

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบร็ด (Bird's respirator) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช ระหว่าง เดือน ธันวาคม 2547 ถึงเดือนมีนาคม 2548 จำนวน 64 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 ราย ผลการวิจัยจะนำเสนอ เป็น 7 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังและก่อนการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มี 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย และกลุ่มควบคุม 32 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดจากการจับคู่ที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย (glasgow coma score: GCS) และได้้นำคุณสมบัติทั่วไปทั้งหมดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบโดยใช้สถิติไค-สแควร์ ผลการทดสอบนำเสนอในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล (N กลุ่มละ 32 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของ ญาติผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\chi^2$	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.00	1.00
ชาย	8	25	8	25		
หญิง	24	75	24	75		
อายุ					0.22	0.89
ต่ำกว่า 35 ปี	7	21.9	7	21.9		
35-59 ปี	23	71.9	22	68.8		
60 ปี ขึ้นไป	2	6.3	3	9.4		
	$\bar{X} = 42.7, SD = 11.02, \bar{X} = 43.4, SD = 11.10$					
ศาสนา**					0.00	1.00
พุทธ	32	100	31	96.9		
อิสลาม	-	-	1	3.1		
สถานภาพสมรส					0.38	0.53
โสด / หม้าย	8	25	5	15.6		
คู่	24	75.0	27	84.4		
ระดับการศึกษา					0.00	1.00
ประถมศึกษา	19	59.4	19	59.4		
มัธยมศึกษา	5	15.6	5	15.6		
อนุปริญญา / ปริญญา	8	25	8	25		

\*\* เนื่องจากมีความถี่ต่ำกว่า 5 บางเซลล์ในตาราง 2 x 2 จึงนำเสนอด้วย Fisher's Exact test

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\chi^2$	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					0.00	1.00
บุตร/ บุตรสใ้	26	81.3	26	81.3		
สามี/ ภรรยา / หลาน	6	18.8	6	18.8		
อาชีพ					0.32	0.84
นักศึกษา/ธุรกิจค้าขาย	6	18.8	7	21.9		
เกษตรกรรม/ แม่บ้าน	16	50	17	53.1		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รับจ้าง	10	31.3	8	25.1		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					0.00	1.00
บุตร/ บุตรสใ้	26	81.3	26	81.3		
สามี/ ภรรยา / หลาน	6	18.8	6	18.8		
โรคประจำตัวญาติผู้ดูแล*					6.48*	0.02
ไม่มี	28	87.5	19	59.4		
มี	4	12.5	13	40.6		
การเจ็บป่วยระหว่างการดูแล					0.60	0.43
ไม่มี	22	68.8	18	53.1		
มี	10	31.3	14	46.9		
ระยะเวลาที่ดูแล					1.16	0.28
2 วัน	24	75	20	62.5		
3 วัน	8	25	12	37.5		
ความถี่การดูแล					0.61	0.43
ทุกวัน	19	59.4	22	68.8		
ผลัดเปลี่ยนกัน	13	40.6	10	31.3		
การรับรู้อาการผู้ป่วยก่อนทดลอง					.063	0.80
มาก	19	59.4	17	53.1		
ปานกลาง/ น้อย	13	40.6	15	46.9		

\*  $p < .05$ 

\*\* เนื่องจากมีความถี่ต่ำกว่า 5 บางเซลล์ในตาราง 2 x 2 จึงนำเสนอด้วย Fisher's Exact test

จากตาราง 1 ศึกษาผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี ร้อยละ 71.9 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.7 ปี (SD = 11.02) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี (SD = 11.10) กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนในกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.9 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75 และ 84.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษาเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.4 ส่วนการประกอบอาชีพทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และ อาชีพแม่บ้าน โดยคิดเป็นร้อยละ 50 และ 53.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 81.3

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2-3 วัน และดูแลผู้ป่วยในลักษณะประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 59.4 และ 68.8 ส่วนที่เหลือเป็นการดูแลโดยผลัดกันกับญาติผู้ดูแลคนอื่น ๆ เป็นบางวัน ร้อยละ 40.6 และ 31.3 ตามลำดับ และการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อความรุนแรงตามความเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนทดลองอยู่ในระดับมากในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 59.4 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 53.1 กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลาขณะที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองร้อยละ 31.3 ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.9 โดยเกิดอาการปวดศีรษะ เครียด ปวดหลัง จาม ไอบจากโรควัณโรค และอ่อนเพลีย

นอกจากได้ควบคุมคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยแล้ว ยังมีคุณสมบัติในด้านอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพ ลักษณะของโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล อาการและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่รับผิดชอบ ความถี่ในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ของญาติผู้ดูแลต่อความรุนแรงตามความเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนทดลอง เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $P < .05$ ) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันในคุณสมบัติด้านโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.48, P < .05$ ) พบว่ากลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร้อยละ 12.5 ส่วนกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวร้อยละ 40.6 โรคประจำตัวที่พบคือ โรคไมเกรน โรควัณโรค โรคหัวใจ ปวดเข่า/ปวดหลัง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะ ไทรอยด์

ตาราง 2

จำนวนร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N กลุ่มละ 32 คน)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\chi^2$	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.00	0.31
ชาย	13	40.6	17	53.1		
หญิง	19	59.4	15	46.9		
อายุ					0.39	0.82
41-60	7	21.9	7	21.9		
61-80	19	59.4	17	53.1		
81 ขึ้นไป	6	18.8	8	25.0		
	$\bar{X} = 69.1, SD = 10.43, \bar{X} = 71.6, SD = 11.66$					
การวินิจฉัยโรค					0.15	0.92
โรคหลอดเลือดสมอง / ติดเชื้อ ในสมอง	16	50	16	50		
ปอดอักเสบ / วัณโรค / หอบหืด	11	34.4	12	37.5		
เบาหวาน / โรคไต / โรคหัวใจ	5	15.6	4	12.5		
ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล					0.61	0.43
2 วัน	13	40.6	10	31.3		
3 วัน	19	59.4	22	68.8		
สามารถติดต่อสื่อสาร					0.00	1.00
ได้	16	50	16	50		
ไม่ได้	16	50	16	50		
การเคลื่อนไหว					0.50	0.77
ได้เองทั้งหมด	6	18.8	4	12.5		
ต้องมีผู้ช่วยบ้าง	18	56.3	20	62.5		
ไม่ได้เลย	8	25.0	8	25.0		
การควบคุมการขับถ่าย					0.00	1.00
ได้เองปกติ	16	50	16	50		
ไม่สามารถควบคุมได้	16	50	16	50		

