

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของการเป็นบิดามารดา
2. แนวคิดในเรื่องการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย
3. รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model: IBM)
4. การนำการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยผ่านรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมาประยุกต์ใช้กับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

#### แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของการเป็นบิดา มารดา

ความเครียดของการเป็นบิดามารดาเป็นความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะจากสถานการณ์เฉพาะที่มีผลต่อการแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา ดังนั้นการให้ความหมายความเครียดของการเป็นบิดามารดาจึงยึดหลักในการมองความเครียดต่างๆ ไปให้มีความหมายแคบลงมากับสถานการณ์เฉพาะนั้น สรุปได้ดังนี้

##### ความหมายของความเครียดของการเป็นบิดามารดา

รอดเจอร์ส (Rodgers, 1998) ให้ความหมายของความเครียดตามความหมายความเครียดของ ลาซารัส และเลาเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978) ที่มองว่าความเครียดเกิดจากการประเมินความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ไม่สัมพันธ์กับการทำหลายบทบาทในขณะนั้น ความเครียดของการเป็นบิดามารดาจะเกิดขึ้นเมื่อ บิดามารดาประเมินความต้องการของตนเองว่ามีไม่เพียงพอต่อการทำบทบาทการเป็นบิดามารดา

สเตรแซนด์ และเทอร์ซัค (Streisand & Tercyak, 2004) ให้ความหมายของคำว่าความเครียดของการเป็นบิดามารดาของบุตร (Pediatric Parenting Stress) ว่าเป็นความเครียดที่บิดามารดาต้องเผชิญเมื่อบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นความหมายที่เฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาคุณลักษณะสามประการคือ

1. ภาวะสุขภาพของบุตร ซึ่งในที่นี้หมายถึงบุตรในวัยทารก วัยเด็ก หรือวัยรุ่นก็ได้
2. บทบาท ความรับผิดชอบและภาระของบิดามารดา

### 3. การตอบสนองทางจิต และทางพฤติกรรมเพื่อการปรับตัวกับการเจ็บป่วยของบุตร

อไบดิน (Abidin, 1992 cited in Uzark & Jones, 2003) ให้ความหมายความเครียดของการเป็นบิดามารดาว่า เป็นผลจากการประเมนหลาย ๆ ด้านในบริบทที่เกี่ยวกับระดับของความรู้สึกล่อ ค่อ พันธะหรือภาระหน้าที่ในการกระทำบทบาทของบิดามารดา

ไมลส์ และคณะ (Miles et al., 1993) ให้ความหมายความเครียดของการเป็นบิดามารดาตามการให้ความหมายความเครียดของ เม็กนัสเซน (Magnussen, 1982) ที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และจิตสังคม ว่าหมายถึงปฏิกิริยาของบิดามารดาที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการเป็นบิดามารดา เนื่องจากมีข้อจำกัด และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อบิดามารดาคือการป่วยของบุตรที่มีสิ่งแวดล้อม 2 ด้าน คือด้านกายภาพ เป็นลักษณะของบุตรที่ปรากฏให้เห็น พฤติกรรมการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมภายในหรือผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมทางจิตสังคมคือการไม่สามารถกระทำบทบาทของบิดามารดาได้

จากความหมายของความเครียดของการเป็นบิดามารดาข้างต้น พอสรุปได้ว่าความเครียดของการเป็นมารดา คือ สถานการณ์ที่มารดาเผชิญอยู่และ โดยข้อเท็จจริง ของสถานการณ์ หรือ โดยการประเมินจากมารดาว่าคุกคามต่อการแสดงบทบาทของการเป็นมารดา และรับรู้ว่าเป็นกว่าความสามารถของตนที่จะปรับตัวกับสถานการณ์นั้น โดยพิจารณาสิ่งแวดล้อม 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพและด้านจิตสังคม

#### สาเหตุของความเครียดของการเป็นบิดามารดาโดยทั่วไป

สาเหตุของความเครียดของการเป็นบิดามารดานั้น มีนักวิชาการหลายท่านทำการศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในมารดา พอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับบิดามารดา ส่วนมากเป็นการศึกษาในมารดา เช่น คลิค และอชีวีโด (Cmic & Acevedo, 1995 cited in Mulsow, Caldera, Pursley, & Reifman, 2002) ได้ทำการศึกษาตัวชี้วัดความเครียดของการเป็นมารดา ในระยะที่บุตรอายุ 1 เดือน 6 เดือน 15 เดือน 24 เดือน และ 36 เดือน ตามลำดับ และได้้นำโมเดลตัวแปรหลายตัวแปรที่เป็นพลวัต (Dynamic Multivariate Models) มาทำการศึกษาตัวชี้วัดความเครียดของการเป็นมารดาในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปและในสถานการณ์ที่จำเพาะเจาะจง พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับมารดาที่สามารถชี้วัดความเครียดของการเป็นมารดาได้คือบุคลิกภาพของมารดา โดยพบว่ามารดาที่มีบุคลิกภาพที่ไม่ไวต่อความรู้สึก (Less Neurotic) มีบุคลิกเปิดเผย (More Extroverted) พึงพอใจในการเป็นมารดา บุคลิกภาพที่เป็นคนเข้มแข็ง และมีประสบการณ์ในการเผชิญชีวิตมาก่อนจะมีความเครียดจากการเป็นมารดาน้อย และการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้มารดาสามารถป้องกันการเกิดความเครียดให้น้อยลงได้

(Younger, 1991) แต่หากมารดามีอายุยิ่งมากขึ้น และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ไม่ดี หรือเลวร้าย ในชีวิตมาตลอด ความเครียดก็จะยิ่งมากขึ้น (Ostberg & Hagekull, 2000)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุตร การรับรู้ของมารดาต่ออารมณ์ของบุตรเป็นปัจจัยทำนาย ความเครียดของมารดานั้นคือมารดาที่มีการรับรู้ว่าบุตรอึดอัดมาก หรือ เลี้ยงยาก จะมีความเครียด ของการเป็นมารดาสูง ส่วนเพศของบุตร ไม่มีผลต่อความเครียดของมารดา และพบว่าบิดามารดา จะมีความเครียดจากการเป็นบิดามารดาสูงเมื่อบิดามารดาเชื่อว่าบุตรอึดอัดมากหรือเลี้ยงยากมาก (Hundersmarck, 1991) เช่นกันกับการศึกษาของออสเบิร์ก (Ostberg, 2000) ที่พบว่าหากมารดา รับรู้ต่อบุตรว่ามีความอึดอัดในการเลี้ยงดู มารดาจะมีความเครียดมากขึ้น

3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและ ระบบครอบครัว พบว่าความรู้สึก โกลีซิดรักใคร่กับคู่สมรสเป็นปัจจัยทำนายความเครียดของการเป็นมารดาที่สำคัญ โดยพบว่า หากมารดาารู้สึกว่าตนได้รับความรักเอาใจใส่จากคู่สมรสมากเท่าใดจะมีความเครียดของการเป็น มารดาน้อย นั่นคือ การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นปัจจัยทำนายความเครียดในมารดาได้ เป็นอย่างดี (อุษา สุขาพันธุ์, 2544; Belsky, 1984 cited in Rodgers, 1998; Crnic & Acevedo, 1995 cited in Mulsow, Caldera, Pursley, & Reifman, 2002; McIntire, 1991; McDonald, 1993) นอกจากนี้ สมิท (Smith, 1986) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของการเป็นมารดา กับการได้รับการสนับสนุนจากสามี กับ คุณภาพชีวิตของคู่สมรส และกับสภาพการทำงาน พบว่า ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตสมรสแปรผันตามการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสและแปรผกผัน กับความเครียดของการเป็นมารดาและครูซ (Cruz, 1998) ได้ศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ว่ามีผลกระทบต่อความเครียดของมารดาโดยพบว่าระดับของความขัดแย้งในครอบครัวและระดับ ของความมีอำนาจในการตัดสินใจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของการเป็นมารดาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สเตรแซนด์ คาแซค และเทอซีค (Streisand, Kazak, & Tercyak, 2003) ที่ได้ทำการศึกษาความเครียดของการเป็นบิดามารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งกับการทำหน้าที่ ในครอบครัว ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของการเป็นบิดามารดา จะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับ การทำหน้าที่ในครอบครัวที่ไม่ดี และ การทะเลาะวิวาทจากการเลี้ยงดู บุตร จำนวนของบุตรที่มากขึ้นก็มีผลให้ความเครียดของการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น โดยจำนวนบุตรที่ มากกว่าสองคนขึ้นไปเป็นปัจจัยทำนายความเครียดในมารดาได้ (Shank, 1992) และมีการศึกษา ความเครียดของการเป็นมารดาของมารดาครรภ์แรกที่ไม่มีสามี กับมารดาครรภ์แรกที่มีสามี พบว่า มารดาที่ไม่มีสามีมีความเครียดจากการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาที่มีสามี (Copeland & Harbaugh, 2005)

4. สถานภาพในการทำงานของมารดา มีผลต่อความเครียดของการเป็นมารดา (Belsky, 1984 cited in Rodgers, 1998) เช่น การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของมารดาที่ทำงานกับมารดาที่เป็นแม่บ้าน โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของการปรับตัวในการทำงาน กับตัวแปรอื่น ๆ ร่วมด้วย คือภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียดของการเป็นมารดา ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ามารดาที่ทำงานมีข้อได้เปรียบมารดาที่ไม่ได้ทำงานเล็กน้อยในด้านการปรับตัวด้านจิตใจ (McCarten, 2003) มารดาที่ต้องกลับไปทำงานหลังคลอด 3 เดือน ต้องเผชิญกับความเครียดจากการเป็นมารดาและความเครียดจากการทำงานที่เพิ่มขึ้น (Herts, 2002) และความเครียดของการเป็นมารดายังเกี่ยวข้องกับ ตารางการทำงานที่ไม่มีความยืดหยุ่นและ ภาระหน้าที่ที่มาก จะทำให้เพิ่มความเครียดให้มารดา (Kim, 2003)

5. เครือข่ายทางสังคม หากมารดามีเครือข่ายทางสังคมที่ดีจะช่วยลดความเครียดของมารดาได้ (Belsky, 1984 cited in Rodgers, 1998) ตรงกันข้ามหาก มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะทำให้ความเครียดของการเป็นมารดามาก (Ostberg, 2000) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั่ว ๆ ไปเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญอย่างหนึ่ง หากมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอกับความต้องการ มารดาจะมีความเครียดจากการเป็นมารดาน้อยและมีทัศนคติและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรที่ดีด้วย (Cmic et al., 1983)

6. การไม่ได้กระทำบทบาทการเป็นบิดามารดา หรือมีข้อจำกัดในการกระทำบทบาท ซึ่งขัดแย้งกับความรู้สึกที่ต้องการกระทำบทบาทนี้ หรือการกระทำบทบาทบิดามารดาได้จำกัด เนื่องจากขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือ ภาวะซึมเศร้า (Abidin, 1995 cited in Combs-Orme, Cain, & Wilson, 2003)

7. มีปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร อันเกิดจากการรับรู้ว่าบุตรไม่เป็นไปดังที่บิดามารดาคาดหวัง และไม่พึงพอใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Abidin, 1995 cited in Combs-Orme, Cain, & Wilson, 2003)

#### **สาเหตุของความเครียดของการเป็นบิดามารดาของบุตรที่ป่วย**

การเจ็บป่วยของบุตรเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บิดามารดาส่วนใหญ่มีความเครียดสูง ซึ่งมีสาเหตุจากหลายประการดังนี้ (Abidin, 1990, 1995 cited in Uzark & Jones, 2003)

1. การไม่สามารถกระทำบทบาทบิดามารดาได้ตามปกติ
2. พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรที่แสดงให้เห็น
3. สิ่งแวดล้อมด้านแสงและเสียงในหอผู้ป่วย
4. กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับบุตร
5. การสื่อสารกับผู้ดูแลสุขภาพในหอผู้ป่วย

6. พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์
7. สภาพของบุตรที่ปรากฏให้เห็น (Miles & Brunssen, 2003)
8. ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาที่มีผลโดยตรงต่อการกระทำบทบาทการเป็นบิดา

มารดา

9. การที่บุตรไม่เป็นดังที่บิดามารดาคาดหวัง เช่น คิดว่าบุตรดูเหมือนจะมีการเรียนรู้ช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน

10. ลักษณะบุคลิกภาพพื้นฐานของบุตรที่เป็นเด็กเลี้ยงง่ายหรือยาก เช่น บิดามารดาบอกว่าบุตรของตนเรียกร้องต้องการการดูแลจากบิดามารดามากกว่าเด็กทั่วไป

**สาเหตุของความเครียดของการเป็นมารดาใน มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต**

สาเหตุของความเครียดของการเป็นบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศของบิดามารดา บิดามารดามีความเครียดจากการที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตต่างกัน (Pinelli, 2000) โดยความเครียดของบิดามีปัจจัยเร่งเร้าให้เกิดความเครียดจากปัจจัยภายนอกโรงพยาบาล เช่น การปรับสมดุลระหว่างการทำงานกับการทำหน้าที่ในครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ ในขณะที่มารดามีความเครียดเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บป่วยสุขภาพบุตรและ ความรับผิดชอบต่อบุตรมากกว่าบิดา (Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003; Pohlman, 2005; Sobel, 1992; Winslow, 2004) บิดาต้องการการปรับตัวมากกว่ามารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวในครอบครัวที่ไม่ดีด้วยและมารดามีการเผชิญปัญหามากกว่าบิดา (Pinelli, 2000) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยน้อยเรื่องที่มีผลการวิจัยว่าไม่พบความแตกต่างระหว่างความเครียดของการเป็นบิดามารดาที่มีบุตรป่วย (Schiller, 2003)

2. การทำหน้าที่ในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่ที่ดีในครอบครัวมีส่วนสัมพันธ์กับการปรับตัวกับบทบาทบิดามารดาที่ดีด้วย (Pinelli, 2000)

3. สถานะทาง เศรษฐกิจสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่แม้จะทำให้เกิดความเครียดได้น้อยกว่าปัจจัยอื่น (Pinelli, 2000) แต่ยังพบว่าทำให้เกิดความเครียดในการเป็นบิดามารดาได้โดยเฉพาะความเครียดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ปราชญ์วดี ขมานันตกุล, 2538)

