

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. หน่วยวิกฤตศัลยกรรม
2. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลใน หน่วยวิกฤตศัลยกรรม

### หน่วยวิกฤตศัลยกรรม

ในปัจจุบันความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์รวมทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ มีส่วนสำคัญอย่างมากในการประเมินผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในระหว่างการรักษา ทำให้ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาลอย่างทันทั่วถึง ซึ่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวต่อไปได้และกลับไปดำรงชีวิตเช่นปกติ การรักษาพยาบาลในหน่วยวิกฤตนอกจากจะใช้เทคนิควิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยแล้ว การให้การปฏิบัติการพยาบาลยังต้องการเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญสูงในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงการดูแลรักษาเครื่องมือพิเศษเหล่านั้น ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเกิดหน่วยวิกฤตขึ้นโดยมีจุดประสงค์ เพื่อให้เป็นสถานที่สำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในสภาพแวดล้อมที่มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกทักษะและมีความชำนาญในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เป็นอย่างดี สามารถทำการประเมินอาการของผู้ป่วยได้โดยการใช้เครื่องมือพิเศษช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Sowell, Burrell, Flannery, Hall, Monnig, Lopez, & Bradley, 1992) นอกจากนี้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ยังมีความไวต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ทำให้การติดตามประเมินอาการของแพทย์และพยาบาลมีความแม่นยำ ฉับไว สามารถให้การ รักษาได้ถูกต้องตรงกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น (Fontaine, 1996)

หน่วยวิกฤตศัลยกรรมเป็นหน่วยที่รับผู้ป่วยมาดื่บอย่างรุนแรงหรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้รับความกระทบกระเทือน (Clark, 1996) ผู้ป่วยที่ต้องทำผ่าตัดใหญ่หรือทำผ่าตัดทั่วไปแต่มีปัจจัยเสี่ยงสูง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันของการทำหน้าที่ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอวัยวะหรือการทำหน้าที่หลายอย่างร่วมกัน เช่น โรคหัวใจ โรคปอด มีความเสี่ยงต่อภาวะคุกคามความปลอดภัยของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพิเศษ เช่น การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินอาการ ให้การดูแล และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ระยะเวลาของการเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตจะขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยอาจจะอยู่ในช่วง 3-5 วันหรืออาจเป็นสัปดาห์ (Burrell, 1992) โดยทั่วไปแล้วถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเป็นระยะเวลานานหรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งหรือเป็นผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตที่จะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต จะไม่มีนโยบายรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหน่วยงานนี้ (Burrell & Burrell, 1982)

สำหรับหน่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีลักษณะเป็นหอผู้ป่วยชนิดปิด (closed unit) มีจำนวนเตียง 8 เตียง โดยมีห้องแยก 2 ห้อง แนวทางปฏิบัติจะรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยอาจมีความผิดปกติของอวัยวะหรือความผิดปกติของการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเข้ารับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตนี้อาศัยทีมเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความสามารถ ร่วมกับการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพสูงในการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยในปี พ.ศ. 2542 ที่ผ่านมาพบว่ามียุ่ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งสิ้นจำนวน 500 คน จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีทั้งหมดจำนวน 33 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 คน พนักงานช่วยการพยาบาลจำนวน 10 คน และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 4 คน โดยในแต่ละวันจะมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 เวร คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ส่วนแพทย์ผู้ให้การรักษามจะมีทั้งแพทย์เจ้าของไข้ และแพทย์ประจำหน่วยวิกฤต นอกจากนี้หน่วยวิกฤตจะมีนโยบายการเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเช้า ระหว่างเวลา 12.00-13.00 น. และช่วงเย็นระหว่างเวลา 17.00-18.00 น.

การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตซึ่งมีสภาพแวดล้อมและการเฝ้าระวังด้วย เครื่องมือและอุปกรณ์หลากหลายชนิดที่มีความซับซ้อน และการได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาล ดังกล่าวข้างต้นก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้

### สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล ในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม

#### สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม

การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน สำหรับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้ามาก่อน (Prevost, 1997) ผู้ป่วยจะไม่เคยได้รับ ประสบการณ์การอยู่ในหน่วยวิกฤต ซึ่งประสบการณ์ที่ได้รับถือเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (the most traumatic experiences) (Russell, 1999) การเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตถือเป็นสิ่งคุกคาม ชีวิตและความผาสุกของผู้ป่วย เนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในหน่วยวิกฤตมีความแตกต่างไปจากบ้าน โดยสิ้นเชิง ผู้ป่วยจะไม่มี ความคุ้นเคยทั้งกับสภาพแวดล้อม ทีมสุขภาพ การรักษาและการปฏิบัติการ พยาบาลที่ได้รับ (Hudak et al., 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังถูกจำกัดการพบปะกับสมาชิกในครอบครัว และมีความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Cronin, Pastorino, & Johnson, 1997) แม้ว่าการเข้ารับการ รักษาในหน่วยวิกฤตจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ก็ตาม การเผชิญกับสถานการณ์ ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดก็เป็นการเพิ่มภาวะวิกฤตให้แก่ผู้ป่วย (Prevost, 1997)

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดตามความหมายของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) หมายถึง สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย สิ่งแวดล้อมหรือ สถานการณ์นั้นจะมีผลต่อตนอย่างไร บุคคลจะต้องมีการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) ซึ่งต้อง ผ่านกระบวนการที่บุคคลใช้ความคิด ทำการตัดสินสถานการณ์ และใช้แหล่งประ โยชน์หรือทรัพยากร ที่ตนมีอยู่ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวจะก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินสถานการณ์ที่ เข้ามากระทบ โดยถ้าศักยภาพของตนเองที่มีอยู่น้อยกว่าความรุนแรงของสถานการณ์หรือประเมินว่า สถานการณ์นั้นจะเข้ามาคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้ ว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิด ภาวะเครียด เช่นเดียวกับการเข้ารับการ รักษาในหน่วยวิกฤตจะเป็นประสบการณ์ที่วิกฤตหรือมีผล กระทบต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์นั้น ๆ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตในระยะ 3 วันแรกจะมีอาการด้านร่างกายรุนแรงมาก จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจยังไม่รู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะตื่นขึ้นมาพบกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวที่มีแต่เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์มากมายที่ไม่คุ้นเคยทั้งรูปลักษณะหรือเสียงที่ดังออกมาจากเครื่อง ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจและวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความดันเส้นเลือดดำส่วนกลาง และท่อระบายทรวงอก เป็นต้น (Roberts, 1986) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะอยู่ในพื้นที่ที่จำกัดต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นซึ่งเป็นคนแปลกหน้าทั้งเพศชายและเพศหญิง สภาพของหน่วยงานที่ทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว รวมถึงการสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่มิดชิด มีการเปิดเผยส่วนของร่างกาย (Berger & Williams, 1992) สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเผชิญขณะเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตส่วนก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น

รัพเพิร์ต และไมเซล (Ruppert & Meisel, 1996) กล่าวว่าสถานการณ์ในหน่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่ไม่ปรากฏในหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาล สถานการณ์เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ ส่วนแฮนสัน (Hanson, 1994) กล่าวว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากหลายแหล่งด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อม สถานการณ์จากภายในร่างกายของบุคคลนั้น และสถานการณ์จากการจินตนาการหรือการคาดเดาของผู้ป่วยเอง สถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน

พรีโวสต์ (Prevost, 1997) ได้จำแนกสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในหน่วยวิกฤตออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านร่างกาย สถานการณ์ด้านจิตใจ และสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อผู้ป่วยดังมีรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านร่างกาย หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การคาท่อช่วยหายใจทางปากหรือจมูกร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ความเจ็บปวด ความกระหายน้ำ ความหิว การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การถูกรบกวน การนอนหลับ ความไม่สุขสบาย และการตรวจร่างกายบ่อยครั้ง

การคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการถูกจำกัดการเปลี่ยนท่าจากการตั้งรังของสายหรือท่อทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อย (Johnson & Sexton, 1990) การศึกษาของวันเดอร์ลิช และคณะ (Wunderlich et al., 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเครียดของผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จแล้ว พบว่า ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะคาท่อช่วยหายใจ คือ การคาท่อช่วยหายใจทำให้เจ็บคอ การศึกษาของจอห์นสัน และเช็กทัน

(Johnson & Sexton, 1990) ในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานขณะได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ คือ การคาท่อช่วยหายใจทำให้ภายในช่องปากแห้ง แสบลอนสกี (Jablonski, 1991) กล่าวว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าการคาท่อช่วยหายใจเปรียบเสมือนแท่งกระดาษชำระที่กดลงบนลิ้น หรือเหมือนกับบุหรีมวนใหญ่ที่เป็ยกขึ้นอยู่ภายในช่องปาก นอกจากนี้ฮาล์ม และแอลเพน (Halm & Alpen, 1993) กล่าวว่า การเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิดกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสียพลังอำนาจ การคาท่อช่วยหายใจจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกตกได้รับความเจ็บปวด (Byers & Smyth, 1997) คาร์ลควิสท์ (Carlquist, 1981 cited in Pelletier, 1992) กล่าวว่า การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ หรือการได้รับเลือดทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่เฉยๆ ในเตียง ไม่มีอิสรภาพ และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ฮาล์ม และแอลเพน (Halm & Alpen, 1993) กล่าวว่า การมีสายต่าง ๆ ต่อเข้ากับตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าจะถูกดึงรั้งหรือถูกยึดเหนี่ยวไว้ การศึกษาของเบลลาร์ด (Ballard, 1981 cited in Kleck, 1984) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนถูกพันธนาการด้วยสายเหล่านั้น ซึ่งจำกัดการเคลื่อนไหวตามปกติ และยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด

ความเจ็บปวดเป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก พันทิลโล (Puntillo, 1993) กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นการรับรู้ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย รบกวนการพักผ่อนและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งระดับของความเจ็บปวดจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่น การได้รับบาดเจ็บหรือถูกกระทบกระเทือน การได้รับการผ่าตัดใหญ่ เป็นต้น ความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย มีสภาพอารมณ์ในด้านลบ ถ้าไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น แหล่งของความเจ็บปวด มี 3 แหล่งด้วยกัน คือ 1) ความเจ็บปวดบริเวณเนื้อเยื่อชั้นผิวหนัง (cutaneous pain) ได้แก่ ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด แผลเปิด แผลฉีกขาด การได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนังจากสารเคมีหรือความร้อน การมีท่อ สายต่าง ๆ หรือการแทงเข็มเข้าได้ผิวหนัง การทำแผล การถูกยึดตรึงทำให้ผิวหนังได้รับความกระทบกระเทือนหรือถูกกดทับเป็นเวลานานจนทำให้เกิดรอยย่นบนผิวหนัง 2) ความเจ็บปวดบริเวณชั้นใต้ผิวหนัง (somatic pain) ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการถูกยึดตรึงบริเวณข้อหรือบริเวณกลุ่มของมัดกล้ามเนื้อ ทำให้

เกิดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ การอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ทำให้มีการกดทับเฉพาะที่ รอยแผลผ่าตัดทำให้ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เอ็น หรือข้อถูกทำลาย การได้รับบาดเจ็บจากการมีท่อ สายต่าง ๆ หรือ การแทงเข็มเข้าภายในชั้นกล้ามเนื้อ 3) ความเจ็บปวดบริเวณอวัยวะภายใน (visceral pain) ได้แก่ การโป่งพอง ของอวัยวะภายในจากการมีก๊าซในลำไส้เล็ก การใส่ท่อระบายทรวงอกเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด

จากการศึกษาของพันทิลโล (Puntillo, 1990) เกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับความเจ็บปวด ของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 24 คน พบว่า ผู้ป่วย 7 คนจำประสบการณ์ได้ว่าได้รับความ เจ็บปวดอย่างมาก ผู้ป่วย 15 คนจำได้ว่าได้รับความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงมาก และผู้ป่วย 2 คนจำประสบการณ์ความเจ็บปวดไม่ได้ โดยผู้ป่วย 13 คนบอกว่าได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวหรือขยับตัว การไอ การคลุมหมอนที่ช่วยหายใจทำให้ไอและเป็นสาเหตุให้อาการ ปวดในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วย 2 คนได้รับความเจ็บปวดอย่างมากจากการเอาท่อระบายทรวงอกออก ผู้ป่วย 1 คนบอกว่าได้รับความเจ็บปวดจากการหยดยาไปเตสเทียมคลอไรด์เข้าทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยที่ เหลือจำนวน 6 คนได้รับความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ ซึ่งระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด จะมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชนิดของการได้รับ ยาระงับความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในขณะนั้น เป็นต้น ไดเออร์ (Dyer, 1996) กล่าวว่าความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสมือนเป็นเหยื่อของการทรมาน นอกจากนี้ความ เจ็บปวดยังทำให้ความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับเวลา มีความ บกพร่องในกระบวนการคิด ตลอดจนไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบข้าง (Craven & Hirnle, 2000) ความเจ็บปวดจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

ความกระหายน้ำและความหิวเป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน การศึกษา ของจอห์นสัน และเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) เกี่ยวกับการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะ ได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า การคาท่อช่วยหายใจทำให้ ภายในช่องปากแห้ง และในระยะวิกฤตการรักษาของแพทย์จำเป็นต้องงดน้ำและอาหารทางปากทำให้ ผู้ป่วยกระหายน้ำและหิว ผู้ป่วยจึงรู้ว่าสถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด

การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะถูก จำกัดการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอนจากการตั้งรั้งของสายหรือท่อต่าง ๆ (Johnson & Sexton, 1990) ไมเซล (Meisel, 1991) กล่าวว่าผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เนื่องจากการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้ เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายยางให้อาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารหรือระบายของเหลวออกจากกระเพาะ อาหาร การถูกผูกมัดข้อมือเพื่อป้องกันการดึงสาย ท่อต่าง ๆ หรือป้องกันผู้ป่วยตกเตียง คาร์ลควิสท์

(Carlquist, 1981 cited in Pelletier, 1992) กล่าวถึงผู้ป่วยว่าถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ การได้รับเลือด นอกจากนี้ฮาล์ม และแอลเพน (Halm & Alpen, 1993) กล่าวว่าการใช้เครื่องเฝ้าระวังหรือสายต่าง ๆ ต่อเข้ากับตัวผู้ป่วยร่วมกับการใช้เครื่องมืออุปกรณ์จำนวนมากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้งแขนขาหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวก อย่างไรก็ตามแม้การผูกมัดจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือหลีกเลี่ยงจากการได้รับอันตราย เมื่อผู้ป่วยวุ่นวาย มีความบกพร่องในการคิดหรือตัดสินใจ แต่ก็ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และยังทำให้การฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยล่าช้า (Sullivan-Marx, 1994) ดังที่รัฟเพิร์ต และไมเซล (Ruppert & Meisel, 1996) กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการถูกผูกมัด ได้แก่ การสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การยึดติดของข้อ แผลกดทับ ปวดบวมจากการสูดสำลัก ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำขณะนอนราบ (Blakeslee, 1988 cited in Scherer, Janelli, Wu, & Kuhn, 1993) ผู้ป่วยรู้สึกว่าการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ (Ruppert & Meisel, 1996) นอกจากนี้การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจะเพิ่มความสับสน และเกิดความกระทบกระเทือนทางอารมณ์ (emotional trauma) ในผู้ป่วย (Smeltzer & Bare, 2000)

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดด้านร่างกายอีกสถานการณ์หนึ่งคือการรบกวนการนอนหลับ เมทเทสัน (Metteson, 1988) กล่าวว่ากรรบกวนการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคงไว้ซึ่งแบบแผนการนอนหลับที่ปกติได้ การรบกวนการนอนหลับเป็นการขาดความต่อเนื่อง มีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับอันเนื่องจากสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ในขณะนั้น ทำให้มีการเบี่ยงเบนทั้งปริมาณและคุณภาพการนอนหลับเกิดปัญหากระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โรเบิร์ต (Roberts, 1986; 1996) กล่าวถึงสาเหตุของการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย ได้แก่ ความเจ็บป่วย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบ่อย ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเช็ดตัว การทำแผล การดูดเสมหะ การตรวจสัญญาณชีพทุก 1-4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยถูกปลุกบ่อย การศึกษาของฮิลตัน (Hilton, 1976) เกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่มีผลรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตระบบหายใจ พบว่า ทั้งปริมาณและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยลดลงจากปกติ และปัจจัยที่มีผลรบกวนการนอนหลับเรียงลำดับจากมากที่สุด คือ การปฏิบัติดูแลรักษา การทำความสะอาดร่างกาย ส่วนสถานการณ์ที่ปลุกให้ผู้ป่วยตื่น คือ ทำนอนที่ไม่สุขสบาย การปฏิบัติเพื่อประเมินอาการและการรักษา ผู้ป่วย ไคเออร์ (Dyer, 1996) กล่าวว่ากรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำให้มีอาการอ่อนเพลียหรืออ่อนล้า ซึ่งความอ่อนล้านี้ส่งผลกระทบต่อการรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ (Craven, 1996) นอกจากนี้การนอนหลับพักผ่อนไม่เต็มที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ ทำให้เกิดความ

อ่อนล้า ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ความไวในการรับรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น การประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อลดลง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย และทำให้มีสมาธิลดลง ซึ่งการที่สมาธิลดลงนี้ส่งผลต่อการรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ เช่นเดียวกัน (Craven & Himle, 2000)

ความไม่สุขสบายเป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาของเบิร์กบอม-อิงเบิร์ก และฮาล์จามา (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1989) เกี่ยวกับประสบการณ์ความไม่สุขสบายในผู้ป่วยขณะคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบายจากมีความยากลำบากในการนอนหลับ เนื่องจากการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการใช้เครื่องเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน สิ่งเหล่านี้ทำให้การเปลี่ยนท่าที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายเพิ่มขึ้นไม่สามารถกระทำได้ และการศึกษาของจอห์นสัน และเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) ที่เกี่ยวกับการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบายจากการถูกผูกมัดข้อมือเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ซึ่งการถูกผูกมัดข้อมือนี้เป็นสาเหตุให้การเปลี่ยนท่านอนลำบากและทำให้มีอาการปวดเมื่อย การศึกษาของวันเดอร์ลิช และคณะ (Wunderlich et al., 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเครียดในผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จแล้ว พบว่า ผู้ป่วยจะไม่ได้รับความสุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. สถานการณ์ด้านจิตใจ หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล การสื่อสารกับทีมเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ป่วย การที่ไม่ได้พบปะกับคู่สมรสหรือญาติในครอบครัว ความเบื่อหน่าย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของเจ้าหน้าที่โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า การสูญเสียการควบคุมตนเอง การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม

ความกลัว ความวิตกกังวลเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตและรับรู้ว่าเป็นสัญญาณอันตรายของการเสียชีวิต (Hudak, Gallo, & Benz, 1990; Wunderlich et al., 1999) ดังการศึกษาของกาญจนา สิมะจารึก (2538) เกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหน่วยวิกฤต พบว่า ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยให้ความหมายของหน่วยวิกฤตว่าเป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงใกล้เสียชีวิตทั้งจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเองและของผู้อื่น ในขณะที่รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลจากการที่ทีมเจ้าหน้าที่ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้ป่วยอาจมองว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองเนื่องจากการ

ได้รับทราบเรื่องราวมาจากสื่อต่าง ๆ หรือจากประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลจากอาการเจ็บป่วยที่หนักมากต้องคาต่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และความกลัวเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลต่าง ๆ ที่ตนเองประสบ (Halm & Alpen, 1993) ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลจากความกลัวตาย สูญเสียรายได้เนื่องจากความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานประจำได้ (Clark, Fontaine, & Simpson, 1994) ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลจากการได้รับการดูแลรักษา การถูกแยกจากสมาชิกของครอบครัว เจ้าหน้าที่ไม่มีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาหรือการปฏิบัติต่าง ๆ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น การที่ผู้ป่วยไม่ทราบระยะเวลาที่จะต้องรักษาตัวอยู่ในหน่วยวิกฤต ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงเนื่องจากต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีความทันสมัย (Hudak et al., 1998) คินเน (Kinney, 1976) กล่าวว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยเกิดจากการได้ยินการสนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่ข้างเตียงผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย การพูดโดยใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยฟังแล้วไม่เข้าใจ และผู้ป่วยมีความหวาดกลัวจากการได้เห็นผู้ป่วยข้างเตียงที่มีอาการหนักหรือเสียชีวิต ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยอื่น การศึกษาของแวนสัน, แคลทซ์, และครีเคเลอร์ (Vanson, Katz, & Krekeler, 1980 cited in Johnson & Sexton, 1990) เกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตเมื่อได้เห็นการให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอื่น พบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล มีการตอบสนองในทางลบต่อสถานการณ์นั้นโดยจะมีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ

การศึกษาของวันเดอร์ลิช และคณะ (Wunderlich et al., 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเครียดในผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการคาต่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยกลัวการคาต่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลัวไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย นอกจากนี้โรเบิร์ต (Roberts, 1986; 1996) กล่าวว่าผู้ป่วยจะมีความกลัวเกี่ยวกับอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ และฟอนเทน (Fontaine, 1993) กล่าวถึงความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นว่าเป็นสาเหตุรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย การเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือจะเสียชีวิต การได้เห็นเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ต้องมีการพึ่งพาผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย อึดอัด จึงรับรู้ว่าสถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะเครียด

ในขณะที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้อีกคือการสื่อสารกับทีมเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารส่วนใหญ่ระหว่างผู้ป่วยและทีมเจ้าหน้าที่จะเป็นการอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากกว่าจะอธิบายเกี่ยวกับสภาพอาการหรือ

ความก้าวหน้าของโรค (Russell, 1999) การพูดคุยกันระหว่างแพทย์และพยาบาลข้างเตียงผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษา การพยากรณ์โรคโดยที่แพทย์ไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ การอธิบายอย่างรวดเร็วสรุปรวดเร็วจนเกินไป หรือการที่ทีมเจ้าหน้าที่พูดคุยกันโดยไม่มี การพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจแปลความหมายหรือเข้าใจผิดได้มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และยังส่งผลต่อการพัฒนาความไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล (Meisel, 1991) การพูดคุยระหว่างพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยที่ผู้ป่วยได้ยินการสนทนานั้น นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยแปลความหมายผิดแล้วยังอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ในผู้ป่วย (Ruppert & Meisel, 1996) ยิ่งไปกว่านั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการคาต่อช่วยหายใจหรือท่อหลอดลมคอจะทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ซึ่งโดยทั่วไปการสื่อสารจะใช้การพูดสื่อความหมายกันเพื่อให้เข้าใจข้อมูลหรือความหมายที่ต้องการจะถ่ายทอดไปสู่บุคคลอื่น ๆ การคาต่อช่วยหายใจจึงเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสารที่ใช้การพูดคุยกันโดยตรง เมื่อการสื่อสารโดยการพูดไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะใช้การสื่อสารโดยการเขียนหรือใช้ภาษาท่าทาง ซึ่งอาจถูกจำกัดโดยการเคลื่อนไหวที่ยากลำบากเนื่องจากถูกยึดตรึงข้อมือเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้การได้รับยาประเภทยาอนหลับหรือยาที่มีผลทำให้เป็นอัมพาตชั่วคราวก็มีผลกระทบต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ (Dyer, 1996) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยล่าช้าขึ้นด้วย (Russell, 1999) การศึกษาของวันเดอร์ลิช และคณะ (Wunderlich et al., 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเครียดของผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการคาต่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า การที่ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดได้เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย การศึกษาของจอห์นสัน และเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) ในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานขณะคาต่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดคุยได้เนื่องจากมีท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดและโกรธที่ไม่สามารถพูดคุยได้ ต้องใช้การสื่อสารโดยการเขียนหรือใช้ภาษาท่าทาง และการศึกษาของพันทิลโล (Puntillo, 1990) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วย พบว่า ในด้านการสื่อสารผู้ป่วยที่ได้รับการคาต่อช่วยหายใจจะไม่สามารถพูดหรือบอกเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอาการปวดได้ ต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ได้คาต่อช่วยหายใจ จึงต้องใช้การแสดงออกทางสายตา สีหน้าหรือท่าทางโดยการขยับมือ ขยับขาขึ้นลง ซึ่งอาจมีปัญหาในการประเมินของพยาบาลอาจแปลความหมายผิดไปได้ ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาคาต่อช่วยหายใจที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่อย่างแท้จริง จะเห็นว่าการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยอาจแปลความหมายผิดไปได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว นอกจากนี้การรักษาของแพทย์คือการคาต่อช่วยหายใจ ก็เป็นสาเหตุ

หนึ่งที่ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจึงรับรู้สถานการณ์นี้ก่อให้เกิดภาวะเครียด

ผู้ป่วยวิกฤตจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทตนเองจากผู้ที่เคยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมาเป็นผู้ป่วย และไม่ทราบว่าบทบาทของตนเองขณะเป็นผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างไร (Berger & Williams, 1992) การศึกษาของคอมพ์ตัน (Compton, 1991) ในเรื่องการให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และการได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย พบว่า ขณะเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต ผู้ป่วยไม่ทราบว่าปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง ซึ่งแตกต่างไปจากในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่ออยู่ในหน่วยวิกฤต การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ป่วยจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

หน่วยวิกฤตจะเป็นสถานที่ที่แยกผู้ป่วยออกไปจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย จากเดิมที่เคยอยู่บ้านต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล การเข้ามาอยู่ในหน่วยวิกฤตผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ถูกแยกจากญาติและเพื่อน (Meisel, 1991) การที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตมีความรู้สึกเช่นนี้เนื่องจากว่าสภาพของหน่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานปิดที่ไม่มีการเปิดหน้าต่างออกให้เห็นบรรยากาศภายนอก ผู้ป่วยจะมองเห็นเฉพาะสภาพแวดล้อมภายในหน่วยวิกฤตเท่านั้น (Kleck, 1984) สาเหตุที่หน่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานปิดเนื่องจากมีจุดประสงค์หลักเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อจากภายนอกหน่วยงานมาสู่ผู้ป่วย (Harrell, 1991) นอกจากนี้การจำกัดทั้งผู้เยี่ยมและระยะเวลาเยี่ยมยังเสมือนกับผู้ป่วยถูกแยกจากญาติที่เคยใกล้ชิดหรือเพื่อนทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่มีใครรู้จัก ซึ่งในภาวะเจ็บป่วยการได้รับแรงสนับสนุนจากญาติจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Ruppert & Meisel, 1996) การเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักอยู่แต่ในเตียงตลอดเวลา ร่วมกับสภาพแวดล้อมของหน่วยวิกฤตที่ไม่มีการเปิดหน้าต่างออกสู่ภายนอกดังกล่าวแล้วทำให้ผู้ป่วยมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในวงแคบ หรืออาจพูดได้ว่าผู้ป่วยมองเห็นแต่เพดานห้อง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้สร้างความเบื่อหน่ายให้แก่ผู้ป่วยได้ (Kleck, 1984) ดังการศึกษาของรัสเซลล์ (Russell, 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ ความทรงจำ และประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในหน่วยวิกฤต พบว่า สถานการณ์ที่สร้างความเบื่อหน่ายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ความวุ่นวายที่เกิดขึ้น เสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ อุณหภูมิภายในห้องที่เย็นจนเกินไป เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วไป เสียงร้องของผู้ป่วยอื่น และเสียงโทรศัพท์ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต ทำให้ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวและไม่สามารถไปไหนได้ตามปกติ จึงพบว่าถูกรงกักให้อยู่ในหน่วยวิกฤต และการถูกจำกัดให้อยู่เฉพาะในเตียง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานและเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า การสัมผัสจากเจ้าหน้าที่ โดยที่ผู้ป่วยไม่ทันรู้ตัวหรือการสัมผัสที่รุนแรงเนื่องจากพยาบาลต้องทำงานด้วยความรีบเร่ง เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่รุกราน และมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติพยาบาลที่ตนได้รับ (Urban, 1993) สถานการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้