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\chi^2$	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาการผิปกติ**					3.95*	0.02
ไม่มี	9	28.1	2	6.3		
มี	23	71.9	30	93.8		
ระดับความรู้สึกตัว					0.00	1.00
2T – 8T คะแนน	8	25	8	25		
9T – 10T คะแนน	24	75	24	75		

\* p &lt; .05

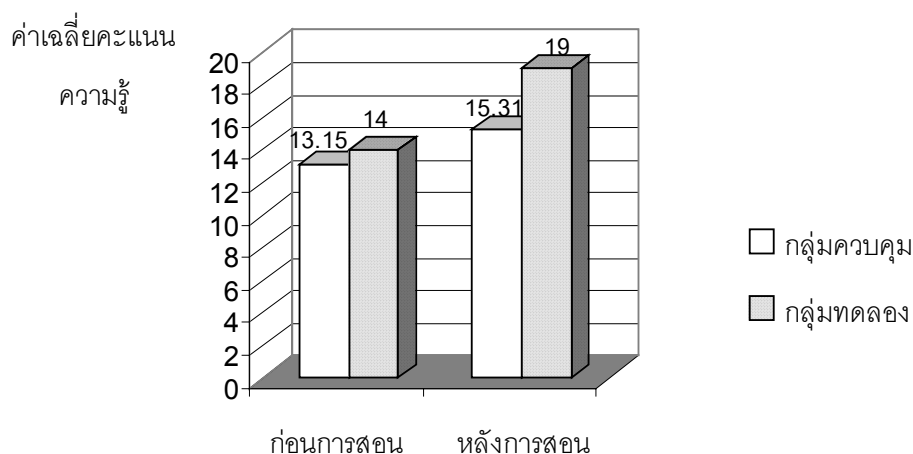
\*\* เนื่องจากมีความถี่ต่ำกว่า 5 บางเซลล์ในตาราง 2 x 2 จึงนำเสนอด้วย Fisher's Exact test

จากตาราง 2 ศึกษาผลการทดสอบความแตกต่างของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 59.4 ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 53.1 อายุผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 61-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.4 และ 53.1 ตามลำดับ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.1 ปี (SD = 10.43) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี (SD = 11.66) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคหลอดเลือดในสมองและตีบตันในสมองมากเป็นอันดับแรกร้อยละ 50 นอกจากนั้นได้รับการวินิจฉัยโรค ปอดอักเสบ วัณโรค หอบหืด เบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความสามารถติดต่อสื่อสารร้อยละ 50 และในการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนใหญ่ต้องมีผู้อื่นคอยช่วยเหลือในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.3 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 62.3 และ ทั้ง 2 กลุ่ม มีความสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ร้อยละ 50 ส่วนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ของทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระดับ 9T-10T คะแนน คิดเป็นร้อยละ 75 และอยู่ในระดับ 2T – 8T คะแนนคิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน

ทั้งนี้นอกจากได้มีการจับคู่คุณสมบัติระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แล้วได้เปรียบเทียบคุณสมบัติอื่นๆของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวและความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าคุณสมบัติในด้านอาการผิปกติทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.95, P < .05) ในกลุ่มทดลองมีอาการผิปกติร้อยละ 28.1 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาการผิปกติร้อยละ 6.3 ได้แก่ มีไข้ ท้องเสีย เกร็งกระตุก แผลกดทับ หอบ มีไข้และ จำเผลอ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ความรู้ของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ และได้ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าก่อนการสอนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.00 (SD = 1.56) และ 13.15 (SD = 2.62) ตามลำดับ ส่วนหลังการสอนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมสูงขึ้นเท่ากับ 19.00 (SD = 0.98) และ 15.31 (SD = 1.83) ตามลำดับ (ภาพ 3)



ภาพ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการสอน

เมื่อนำคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังการสอนของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality Kolmogorov Smirnof: K-S test) พบว่าคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังการสอนของทั้ง 2 กลุ่ม มีการกระจายของข้อมูลปกติ K-S Test ได้ค่าสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ( $P > .05$ ) (ตาราง 13 ในภาคผนวก จ หน้า 112) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ จึงนำคะแนนที่ได้ไปทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ ผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนการสอน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่าง

ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -1.56, p > .05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -10.00, p < .01$ )

ส่วนในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้หลังการสอนในรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการสอนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินอาการ การประเมินผลการดูแล และการปฏิบัติการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $t = -9.34, -6.14, p < 0.01$  และ  $t = 2.00, p < .05$ ) ตามลำดับ ยกเว้นความรู้การมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนการดูแล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -0.58, p > .05$ ) (ตาราง 3)

### ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

ความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนการสอน		หลังการสอน		p			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	ก่อนการสอน		หลังการสอน	
					t	p	t	p
โดยรวม								
กลุ่มทดลอง	14.00	1.56	19.00	0.98	1.56	0.12	-10.00**	0.00
กลุ่มควบคุม	13.15	2.62	15.31	1.83				
รายด้าน								
- การประเมินอาการ								
กลุ่มทดลอง	2.56	1.04	4.90	0.39	-1.04	0.30	-9.34**	0.00
กลุ่มควบคุม	2.31	0.85	3.18	0.96				
- การวางแผนการดูแล								
กลุ่มทดลอง	2.90	0.39	2.96	0.17	-1.13	0.26	-0.58	0.56
กลุ่มควบคุม	2.75	0.67	2.93	0.24				
- การปฏิบัติการดูแล								
กลุ่มทดลอง	4.71	1.30	7.34	0.70	-0.27	0.78	-6.14**	0.00
กลุ่มควบคุม	4.62	1.45	5.68	1.35				
การประเมินผลการดูแล								
กลุ่มทดลอง	3.81	0.39	3.78	0.42	-2.01	0.05	-2.00*	0.04
กลุ่มควบคุม	3.46	0.88	3.50	0.67				

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$



แต่จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 1 และ 2) พบว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในด้านการมีโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล และด้านอาการผิดปกติของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการวัดอิทธิพลของวิธีการสอนเพียงอย่างเดียว เมื่อควบคุมอิทธิพลในด้านโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล และอาการผิดปกติของผู้ป่วยโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariate: ANCOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 77.79, p < .01$ ) และเมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การประเมินอาการ และการปฏิบัติการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 69.80$  และ  $34.47, p < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านการปฏิบัติการวางแผนการดูแล และการประเมินผลการดูแลพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 0.00$  และ  $1.39, p > .05$ ) ตามลำดับ (ตาราง 4)