4. การรับรู้ต่อระดับความรุนแรง หรือความพิการของบุตร พบว่ามารดาที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตและมีโอกาสเสียชีวิตสูง จะมีความเครียดสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมและลักษณะของทารกที่ปรากฏให้เห็น (Beal, 1993; Miles, Wilson, & Docherty, 1999; Miles, Burchinal, Holditch-Davis, Brunssen, & Wilson, 2002) การมองเห็นสภาพทารกที่มีอาการ

วิกฤต ร่วมกับมีที่ต่าง ๆ หรือสายนํ้าเกลือมากมายที่อยู่ในตัวบุตร ห้อมล้อมด้วยเครื่องมือช่วยชีวิต (Holditch-Davis & Miles, 2000) และการศึกษาของ โทมัส, เรนอด และดีเพาล์ (Thomas, Renaud, & Depaul, 2004) ที่พบว่ามารดาจะมีความตึงเครียดอย่างมากโดยเฉพาะกับลักษณะของทารกที่ปรากฏกับอายุครรภ์ทารกที่น้อยมาก ขณะคลอด และการที่ทารกมีอายุครรภ์เมื่อแรกเกิดน้อยเท่าใดก็จะยิ่งทำให้มารดาที่มีความเครียดมากขึ้นเท่านั้น รวมถึงการรับรู้ของมารดาต่อความรุนแรงของภาวะสุขภาพของบุตรหากมารดารับรู้ถึงความรุนแรงต่อสุขภาพบุตรมากมารดาก็จะมีความเครียดมาก (Miles et al., 1999; Shields-Poë & Pinelli, 1997; Wereszczak et al., 1997) และดูเค็ค-ไชรเบอ (Dudek-Shriber, 2004) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ความเครียดในการเป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต แล้วพบว่าในด้านการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของบุตรนั้น ปัจจัยที่ทำนายความเครียดของการเป็นบิดามารดา คือ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา การเจ็บป่วยที่รุนแรง และการได้รับการวินิจฉัยว่าบุตรป่วยเป็นโรคหัวใจ นั่นคือหากทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเป็นเวลานาน หรือ การที่บุตรบุตรเจ็บป่วยรุนแรง หรือการได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหัวใจจะทำให้บิดามารดาที่มีความเครียดสูงมาก

5. การให้ความหมายเหตุการณ์ เช่นการให้ความหมายของมารดาที่คลอดบุตรป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตส่วนใหญ่ถือว่าเหตุการณ์นี้เป็นความเครียดทางอารมณ์อย่างมาก โดยมารดาได้บอกถึงความรู้สึกเสียใจผิดหวัง รู้สึกเหมือนบุตรเป็นคนแปลกหน้า ไม่รู้สึกคุ้นเคย รู้สึกขุ่นเคืองใจ และมีความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตรอดของบุตรและภาวะสุขภาพในระยะยาว (Perderson et al., 1987 cited in Walker, 1992) หรือการให้ความหมายของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจแต่กำเนิดว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง ก่อให้เกิดความเครียดสูงสำหรับบิดามารดา แม้เปรียบเทียบระหว่างความเครียดของบิดามารดาที่ทารกเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดรุนแรง กับชนิดไม่รุนแรงพบว่ามีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน (Mörelus, Lundh, & Nelson, 2002) ซึ่งอาจบอกเป็นนัยได้ว่าบิดามารดาให้ความหมายของการเป็นโรคหัวใจว่าเป็นโรคที่อันตรายรุนแรง หรือคุกคามต่อชีวิตของบุตร

6. วิธีการที่บิดามารดาใช้ในการเผชิญปัญหา ซึ่งพบว่าหากบิดามารดามีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-Focused Coping) หรือแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotion-Focused Coping) ทั้งสองวิธีนี้จะช่วยลดความเครียดของบิดามารดาได้ อย่างมีนัยสำคัญ แต่การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Cobiella, Mabe, & Forehand, 1990) และมีการศึกษาการเผชิญความเครียดของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดและทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่า

มารดาใช้การเผชิญปัญหาทั้งสองด้าน แต่ใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์ (ปราชญาวดี ยมานันตกุล, 2539)

7. แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บิดามารดาที่มีบุตรป่วยและต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต นั้นเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความเครียดของการเป็นมารดาได้มาก ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีประโยชน์กับมารดา เช่นมารดาได้รับประโยชน์จากการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมากที่สุด รองลงมาคือจากพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต และแพทย์ตามลำดับ (Miles et al., 1996) และการที่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากเพียงพอจะช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้นด้วย (สุนทรีย ธิญ โญมิตร, 2539; Crnic et al., 1983; Singer et al., 1996; Younger, Kendell, & Pickler, 1997)

8. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของการเป็นบิดามารดาที่ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาได้ตามปกติ ไมล์และคณะ (Miles et al., 1993) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ต่อความเครียดของการเป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตโดยพิจารณาสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดของการเป็นบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาทของการเป็นบิดามารดาที่ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของการเป็นบิดามารดาได้ตามปกติเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาเกิดความเครียดสูงสุด ในขณะที่บริบทของสังคมไทยที่ทำการศึกษาค้นคว้าทำให้ความเครียดของการเป็นบิดามารดาของมารดาที่มีบุตรป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตของ ปราชญาวดี ยมานันตกุล (2539) พบว่าปัจจัยด้านการแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในอันดับรองจาก อาการ หรือพฤติกรรมและลักษณะของทารกที่ปรากฏให้เห็น แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้ยังเป็นปัจจัยอันดับต้น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อมารดา และพบว่าสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดอย่างมากและบ่อยที่สุด คือเหตุการณ์ที่บุตรต้องแยกจากมารดาหลังการคลอดเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Askin, 1993; Holditch-Davis & Miles, 2000; Miles et al., 1999; Wereszczak et al., 1997)

9. สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เช่นเสียงของ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลรักษาทารกและการมองเห็นทารกจำนวนมากที่ป่วย (Holditch-Davis & Miles, 2000; Miles et al., 1999; Wereszczak et al., 1997)

10. สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม  
ด้านนี้ พบว่าเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาได้น้อยที่สุด (Miles, Funk, & Kasper,  
1991; Miles et al., 1989 cited in Wereszczak et al., 1997; Miles et al., 1992)

สำหรับสาเหตุของความเครียดของการเป็นบิดามารดาในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา  
ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่ผู้วิจัยนำมาพิจารณาในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพร่างกายและพฤติกรรมของทารกที่สังเกตเห็นได้ เช่น การมองเห็น  
สภาพทารกที่มีอาการวิกฤต ร่วมกับมีท่อต่าง ๆ หรือสายน้ำเกลือมากมายที่อยู่ในตัวบุตร ห้อมล้อม  
ด้วยเครื่องมือช่วยชีวิต

2. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของการเป็นมารดาที่ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของ  
การเป็นมารดาได้ตามปกติ

3. สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เช่น เสียงของเครื่องมือ  
หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลรักษาทารก และการมองเห็นทารกจำนวนมากที่ป่วย

4. สัมพันธภาพระหว่างมารดา กับบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย

#### การประเมินความเครียดของการเป็นบิดามารดา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดามารดาที่มีการใช้เครื่องมือวัด  
หลายแบบวัด เพื่อการประเมินความเครียดของการเป็นบิดามาราดังนี้

1. Parenting Stress Index (Abidin, 1995 cited in Combs-Orme, Cain, & Wilson, 2003)  
ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 3 องค์ประกอบคือ ความเครียดของการเป็นบิดามารดาที่เกี่ยวข้องกับ  
ความเครียดในบทบาทของการเป็นบิดามารดา การรับรู้ว่าบุตรเลี้ยงยาก และสัมพันธภาพที่ไม่ดี  
ระหว่างบิดามารดาและบุตรอันเนื่องมาจากการรับรู้ของบิดามารดาต่อบุตรไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง  
ซึ่งมีมาตรฐานการใช้กับบุตรที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 12 ปี และมีเนื้อหาของแบบสอบถามที่ผู้ตอบ  
จะต้องให้การดูแล ใกล้ชิดและต้องมีปฏิกิริยาตอบสนองของบุตรต่อบิดามารดา

การแปลผล ได้จากการรวมคะแนนทั้งหมด ตีความหมายจากการแปลคะแนนดิบเป็น  
คะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ คะแนนที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 15 หมายถึงไม่มีความเครียดของการเป็น  
บิดามารดา คะแนนช่วง 15-80 เปอร์เซ็นต์ไทล์ หมายถึงมีความเครียดของการเป็นบิดามารดา  
คะแนนที่สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80 แสดงว่ามีความเครียดในการเป็นบิดามารดาสูงมากต้องส่ง  
พบแพทย์ (Abidin, 1995 อ้างถึงใน นกัศวรณ แก้วหลวง, 2545)

2. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) (Miles et al.,  
1993) เป็นเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของการเป็นบิดามารดาที่มีบุตร  
เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ใช้ประเมินความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ต่อ

สิ่งที่เราให้เกิดความเครียดจาก สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และด้านจิตสังคม ภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตโดยสะท้อนให้เห็นสิ่งที่เราให้เกิดความเครียดใน 4 องค์ประกอบ คือ

- 2.1 พฤติกรรมและลักษณะที่ปรากฏให้เห็นของตัวทารก
- 2.2 การเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นบิดามารดาที่ถูกจำกัด
- 2.3 ความรู้สึกแปลกกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต
- 2.4 สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา กับบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย

รวมข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อคำถาม โดยคำถามที่ถามเพื่อให้บิดามารดาได้ตอบถึงระดับความเครียดต่อสถานการณ์ทั้ง 4 ด้านนั้น โดยประเมินคะแนนจาก 1 หมายถึงเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียดเลย จนถึง 5 หมายถึงก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากที่สุด การแปลค่าหากคะแนนสูงหมายถึงมีความเครียดค่อนข้างมาก การใช้แบบสอบถามนี้มีการใช้ วัด 3 ลักษณะ ดังนี้

- มาตรฐานวัดแบบที่ 1 เป็นการวัดระดับความเครียดของการเป็นบิดามารดาต่อปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ซึ่งจะมีการให้คะแนนเฉพาะบิดามารดาที่มีประสบการณ์กับสถานการณ์นั้นเท่านั้น ในสถานการณ์ที่ไม่พบ จะหมายความว่าข้อที่หายไปไม่นำมาคำนวณเป็นตัวหาร และจะมีการคำนวณคะแนนเฉลี่ยในแต่ละปัจจัย และคะแนนรวมทุกข้อคำถามซึ่งจะทำให้ทราบว่าบิดามารดาที่มีความเครียดต่อปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมากน้อยเท่าใด

- มาตรฐานวัดแบบที่ 2 เป็นการวัดระดับความเครียดของการเป็นบิดามารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตโดยภาพรวม โดยบิดามารดาที่ไม่มีประสบการณ์ต่อข้อคำถามนั้น หรือไม่เครียดกับประสบการณ์นั้นจะให้คะแนนข้อคำถามนั้น เป็น 1 การคำนวณจะคำนวณคะแนนเฉลี่ยของแต่ละปัจจัย และคะแนนรวมทั้งหมดโดยตัวหารคือข้อคำถามทั้งหมด ทำให้ทราบระดับความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตโดยรวม

- มาตรฐานวัดแบบที่ 3 จะเป็นแบบวัดความถี่ของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตที่ก่อให้เกิดความเครียดของการเป็นบิดามารดาโดยจะเป็นแบบสอบถามให้ตอบ ว่าเป็นความเครียดหรือไม่เป็นความเครียด ทำให้ทราบว่าปัจจัยใดที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดจากการเป็นบิดามารดาของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

สำหรับการศึกษานี้ใช้มาตรฐานวัดแบบที่ 2

3. Parental Stressor Scale: Infant Hospitalization (PSS: IH) เป็นแบบสอบถามเพื่อให้บิดามารดาตอบด้วยตนเอง (Self-Report) ซึ่งไมล์ และบรูเนสเซน (Miles & Brunessen, 2003) ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความเครียด Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit โดยมีองค์ประกอบและเกณฑ์ในการประเมินเหมือนกันกับ PSS:NICU แต่แตกต่างกันใน

รายละเอียดของแต่ละข้อย่อย และใช้ในการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยให้เกิดความเครียด ในการเป็นบิดามารดา ที่มีบุตรป่วยในโรงพยาบาล ในหอผู้ป่วยทั่วไป

4. Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit (PSS: PICU) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของการเป็นบิดามารดาจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมที่ คาร์เทอร์ และไมล์ส (Carter & Miles, 1984) สร้างขึ้น โดยมีองค์ประกอบและเกณฑ์ในการประเมินเหมือนกันกับ PSS: NICU แต่แตกต่างกันรายละเอียดของแต่ละข้อย่อย ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม 79 ข้อ ใน 7 หัวข้อย่อย ดังนี้

- 4.1 ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นบิดามารดา
- 4.2 ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร
- 4.3 ด้านสิ่งแวดล้อมที่มองเห็น และสิ่งแวดล้อมด้านเสียง
- 4.4 ด้านกิจกรรมที่กระทำกับบุตรเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- 4.5 ด้านการสื่อสารของบุคลากรในหอผู้ป่วย
- 4.6 ด้านพฤติกรรมของบุคลากรในหอผู้ป่วย
- 4.7 ด้านลักษณะของบุตรที่ปรากฏให้เห็น

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) ของไมล์ส และคณะ (Miles et al., 1993) เนื่องจากเป็นการประเมินความเครียดจากการไม่ได้กระทำบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับการประเมินความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งตรงตามบริบทของการศึกษาในครั้งนี้

#### การลดความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย

จากการศึกษาเอกสารบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าการลดความเครียด หรือการลดผลกระทบจากความเครียดของการเป็นมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยที่เห็นผลชัดเจนคือ การที่มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคม (กำไลย ศรีวิชา, 2547; นกัศวรณ แก้วหลวง, 2545; ภิญญมิตร, 2539; เขวาลักษณ์ สีลาวรรณ, 2544; รักชนก เจริญสุข, 2546; สุนทรี ภิญญมิตร, 2539; Crnic et al., 1983; Holdsworth, 1998; McKim, 1999; Miles et al., 1996; Younger et al., 1997; Benjamin, 1994; Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983; McCurdy, 2005; Singer et al., 1996; Smith, 1986) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น อันประกอบด้วย การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการยกย่องยอมรับ หรือการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ (นกัศวรณ แก้วหลวง, 2545)

โดยอาจแบ่งตามกลุ่มบุคคลที่เข้ามาให้การสนับสนุนได้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ บุคคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวโดยเฉพาะสามี และกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคาลกรทางการแพทย์ เช่น จากพยาบาล ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบโปรแกรม เป็นรายกลุ่ม หรือเป็นรายบุคคล เช่นการศึกษาของ นภัสวรรณ แก้วหลวง (2545) ที่ทำการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร และความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่ากลุ่มที่มารดาได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีระดับคะแนนความเครียดของการเป็นมารดาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การให้การพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ซึ่งช่วยให้มารดาพึงพอใจกับการพยาบาลที่ให้กับบุตร และช่วยปรับภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Riper, 2001) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโดยการยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ในอเมริกา ซึ่งมีประโยชน์คือช่วยให้ครอบครัวจัดการกับความเครียด ความหวาดกลัวได้เป็นอย่างดี (Malusky, 2005) การพยาบาลโดยส่งเสริมให้มารดาใช้การสัมผัสเนื้อต่อเนื้อ (Kangaroo Care) เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลบุตรและ สร้างความผูกพันระหว่างบุตรกับมารดา (Eichel, 2001; Ramsey, 2001) การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่ช่วยลดความเครียดให้กับมารดา ซึ่งกมลเนตร ไข่มุนานู (2546) ได้ทำการศึกษามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยในกลุ่มทดลองมารดาจะได้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการรักษากับทีมสุขภาพมีส่วนช่วยในการลดความเครียดของบิดามารดาเช่นกัน (Ward, 2005) การนำโปรแกรมการนวดให้บุตรช่วยให้มารดาสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดาและบุตร และช่วยกระตุ้นพัฒนาการและการเจริญเติบโต รวมถึงลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด (Field et al., 2004; Feijó et al., 2006)

2. การได้รับการสนับสนุนจากสามี เช่น การศึกษาของ สุนทรี ภิญโญมิตร (2539) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย จำนวน 100 คน ในส่วนของการสนับสนุนจากคู่สมรสพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วย ซึ่งสรุปได้ว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับมารดาหลังคลอด และจะมีผลต่อระดับของความเครียดในมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ ไมล์ส์, คาร์ลสัน และฟังก์ (Miles, Carlson, & Funk, 1996) ที่ทำการศึกษาแหล่งสนับสนุนในการเผชิญความเครียดของบิดา

มารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในส่วนของมารดาพบว่า แหล่งสนับสนุนที่มารดาเห็นว่ามีความสำคัญที่สุดในการเผชิญเหตุการณ์ที่ตึงเครียดนั้นคือ การได้รับการสนับสนุนจากสามี รองลงมาคือ จากพยาบาล แพทย์ และบิดามารดาของตนเองตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการสนับสนุนจากสามีและผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามี หรือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสามีภรรยา เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเครียดของการเป็นมารดาได้มาก (McDonald, 1993; McIntire, 1991; Smith, 1986; Singer et al., 1996; Shank, 1992) จึงสรุปได้ว่าการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเครียดของมารดาได้อย่างชัดเจน

3. การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ เช่น การใช้กลุ่มสนับสนุน บิดามารดาที่เคยมีประสบการณ์ในการมี บุตรป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตและสามารถผ่านพ้นมาได้ด้วยดี ช่วยเหลือให้คำปรึกษา หรือให้กำลังใจ (Parents to Parents Support) ซึ่งจะช่วยให้บิดามารดาเผชิญความเครียด หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการมีบุตรป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล หรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน การลดความเครียดในระยะก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล สร้างความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวกับการทำหน้าที่ในครอบครัวได้ดีขึ้น (Puntillo & Waters, 1996)

เห็นได้ชัดว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คืออย่างหนึ่งของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดมารดามากที่สุด และแนวคิดในเรื่องการพรรณานี้เป็นแนวคิดหนึ่งที่จะเป็นเครื่องมือช่วยให้พยาบาลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดา และช่วยให้พยาบาล และมารดาได้เข้าใจตนเองและ เข้าใจซึ่งกันและกัน ได้ดียิ่งขึ้น ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

### แนวคิดในเรื่องการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย

แนวคิดในเรื่องการพรรณนา เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการมองผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พรรณนาถึงความเจ็บป่วย เป็นวิถีทางหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาล ได้ให้การพยาบาลที่เข้าถึงคำว่า การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างแท้จริง (Kleinman, 1988; Krikpatrick, Ford, & Castleloe, 1997 cited in Nilmanat, 2004) ดังนั้นการที่จะนำเข้าสู่เนื้อหาของการประยุกต์การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้การพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยผ่านรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการพรรณนาที่ท้าทายในชีวิต จึงขอกกล่าวถึงความหมาย ประเภทและประโยชน์ของการพรรณนาต่อไป

### ความหมายของ การพรรณนา

ได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการพรรณนาไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

เรสแมน (Riessman, 1993 cited in Nilmanat, 2004) ให้นิยามการพรรณนาว่าเป็นรูปแบบของการสื่อสาร และ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการเปิดเผยความจริงทางสังคมผ่านเรื่องราวของบุคคลแต่ละคน

ไฮเดน (Hyden, 1995 cited in Nilmanat, 2004) ให้ความหมายการพรรณนาว่าเป็นวิถีทางในการแสดงออกถึงพันธะสัญญาทางหลักศีลธรรมของชีวิตบุคคลแต่ละคน หรือเป็นวิถีทางที่แสดงให้เห็นถึงขอบเขตของชีวิตที่สอดคล้องกับมาตรฐานที่บุคคลตั้งไว้

ฟริด, โอชเล็น และเบอร์กบอม (Frid, Ohlen, & Bergbom, 2000) นิยามการพรรณนาว่าเป็นการเขียนหรือการพูดแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล

เวเซว (Vezeau, 1994 cited in Nilmanat, 2004) นิยามการพรรณนาว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการสอบถามในเชิงรุกว่าเรื่องราวเริ่มต้นที่ไหน และค้นหามุมมองใหม่ในสถานการณ์เดิม และการพรรณนามีอำนาจที่จะสามารถทำให้บุคคลสำรวจผลกระทบและความหมายของประสบการณ์ในชีวิตได้อย่างเต็มที่

วิลท์เชียร์ (Wiltshire, 1995 cited in Nilmanat, 2004) กล่าวว่า การพรรณนาเป็นมากกว่าเรื่องราวทั่ว ๆ ไป ที่ไม่มีแบบแผน แต่การพรรณนามีรูปแบบ มีความซับซ้อนและมีโครงสร้างที่มีการสะท้อนกลับ

จึงสรุปได้ว่าการพรรณนาเป็นการเล่าเรื่องราวผ่านการพูด การเขียนเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ที่มีการสอบถามในเชิงรุกให้ผู้เล่าได้เล่าเรื่องราวเริ่มต้น ที่ไหน ค้นหาความหมายและมุมมองใหม่ในสถานการณ์เดิม และมีการสะท้อนกลับด้านความคิดและพฤติกรรม

### ความหมายของการพรรณนาถึงความเจ็บป่วย

ไคลน์แมน (Kleinman, 1988) ให้ความหมายของการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องราวที่ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย นำมาบอกเล่าเพื่อให้เกิดความเชื่อมต่อกับเหตุการณ์ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญและ ความทุกข์ทรมาน ที่กินระยะเวลายาวนาน

แฟรงค์ (Frank, 1997) ได้กล่าวถึงการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยว่าเป็นการใช้ร่างกายในมิติของการสื่อสารเพื่อบอกเล่าเรื่องราวซึ่งผลของเรื่องราวจะส่งผลสะท้อนต่อตนเองและผู้อื่น

ฮอลโลเวย์ และวีลเลอร์ (Holloway & Wheeler, 2002 cited in Nilmanat, 2004) มองการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยเป็นการแสดงออกถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และเจ็บปวดของบุคคล

นิยามที่ผู้วิจัยนำมาใช้บอกลักษณะของการพรรณนาในการศึกษาครั้งนี้ คือการพรรณนาถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เป็นรูปแบบการสื่อสาร ที่มีเค้าโครงเรื่องราว มีแบบแผนที่แสดงให้เห็นความจริงในเรื่องราวของบุคคลนั้น ๆ โดยมีการเริ่มต้นเรื่องราว ช่วยให้มารดาได้สำรวจผลกระทบของเรื่องราว หาความหมาย และค้นหาความเชื่อและมุมมองที่เป็นประโยชน์ ขจัดและปรับเปลี่ยนมุมมองหรือความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่ได้เผชิญนั้นด้วยตัวเอง

### ประเภทของการพรรณนาถึงความเจ็บป่วย

มีผู้แบ่งประเภทของการพรรณนาไว้หลายประเภท ดังนี้

เบอรี่ (Bury, 2001 cited in Nilmanat, 2004) แบ่งการพรรณนาออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การพรรณนาที่ไม่มีความชัดเจนแน่นอน (Contingent Narrative) กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับต้นเหตุของโรคสาเหตุของอาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นครั้ง ๆ และผลกระทบต่อชีวิตประจำวันจากการเจ็บป่วยในขณะนั้น
2. การพรรณนาด้านศีลธรรม (Moral Narrative) ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ความเจ็บป่วย และลักษณะของสังคม
3. การพรรณนาที่เข้าถึงแก่นแท้ (Core Narrative) เป็นการกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของคนธรรมดา ๆ กับการให้ความหมายเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและความเจ็บป่วย

ไฮเด็น (Hyden, 1995 cited in Nilmanat, 2004) แบ่งการพรรณนาเป็น 3 ลักษณะ ที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้พรรณนา ความเจ็บป่วย และการพรรณนา ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยที่เป็นการพรรณนา (Illness as Narrative) ความเจ็บป่วยสามารถอธิบาย และ แสดงออกผ่านการพรรณนา การพรรณนามีบทบาทหลักที่ทำให้เห็นว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และเข้าไปมีผลกระทบต่อชีวิตของบุคคล
2. การพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย (Narrative about Illness) เป็นการกล่าวถึงพื้นฐาน ความรู้และข้อคิดเห็นประสบการณ์การเจ็บป่วย
3. การพรรณนาที่เป็นการเจ็บป่วย (Narrative as Illness) เป็นการพรรณนาถึงเรื่องราวในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้

แฟรงค์ (Frank, 1997) แบ่งประเภทของการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. การพรรณนาแบบการฟื้นคืน (Restitution Narrative) เป็นการพรรณนาถึงเหตุการณ์เจ็บป่วย หรือทุกข์ทรมานต่อลำดับเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน อนาคต กล่าวถึงเมื่อวานมีสุขภาพดี วันนี้กำลังเจ็บป่วย และพรุ่งนี้จะกลับมามีสุขภาพดีเหมือนเดิมซึ่งประกอบด้วย การทดสอบตนเอง

การแปลความหมาย การรักษา และผลลัพธ์ที่น่าจะเป็นไปได้ สมรรถภาพของแพทย์ และ ทางเลือกในการรักษา การพรรณนาแบบนี้มีข้อจำกัด คือ

- 1.1 การพรรณนาวิธีนี้ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจนแต่จะเป็นการทำลายแนวทางในการยอมรับความตายจากความเจ็บป่วย
- 1.2 การหายจากโรคจะเป็นการแสวงหาการรักษาในเชิงพาณิชย์ ที่บางคนสามารถจ่ายค่ารักษาได้บางคนไม่สามารถจ่ายได้
- 1.3 การเผชิญกับความตายจะไม่สามารถเล่าเรื่องราวผ่านวิธีการพรรณนาแบบนี้ได้ ผู้ที่มีบทบาทเด่นในการพรรณนาประเภทนี้คือแพทย์

2. การพรรณนาแบบยุ่งเหยิงวุ่นวาย (Chaos Narrative) มีลักษณะตรงกันข้ามกับการพรรณนาแบบการฟื้นคืนมีความสับสนวุ่นวาย ขาดความต่อเนื่องหรือสัมพันธ์กันของเนื้อหา ส่วนประกอบของเนื้อหา เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา และทำให้เกิดความบาดหมางต่อผู้ดูแลสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และเผยให้เห็นความอ่อนแอ เรื่องที่ไม่เป็นประโยชน์ และการไร้กำลัง อำนาจ แม้จะเป็นการพรรณนาที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจต่อผู้ฟัง แต่กลับมีความสำคัญอย่างมาก เพราะเป็นการบอกกล่าวถึงความทุกข์ทรมานความวิตกกังวล บอกถึงการมองปัญหาไปในทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นหนทางในการเข้าไปหาทางใหม่ในการมองโลกในมุมมองที่ดีกว่า ส่วนข้อจำกัดของการพรรณนาวิธีนี้คือ การไม่มีความหวังในชีวิตไม่มีหนทางใดที่จะทำให้มีชีวิตอยู่ได้

3. การพรรณนาแบบค้นหา (Quest Narrative) เป็นการพรรณนาแบบเผชิญหน้ากับความทุกข์ ยอมรับความทุกข์ทรมาน และพร้อมที่จะค้นหาวิถีทางที่เหมาะสมให้กับตนเอง เป็นการพรรณนาจากตัวของผู้ที่เผชิญความทุกข์ทรมานเอง โดยการให้ความหมายของความทุกข์ทรมานนั้น มีการปรับเปลี่ยนความคิดและหาทางเลือกให้กับตนเอง โดยมีการพรรณนาทั้งสองแบบแรกเป็นข้อมูลประกอบ ในขณะที่การพรรณนาแบบนี้เป็นเรื่องราวที่ควรนำมาใช้เพื่อหาหนทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

จากการแบ่งประเภทของการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยรูปแบบการพรรณนาที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้คือ แนวคิดในการแบ่งการพรรณนาแบบค้นหา ของเฟรรงค์ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการนำการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยมาประยุกต์ใช้เพื่อลดความเครียดมากที่สุดเพราะเป็นการเผชิญปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยการปรับเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองในการมองปัญหา

### การนำการพรรณนาถึงเรื่องราวในชีวิตของไบบาร์สกี และเบลล์ มาใช้บำบัดความเครียด (Life Narrative Interviewing)

การใช้การพรรณนาเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยใช้ในการลดความเครียดให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาคตามกระบวนการทางการแพทย์ที่ค่อนข้างคุกคามต่อความปลอดภัยของชีวิต เช่น การให้เคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันรุนแรง เป็นการเชื้อเชิญให้ผู้ป่วย ได้เล่าเรื่องราวในชีวิตเพื่อช่วยในการสร้างพลังอำนาจในตัวเองให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วย เล่าเรื่องราวตามลำดับเวลาในแต่ละช่วงของชีวิตที่ให้ความสำคัญกับด้านคิงของเหตุการณ์เหล่านั้น โดยผู้สัมภาษณ์มีจุดประสงค์หลักเพื่อช่วยผู้ป่วยสร้างสรรค์ประสบการณ์ที่ดีในชีวิตให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยมีจุดเน้นอยู่ที่ตัวผู้ป่วยเพียงคนเดียว เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เป็นส่วนตวาระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วย (Rybarczyk & Bellg, 1997) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### คุณสมบัติของผู้สัมภาษณ์ (Rybarczyk & Bellg, 1997)

1. การสัมภาษณ์โดยการ ใช้การพรรณนาเกี่ยวกับผู้ป่วย เหมาะสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักสันตนาการบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ หรือ อาสาสมัคร ที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยและมีเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการอบรมเป็นผู้ให้คำปรึกษาเฉพาะทางใด ๆ
2. เป็นนักฟังที่ดี ไม่ยึดติดกับการรักษาความสมดุลระหว่างการพูดและการฟัง นั่นคือผู้สัมภาษณ์จะตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าตามลำดับเหตุการณ์และผู้ที่มิบทบาทในการใช้เวลาในการสนทนามากที่สุดคือผู้ป่วย ผู้ที่จะทำการสัมภาษณ์ หรือพยาบาลจะเป็นผู้รับฟัง และช่วยในการกำหนดทิศทางในการเล่าเรื่องราวผ่านรูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่ง โครงสร้าง (Semistructured Format) โดยลักษณะของนักฟังที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นนักฟังที่มีความตื่นตัว พร้อมทั้งจะกระตุ้นหรือ ชักนำผู้ป่วยให้เล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด (Active Listening) ซึ่งจะต้องมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้เล่า หรือเข้าใจความรู้สึกของผู้เล่า ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือความรู้สึกที่แสดงออกอย่างจริงใจต่อผู้เล่า และการสื่อสารดังรายละเอียดต่อไปนี้
3. การแสดงออกอย่างจริงใจของผู้สัมภาษณ์ต่อผู้ป่วย ผู้สัมภาษณ์ต้องคิดครอบคลุมไปถึงการสมมุติว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ หรือเป็นตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้สัมภาษณ์เกิดความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง
4. การสื่อสารเป็นการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจที่ค่อนข้างยากลำบากแม้จะเป็นผู้สัมภาษณ์ที่มีความชำนาญก็ตาม เนื่องจากจะต้องเป็นการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจอย่างแท้จริงของผู้สัมภาษณ์ และควรเป็นการสื่อสารที่ไม่ใช่ภาษาพูด (Nonverbal

Expression) เช่นการพยักหน้ายอมรับหรือเพื่อแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า การหัวเราะที่เป็นธรรมชาติจากการมีอารมณ์ขันร่วมกับเรื่องที่ผู้ป่วยบอกเล่าถึงเรื่องที่ชวนให้ขบขัน แต่บางสถานการณ์อาจจำเป็นต้องใช้ภาษาพูด แต่ต้องให้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเล่า

#### ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการให้การสัมภาษณ์ (Rybarczyk & Bellg, 1997)

การใช้การพรรณนาเกี่ยวกับชีวิตในการลดความเครียดสามารถให้การสัมภาษณ์เพียง 1 ครั้ง หรือหลายครั้งก็ได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความเหมาะสมของแต่ละกรณี แต่การสัมภาษณ์หลายครั้งจะมีประสิทธิภาพต่อการลดความเครียดได้ดีกว่าการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียวซึ่งเสนอเป็นแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. การสัมภาษณ์โดยใช้การพรรณนาเกี่ยวกับชีวิตเพียง 1 ครั้ง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับกระบวนการในการบำบัดรักษาทางกายภาพที่ได้ถูกกำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยระยะเวลา ที่สัมภาษณ์ประมาณ 45- 60 นาที เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมเนื่องจากไม่เร่งรีบ หรือเนิ่นนานเกินไป

2. การสัมภาษณ์โดยใช้การพรรณนาเกี่ยวกับชีวิต หลายครั้ง โดยจำนวนครั้งที่แนะนำในการสัมภาษณ์ คือตั้งแต่ 3- 6 ครั้ง ซึ่งพบว่าการสัมภาษณ์หลายครั้งจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว และเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เผชิญกับความเครียดจากกระบวนการในการรักษาที่กินระยะเวลานาน เช่น การเข้ารับการรักษาดูแลโดยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง

#### รูปแบบการสัมภาษณ์มี 2 รูปแบบดังนี้ (Rybarczyk & Bellg, 1997)

1. การสัมภาษณ์ประสบการณ์ในชีวิต (life experience interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีจุดประสงค์เพื่อดึงเอาประสบการณ์ที่ดีในช่วงเวลาดังแต่ในวัยเด็กในด้านดี ขึ้นมาให้ความชัดเจนในความรู้สึกของผู้เล่า เช่น กิจกรรมที่ทำในวัยเด็ก ธรรมเนียมปฏิบัติในครอบครัว การผจญภัยในวัยรุ่น และการมีนัดกับเพศตรงข้ามในช่วงวัยรุ่น โดยไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้เล่ารู้สึกถึงความทรงจำ หรือรายละเอียดที่ความสำเร็จจากเหตุการณ์เหล่านั้น

2. การสัมภาษณ์ถึงสิ่งที่ท้าทายในชีวิต (Life Challenges Interview) มีรูปแบบการสัมภาษณ์เหมือนการสัมภาษณ์ประสบการณ์ชีวิต แต่แตกต่างกันที่ การสัมภาษณ์ถึงสิ่งที่ท้าทายในชีวิตมีวัตถุประสงค์เพื่อนำความสำคัญของความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่ยุ่งยากในชีวิต หรือความสำเร็จในการฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิต การประสบความสำเร็จในชีวิตให้ความโดดเด่นเน้นย้ำถึงจุดดี หรือจุดเด่นของตนเอง หรือแหล่งสนับสนุนที่ใช้ในการเผชิญความเครียดจนประสบความสำเร็จ ลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ ทัศนคติ และรำลึกถึงความสำเร็จของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการใช้สติปัญญาในการไตร่ตรองถึงการนำความสำเร็จในอดีตมาสร้าง

ความเข้มแข็งในการเผชิญความเครียดในปัจจุบัน (Cognitive Level) ผู้สัมภาษณ์จะต้องชี้นำทิศทางในการสนทนา ให้ผู้เล่าเล่าเรื่องที่เกี่ยวกับความสำเร็จในชีวิต เช่น การประสบความสำเร็จในการเรียน การได้ทำงานครั้งแรก เป็นต้น

ขั้นตอนของการสัมภาษณ์ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Rybarczyk & Bellg, 1997)

1. ขั้นเริ่มต้นการสัมภาษณ์ ควรสร้างความรู้สึกคุ้นเคย ความรู้สึกไว้วางใจ รู้สึกผ่อนคลายทั้งฝ่ายผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์โดยเริ่มต้นการสนทนาด้วยเรื่องเบา ๆ เช่น สภาพแวดล้อมที่ดีในหอผู้ป่วย และควรหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงสภาพความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเพื่อไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกตึงเครียดมากขึ้น จากนั้นผู้สัมภาษณ์อธิบายถึงจุดประสงค์ของการสัมภาษณ์ และจะทำอย่างไรให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์
2. ขั้นตอนกลางของการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์มีหน้าที่หลัก 2 หน้าที่คือ การตั้งคำถามและการช่วยผู้ถูกสัมภาษณ์ให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์โดย ปฏิบัติตามกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 9 ขั้นตอนซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป
3. ขั้นของการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะต้องตรวจเช็คระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาให้ตรงตามที่ได้แจ้งไว้แต่แรก เนื่องจากหากผู้ถูกสัมภาษณ์รู้สึกมีความพึงพอใจกับการบอกเล่าอาจจะเห็นว่าเวลาที่ใช้ผ่านไปอย่างรวดเร็ว อาจต้องแจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าเหลือเวลาในการสัมภาษณ์อีกเท่าใด และสรุปผลของการสัมภาษณ์โดยเน้นในเรื่องที่เป็นด้านดีที่เด่นชัดของผู้ถูกสัมภาษณ์

กระบวนการในการสัมภาษณ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 9 ขั้นตอน ดังนี้ (Rybarczyk & Bellg, 1997)

1. ผู้สัมภาษณ์จะต้องไม่ยึดติดกับความสมดุลระหว่างคำถาม และคำตอบ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวมากกว่าการสนทนาโต้ตอบระหว่างผู้สัมภาษณ์ กับผู้ป่วย สร้างเค้าโครงของคำถามคร่าว ๆ เพื่อกำหนดทิศทางของการสนทนา และให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวเชื่อมโยงจากหัวข้อหนึ่งไปยังหัวข้อหนึ่ง อย่างอิสระ
2. สร้างเรื่องเล่าให้มีชีวิตชีวา ไม่ยึดติดว่าการเล่าเรื่องราวที่ทำให้ได้ข้อมูลเท่านั้น
3. คึงเอาความรู้สึกที่ดีในอดีตออกมาให้ได้
4. รักษาความเป็นส่วนตัว ข้อมูลที่ได้ควรเป็นความลับ
5. เล่าเรื่องราวตามลำดับเวลา เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการลำดับเหตุการณ์ เช่นควรเริ่มตั้งแต่ชีวิตในวัยเด็ก เป็นต้น
6. เพิ่มความสำคัญของเหตุการณ์ที่ค้นพบว่ามีที่น่าสนใจในทุกๆ ช่วงของช่วงชีวิต

7. ทำให้เรื่องเล่านั้นมีชีวิตชีวาอยู่เสมอทุกครั้งที่เล่าซ้ำ ๆ จะยิ่งทำให้ทั้งผู้เล่าและผู้ฟังเกิดความรู้สึกตื่นตัว เหมือนการสร้างเรื่องราวใหม่ ๆ จากเค้าโครงเรื่องเดิม ที่น่าตื่นเต้น และแปลกใหม่ ในแต่ละครั้งที่เล่าถึงเรื่องนั้น

8. การทำให้เรื่องเล่ามีความหมายลึกซึ้งกว่าเดิม ผ่านการสะท้อนความคิดของผู้เล่า อาจเริ่มต้นโดยการให้แสดงความรู้สึกถึงความหมายของแต่ละระยะของช่วงชีวิต

9. การเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับคำถามที่เมื่อผู้เล่ารู้สึกว่าการเรื่องราวมากพอจนไม่รู้จะเล่าอะไรต่อ ผู้สัมภาษณ์ไม่ควรก้มลงอ่านบทสัมภาษณ์ที่เตรียมมาว่าขาดข้อมูลอะไรบ้าง แต่ควรตั้งประสบการณ์เด่น ๆ ที่ผ่านมาแล้วแล้ว สรุปเพื่อเตือนความทรงจำอีกครั้ง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้การพรรณนาเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย ประเภทการสัมภาษณ์ถึงสิ่งที่ท้าทายในชีวิต (Life Challenges Interview) เพื่อเน้นความสำคัญของความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่ยากในชีวิต หรือความสำเร็จในการฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิต การประสบความสำเร็จในชีวิตให้มีความโดดเด่น ลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ ภาคภูมิใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้มารดาได้ใช้ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาที่ดี ในชีวิตกลับมาใช้กับการเผชิญความเครียดในปัจจุบัน

#### การนำการพรรณนามาประยุกต์ใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การนำการพรรณนามาประยุกต์ใช้หลายด้านซึ่งรวบรวมมาพอสังเขปได้ดังนี้

1. การใช้การพรรณนาเพื่อปรับปรุงวิธีการเรียนการสอน หรือ การทำงาน เช่น เวสเซลและกาโรน (Wessel & Garon, 2005) ใช้การพรรณนาในการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อลดความเจ็บปวด หรือการนำการพรรณนามาใช้เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการปรับตัวเข้ากับอาชีพ (Wessels, 2000) รวมทั้งสามารถเพิ่มความเข้าใจและพึงพอใจของนักศึกษาที่เรียนกฎหมาย (Colesante, 1997) ใช้ในการช่วยแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งภายในองค์กร โดยการพรรณนาในรูปเรื่องสั้นที่มีประเด็นของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในองค์กร และการ แก้ไขปัญหา เป็นส่วนประกอบภายในเรื่อง (Skjorshammer, 2002)

2. การใช้การพรรณนาในการปรับปรุงงานบริการทางการแพทย์ เช่น โพนวอลล์ (Pownall, 2004) ศึกษาการนำการพรรณนาของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก มาใช้ร่วมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อศึกษาผลสะท้อนจากการพรรณนาของผู้ป่วยต่อลักษณะการให้การพยาบาล และต่อการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลพบว่า การใช้การพรรณนาได้ช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเพิ่มขึ้นและควรนำการพรรณนามาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินทางการพยาบาล และช่วยให้เห็นภาพการให้การพยาบาลของพยาบาลในสายตาของผู้ป่วยมีความชัดเจนขึ้น และเฮลิเกอร์ (Heliker, 1999) ได้ศึกษาการนำการพรรณนามาใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผน

การให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งของแพทย์และพยาบาลพบว่าคุณภาพของการให้บริการเพิ่มขึ้นการนำ การพรรณนามาใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการในการ แก้ปัญหา กำจัดอุปสรรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจไปในทางที่ดีได้ (Yoshimura, 2004) ใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การให้เกียรติ และความเป็น ธรรมในสังคมแก่ผู้ป่วย (Abma & Widdershoven, 2005) และการใช้การพรรณนาในการทำ ความเข้าใจการพรรณนาของบุคคลที่เจ็บป่วยซึ่งพยาบาลสามารถนำมาประกอบในการปฏิบัติงาน (Gaydos, 2005)

3. การนำการพรรณนามาใช้ในการจัดการกับภาวะอารมณ์ความตึงเครียด ที่เกิดขึ้นใน ชีวิต เช่น เมคนับ และคณะ (Macnab et al., 1998) ได้ศึกษาการใช้การเขียนพรรณนาซึ่งถือเป็นการ สนับสนุนทางสังคมของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยเพื่อลดความเครียด พบว่าร้อยละ 73 ของมารดาารู้สึกว่า วิธีการเขียนพรรณนาช่วยลดความเครียดได้ การเขียนพรรณนานอกจากจะช่วยลดความเครียดแล้ว ยังช่วยบรรเทาความ โศกเศร้า และความโกรธอีกด้วย (McGihon, 1996) การใช้การพรรณนาลด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Sharman, 1997) การใช้การพรรณนาเพื่อลดความเครียดและเพื่อป้องกัน การเกิดความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความเครียดที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย (Petersen, BuH, Propst, Dettinger, & Detwiler, 2005) การให้ญาติใกล้ชิด เช่น สามีได้พรรณนา (Relational- Narrative) ถึงความรู้สึก โศกเศร้า โศกเศร้า และสิ้นหวังต่อการที่จะต้องสูญเสียคนที่รัก และด้วยคุณลักษณะที่ดี ของแนวคิดการพรรณนาจะเป็นแรงจูงใจให้ญาติสามารถคิด หรือมองชีวิตในแนวทางใหม่ที่ทำให้ แสวงหา ชีวิตที่ดีได้ (Abma, 2005) ไรอัน-โรส (Ryan-Rose, 2000) ศึกษาการใช้การพรรณนา เพื่อจัดการกับความเจ็บปวดในเด็กพบว่าการใช้การพรรณนาช่วยให้เด็ก สามารถแสดงออกได้ถึง ความวิตกกังวลได้อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติของอาการในเด็ก เทอเนอร์ (Turner, 2005) ได้นำเสนอการใช้การพรรณนามาใช้ลดอาการปวด ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่อง มาจากการประทุมนานาชาติเรื่อง การใช้การพรรณนากับการรักษาอาการปวดทางการแพทย์ ที่จัดขึ้นที่เมืองเบลลาจิโอ ประเทศอิตาลี ในปี ค.ศ. 2003 ซึ่งเป็นการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการศึกษา อาการปวดและการจัดการกับอาการปวด ไรบาร์สกี และเบลล์ (Rybarczyk & Bellg, 1997) ได้นำเสนอวิธีการในการลดความเครียด ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพในลักษณะที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ในขณะที่ก่อนที่จะเข้ารับการตรวจรักษา หรือ เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งทางการแพทย์ โดยผ่านการเล่าเรื่องราว ย้อนเหตุการณ์ที่ เกี่ยวกับช่วงเวลาแต่ละช่วงในชีวิตตั้งแต่ในวัยเด็ก (Life Narrative Interview) ซึ่งผ่านการศึกษาวิจัย มานับสิบปี และนำผลการศึกษามาสรุปนำเสนอเป็นแนวทางสู่การปฏิบัติผ่านการสัมภาษณ์

ซึ่งคุณสมบัติของผู้สัมภาษณ์จะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี มีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างคือการร่างคำถามปลายเปิด และกำหนดทิศทางคร่าว ๆ ในการเล่าเรื่องเล่า หรือชักนำผู้เล่าให้กลับมาสู่ประเด็น ไม่ออกนอกประเด็น ในขณะที่เดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้เล่าได้เล่าเรื่องราวเชื่อมโยงกันระหว่างเรื่องหนึ่งไปยังอีกเรื่องหนึ่งได้อย่างอิสระและรักษาสมดุลระหว่างการสัมภาษณ์และการรับฟัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสรรค์เรื่องราวที่ดีที่เกิดขึ้นในชีวิตให้ประสบการณ์ที่ดีนี้เสริมสร้างความเข้มแข็ง และความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับความเครียดได้

4. ใช้ในครอบครัวบำบัดซึ่งการพรรณนา ช่วยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มองหาแหล่งประโยชน์ และข้อดีของครอบครัว (Maxsom, 2001) การใช้การพรรณนาในการทำครอบครัวบำบัดที่บุคคลในครอบครัวเคยมีประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่ได้รับความรักใคร่ผูกพันจากคนในครอบครัว ซึ่งผลจากการใช้การพรรณนาใช้บำบัดทำให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น และสามารถที่จะรับการดูแลเอาใจใส่ หรือได้รับความรักและความรู้สึกปลอดภัยจากครอบครัวปัจจุบันได้ (May, 2005)

5. ใช้ในการให้การศึกษากับการเตรียมตัวตาย การนำการพรรณนามาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการเตรียมตัวตายซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึก มีอำนาจในตนเองเพื่อให้สามารถเผชิญหน้ากับการรับรู้เรื่องความตายได้อย่างเหมาะสม (Strauch, 1994) หรือช่วยในการประคับประคองผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตและครอบครัวให้สามารถจัดการกับความตายได้อย่างสงบ (Noble & Jones, 2005) หรือช่วยในการลดความทุกข์ทรมานจากความตาย (Smith, 2001)

6. ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด และฟื้นฟูสภาพจิตใจในผู้ที่ได้รับการทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ หรือช่วยพัฒนาพัฒนาการ ในเด็กและวัยรุ่น เช่น ช่วยบำบัดวัยรุ่น หรือเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ช่วยให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับปัญหา ความบอบช้ำทางจิตใจได้ (Fortunato, 2005; Menezes, 2003; Yusishen, 1998) หรือช่วยในการพัฒนาตนเองของเด็กและวัยรุ่น โดยทำให้เด็กและวัยรุ่นสามารถสร้างเรื่องราวในด้านบวก ซึ่งมีอิทธิพลต่อการสร้างบุคลิกภาพเฉพาะตัวของแต่ละคน (DeSocio, 2005) และใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ความสามารถในการคิดด้วยตนเองและสร้างเรื่องราวใหม่ ๆ ที่ดีให้ชีวิตแทนเรื่องราวที่เลวร้ายในชีวิตในผู้หญิงที่เคยถูกทารุณกรรม (Draucker, 1998) ใช้ในการคัดกรองกรณีของเหยื่อที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ (Hyden & Overlien, 2005)

#### ประโยชน์ของการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยในวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่จะต้องผสมผสานความรู้ในด้านทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์สมัยใหม่ การดูแลรักษา กับการเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและการที่จะเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงได้นั้นหลักในการให้พยาบาลจะต้องยึดหลักของการให้พยาบาลแบบองค์รวมคือ ให้พยาบาลทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ

จิตวิญญาณ ซึ่งวิธีการที่จะให้การพยาบาลเหล่านี้เข้าถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้นั้น การพรรณนาสามารถช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงจุดมุ่งหมายนั้นได้ (Nilmanat, 2004) เนื่องจากการนำการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยซึ่งจากความหมายที่ ไคลน์แมน (Kleinman, 1988) ได้ให้ไว้ว่าการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยเป็นเรื่องราวที่ผู้ป่วย และบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยซึ่งหมายถึงครอบครัว นำมาบอกเล่าเพื่อให้เกิดความเชื่อมต่อกับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญและความทุกข์ทรมาน ที่กินระยะเวลายาวนาน โดยไคลน์แมน กล่าวว่า การพรรณนาถึงความเจ็บป่วยนี้จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยและผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างได้อย่างแท้จริง โดยบุคลากรทางการแพทย์จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมและบริบทของแต่ละบุคคลด้วย ไม่มีวิธีการใดที่จะตอบสนองความต้องการ หรือประเมินความทุกข์ทรมานจากผลกระทบที่ได้รับจากความเจ็บป่วยได้ดีเท่าการพรรณนา และการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ค้นหามุมมองใหม่ ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Frank, 1997)

นอกจากนี้การนำการประยุกต์ใช้การพรรณนาเพื่อลดความเครียดสามารถกระทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วย มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ลดความเครียด โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางใด ๆ เพียงแต่มีความตั้งใจเสียสละเวลาเพื่อจะพูดคุยกับผู้ป่วย นอกเหนือจากการดูแลรักษาตามปกติ (Rybarczyk & Bellg, 1997)

ดังนั้นหากพยาบาลตระหนักถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อบุคคลซึ่งรวมถึงการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ที่เป็นหัวใจของการพยาบาล การพรรณนาสามารถช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงหลักสำคัญทางการพยาบาล และสามารถเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแน่นอน

### รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model: IBM)

รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นรูปแบบของการบำบัดทางการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงที่ได้รับการพัฒนาโดยศาสตราจารย์ด้านการพยาบาลครอบครัว 3 ท่าน คือ ไรท์, วัดสัน และเบลล์ ในปี 1996 (Wright et al., 1996) มีพื้นฐานจากทฤษฎีการสื่อสาร (Communication Theory) ทฤษฎีระบบ (System Theory) ทฤษฎีชีววิทยาการเรียนรู้ (Biology of Cognitive) ทฤษฎีการสะท้อนกลับ (Cybernetic Theory) แนวคิดเรื่องเล่าความเจ็บป่วย (Illness Narrative Concept) ทฤษฎีครอบครัวบำบัด (Family Therapy Theory) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) แนวคิดหลักของรูปแบบการพยาบาลนี้เป็นแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมิน และ

การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของแคลกรี่ (CFAM, CFIM) ที่ได้รับการพัฒนาจากการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในรูปของหน่วยพยาบาลครอบครัวของแคลกรี่ (Family Nursing Unit: FNU) ซึ่งได้รับการก่อตั้งมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 ณ มหาวิทยาลัย แคลกรี่ เมืองแคลกรี่ รัฐอัลเบอร์ตา ประเทศแคนาดา โดยรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลนี้ใช้ประโยชน์เพื่อช่วยบุคลากรทางการแพทย์ ให้สามารถให้บริการครอบครัวที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต หรือ ครอบครัวที่มีปัญหาด้านจิตสังคม ได้อย่างมีแนวทางที่ชัดเจน โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อว่าเป็นปัจจัยกำหนดทิศทางการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคลหรือครอบครัว ซึ่งบุคลากรทาง การแพทย์เหล่านี้จะต้องได้รับการอบรมพิเศษเพิ่มเติม หรือศึกษาเพิ่มเติมในระดับบัณฑิตศึกษาขึ้นไป

รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของ ความเชื่อ ครอบครัว และการเจ็บป่วย โดยมีปัจจัยหลักคือความเชื่อ รูปแบบการพยาบาลครอบครัวนี้ยึดแนวคิดในการมองความเชื่อ ตามโครงสร้างทาง ชีวภาพ และจิตวิญญาณ (Biology and Spiritual Lens) ที่ให้ความสำคัญกับชีวิตที่เกิดขึ้น และการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ที่เกิดขึ้นกับ โครงสร้างและหน้าที่ทางกายจิตสังคมและจิตวิญญาณที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Biopsychosocial-Spiritual Structures) โดยการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระดับเซลล์ไปจนถึงระดับของจิตวิญญาณ (Not Just Cells But Also Souls) และให้ความสำคัญกับมุมมองด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ เป็นคุณค่าทางใจ สิ่งที่อยู่ภายในจิตใจทั้งหมด สิ่งหล่อหลอมจิตวิญญาณของคนคือ ขนบธรรมเนียมทางศาสนา ความคิด และการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือเป็นจริง และการจะเข้าใจในความเชื่อจะต้องเข้าใจในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน บริบทของสังคม และบริบทของวัฒนธรรม

### การให้ความหมายของความเชื่อ

ในรูปแบบการพยาบาลนี้ให้ความหมายของความเชื่อตามมุมมองทางกายภาพและจิตวิญญาณ ดังนี้

ความเชื่อ เป็นความจริงที่บุคคลตัดสินใจแท้จริงโดยขึ้นอยู่กับ โครงสร้างและหน้าที่ทางกายจิตสังคมและจิตวิญญาณของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่เราใช้อธิบายความเป็นจริงตามความเชื่อของเราที่หล่อหลอมมาจาก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ระหว่าง สังคม และวัฒนธรรมที่เราอาศัยอยู่

ความเชื่อในตัวบุคคลแต่ละคนมีหลากหลายความเชื่อ แต่จะมีความเชื่อที่เป็นหลักในการควบคุมและมีผลต่อการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึก หรือด้านกายภาพเป็นความเชื่อสำคัญที่เป็นพื้นฐานในการใช้ชีวิต เรียกว่าเป็นความเชื่อหลัก (Core Belief) และความเชื่อหลักยังมีอิทธิพลต่อระบบครอบครัว และการทำหน้าที่ในครอบครัว และสำคัญอย่างที่สุดต่อการตอบสนอง

ของครอบครัวต่อการเผชิญการเจ็บป่วย หรือการเผชิญปัญหา ความเชื่อหลักแตกต่างจาก การรับรู้ หรือความคิด ที่เปลี่ยนเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ที่สังเกตเห็นได้ เช่น ลูกสาวเห็นว่าพ่อป่วยหนัก โดยการสังเกตและรับรู้ว่ามีผิวของพ่อซีดและหายใจช้า ๆ หรือความคิดต่อสถานการณ์นั้นว่า พ่อของฉันต้องการความช่วยเหลือ ในขณะที่ความเชื่อหลักเป็นสิ่งที่มั่นคงอย่างมากต่อความเชื่อที่เป็นความจริงนั้นและมีผลต่อการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึก หรือด้านร่างกาย เช่น ในสถานการณ์นี้ความเชื่อหลักของลูกสาวคือ เป็นความรับผิดชอบของฉันในฐานะลูกสาวที่ต้องดูแลพ่อที่ป่วย ลูกสาวอาจลาออกจากงานมาเพื่อดูแลพ่อที่ป่วย เป็นต้น (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549)

สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญคือพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้พยาบาลและครอบครัวได้เข้าใจตนเอง เข้าใจซึ่งกันและกัน และเข้าใจในปัญหาที่ครอบครัวกำลังเผชิญอยู่ได้ถูกต้อง และตรงกัน (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549)

#### ความเชื่อหลักที่ใช้ในการพิจารณาในการใช้รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความเชื่อที่นำมาใช้พิจารณาในรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสามารถแบ่งเป็นความเชื่อหลักได้เป็นสองด้านคือความเชื่อที่เป็นผลดี หรือเป็นประโยชน์ต่อการเผชิญปัญหา และความเชื่อที่เป็นผลเสียต่อการเผชิญปัญหาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเชื่อที่เป็นผลเสีย หรือขัดขวาง โอกาส หรือลดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (Constraining Beliefs) ตัวอย่างเช่น จิม เฮนสัน ผู้สร้างภาพยนตร์ เป็นมหาเศรษฐีที่ร่ำรวย และถ่อมตัว เขาเสียชีวิตจากการติดเชื้อที่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เขามีความเชื่อที่ว่าเขาไม่ชอบที่จะรบกวนใคร เขาเชื่อว่าการเป็นคนดีจะต้องไม่รบกวนใครในขณะที่เจ็บป่วย ความเชื่อนี้ขัดขวางไม่ให้เขาค้นหา หรือปกป้องเขาไม่ให้ขอความช่วยเหลือใครเพื่อป้องกันชีวิตของตนเองไว้

2. ความเชื่อที่เป็นผลดี หรือเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา (Facilitative Beliefs) เป็นความเชื่อที่ช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

จากความเชื่อหลักที่บุคคลมีไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านเสีย บุคคลจะยอมรับข้อมูลที่เข้าไปในแนวทางเดียวกับความเชื่อหลัก และเพิกเฉยต่อข้อมูลที่ตรงข้ามกับความเชื่อ และความเชื่อหลักเป็นเหมือนสันดอนในจิตใจที่ทุกครั้งเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือไม่แน่นอน ความเชื่อหลักก็จะบิบบบาทในการตอบสนองกับสถานการณ์นั้น โดยเฉพาะเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยสิ่งที่จะตามมาคือความรู้สึกไม่แน่นอน และความเครียดซึ่งจะทำให้เห็นความเชื่อหลักที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับความเชื่อทั้งสองด้านนี้ โดยปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางโอกาสในการแก้ไข ปัญหา และส่งเสริมความเชื่อที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา

## ความเชื่อที่ควรทำความเข้าใจเพื่อประโยชน์ในการบำบัดทางการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ความเชื่อที่ควรทำความเข้าใจมี ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Wright et al., 1996)

1. ความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัว (Beliefs about Families) ความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัวของทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากความเชื่อนี้จะเป็นเครื่องตัดสินว่าครอบครัวใดเป็นครอบครัวที่ดีมี การทำหน้าที่ที่ดี หรือเป็นครอบครัวที่มีข้อบกพร่องในการทำหน้าที่ ซึ่งจะมีผลต่อการให้บริการของทีมสุขภาพต่อครอบครัวที่เผชิญกับการเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับครอบครัวที่เป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การให้นิยามความหมายของครอบครัว การยอมรับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ในครอบครัวที่ต่างมี โครงสร้างด้านกายจิตสังคมและจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน (Individuals are Structurally Determined) การหาจุดแข็งของครอบครัว ทุกครอบครัวมีจุดแข็ง หรือด้านดี ที่ครอบครัวมักไม่พึงพอใจ หรือ ลืมตระหนักถึง (All Families have Strengths, Often Unappreciated or Unrealized) การเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางกายจิตสังคมและจิตวิญญาณของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Beliefs about Illness) ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสำคัญมากต่อการเลือกวิถีทางในการเผชิญความเจ็บป่วย เนื่องจาก เมื่อบุคคลเชื่อเช่นไรเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้นก็จะมีผลให้บุคคลตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามความเชื่อนั้น และความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของบุคคล ก็จะทำให้บุคคลตอบสนองหรือ เผชิญกับความเจ็บป่วยแตกต่างกัน แม้จะป่วยด้วยโรคเดียวกันก็ตาม ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า บุคคลจะเผชิญกับความเจ็บป่วยตามความเชื่อที่มีมาก่อนการเจ็บป่วย ร่วมกับความเชื่อที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ในขณะที่เผชิญความเจ็บป่วยนั้น ๆ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ

2.1 การวินิจฉัยการเจ็บป่วยซึ่งอาจวินิจฉัยโดย บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือตัวผู้ป่วยเอง

2.2 ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว และผลของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ช้า หรือ เร็ว และมีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อ อาการ ความรุนแรงของโรค ต่อ การยอมรับการรักษา และความพึงพอใจในผลของการรักษา ครอบครัว

2.3 การพรรณนาถึงความเจ็บป่วยจะเป็นการเล่าเรื่องราวของความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานที่จำเป็นต้องได้รับการบอกเล่า ถึงเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย หรือ การพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย (Illness Narrative) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากต่อกระบวนการในการเผชิญความเจ็บป่วยในครอบครัว เนื่องจากการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยได้เผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน เป็นปฏิสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลในครอบครัวและสังคม ที่ทั้งการเจ็บป่วยและครอบครัวต่างมีผลกระทบต่อกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้ให้ความหมายความทุกข์ทรมานของตนเอง และทีมสุขภาพสามารถช่วยให้การแปลความหมายความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปในทางที่เป็นประโยชน์กับการเผชิญปัญหา และหัวใจสำคัญของรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลนี้คือการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคกับการเผชิญปัญหา และส่งเสริมความเชื่อที่เป็นประโยชน์สำหรับการเผชิญปัญหา ซึ่งการที่จะทำให้ทั้งทีมสุขภาพและครอบครัวทราบได้ถึงความเชื่อเหล่านั้น กุญแจดอกสำคัญที่จะไขไปสู่ความเชื่อเหล่านั้นคือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พรรณนาถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยนั่นเอง นอกจากนี้จุดประสงค์หลักของการนำการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วยมาใช้ในปฏิบัติการพยาบาลนี้ก็เพื่อลด หรือบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก ที่อาศัยการแบ่งปันประสบการณ์ความรู้สึกทุกข์ทรมานแก่ผู้อื่นเนื่องจาก การพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วยนอกจากจะเป็นการบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความทุกข์แล้วยังรวมเรื่องราวในด้านดี เช่น ความเข้มแข็งของครอบครัว ความผูกพัน ความอ่อนโยนและความรู้สึกทางจิตวิญญาณ เป็นต้น

2.4 การเพิ่มทางเลือกในการจัดการกับความเจ็บป่วยเป็นการเพิ่มหนทางของการเยียวยา เป็นการที่ทีมสุขภาพเสนอทางเลือกในการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลนี้อ้างอิงถึงวัฒนธรรมทางตะวันตกที่เชื่อว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะต้องสามารถควบคุมจัดการกับการเจ็บป่วยให้ได้จึงจะเป็นสิ่งที่ถูกต้อง การควบคุมจัดการกับการเจ็บป่วยไม่ได้ถือเป็นเรื่องไม่ดีเลย การควบคุมในที่นี้หมายถึงการควบคุมภายในตัวเอง และการควบคุมภายนอก การมีความเชื่อเช่นนี้จะเป็นการจำกัดทางเลือกในการเผชิญการเจ็บป่วย ดังนั้นการเสนอทางเลือกของทีมสุขภาพคือการ ไม่กีดควบคุมจัดการการเจ็บป่วยแต่เป็นการคิดว่าจะอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยอย่าง เป็นสุขตามสภาพที่เป็นจริงในขณะนั้นได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นการเปิดทางเลือกในการจัดการกับปัญหาให้มีทางเลือกหลายทางขึ้น

2.5 ความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากการรบกวนพลวัตรของพื้นฐานด้านอารมณ์ แมททูรานา (Maturana, 1998) กล่าวว่าอารมณ์พื้นฐาน สุขภาพ และการเยียวยามนุษย์คือความรัก และการเยียวยาเกิดขึ้นในบริบทของความรัก ความรักเป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะเปิดรับคนอื่น หรือยอมรับความคิดเห็นของคนอื่นในชีวิต (Maturana & Varela, 1992 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2549) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการเอื้อให้เกิดความรักคือ การส่งเสริมบริบทให้เกิดความรักในครอบครัว และการให้การพยาบาลด้วยพื้นฐานของความรักในเพื่อนมนุษย์เป็นสำคัญ

3. ความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการบำบัด (Beliefs about Therapeutic)  
มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อเราทราบความเชื่อหลักที่ทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และใช้ความเชื่อนี้ในการแยกแยะความแตกต่าง และความชัดเจนของปัญหา ทำให้ทราบความเชื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญปัญหาและความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา

3.2 การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติการพยาบาลที่เสนอให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสอดคล้องกับโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นในการเสนอกิจกรรมการพยาบาลแก่ครอบครัว พยาบาลผู้ดูแลจะต้องคำนึงถึงโครงสร้างด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ โดยไม่ควรกล่าวตำหนิเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวไม่ปฏิบัติตาม หรือเมื่อกิจกรรมไม่เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

3.3 การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้นได้ แต่ทิศทางและขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงไม่สามารถทำนายได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับความเชื่อหลักและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแล และผู้ป่วยและครอบครัว

3.4 การเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีการแยกแยะความแตกต่างและการให้ความหมายในการดูแลครอบครัว พยาบาลต้องแยกความแตกต่างและให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เมื่อประเมิน หรืออธิบายได้ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงตามเกณฑ์ที่คาดหวังก็ควรให้ความหมาย และบอกความแตกต่างได้

#### 4. ความเชื่อเกี่ยวกับผู้ดูแลสุขภาพ (Beliefs about Clinicians) ประกอบด้วยความเชื่อดังนี้

4.1 ผู้ดูแลสุขภาพไม่ใช่ผู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว หรือไม่ใช่ผู้กำหนดการเปลี่ยนแปลง ในครอบครัว แต่เป็นผู้สร้างบริบทเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการแก้ปัญหาของครอบครัวที่สอดคล้องกับโครงสร้างด้าน ร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ

4.2 ผู้ดูแลสุขภาพไม่ใช่ผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า ผู้ป่วยและครอบครัว มีอำนาจในที่นี้หมายถึง การเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ เฉพาะทางสุขภาพทำให้ผู้ดูแลารู้สึกว่าตนมีอำนาจในการควบคุมทิศทางในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หากแต่ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องทำงานร่วมกับครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนและเอื้อประโยชน์ให้ครอบครัวในการเผชิญปัญหา

4.3 ผู้ดูแลสุขภาพใช้การสนทนาเพื่อการบำบัดในการพยาบาลครอบครัว เป็นการสนทนาที่มีจุดมุ่งหมาย มีกำหนดเวลา ที่นำความชำนาญของครอบครัวและของพยาบาลมาใช้ร่วมกันเพื่อสร้างกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว การสนทนาประกอบด้วย การเล่าเรื่องราว การฟังเรื่องราว ที่ช่วยเปิดเผยความเชื่อ ความคิดเห็น และความรู้สึก ผลของการสนทนาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ความรู้สึก

4.4 ผู้ดูแลสุขภาพควรเชื่อเชิญให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้สะท้อนคิดต่อการปฏิบัติ การพยาบาล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือผลกระทบ การสะท้อนคิดทำให้เกิดการ ตระหนักรู้ ทำให้เข้าใจตนเองมากขึ้น สามารถสะท้อนคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

4.5 ผู้ดูแลสุขภาพและสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์ ต่อกัน การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นระหว่างการสนทนากับคนนั้นเป็นผลจากการสนองตอบซึ่งกันและ กัน การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นไปหลายทิศทางขึ้นกับโครงสร้างความสัมพันธ์ ลักษณะความสัมพันธ์ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลสุขภาพและผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัว

4.6 ผู้ดูแลสุขภาพไม่ควรกำหนดผลลัพธ์เฉพาะที่ต้องการเท่านั้น เนื่องจากผลลัพธ์ ของกิจกรรมการพยาบาลอาจเกิดต่อเนื่องเกี่ยวเนื่องกันและไม่แน่นอนจึงยากที่จะกำหนดผลลัพธ์เฉพาะ ทั้งนี้กิจกรรมการดูแลที่กระทำร่วมกับครอบครัวจะต้องสอดคล้องกับโครงสร้างร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นกิจกรรมในการดูแลครอบครัวแต่ละครอบครัว จึงไม่สามารถนำกิจกรรมการดูแลเดียวกันมาใช้กับทุกครอบครัวได้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนตาม โครงสร้างของแต่ละครอบครัว

#### การให้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(IBM)

มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานตามกระบวนการดังนี้ (Wright, 2006)

1. ขั้นตอนที่ 1 Precession เป็นขั้นก่อนการสัมภาษณ์ จะเป็นการนัดหมาย หรือการขอเข้า มารับคำปรึกษาของครอบครัว

2. ขั้นตอนที่ 2 Session เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการให้บริการคือขั้นตอนของการ สัมภาษณ์ซึ่งจะอยู่ในรูปของรูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness Belief Model: IBM) เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ใช้การสนทนาเป็นหลักในทุกขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาล ขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล มี 4 ขั้นตอนดังนี้ (Wright et al., 1996)

2.1 การสร้างบริบทเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Creating a Context for Change) การสร้าง บริบทเพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นการเตรียมความพร้อม เพื่อบริบทที่เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลง เปรียบได้กับชาวสวนที่เตรียมดินเพื่อการเพาะปลูก หากชาวสวนมีความใส่ใจที่จะเตรียมดินอย่างดี ขจัดอุปสรรคที่จะขัดขวางการเจริญเติบโตของต้นไม้ก็จะทำให้เมล็ดพืชที่หว่านลงไปเจริญเติบโต มีขั้นตอนคือ

2.1.1 การสร้างสัมพันธภาพ (Engagement) เป็นการเริ่มต้นของการสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ และทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ในครั้งแรกของการพบปะระหว่างครอบครัวและผู้ดูแล สุขภาพ โดยการอธิบายถึงสถานที่ ลักษณะของกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลา และขอบเขต

ของสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งควรจะประกอบด้วย การมีจุดประสงค์เดียวกัน การเห็นชอบร่วมกันในการกระทำกิจกรรมการดูแล และการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การดูแลสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพที่สำคัญคือ โครงสร้างพันธุกรรมครอบครัว (Family Genogram) และ โครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวกับระบบภายนอก หรือสิ่งแวดล้อม (Ecomap)

2.1.2 การแยกแยะปัญหา (Distinguishing the Problem) เป็นการทำให้ปัญหามีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยการค้นหา ปัญหาและความเชื่อที่เป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหา การตั้งชื่อปัญหาและการนิยามปัญหา โดยการใช้คำถามคำถามเดียว (One Question Question) เช่น “ถ้าคุณสามารถตั้งคำถามได้เพียงคำถามเดียวคำถามที่คุณอยากได้คำตอบจากการที่เราช่วยกันทำกิจกรรมในครั้งนี้ คืออะไร” หรือ “ในการที่เราได้ร่วมกันในการทำงานเพื่อช่วยเหลือดูแลและครอบครัวในครั้งนี้คุณคิดว่าสิ่งที่คุณอยากได้รับความช่วยเหลือมากที่สุดคืออะไร” ประโยชน์ของการใช้คำถามคำถามเดียวที่ชัดเจนคือช่วยให้เห็นปัญหาชัดเจน และมองปัญหาให้แคบลง ทั้งยังช่วยในการค้นหาปัญหาที่เป็นที่กังวลใจมากที่สุด หรือเป็นปัญหาหลักในขณะนั้น

2.1.3 ขจัดอุปสรรคที่จะขัดขวางการเปลี่ยนแปลง (Removing Obstacles to Change) เช่น ความรู้สึกไม่พึงพอใจ ความโกรธในกระบวนการให้การดูแล ความรู้สึกไม่ค่อยแน่ใจเกี่ยวกับความคาดหวังในการทำกิจกรรมการบำบัดครั้งนี้ ความไม่สะดวกในการมาตามนัด การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน หรือการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีบุคลากรทางการแพทย์เข้ามาดูแลหลายสาขามากเกินไป

2.2 การเปิดเผย และการแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Uncovering and Distinguishing Illness Beliefs) ความเชื่อเหล่านั้นคือ

- 2.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
- 2.2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัย และการพยากรณ์โรค
- 2.2.3 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค
- 2.2.4 ความเชื่อเกี่ยวกับการเยียวยารักษา
- 2.2.5 ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม จัดการ มีอิทธิพลเหนือการเจ็บป่วย
- 2.2.6 ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ
- 2.2.7 ความเชื่อเกี่ยวกับการวางความเจ็บป่วยไว้ในส่วนใดของชีวิต และระหว่างสัมพันธภาพ ระหว่างกันของบุคคลรอบข้าง

## 2.2.8 ความเชื่อเกี่ยวกับการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแล

สุขภาพ

ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะได้รับการเปิดเผยโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พรรณนาประสบการณ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (Illness Narrative) เนื่องจากการพรรณนาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะเป็นการบอกเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทั้งด้านดี และด้านไม่ดี และที่สำคัญที่สุดคือเป็นประตูกุญแจให้เห็นความเชื่อต่าง ๆ ดังกล่าวและสามารถกล่าวได้ว่าเป็นการเปิดประตูไปสู่หัวใจของการเยียวยาความเจ็บป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง

2.3 การท้าทาย การปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ขัดขวางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Challenging, Modifying and Altering Constraining Illness Beliefs) วิธีการในการท้าทาย หรือเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ขัดขวางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ที่รูปแบบการพยาบาลนี้ ใช้มีดังนี้

2.3.1 การให้คำชื่นชม (Offering Commendations) การให้คำชื่นชมเป็นเอกลักษณ์ที่เป็นหลักของรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับความเชื่อ เป็นการดึงเอาจุดดีของครอบครัวให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และการชื่นชมจุดดีหรือลักษณะเด่นของครอบครัวนี้จะต้องพิจารณาถึงสิ่งที่ดีที่ครอบครัวกระทำเป็นระยะเวลานาน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับพยาบาล รวมทั้งทำให้ครอบครัวเปิดใจที่จะยอมรับความคิดความเชื่อใหม่ ๆ (Wright et al., 1996)

2.3.2 การถามคำถามเพื่อการบำบัด (Asking Interventive question) เป็นการถามคำถามที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพ และช่วยให้เกิดกระบวนการของปฏิบัติการพยาบาลนี้ คือ การสร้างบริบทเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ การค้นหาและแยกแยะความเชื่อที่เป็นประโยชน์กับการเผชิญปัญหาในปัจจุบัน และความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเผชิญปัญหา การปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา และนำเสนอ หรือสร้างความเข้มแข็งให้ความเชื่อที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญปัญหา ซึ่งลักษณะคำถามหลักที่นำมาใช้มี 3 ลักษณะคือ

2.3.2.1 การถามคำถามที่เชื่อเชียวให้เกิดการสะท้อนคิด เป็นการใช้คำถามที่กระตุ้นให้ครอบครัวได้สะท้อนคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย การตั้งคำถามที่มีลักษณะคำถามที่เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกัน หรือสัมพันธภาพระหว่างกันและกันจะช่วยให้การสร้างบริบทของการเปลี่ยนแปลง ช่วยเปิดเผยและค้นหาความเชื่อที่เป็นประโยชน์และความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จในการเผชิญปัญหา ช่วยเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จและส่งเสริมความเชื่อที่เป็นประโยชน์ เช่นกันกับคำถาม ที่ใช้ในการบำบัดจะช่วยสะท้อนความเชื่อและเป็นการเริ่มต้นของกระบวนการการเปลี่ยนแปลง

2.3.2.2 ถามครอบครัวเกี่ยวกับคำถามที่ครอบครัวถามตนเอง การตั้งคำถามถึงคำถามที่ครอบครัวใช้ถามตัวเองอาจจะช่วยให้ได้คำตอบอีกหลาย ๆ คำตอบ และในขณะเดียวกันอาจช่วยสร้างคำถามใหม่ ๆ ขึ้น และช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจสิ่งที่คำถามในใจของมารดาที่เป็นปัจจุบัน และในขณะเดียวกันก็ช่วยค้นหาความเชื่อ ที่เป็นประโยชน์และความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จในการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน

2.3.2.3 เชื้อเชิญครอบครัวให้ถามคำถามจะช่วยในการประเมินความเชื่อในครอบครัว

2.3.3 การแยกความแตกต่าง (Drawing Distinctions) เป็นการดึงเอาปัญหา หรือความรู้สึกที่ยังคลุมเครือออกมาให้มีความชัดเจนโดยจะเกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาโดยการตั้งคำถาม การเสนอความคิดเห็น หรือการแนะนำ ซึ่งอาจทำให้ครอบครัวเกิดความเชื่อใหม่ ๆ ขึ้นมาได้ เช่น เสนอความคิดให้ครอบครัวเห็นความแตกต่างระหว่างการทำงานของครอบครัวที่พ่อแม่ต้องดูแลลูกที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยไม่มีวันหยุดพักผ่อนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และการทำงานของพยาบาลที่ต้องมีวันหยุดพักผ่อนทำให้ทำงานมีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นพ่อแม่ที่ดูแลลูกที่เจ็บป่วยก็จะต้องมีวันหยุดสำหรับการพักผ่อนเช่นกัน ซึ่งการเปรียบเทียบความแตกต่างนี้อาจทำให้ครอบครัวเปลี่ยนจากที่เคยเชื่อว่าพ่อแม่ที่ดีจะต้องดูแลลูกตลอดเวลา เปลี่ยนเป็นเชื่อว่าพ่อแม่ต้องมีโอกาสได้หยุดพักผ่อนบ้าง (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549)

2.3.4 การพูดถึงสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถพูดออกมาได้ (Speaking the Unspeakable) เป็นการที่ผู้ดูแลสุขภาพ ยกประเด็นที่ตรงข้ามกับความรู้สึกของสังคมที่ไม่สะดวกใจที่จะพูดถึงประเด็นนั้น หรือเป็นความเชื่อหลักที่อาจอยู่นอกเหนือไปจากความตระหนักรู้ของสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นเรื่องที่กระทบความรู้สึกที่รุนแรง น่าหวาดหวั่น หรือเป็นเรื่องที่สร้างความเจ็บปวดให้สมาชิกในครอบครัว ซึ่งการกระทำนี้ของผู้ดูแลสุขภาพเป็นการท้าทายความเชื่อที่ว่าเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดถึง ซึ่งเป็นความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา ในขณะเดียวกันอาจทำให้เกิดความเชื่อใหม่ที่จะช่วยในการเผชิญปัญหา เช่นกรณีที่พ่อแม่ที่ดูแลลูกที่เจ็บป่วยเรื้อรังและรู้สึว่าการหยุดเพื่อไปพักผ่อนเป็นสิ่งที่พ่อแม่ที่ดีไม่ควรทำแม้จะเหนื่อยล้า และทำให้ผู้ดูแลสุขภาพได้ค้นหาความเชื่อใหม่ที่ว่าหากจะหยุดพักพ่อแม่ควรขออนุญาตลูกก่อน

2.3.5 แยกแยะให้เห็นความไม่สอดคล้องระหว่างความเชื่อและพฤติกรรม (Distinguishing Incongruence between Beliefs and Behavior) เป็นการแยกแยะให้เห็นความขัดแย้งกันระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก เป็นการช่วยให้บุคคลตระหนัก และยอมรับความขัดแย้งกันระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมของตนมากขึ้น โดยการค้นหาความเชื่อที่ไม่

สัมพันธ์กับพฤติกรรม และเน้นให้บุคคลเห็นถึงความขัดแย้งนั้น คิดหาเหตุผลคำอธิบายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งนั้นจะทำให้เปลี่ยนแปลง

2.3.6 เสนอความเชื่อที่เป็นทางเลือกในอนาคตที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญปัญหา (Offering a Hypothetical Facilitative Belief) เป็นการถามคำถามที่เกี่ยวกับทางเลือกในอนาคตเกี่ยวกับความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา และเสนอทางเลือกที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นการท้าทายหรือเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา โดยธรรมชาติของคำถามนี้จะเป็นการเชิญชวนให้เกิดความสนุก หรืออยากทดลองที่จะทำความเชื่อ หรือทางเลือกใหม่ ๆ ไปทดลองใช้ลักษณะของคำถาม เช่น ถ้าสมมติคุณเชื่อว่า.....แล้วจะทำให้เกิดอะไรที่แตกต่างจากเดิม?ซึ่งจะเป็นการเชื่อเชิญด้วยลักษณะที่สุภาพแต่มีพลังในการทำให้บุคคลคิดพิจารณาความเชื่อใหม่ที่เสนอให้ ซึ่งจะตรงข้ามกับความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จในปัจจุบัน และความเชื่อใหม่นี้ก็จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ ด้วยกระบวนการนี้จะสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ด้านพฤติกรรม และด้านความคิด รูปแบบการพยาบาลนี้เชื่อว่าหากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จซึ่งเป็นประเด็นหลักของปัญหาจากภายในความคิดความเชื่อแล้วก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วย

2.3.7 การใช้ทีมสะท้อนความคิด (Using Reflecting Team) การใช้ทีมสะท้อนความคิดเป็นสื่อกลางเพื่อเสนอความคิดเห็นที่หลากหลาย ที่สมาชิกในครอบครัวสามารถเลือกนำไปใช้ โดยทีมสะท้อนความคิดจะสังเกตการณ์ การสนทนาระหว่างพยาบาลและครอบครัวในห้องกระจกด้านเดียว (One Way Mirror) หลังการสนทนาระหว่างพยาบาลและครอบครัว ทีมสะท้อนความคิดจะเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม เช่น การกล่าวซ้ำเพื่อตรวจสอบความเข้าใจว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่ การเสนอมุมมอง ความเชื่อใหม่ เกี่ยวกับการใช้ชีวิตครอบครัว สัมพันธภาพ และประสบการณ์ของการเจ็บป่วย การเสนอประสบการณ์ส่วนบุคคลของทีมสะท้อนคิดที่ได้รับแรงกระตุ้นจากการรับฟังเรื่องราว และความเชื่อของครอบครัว การเสนอความคิดเห็นที่ได้จากงานวิจัย หรือเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ การให้คำชื่นชมที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากข้อมูลในกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล หรือ จากประสบการณ์ส่วนตัวหรือประสบการณ์ในวิชาชีพ

2.3.8 การเขียนจดหมายเพื่อการบำบัด (Writing Therapeutic Letters) เป็นรูปแบบการสื่อสารที่ให้ความมั่นใจ และยืนยันกระบวนการบำบัดที่เชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนระหว่างหรือตอนจบการสนทนา โดยนำเสนอคำถาม เสนอคำถามที่ผู้ให้การดูแลสามารถถามในระหว่างการสนทนา การใช้คำพูด ความคิด ที่เด่นชัด และประทับใจครอบครัว สรุปจุดเด่น จุดสำคัญของการทำงานกับครอบครัว

2.3.9 การเสนอให้ชมวิดีโอเทป (Offering Videotapes) โดยการให้ครอบครัวได้ชมวิดีโอเทปที่บันทึกการสนทนาระหว่างพยาบาลกับครอบครัว เป็นการช่วยให้ครอบครัวสะท้อนคิดโดยไม่รู้ตัวว่าถูกคุกคาม

2.3.10 การแยกปัญหา อาการต่าง ๆ และการแก้ปัญหาออกจากตัวบุคคล (Externalizing Problems, Symptoms, and Solutions) เป็นมุมมองที่มองเฉพาะตัวปัญหา นั่นคือบุคคลไม่ใช่ปัญหา การสนทนาจะกระตุ้นให้ครอบครัวมองเห็นปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และวิเคราะห์อิทธิพลของปัญหาความเจ็บป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัว

2.3.11 การเสนอความคิดเห็น ที่แตกต่าง (Offering Differing opinion: Split-Opinion Intervention) เป็นการเสนอความคิดเห็นที่แตกต่างและหลากหลาย

2.3.12 การใช้ผลของการวิจัย (Using Research Findings) เป็นการนำเสนอผลการวิจัยที่ค้นพบ ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับฟังความรู้ใหม่ ๆ

2.3.13 การเสนอความเชื่อที่เป็นทางเลือก หรือความเชื่อใหม่ (Offering Alternative Beliefs ;New or Modified) ให้ครอบครัวได้รับฟังเรื่องราว ความรู้ใหม่ ๆ

2.3.14 การเสนอการเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของครอบครัว (Offering Sermonettes and Storytelling) เป็นการเสนอความเชื่อของพยาบาลที่เห็นว่าข้อมูลที่เสนอนั้นเป็นประโยชน์กับครอบครัว โดยการเชื้อเชิญให้ครอบครัวสนใจและรับฟังด้วยความสนใจ

2.3.15 การใช้คำพูด หรือน้ำเสียงเชื้อเชิญให้เกิดการเยียวยารักษา (Using Words and Voice to Invite Healing) น้ำเสียงที่ใช้ในการสนทนามีความสำคัญมาก เพราะน้ำเสียงมีผลต่อความรู้สึก อาจทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยให้เกิดการเยียวยาจิตใจ หรือ อาจทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดก็ได้ ดังนั้นควรใช้คำพูดและน้ำเสียงที่เหมาะสมในการสนทนากับครอบครัว

2.4 การแยกแยะความเปลี่ยนแปลงให้ มีความชัดเจน การเน้นย้ำถึงการเปลี่ยนแปลงนั้น และการส่งเสริมความเชื่อที่ช่วยให้เกิดประโยชน์ในการเผชิญปัญหาให้มีความเข้มแข็งขึ้น (Distinguishing Change-Identifying, Affirming, and Solidifying Facilitating Illness Beliefs)

3. ขั้นตอนที่ 3 Reflecting Team/ Self-Reflection เป็นการเสนอความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะแก่ครอบครัว จากทีมสุขภาพหลาย ๆ คน โดยให้ครอบครัวรับฟังความคิดเห็นเหล่านี้ผ่านห้องกระจกด้านเดียว (One Way Mirror) ที่ครอบครัวสามารถมองเห็นและได้ยินการประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาครอบครัวของตน ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวได้เห็นความคิดเห็นที่หลากหลายจากการระดมสมองของทีมสุขภาพ ที่ครอบครัวอาจนำมาเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหาแก่ครอบครัว

4. ขั้นตอนที่ 4 Debriefing with Family เป็นการสรุปใจความของประโยชน์หลังการใช้การสะท้อนคิดของทีมสุขภาพต่อครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวได้ประมวลความคิดรวบยอดเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะสามารถนำไปใช้กับตนเองได้ เช่นการตั้งคำถามสมาชิกในครอบครัวว่า คุณได้ประโยชน์อะไรบ้างจากการสนทนาครั้งนี้ หรือ ข้อคิดเห็นใดที่สมาชิกในครอบครัวเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยจากคำแนะนำที่ได้จากการสะท้อนคิดของทีมสุขภาพ หรืออะไรที่ครอบครัวจะทดลองนำไปปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ

5. ขั้นตอนที่ 5 Postsession เป็นขั้นของการสิ้นสุดการบำบัดซึ่งตามปกติจะมีการนัดการสัมภาษณ์ 4 ครั้ง แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นจะขึ้นอยู่กับความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาในครอบครัวของตน หลังการนัดสัมภาษณ์ บางครอบครัวอาจมาพบไม่ถึง 4 ครั้งก็สามารถสิ้นสุดสัมพันธภาพได้

ในการศึกษาครั้งนี้ จะนำกระบวนการของการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยพยาบาลครอบครัวในขั้นตอนที่ 2 คือ Session ขั้นของการปฏิบัติการพยาบาล ในรูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (IBM) โดยหลักสำคัญของการใช้รูปแบบการพยาบาลครอบครัวนี้ คือ การนำการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย มาใช้ในขั้นตอนของการปฏิบัติการ (Session) และขั้นตอนที่ 4 คือ Debriefing with Family โดยประยุกต์ใช้การสรุปเนื้อหาที่ได้จากการสะท้อนคิดของทีมสุขภาพ มาเป็นการสรุปเนื้อหาของการสนทนาว่ามารดาได้รับประโยชน์อะไรจากการสนทนา และคิดว่าจะนำข้อเสนอแนะใดไปทดลองใช้กับตนเอง

**การนำการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยผ่านรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมาประยุกต์ใช้กับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต**

การเล่าเรื่องราว หรือการพรรณนาถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสดงออกถึงความทุกข์ทรมานที่มีพลังอำนาจในตัวของมันเอง (Williams, 1984; Hyden, 1997; Frank, 1992; Charmaz, 1999; Bury, 1991 cited in Nilmanat, 2004) ช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาตนเอง ค้นพบวิธีการในการจัดการกับความทุกข์ทรมานหรือปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ (Harper, Deshler, Hillman, & Durazo-Arvizu, 2000) เป็นเรื่องราวที่บอกเล่าถึงด้านทุกข์ทรมาน และในขณะเดียวกันสามารถมองด้านที่ดีที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งและเกิดกำลังใจขึ้นได้ รวมทั้งช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน (Heiney, 1995) และการเล่าเรื่องราวประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องราวความเจ็บป่วย และการสามารถตอบคำถามให้กับตนเองได้จะสามารถลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านอารมณ์และด้านร่างกาย ซึ่งการพรรณนาถึงความเจ็บป่วยเป็นหนึ่งเทคนิคที่ใช้ในรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (IBM)

ที่เป็นการเปิดโอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้เล่าเรื่องราวที่แสดงถึงความรู้สึกกลัว โกรธ โศกเศร้า ความทุกข์ทรมานต่อความเจ็บป่วยนั้น และยังเป็นการสร้างโอกาสให้ครอบครัวได้เรียนรู้ถึงด้านดี หรือด้านที่เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวจากเหตุการณ์ความเจ็บป่วยนั้น (Wright & Leahey, 2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำ รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model: IBM) ของ ไรท์ วอตสัน และเบลล์ (Wright, Watson, & Bell, 1996) โดยเน้นความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยผ่านการพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย การกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ร่วมกับการกระตุ้นให้มารดาเล่าเรื่องราวที่ท้าทายในชีวิต (Life Challenge Interview) เพื่อลดความเครียดของ ไรบาร์สกี และเบลล์ (Rybarczyk & Bellg, 1997) ซึ่งมีระยะเวลาในการบำบัดทางกายภาพ ในช่วง 9 วันแรกหลังการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของบุตร เนื่องจากในสัปดาห์แรกของการเข้ารับรักษาของบุตรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เป็นระยะเวลาที่มารดามีความเครียดสูงสุด (Miles et al., 1992) โดยมีจำนวนครั้งในการบำบัด 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง เนื่องจากจำนวนครั้งในการบำบัดโดยใช้การพรรณนาที่มีประสิทธิภาพสูง ควรอยู่ในช่วง 3- 6 ครั้ง และระยะเวลาที่เหมาะสม ประมาณ 45-60 นาที (Rybarczyk & Bellg, 1997) ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ขั้นของการสร้างสัมพันธภาพ (Engagement) การสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นแรกของการที่พยาบาลสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและครอบครัวจะเป็นการหักทลายเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไปจะไม่กล่าวถึงเรื่องความเจ็บป่วย หรือไม่สบาย ทั้งต่อตัวมารดา หรือทารก
2. ขั้นของการประเมิน (Assessment) เริ่มต้นการประเมินข้อมูลทั่วไปโดยใช้ โครงสร้างพันธุกรรมครอบครัว (Family Genogram) ร่วมกับ โครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวกับระบบภายนอก หรือสิ่งแวดล้อม (Family Ecomap) การสำรวจปัญหาภาระปัญหาและให้คำนิยามปัญหา โดยใช้คำถามคำถามเดียว (One Question Question) โดยการให้คำถามที่ถามมารดาเกี่ยวกับปัญหา หรือสิ่งที่ต้องการคำตอบมากที่สุด ณ ขณะนี้ จะเป็นการทำให้ปัญหามีความชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้น ค้นหาความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยเปิดโอกาสให้มารดาได้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัวของตนเช่นอาจเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความโศกเศร้า และสูญเสีย หรือความรู้สึกไม่แน่นอนในสุขภาพของคนในครอบครัว หรืออาจเป็นเรื่องที่น่าพึงพอใจในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการค้นหาทั้งความเชื่อที่เป็นประโยชน์กับการเผชิญความเครียด และความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์กับการเผชิญความเครียด หากเป็นความเชื่อที่เป็นประโยชน์จะต้องเสริมสร้างความมั่นใจให้มารดาใช้ความเชื่อนั้น หากเป็นความเชื่อที่ไม่เป็น

ประโยชน์จะต้องร่วมกับมารดาในการปรับเปลี่ยนความเชื่อนั้น ข้อมูลจากการประเมินนี้จะช่วยให้มารดาได้ประเมินตนเองช่วยให้มารดาตื่นตัวและทราบถึงบริบทในครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ตนอยู่และแหล่งสนับสนุนที่ตนควรนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญความเครียด และผู้วิจัยได้ทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับมารดาและบริบทของมารดาในการให้การบำบัดทางการพยาบาลต่อไป

3. การให้การบำบัดทางการพยาบาล (The Intervention) โดยกระตุ้นให้มารดาพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย (Illness Narrative) โดยใช้คำถามที่เป็นคำถามปลายเปิดที่จะช่วยในการเปิดเผยความคิดความเชื่อของมารดา (Circular Question) ถึงการเจ็บป่วยของบุตรว่ามีผลกระทบในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับมารดาและครอบครัวอย่างไรเชื่อเชิญให้มารดาได้ตรวจสอบความเครียดและความเชื่อของตนเองโดยผ่านการเล่าเรื่องราว เพื่อให้เข้าใจถึงที่มาของความเครียด และค้นหาสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเครียดนั้น ส่งเสริมความเชื่อที่เป็นประโยชน์ และ เปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ในการเผชิญปัญหา โดยผ่านคำถามเพื่อการบำบัด (Interventive Questions) ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมด้วย เช่น ชื่นชมข้อดีของครอบครัวและของบุคคลในครอบครัว เสนอข้อมูลและข้อคิดเห็น ปรับ หรือจัดการกับการตอบสนองด้านอารมณ์ที่ถูกต้อง การเสนอความเชื่อที่เป็นทางเลือกในอนาคตที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญปัญหา (Offering a Hypothetical Facilitative Belief) เป็นการถามคำถามเกี่ยวกับทางเลือกในอนาคตเกี่ยวกับความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา และเสนอทางเลือกที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นการท้าทาย หรือเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา และ ร่วมกับการกระตุ้นให้มารดาเล่าถึงประสบการณ์ที่ทำลายหรือความสำเร็จในอดีต (Life Challenge Interviewing) นำมาใช้เสริมสร้างความเข้มแข็ง ในการเผชิญกับความเครียดโดยการตั้งเป้าหมาย ภายใต้มารดา และแหล่งสนับสนุนที่เคยทำให้มารดาประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหาในอดีตมาใช้กับสถานการณ์ปัจจุบัน

4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพในการดูแล (Termination) เป็นระยะที่จะต้องยุติสัมพันธภาพในการเข้าไปให้การบำบัดมารดา ในระยะนี้นอกจากจะให้การบำบัดทางการพยาบาลตามขั้นตอนข้างต้นทั้งหมดแล้วจะต้องทำการสรุปการบำบัดที่กระทำร่วมกับมารดา (Debriefing) ให้มีความชัดเจนที่สุด และเสริมสร้างความมั่นใจของมารดาให้มารดาสามารถลงมือซึ่งการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสมและยังคงมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เหมาะสม หรือการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมนั้นต่อไป

ในการนำการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้การพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยผ่านรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทั้ง 4 ขั้นตอนนำมาใช้ในทุกครั้งของการให้การบำบัด โดยแต่ละครั้งของการบำบัดมีจุดเน้นแตกต่างกันดังนี้ ในครั้งที่ 1 ของการบำบัดเป็นขั้นตอน

ของการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินมีจุดเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยไว้วางใจ และการประเมิน ครั้งที่ 2 ของการบำบัดมีจุดเน้นที่การให้การบำบัดทางการแพทย์ โดยใช้การพรรณนาประสบการณ์การเจ็บป่วย (Illness Narrative) และประสบการณ์ที่ท้าทายในชีวิต (Life Challenges Interviewing) ผ่านรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (IBM) และการใช้คำถามเพื่อการบำบัด (Interventive Questions) ในครั้งที่ 3 ของการบำบัดทางการแพทย์มีจุดเน้นที่การเน้นย้ำถึงความเปลี่ยนแปลงที่ดีที่เกิดขึ้น และส่งเสริม จุดดีหรือศักยภาพของมารดาให้สามารถเผชิญความเครียดได้ต่อไปด้วยตนเองอย่างเข้มแข็ง

#### คุณสมบัติของนักวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่อยู่ในรูปการบำบัดทางการแพทย์ที่ทุกขั้นตอนของการบำบัดทางการแพทย์ อาศัยการสนทนาจะลึกซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปของแบบสอบถามและ เทปบันทึกเสียง ซึ่งอาจทำให้เป็นการรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ของการวิจัย และกระบวนการของการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถาม และใช้แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย เช่นยินยอม และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการร่วมวิจัยด้วยวาจา หรือเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่มีผลต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาลต่อบุตรของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของเอกสารที่บันทึกโดยไม่ระบุชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล และไม่นำเทปที่บันทึกการสนทนาออกเผยแพร่

2. ผู้วิจัยจะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับโลกทัศน์ที่ว่าความจริง หรือ หนทางในการแก้ไขปัญหามีหลายหนทาง (Objectivity in Parentheses) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของบุคคล ซึ่งโลกทัศน์นี้จะช่วยให้ผู้วิจัยให้ความสำคัญ และให้เกียรติต่อความคิด ความเชื่อของมารดาที่อาจไม่ตรงกับผู้วิจัย ซึ่งคุณสมบัติของผู้วิจัยข้อนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการบำบัดทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นประโยชน์กับการเผชิญปัญหา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของบุคคลได้นั้นจะต้องมาจากความตระหนักรู้ในระดับที่ลึกกว่าการได้ความรู้ทั่วไป (Wright & Leahey, 2005 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2549) เช่นการฟังการแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด ซึ่งในการให้การบำบัดทางการแพทย์ที่ใช้ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะเป็นเพียงผู้สนับสนุน เอื้อประโยชน์ให้มารดาได้ใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหา เสนอแนะข้อคิดเห็นในเวลาอันควร และให้มารดาเลือกแนวทางในการปฏิบัติด้วยตัวมารดาเอง

3. ผู้วิจัยจะต้องเป็นนักฟังที่ดี โดยการป้อนคำถามในการสนทนาจะมีจุดประสงค์ที่ชัดเจนในการสนทนาเพื่อค้นหาความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางการเผชิญปัญหา ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการต่าง ๆ คือมารดา ผู้วิจัยเป็นแต่เพียงผู้กำหนดทิศทางคร่าว ๆ ของการสนทนาให้อยู่ในประเด็นของการสนทนา