เออร์แบน (Urban, 1993) คลาร์ก (Clark, 1996) กล่าวว่าภายในหน่วยวิกฤตจะมีเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญช่วยในการรักษาผู้ป่วย โดยต้องอาศัยทีมเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์เหล่านั้น ผู้ป่วยมองว่าพยาบาลให้ความสนใจในเครื่องมืออุปกรณ์เหล่านั้นมากกว่าจะให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญดูแลที่ตัวผู้ป่วย หรือพยาบาลมองไม่เห็นความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โนวาส, อโร โนวิช, เฟอ์แรซ, และ โนเบล (Novaes, Aronovich, Ferraz, & Knobel, 1997) กล่าวว่า การไม่ให้ความสนใจในตัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจในเจตคติและการปฏิบัติ การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การศึกษาของลอริ, เลพิสโท, และแคปเพลิ (Lauri, Lepisto, & Kappeli, 1997) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยตามมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วย พบว่า พยาบาลจะให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ความสนใจดูแลเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้อยู่กับผู้ป่วยมากกว่าจะสนใจดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาและการปฏิบัติพยาบาลที่ตนจะได้รับมากกว่าเรื่องอื่น ๆ ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการที่เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจดูแล เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด

สถานการณ์ด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยวิกฤตเช่นเดียวกัน คือ การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ดังที่ฮีทเทอร์ (Heater, 1985) กล่าวว่าภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตและต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ เช่น การสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับพรีโวสต์ (Prevost, 1997) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถควบคุมหรืออยู่เหนือการดำเนินโรคได้ ยิ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตด้วยแล้วความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลง เนื่องจากการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายไม่เป็นไปตามปกติต้องได้รับการดูแลรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยในการหายใจ การคาสาชสวนปัสสาวะเพื่อให้ปัสสาวะออก ในระยะวิกฤตผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องมีทีมเจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ แทนทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นการเช็ดตัว การรับประทานอาหาร โดยไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหรือตัดสินใจว่าเป็นไปตามที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ หรือในช่วงของการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องคนน้ำและอาหารทางปาก แต่เมื่อรับประทานได้ผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสในการเลือก

ประเภทอาหารที่ชอบ เนื่องจากอาหารบางประเภทไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ แม้กระทั่งขณะที่เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติการรักษาพยาบาล เช่น การฉีดยา การใช้คัตว การให้ยา เป็นต้น ผู้ป่วยก็ไม่สามารถปฏิเสธหรือต่อรองเวลากับทีมเจ้าหน้าที่ได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ใด ๆ ได้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและหงุดหงิดในผู้ป่วย (Seeman, 1959 cited in Hamner, 1990) จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ หรือปฏิบัติกิจกรรมตามปกติได้ ตลอดจนไม่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการที่ไม่มีโอกาสในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการที่ไม่สามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด

หน่วยวิกฤตจะมีนโยบายให้ญาติเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด หน่วยวิกฤตบางแห่งอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ 10 นาทีในทุก ๆ ชั่วโมง ระหว่างเวลา 12.00-20.00 น. โดยเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน และต้องเป็นญาติที่ใกล้ชิดเท่านั้น (Giuliano, Giuliano, Bloniasz, Quirk, & Wood, 2000) นโยบายที่ต้องมีการจำกัดจำนวนผู้เยี่ยมและระยะเวลาในการเยี่ยมเนื่องจากผู้ป่วยในระยะวิกฤตต้องการการพักผ่อน แต่ในขณะที่ช่วยกันการเยี่ยมก็ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือ และแรงสนับสนุนจากญาติ (Clarke, 1994) การเยี่ยมของญาติยังมีความสำคัญเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยได้ (Simpson & Shaver, 1991) นอกจากนี้การเยี่ยมยังมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Titler & Walsh, 1992) การศึกษาของเคอร์ชอฟฟ์ (Kirchoff, 1982 cited in Hamner, 1990) เกี่ยวกับนโยบายการเยี่ยมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า นโยบายการเยี่ยมจะอนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 5-10 นาที ทุก 1 หรือ 2 ชั่วโมง หรือตามเวลาที่กำหนดในนโยบายเท่านั้น และต้องเข้าเยี่ยมตามกำหนดเวลาอย่างเคร่งครัดซึ่งเป็นระยะเวลาอันสั้น ไม่เพียงพอที่ผู้ป่วยจะได้พูดคุยกับญาติ พร็วอสท์ (Prevost, 1997) กล่าวถึงการเยี่ยมว่าผู้ป่วยจะไม่มีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการเยี่ยมในหน่วยวิกฤต ต้องปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงานนั้น การศึกษาของแฮมเนอร์ (Hamner, 1990) เกี่ยวกับนโยบายการเยี่ยมในหน่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับระยะเวลาของการเข้าเยี่ยม ฟูลเลอร์ และฟอสเตอร์ (Fuller & Foster, 1982 cited in Giuliano, Giuliano, Bloniasz, Quirk, & Wood, 2000) ศึกษาผลกระทบจากการเยี่ยมของญาติและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 28 คน พบว่า การเยี่ยมมากกว่า 15 นาทีไม่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยมากไปกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล การศึกษาของแฮนสัน (Hanson, 1982 cited in Giuliano, Giuliano, Bloniasz, Quirk, & Wood, 2000) เกี่ยวกับผลของระยะเวลาการเยี่ยมในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตโรคระบบหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยลดลง

ภายหลังการเยี่ยมชมเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง การศึกษาของกัวเลียโน และกัวเลียโน (Giuliano & Giuliano, 1992) เกี่ยวกับการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อการเยี่ยมชมของญาติและการตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาล โดยทำการตรวจวัดจังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต ในผู้ป่วยจำนวน 50 คน พบว่า จังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตไม่มีการเปลี่ยนแปลง และผลจากการเยี่ยมชมของญาติยังก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยน้อยกว่าการตรวจเยี่ยมของแพทย์และพยาบาล ในภาวะปกติขณะที่อยู่บ้านผู้ป่วยและญาติจะพูดคุยกันตามปกติ แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต การพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับญาติจะเปลี่ยนไป โดยการพูดคุยจะลดลงจากเดิมเนื่องจากความเจ็บป่วยและการจำกัดระยะเวลาเยี่ยมชม จึงเห็นได้ว่านโยบายการเยี่ยมชมของหน่วยวิกฤตก็เป็นอุปสรรคที่ทำให้การพูดคุยปรึกษากันเป็นไปได้ไม่สะดวก ยิ่งในภาวะวิกฤตด้วยแล้วกำลังใจจากญาติมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Fontaine, 1996) จะเห็นว่านโยบายการเยี่ยมชมที่จำกัดระยะเวลาเยี่ยมชม และการได้พบกับญาติในระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากครอบครัว จึงเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดภาวะเครียด

3. สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สถานการณ์จากสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย ได้แก่ การขาดความเป็นส่วนตัว ความแออัดคับแคบของหน่วยวิกฤต ความไม่สุขสบายของเตียงที่นอน ระดับเสียงดัง แสงไฟที่ส่องสว่างตลอดเวลา ห้องที่มีสภาพของอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป การมองเห็นหรือได้กลิ่นที่ไม่รื่นรมย์

การขาดความเป็นส่วนตัวเป็นสถานการณ์หนึ่งที่เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย สาเหตุเนื่องจากภายในหน่วยวิกฤตจะจัดเตียงผู้ป่วยไว้ใกล้กัน การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ผู้ป่วยจะเห็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ทีมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอื่น มีการเปิดเผยส่วนของร่างกายผู้ป่วย ถึงแม้จะมีม่านกันแต่ก็ไม่มิดชิดเพียงพอ นอกจากนั้นการได้พบเห็นญาติของผู้ป่วยอื่นที่เข้ามาเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและรู้สึกอึดอัดที่ถูกแวดล้อมไปด้วยกลุ่มคน (Berger & Williams, 1992)

ภายในหน่วยวิกฤตมีเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ มากมายที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกแออัดได้ และความแออัดจะเพิ่มขึ้นอีกเมื่อมีการจัดเตียงไว้ใกล้กัน โดยมีเฉพะม่านกันระหว่างเตียงเท่านั้น แต่ถึงแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในห้องเตียงเดี่ยวก็เกิดปัญหาความแออัดจากเครื่องมืออุปกรณ์ที่อยู่ภายในห้องได้เช่นเดียวกัน (Urban, 1988 cited in Halm & Alpen, 1993) นอกจากนี้การตรวจเยี่ยมอาการของแพทย์หลาย ๆ คนพร้อมกันในหน่วยวิกฤตที่มีบริเวณจำกัดร่วมกับการปฏิบัติเพื่อประเมินอาการหรือการ

ปฏิบัติเพื่อการรักษารอบ ๆ เสียงผู้ป่วยก็ทำให้เกิดความแออัดได้ (Baker, 1992) ผู้ป่วยรับรู้ว่สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจึงก่อให้เกิดภาวะเครียดได้