#### ตาราง 4

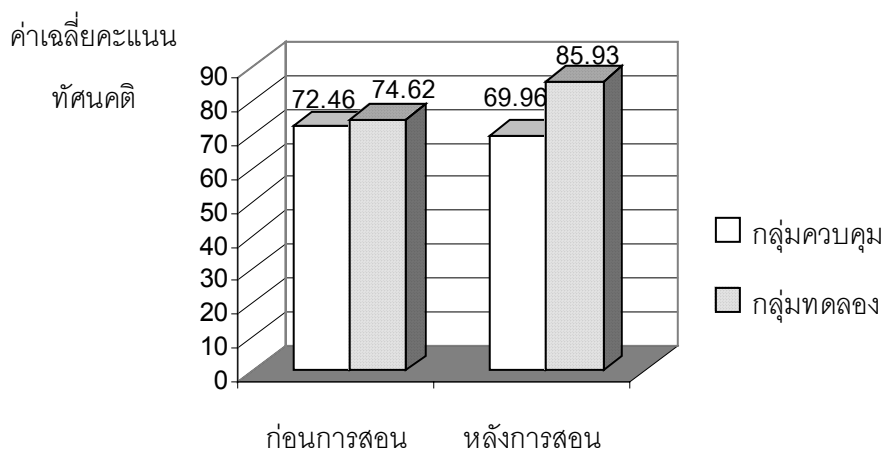
การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการสอน (N กลุ่มละ 32 คน) โดยควบคุมตัวแปรอาการผิดปกติของผู้ป่วยและการมีโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล

ตัวแปร	Sum of Square	df	Mean Square	F	P
ความรู้	170.61	1	170.61	77.79**	0.00
การประเมินอาการ	38.83	1	38.83	69.80**	0.00
การวางแผนการดูแล	8.45	1	8.45	0.00	0.96
การปฏิบัติการดูแล	40.62	1	40.62	34.47**	0.00
การประเมินผลการดูแล	0.42	1	0.42	1.39	0.24

\*\* $p < .01$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการประเมิน 2 ครั้งทั้งก่อนการสอนและหลังการสอนพบว่า ก่อนการสอนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 74.62 (SD = 4.47) และ 72.46 (SD = 5.2) ตามลำดับ ส่วนหลังการสอนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติสูงขึ้นเป็น 85.93 (SD = 3.93) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติน้อยลง 69.96 (SD = 4.99) ตามลำดับ (ภาพ 4)



ภาพ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการสอนและหลังการสอน

เมื่อนำคะแนนทัศนคติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการสอนไปทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality-Kolmogorov Smirnof: K-S test) พบว่า คะแนนทัศนคติทั้งก่อนและหลังการสอนของทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายของข้อมูลปกติ K-S Test ได้ค่าสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ( $P > .05$ ) (ตาราง 13 ในภาคผนวก จ หน้า 112) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ จึงนำคะแนนที่ได้ไปทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยก่อนการสอนทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ ทีอิสระ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนการสอน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -1.77, p > .05$ ) ส่วน

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังการสอระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -14.20, p < .01$ ) (ตาราง 5)

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

ทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนการสอ		หลังการสอ		p			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	ก่อนการสอ		หลังการสอ	
					t	p	t	p
กลุ่มทดลอง	74.62	4.47	85.93	3.93	-1.77	0.08	-14.20**	0.00
กลุ่มควบคุม	72.46	5.23	69.96	4.99				

\*\* $p < .01$

แต่เมื่อควบคุมอิทธิพลในด้านโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแลและอาการผิดปกติของผู้ป่วยโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariate: ANCOVA) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 166.35, p < .01$ ) (ตาราง 6)

ตาราง 6

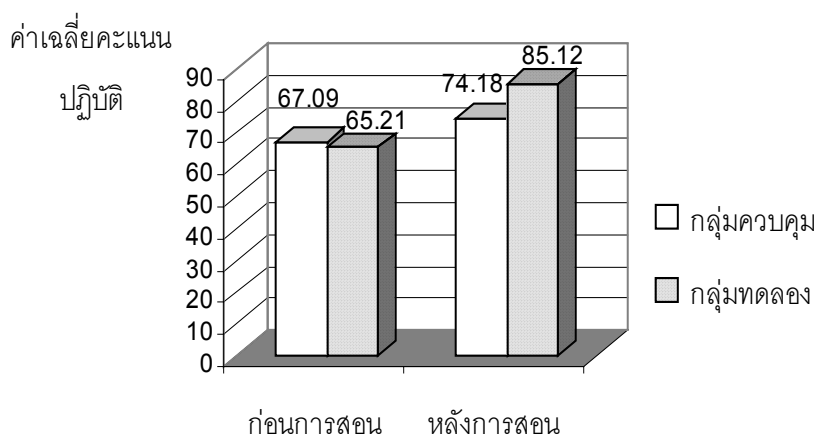
การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการสอ (N กลุ่มละ 32 คน) โดยควบคุมตัวแปรอาการผิดปกติของผู้ป่วยและการมีโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล

ตัวแปร	Sum of Square	df	Mean Square	F	P
ทัศนคติ	3414.50	1	3414.50	166.35**	0.00

\*\* $p < .01$

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการสอนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 65.21 (SD = 13.46) และ 67.09 (SD = 17.90) ตามลำดับ ส่วนหลังการสอนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสูงขึ้นเป็น 85.12 (SD = 13.68) และ 74.18 (SD = 11.83) ตามลำดับ (ภาพ 5)



ภาพ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการสอนและหลังการสอน

ซึ่งเมื่อนำคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการสอนไปทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality-Kolmogorov Smirnof: K-S test) พบว่าคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายของข้อมูลปกติ K-S Test ได้ค่าสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ ) (ตาราง 13 ในภาคผนวก จ หน้า 112) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ จึงนำคะแนนชุดที่ได้ไปทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ และจากผลการวิเคราะห์คะแนนก่อนการสอนโดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่าคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติก่อนการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 0.47, p > .05$ ) ส่วนการเปรียบเทียบกับหลังการสอน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.419, p < .01$ ) และทั้งนี้ในระยะ

หลังการสอนเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในด้านประเมินอาการและด้านการวางแผนการดูแล และการปฏิบัติการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $t = -2.06, p < .05$  และ  $t = -4.24, -3.75, p < .01$  ตามลำดับ) ยกเว้นการปฏิบัติในด้านการประเมินผลการดูแล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 0.65, p > .05$ ) (ตาราง 7)

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

การปฏิบัติการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนการสอน		หลังการสอน		p			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	ก่อนการสอน		หลังการสอน	
					t	p	t	p
การปฏิบัติโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	65.21	13.46	85.12	13.68	0.47	0.63	-3.41**	0.00
กลุ่มควบคุม	67.09	17.90	74.18	11.83				
รายด้าน								
การประเมินอาการ								
กลุ่มทดลอง	17.43	4.99	21.75	5.18	0.22	0.82	-2.06*	0.04
กลุ่มควบคุม	17.75	6.10	19.03	5.33				
การวางแผนการดูแล								
กลุ่มทดลอง	10.34	4.16	14.90	3.43	0.98	0.33	-4.24**	0.00
กลุ่มควบคุม	11.71	6.76	11.53	2.90				
การปฏิบัติการดูแล								
กลุ่มทดลอง	28.56	6.54	38.34	6.06	0.03	0.97	-3.75**	0.00
กลุ่มควบคุม	28.62	6.80	33.00	5.29				
การประเมินผลการดูแล								
กลุ่มทดลอง	8.87	2.90	10.12	3.22	0.15	0.87	0.65	0.51
กลุ่มควบคุม	9.00	3.58	10.62	2.83				

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

เมื่อควบคุมอิทธิพลในด้านโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแลและอาการผิดปกติของผู้ป่วย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariate: ANCOVA) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกรที่มีส่วนร่วมในการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 10.22, p < .01$ ) และเมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า การปฏิบัติกรวางแผนการดูแลและการปฏิบัติกรดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $F = 9.64$  และ  $12.04, p < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านการปฏิบัติกรประเมินอาการและการประเมินผลการดูแลพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $F = 3.88$  และ  $.08, p > .05$ ) (ตาราง 8)

ตาราง 8

การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) รายด้านของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกรที่มีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการสอน (N กลุ่มละ 32 คน) โดยควบคุมตัวแปรอาการผิดปกติของผู้ป่วยและการมีโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล

ตัวแปร	Sum of Square	df	Mean Square	F	P
การปฏิบัติ	1686.04	1	1686.04	10.22**	0.00
การประเมินอาการ	106.55	1	106.55	3.88	0.05
การวางแผนการดูแล	97.62	1	97.62	9.64**	0.00
การปฏิบัติกรดูแล	395.04	1	395.04	12.04**	0.00
การประเมินผลการดูแล	0.78	1	0.78	0.08	0.77

\*\* $p < .01$

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติกรที่มีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เพื่อพิสูจน์เปรียบเทียบผลของการสอนระหว่างกลุ่มของทั้ง 2 วิธีให้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าคะแนนผลต่าง (different score) ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติกรหลังและก่อนการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าคะแนนผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติกรในกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 5.00, 11.31$  และ  $19.78$ ) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 2.15, -2.50$  และ  $7.09$ ) ตามลำดับ จึงนำคะแนนที่ได้ไปทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบหาความแตกต่างของค่าคะแนนผล

ต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าคะแนนผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติหลังและก่อนการสอนระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = -6.63, -8.39$  และ  $-5.03, P < .01$ ) ตามลำดับ (ตาราง 9)

ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจหลังและก่อนการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล		ค่าคะแนนผลต่าง		t	p
		$\bar{X}$	SD		
ความรู้	กลุ่มทดลอง	5.00	1.31	-6.63**	0.00
	กลุ่มควบคุม	2.15	2.03		
ทักษะคติ	กลุ่มทดลอง	11.31	3.97	-8.39**	0.00
	กลุ่มควบคุม	-2.50	8.42		
การปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง	19.78	8.88	-5.03**	0.00
	กลุ่มควบคุม	7.09	11.13		

\*\*p < .01

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมหลังการสอนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 19.00 (SD = 0.98) ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการสอน ( $\bar{X} = 14.00, SD = 1.56$ ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมหลังการสอนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 15.31 (SD = 1.83) ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการสอน ( $\bar{X} = 13.15, SD = 2.62$ ) และได้นำมาวิเคราะห์คะแนนความรู้ก่อนการสอนและหลังการสอนภายในกลุ่มโดยใช้สถิติที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการสอนและหลังการสอนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -21.43$  และ  $-5.98$ ,  $p < .01$ ) ตามลำดับ (ตาราง 10)

ตาราง 10

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

ความรู้การมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนการสอน		หลังการสอน		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง	14.00	1.56	19.00	0.98	-21.43**	0.00
กลุ่มควบคุม	13.15	2.62	15.31	1.83	-5.98**	0.00

\*\*  $p < .01$

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมหลังการสอนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 85.93 (SD = 3.93) ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติก่อนการสอน ( $\bar{X} = 74.62$ , SD = 4.47) ผลการวิเคราะห์คะแนนทัศนคติก่อนการสอนและหลังการสอนโดยใช้สถิติที พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนการสอนและหลังการสอนภายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -16.08$ ,  $p < .01$ ) (ตาราง 11)

ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมหลังการสอนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 69.96 (SD = 4.99) ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติก่อนการสอน ( $\bar{X} = 72.46$ , SD = 4.23) ผลการวิเคราะห์คะแนนทัศนคติก่อนการสอนและหลังการสอนโดยใช้สถิติที พบว่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนการสอนภายในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = 1.68$ ,  $p > .05$ ) (ตาราง 11)



ตาราง 11

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

ทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนการสอน		หลังการสอน		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง	74.62	4.47	85.93	3.93	-16.08**	0.00
กลุ่มควบคุม	72.46	4.23	69.96	4.99	1.68	0.10

\*\* p < .01

ส่วนที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมหลังการสอนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 85.12 (SD = 13.68) ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความการปฏิบัติก่อนการสอน ( $\bar{X}$  = 65.21, SD = 13.46) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการมีส่วนร่วมหลังการสอนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 74.18 (SD = 11.83) ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติก่อนการสอน ( $\bar{X}$  = 67.09, SD = 17.90) (ตาราง 12)

หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติก่อนการสอนและหลังการสอนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการสอนและหลังการสอนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12.67, -3.60, p < .01) ตามลำดับ (ตาราง 12)

ตาราง 12

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกรมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N กลุ่มละ 32 คน)

การปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	ก่อนการสอน		หลังการสอน		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง	65.21	13.46	85.12	13.68	-12.67**	0.00
กลุ่มควบคุม	67.09	17.90	74.18	11.83	-3.60**	0.00

\*\*p < .01

### การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ณ โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 64 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 ราย โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ส่วนในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย จากการทดสอบด้านคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97 – 100 อธิบายได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง ซึ่งสังคมคาดหวังให้เป็นผู้ดูแล (พิบูล, 2540) ประกอบกับผู้ดูแลเพศหญิงมีภาระหรือทำงานประกอบอาชีพนอกบ้านซึ่งเป็นงานประจำน้อยกว่าเพศชายจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่จะสนับสนุนผู้ป่วยในด้านการเงินและเป็นผู้จัดหาผู้ดูแลจากแหล่งอื่น ๆ ให้ ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (วิมลรัตน์, 3537) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.4 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เนื่องจากเป็นอาชีพอิสระจึงสามารถให้เวลาในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยได้ และเป็นอาชีพที่มีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำงาน

น้อยกว่าญาติผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพอื่น เช่น ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ส่วนในลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย เนื่องจากตามค่านิยมของสังคมไทยถือว่าบุตรต้องตอบแทนบุญคุณแก่บิดามารดา โดยให้การดูแลยามที่เจ็บป่วยให้ความช่วยเหลือทุกอย่างด้วยความกตัญญู (ยุพาพิน, พรรณวดี และ สมฤดี, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ กนกรัตน์ (2547) เกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งตัดสินใจเข้ารับบทบาทผู้ดูแลเพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลกันยามเจ็บป่วย และยังเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณสำหรับผู้ที่เคยมีบุญคุณต่อกันระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่อยู่ในวัยกลางคนเนื่องจากวัยเหล่านี้ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว และสังคมว่ามีความสามารถในการแก้ปัญหาขณะดูแลมากกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุมากได้ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมามากทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (วิมลรัตน์, 2537)

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่พบคือ ไมเกรน โรคภูมิแพ้ โรคหัวใจ ปวดเข่า ปวดหลัง กระเพาะ ไทรอยด์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 35- 59 ปี จะเห็นได้ว่าช่วงอายุยิ่งมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังสูงขึ้น (จันทร์เพ็ญ, 2543) อีกทั้งการที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจัดเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง (เทวีกา, 2542) ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยค่อนข้างมาก และหากเครื่องช่วยหายใจเกิดขัดข้องจะได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย จึงต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การที่ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดสูงและยังเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อโรคบนหอผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยมีอาการ ปวดศีรษะ เครียด อ่อนเพลีย ปวดหลัง และ ไอ จากเป็นโรคภูมิแพ้ร่วมด้วย

## 2. ลักษณะของผู้ป่วยที่ดูแล

ลักษณะของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไต และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารได้ มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวเท่ากับ 10 T คะแนน ถึงแม้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มรู้สึกตัวสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ร้อยละ 50 แต่ในการรับรู้ของญาติผู้ดูแลแล้วยังคงรับรู้ความรุนแรงตามอาการผู้ป่วยในระดับมาก ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 59.4 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 53.1 อธิบายได้ว่าการที่ญาติผู้ดูแลได้เห็นสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกิดการรับรู้ความรุนแรงตามสภาพ

อาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก เนื่องจากญาติผู้ดูแลได้ประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต (ซอลดา, 2536)

### 3. ผลของการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลของการสอนต่อความรู้ และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ดังนี้

#### 3.1 การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวมดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยหลังการสอนของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และพบว่าคะแนนผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังและก่อนได้รับการสอนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัยมีความรู้และการปฏิบัติดีกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ เนื่องจากสอนอย่างมีแบบแผนมีข้อแตกต่างจากการสอนตามปกติดังนี้

##### 1) มีความครอบคลุมถ้วนของเนื้อหา

เนื่องจากการสอนตามปกติอาจทำให้ญาติผู้ดูแลได้เนื้อหาที่ไม่ครบถ้วนและครอบคลุม โดยพยาบาลให้ความรู้เฉพาะขณะเข้าไปดูแลผู้ป่วยในแต่ละเตียง ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลโดยพยาบาลหลายคน และการที่พยาบาลสอนญาติผู้ดูแลในแต่ละครั้งอาจทำให้ขาดการส่งต่อข้อมูลที่ได้ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล ทำให้ไม่ทราบว่าจะข้อมูลอะไรบ้างที่ญาติผู้ดูแลได้รับการสอนไปแล้ว และข้อมูลใดบ้างที่ยังไม่ได้อธิบายให้ชัดเจนในประเด็นความรู้สำคัญต่างๆ อีกทั้งเวลาที่พยาบาลใช้ในการสอนเฉพาะเตียงจะมีน้อย เนื่องจากสภาพภายในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาวิจัยเป็นหอผู้ป่วยที่รับเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 32 เตียง โดยมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่

ที่รับผิดชอบผู้ป่วยในเวรเช้า พยาบาล 1 คน / ผู้ป่วย 3 คน และในเวร-บ่ายถึง พยาบาล 1 คน / ผู้ป่วย 4 คน พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในส่วนของ การดูแลด้านความสบายของผู้ป่วย เช่น การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้ยาตามแผนการรักษาที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หรือการทำหัตถการต่างๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ทันท่วงที จะเห็นได้ว่าภาระงานที่มีมากของพยาบาลอาจทำให้พยาบาลให้ข้อมูลในประเด็นที่สำคัญต่างๆไม่ครบถ้วน ในขณะที่ญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องการข้อมูลที่ชัดเจน โดย

พยาบาลมักบอกเพียงว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่มักจะไม่แนะนำว่าทำอะไร (กนกรัตน์, 2547) หรือ ไม่ได้บอกเหตุผลของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสงสัยและไม่มั่นใจในสิ่งที่ปฏิบัติ

ส่วนการสอนอย่างมีแบบแผนเป็นการสอนที่ได้เนื้อหาครอบคลุม ครบถ้วน การสอนอย่างมีแบบแผนมีผู้สอนคนเดียวทำให้ผู้สอนรู้ว่าอะไรที่สอนไปแล้วหรือส่วนใดที่ยังไม่ได้สอน ซึ่งก่อนและหลังการสอนได้มีการประเมินความรู้ของญาติผู้ดูแล ทำให้สามารถประเมินถึงสิ่งที่ต้องสอน เพื่อเป็นการให้ความรู้ให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียนได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งมีการจัดลำดับของเนื้อหา ทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ เนื่องจากมีแผนการสอน มีวัตถุประสงค์ทำให้ทราบเหตุผลของกิจกรรมการดูแลที่ชัดเจน อีกทั้งมีสื่อวีซีดี เป็นสื่อช่วยในการเรียนรู้ มีเนื้อหาการสอนตรงกับสิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของโรเจอร์ (Rogers, 1969 อ้างใน สุรางค์, 2533) กล่าวว่าธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนรับรู้ว่าจะเรียนมีความหมายและมีความสัมพันธ์ต่อจุดมุ่งหมายของผู้เรียน จึงทำให้ผู้เรียนสนใจและต้องการจะเรียนรู้ ดังผลการศึกษาของวิทยา (2544) เกี่ยวกับผลการส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หลังการทดลองสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

## 2) มีคู่มือในการทบทวนความรู้

การมีคู่มือที่ประกอบด้วยเนื้อหาสั้นๆเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ มีรูปภาพสีประกอบ เป็นสื่อที่กระตุ้นแรงจูงใจ ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง (ประณีต และคณะ, 2543) ซึ่งจากการสังเกตและสอบถามญาติผู้ดูแลหลังจากศึกษาและอ่านแล้วสามารถทบทวนเสริมการเรียนรู้ทำให้เข้าใจในเนื้อหาสาระมากขึ้น อีกทั้งนำความรู้จากคู่มือมาประกอบในการปฏิบัติได้

## 3) มีสื่อหลายอย่างผสมกันช่วยให้เกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติ

เนื่องจากการสอนอย่างมีแบบแผนมีลักษณะในการสอนที่ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ มีการเรียงลำดับเนื้อหา มีวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติที่ชัดเจนด้วยเหตุผลและหลักการ มีสื่อจากคู่มือช่วยในการปฏิบัติและการใช้สื่อจากวีซีดี ซึ่งการใช้สื่อหลายอย่างผสมกันย่อมให้ผลดีกว่าการใช้สื่ออย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว อีกทั้งได้มีการ

ตอบคำถามเมื่อญาติผู้ดูแลไม่เข้าใจ และให้การสนับสนุนในรูปแบบการพูด แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจในลักษณะอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาจากการปฏิบัติได้ ลดความเครียด มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น ดังการศึกษาของ ลักขณา และ คณะ (2543) เกี่ยวกับผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อย โดยใช้การสอนสุขศึกษาอย่างมีระบบ มีแผนการสอน โดยใช้วิธีการสอนแบบบรรยายและสาธิต ภาพพลิก และคู่มือเอกสาร พบว่ามารดาที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยดีกว่ามารดาที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ

4) มีสื่อสาธิตให้เห็นเป็นรูปธรรม มีลำดับขั้นตอน ที่ง่ายต่อการจดจำและนำไปปฏิบัติ

การสอนอย่างมีแบบแผนในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สื่อในการสอนที่มีกราฟิกเทคนิควิธีปฏิบัติต่างๆให้เห็นเป็นรูปธรรม โดยยึดสภาพความเป็นจริงสามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อการปฏิบัติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการดูแลที่ละเอียดซับซ้อน ค่อนข้างปฏิบัติได้ยากสำหรับผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งทั้งนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยจากภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากหัตถการการรักษา เช่น การเช็ดตัวอาบน้ำบนเตียง การพลิกตะแคงตัว และการดูแลความสะอาดปากฟันขณะที่ผู้ป่วยมีท่อหายใจอยู่ เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากในกิจกรรมการดูแล การสอนโดยการสาธิตจากสื่อเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถเรียงลำดับขั้นตอนได้ง่ายขึ้น ไม่สับสนหรือยุ่งยาก เป็นการสอนเพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้สามารถแก้ปัญหาจากการปฏิบัติดังกล่าว มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความตระหนักที่จะปฏิบัติดังเช่น เมื่อญาติผู้ดูแลได้เห็นภาพของแผลกดทับทำให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้งเมื่อเห็นภาพของการหักพียงอ การหลุดของสายท่อเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งตัวอย่างของเสียงที่ผิดปกติของเครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เมื่อญาติผู้ดูแลได้เห็นภาพดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้และตระหนักในการปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในการสังเกต และระมัดระวังอันตรายขณะดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อเห็นภาพการปฏิบัติจริงในการดูแลทางด้านจิตใจโดยการมีสื่อให้เห็นอย่างชัดเจน ซึ่งในการสอนตามปกติอาจยากที่จะสื่อถ่ายทอดให้ญาติผู้ดูแลได้เห็นภาพที่ชัดเจนได้ รวมทั้งมีภาพสาธิตการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกายแขน ขา และการบริหารปอด ซึ่งพบว่าการสอนในประเด็นนี้ในการสอนตามปกติ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่างๆได้น้อยเช่นกัน

5) รูปแบบการสอนที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติ  
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

มีการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวทำให้ญาติผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนถึงการมีส่วนร่วมในการดูแล เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุย รวมทั้งอภิปรายซักถามปัญหาจากสภาพความเป็นจริงของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย มีกิจกรรมใดบ้างที่ไม่สามารถทำได้ และกิจกรรมใดที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้สอนมีการยกย่องชมเชยเมื่อญาติผู้ดูแลสามารถตอบคำถาม และปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นการจูงใจกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เกิดความเข้มแข็งที่จะเผชิญปัญหาและเกิดพลังอำนาจในการปฏิบัติกรมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รวมทั้งร่วมกันวางแผนการดูแลรักษา ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไขโดยอธิบายเหตุผลในขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มีความรู้ในการเลือกและตระหนักในวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งนี้ได้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลรักษาเพื่อให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลด้วยตนเอง และเกิดแนวทางที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยให้ญาติผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นและวางเป้าหมายในการดูแลร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รู้สึกว่าตนสามารถจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองเกิดเป็นพลังอำนาจที่จะปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของสุพัตรา (2540) เกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังภายในตนของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายโดยมีแผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพและคู่มือสำหรับผู้ป่วยและภาพพลิก พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพมีคะแนนพลังอำนาจภายในตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

3.2 การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในรายด้าน

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและด้านการวางแผนการดูแลรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P > .05$ ) เนื่องจากความรู้ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการบอกความต้องการของผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่รับทราบ ตลอดจนการได้สอบถามพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงอาการของโรคผู้ป่วย และการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ระดับความรู้สึกตัวลดลง ล้วนเป็นประเด็นสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็น

ประเด็นที่ปัจจุบันได้มีการรณรงค์ให้ได้รับความสนใจ และมีการส่งเสริมให้ความรู้ ผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ดูแลจึงรับรู้ในเรื่องผลการตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการพยากรณ์โรค มีสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าว และสิทธิที่จะรู้ได้เป็นอย่างดี (อวยพร, 2540) และเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ด้านการวางแผนการดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการวางแผนการดูแลทั้งก่อนและหลัง การสอนของแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P > .05$ ) ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนการดูแลก่อนการสอนในระดับที่ค่อนข้างมากอยู่แล้ว เช่นกัน (ตาราง 14 ในภาคผนวก จ หน้า 114)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการประเมินผลการดูแลของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $P > .05$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาในคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการประเมินผลการดูแลที่มากเช่นกันทั้ง 2 กลุ่ม และจากการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านการประเมินผลการดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการประเมินผลการดูแลทั้งก่อนและหลังการสอนของแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P > .05$ ) อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มต่างมีความรู้ในการประเมินผลการดูแลมาก่อน เนื่องจากการประเมินผลจากการดูแลในบทบาทของญาติผู้ดูแล เป็นกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อนญาติผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ได้เอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับมีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลสังเกตและประเมินด้วยตนเอง สามารถให้ข้อมูลและบอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (กนกรัตน์, 2547)

### 3.3 การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในรายด้าน

จากตาราง 8 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติด้านการประเมินอาการ และด้านการประเมินผลการดูแล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ ) สืบเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์จริงจากการสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่พบเช่น มีไข้ ท้องเสีย เกร็งกระตุก แผลกดทับ หอบ มีไข้และ จำเลือด จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการประเมินอาการในกลุ่มควบคุมเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากเมื่อญาติเกิดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้ญาติเกิดทักษะในการ



ดูแล และมีทักษะในการประเมินผลการดูแล (Laitinen, 1992) จึงไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการประเมินอาการ และการประเมินผลของทั้ง 2 กลุ่ม

ส่วนในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันนั้นอาจไม่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมากนัก สาเหตุมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.667, P > .05$ ) อาจเกิดจากในกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มทดลอง ได้ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคนาน จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัว เพื่อให้อยู่กับโรคได้และอาจเกิดจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ในขณะนั้นอยู่ในระยะความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยไม่มากนัก จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของญาติผู้ดูแลน้อยลงทำให้ไม่เกิดอาการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาของสุดศิริ (2541) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะสุขภาพของผู้ดูแลซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ระดับหนึ่งซึ่งเรียกว่า การเข้าสู่วงจรชีวิตที่ลงตัว ทำให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี และไม่เกิดปัญหาสุขภาพที่จะมาเป็นอุปสรรคหรือขีดจำกัดในการดูแลผู้ป่วย

### 3.4 การอภิปรายผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการสอนมากกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) เป็นไปตาม สมมติฐานที่ 3 เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมากขึ้น ความรู้ของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้มาจากคำแนะนำของพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติงานและจากการสอนอย่างมีแบบแผน ถึงแม้การสอนทั้ง 2 วิธีนี้แตกต่างกัน แต่ต่างก็เป็นระบบที่สนับสนุนและให้ความรู้ ญาติผู้ดูแลจะได้รับความรู้โดยเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทำให้ญาติผู้ดูแล เกิดประสบการณ์ การที่ได้ฝึกปฏิบัติกระทำทุกวันจึงเกิดการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีการเรียนรู้จาก 2 วิธีคือ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการ

ตระหนักรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ การลองผิดลองถูกและการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้จากพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะกล่าวได้ว่าการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการได้มีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน กระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันให้ได้มีการสัมผัส ฝึกหัดการกระทำต่างๆ (สมจิต, 2544) ดังผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยหลังการสอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) เนื่องจากการสอนทั้งโดยปกติ และการสอนอย่างมีแบบแผน ล้วนส่งเสริมให้เกิดความรู้และนำสู่การปฏิบัติเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยมีอาการไม่รู้สึกตัวอยู่ในภาวะวิกฤตญาติผู้ดูแลจึงรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระดับมาก และประกอบด้วยความผูกพันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติสิ่งต่างๆเพื่อที่จะควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่คุกคาม ดังนั้นความรักและความผูกพันที่ญาติผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย จึงอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลทำสิ่งต่างๆได้ (ยุพาพิน, พรรณวดี และ สมฤดี, 2543) และสามารถทำให้ญาติผู้ดูแลกระตือรือร้นในการปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมในด้านต่างๆให้กับผู้ป่วยมากขึ้น แต่ทั้งนี้การสอนทั้ง 2 วิธีทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการสอนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจะมากกว่าการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < .01$ ) อภิปรายได้ว่าการสอนอย่างมีแบบแผนจะมีผลต่อความรู้และการปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมมากกว่าการสอนตามปกติดังเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

#### 4. ผลของการสอนต่อทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลของการสอนต่อทัศนคติการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ดังนี้

##### 4.1 การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม ดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยหลังการสอนของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 และ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างของค่าคะแนนความทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังและก่อนได้รับการสอนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัยมีทัศนคติดีกว่าญาติผู้ดูแล

ลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติเนื่องจากการสอนอย่างมีแบบแผนมีข้อแตกต่างจากการสอนตามปกติดังนี้

1) มีการบอกวัตถุประสงค์ โน้มน้าวให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล

มีการบอกวัตถุประสงค์ มีการโน้มน้าวให้เห็นประโยชน์ ของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยอาศัยหลักของการฟังพากัน เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กัน ซึ่งผู้รับบริการได้รับการสนับสนุน กระตุ้นให้กำลังใจ ให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน (Henson, 1997) ส่วนการสอนตามปกติในการศึกษานี้จากการพูดคุย ซักถามญาติผู้ดูแล พบว่าการสอนตามปกติที่ญาติผู้ดูแลได้รับเป็นการสอน ในลักษณะเพียงบอกว่า เมื่อมาอยู่โรงพยาบาลต้องทำอะไรบ้าง และทำอย่างไรในบางสิ่ง เช่นบอกถึงหน้าที่ที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำ ไม่ได้อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการสอนตามปกติ ไม่ได้เป็นการมุ่งเน้นถึงความสามารถ และความสำคัญของญาติผู้ดูแลอย่างแท้จริง ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเมื่อมาดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแล้ว จะต้องทำอะไรต่างๆ เช่น การอาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น เหมือนเป็นระเบียบที่ต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรเหมือนญาติผู้ดูแลอื่นๆ ซึ่งในญาติผู้ดูแลบางรายก็เต็มใจให้ความร่วมมือ แต่ในบางรายก็ได้ให้ความคิดเห็นว่า เป็นเพียงการช่วยพยาบาลในการทำงาน เนื่องจากเป็นหน้าที่ของพยาบาล

2) มีสื่อวีซีดีช่วยในการงูใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสนใจในข้อมูลที่ให้

ในการสอนผู้วิจัยได้จัดทำสื่อโดยมีภาพของผู้ป่วย พยาบาล และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกคุ้นเคย มีความเป็นไปได้ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลสนใจในข่าวสารนั้นๆ ลักษณะดังกล่าวทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ให้บริการ ทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากยิ่งขึ้น (ชะนวนทอง, 2538) การที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดหรือทัศนคติได้ ต้องมีการรับรู้ หรือความสนใจที่ดี และการทำความเข้าใจ ย่อมขึ้นอยู่กับความยากง่าย และวิธีการสื่อสารที่ทำให้แสดงความคิดเห็นว่ามีความเห็นด้วย หรือมีความรู้สึกคล้อยตาม (ลักขณา, พรพิชญ และ กาญจนา, 2543)

3) รูปแบบการสอนมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจเกิดทัศนคติที่ดี

ซึ่งลักษณะของรูปแบบการสอน อย่างมีแบบแผนเป็นการสอนแบบกลุ่มเล็กขนาด 3-4 คน ได้ให้เวลาญาติผู้ดูแลถามถึงปัญหาและความต้องการในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และความรู้ จากประสบการณ์จริงของญาติผู้ดูแลแต่ละคน ได้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้สอน เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นเกิด สัมพันธภาพที่ไว้วางใจกัน ส่งเสริมมิตรภาพ เพื่อลดความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ต้องเผชิญอยู่ และการ

ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลตระหนักในการทำบทบาทของตนและกล้าที่จะซักถามแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ในกลุ่มควบคุมเมื่อญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการส่งเสริมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ หรือเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้โอกาสญาติผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการตัดสินใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มั่นใจในการซักถาม หรือปฏิเสธการรักษา และสิ่งหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดเป็นเพราะไม่ทราบข้อมูลของผู้ป่วยที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและอาการ แนวทางการดูแลรักษา แต่เรื่องที่ญาติผู้ดูแลจะต้องตัดสินใจ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัด และการทำหัตถการทางการแพทย์เท่านั้น (กนกรัตน์ , 2547) เนื่องจากการตัดสินใจในการรับการรักษาเป็นเรื่องหนึ่งที่ซับซ้อนมากที่สุด ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้เรื่องทางเลือกในการรักษา การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Shannon & Wolfe, 2003)

นอกจากนี้ปัจจัยที่ยับยั้งความสามารถในการแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลคือปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์พยาบาลกับญาติผู้ดูแล จากท่าทีของพยาบาลที่ไม่เต็มใจให้ความช่วยเหลือ หรือญาติเห็นพยาบาลยุ่งไม่ยอมรับทวง (กนกรัตน์, 2547) จะเห็นได้ว่าภาระงานของพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล แต่จากผลการวิจัยของบุญวดี และ จรัสศรี (2541) เรื่องการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่าปริมาณภาระงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมเป็นผลมาจากความตระหนักในตนเองของพยาบาลและมีความตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือถึงแม้มีอุปสรรคหรือมีสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่ไม่อำนวย

จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพที่มีต่อกันเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังในกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับกำลังใจและยืนยันถึงสิทธิ หน้าที่ของญาติผู้ดูแลเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ดังการศึกษาของแฮกก์มาร์ค (Haggmark, 1990) เกี่ยวกับเจตคติเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นการประเมินผลจากโปรแกรมการกระตุ้นให้มีกิจกรรมร่วมกัน ศึกษาโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระหว่างการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติบางคนกลัวการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ แต่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล จะได้รับการบอกกล่าวในเรื่อง

สถานที่ของหอผู้ป่วย มีคู่มือและสามารถเฝ้าและเยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอดเวลาตามความต้องการ และยังมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งเป็นการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล เพื่อดูแลต่อบ้านทำให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้รู้สึกสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ ไม่รู้ว่าตัวเองเป็นตัวรบกวนการทำงาน of เจ้าหน้าที่ และมีทัศนคติที่ดีและเต็มใจมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### 4.2 การอภิปรายผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติภายในกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ภายในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 เนื่องจากการสอนอย่างมีแบบแผนมีลักษณะการสอนที่ บอกวัตถุประสงค์ทำให้ง่ายต่อความเข้าใจในบทบาทของญาติผู้ดูแล ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมที่แท้จริง เห็นเป็นรูปธรรม ไม่ต้องจินตนาการ มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความตระหนัก เกิดความรู้สึกรู้สึกขึ้นในจิตใจถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งแม้ว่าการใช้สื่อการสอนเช่น ภาพวีดิทัศน์ จะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ แต่จะต้องประกอบด้วย การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ การเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายการเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน (สมจิต, 2544)

ส่วนในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจากการประเมินก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > .05$ ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 เนื่องจากการที่จะให้ญาติผู้ดูแลเปลี่ยนหรือสร้างทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมต้องใช้กระบวนการที่ทำให้เกิดแรงจูงใจขึ้น ซึ่งในการสอนตามปกติ ไม่ได้ผ่านขั้นตอนที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ ในการทำให้ญาติผู้ดูแลรับทราบถึงผลดีหรือประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากทัศนคติที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยแรงจูงใจ เทคนิคและวิธีการอันเหมาะสม การกระทำและการปฏิบัติจริงโดยอาศัยหลักการและเหตุผล (ณัฐมณี, 2545)

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย พบว่าตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยไปสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มทดลองได้แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้การดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ผู้ป่วยในด้านต่างๆเป็นอย่างดี เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติและการมีส่วนร่วมในการซักถาม วางแผนในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการสอนอย่างมีแบบแผนสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง

เนื่องจากเป็นการสอนที่มีการสาธิตวิธีปฏิบัติที่มีขั้นตอนละเอียดซับซ้อนให้ญาติผู้ดูแลให้สามารถจดจำและลำดับขั้นตอนได้ง่ายขึ้น รวมทั้งมีรูปแบบการสอนเป็นกลุ่มได้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยประหยัดเวลาในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแล โดยพยาบาลสามารถให้ข้อมูลที่ครบถ้วนได้ในขณะที่พยาบาลมีเวลาในการสอนน้อย ดังการทบทวนศีกษาวิจัยที่ผ่านมา (ลักขณา, พรเพ็ญ และ กาญจนา, 2543; วิทยา, 2544; ศิริพร, 2536) เกี่ยวกับการมีโปรแกรมการสอนการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลอย่างมีระบบสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน