธิบายเหตุผลว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มักมีความรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวอาจเกิดความรู้สึกว่าพยาบาลทอดทิ้งเขาเช่นกัน พยาบาลจึงไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนี้ขึ้น นอกจากนี้สาเหตุที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายถึงการเฝ้าถามความเป็นอยู่นั้น อาจเป็นผลมาจากสังคม วัฒนธรรมไทยที่มักทักทายกันด้วยการยิ้มและพูดคุยหรือถามทุกข์สุขของอีกฝ่ายหนึ่งเมื่อพบหน้ากันเป็นครั้งแรกในแต่ละวัน หรืออาจเป็นเพราะลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาล ที่ต้องมีการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในแต่ละเวรเพื่อประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วย และการปฏิบัติงานที่มีการรับช่วงต่อกันทุก 8 ชั่วโมง ซึ่งพยาบาลที่มารับช่วงในเวรต่อไป ต้องมีการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยทั้งก่อนรับและส่งเวร

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลยังรับรู้ตรงกันว่า พยาบาลไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น โดยไม่ใช้คำพูดใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับคำว่า เอชไอวีหรือเอดส์ และไม่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้แตกต่างจากผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อไม่ให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นความแตกต่างของพฤติกรรมพยาบาลที่จะทำให้เกิดความสงสัยหรือคิดว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคเอดส์ การรับรู้ว่าการติดเชื้อดังกล่าวเป็นการดูแคลัน ผู้ป่วยและพยาบาลให้เหตุผลว่าเป็นเพราะการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเป็นเอดส์เป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่น และสาเหตุของการเป็นโรคมักเกิดจากพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับจึงไม่ควรที่จะเปิดเผยให้ใครรู้ โดยผู้ป่วยอธิบายว่าตนเองได้ประสบกับการถูกรังเกียจจากญาติ และจากการเห็นผู้ป่วยคนอื่นๆ ถูกรังเกียจเมื่อบุคคลข้างเคียงรู้ว่าเป็นเอดส์ จึงไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรู้สภาพการติดเชื้อของตน ด้วยเหตุนี้เมื่อพยาบาลไม่ทำให้ความลับที่ผู้ป่วยพยายามปกปิดถูกเปิดเผยให้บุคคลอื่นล่วงรู้ ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าเป็นการดูแคล และพยาบาลอธิบายว่า จากประสบการณ์การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้พยาบาลรู้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้ถึงความเป็นโรคของตนเอง โดยสังเกตจากการพูดของผู้ป่วยเองที่ไม่กล่าวถึงการเป็นโรคของตนเมื่อมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยในขณะนั้น และพยาบาลยังเล่าว่าเมื่อญาติหรือบุคคลที่มาเยี่ยมผู้ป่วยรู้ว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ทุกคนจะหนีหายและทอดทิ้ง หรือแม้จะมาเยี่ยมบ้างนานๆ ครั้งก็จะแสดงท่าทางรังเกียจ ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อของผู้ป่วย และอาจเป็นผลมาจากจรรยาบรรณวิชาชีพที่กำหนดให้พยาบาลพึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย (พยาบาลแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2537 : 24) ประกอบกับบทบัญญัติของกฎหมายตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323 ที่กำหนดให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพต้องรักษาความลับให้ผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2540) จึงอาจส่งผลให้พยาบาลคำนึงถึงการไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย การได้รับการดูแลดังกล่าว ตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพบในการศึกษาของไซทิงเกอร์และเดเนียล (Schietinger & Daniels, 1996 : 137-157) เกี่ยวกับความต้องการและความคาดหวังต่อผู้ดูแลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่าสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากผู้ดูแลคือ ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ว่าไม่นำความลับเกี่ยวกับสภาพการติดเชื้อเอชไอวีไปเปิดเผยต่อบุคคลอื่น หรือการปกปิดความลับเรื่องสภาพการติดเชื้อของผู้ป่วย

3. สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย การให้ความหมายการดูแลในลักษณะสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่า เป็นการพยายามทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่รู้สึกท้อแท้กับความเจ็บป่วย ที่พบเช่นนี้ อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากการให้ความหมายต่อโรคเอดส์ ดังการศึกษาของปาเพียจิต (2540 : 159-196) ซึ่งศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์จำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยอธิบายความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ไว้ว่าเป็นโรคที่น่ากลัวเพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เมื่อเป็นโรคแล้วมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานก็ต้องตายในที่สุด และยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจและนำมาซึ่งความสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างแม้กระทั่งชีวิตของตนเอง นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากผลของความ

เจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการของโรค เช่น ไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บปวดซึ่งเป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงที่สุด (เน่งน้อย, 2536 : 24-36) ซึ่งความทุกข์ทรมานจากโรคจะเพิ่มความรุนแรงและความถี่ตามระยะของโรค ซึ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยและอาการของโรคมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยที่แม้จะยอมรับการเป็นโรคได้ก็จะกลับไปสู่ช่วงของความทุกข์ สับสน กลัว เครียด คุณค่าในตนเองลดลง ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตายได้ (Nichols, 1985 : 765-766) ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ซึ่งพบว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยและพยาบาลส่วนใหญ่อธิบายสอดคล้องกันว่า เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจขึ้นคือ *ไม่รังเกียจผู้ป่วย* โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอยู่ใกล้และสัมผัสมือเปล่า ซึ่งเป็นการแสดงออกที่ผู้ป่วยและพยาบาลเล่าว่า พยาบาลเข้ามาหาผู้ป่วยโดยเข้าใกล้เตียงและตัวผู้ป่วย และสัมผัสผู้ป่วยโดยไม่สวมถุงมือ การที่พยาบาลส่วนใหญ่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวกับผู้ป่วย เป็นเพราะเหตุผลที่พยาบาลเล่าว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จะมีความรู้สึกไวต่อปฏิกิริยาจากบุคคลอื่น และรับรู้ต่อตนเองว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถูกรังเกียจจากครอบครัวและสังคม พยาบาลจึงต้องพยายามไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกรังเกียจจากพยาบาล ซึ่งวิธีการหนึ่งก็คือพยายามสัมผัสผู้ป่วยโดยไม่สวมถุงมือ ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วย เหตุผลในการรับรู้ต่อพฤติกรรมดังกล่าว อาจเกิดขึ้นมาจากการประสบการณ์ของผู้ป่วยเองที่อธิบายไว้ว่า บุคคลในครอบครัวหรือญาติๆ ทำตัวห่างเหิน ไม่เข้าใกล้ ไม่สัมผัส ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของพยาบาลแล้วผู้ป่วยเล่าว่าแตกต่างกัน หรืออาจเป็นผลมาจากการรับรู้ต่อโรคเอดส์ของผู้ป่วยว่า เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้เมื่อเป็นโรคแล้วอยู่ได้ไม่นานก็ต้องตาย และเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ (บำเพ็ญจิต, 2540 : 195-196) แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลยังเข้าใกล้ และสัมผัสผู้ป่วยอยู่เสมอจึงทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นเพราะพยาบาลไม่รังเกียจ

ผลการศึกษายังพบว่า การสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเฉพาะตามการรับรู้ของพยาบาลคือ *เสริมสร้างกำลังใจจากญาติ* โดยวิธีการประสานความเข้าใจให้ญาติยอมรับผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และวิธีการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ญาติ ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับและใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่ทอดทิ้ง และอีกวิธีการหนึ่งคือ การสนับสนุนญาติให้ใกล้ชิดผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นการพูดคุย การสัมผัสผู้ป่วย เพื่อการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ พฤติกรรมของพยาบาลดังกล่าวมีเหตุผลมาจากประสบการณ์ที่พยาบาลเล่าว่า ผู้ป่วยมักถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและญาติๆ เมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ และผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งมักมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและบางรายฆ่าตัวตาย พยาบาลจึงเชื่อว่าการได้รับการยอมรับจากญาติหรือครอบครัวเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต ซึ่งอธิบายได้ว่าการเอาใจใส่จากญาติหรือบุคคลสำคัญ การแสดงความห่วงใย เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย

จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ยังมีคนรัก มีความมั่นคงในจิตใจพร้อมที่จะเผชิญต่อสื่อกับความเจ็บป่วย และยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีได้เผชิญความทุกข์อยู่อย่างเดี๋ยวดาย แต่ยังมีคนคอยช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น (ทัศนีย์, 2540 : 110-111) ดังการศึกษาของอดิรัตน์ (2539) ซึ่งได้ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ติดตามเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 34 คนพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่รัก เช่น คู่สมรส พ่อแม่ พี่น้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับการเป็นโรค เกิดกำลังใจและมีความเข้มแข็งอดทนที่จะเผชิญกับโรคต่อไป และการศึกษาของสุริยา (2536 : 125-131) ซึ่งศึกษาการปรับตัวของผู้ติดตามเชื้อเอชไอวีและครอบครัวจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้ติดตามเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อครอบครัว จะใช้ระยะเวลาในการปรับตัวน้อยเพราะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนผู้ที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อใช้ระยะเวลาในการปรับตัวนานและสภาพจิตใจมีความวิตกกังวลสูงเพราะขาดแรงสนับสนุนด้านจิตใจ

4. *เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์* การให้ความหมายการดูแลในลักษณะเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์นั้น พบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลส่วนใหญ่อธิบายสอดคล้องกันในเรื่องการยอมรับความเป็นบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม โดยผู้ป่วยเล่าว่า แม้นตนเองจะเป็นโรคเอดส์ แต่พยาบาลก็ยังดูแลตนเหมือนกับผู้ป่วยคนอื่นๆ เช่นเดียวกับพยาบาลที่อธิบายว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความเท่าเทียมกันในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มีความคิด ความรู้สึก และความต้องการเหมือนกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ พยาบาลจึงต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้เท่าเทียมกันทุกคน ทุกโรค การรับรู้ดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนการสอนการพยาบาล ที่ปลูกฝังให้พยาบาลตระหนักถึงหลักจริยศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความยุติธรรม ซึ่งสอดคล้องกับไอเคนและคาตาลาโน (Aiken & Catalano, 1994) ที่กล่าวถึงหลักของความยุติธรรมว่า เป็นการกระจายประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำในสิ่งที่ดีและถูกต้อง รวมถึงการกระจายแหล่งประโยชน์อย่างยุติธรรมตามที่บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา เพศ สถานภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ ตำแหน่งทางสังคม และระดับเศรษฐกิจ และด้วยข้อผูกพันของจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลที่ได้กำหนดความรับผิดชอบของพยาบาลต่อประชาชนที่ให้พยาบาล ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพของบุคคลและการวินิจฉัยโรค (พยาบาลแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2537 : 24) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา วัลยา และสุชาติ (2536) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 125 คน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างดี ทัดเทียมกับผู้ป่วยอื่น โดยไม่คำนึงถึง

เชื้อชาติ ศาสนาฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นสิทธิข้อหนึ่งของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปฏิบัติในสิทธิด้านการได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี

นอกจากนี้พบว่า การให้ความหมายการดูแลในลักษณะเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ตามการรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล คือ *ส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ* โดยพยาบาลอธิบายในลักษณะของการให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในการที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล ภายใต้การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนพิจารณาตัดสินใจ ให้สิทธิผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลของตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาต่างๆ โดยการบอกให้ผู้ป่วยทราบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามได้ และให้เมื่อยินยอมและพร้อมรับ กล่าวคือพยาบาลจะกระทำกิจกรรมใดๆ ให้ผู้ป่วยต่อเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมและเต็มใจให้ทำยกเว้นกิจกรรมที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย การให้ความหมายดังกล่าว เป็นผลมาจากตัวพยาบาลเอง ที่มีคุณลักษณะของการเอาใจเขามาใส่ใจเรา ซึ่งได้เล่าว่าตนเองไม่ชอบการกระทำใดๆ ที่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่น และไม่ชอบให้ใครมาละเมิดสิทธิของตนเอง ดังนั้นเมื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยจึงได้ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยด้วยเสมอ และจะไม่กระทำต่อผู้ป่วยในสิ่งที่ตนเองไม่ชอบ หรือพยายามทำให้ผู้ป่วยในสิ่งที่คิดว่าถ้าตนเองเป็นผู้ป่วยก็คงต้องการเช่นเดียวกัน และด้วยเหตุผลด้านกฎหมายสิทธิผู้ป่วยซึ่งประเทศไทยได้เริ่มประกาศใช้เมื่อ 16 เมษายน 2541 จึงทำให้พยาบาลบางรายเล่าว่าเป็นการเพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยยิ่งขึ้น และอาจเนื่องมาจากพยาบาลได้ยึดถือปฏิบัติตามหลักของสิทธิและเสรีภาพ (Saunders, 1995) ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่ดีถือว่าเป็นผู้ที่มีสิทธิและเสรีภาพที่จะกระทำตนเองให้มีคุณค่าในสังคมและสามารถเลือกตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้เสรีภาพของผู้ป่วยยังหมายถึงการมีอิสระในการตัดสินใจในสิ่งที่มีผลต่อชีวิตของตนเองในสภาวะที่มีความพร้อมในการตัดสินใจ และมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ในการตัดสินใจเลือกที่จะยินยอมในการรักษาพยาบาล (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995) โดยภายใต้การให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างมีอิสระ และเสรีภาพนั้น ฟลาร์ก็รูตและอังวาสกี (Flaskerud & Ungvarski, 1995) กล่าวว่าพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และเป็นความจริงโดยไม่บิดเบือนเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจด้วยตัวเอง และผู้ป่วยยังมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงและถูกต้องที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสาระการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามผลการศึกษครั้งนี้ พบว่าการส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพไม่พบในกลุ่มผู้ป่วย เป็นเพราะเหตุผลที่ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองอยากทราบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติอะไรบ้างและจะต้องรักษาอย่างไร แต่ไม่กล้าซักถามและคิดว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ควรจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบ และผู้ป่วยบางรายเล่าว่าแพทย์และพยาบาลยอมทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค และตนเองไม่ได้มีความรู้เรื่องการเจ็บป่วยจึงไม่ควรปฏิเสธในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลบอกหรือแนะนำแต่ควรปฏิบัติตามเพื่อให้หายเจ็บป่วยเร็วขึ้น เหตุผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะค่านิยม ความเชื่อในสังคม วัฒนธรรมไทยที่ผู้ป่วยจะให้การยอมรับ และเชื่อมั่นในการ

ตัดสินใจของแพทย์และพยาบาลว่าเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด จึงมักจะยอมปฏิบัติตามทุกอย่างโดยไม่แสดงความคิดเห็นหรือคัดค้าน (สิวลี, 2537) และผู้ป่วยจะคำนึงถึงเรื่องเจ็บป่วยก่อนสิทธิ จึงเป็นผู้ร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าร้องขอสิทธิ (จารุวรรณ, 2536 : 139) หรืออาจเนื่องมาจากบทบาทการรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นประเพณีดั้งเดิมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาในการดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบของผู้ปกครองและใช้สิทธิต่างๆ ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (paternalism) ด้วยเชื่อว่าตนเองกระทำในสิ่งที่ดีที่สุด หรืออาจเป็นเพราะพันธะหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องปกป้องประโยชน์ให้ผู้ป่วยและต้องทำในสิ่งที่ดีให้ผู้ป่วย (Herrick & Smith, 1989) ซึ่งในสังคมไทยผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติในลักษณะนี้มาอย่างต่อเนื่อง จึงพบอยู่เสมอว่าผู้ป่วยไม่มีการเรียกร้องสิทธิของตน นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากความเชื่อว่าการเรียกร้องหรือการไม่ปฏิบัติตามเป็นการกระทำที่สร้างปัญหา ความยุ่งยากให้กับบุคลากร ซึ่งอาจส่งผลต่อการมารับบริการในครั้งต่อไป ผลการศึกษาดังกล่าว คล้ายคลึงกับการศึกษาของสุกัญญา และคณะ (2536) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 125 คน พบว่าด้านสิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตนนั้น ผู้ป่วยร้อยละ 53.60 ไม่ใช้สิทธิในการเลือกและตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และไม่กล้าปฏิเสธการรักษาที่เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพแนะนำ

ความรู้สึกจากการได้รับการดูแล การได้รับการดูแลส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยใน 4 ลักษณะคือ 1) มีความสุขทางใจได้แก่ จิตใจผ่อนคลาย และอบอุ่นใจไม่โดดเดี่ยว 2) รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง 3) เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต และ 4) ตระหนักในคุณค่าพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยทั้ง 6 รายมีความสุขทางใจ ที่เกิดจากการได้รับการดูแล กล่าวคือ จิตใจผ่อนคลายจากความทุกข์ ความกังวลต่างๆ และอบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยวจากการที่พยาบาลคอยห่วงใยและเอาใจใส่อยู่เสมอ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้อธิบายได้ว่า เป็นเพราะผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าน่ารังเกียจ เป็นแล้วต้องตายเพราะไม่สามารถรักษาได้ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแต่ละครั้งผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น อาการปวด ไข้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล และบางรายถูกทอดทิ้งจากครอบครัว การดูแลจากพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดและบรรเทาทุกข์ ทดแทนในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับจากญาติ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขทางใจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอธิบายว่า การได้รับการดูแลจากพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองและเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิตจากการที่รับรู้ชีวิตของตนยังมีคุณค่าและความสำคัญ ยังมีพยาบาลสนใจเอาใจใส่ และช่วยเหลือโดยไม่รังเกียจ การรับรู้ดังกล่าว อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เพราะเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของชีวิต เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ถูกรังเกียจ ทอดทิ้ง และขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ป่วยจึงรู้สึกท้อแท้ หดหู่ แต่เมื่อพยาบาลคอยดูแลโดยไม่รังเกียจและปฏิบัติต่อ

ผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและความสำคัญ เหมือนกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ และเกิดกำลังใจขึ้น ประกอบกับการรับรู้ว่าคุณค่าและความหวังที่ยึดชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกระยะหนึ่ง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะอดทน และพยายามเอาชนะความเจ็บป่วย ผลการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของมอร์สและคณะ (Morse et al., 1991 : 125) ที่พบว่า การดูแลทำให้ผู้ป่วยมีความสุข สุขสบาย มีความพึงพอใจ ความวิตกกังวลลดลง ความรู้สึกถูกคุกคามลดลง และรู้สึกมีความแข็งแกร่งในการต้านทานโรค และ การศึกษาของเชอร์วูด (Sherwood, 1993 : 243-255) ซึ่งได้ศึกษาการตอบสนองจากการ ได้รับการดูแลของผู้ป่วยจำนวน 10 คน ผลการศึกษพบว่า การดูแลจากพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ เกิดความพึงพอใจ และได้รับการเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ

นอกจากนี้การได้รับการดูแลยังทำให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของพยาบาล โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณพยาบาลเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย คือผู้ป่วยสามารถเรียกหาหรือขอความช่วยเหลือ ได้ทุกอย่าง กล้าที่จะปรึกษาและบอกปัญหาให้พยาบาลทราบและช่วยแก้ไข และผู้ป่วยยังรับรู้ว่าคุณพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่แท้จริง คือ ช่วยเหลือผู้ป่วยทุกคนอย่างเต็มที่และไม่หวังผลตอบแทน การรับรู้เช่นนี้ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า พยาบาลช่วยเหลือทุกอย่างด้วยความเต็มใจ ทั้งๆ ที่ตนเองเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ซึ่งแม้แต่ครอบครัวของผู้ป่วยเองยังทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ อย่างโดดเดี่ยว ไม่เข้าใกล้ ไม่ช่วยเหลือ อีกทั้งคำรักษาพยาบาลก็ไม่สามารถจ่ายได้ แต่เมื่อ พยาบาลคอยดูแล ผู้ป่วยจึงรับรู้ถึงคุณค่าของพยาบาลและการกระทำที่พยาบาลมอบให้ และยังเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในโรงพยาบาลบางแห่ง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแล้วผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าคุณพยาบาลที่ดูแลคือบุคคลที่ตนเองพึ่งพาได้ และเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ความรู้สึกจากการให้การดูแล การให้การดูแลและการตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาล ส่งผลต่อความรู้สึกของพยาบาลใน 4 ลักษณะคือ 1) มีความสุขจากการให้การดูแล 2) เพิ่มพลังกายพลังใจให้ทำต่อ 3) เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและวิชาชีพ และ 4) ได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น

มีความสุขจากการให้การดูแล เป็นความรู้สึกที่พยาบาลทั้ง 5 รายได้รับการให้การดูแล โดยพยาบาลเล่าว่า รู้สึกมีความสุขที่ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย รู้สึกปิติยินดีกับสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่พยาบาลได้ให้การดูแล เป็นความรู้สึกอึดอัดอั้นใจ หรือสุขใจเมื่อได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ผ่านพ้นความทุกข์ทรมานและรู้สึกเหมือนได้ทำบุญ ความรู้สึกดังกล่าวพยาบาลให้เหตุผลว่า ในการเป็นพยาบาลเมื่อได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ต้องการ และบรรเทาความเจ็บป่วยลงได้ สิ่งนั้นก็มีความสุขที่พยาบาลได้รับ เพราะการที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือมีความเจ็บป่วย พยาบาลก็จะเกิดความเครียดเช่นกัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานบรรเทาลง พยาบาลก็มีความสุข ความสบายใจและยินดีกับผู้ป่วยด้วย ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากพยาบาลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ อิทธิพลของศาสนาได้

สอดคล้องเข้ากับวิถีชีวิตของพยาบาลและเป็นแรงผลักดันให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา สงสารผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีทุกข์ อยากช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้บรรเทาทุกข์และยินดีเมื่อเห็นผู้ป่วยมีความสุขความสบาย และอาจเป็นเพราะพยาบาลมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ จึงทำให้พยาบาลมีความตระหนักรู้เสมอว่าต้องทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด ฉะนั้นเมื่อพยาบาลได้ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยจนผ่านพ้นภาวะเจ็บป่วยหรือความทุกข์ทรมาน จึงเป็นความสำเร็จของการทำหน้าที่ที่ส่งผลให้พยาบาลมีความสุขเกิดขึ้น

เพิ่มพลังกายพลังใจให้ทำต่อ เป็นความรู้สึกที่พยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการให้การดูแล ซึ่งพยาบาลอธิบายว่า การให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยตอบสนองกลับในลักษณะของการยอมรับ ชื่นชม และรับรู้คุณค่าของการดูแลจากพยาบาล และผู้ป่วยพ้นหายจากความเจ็บป่วยทำให้พยาบาลรู้สึกว่าเป็นผลของความสำเร็จที่ช่วยทดแทนความท้อแท้ เบื่อหน่ายที่เกิดขึ้นในบางช่วงของการทำงาน เป็นเสมือนพลังที่มาเสริมแรงให้ทำงานต่อได้เมื่อรู้สึกเหนื่อยล้า และเกิดกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ แม้บางครั้งจะต้องเผชิญกับความเครียดและอุปสรรคต่างๆ จากการทำงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบรูท และโปลิฟรอนนิ (Breault & Polifroni, 1992 : 21-27) ที่พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แม้พยาบาลจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้พลังกายและพลังใจมาก และต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน แต่พยาบาลก็ยังมีการเสริมแรงให้ตนเองโดยการคิดถึงผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ ความสุขสบาย และการพ้นหายจนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ หรือการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของมอร์สและคณะ (Morse et al., 1991 : 125) ที่พบว่าการดูแลช่วยให้พยาบาลลดความเบื่อหน่ายในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

นอกจากนี้การให้การดูแลผู้ป่วยและการตอบสนองของผู้ป่วย ยังส่งผลให้พยาบาลส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง จากการที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน และผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ และผู้ป่วยให้การยอมรับและเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล และพบว่ายังส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลอธิบายว่ามีความภาคภูมิใจกับการดำรงวิชาชีพพยาบาลที่ทำให้ตนเองได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ความสามารถที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ และวิชาชีพอื่นไม่มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยอย่างพยาบาล และได้ใช้ความรู้ความสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้สำเร็จ ความรู้สึกภาคภูมิใจดังกล่าว อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับการกระทำและผลการกระทำเป็นไปอย่างที่ตนเองคาดหวัง บุคคลนั้นก็จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เพราะความรู้สึกภาคภูมิใจเป็นความรู้สึกประจักษ์ในคุณค่าของตนเองเมื่อบุคคลได้รับการยอมรับหรือเห็นคุณค่าจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง และมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของการกระทำที่ถูกต้องตามบทบาทของตน (Hiess, 1981 อ้างตาม นันทนา, 2538 : 66) และพยาบาลจะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่เป็นพยาบาล เมื่อการเป็นพยาบาลเป็นสิ่งที่สังคมให้เกียรติ และยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม (นันทนา, 2538 : 2-3)

ปัจจัยส่งเสริมการดูแล แบ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้านคือ

- 1) ปัจจัยด้านพยาบาล ได้แก่ คุณลักษณะที่ดีของพยาบาล ระยะเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้สงสารและเห็นใจ และเกิดกำลังใจจากการให้การดูแล
- 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ มีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา และ
- 3) ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ได้รับมอบหมายให้ดูแล แบบอย่างจากบุคคลอื่น และสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน

คุณลักษณะที่ดีของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณธรรมประจำใจ ซึ่งได้แก่ ความเมตตา กรุณา เป็นปัจจัยส่งเสริมการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ของทั้ง 2 กลุ่ม อธิบายสอดคล้องกัน โดยผู้ป่วยและพยาบาลเชื่อว่าความเมตตา กรุณาเป็นปัจจัยส่งเสริมการดูแลที่สำคัญที่ทำให้พยาบาลพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยจิตใจที่มีความสงสารและเอื้ออาทร ซึ่งพยาบาลที่มีจิตใจเมตตา กรุณานั้น ผู้ป่วยและพยาบาลให้เหตุผลว่า เป็นเพราะพื้นฐานของจิตใจที่ดีตัวพยาบาลมานานแล้ว และเมื่อได้รับการอบรมสั่งสอนในขณะเรียนที่ปลูกฝังให้พยาบาล มีเมตตาสงสารต่อผู้ป่วย ก็จะทำให้พยาบาลมีความเมตตา กรุณายิ่งขึ้น และพยาบาลยังให้เหตุผลว่าการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่ปลูกฝังให้มีความห่วงใย เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ยังทำให้พยาบาลมีจิตใจเมตตา สงสารผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เจ็บป่วย ประกอบกับพยาบาลรู้สึกว่ เมื่อได้ให้การดูแลและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลรับรู้และเข้าใจถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ จึงเกิดความรู้สึกสงสาร เห็นใจ อยากช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ และทนเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานไม่ได้ คุณลักษณะด้านความเมตตา กรุณานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอู๋สวี (Euswas, 1997) ที่พบว่า ในสถานการณ์ก่อนการดูแลพยาบาลต้องมีบุคลิกภาพและความพร้อมเชิงวิชาชีพที่จะให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ความมีศีลธรรม ความเมตตา กรุณา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ส และคณะ (Morse, et al., 1990 : 4-7; 1991 : 122-124) ซึ่งได้ศึกษาความหมายและคุณลักษณะของการดูแลจากแนวคิดของนักวิจัย 25 คน พบว่า ธรรมชาติของการดูแลมาจากอารมณ์และความรู้สึกเมตตา สงสารหรือเห็นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติการดูแล ก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของโรช (Roach, 1997) ที่เชื่อว่า คุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาลอย่างหนึ่งคือ ความเมตตา กรุณา

สำหรับในสังคมและวัฒนธรรมไทย อาจอธิบายได้ว่า ความเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วยอาจเป็นผลจากอิทธิพลของศาสนา ซึ่งพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ พยาบาลจึงได้รับแรงผลักดันจากอิทธิพลของหลักคำสอนในพุทธศาสนาที่หล่อหลอมกล่อมเกลาให้ทุกคนดำเนินชีวิตด้วยความมีคุณธรรม เช่น พรหมวิหาร 4 ซึ่งประกอบด้วย เมตตา คือความรักใคร่ปรารถนาให้บุคคลอื่นเป็นสุข กรุณา คือความสงสารอยากให้บุคคลอื่นพ้นทุกข์ มุทิตา คือความยินดีเมื่อผู้อื่นเป็นสุข และอุเบกขา คือวางตัวเป็นกลาง วางใจเป็นกลางไม่เอนเอียงด้วยรัก

และซัง (พระมหาวิระ ภาวโร, 2531 : 304-305; สมเด็จพระพุทธปาหยาจารย์, อัจ อาสภมหาเถร, 2533 : 99) และหลักคำสอนที่แสดงไว้เป็นสารานียธรรม หรือหลักการด้านสังคมก็ยังพบว่า 3 ใน 6 ประการ ประกอบด้วยความเมตตา ได้แก่ เมตตากายกรรมคือ การแสดงออกทางกาย ด้วยเมตตาหรือทำอะไรต่อกันก็ทำด้วยเมตตา เมตตาวาจกรรมคือ การแสดงออกทางวาจาด้วยเมตตาหรือพูดอะไรก็พูดด้วยเมตตา และเมตตาโมโนกรรมคือ การติดต่อกันด้วยเมตตา หรือคิดอะไรก็คิดต่อกันด้วยเมตตา หรือหลักคำสอนที่เกี่ยวกับธรรมะ 5 ประการหรือเบญจธรรมที่ พุทธศาสนิกชนยึดถือปฏิบัติก็ประกอบด้วยความเมตตา กรุณาเช่นกัน (พระเทพเวที, ประยุทธ์ ปยุตโต, 2532 : 397; 2535 : 57-58) พยาบาลจึงมีจิตเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วยซึ่งมีความทุกข์ยาก และนำหลักคำสอนมาสอดแทรกในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติงาน การปฏิบัติ การพยาบาลจึงดำเนินไปด้วยการเข้าใจเรื่องของความทุกข์เป็นพื้นฐาน คือรู้และเข้าใจว่าผู้ป่วย นั้นเป็นทุกข์ ทุกข์จากอาการของโรค ทุกข์จากความวิตกกังวลต่างๆ จากความเจ็บป่วย พยาบาลจึงควรเป็นผู้ที่ช่วยเหลือเพื่อบรรเทาหรือดับทุกข์ของผู้ป่วยตามความสามารถและเหมาะสม (สิวลี, 2537 : 62) และอาจเนื่องมาจากพยาบาลได้รับการกล่อมเกลาดังแต่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้วยเพลงมาร์ชพยาบาลที่ร่วมกันร้องมาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่สถาบันการศึกษา ซึ่งตอนหนึ่งมีว่า “อันความกรุณาปราณี...เรียนวิชากรุณาช่วยปวงชน ผู้เจ็บไข้ได้พัน ทรมาณ...” ความเมตตา กรุณาจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลได้รับและให้คำนึงถึงอยู่ตลอดเวลา

นอกจากความเมตตา กรุณาแล้ว *ความรับผิดชอบต่อหน้าที่* เป็นคุณลักษณะด้าน คุณธรรมอีกประการหนึ่งที่ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันว่า เป็นเหตุผลที่ทำให้ พยาบาลดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และการเป็น พยาบาลคือการเรียนเพื่อการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย ฉะนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นพยาบาล ที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตน การรับรู้ของผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าว อาจเป็นผลมาจาก ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อพยาบาลมาช้านานว่า พยาบาลคือผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความ เจ็บป่วย และอาจเป็นเพราะลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา และผู้ป่วยสามารถเรียกหาพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ ต่อบทบาทของพยาบาลว่าเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วย ฉะนั้นเมื่อพยาบาลกระทำในสิ่งที่ผู้ป่วย คาดหวัง จึงเป็นการแสดงออกที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ สำหรับพยาบาลให้ เหตุผลในการดูแลผู้ป่วยว่า เป็นเพราะบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้รับจากการเป็นพยาบาล จึง ต้องทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด และการละเลยต่อหน้าที่ยังทำให้พยาบาลรู้สึก ผิดและไม่สบายใจ และพยาบาลยังให้เหตุผลว่าผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในฐานะมนุษย์ คนหนึ่ง สำหรับพยาบาลบางรายให้เหตุผลว่า เป็นเพราะต้องการรักษาภาพพจน์ที่ดีของ พยาบาลในสายตาของผู้ป่วย จึงต้องดูแลผู้ป่วยให้ดีและให้ผู้ป่วยพึงพอใจ เหตุผลดังกล่าว อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะพยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันกับจรรยาบรรณวิชาชีพที่ได้รับการ ปลุกฝังมาจากการเรียนการสอนที่ให้พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพในชีวิต เกียรติ-ศักดิ์และสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคลในสังคม

ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการประกอบกิจแห่งวิชาชีพและส่วนตัว (พยาบาลแห่งประเทศไทย, สมาคม, 2537 : 24) และในปัจจุบันกฎหมายได้กำหนดสิทธิของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ซึ่งในโรงพยาบาลแห่งนี้มีการจัดประชุมชี้แจงบุคลากรและเปิดเผยสิทธิผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทุกระดับยึดถือปฏิบัติ ประกอบกับปัจจุบันประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิและมีการเรียกร้องสิทธิของตนเองมากขึ้น จึงทำให้พยาบาลเพิ่มความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองยิ่งขึ้น ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของพยาบาลดังกล่าว สอดคล้องกับคุณลักษณะการดูแลจากการศึกษาของมอร์ส และคณะ (Morse et al., 1990 : 4-7; 1991 : 122-124) ที่พบว่า การดูแลเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมจรรยา หรือเป็นอุดมคติที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในสิ่งที่ดี และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและยอมรับผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง สอดคล้องกับคุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลตามแนวคิดของโรช (Roach, 1997) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของพยาบาลแล้วพบว่าสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านความยึดมั่นผูกพัน กล่าวคือเป็นการตอบสนองที่ซับซ้อนที่แสดงออกถึงการผสมผสานระหว่างความต้องการและพันธะหน้าที่ หรือระหว่างสิ่งที่ควรทำและสิ่งที่ต้องทำ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของฐานิวัฒน์นันท์ (Thaniwattananon, 1995) ที่พบว่าข้อผูกพันในวิชาชีพการพยาบาล เป็นปัจจัยส่งเสริมให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะพยาบาลเชื่อว่าตนเองไม่มีสิทธิปฏิเสธผู้ป่วยมาตั้งแต่การเริ่มเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล และผลการศึกษาของแมคแคน (McCann, 1997) ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เพราะพันธะหน้าที่ในการดูแลที่พยาบาลยึดถือตามจรรยาบรรณวิชาชีพและข้อผูกพันทางจริยธรรม

ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล เป็นคุณลักษณะที่ดีของพยาบาลอีกประการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ของทั้ง 2 กลุ่ม อธิบายว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และประสบการณ์ที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ทำให้พยาบาลไม่กลัวการติดเชื้อเพราะมั่นใจว่าเชื้อเอชไอวีติดต่อกันได้ทางใด และเกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วยจนไม่รู้สึกตื่นกลัวที่จะเข้าไปให้การดูแล นอกจากนี้พยาบาลยังเล่าว่า ความรู้และประสบการณ์ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การพูดคุย การให้คำปรึกษา และการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ และไม่กลัวที่จะต้องเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นผลมาจากโรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านข้อมูล ข่าวสาร มีแหล่งความรู้ที่ทันสมัยสำหรับการศึกษาค้นคว้าของพยาบาล และมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอยู่เสมอ ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาทุกรายมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากกว่า 2 ปี ประกอบกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 รายได้ผ่านการศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ และฝึกอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ จึงช่วยให้พยาบาลได้มีความรู้และประสบการณ์อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง อีกทั้งในโรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก และนโยบายการ

บริหารของโรงพยาบาลที่ไม่แยกหอผู้ป่วยไว้สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะ และมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นทุกปี โรงพยาบาลจึงมีโอกาสนในการพัฒนาความรู้และทักษะจากประสบการณ์ตรงอยู่เสมอ จึงนำไปสู่การให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจและเต็มใจ สอดคล้องกับการศึกษาของฐานิวัฒน์นันท์ (Thaniwattananon, 1995) เกี่ยวกับประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ของพยาบาลในประเทศไทย จำนวน 28 คน ผลการศึกษาพบว่า การมีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ ทำให้พยาบาลลดความกลัว มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อน้อย และมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของแมคแคน (McCann, 1997) เกี่ยวกับความเต็มใจที่จะดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากแพทย์และพยาบาลจำนวน 265 คน ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเต็มใจในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ คาลเดอร์ และเรย์ (Brown, Calder & Rae, 1990 : 367-372) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในนักศึกษาพยาบาล 319 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยภายหลังจากการให้ความรู้ นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานทำให้พยาบาลบริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากความชำนาญที่พยาบาลอธิบายว่า เมื่อมีประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้น จะสามารถจัดเวลาสำหรับการทำงานในแต่ละเวรได้อย่างลงตัว และใช้การวางแผนการทำงานในแต่ละช่วงเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการทำงานที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้ผ่านการทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพมาแล้ว 2-5 ปี จึงช่วยให้พยาบาลได้เรียนรู้ระบบการทำงานและได้พัฒนาทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลจนมีความเชี่ยวชาญด้านเทคนิควิธี และมีความคล่องแคล่ว ว่องไวจากการผ่านการฝึกฝนมาระยะหนึ่ง ทำให้พยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละอย่างน้อยลง จึงมีเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบนเนอร์ แทนเนอร์และเชสลา (Benner, 1984 อ้างตามเรณูและศิริอร, 2537 : 27-29; Benner, 1982 : 402-407; Benner, Tanner & Chesla, 1992 : 13-28) ซึ่งศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลฝึกหัดสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถของพยาบาลจะพัฒนาเป็นระยะๆ ตามประสบการณ์ที่ทำงาน ซึ่งพยาบาลผู้คล่องแคล่ว (proficient) คือพยาบาลที่มีประสบการณ์มา 3-5 ปี ในระดับนี้จะสามารถมองสถานการณ์และจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้เร็ว มีทักษะในการจัดการและมีความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง ส่วนพยาบาลผู้ชำนาญการ (expert) เป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าพยาบาลผู้คล่องแคล่ว มองสถานการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง ตัดสินใจได้ดี และมีความสามารถ

ในการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแก้ปัญหา นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากลักษณะการทำงานเป็นทีม จึงทำให้ลดความซับซ้อนในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจมีผลต่อการบริหารเวลาของพยาบาลได้

ปัจจัยส่งเสริมการดูแลด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องอีกประการหนึ่งคือ **แบบอย่างจากบุคคลอื่น** ซึ่งพบเฉพาะตามการรับรู้ในกลุ่มพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบอย่างที่ดีจากบุคคลในวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ **อาจารย์พยาบาล และพยาบาลรุ่นพี่** โดยพยาบาลให้เหตุผลว่าอาจารย์พยาบาลเป็นแบบอย่างสำหรับพยาบาลในขณะเป็นนักศึกษาที่อยู่ภายใต้การนิเทศของอาจารย์ ซึ่งพฤติกรรมของอาจารย์พยาบาลที่แสดงออกต่อผู้ป่วย เป็นตัวแบบให้นักศึกษาได้คัดเลือกและยึดถือตามแบบอย่าง ภายใต้การพิจารณาด้วยตนเองเมื่อเห็นว่าเหมาะสม และเห็นว่าผู้ป่วยตอบสนองกลับในทางที่ดี ซึ่งเพอร์เคย์ (Purkey, 1970 อ้างตาม นันทนา, 2538 : 80) กล่าวว่าอาจารย์พยาบาลหรือผู้สอนมีบทบาทสำคัญในการสร้างภาพพจน์ที่ถูกต้องอย่างมีเหตุผลให้กับนักศึกษาพยาบาล พฤติกรรมของอาจารย์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลรุ่นพี่ ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างสำหรับพยาบาล ซึ่งพยาบาลเล่าว่า การได้ปฏิบัติงานร่วมกับรุ่นพี่ที่เป็นแบบอย่างในการแสดงออกที่ดีต่อผู้ป่วย เป็นโอกาสให้พยาบาลได้เห็นแบบอย่างที่ดีและยึดถือปฏิบัติตาม ดังนั้นแบบอย่างที่ดีจากบุคคลในวิชาชีพถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้พยาบาลเกิดการหล่อหลอมพฤติกรรมการดูแล ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการอบรมสั่งสอน หรือความศรัทธา และความเชื่อถือที่พยาบาลมีต่ออาจารย์หรือรุ่นพี่ จึงทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมตามบุคคลที่ตนเองเคารพและศรัทธา

ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล แบ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านพยาบาล ได้แก่ มีภาระงานมาก คุณลักษณะพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ คุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และเป็นผู้ป่วยสงเคราะห์คำรักษาพยาบาล 3) ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบเฉพาะตามการรับรู้ของพยาบาล ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ร่วมงาน และญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ

ปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกัน คือ พยาบาลมีภาระงานมาก กล่าวคือ พยาบาลมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบหลายคน จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทุกครั้งและทันทั่วทั้ง อีกทั้งปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ซับซ้อนทำให้พยาบาลต้องทุ่มเทเวลาและใช้พยาบาลหลายคนในการดูแล และพยาบาลยังอธิบายว่าต้องรับผิดชอบภาระงานหลายอย่างทั้งภาระงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและภาระงานอื่นๆ ที่พยาบาลต้องรับผิดชอบทดแทนบุคลากรในที่มสุขภาพ และบางครั้งต้องรับภาระการนิเทศพยาบาลจบใหม่ที่ยังปฏิบัติงานคู่กัน ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย และยังต้องทำงานด้วยความเร่งรีบตลอด เวลาเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เล่าว่า ตนเองเห็นพยาบาลทำงานอยู่ตลอดเวลา บางครั้งจึงไม่ได้ตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาล

แห่งนี้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง บางรายมีภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน มีการตรวจวินิจฉัยหลายอย่างในผู้ป่วยแต่ละรายและวิธีการรักษาพยาบาลมีความยุ่งยากและซับซ้อน บางรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องทำหัตถการต่างๆ และต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อีกทั้งบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พยาบาลจึงต้องมีการระงับมากขึ้นตามไปด้วย และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกคนหรือทุกเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ ประกอบกับนโยบายการบริหารหอผู้ป่วยที่กำหนดให้ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลตลอดเวลา และเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นบางเวลาเท่านั้น ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จึงส่งผลให้พยาบาลมีภาระงานมาก ผลการศึกษาดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของแลทเทอร์ มาเบน คลาร์ค และวิลสัน-บาร์เน็ตต์ (Latter, Maben, Clark & Wilson-Barnett, 1993 : 51-54) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการให้สุขศึกษาผู้ป่วย จากพยาบาล 122 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอุปสรรคคือ ร้อยละ 81 บอกว่าไม่มีเวลา ร้อยละ 33 บอกว่าพยาบาลมีไม่เพียงพอ และร้อยละ 20 บอกว่าพยาบาลมีภาระงานมากหรือมีงานหนักอยู่แล้ว ส่วนปัจจัยสนับสนุน ร้อยละ 33 บอกว่าสามารถทำได้ถ้ามีเวลามากขึ้น

นอกจากนี้ปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ป่วย ยังพบว่าคุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแลซึ่งเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแล โดยผู้ป่วยเล่าว่าตนเองเป็นโรคติดต่ออันตราย คือเป็นแล้วต้องตายและไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทุกคนรวมทั้งพยาบาลจึงไม่อยากดูแลเพราะกลัวการติดเชื้อ สภาพร่างกายของผู้ป่วยก็ดูสกปรก น่าขยะแขยงจากผื่นและแผลเปื่อยตามผิวหนัง อีกทั้งสาเหตุของการเป็นโรคเพราะสรรหาตนเองโดยไม่มีใครส่งเสริมหรือสนับสนุน และยังมีคามยุ่งยากในขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลรักษาของพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมถุงมือ จึงทำให้พยาบาลเกิดความรำคาญและเบื่อหน่าย การรับรู้เช่นนี้ อาจมีเหตุผลมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเองที่ได้รับการรังเกียจจากบุคคลในครอบครัว และประสบการณ์จากการเห็นผู้ป่วยเอดส์คนอื่นๆ ที่มักถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้างเมื่อรู้ถึงสภาพการติดเชื้อ ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งต่อตนเองและจากการเห็นผู้ป่วยคนอื่นๆ เหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสรุปตามความคิดของตนเองว่า พยาบาลคงรังเกียจผู้ป่วยเหมือนกับบุคคลโดยทั่วไป ประกอบกับลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่บางครั้งต้องเร่งรีบ เพื่อมุ่งทำงานให้สำเร็จและแข่งขันกับเวลาที่จำกัดในแต่ละเวร การแสดงออกต่อผู้ป่วยจึงอาจดูเหมือนไม่สนใจ นอกจากนี้ในแต่ละหอผู้ป่วยมีการจัดแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองหรือสามทีม พยาบาลจึงอาจดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในทีมของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในทีมเข้าใจผิดคิดว่าพยาบาลบางคนไม่ให้การดูแลตน และตลอดระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลหลายคน จึงอาจได้รับการดูแลจากพยาบาลบางคนและพยาบาลบางคนที่มีทัศนคติทางลบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ปฏิเสธหรือไม่เต็มใจดูแล ซึ่งยังมีรายงานการศึกษาที่

พบว่าพยาบาลยังปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (เปี่ยมปิติ, 2534 : 6; Scherer et al., 1992 : 23-29; van Wissen & Woodman, 1994 : 1141-1147) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ทำให้พยาบาลบางคนไม่ยากดูแล

อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ไม่พบว่าเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสำหรับพยาบาล ซึ่งอธิบายได้ว่า เหตุผลหนึ่งอาจจะเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้ที่มีทัศนคติไม่ดีมักไม่ยากให้ข้อมูล เพราะเป็นเรื่องของภาพพจน์ในสังคม และอาจเป็นเพราะปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น และพยาบาลมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงทำให้มีความมั่นใจในการดูแลและไม่กลัวการติดเชื้อและมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ประกอบกับโรงพยาบาลแห่งนี้มีความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์และแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และมีการรับผู้ป่วยทุกประเภท ทุกโรค ทั้งติดต่อและไม่ติดต่อทำให้พยาบาลได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหลายโรค และหลายลักษณะ จึงส่งผลต่อความรู้สึกให้มีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่พยาบาลได้ให้การดูแลและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลรับรู้และเข้าใจถึงความทุกข์ทรมาน จึงเกิดความสงสารเห็นใจและอยากช่วยเหลือ และอาจเป็นผลมาจากพยาบาลได้รับการอบรมสั่งสอนตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลและความยึดมั่นผูกพันกับจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ให้พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียม จึงทำให้พยาบาลไม่แบ่งแยกผู้ป่วยที่ตนเองได้ให้การดูแล

ผลการศึกษารังนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเป็นผู้ป่วยสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแล โดยผู้ป่วยเล่าว่า การไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือพยาบาลตอบสนองความต้องการช้า ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากตนเองได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล และผู้ป่วยบางรายยังเล่าว่า ภายหลังจากตนเองได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล พยาบาลบางคนจากที่เคยพูดคุยอย่างสุกสุสม มีท่าทางเปลี่ยนไปเป็นเฉยชา และไม่มาพูดคุยกับผู้ป่วยเหมือนเดิม การรับรู้ดังกล่าวอาจเป็นผลมาจาก การบอกเล่าสืบต่อกันมาและความเชื่อที่มีอยู่เดิมว่าการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลจะทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่ดี ประกอบกับลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มีการจัดตารางการปฏิบัติงานให้พยาบาลเปลี่ยนทีมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องเปลี่ยนไปดูแลผู้ป่วยในทีมอื่น หรืออาจเป็นเพราะพยาบาลมีภาระงานมากจึงต้องเร่งรีบการทำงาน ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยแปลความว่า พยาบาลไม่สนใจและไม่ดูแลตน ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่กำลังตกต่ำ หน่วยงานจึงมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณที่จะสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่จะต้องคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมจะได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล การซักถาม พูดคุยหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการให้หรือไม่ให้การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลอาจนำไปสู่ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยใช้ปรัชญาการวิจัยแบบเฮร์แมนวีกซ์ เกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ให้ข้อมูลมี 2 กลุ่มคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และพยาบาล ซึ่งทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 6 ราย และพยาบาลคัดเลือกจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลเดียวกัน จำนวน 5 ราย โดยพิจารณาจากความรู้ความเข้าใจของข้อมูล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2541 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนรวม การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป ทำการแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน และตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีวิทยาการและตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูล ทั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงอีกครั้งโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ความหมายและพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยและพยาบาลให้ความหมายการดูแลสอดคล้องกันใน 4 ลักษณะคือ 1) ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย 2) ให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยว 3) สร้างกำลังใจให้สู้ชีวิต และ 4) เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ โดยแต่ละความหมายมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลดังนี้

1. ช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายพฤติกรรมการดูแลที่แสดงออกถึงการช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วยไว้ 4 ลักษณะคือ 1) ช่วยให้เกิดความสบาย ได้แก่ ช่วยเหลือเมื่อทำเองไม่ได้ และช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา 2) ช่วยเหลือเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน 3) ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน ซึ่งผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายตรงกันในเรื่องช่วยแก้ปัญหาเรื่องค่า

รักษายาบาล และเฉพาะกลุ่มพยาบาลอธิบายเพิ่มเติมในเรื่องแนะนำแหล่งช่วยเหลือ และไม่ผลักไล่ไล่ส่ง และ 4) ช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล ได้แก่ ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสุขสงบ และปลอดภัยไม่ทอถึงญาติ

2. ให้ความอบอุ่นใจ ไม่ให้โดดเดี่ยว ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายพฤติกรรมดูแลที่แสดงถึงการให้ความอบอุ่นใจไม่ให้โดดเดี่ยวไว้ 3 ลักษณะคือ 1) เอื้ออาทร 2) สนใจเอาใจใส่ และ 3) ถนอมจิตใจ ห่วงใยความรู้สึก ดังนี้

2.1 เอื้ออาทร ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายตรงกันในเรื่องได้ถามความเป็นอยู่ และพร้อมให้ความช่วยเหลือ ส่วนสัมผัสถ่ายทอดความรู้สึกทางใจและเป็นเพื่อนพูดคุยและปรับทุกข์ นั้นรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล

2.2 สนใจเอาใจใส่ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายตรงกันในเรื่อง ระบุปัญหาและรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง และซักถามความต้องการและให้การตอบสนอง ส่วนแหวะเวียนมาหาและเฝ้าดูรับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย

2.3 ถนอมจิตใจห่วงใยความรู้สึก ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกัน 3 ลักษณะ คือ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อและไม่ตอกย้ำให้เข้าใจ

3. สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายพฤติกรรมดูแลที่แสดงถึงการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยไว้ 2 ลักษณะคือ 1) เยียวยารักษาใจ และ 2) ปลุกสร้างพลังใจดังนี้

3.1 เยียวยารักษาใจ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกัน ทั้งในเรื่องไม่รังเกียจ ได้แก่ อยู่ใกล้และสัมผัสมือเปล่า เต็มใจให้ความช่วยเหลือ และเป็นกันเองไม่ถือตัว และให้อาหารใจ ได้แก่ พุดจาไพเราะอ่อนหวาน ส่วนท่าทางสุภาพ นุ่มนวลรับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย

3.2 ปลุกสร้างพลังใจ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายสอดคล้องกันในเรื่องสร้างความหวังและให้กำลังใจ สำหรับเสริมสร้างกำลังใจจากญาติรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล ได้แก่ ประสานความเข้าใจให้ญาติยอมรับ และสนับสนุนญาติให้ใกล้ชิดผู้ป่วย

4. เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายพฤติกรรมดูแลที่แสดงถึงการเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ไว้ 2 ลักษณะคือ 1) ยอมรับความเป็นบุคคลได้แก่ ปฏิบัติอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม และให้เกียรติ ส่วนเสมอต้นเสมอปลายรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล และ 2) ส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ ซึ่งรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล ได้แก่ ให้ตัดสินใจด้วยตนเอง ให้สิทธิรับรู้ข้อมูล และให้เมื่อยินยอมและพร้อมรับ

ความรู้สึกจากการได้รับการดูแล การได้รับการดูแลส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4 ลักษณะ คือ 1) มีความสุขทางใจ ได้แก่ จิตใจผ่อนคลาย และอบอุ่นใจไม่โดดเดี่ยว 2) รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง 3) เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต และ 4) ตระหนักในคุณค่าพยาบาล ได้แก่ เป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่แท้จริง

ความรู้สึกจากการให้การดูแล การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาล ส่งผลต่อความรู้สึกของพยาบาลใน 4 ลักษณะ คือ 1) มีความสุขจากการให้การดูแล 2) เพิ่มพลังกายพลังใจให้ทำต่อ 3) เกิดความภาคภูมิใจได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเองและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และ 4) ได้เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น

ปัจจัยส่งเสริมการดูแล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่งเสริมการดูแล แบ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านพยาบาล 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพยาบาล ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่า ปัจจัยส่งเสริมด้านพยาบาล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) คุณลักษณะที่ดีของพยาบาล 2) ระยะเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้สงสารและเห็นใจ และ 3) เกิดกำลังใจจากการให้การดูแล ดังนี้

1.1 คุณลักษณะที่ดีของพยาบาล ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ว่าคุณลักษณะที่ดีของพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ 1) คุณธรรมประจำใจ ซึ่งได้แก่ ความเมตตา กรุณา การเอาใจเขามาใส่ใจเรา ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และความปรารถนาที่จะดูแลนั้นรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล 2) มีความรู้และประสบการณ์ โดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการดูแล ไม่กลัวการติดเชื้อและเกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ส่วนช่วยให้บริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล และ 3) มนุษย์สัมพันธ์ที่ดี รับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย

1.2 ระยะเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้สงสารและเห็นใจ เป็นปัจจัยส่งเสริมด้านพยาบาลที่รับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล โดยอธิบายว่า ระยะเวลาในการให้การดูแลและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำให้พยาบาลเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ จึงเกิดความสงสาร เห็นใจและอยากช่วยเหลือ

1.3 เกิดกำลังใจจากการให้การดูแล เป็นปัจจัยส่งเสริมด้านพยาบาลที่รับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล โดยอธิบายว่า การให้การดูแลและการตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลจากพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดกำลังใจและให้การดูแลผู้ป่วยมาตลอด

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ตรงกันใน 2 ลักษณะคือ 1) ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจในการดูแล และ 2) มีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่า สภาพผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีญาติคอยช่วยเหลือและมีปัญหาและอาการต่างๆ เป็นเหตุผลที่พยาบาลได้ให้การดูแล

3. ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายไว้แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเพราะพยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแล ขณะที่พยาบาลอธิบายว่า พฤติกรรมการดูแลที่แสดงออกต่อผู้ป่วยเป็นผลมาจากการเห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่นทั้งแบบอย่างที่ดีจากบุคคลในวิชาชีพซึ่งได้แก่ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลรุ่นพี่ และแบบอย่างที่ไม่ดีจากบุคลากรในที่มสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้พยาบาลยับยั้งพฤติกรรมของตนเองไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้เฉพาะกลุ่มพยาบาล ยังอธิบายว่า สัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงานเป็นบรรยากาศที่ส่งผลให้พยาบาลมีความสุขในการทำงาน และไม่เกิดภาวะเครียดซึ่งนำไปสู่ความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแล แบ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลได้ 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านพยาบาล 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพยาบาล ปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ 1) มีภาระงานมาก 2) คุณลักษณะพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล และ 3) มีข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.1 มีภาระงานมาก ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายว่า พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เนื่องจากมีอุปสรรคจากภาระงาน 3 ลักษณะคือ 1) มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบหลายคน 2) ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ซับซ้อน และ 3) ต้องรับผิดชอบภาระงานหลายอย่างนั้นรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล

1.2 คุณลักษณะพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการดูแล เป็นปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลที่รับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโดยอธิบายไว้ 3 ลักษณะคือ 1) ใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย 2) ใจร้อน ไร้เหตุผล และ 3) ไม่รู้ซึ่งถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

1.3 มีข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่ เป็นปัจจัยอุปสรรคด้านพยาบาลที่รับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งอธิบายว่าปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยบางอย่างไม่ได้อยู่ในขอบเขตบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะตอบสนองผู้ป่วยได้ และพยาบาลบางคนไม่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายปัจจัยอุปสรรคด้านผู้ป่วยไว้ 3 ปัจจัยคือ 1) คุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล 2) อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และ 3) เป็นผู้ป่วยสงเคราะห์คำรักษาพยาบาล ดังนี้

2.1 คุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแล ผู้ป่วยและพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการดูแลแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งได้แก่เป็นโรคติดต่ออันตราย สภาพร่างกายน่ารังเกียจ เป็นโรคเพราะสรพหามาเอง และมีขั้นตอนยุ่งยากในการดูแล ขณะที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ให้ความ

ร่วมมือในการดูแลรักษา เอาแต่ใจตัวเอง และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นนี้ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด กลัว ท้อแท้เบื่อหน่าย และรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2.2 อาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง เป็นการรับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย โดยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ทำให้พยาบาลไม่ให้การดูแล

2.3 เป็นผู้ป่วยสงเคราะห์คำรักษาพยาบาล เป็นการรับรู้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย โดยรับรู้ว่าคุณเองได้รับการสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลจึงไม่ได้รับการดูแลเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายคำรักษาพยาบาล

3. ปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นการรับรู้เฉพาะกลุ่มพยาบาล โดยอธิบายไว้ 2 ลักษณะคือ 1) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ร่วมงาน ได้แก่ การตำหนิจากผู้ร่วมงานและผู้ร่วมงานไม่รับผิดชอบ 2) ญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียด อารมณ์หงุดหงิดและท้อแท้เบื่อหน่าย

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ สามารถให้แนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การศึกษาการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการที่ผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลเมื่อพยาบาลล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย หรือเปลี่ยนเข็มฉีดยาเมื่อถึงเวลาที่กำหนด และแวะเวียนมาหาและเฝ้าดูอาการ พยาบาลจึงควรแสดงพฤติกรรมดังกล่าวในการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างแท้จริง

2. การค้นพบว่าการอยู่ใกล้และสัมผัสมือเปล่า ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลไม่รังเกียจ การไต่ถามความเป็นอยู่เป็นการแสดงออกถึงความเอื้ออาทร การไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ความลับไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่น และการปฏิบัติอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ตลอดจนการช่วยแก้ปัญหาเรื่องคำรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้ลดความเครียดและความวิตกกังวล พยาบาลจึงควรแสดงพฤติกรรมเช่นนี้ทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและไม่เกิดความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแล

3. จากการพบว่าปัญหาที่ผู้ป่วยรับรู้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น ความเจ็บปวด การนอนไม่หลับ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลต่างๆ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการบรรเทาปัญหาเหล่านี้ให้ผู้ป่วยทุกครั้งที่เกิดขึ้น

4. จากการที่ผู้ป่วยอธิบายว่าไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และการรักษา ต่างๆ จึงรู้สึกวิตกกังวลและไม่ทราบว่าจะได้รับการรักษาอย่างไร พยาบาลจึงควรจัดทำ มาตรการในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยกำหนดแนวทาง วิธีการและบุคคลที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งนอกจากจะลดความวิตกกังวลแล้วยังเป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยด้วย

5. จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ค่า รักษาพยาบาล ทำให้พยาบาลบางคนไม่ให้ความสนใจเอาใจใส่เหมือนกับผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษา พยาบาลจึงควรทักทายและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และมีทักษะใน การพูดคุยและแสดงออกต่อผู้ป่วยที่เข้ามาขอสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้การสื่อสาร ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ตรงกันและไม่เกิดความคับข้องใจให้กับผู้ป่วย

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า การให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้ พยาบาลมีความสุขจากการให้การดูแล เพิ่มพลังกายพลังใจให้ต่อ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และวิชาชีพ ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรกำหนดพฤติกรรมการดูแลเป็นรายการหนึ่งที่ใช้ในการ ประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อพิจารณาความดีความชอบของพยาบาล และควรมีการชื่นชม และให้กำลังใจแก่พยาบาลที่มีพฤติกรรมการดูแล และยกย่องให้เป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่น เพื่อให้ พยาบาลเกิดกำลังใจในการดูแลต่อไป

2. การพบว่า อุปสรรคที่ขัดขวางการดูแลคือ พยาบาลมีภาระงานมาก ทั้งภาระงานจาก การรับผิดชอบผู้ป่วยหลายคน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ซับซ้อนและต้องรับผิดชอบ ภาระงานหลายอย่าง ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรปรับเปลี่ยนนโยบายในการกำหนดภาระงาน ของพยาบาลให้เหมาะสมและนำพฤติกรรมการดูแลมาคำนวณเป็นภาระงานด้วย

3. จากการค้นพบว่า สัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงานทำให้พยาบาลมีแรงจูงใจในการ ดูแลผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงควรเป็นแกนนำในการสร้างบรรยากาศของการทำงาน โดย ส่งเสริมความเข้าใจและความสามัคคี ด้วยการจัดให้มีการพบปะสังสรรค์ร่วมกันในกลุ่มบุคลากร ทุกระดับ

4. จากผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ จะช่วยให้เกิด ความมั่นใจในการดูแล ไม่กลัวการติดเชื้อ และเกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยและ หัวหน้าทีมการพยาบาลจึงควรสอดแทรกความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ในการจัดประชุม ปรีกษาก่อนและหลังการพยาบาล และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่ พยาบาลทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพยาบาลที่จบใหม่และพยาบาลที่มีทัศนคติทางลบกับ ผู้ป่วย

5. จากการพบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเอง และไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ร่วมงาน และญาติผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด ห่อเหี่ยว และเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดการกับภาวะเครียดให้พยาบาล โดยให้พยาบาลได้มีเวลาและสถานที่สำหรับการผ่อนคลายความเครียดในช่วงของการปฏิบัติงาน

6. จากผลการศึกษาที่พบว่าแบบอย่างที่ดีจากพยาบาลรุ่นพี่ ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลของพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรส่งเสริมและพัฒนาพยาบาลทุกคนให้เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับพยาบาลจบใหม่ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันและควรสนับสนุนให้มีระบบพี่สอนน้อง

7. จากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพบาลที่ใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยและใจร้อน ไร้เหตุผลไม่เอื้อต่อการดูแล หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรมของพยาบาลกลุ่มนี้โดยการชี้แนะจุดบกพร่องของพยาบาลเป็นรายบุคคลและหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสดงพฤติกรรมให้เป็นแบบอย่างที่ดี

ด้านการศึกษาการพยาบาล

1. จากการพบว่า คุณลักษณะที่ดีของพยาบาลด้านคุณธรรมประจำใจซึ่ง ได้แก่ ความเมตตา กรุณา การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ เป็นปัจจัยส่งเสริมการดูแลที่สำคัญในการจัดการศึกษาพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกผู้ที่เข้ารับการศึกษาศึกษาการพยาบาลด้วยการประเมินและทดสอบให้ได้ผู้ที่มีคุณลักษณะเหล่านี้เป็นผู้เข้ารับการ ศึกษา

2. ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสงสาร และเห็นใจ และความรู้และประสบการณ์ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลและเกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วยในการจัดการศึกษาจึงควรเน้นให้นักศึกษาได้รู้และเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโรคเอดส์และควรจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ภายใต้การแนะนำ ให้คำปรึกษาและดูแลอย่างใกล้ชิดจากอาจารย์

3. จากผลการศึกษาที่พบว่า อาจารย์พยาบาล มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม การดูแลของพยาบาล ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลภาคปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก อาจารย์พยาบาลที่นิเทศนักศึกษา ควรแสดงพฤติกรรม การดูแลต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นแบบอย่างให้นักศึกษายึดถือและนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. นำความหมายและพฤติกรรมการดูแล ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดูแลไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและพยาบาล
2. นำผลการวิจัยที่เกี่ยวกับความหมายและพฤติกรรมการดูแลไปวิจัยเพื่อสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพในสังคมและวัฒนธรรมไทย และสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับการวิจัยอื่นๆ ต่อไป
3. จากผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลได้อธิบายความหมายและพฤติกรรมการดูแลแตกต่างจากผู้ป่วยคือ ช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระยะใกล้ตาย เพื่อผลการวิจัยจะได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
4. จากการพบว่า การได้รับการดูแลตามการให้ความหมายของผู้ป่วยทั้ง 4 ลักษณะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขทางใจ รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง และเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต จึงควรมีการศึกษาถึงผลการให้การดูแลต่อคุณภาพชีวิตและการมีชีวิตรื่นเริงยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ สุวรรณโคต. (2539). การปรับตัว ใน เอกสารประกอบการประชุมเรื่องมโนทัศน์ที่สำคัญทางจิตสังคม. (หน้า 1-2). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คณะอนุกรรมการบริหารโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ของทบวงมหาวิทยาลัย. (2538) บรรณานุกรมรายงานการวิจัยโรคเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย ร่วมกับโครงการโรคเอดส์ สภาวิชาชีพ.
- จารุวรรณ ต.สกุล. (กรกฎาคม-กันยายน 2536). สิทธิของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11 (3), 139-141.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2540). บทความวิชาการ : ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. วารสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภาวิชาชีพ, 22 (2), 110-116.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2537). เทคนิคการให้การปรึกษาผู้ป่วย HIV. (หน้า 1-9 และ 74-90). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- นันทนา น้ำฝน. (2538). เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : เทมการพิมพ์.
- แอ่งน้อย ย่านวารี. (ตุลาคม-ธันวาคม 2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 13 (4), 24-36.
- บรรจง คำหอมกุล. (2535). คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 1-15 และ 44-53). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณัฑิต คณะพยาบาลศาสตรั มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ปิฎาการณั ชุตักร. (กันยายน-ธันวาคม 2537). วัฒนธรรมการดูแลของพยาบาลไทย. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 14 (1) , 1-3.

ปิฎาการณั ชุตักร สุจิตรา ลัฒอำนวนยลามา และนงลัษณั จุฑาจินดาเขต. (2538). การดูแลผู้ป่วย : ความหมายและพฤติกรรมของพยาบาล. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตรั มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ปลัฎการทรวงสาธารณสุข, สำนังาน. กองระบาดวิทยา. (ตุลาคม 2541). สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2541. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์, 29 (42), 633-640.

ปลัฎการทรวงสาธารณสุข, สำนังาน. กองระบาดวิทยา. (ตุลาคม 2541). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อที่มีอาการของประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2541. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์, 29 (42), 641-648.

ปิยวัธณั นิลอัยยกา. (2537). ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ต่อบุคคลรอบครั้ว และชุมชน. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (บก.). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. (หน้า 210-242). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตรั มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เปี่ยมปิติ ช่างสาร. (2534). การตีตราผู้ป่วยโรคเอดส์ของพยาบาล ใน วีรสิทธี สิทธิไตรย์ (บก.). ผลงานวิจัยทางสุขศึกษา และพฤติกรรมสุภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ในรอบ 3 ปี (2533-2535). (หน้า 6). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

ประเสริฐ ทองเจริญ. (2531). บทนำและประวัติ ใน เอดส์ : กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม. (หน้า 1-16). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย.

ประเสริฐ ทองเจริญ. (2531). ลักษณะอาการของกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม. ใน เอดส์ : กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (หน้า 31-60). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย.

ผ่องพรรณ พงศ์สวัสดิ์ และพรทิพา ศุภราศรี. (กันยายน-ธันวาคม 2539). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 21 (3), 41-46.

เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ. (2540). โลกนี้ยังมีหวังรวมพลังหยุดยั้งเอดส์ ใน การแพทย์แผนไทย สายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม เล่ม 1. (หน้า 153-162). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). ปฏิกริยาตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอดส์ ใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บก.) การเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์. (หน้า 7-118). กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายและสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ มาลาธรรม และ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. (2535). การพยาบาลผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บก.) การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. (หน้า 95-126). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ วี เจ พรินติ้ง.

พยาบาลแห่งประเทศไทย, สมาคม. (มีนาคม 2537). จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล. สารสภาการพยาบาล, 9 (1), 24.

พยอม อยู่สวัสดิ์. (มกราคม-มีนาคม 2539). การดูแล : แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14 (1), 26-34.

พระเทพเวที. (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2532). ชีวิตควรให้เป็นอย่างไร? : ชีวิตและคุณธรรมพื้นฐานของอารยชน ใน พุทธธรรม. ฉบับปรับปรุงและขยายความ พิมพ์ครั้งที่ 5. (หน้า 395-430). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระเทพเวที. (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2535). การสร้างสรรค์ประชาธิปไตย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระมหาวิระ ถาวโร. (2531). พรหมวิหาร 4 ใน กรรมฐาน 40. (หน้า 304-308). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

พวงเพ็ญ ชูเหล้าพราณ. (สิงหาคม 2537). พยาบาลไทยกับการดูแล. วารสาร
พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 6 (2), 21-24.

รุจา ภูไพบูลย์ (กรกฎาคม-กันยายน 2531). การพยาบาลกับการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสาร
พยาบาล, 37 (3), 203-213.

เรณู พุกบุญมี และศิริอร สินธุ. (กันยายน 2537). พยาบาลผู้ชำนาญการ : วรรณคดีจาก
ผู้ครองบพาท. สารสภากาพยาบาล, 9 (3), 27-29.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2540). เอดส์กับปัญหาจริยธรรม. ใน สุวงศ์ ศาสตราวหา (บก.).
กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า 92-103).
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดียนตุลา.

วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร. (2535). เอดส์ - มหันตภัยใกล้ตัวร้าย. ใน รายงานการอบรมเรื่อง
ทำอย่างไรให้ไกลเอดส์. (หน้า 11-15). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.

ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์. (กุมภาพันธ์ 2541). สถานการณ์เอดส์ในโรงพยาบาล
สงขลานครินทร์ ทศวรรษแรก 2531-2540. สงขลานครินทร์เวชสาร, 16 (1),
19-25.

ศรีเพ็ญ สุภพิทยากุล. (มกราคม-เมษายน 2532). การศึกษาและวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์
วิทยา. วิธีวิทยาการวิจัย, 4 (1), 9-20.

สถาพร มานัสสถิตย์. (2538). ความรู้ทั่วไป ใน ถาม : ตอบปัญหาโรคเอดส์. (ฉบับปรับปรุง
ครั้งที่ 2). (หน้า 1-17). กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองรัตน์พรินต.

สิวลี ศิริไล. (2537). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุกัญญา โลจนากิวัฒน์ วลัยยา คูโรปกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิดิวรณะ. (2536). เปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุธีรา ชื่นตระกูล. (ตุลาคม-ธันวาคม 2536). การปรับตัวของผู้ติดเชื้อ HIV และครอบครัว. วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 12 (10-12), 125-131.
- สุธีพร ธนศิลป์. (2538). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเอดส์ ใน การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเด็จพระพุฒาจารย์. (อาจ อาสภมหาเถร). (2533). พรหมวิหารนิเทศ ปริเฉทที่ 11 : วิธีภาวนาพรหมวิหาร 4 ใน พระปฏิบัติศาสนา. เล่ม 3. (หน้า 19-118). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สมมาตร พรหมภักดี. (2537). ปัญหาชีวิตและการปรับตัวของชายที่ติดเชื้อเอดส์. ใน เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บก.). การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. (หน้า 119-170). กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อดิรัตน์ วัฒนไพลิน. (2539). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ : การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร. ปริญญานิพนธ์ดุสิตวิทยบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรัญญา เขาวลิต สุธีพร ธนศิลป์ และอังศุมา อภิชาติ. (2537). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์. ในวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (บก.). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. (หน้า 147-209). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (มกราคม-มีนาคม 2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42 (1), 16-31.

- Alken, T.D. & Catalano, J.T. (1994). Legal, ethical and political issues in nursing. (pp. 20-37). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Akinsanya, J.A. & Rouse, P. (1992, March). Who will care ? A survey of the knowledge and attitudes of hospital nurses to people with HIV / AIDS. Journal of Advanced Nursing, 17 (3), 400-401.
- Annells, M. (1996, April.). Hermeneutic phenomenology : Philosophical perspectives and current use in nursing research. Journal of Advanced Nursing, 23 (4), 705-715.
- Baylor R.A. & McDaniel, A.M. (1996, March-April). Nurses' attitudes toward caring patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Journal of Professional Nursing, 12 (2), 99-105.
- Beck, C.T. (1994, June). Reliability and validity issues in phenomenological research. Western Journal of Nursing Research, 16 (3), 254-267.
- Benner, P. (1982, March). From novice to expert. American Journal of Nursing, 82 (3), 402-407.
- Benner, P. (1985, October.). Quality of life : A phenomenological perspective on explanation, prediction and understanding in nursing science. Advances in Nursing Science, 8 (1), 1-14.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (1992, March). From beginner to expert : Gaining a differentiated clinical world in clitical care nursing. Advances in Nursing Science, 14 (3), 13-28.
- Bennett, M.J. (1990, January-March.). Stigmatization : Experiences of persons with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Issues in Mental Health Nursing, 11 (1), 141-153.

- Breault, A.J. & Polifroni, E.C. (1992, January). Caring for people with AIDS : Nurses' attitudes and feelings. Journal of Advanced Nursing, 17(1), 21-27.
- Brown, L. (1986, July.). The experience of care : Patient perspectives. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 56-62.
- Brown, Y., Calder, B. & Rae, D. (1990, October). The effect of knowledge on nursing students attitudes toward individual with AIDS. Journal of Nursing Education, 29 (8), 367-372.
- Carr, A. & Cooper, D.A. (1997). Primary HIV infection. In M.A. Sande & P.A. Volberding (Eds.). The medical management of AIDS. (5th ed). (pp. 89-106). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Clarke, J.B. & Wheeler, S.J. (1992, November). A view of the phenomenon of caring in practice. Journal of Advanced Nursing, 17 (11), 1283-1290.
- Cohen, L.J. (1994, August.). The experience of therapeutic reading. Western Journal of Nursing Research, 16 (4), 426-437.
- Cole, F.L. & Slocumb, E.M. (1993, July.). Nurses attitudes toward patients with AIDS. Journal of Advanceds Nursing, 18 (7), 1112-1117.
- Coward, D.D. (1994, October.). Meaning and purpose in the lives of persons with AIDS. Public Health Nursing, 11 (5), 331-336.
- Cronin, S.N. & Harrison, B. (1988, July.). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. Heart & Lung, 17 (4), 374-380.
- Dyson, J. (1996, June). Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviors. Journal of Advanced Nursing, 23 (6), 1263-1269.

- Euswas, P. (1993). The actualized caring moment : A grounded theory of caring in nursing practice. A thesis presented in fulfillment of requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing of Massey University Newzeland.
- Euswas, P. (1997). The actualized caring-healing moment : The essence of caring nursing practice. In The 7th asian regional conference November 9-13, 1997. Bangkok.
- Faulstich , M.E. (1987, May). Psychiatric aspect of AIDS. American Journal Psychiatry, 144 (5), 551-554.
- Firn, S. (1995, February). Psychological and emotional impact of an HIV diagnosis. Nursing Time, 91(8), 37-39.
- Firn, S. (1995, March). Nurses' role in supporting people who are HIV positive. Nursing Time, 91 (12), 37-39.
- Flaskerud, J.H. & Ungvarski, P.J. (1992). HIV/AIDS : A guide to nursing care. (2nd ed). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Flaskerud, J.H. & Ungvarski, P.J. (1995). HIV/AIDS : A guide to nursing care. (3rd ed). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Forrest, D. (1989,October). The experience of caring. Journal of Advanced Nursing, 14 (10), 815-823.
- Forrester, D.K. & Murphy, P.A. (1992, October). Nurses attitudes toward patients with AIDS and AIDS - relate risk factors. Journal of Advanced Nursing, 17 (10), 1260-1266.
- Gaut, D.A. (1986, July). Evaluating caring competencies in nursing practice. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 77-83.

- Grady, C. (1989, June). Ethical issues in providing nursing care to Human Immunodeficiency Virus infected populations. Nursing Clinics of North America, 24 (2), 523-534.
- Hall, B.A. (1994, August). Ways of maintaining hope in HIV disease. Research in Nursing and Health, 17 (4), 283-294.
- Harrison, L.L. (1990, February). Maintaining the ethic of caring in nursing. Journal of Advanced Nursing, 15 (2), 125-127.
- Herrick, C.A. & Smith, J.E. (1989, June). Ethical dilemmas and AIDS : Nursing issues regarding rights and obligations. Nursing Forum, 24 (3, 4), 35-46.
- Ignatavicius, D.D., Workman, M.L. & Mishler, M.A. (1995). Medical-surgical nursing : A Nursing process approach. (pp. 81-100). Philadelphia : W.B. Saunder Company.
- Imeson, M. & Mc Murray, A. (1996, November). Couples' experiences of infertility : A phenomenological study. Journal of Advanced Nursing, 24 (5), 1014-1022.
- Jenny, J & Logan, J. (1996, October-December). Caring and comfort metaphors used by patients in critical care. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 28 (4), 349-352.
- Koch, T. (1995, April). Interpretive approaches in nursing research : The influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing, 21 (4), 827-836.
- Larson, P.J. (1984, November-December). Important nurse caring behaviours perceived by patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 11 (6), 46-50.
- Larson, P.J. (1986, April). Cancer nurses' perceptions of caring. Cancer Nursing, 9 (2), 86-91.

- Latter, S., Maben, J., Clark, J.M & Wilson-Barnett, J. (1993, May). Perceptions and practice of health education and health promotion in acute ward setting. Nursing Times, 89 (21), 51-54.
- Leonard, V.W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner, (Ed). Interpretive phenomenology. (pp. 43-63). Thousand Oak : Sage Publications.
- Mayer, D.K. (1986, July). Cancer patients' and families' perceptions of nurse caring behaviors. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 63-69.
- McCann, T.V. (1997, May). Willingness to provides care and treatment for patients with HIV / AIDS. Journal of Advanced Nursing, 25 (5), 1033-1039.
- McConochie, A. (1994, August). Care of emotional and physical pain in a clients with HIV. Nursing Time, 90 (33), 36-37.
- McEnany, G.W., Hughes, A.M. & Lee, K.A. (1996, March). Depression and HIV : a nursing perspectives on a complex relationship. Nursing Clinics of North America, 31 (1), 57-80.
- Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L. & Johnson, J.L. (1990, September). Concepts of caring and caring as a concept. Advances In Nursing Sciences, 13 (1), 1-14.
- Morse, J.M., Bottorff, J.L., Neander, W.L. & Solberg, S.M. (1991, April-June). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 23 (2), 119-126.
- Mullins, I.L. (1996, Feburary). Nurse caring behaviors for person with Acquired Immunodeficiency Syndrome/Human Immunodeficiency Virus. Applied Nursing Research, 9 (1), 18-23.

- Murphy, K. & Clark, J.M. (1993, March). Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients? Journal of Advanced Nursing, 18 (3), 442-450.
- Nichols, S.E. (1985, November). Psychosocial reactions of person with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Annals of Internal Medicine, 103 (5), 765-767.
- Nyamathi, A. & Servellen, G.V. (1989, March). Maladaptive coping in the critically ill population with Acquired Immunodeficiency Syndrome : Nursing assessment and treatment. Heart & Lung, 18 (2), 113-120.
- O' Berle, K. & Davies, B. (1992, June). Support and caring : Exploring the concepts, Oncology Nursing Forum, 19(5), 763-767.
- O' Brien, M.E. & Pheifer, W.G. (1993, June). Physical and psychosocial nursing care for patients with HIV infection. Nursing Clinic of North America, 28 (2), 303-316.
- Oiler, C. (1981, July). The phenomenological approach in nursing research. Nursing Research, 31 (3), 178-181.
- Omery, A. (1983, January). Phenomenology : A method for nursing research. Advances in Nursing Science, 5 (2), 49-62.
- Paavilainen, R. & Astedt-kurki. (1997, August). Self-reported family health and well-being after early discharge from maternity hospital : A phenomenological study. Journal of Advanced Nursing, 26 (2), 266-272.
- Pascoe, E. (1996, December). The value to nursing research of Gadamer's hermeneutic philosophy. Journal of Advanced Nursing, 24 (6), 1309-1314.
- Rieman, D.J. (1986, July). Noncaring and caring in the clinical setting : Patients' descriptions. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 30-36.

- Roach, M.S. (1997). A global agenda for human caring. In The 7th asian regional conference November 9-13, 1997. Bangkok.
- Rose, J.F. (1990, January). Psychologic health of women : A phenomenological study of women's inner strength. Advances Nursing Science, 12 (2), 56-70.
- Saunders, J.M. (1995). Ethical issues related to the care of person with HIV. In J.H. Flaskerud & P.J. Ungvarski. (Eds.). A guide to nursing care. (pp. 364-388). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Scannell-Desch, E.A. (1996, April-June). The lived experience of women military nurses in Vietnam during the Vietnam War. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 28 (2), 119-124.
- Scherer, Y.K., Haughey, B.P. & Kunn, M.M. (1992, October). AIDS : What are critical care nurses' concerns? Critical Care Nurse, 12(7), 23-29.
- Schietinger, H. & Daniels, E.M. (1996, March). What nurses need to know. Nursing Clinics of North America, 31 (1), 137-152.
- Sherwood, G. (1993). A qualitative analysis of patient responses to caring : A moral and economic imperative. In D.A. Gaut (Ed). A global agenda for caring. (pp. 243-255). New York : National League for Nursing Press.
- Sorrell, J.M. & Redmond, G.M. (1995, June). Interviews in qualitative nursing research : Differing approach for ethnographic and phenomenological studies. Journal of Advances Nursing, 21 (6), 1117-1122.
- Steele, A. & Melby, V. (1995, November). Nurses' knowledge and beliefs about AIDS : Comparing nurses in hospital, community and hospice setting. Journal of Advanced Nursing, 22 (5), 879-887.

- Sundeen, S.J. Stuart, G.W., Rankin, A.D. & Cohen, S.A. (1994, May). Nurse-Client interaction : Implementing the nursing process. (5th ed). (pp. 178-182). St. Louis : Mosby Year Book Inc.
- Swanson-Kauffman, K.M. (1986, July). Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 37-46.
- Swanson, K.M. (1993, October-December). Nursing as informed caring for the well-being of others. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 25 (4), 352-357.
- Thaniwattananon, P. (1995). The experiences of nurses in providing care for patients AIDS in Thailand : A phenomenological approach. A thesis submitted for the degree of doctor of philosophy of the University of New England, Armidale.
- Thompson, T.L. (1990). Hermeneutic inquiry. In L.E. Moody (Ed). Advanced nursing science through research. (pp. 223-280). L.E. New York : Sage Publications.
- Thompson, S.C., Nanni, C. & Levine, A. (1996, February). The stressors and stress of being HIV-positive. AIDS Care, 8 (1), 5-14.
- Trice, L.B. (1990, October-December). Meaningful life experience to the elderly. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 22 (4), 248-251.
- van Wissen, K.V. & Woodman, K. (1994, December). Nurses' attitudes and concerns to HIV/AIDS : A focus group approach. Journal of Advanced Nursing, 20 (6), 1141-1147.
- Walsh, K. (1996). Philosophical hermeneutics and the project of Hans Georg Gadamer : Implications for nursing research. Nursing Inquiry, 3, 231-237.

- Walters, A.J. (1995, October). The phenomenological movement : Implication for nursing research. Journal of Advanced Nursing, 22 (4), 791-799.
- Wang, J.F. (1997, January). Attitudes, concerns and fear of Acquired Immunodeficiency Syndrome among registered nurse in the United States. Holistic Nursing Practice, 11 (2), 36-49.
- Watson, J. (1979). Nursing the philosophy and science of caring. (pp.7-21). Boston : Little Brown and Company.
- Watson, J. (1994). Applying the art and science of human caring. (pp. 1-10). New York : National League for Nursing press.
- Webb, C. (1996, May). Caring, curing, coping : Towards an integrated model. Journal of Advanced Nursing, 23 (5), 960-968.
- Williams, R.A. (1986). Crisis intervention In D.C. Longo & R.A. William. (Eds). Clinical practice in psychosocial nursing : Assessment and intervention. (2nd ed). (pp. 151-168). Norwalk : Appleton-Century-Crofts.
- Wolf, Z.R. (1986, July). The caring concept and nurse identified caring behaviors. Topics in Clinical Nursing, 8 (2), 84-93.
- Wolf, Z.R., Giardino, E.R., Osborne, P.A. & Ambrose, M.S. (1994, April-June). Dimensions of nurse caring. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 26 (2), 107-111.
- World Health Organization. (1990). Weekly Epidemiology record, 65 (1), 1-2.
- World Health Organization Global AIDS Statistics. (1998, October). AIDS cases reported to WHO as of 20 June 1998 by year of diagnosis. AIDS CARE, 10 (5), 643-647.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

นามสมมุติ.....

สัมภาษณ์ครั้งที่.....วคป.....เวลา.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. เพศ.....
2. อายุ.....
3. ศาสนา.....
4. สถานภาพสมรส.....
5. จำนวนบุตร.....
6. ระดับการศึกษา.....
7. อาชีพในอดีต.....
8. อาชีพปัจจุบัน.....
9. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ (บาทต่อเดือน).....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย

1. วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.....
2. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....
3. รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ด้วยโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีครั้งที่.....
4. ระยะเวลาที่รับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์.....
5. ปัจจัยเสี่ยง.....
6. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล.....
7. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล.....

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแล

1. จากประสบการณ์ที่คุณเข้ารับการรักษานี้ โรงพยาบาลทำอะไรให้คุณบ้าง
2. จากที่คุณเล่ามามีส่วนไหนบ้างที่พยาบาลทำให้แล้วคุณรู้สึกได้รับการดูแล
หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เช่น
 - 2.1 พยาบาลทำอะไรคุณจึงรู้สึกว่าได้รับการดูแล
 - 2.2 คุณมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อพยาบาลทำอย่างนั้น
 - 2.3 ตอนนั้นคุณคิดว่าเพราะอะไร/มีเหตุผลอะไรที่พยาบาลทำอย่างนั้น
3. คุณเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลครั้งนี้ คุณมีปัญหา/อาการอะไรบ้าง
หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เช่น
 - 3.1 พยาบาลช่วยเหลือ/ทำอะไรให้คุณบ้าง
 - 3.2 พยาบาลทำอะไรที่คุณรู้สึกได้รับการดูแล
 - 3.3 เพราะอะไรคุณจึงรู้สึกว่าได้รับการดูแลเมื่อพยาบาลทำอย่างนั้น
 - 3.4 ตอนนั้นคุณคิดว่ามีอะไร/มีเหตุผลอะไรให้พยาบาลทำอย่างนั้น
4. นอกจากที่คุณเล่ามาแล้ว พยาบาลทำอะไรอีกบ้างที่คุณรู้สึกได้รับการดูแล
หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เช่น
 - 4.1 พยาบาลทำอะไรคุณจึงรู้สึกว่าได้รับการดูแล
 - 4.2 คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อพยาบาลทำอย่างนั้น
 - 4.3 ตอนนั้นคุณคิดว่าเพราะอะไร/มีอะไรที่ทำให้พยาบาลทำอย่างนั้น
5. คุณคิดว่าพยาบาลดูแลคุณแตกต่างจากคนอื่น ๆ หรือไม่
หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เช่น
 - 5.1 พยาบาลทำให้คุณแตกต่าง/ไม่แตกต่างจากคนอื่นอย่างไร
 - 5.2 คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อพยาบาลทำอย่างนั้น
 - 5.3 คุณคิดว่าเพราะอะไรพยาบาลจึงทำอย่างนั้น
6. คุณเคยมีความรู้สึกว่าพยาบาลไม่ให้การดูแลคุณในเรื่องอะไรบ้าง
หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า เช่น
 - 6.1 เพราะอะไรคุณจึงคิดว่าไม่ได้รับการดูแลเมื่อพยาบาลทำอย่างนั้น
 - 6.2 คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อพยาบาลทำอย่างนั้น
 - 6.3 ตอนนั้นคุณคิดว่า เพราะอะไร/มีอะไรที่ทำให้พยาบาลทำอย่างนั้น

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาล

นามสมมติ.....

สัมภาษณ์ครั้งที่.....วุดป.....เวลา.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. เพศ.....
2. อายุ.....
3. ศาสนา.....
4. สถานภาพสมรส.....
5. ระดับการศึกษา.....
6. ประสบการณ์การทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ.....
7. ประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....
8. การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การให้การดูแล

1. ให้คุณเล่าประสบการณ์ของการให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ว่า
เป็นอย่างไรบ้าง

2. จากประสบการณ์ของการให้การพยาบาลมีส่วนไหนบ้างที่คุณคิดว่าเป็นการให้
การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่คุณให้ข้อมูลแล้ว เช่น

- 2.1 คุณทำอย่างไร/คุณแสดงออกอย่างไรที่คุณคิดว่าเป็นการดูแล
- 2.2 ให้คุณยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่คุณคิดว่าคุณได้ให้การดูแล
- 2.3 คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคุณได้ทำอย่างนั้น
- 2.4 ผู้ป่วยตอบสนอง/แสดงออกอย่างไรเมื่อคุณทำอย่างนั้น
- 2.5 คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อผู้ป่วยตอบสนอง/แสดงออกอย่างนั้น
- 2.6 มีเหตุผลอะไร/มีเหตุจูงใจอะไรที่ทำให้คุณทำอย่างนั้น

3. นอกจากที่คุณเล่ามาแล้ว คุณทำอะไรอีกบ้างที่คุณคิดว่าเป็นการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่คุณให้ข้อมูลเล่า เช่น

- 3.1 คุณทำอะไร/คุณแสดงออกอย่างไรที่คุณคิดว่าเป็นการดูแล
 - 3.2 คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อคุณทำอย่างนั้น
 - 3.3 ผู้ป่วยตอบสนอง/แสดงออกอย่างไรเมื่อคุณทำอย่างนั้น
 - 3.4 คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อผู้ป่วยตอบสนอง/แสดงออกอย่างนั้น
 - 3.5 มีเหตุผลอะไร/เพราะอะไรคุณจึงทำอย่างนั้น
4. มีปัจจัยอะไรอีกบ้างที่ทำให้คุณได้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่คุณให้ข้อมูลเล่า เช่น
- 4.1 คุณมีเหตุผล/มีเหตุจูงใจอะไรให้คุณทำอย่างที่เล่ามา
 - 4.2 มีคนไข้แบบไหน/เหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้คุณอยากทำอย่างที่เล่ามา
 - 4.3 มีเหตุผลอื่นๆ/เหตุการณ์อะไรอีกบ้างที่ทำให้คุณอยากทำอย่างที่เล่ามา
5. มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้คุณไม่ได้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามคำถามที่สอดคล้องกับข้อมูลที่คุณให้ข้อมูลเล่า เช่น
- 5.1 คุณมีเหตุผล/มีเหตุจูงใจอะไรให้คุณไม่ได้ทำอย่างที่เล่ามา
 - 5.2 มีคนไข้แบบไหน/เหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้คุณไม่อยากทำอย่างที่เล่ามา
 - 5.3 มีเหตุผล/เหตุการณ์อะไรอีกบ้างที่ทำให้คุณไม่อยากทำอย่างที่เล่ามา

ภาคผนวก ค.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

นามสมมุติ	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	สถานภาพสมรส	จำนวนบุตร (คน)	สถานภาพครอบครัว	ระดับการศึกษา	อาชีพในปัจจุบัน	รายได้ของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัย (บาท/เดือน)	เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ด้วย HIV/AIDS	ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล	ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีเชื้อ HIV/AIDS	ปัจจัยเสี่ยง	การจ่ายค่ารักษาพยาบาล
ชัย	ชาย	31	พุทธ	คู่	1	หัวหน้า	ป.6	รับจ้าง/-	4,000	ครั้งที่ 2	9 วัน	2 ปี	เพศสัมพันธ์	จ่ายเองและสังคมสงเคราะห์
ณรงค์	ชาย	24	พุทธ	โสด	-	สมาชิก	กำลังศึกษาปริญญาตรี	-/-	7,000-8,000	ครั้งที่ 1	15 วัน	1 เดือน	เพศสัมพันธ์	จ่ายเองและสังคมสงเคราะห์
ทนต์	ชาย	27	พุทธ	โสด	-	สมาชิก	ป.6	รับจ้าง/-	5,000	ครั้งที่ 1	6 วัน	6 เดือน	เพศสัมพันธ์	สังคมสงเคราะห์
เสรี	ชาย	28	พุทธ	คู่	-	หัวหน้า	ป.6	รับจ้าง/-	2,000	ครั้งที่ 1	10 วัน	7 เดือน	เพศสัมพันธ์	จ่ายเองและสังคมสงเคราะห์
พิมล	หญิง	46	พุทธ	หม้าย	3	หัวหน้า	ป.4	รับจ้าง/-	1,500-2,000	ครั้งที่ 1	12 วัน	6 ปี	เพศสัมพันธ์	สังคมสงเคราะห์
สิดา	หญิง	25	คริสต์	โสด	-	สมาชิก	ป.6	รับจ้าง/-	3,000	ครั้งที่ 1	6 วัน	4 ปี	เพศสัมพันธ์	สังคมสงเคราะห์

ภาคผนวก ง.

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มพยาบาล

นามสมมุติ	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การทำงาน ในโรงพยาบาลวิชาชีพ	ประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
กัลยา	หญิง	34	พุทธ	โสด	ปริญญาโท	12 ปี	5 ปี	-
จิราพร	หญิง	24	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี	2 ปี	2 ปี	-
เดือนใจ	หญิง	27	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี	5 ปี	5 ปี	การอบรมเฉพาะทางพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
เต็มดวง	หญิง	27	พุทธ	คู่	ปริญญาตรี	5 ปี	3 ปี	ศึกษาดูงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ทัศนีย์	หญิง	32	พุทธ	โสด	ปริญญาตรี	10 ปี	6-7 ปี	-

ภาคผนวก จ.

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางมาลี ประทุมศรี กำลังเรียนพยาบาลปริญญาโทที่คณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่องประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อหาความหมายและพฤติกรรมการดูแลในทางการพยาบาล ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการดูแล เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลและพัฒนารูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งวันและเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของท่าน หลังจากนั้นจะนัดสัมภาษณ์อีกครั้งจนกว่าข้อมูลจะเพียงพอ และในขณะสัมภาษณ์จะขอบันทึกเทปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตรงตามที่ท่านเล่า โดยข้อมูลที่ได้นั้นจะนำเสนอโดยใช้นามสมมุติ ถ้าหากท่านไม่มีความพร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ก็สามารถปฏิเสธหรือออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการที่ท่านให้ข้อมูลหรือไม่ให้ข้อมูลก็จะมีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ

มาลี ประทุมศรี

ภาคผนวก จ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. ดร. ประณีต สังวัฒนา | ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. อาจารย์พัชรียา ไชยลังกา | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุกัญญา โลจนากิวัฒน์ | ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |

ภาคผนวก ช.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงผลการวิจัย

1. ดร.ประณีต ส่องวัฒนา ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร.วันดี สุทธรังษี ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางมาลี ประทุมศรี
วัน เดือน ปีเกิด 30 มิถุนายน 2509
วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีสำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลและ ผดุงครรภ์ระดับต้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	พ.ศ. 2530
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2536
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2541

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลเทคนิค	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2530-พ.ศ. 2534
พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2536-ปัจจุบัน