เสียงดังเป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต โดยปกติผู้ใหญ่จะได้ยินเสียงที่มีความถี่อยู่ในช่วง 300-3,500 เฮิรซ์ ความถี่ของเสียงที่จะมีผลกระทบอยู่ที่ระดับ 4,000 เฮิรซ์ การสูญเสียการได้ยินจะเกิดเมื่อได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงเป็นระยะเวลาานอย่างต่อเนื่อง (Goodhill, 1992 cited in Matteson, McConnell, & Linton, 1997) เบเคอร์ (Baker, 1992) แบ่งเสียงดังที่มาจากสภาพแวดล้อมออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เสียงดังจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ (ambient stressors) เป็นเสียงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกห้องผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ เสียงสัญญาณเตือนเสียงจากการใช้ห้องน้ำ เสียงโทรศัพท์ เสียงลากรถอุปกรณ์ หรือเสียงจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ 2) เสียงที่เกิดจากบุคคลเป็นผู้กระทำ (social stressors) ได้แก่ เสียงการสนทนาทั้งภายในและภายนอกห้องผู้ป่วย การพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับญาติ แพทย์หรือพยาบาล โครอน (Coron, 1994) กล่าวว่าในระหว่างที่พยาบาลพูดคุยกับแพทย์ และขณะแพทย์ทำการเยี่ยมชมตรวจอาการจะเป็นช่วงที่มีระดับเสียงดังมากกว่าช่วงอื่น ๆ ซึ่งเสียงดังจากแหล่งต่าง ๆ นี้จะมีทั้งเสียงดังเป็นช่วง ๆ และเสียงดังอย่างต่อเนื่อง เสียงที่ดังเป็นช่วง ๆ ได้แก่ เสียงโทรศัพท์ เสียงของตก เสียงจากการใช้ห้องน้ำ เสียงกรนของผู้ป่วยอื่น และเสียงไอ (Topf & Dillon, 1988) ส่วนเสียงที่ดังอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เสียงออกซิเจน เสียงน้ำปูดที่เกิดจากออกซิเจนผ่านน้ำ จากผลการศึกษาพบว่าเสียงที่ดังอย่างต่อเนื่องจะรบกวนมากกว่าเสียงที่ดังเป็นช่วง ๆ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเผาผลาญ และปริมาณความต้องการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น (Hilton, 1985) การได้ยินเสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับตัวผู้ป่วยเอง หรือใช้กับผู้ป่วยอื่นที่อยู่เตียงใกล้กันอาจทำให้ผู้ป่วยตกใจได้ และยิ่งถ้าเจ้าหน้าที่ไม่มีการอธิบายรายละเอียดด้วยแล้วจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนคิดว่าเสียงที่ดังอยู่นั้นตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะอันตราย (Gregory, 1993) ฮิลตัน (Hilton, 1976) ศึกษาปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่มีผลรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตระบบหัวใจ พบว่า เสียงดังจากพยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นหรือระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง เสียงจากการปิดเปิดประตู เสียงจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เสียงลากเก้าอี้ เสียงเดิน เสียงวิทยุ ล้วนรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยทั้งสิ้น การศึกษาของริชาร์ดส์ และแบร์นส์ฟาเธอร์ (Richards & Baimsfather, 1988) เกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับช่วงกลางคืนในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต พบว่า เสียงดังจากโต๊ะทำงานของพยาบาลและบริเวณเก็บของใช้จะรบกวนผู้ป่วยที่นอนอยู่ในเตียงใกล้กับโต๊ะทำงานของพยาบาลและใกล้กับบริเวณเก็บของใช้มากกว่าผู้ป่วยในเตียงอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้น้อย การศึกษาของเซาท์เวลล์ และวิสโทว (Southwell & Wistow, 1995) เกี่ยวกับการนอนหลับช่วงกลางคืนในผู้ป่วยใน

หน่วยวิกฤต โดยการใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจำนวน 454 คน พบว่า เสียงดังจากผู้ป่วยอื่น เสียงโทรศัพท์ เสียงผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ เสียงพูดคุยระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง เสียงจากการใช้อุปกรณ์ในการจับถ่าย เสียงพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น เสียงจากภายนอกหน่วยวิกฤต เสียงจากการใช้ห้องน้ำ และเสียงจากรองเท้าพยาบาล เป็นเสียงที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยเรียงจากมากที่สุุดตามลำดับ

การศึกษาของเบเคอร์, การ์วิน, เคนเนดี, และโพลีฟคา (Baker, Garvin, Kennedy, & Polivka, 1993) เกี่ยวกับผลกระทบของระดับเสียงที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตในผู้ป่วยในหน่วยโรคหัวใจ พบว่า เสียงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ เสียงพูดคุยภายในห้องของผู้ป่วย เสียงดังจากสภาพแวดล้อม เสียงพูดคุยภายในหน่วยโรคหัวใจ และเสียงที่ดังเป็นประจำ โดยระดับเสียงช่วง 53-58 เดซิเบลจะเป็นเสียงสัญญาณเตือนของเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เสียงเดินภายในหอผู้ป่วย ระดับเสียงช่วง 62-67 เดซิเบลจะเป็นเสียงที่เกิดจากการปรับเตียง เสียงโทรศัพท์ และระดับเสียงช่วง 69-71 เดซิเบลเป็นเสียงจากภายในห้องของผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายเครื่องมืออุปกรณ์ เสียงจากการใช้ห้องน้ำ และจากการศึกษาซึ่งพบว่าเสียงที่ดังมากกว่า 90 เดซิเบล จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของมาร์แชลล์ (Marshall, 1972 cited in Baker et al., 1993) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจว่ามีความสัมพันธ์กับระดับเสียงภายในโรงพยาบาลหรือไม่ พบว่า ระหว่างเสียงที่เกิดจากการพูดคุยกับเสียงที่เกิดจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้ยินเสียงพูดคุยมากกว่าได้ยินเสียงจากเครื่องมืออุปกรณ์ การศึกษาของเบเคอร์ (Baker, 1992) เกี่ยวกับผลกระทบของเสียงต่ออัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมจะมีอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเมื่อได้ยินการพูดคุยกันของเจ้าหน้าที่ภายในห้องของผู้ป่วย โดยมีการเพิ่มขึ้นมากกว่าในขณะที่เจ็บบหรือได้ยินเสียงที่ดังเป็นประจำ ซาลาทคา (Salatka, 1996) กล่าวว่าเสียงพูดคุยกันระหว่างพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นเสียงที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้คลาร์ค (Clark, 1996) ลินด์เบิร์ก และคณะ (Lindberg et al., 1998) ยังกล่าวถึงผลกระทบจากเสียงว่าก่อให้เกิดภาวะเครียด รบกวนการรับรู้และกระบวนการหายใจของบุคคล จะเห็นว่าผู้ป่วยรับรู้วาระดับเสียงดังมีผลรบกวนการนอนหลับ และยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสนเมื่อได้ยินเสียงนั้นคิดว่าตนเองอยู่ในอันตราย

สภาพของเตียงนอน หมอนที่แข็งและห่อหุ้มด้วยพลาสติก ทำให้ผู้ป่วยร้อนและมีเหงื่อออก ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายส่งผลกระทบต่อการนอนหลับทำให้หลับยาก อีกทั้งความกว้างยาวของเตียงที่ทำให้สำหรับผู้ป่วยคนเดียวตลอดจนความสูงของเตียงซึ่งผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ทำให้เสมือนถูกจำกัดให้นอนอยู่เฉพาะในเตียง (Webster & Thompson, 1986; Southwell & Wistow, 1995) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่คุ้นเคยจากสภาพของเตียงนอนที่สูง และการไม่ได้รับความสุขสบายจากหมอนที่ห่อหุ้มด้วยพลาสติกเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

สภาพของหน่วยวิกฤตที่ไม่มีหน้าต่างจะจำกัดผู้ป่วยสัมผัสกับแสงธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นสภาพแวดล้อมภายนอกว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยจะพบเห็นแต่สภาพภายในหน่วยวิกฤตเท่านั้น การเปิดไฟส่องสว่างภายในหน่วยวิกฤตตลอดเวลาร่วมกับการปฏิบัติการดูแลจากทีมเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกกลางวันออกจากกลางคืนได้ และผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (Fontaine, 1993; Gregory, 1993) เช่นเดียวกับเคลค (Kleck, 1984) ที่กล่าวว่าหน่วยวิกฤตเป็นหน่วยปิดที่ไม่มีหน้าต่างออกสู่ภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นกลางวันหรือกลางคืน ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการที่ไม่ทราบวัน เวลา เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด

แสงสว่างมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการประเมินสภาพอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แต่ในทางตรงกันข้ามแสงสว่างก็ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้ แสงไฟที่ส่องมาที่ตัวผู้ป่วยทำให้ความไวในการมองเห็นแสงลดลงและยังส่งผลให้มีความยากลำบากในการปรับแสง (Williams, 1989) การมีแสงไฟส่องสว่างภายในหน่วยวิกฤตตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกกลางวันหรือกลางคืนได้ (Byers & Smyth, 1997) การมีแสงสว่างส่องตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายและรบกวนการนอนหลับ (Lindberg et al., 1998) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของฮิลตัน (Hilton, 1976) เกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่มีผลรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตระบบหายใจ พบว่า แสงสว่างเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย ทำให้ปริมาณและคุณภาพการนอนหลับลดลง การศึกษาของริชาร์ดส์ และแบร์นส์ฟาเธอ (Richards & Bairnsfather, 1988) เกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับช่วงกลางคืนในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต พบว่าแสงไฟจากโต๊ะทำงานของพยาบาลและจากบริเวณเก็บของใช้รบกวนผู้ป่วยที่นอนอยู่ในเตียง ใกล้เคียงกับโต๊ะทำงานของพยาบาลและใกล้กับบริเวณเก็บของใช้มากกว่าผู้ป่วยในเตียงอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้น้อย การศึกษาของเซาท์เวลล์ และวิสโทว (Southwell & Wistow, 1995) เกี่ยวกับการนอนหลับช่วงกลางคืนในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต พบว่า แสงไฟภายในหน่วยวิกฤตเป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย

อุณหภูมิและความชื้นในบรรยากาศที่ต่ำหรือสูงจนเกินไปภายในหน่วยวิกฤต เช่น ห้องที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า 68 องศาฟาเรนไฮต์ หรือสูงกว่า 74 องศาฟาเรนไฮต์ ความชื้นต่ำกว่าร้อยละ 30.00 หรือสูงกว่าร้อยละ 60.00 จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตผู้ป่วยจะถูกรบกวนจากกลิ่นเหม็นของสิ่งขับหลังหรือของเหลวที่ระคายออกมาจากร่างกาย กลิ่นของสารเคมีที่ใช้ในการทำมาสะอาดเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในหน่วยวิกฤตทำให้ไม่ได้รับความสบาย และโดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะมีควมไวต่อกลิ่นต่าง ๆ มากกว่าเจ้าหน้าที่เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความคุ้นเคยมาก่อน กลิ่นอาหารของโรงพยาบาล กลิ่นดอกไม้ กลิ่นน้ำหอมที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ใช้ก็อาจเป็นกลิ่นที่ไม่พึงปรารถนาของผู้ป่วยได้ (Lindberg et al., 1998) การที่สภาพอากาศภายในหน่วยวิกฤตที่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป และจากการมีกลิ่นเหม็นรบกวน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสบาย จึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตจะมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ มากมายทั้งสถานการณ์ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะเครียดหรือไม่ ต้องผ่านการประเมินสถานการณ์ ถ้าประเมินแล้วพบว่าสถานการณ์นั้นคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง แสดงว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับรู้มีความสำคัญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในหน่วยวิกฤต

## การรับรู้

### ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ หมายถึง ผลของการเรียนรู้กับความรู้สึกที่ได้จากการสัมผัส โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัสผ่านการแปลความหมายของการสัมผัสนั้นออกมาโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นพื้นฐานทำให้บอกได้ว่าสิ่งเร้าที่มาสัมผัสประสาทสัมผัสนั้นคืออะไร และมีความหมายอย่างไร (กรรณิการ์ ภูประเสริฐ, 2540) การรับรู้เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการของการรวบรวม แปลความ และเปลี่ยนรูปข้อมูลซึ่งได้จากการรับความรู้สึกและความจำ การรับรู้เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้ทราบถึงประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นด้วย (King, 1981) นอกจากนี้การรับรู้ยังหมายถึงการให้ความหมายของบุคคล

เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น เป็นกระบวนการของการเลือก รวบรวมและแปลความสิ่งที่มากระตุ้นให้มีความหมาย (Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1995)

สรุปได้ว่าการรับรู้จะเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์มากระตุ้นบุคคล แล้วบุคคลมีการรับสัมผัสโดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ การเห็น การได้ยิน ความรู้สึกสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วมีการแปลความข้อมูลที่ได้รับร่วมกับอาศัยการเรียนรู้เดิมและประสบการณ์ในอดีตจึงจะทำให้ทราบว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นเป็นอย่างไรซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมหรือการตอบสนองของบุคคลนั้นด้วย

### กระบวนการรับรู้

แช็ค (Schaag, 1995) กล่าวถึงการรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อคอร์เท็กซ์ที่ทำหน้าที่รับความรู้สึก (sensory cortex) ได้รับการกระตุ้นแล้วจึงถอดรหัสและแปลความหมาย เมื่อมีการแปลความหมายแล้วจะมีการรับรู้เกิดขึ้น ซึ่งก่อนที่จะมีการรับรู้เกิดขึ้นนี้จะต้องผ่านกระบวนการรับความรู้สึก (sensory process) เริ่มจากมีการรับความรู้สึกจากการมีสิ่งกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก โดยเครื่องรับความรู้สึกจะเป็นตัวรับสิ่งกระตุ้นแล้วเปลี่ยนเป็นคลื่นประสาทส่งผ่านประสาทนำเข้า (afferent neurons) เข้าสู่ระบบเรติคูลา แอคติเวติง (reticular activating system) ในก้านสมอง (brain stem) ผ่านไปยังระบบประสาททาลามัส (thalamus) และไปยังคอร์เท็กซ์ที่รับความรู้สึก ซึ่งระบบเรติคูลาจะทำหน้าที่เป็นตัวประสานสำหรับการรับเข้าและการส่งออกของระบบประสาทรับความรู้สึก

### ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป บางคนอาจรับรู้ได้เล็กน้อย ปานกลาง หรือรับรู้ได้มากขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลจะประเมินตัดสินสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น (Hanson, 1994) การรับรู้อาจมีความแตกต่างกันไปซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกด้วย (King, 1981; Hudak et al., 1998) ความแตกต่างของการรับรู้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ได้แก่

1. สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส การทำหน้าที่ที่ตลอดจนคุณภาพของอวัยวะรับสัมผัส อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองและระบบประสาท จะมีการกำหนดว่าบุคคลจะรับรู้อะไร อย่างไรบ้าง ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นจะมีผลต่อความสามารถของบุคคลที่จะรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่าง ๆ (Berger & Williams, 1992)

2. เพศ เพศมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล เพศของผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย (Molzahn & Northcott, 1989) จากการศึกษาของแคสเสน, นิจฮิวส์, และฟิลิปเสน (Dassen, Nijhuis, & Philipsen, 1990) เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลชายและหญิงในหน่วยวิกฤตในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า พยาบาลชายจะมีความโดดเด่นในบทบาทหน้าที่ที่ทำงานสูงกว่าเพศหญิง และจะให้ความสนใจในการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์มากกว่า ในขณะที่เพศหญิงจะให้ความสำคัญในการดูแลที่ตัวผู้ป่วยโดยตรง จึงทำให้พยาบาลหญิงมีสัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยมากกว่า

3. อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการ และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกได้ดีกว่า และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องมากกว่า แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยสูงอายุ บุคคลที่มีวัยต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกันออกไป ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่าและมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่อ่อนวัยกว่า นอกจากนี้อายุยังส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล ตลอดจนการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลด้วย (Palank, 1991)

4. บุคลิกภาพ ลักษณะของบุคลิกภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ระหว่างบุคคลที่ชอบสังคม (extrovert) คือชอบคบหาสมาคมกับผู้อื่น ชอบแสดงตัวและสนใจในสิ่งแวดล้อม กับบุคคลที่ชอบเก็บตัว (introvert) คือบุคคลที่สนใจเฉพาะเรื่องของตนไม่ชอบเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ย่อมจะรับรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางตรงกันข้าม (จำเนียร ช่วงโชติ, จิตรา วสุวานิช, จันทมาศ ชื่นบุญ, และมลวิภา สุวรรณมาลัย, 2532)

5. ทักษะ ทักษะเป็นความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็น ทำที่ หรือความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว การแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่อบุคคลอื่นเป็นไปได้ทั้งบวกหรือลบซึ่งเป็นการแสดงพฤติกรรมอันเกิดจากทัศนคติที่มีอยู่ในขณะนั้น ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น เช่น ความนิยมหรือไม่นิยม ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เป็นต้น (เชิขรศรี วิวิธสิริ, 2527) จากการศึกษาของจอร์จ สุนส์วาลด์ (2540) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่า เจตคติหรือความคิดเห็นของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของพยาบาล

6. ความสนใจ ถ้าบุคคลมีความสนใจต่อสิ่งใดก็มักจะมีความตั้งใจที่แน่วแน่ และมีการสังเกตพิจารณาถึงนั้นอย่างละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งช่วยทำให้การแปลความหมายสิ่งนั้นได้ถูกต้องยิ่งขึ้น (สุชา จันทน์เอม, 2540)

7. สภาวะทางอารมณ์ การรับรู้ของบุคคลอาจบิดเบือนไปได้ในสภาวะอารมณ์ที่แตกต่างกัน เช่น โกรธ กลัวหรือรัก ซึ่งกระทบต่อขอบเขตการรับรู้ (King, 1981) การศึกษาของจอร์จ สุนด์ว็ลด์ (2540) ในเรื่องเดียวกัน พบว่า สภาวะอารมณ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของพยาบาล ในสภาวะอารมณ์ที่แตกต่างกันการรับรู้จะแตกต่างกันไปด้วย เช่น ในขณะที่พยาบาลมีอารมณ์ดี มีความสบายใจ มีความสุขระหว่างการทำงาน ความสนใจที่จะพิจารณารายละเอียดของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น ทำให้การประเมินปัญหาของผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น

8. สภาพจิตใจ ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้หรือสิ้นหวัง มีผลกระทบต่อสติปัญญา และความเข้าใจของบุคคล ทำให้การแปลความหมายของการสัมผัสไม่ดี ตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีจิตใจแจ่มใส กระชุ่มกระชวย ใจคอปลอดโปร่งก็ย่อมทำให้ความคิดความเข้าใจดีขึ้น ช่วยให้การแปลความหมายได้ดีกว่า (จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ, 2532)

9. ความต้องการ บุคคลมีความต้องการเป็นพื้นฐาน ถ้าสภาวะร่างกายของบุคคลต้องการสิ่งใดมาก บุคคลมักจะตีความสิ่งนั้นให้ตรงกับความต้องการของตน จะรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวให้คล้อยไปตามความต้องการและสิ่งที่บุคคลนั้นปรารถนาให้เป็นไป ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในความต้องการนั้น (Berger & Williams, 1992)

10. การให้คุณค่า ความรู้สึกรู้สอกต่อสิ่งของ เหตุการณ์หรือสถานการณ์จะมีความสำคัญมากน้อย ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งนั้นมีความสำคัญหรือมีคุณค่าต่อบุคคลนั้นเพียงใด ถ้ามีความสำคัญหรือมีคุณค่ามาก บุคคลนั้นจะรับรู้สิ่งนั้นได้เร็ว (Berger & Williams, 1992)

11. ความรู้ ความรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นมีความสำคัญมากในการแปลความหมายของการสัมผัส ความรู้นั้นจะต้องเป็นความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจน แน่นอน และรอบรู้หลายอย่าง จึงจะช่วยให้อ่านความหมายสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง (จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ, 2532)

12. การเรียนรู้ การเรียนรู้มีความจำเป็นสำหรับบุคคลเพราะจะช่วยพัฒนาการรับรู้ให้กว้างขวางขึ้น การเรียนรู้และการรับรู้มักจะเกิดขึ้นควบคู่กันไป เมื่อมีการเรียนรู้มากขึ้นก็จะขยายขอบเขตของการรับรู้ให้กว้างขวางขึ้นด้วย (ศิริเพิ่ม เขาวรรณศิลป์, 2533)

13. ลักษณะนิสัย บางคนชอบการพบปะกับบุคคลมากมาย ชอบการเปลี่ยนแปลง ชอบอยู่ในสถานที่ที่มีแสงสว่างจ้าหรือเคยชินกับระดับเสียงดัง ในขณะที่บางคนไม่ชอบการเข้าไปอยู่ในฝูงชนหรือในสถานที่ที่มีความแออัด ชอบระดับเสียงที่ไม่ดังมาก ลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันนี้ทำให้บุคคลรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกันไป (Craven, 1996)

14. ประสบการณ์ บุคคลใดมีประสบการณ์ที่ดีจะเป็นข้อดีที่ช่วยให้บุคคลนั้นรับรู้เหตุการณ์ที่ไม่รุนแรงเกินไป ในทางตรงกันข้ามถ้ามีประสบการณ์ที่ไม่ดีอาจทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์นั้นเลวร้ายกว่าที่ควรจะเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) การมีประสบการณ์มากจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองได้รับหรือประสบได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์น้อยหรือไม่เคยมีประสบการณ์เลย (Molzahn & Northcott, 1989) คังการศึกษารองของเจนนิงส์ และมุขเลนแคมป์ (Jennings & Muhlenkamp, 1981) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลต่อระดับอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยยาวนานขึ้นทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าที่เป็นอยู่จริง และการศึกษาของเบสท์ (Best, 1992) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า พยาบาลทั้งหมดจะรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ แต่ในกลุ่มพยาบาลด้วยกันพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานภายในหน่วยวิกฤตมากจะรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดได้ต่ำกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า

15. บทบาทหน้าที่ บทบาทหน้าที่มีส่วนสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคล การดำรงบทบาทหน้าที่ทำให้รูปแบบการตอบสนองแตกต่างกันออกไป ซึ่งส่งผลให้มีความแตกต่างของการรับรู้ด้วยการรับรู้จะเชื่อมโยงไปถึงอาชีพที่บุคคลนั้นดำรงบทบาทอยู่ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะเกี่ยวข้องกับอาชีพของเขาเหล่านั้น เช่น บทบาทของแพทย์จะแตกต่างจากบทบาทของพยาบาลและผู้ป่วย ในขณะที่แพทย์จะเป็นผู้ให้การรักษา พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผู้ป่วยเป็นผู้ได้รับการดูแลรักษา (Molzahn & Northcott, 1989)

16. ภูมิหลังทางสังคมวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ สัญชาติล้วนมีความสำคัญต่อการรับรู้ทั้งสิ้น วัฒนธรรมของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นประเภทของอาหารที่รับประทาน แบบแผนการแสดงออกทางอารมณ์ กระบวนการตัดสินใจ นอกจากนี้สภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตในสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการดำเนินโรค อาการแสดงตลอดจนการรักษาแตกต่างจากที่มสุขภาพ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญควรได้รับการคำนึงถึงด้วยในขณะที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Spector, 1979 cited in Molzahn & Northcott, 1989) นอกจากนี้ในส่วน of พยาบาล ภูมิหลังทางสังคมวัฒนธรรมของพยาบาลก็มีผลต่อการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยในผู้ป่วย เช่น

ความเจ็บปวดและความทนของผู้ป่วย เป็นต้น (Molzahn & Northcott, 1989) ดัชนีการศึกษาของเดวิทซ์ และเพนเดิลตัน (Davitz & Pendleton, 1969) เกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลต่อความเจ็บปวดและความต้องการของผู้ป่วย โดยศึกษาในพยาบาล 130 คน ซึ่งมีสัญชาติต่าง ๆ กัน ได้แก่ เกาหลี ไทย เปอร์โตริโก อเมริกันผิวดำ อเมริกันผิวขาว พบว่า การรับรู้ล้วนมีความแตกต่างกันในกลุ่มพยาบาลเหล่านี้ พยาบาลเปอร์โตริโกจะมีการรับรู้สูงที่สุด ในขณะที่พยาบาลอเมริกันผิวดำมีการรับรู้ต่ำที่สุด

17. สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ ชั้นชั้นทางสังคมที่แตกต่างกันทำให้การรับรู้ของบุคคลต่างกันออกไป นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลทำให้เกิดความแตกต่างในระหว่างกลุ่มชนนั้น และยังส่งผลถึงการรับรู้ด้วย (Molzahn & Northcott, 1989)

18. แรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากย่อมรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเลวร้ายน้อยกว่าบุคคลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) การศึกษาของรูเบอร์แมน, เวินแบลทท์, และโกลด์เบิร์ก (Ruberman, Weinblatt, & Goldberg, 1984 cited in Clark, 1996) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเครียดในผู้ป่วยภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะเครียดในชีวิตได้ไม่ตรงกับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากหัวใจหยุดเต้นได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะเครียดได้ดี และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า

19. ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง พยาธิสภาพของโรคจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เส้นประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นตามมา และยังทำให้การรับสัมผัสของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงด้วย ซึ่งอวัยวะเหล่านี้มีความสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคล นอกจากนี้ความเจ็บปวด ความอ่อนล้า และภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อการรับรู้สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ของบุคคล (Craven, 1996)

20. การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคของแพทย์ในแต่ละโรคและระดับความรุนแรงที่ต่างกัน การให้ความสนใจจะมีมากขึ้นตามการวินิจฉัยหรือตามระดับความรุนแรงของโรคนั้น แม้มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพอาการเพียงเล็กน้อย พยาบาลจะรับรู้ได้เร็วเพราะตระหนักและให้ความสนใจมาก่อนแล้ว (Meisel, 1991)

21. การได้รับยา ยาปฏิชีวนะบางตัว เช่น สเตรปโตมัยซิน เจนตามัยซิน มีผลข้างเคียงคือทำลายประสาทสัมผัสการได้ยิน ยานอนหลับทำให้มีการกดประสาทส่วนกลาง ยาบรรเทาปวดมีผลลดความตระหนักและพร่องในการรับรู้สิ่งกระตุ้น จึงทำให้การรับรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน (Craven, 1996)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ของบุคคลมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ มากมาย ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

การศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ทบพวณวระณกรรมได้ มีดังนี้

กาญจนา สิมะจาริก (2538) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหน่วยวิกฤต รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์ในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน พบว่า สถานการณ์หรือกิจกรรมในหน่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่รบกวน ได้แก่ การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับร่างกายผู้ป่วย และการทำหัตถการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การคาท่อช่วยหายใจ การคาหรือถอดสายสวนปัสสาวะ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การดูแลแผล การคาหรือถอดท่อระบายทรวงอก การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ การได้รับเลือด เป็นต้น และรู้ว่าสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อมและเทคนิคการปฏิบัติงานของบุคลากรที่รบกวนผู้ป่วย ได้แก่ เสียงดัง การมองเห็นแพทย์และพยาบาลปฏิบัติการช่วยชีวิตหรือทำหัตถการต่อผู้ป่วยอื่น อุณหภูมิที่ไม่สุขสบาย การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่นุ่มนวล และการที่เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจผู้ป่วย

วิลสัน (Wilson, 1987) ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้แบบสอบถาม Patient Stressor Scale ซึ่งประกอบด้วยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดจากภายนอกตัวบุคคลและภายในตัวบุคคล หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .80 รวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 30 คน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากหน่วยวิกฤตแล้ว พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยที่นำไปสู่การตอบสนองด้านจิตใจที่ผิดปกติ ได้แก่ ความเจ็บปวด การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ การถูกรบกวนการนอนหลับ ความกระหายน้ำ และการใส่สาย หรือท่อต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย

เพนนอก, ครอว์ซฮอว์, มาเฮอร์, ไพรส์, และแคเพลน (Pennock, Crawshaw, Maher, Price, & Kaplan, 1994) ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถาม Stressor Scale ที่ได้จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาของคาร์ และเพาเวอร์ส (Carr & Powers, 1986) และวิลสัน (Wilson, 1987) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery bypass graft) และภายหลังจำหน่ายออกจากหน่วยวิกฤตศัลยกรรมแล้ว 48 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการ

คาต่อช่วยหายใจ และการที่ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดได้ เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

โซห์เรน (Soehren, 1995 cited in Novaes et al., 1997) ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยในหน่วยโรคหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจำนวน 43 คน พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยเรียงตามลำดับมากที่สุด ได้แก่ การคาต่อช่วยหายใจทางจมูกหรือปาก การถูกดึงรั้งด้วยสายหรือท่อต่าง ๆ ความเจ็บปวด การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง และการไม่ได้พบปะกับคู่สมรส

โนเวส และคณะ (Novaes et al., 1997) ศึกษาสถานการณ์ด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตในประเทศบราซิล โดยใช้แบบสอบถาม Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยจำนวน 50 คน ในช่วงสัปดาห์แรกของการเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต พบว่า สถานการณ์ด้านร่างกายที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ความเจ็บปวด การที่ไม่สามารถนอนหลับได้เนื่องจากได้ยินเสียงดังรบกวน และการมีท่อช่วยหายใจในจมูกหรือปาก ส่วนสถานการณ์ด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเจตคติ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของทีมเจ้าหน้าที่

#### สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพ เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ความสำเร็จของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายหลักคือการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing care) โดยให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการจะให้พยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตนี้ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีอิทธิพลอย่างมากต่อเป้าหมายที่จะได้รับ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลรับรู้ปัญหาหรือภาวะเครียดที่ผู้ป่วยกำลังประสบขณะอยู่ในหน่วยวิกฤต เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ (Kinney, Packa, & Dunbar, 1993)

## ความแตกต่างของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม

การรับรู้ของบุคคลมีปัจจัยต่าง ๆ ที่สำคัญเข้ามาเกี่ยวข้องมากมายดังได้กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยและพยาบาลก็เช่นเดียวกัน พยาบาลในหน่วยวิกฤตมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลมีความสำคัญคือทำให้พยาบาลรู้จัก เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะมีการรับรู้ที่ถูกต้อง แม่นยำ ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการให้การพยาบาล ผู้ป่วยคือการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2526) การที่พยาบาลมีการรับรู้ที่ไม่ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย สาเหตุเนื่องจากการไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ส่งผลให้การสื่อสารระหว่าง 2 ฝ่ายไม่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้พยาบาลไม่ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงหรือสอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกับผู้ป่วย (Molzahn & Northcott, 1989)

คาร์ และเพาเวอร์ส (Carr & Powers, 1986) ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล โดยใช้แบบสอบถาม Stressor Scale ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยที่ข้อคำถาม 27 ข้อ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม และข้อคำถามที่เหลือได้จากการเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือด ข้อคำถามทั้งหมดแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ที่บอกถึงระดับของภาวะเครียดในแต่ละสถานการณ์ ทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยและพยาบาลได้เท่ากับ .92 และ .88 ตามลำดับ รวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยจำนวน 30 คน ภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นระยะเวลา 2 วัน และจำหน่ายออกจากหน่วยวิกฤตไปอยู่หอผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก และพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 18 คน พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยเรียงจากมากที่สุด ได้แก่ การได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ความเจ็บปวด ความไม่สบาย ความเจ็บป่วย การผ่าตัด การที่ไม่ได้อยู่บ้าน การที่ต้องขาดงาน และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลเรียงจากมากที่สุด ได้แก่ การได้รับการผ่าตัดหัวใจ ความเจ็บปวด ความไม่สบาย ความก้าวหน้าของการฟื้นคืนสู่สภาพเดิม ความเจ็บป่วยและการผ่าตัด การได้รับคำอธิบายที่ไม่กระจ่างชัด

คอคเรน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) ศึกษาสถานการณ์ด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 20 คน ซึ่งจำหน่ายออกจากหน่วยวิกฤตแล้วเป็นระยะเวลา 1-2 วัน และพยาบาลจำนวน 23 คน โดยใช้แบบสอบถาม ICUESS จำนวน 42 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ที่บอกถึงระดับของภาวะเครียดในแต่ละสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยจะรับรู้สถานการณ์ด้านร่างกาย ก่อให้เกิดภาวะเครียด ในขณะที่พยาบาลจะรับรู้สถานการณ์ด้านจิตใจก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย พยาบาลรับรู้สถานการณ์ในหน่วยวิกฤตก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้มากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้จริง โดยพยาบาลจะรับรู้ถึงความเจ็บปวด การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง การคาท้อช่วยหายใจทางจมูกหรือปาก การถูกดึงรั้งจากการคาท้อช่วยหายใจ เป็นสถานการณ์ที่ก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยมากที่สุดตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการคาท้อช่วยหายใจทางจมูกหรือปาก การถูกเข็มแทง ความเจ็บปวด และการถูกรบกวนการนอนหลับ เป็นสถานการณ์ที่ก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยมากที่สุดตามลำดับ

คอร์นอค (Cornock, 1998) ศึกษาสถานการณ์ที่ก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตในประเทศอังกฤษ โดยใช้แบบสอบถาม ICUESS ซึ่งนำมาจากแบบสอบถามของคอคเรน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) จำนวน 42 ข้อ และได้สร้างข้อคำถามอีก 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 50 ข้อ เป็นแบบสอบถาม Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ที่ระบุถึงระดับของภาวะเครียดในแต่ละสถานการณ์ เช่นเดียวกัน รวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยจำนวน 71 คน ซึ่งจำหน่ายออกจากหน่วยวิกฤตแล้วเป็นระยะเวลา 2 วัน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 71 คน พบว่า สถานการณ์ที่ก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ความกระหายน้ำ การคาท้อช่วยหายใจทางจมูกหรือปาก การที่ไม่สามารถสื่อสารได้ การถูกพันนาการด้วยท่ออย่างหรือสายต่าง ๆ การนอนไม่หลับ การที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ในขณะที่สถานการณ์ที่ก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลเรียงจากมากที่สุดตามลำดับ คือ ความเจ็บปวด การที่ไม่สามารถสื่อสารได้ การที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ความกลัวตาย การคาท้อช่วยหายใจทางจมูกหรือปาก การที่ไม่ได้รับสารอาหารเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

การรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Doscher, 1992) โดยที่ผ่านมาจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ การคาท้อช่วยหายใจ ความเจ็บปวด การถูกรบกวนการนอนหลับ เป็นต้น ล้วนเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ก่ให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยทั้งสิ้น แม้ว่าบางสถานการณ์ผู้ป่วยและพยาบาลจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน

ซึ่งอาจเนื่องจากพยาบาลไม่ได้มีการซักถามถึงความต้องการของผู้ป่วยก่อนให้การปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจึงไม่ได้ตอบสนองให้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น หรือตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Benner & Wrubel, 1989 cited in Lemone & Burke, 1996) ความแตกต่างของการรับรู้นี้มีผลให้การให้ความช่วยเหลือ การแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยไม่บรรลุผล ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของตนเองฝ่ายเดียวโดยไม่ได้ทำความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วยก่อนว่าการรับรู้ของตนเองนั้นตรงกับกรรับรู้ของผู้ป่วยหรือไม่ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2526) การรับรู้ที่ไม่ตรงกันทำให้เกิดผลตามมา ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมเจ้าหน้าที่ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาล และเกิดปัญหาทางจริยธรรม (Molzahn & Northcott, 1989)

#### การประเมินการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

การประเมินการรับรู้จากการศึกษาหลาย ๆ การศึกษา พบว่าผู้วิจัยใช้เครื่องมือประเมินการรับรู้ดังต่อไปนี้

Stressor Scale เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยคาร์ และเพาเวอร์ส (Carr & Powers, 1986) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ที่บอกถึงระดับภาวะเครียดในแต่ละสถานการณ์ ทำการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล

Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale เป็นแบบประเมินที่สร้างโดยคอคแรน และกานอง (Cochran & Ganong, 1989) ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤต ข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ที่ระบุถึงระดับของภาวะเครียดในแต่ละสถานการณ์

Environmental Stressor Questionnaire เป็นแบบประเมินสร้างโดยคอร์นอค (Cornock, 1998) ข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ที่บอกถึงระดับภาวะเครียดในแต่ละสถานการณ์เช่นเดียวกัน โดยศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤต

จะเห็นได้ว่าการประเมินการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยในทุกการศึกษาดังกล่าวเป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับระดับภาวะเครียดที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งสิ้น แต่ในการศึกษานี้มุ่งจะประเมินการรับรู้ว่าใช่หรือไม่ใช่สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย

#### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรมในครั้งนี้ อาศัยกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม กล่าวคือบุคคลที่เข้ารับการรักษาภายในหน่วยวิกฤตมีการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดดังกล่าวคือสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย แล้วจึงแปลความจากข้อมูลที่ได้รับร่วมกับอาศัยการเรียนรู้และประสบการณ์ ทำให้ทราบว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์ที่เผชิญจะก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยวิกฤตได้ ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องแปลสถานการณ์เหล่านั้นว่าคุกคามหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตมีความแตกต่างกันในปัจจุบันพื้นฐานซึ่งมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด เช่นเดียวกับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี ถ้าพยาบาลมีการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย ก็จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม