

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

#### การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

##### ความหมายและความสำคัญของเครื่องช่วยหายใจ

เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะหายใจวาย (ทิพมาส, 2544) โดยทำหน้าที่หลัก คือ ทำให้ก๊าซเคลื่อนที่เข้าสู่ถุงลมในขณะหายใจเข้า และอาศัยการยืดหยุ่นตัวกลับของปอดและผนังทรวงอกขับเอาก๊าซออกมาเอง (ทิพมาส, 2544; วิชัย, 2545) เครื่องช่วยหายใจจึงเป็นเครื่องมือที่ทำงานแทนหรือช่วยในการทำงานของระบบหายใจ (เทวิกา, 2542) โดยทำหน้าที่ช่วยการหายใจ (assistor) ในผู้ป่วยที่มีแรงกระตุ้นให้เครื่องช่วยหายใจทำงาน เป็นเครื่องควบคุมการหายใจ (controller) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจเองได้หรือต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจควบคุมการหายใจของผู้ป่วยทั้งหมดหรือทำหน้าที่ทั้งช่วยและควบคุมการหายใจ (assistor controller) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น ถ้าผู้ป่วยหายใจเองได้เครื่องจะทำหน้าที่ช่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการเลวลงไม่สามารถหายใจเองได้ เครื่องจะทำหน้าที่ควบคุมการหายใจของผู้ป่วย (วรภรณ์ และ มุกดา, 2541)

ทั้งนี้วัตถุประสงค์และข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ เพื่อส่งเสริมให้มีการระบายอากาศและการกระจายของอากาศในถุงลมได้ตามปกติและเพียงพอ ในกรณีที่พบว่าการระบายอากาศออกจากถุงลมปอดมีจำนวนต่ำกว่าปกติ ซึ่งจะทำให้แรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง ( $\text{PaCO}_2$ ) เพิ่มขึ้น และระดับ pH ในเลือดลดลง เกิดภาวะเป็นกรดจากการหายใจ (pH ต่ำกว่า 7.3) และในกรณีที่พบว่ามีภาวะเลือดพร่องออกซิเจน เมื่อการให้ออกซิเจนในอัตราการไหลที่สูงแล้วไม่ประสบผลสำเร็จในการคงไว้ซึ่งระดับออกซิเจนในเลือด ( $\text{PaO}_2 < 50$  มม.ปรอท)

การนำเครื่องช่วยหายใจเข้ามาจะช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น โดยช่วยให้มีการส่งผ่านออกซิเจนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาระการทำงานของปอดและกล้ามเนื้อช่วยหายใจ โดยลดอัตราการหายใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการระบายอากาศ (จิตรา, 2541; ปราณี, 2543; ลินจง, 2539; Traver & Priestley, 1991)

สำหรับการเลือกใช้เครื่องช่วยหายใจ ในอดีตเครื่องช่วยหายใจจะมีทั้งชนิดที่เป็นแรงดันบวกและแรงดันลบ แต่ปัจจุบันที่นิยมใช้เป็นเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกทั้งสิ้น คืออาศัยแรงดันบวกดันอากาศเข้าไปในปอดทำให้เกิดการหายใจเข้าทำให้ปอดและทรวงอกขยายตัว แล้วอาศัยการตอบกลับตามธรรมชาติของทรวงอกและปอดในช่วงหายใจออก เพื่อให้ความดันในทางเดินหายใจกลับสู่สภาวะเดิม (จิตรา, 2541) การจำแนกเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกทำได้หลายวิธี แต่การแบ่งเครื่องช่วยหายใจโดยใช้กลไกการเปลี่ยนจากช่วงหายใจเข้าเป็นช่วงหายใจออกเป็นวิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เข้าใจง่าย และมีประโยชน์ทางคลินิก (อนันต์, 2542) วิธีนี้สามารถแบ่งเครื่องช่วยหายใจออกได้เป็น 4 ชนิด คือ (จิตรา, 2541; ทิพมาส, 2544)

1. เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดัน (pressure-cycled ventilator) เช่น เบิร์ด (Bird Mark 7, 8, 10, 14) เป็นเครื่องช่วยหายใจที่ใช้ความดันเป็นตัวกำหนดรอบการหายใจ เครื่องจะทำงานโดยอาศัยแรงดันส่งอากาศเข้าไปในปอด จนถึงความดันสูงสุดของเครื่องที่ตั้งไว้แล้ว เครื่องจะหยุดและเริ่มหายใจออก ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้รับจะไม่คงที่เปลี่ยนแปลงตามแรงต้านของทางเดินหายใจและปอด

2. เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (volume-cycled ventilator) เช่น เบนเนตต์ (Bennett MA1, Bennett 7200) เบิร์ด (Bird Volume 6400, 8400) อังสตรอม (Engstrom) เป็นเครื่องช่วยหายใจที่ใช้ปริมาตรกำหนดรอบการหายใจ เครื่องจะทำงานโดยอาศัยแรงดันส่งอากาศเข้าไปในปอด จนถึงปริมาตรที่ตั้งไว้แล้วเครื่องจะหยุดและเริ่มหายใจออก ในแต่ละครั้งผู้ป่วยมักได้รับปริมาตรอากาศค่อนข้างคงที่

3. เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมเวลา (time-cycled ventilator) เช่น แบริ์ (Bear) ซีพียู (CPU) เบบี้เบิร์ด (Baby Bird) ซีเมน (Siemen) ซึ่งใช้มากในเด็ก เป็นเครื่องช่วยหายใจที่ใช้เวลากำหนดรอบการหายใจ โดยในช่วงหายใจเข้าเครื่องจะทำงาน ดันเอาอากาศเข้าไปในปอดจนถึงเวลาที่ตั้งไว้แล้วเครื่องจะหยุดและเริ่มหายใจออก

4. เครื่องช่วยหายใจชนิดรวมคุณสมบัติต่าง ๆ มากำหนดรอบ (combine-cycled ventilator) เช่น เบนเนตต์ (Bennett 7200) เซอโว (Servo 300, 900) เป็นการรวมคุณสมบัติทั้ง 3 อย่างไว้ในเครื่องเดียวกัน อาจกำหนดความดันกับเวลา ปริมาตรกับเวลา หรือปริมาตร ความดัน และเวลา

เช่น ช่วงการหายใจเข้าอาจตั้งให้ความดันหรือปริมาตรอากาศเป็นตัวตัดจังหวะ โดยที่ถ้าอย่างใดอย่างหนึ่งสูงถึงระดับที่ตั้งไว้ก่อนสิ่งนั้นจะเป็นตัวควบคุมเครื่องให้ทำงานในจังหวะต่อไป ส่วนช่วงการหายใจออกมักอาศัยการตั้งระยะเวลากำหนดไว้ว่าจะให้หายใจออกนานเท่าไรจึงจะหยุดเปลี่ยนเป็นจังหวะการหายใจเข้าต่อไป

อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติในคลินิกนิยมใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดันและชนิดควบคุมด้วยปริมาตร ซึ่งชนิดควบคุมด้วยความดัน เช่น เบิร์ด (Mark 7) จะใช้กันมากเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ไม่ซับซ้อนและราคาถูก แต่การใช้งานทางคลินิกนั้นยาก ซับซ้อน ขาดความแม่นยำ และมีขีดจำกัดมาก (สุมาลี, 2545)

### ประเภทของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ไฟรเคิลส์ (freichels, 1993) แบ่งประเภทของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามระยะเวลาในการให้การดูแลออกเป็น 3 ระยะ โดยกล่าวว่าผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานจะต้องผ่านทั้ง 3 ระยะตามลำดับ ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดขึ้น เช่น หลังผ่าตัดหัวใจ อุบัติเหตุจากรถ หรือภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งมักจะใช้เวลาประมาณ 3-7 วัน ในระยะนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยเป้าหมายของการดูแลเพื่อรักษาอาการให้อยู่ในภาวะคงที่ การดูแลจะประกอบด้วยการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด (monitoring) มีการบริหารจัดการด้านการรักษาและให้ยาตามสภาพอาการผู้ป่วยเพื่อคงสภาพภาวะสมดุลของร่างกายไว้ (hemodynamic status) โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะไม่รู้สึกรู้สิดตัวหรือไม่ค่อยมีปฏิกิริยาตอบสนอง

2. ระยะการปรับเปลี่ยน (transitional phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่มากขึ้น ซึ่งยังคงอยู่ในหออภิบาล ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวมากขึ้น แต่อาจจะมีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคลรอบพร้อม พักผ่อนได้น้อย และมีอาการกระวนกระวาย โดยทั่วไปยังไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ อาการเหล่านี้จะปรากฏอยู่มากกว่า 2 สัปดาห์ สาเหตุจากภาวะขาดออกซิเจน เครียด หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ การพยาบาลที่ได้รับจะเป็นเรื่องของการแนะนำเกี่ยวกับวันเวลา สถานที่และบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ร่วมกับประเมินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (recuperative phase) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวมากขึ้น รับรู้วันเวลาสถานที่ได้ดี มีปฏิสัมพันธ์มากขึ้น และมีความพยายามที่จะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจะมีความก้าวหน้าในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจนสามารถกลับไปหายใจตามปกติได้ ในระยะนี้สามารถส่งตัวผู้ป่วยออกมารับการรักษาดูแลในหอผู้ป่วยสามัญได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมาถึงจะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินจากความไว้วางใจของผู้ป่วย ภาวะโภชนาการ ความเพียงพอของออกซิเจนในเนื้อเยื่อ (tissue oxygenation) และกลไกการหายใจของผู้ป่วย

#### ผลกระทบของการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อผู้ป่วย

เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงผลกระทบของการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อผู้ป่วย ในที่นี้จะขอใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) มาอธิบายถึงผลกระทบของการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อผู้ป่วย ซึ่งแต่ละแบบแผนจะแสดงออกถึงพฤติกรรมของคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนทั้งคน ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง เนื่องจากภาวะหายใจว้ายอย่างเฉียบพลันอาจทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป (เทวิกา, 2542) และการที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการคาท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ และสายเครื่องช่วยหายใจที่มีความยาวจำกัด (Jablonski, 1995) นอกจากนี้การคาท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นทางคำพูดได้ (ลินจง, 2542) สิ่งเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการคาดการณ์ความสามารถในการตัดสินใจ และความสามารถในการปฏิบัติบกพร่องไปซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Orem, 1995)

2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร การขาดสารอาหารเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากการคาท่อช่วยหายใจหรือท่อเจาะคอ ทำให้รูปแบบการรับประทานอาหารผิดไปจากปกติ (วรภรณ และ มุกดา, 2541) ผู้ป่วยเกือบทุกรายมักได้รับอาหารทางสายยาง (nasogastric tube) การเปลี่ยนเวลาการให้อาหารตามแผนการดูแล เช่น ทุก 4 ชั่วโมง ทุก 6 ชั่วโมง ทำให้การหลังกรดแปรปรวน (เทวิกา, 2542) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเหนื่อยง่าย หลายรายมีไข้จากการติดเชื้อ มีภาวะเครียดเนื่องจากการรับรู้ว่าเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสิ่งกระตุ้นความเครียดมากมาย ทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารได้ง่าย (ทิพมาส, 2544) ซึ่งพบว่าภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมักเกิดจากภาวะเครียด (Honig,

1992) ผู้ป่วยจึงต้องการสารน้ำและพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการปรับตัวต่อความเครียด (วารุณี, 2539) ซึ่งในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอัตราการเผาผลาญและความต้องการพลังงานของร่างกายจะสูงกว่าในภาวะปกติ โดยผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาอันยาวนานมีความต้องการพลังงาน 2,000-2,500 แคลอรี/วัน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998)

นอกจากภาวะเครียดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานมากขึ้นแล้ว ปัญหาที่เกิดจากการได้รับปริมาณอาหารที่น้อยเกินไป เนื่องจากหลายรายมีอาการท้องอืดจากการกลืนอากาศเข้าไป (ลินจง, 2539) และมีการเคลื่อนไหวน้อยร่วมกับการได้รับอาหารทางสายยาง อาจทำให้ได้รับสารอาหารน้ำ และอิเล็กโทรลัยท์ไม่เพียงพอได้ (ทิพมาส, 2544)

3. การขับถ่าย ภาวะน้ำเกินเป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุของการเกิดแม้ยังไม่แน่ชัด แต่ก็มีหลาย ๆ กลไกที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นเพราะความดันในช่องอกที่สูงขึ้นในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดสู่หัวใจน้อยลง (Perel & Pizov, 1992) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจลดลง ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน เอ ดี เอช (antidiuretic hormone) และอัลโดสเตอโรน (aldosterone) กระตุ้นให้ไตเก็บน้ำไว้ในร่างกายมากขึ้น (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) หรืออาจเกิดจากการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายทางระบบหายใจลดลงในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ปราณี, 2543) แต่กลับได้รับความชื้นจากกระบอกทำความชื้นเพิ่มขึ้น 300-500 ซีซี / วัน นอกจากนั้นระบบน้ำเหลืองก็ไม่สามารถระบายน้ำออกจากปอดได้ เพราะความดันในช่องอกที่สูงขึ้นทำให้หลอดเลือดถูกกด (Kersten, 1989) นอกจากนี้การที่ต้องนอนอยู่กับเตียง ได้รับยากล่อมประสาท และภาวะเครียด ทำให้ลำไส้ไม่ค่อยทำงาน และการที่ไม่สามารถจะเบ่งถ่ายอุจจาระได้จะทำให้ท้องผูก (ปราณี, 2543)

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนอกจากพยาธิสภาพของโรคแล้ว ความจำกัดจากสายของเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่น ๆ รวมทั้งการถูกผูกมัดเนื่องจากการกลัวการเคลื่อนไหวหลุดของท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระ (Halm & Alpen, 1993) ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายจากท่านอนที่ไม่เหมาะสมและไม่ค่อยได้เปลี่ยนท่า (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ทั้งนี้จากการศึกษาของสุพัตรา (2536) พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ การจัดท่านอนที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อย นอกจากนี้การที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาอันยาวนานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนกับที่นาน ๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หดเกร็ง สูญเสียความแข็งแรงของผิวหนัง เกิดปอดอักเสบ หลอดเลือดดำอุดตัน เป็นต้น (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) สำหรับการดำเนินงานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต ปัญหาที่เกิดจากการใช้

เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกทำให้ความดันในช่องอกเป็นบวกในระหว่างหายใจเข้าซึ่งปกติจะเป็นลบนั้น อาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือดได้ (ปราณี, 2543) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหายใจ และการที่ผู้ป่วยต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้ความดันในช่องอกสูงขึ้น การไหลเวียนกลับของเลือดดำสู่หัวใจก็จะน้อยลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจลดลง (เทวีกา, 2542; วราภรณ์ และ มุกดา, 2541) ผู้ป่วยจะมีอาการ กระสับกระส่ายหรือซีมลง ปัสสาวะออกน้อย ซีพจรเบา ผิวหนังซีด อ่อนเพลีย และเจ็บหน้าอก (ปราณี, 2543)

5. การพักผ่อนนอนหลับ การพักผ่อนนอนหลับที่ไม่เพียงพอเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสาเหตุอาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค อาการเจ็บคอจากการใส่และคาท่อหายใจ เจ็บปวดและถูกรบกวนจากกิจกรรมการพยาบาล (ทิพมาส, 2544; ปราณี, 2543) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองเป็นอย่างมาก เพราะการใช้เครื่องช่วยหายใจจะบอกถึงว่าชีวิตของเขาเสี่ยงต่อความตายและเขาอยู่ได้เพราะเครื่องมือนี้ (ลินจง, 2542) ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องช่วยหายใจบอกว่า "เปรียบเสมือนสิ่งที่ช่วยให้รอดพ้นจากความตาย" และ "ช่วยหายใจยามไม่มีแรง" (ภัทรพร, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยมักจะเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยต้องคอยเฝ้าระวังอุปกรณ์และสายต่าง ๆ (ทิพมาส, 2544) กลัวตาย กลัวเครื่องหยุดทำงาน กลัวไม่มีคนเห็นเมื่อเครื่องขัดข้อง (เทวีกา, 2542) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยมักต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจในตอนกลางคืนทั้ง ๆ ที่สามารถหายใจได้เองมาตลอดทั้งวัน (Carroll, 1995)

ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เสียงของเครื่องช่วยหายใจ แสงสว่างจากไฟที่เปิดทั้งกลางวันกลางคืนทำให้ไม่ทราบวันเวลา สิ่งเหล่านี้จะรบกวนรูปแบบการนอนและทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ (เทวีกา, 2542; อภิญา, ศิริสมพร, และจันทร์เพ็ญ, 2541; Evans & French, 1995) จากการศึกษาของสุพัตรา (2536) พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เกิดจากเสียงพูดคุย เสียงจากการทำงานและสัญญาณเตือนของเครื่องมือ แสงสว่างจากไฟที่เปิดอยู่ตลอดเวลา สิ่งรบกวนเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

6. สถิติปัญญาและการรับรู้ ความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเรียนรู้จะลดลงเนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมักมีปัญหาจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกาย (วราภรณ์ และ มุกดา, 2541) และมีภาวะไม่สมดุลของกรด-ด่างจากการหายใจ ซึ่งอาจเกิดจากการตั้งเครื่องช่วยหายใจที่ทำให้ปริมาตรอากาศหายใจมากหรือน้อยเกินไป หรือการตั้งอัตราการหายใจที่ช้าหรือเร็ว

เกินไป ทำให้การระบายอากาศไม่เหมาะสม (วรารภรณ์ และ มุกดา, 2541) หรืออาจเกิดจากผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีเสมหะสะสมได้ง่ายจากผลของท่อช่วยหายใจต่อเยื่อหลอดลม ความชื้นที่ไม่เพียงพอ ความเข้มข้นออกซิเจนที่มากเกินไป และโรคของปอดของผู้ป่วยเอง (อดิสร, 2542) ร่วมกับการขับเสมหะที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นเหตุให้เกิดการคั่งค้างและการอุดตันของเสมหะ (ปราณี, 2543) ทำให้เกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจนหรือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด (วรารภรณ์ และ มุกดา, 2541) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองโดยตรง อารมณ์จะหงุดหงิดง่าย กระสับกระส่ายสับสน การรับรู้ลดลง และการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกอาจทำให้แรงดันในสมองสูงขึ้นได้ (ทิพมาส, 2544; เทวีกา, 2542)

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะถดถอยซึมเศร้า (ปราณี, 2543) คนที่นอนน้อยกว่า 3 ชั่วโมงจะรู้สึกไม่สดชื่น การตัดสินใจไม่ดี (อภิญา และ คณะ, 2541) หากการขาดการนอนหลับอย่างเพียงพอยังคงเกิดขึ้นต่อไปอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว สับสน หวาดระแวง หรือมีพฤติกรรมทางจิตเปลี่ยนแปลงไป (Halm & Alpen, 1993)

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตต่าง ๆ หรือจากอาการเจ็บป่วยและสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ได้ แม้แต่การดูแลตนเอง การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการสื่อสารอย่างมาก และมักไม่สามารถบอกความต้องการได้ตามที่คาดหวัง (ทิพมาส, 2544) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตเขาได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตาม หรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวเองอย่างมาก จนอาจเกิดภาวะหมดพลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ (ทิพมาส และ วรารภรณ์, 2546; Carpenit, 2002)

8. บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจการทำการกิจกรรมในสังคมและการสื่อสารต่อบุคคลอื่นถูกจำกัดเพราะต้องใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไปกอดสายเสียง ผู้ป่วยจะพูดไม่มีเสียงไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ (จิตรา, 2541; เทวีกา, 2542) และการที่ต้องอยู่แต่บนเตียงนาน ๆ ทำให้แสดงบทบาทของตนไม่ได้ สัมพันธภาพกับผู้อื่นก็จะลดลง (เทวีกา, 2542)

9. เพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกรายมักมีความเบื่อหน่ายและความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากภาวะวิตกกังวลจากโรคที่เป็นอยู่และการต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา ความกลัวและความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ซึมเศร้า และสมรรถภาพทางเพศลดลง (เทวีกา, 2542)

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดความเครียดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งจากการศึกษาของดวงใจ (2536) และขวัญเรือน (2544) เกี่ยวกับสิ่งเร้าและสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดในระดับมาก เกิดจากการคาท่อช่วยหายใจ ความเจ็บปวด การถูกดูดเสมหะ การนอนท่าเดียวนาน ๆ ความกระหายน้ำ และการนอนไม่หลับ เป็นปัจจัยทางด้านร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด ส่วนด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุของความเครียดเกิดจากการที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การที่ถูกจำกัดให้อยู่เฉพาะบนเตียง ความกลัวตาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ป่วย และการไม่ทราบถึงการปฏิบัติตัว

11. คุณค่าและความเชื่อ ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจความเข้มแข็งทางจิตใจอาจลดลง ผู้ป่วยและญาติอาจรู้สึกพึ่งพาเชื่อถือโชคกลาง ของขลัง สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป้าหมายของชีวิตอาจต้องถูกกำหนดใหม่จากการเจ็บป่วยที่ล่อแหลมต่อความตายได้ (เทวีกา, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของภัทรพร (2543) พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเลือกใช้ คือ การอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้มีชีวิตรอด

#### *ความต้องการการดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านการหายใจ จากปัญหาการหายใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ผลกระทบและปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องได้รับการดูแลในเรื่องของการส่งเสริมให้ปอดทำหน้าที่ได้พอเหมาะ และรักษาทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งอยู่เสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว (สมจิต, 2544) จากการศึกษาของธารทิพย์ (2541) เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการในระดับมากกิจกรรมหนึ่ง คือ การดูแลการหายใจ ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในเรื่องของการระมัดระวังเครื่องช่วยหายใจหลุด การประเมินความต้องการการดูดเสมหะ การดูแลท่อช่วยหายใจ และดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เป็นต้น (อรสา, 2531)

2. ความต้องการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการนอนหลับ เป็นต้น ทั้งนี้



เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (เทวีกา, 2542) ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลทดแทนกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถทำได้ (ทิพมาส, 2544) โดยในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวการดูแลช่วยเหลือ ผู้ดูแลจะต้องคิด ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติแทน แต่ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถคิด ตัดสินใจ และปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวได้ การให้การดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ด้วยตนเอง และให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ (Orem, 1995)

3. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดความเครียดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การที่ถูกจำกัดให้อยู่เฉพาะบนเตียง (ขวัญเรือน, 2544; ดวงใจ, 2536) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (ลินจง, 2542) และสัมพันธภาพในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร (เทวีกา, 2542) ซึ่งแนวทางการให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แพทย์และพยาบาลหวังผลอะไร ทำอย่างไร จึงจะบรรลุผลนั้น และผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมได้อย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้องและเป็นไปในทางที่ดี การให้ผู้ป่วยได้ควบคุมสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งๆที่ตนเองสามารถพอจัดการได้บ้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคนห่วงใย และเป็นที่ยึดของญาติ (อรสา, 2536) ทั้งนี้จากการศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างหนึ่งคือ ต้องการการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด

4. ความต้องการการดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จากข้อมูลการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลนครพิงค์ ปี 2544 พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 50.5 และที่พบมากที่สุดคือ ปอดอักเสบ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตร้อยละ 83.3 ตายจากปอดอักเสบ (ชายชาญ, ถนอม, นิพนธ์, วีรยุทธ, และจินตนา, 2545) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การป้องกันการสำลักด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูง การรักษาความสะอาดของปากและฟันเพื่อลดแหล่งติดเชื้อ ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว

ผู้ป่วย และการลดการแพร่กระจายเชื้อด้วยการทำความสะอาดมือของผู้ดูแลทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น (อรสา, 2536)

*การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*

*แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย*

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่แนวคิดที่เกิดขึ้นใหม่ มีการศึกษาแนวคิดนี้มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้วตั้งแต่ปี ค.ศ. 1956 โดยครั้งแรกซาซซ์และโฮลลันเดอร์ (Szasz & Hollander, 1956 cited by Perzneckner, Zerwekh, & Horn, 1989) ได้พัฒนาและนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (patient participation) มาใช้ในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ต่อมาแนวคิดนี้ได้รับความสนใจและถูกนำมาอภิปรายกันอย่างกว้างขวางเมื่อรัฐบาลอังกฤษ (the United Kingdom) พัฒนาและนำมาใช้เป็นนโยบายในการดูแลสังคมและสุขภาพในปี ค.ศ.1980 โดยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Department of Health, 1989 cited by Cahill, 1998; Roberts, 2002) อย่างไรก็ตามแม้จะมีการศึกษามาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีการสรุปความหมายและขอบเขตของแนวคิดที่ชัดเจน (Cahill, 1998) การมีส่วนร่วมในการดูแล (participation) จึงยังคงเป็นแนวคิดที่กว้าง และเปิดกว้างสำหรับการวิเคราะห์ตีความ (Roberts, 2002) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของแนวคิดนี้ไว้ในหลาย ๆ ความหมาย ดังนี้

ความหมายของคำตามพจนานุกรม "การมีส่วนร่วม" ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า "participation" รากศัพท์มาจากภาษาลาติน คือ "participare" (Cahill, 1996) มีความหมายเดียวกับ "to take part or to have a share in some activity" หมายถึง การเข้าร่วม การร่วมกระทำ การมีส่วนร่วม หรือการแบ่งปันกับผู้อื่นในการทำกิจกรรม (วิทย์, 2539; Ashworth & Morrison, 1992; Coyne, 1996; The Grolier international dictionary, 1992; Webster, 1991)

สุรีย และ คณะ (2541) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลมีส่วนร่วมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ร่วมความคิด ร่วมแรง ร่วมใจ ร่วมทุนทรัพย์ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมแก้ปัญหา ร่วมในการออกความคิดเห็น และร่วมพัฒนา นอกจากนี้ยังรวมถึงการทำงานของบุคคลและกลุ่ม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

นรินทร์ชัย (2547) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่ามักเป็นเรื่องที่ผู้ด้อยโอกาสขอแบ่งอำนาจจากผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าเพื่อปรับปรุงวิถีชีวิตตนให้ดีขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมจะยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่อผู้เข้าร่วมต้องมีโอกาสสภาพ ได้รับความเสมอภาพ และได้รับความจริงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นการมี

ส่วนร่วมจะเกิดอย่างเต็มที่และจริงจังเมื่อบุคคลนั้น ๆ ไม่ถูกบังคับให้จำยอมเข้าร่วม ที่สำคัญคือต้องเข้าร่วมโดยความเท่าเทียมกับผู้มาร่วมด้วยทุกคน

สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลตามแนวคิดของซาซซ์และโฮลล์ลันเดอร์ (Szasz & Hollander, 1956 cited by Perzneckner et al., 1989) อธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพและผู้ป่วย มีรูปแบบของความสัมพันธ์ใน 3 ลักษณะ คือ 1) แพทย์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรม (activity-passivity type) 2) ผู้ป่วยพึ่งพา (client-dependen), ให้ความร่วมมือกับผู้ให้คำแนะนำ (guidance-cooperation) หรือการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย (client-cooperation) 3) มีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน (mutual participation) ซึ่งซาซซ์และโฮลล์ลันเดอร์ให้ความเห็นว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นรูปแบบหนึ่งของความสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยมีอำนาจเท่า ๆ กัน มีการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน และร่วมกันทำกิจกรรมที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจในแต่ละบุคคล โดยรูปแบบนี้มีความเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลตนเอง และข้อกำหนดในการรักษาก็จะถูกดำเนินการโดยผู้ป่วยและครอบครัว

ซอนเดอร์ส (Saunders, 1995) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลว่า เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางคลินิก ทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตั้งแต่เข้ามารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คาฮิลล์ (Cahill, 1996; 1998) อธิบายว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเน้นที่กิจกรรมการดูแลทางด้านกายภาพ หรืองานที่ต้องใช้สติปัญญาและเหตุผล อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อว่าผู้ป่วยต้องการและได้ประโยชน์จากการมีบทบาทที่มากขึ้นในการดูแลสุขภาพ โดยผู้ป่วยต้องการว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งของข้อมูลและการตัดสินใจ แต่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

สำหรับรูปแบบและระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการตกลงที่ชัดเจนร่วมกันของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลคืออะไร รูปแบบควรเป็นอย่างไร และควรปฏิบัติอย่างไร แต่จากการศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมตามหลักการทั่วไปอาจแบ่งเป็น 5 ระดับกว้าง ๆ คือ 1) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล เช่น การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนแก่แพทย์ 2) การมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล-ข่าวสาร เช่น การร่วมรับรู้ข้อมูลของตนจากแพทย์ เพื่อจะเป็นแนวทางตัดสินใจให้ดีขึ้น เพราะสิ่งที่แพทย์รู้เกี่ยวกับตนนั้นตนเองอาจไม่รู้ 3) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะเกี่ยวกับสิ่งที่ตนจะมีส่วนได้ส่วนเสีย 4) การมีส่วนร่วมทำ คือร่วมในขั้นตอนการดำเนินงาน และ 5) การมีส่วนร่วมสนับสนุน คือไม่มีโอกาสร่วมทำแต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือด้านอื่น ๆ (นรินทร์ชัย, 2547) ซึ่งคาฮิลล์ (Cahill, 1996) อธิบายว่า

การมีส่วนร่วมในบริบทของปฏิบัติการพยาบาลส่วนมากถูกดัดแปลงเป็นบทบาทของผู้ป่วยในรูปแบบของการถ่ายโอน หรือส่งมอบการดูแล โดยการเพิ่มความรู้ให้กับผู้รับบริการ เพิ่มความตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการ และการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบของการช่วยเหลือตนเองและการเปลี่ยนแปลงบทบาทการดูแลของพยาบาล ทั้งนี้จากการศึกษาของเจเวล (Jewell, 1994) เกี่ยวกับการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองของพยาบาล พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติจะเข้ามามีบทบาทในเรื่องของการวางแผนการพยาบาล และการตัดสินใจ โดยจะมีด้วยกัน 2 รูปแบบคือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลอย่างมีรูปแบบชัดเจนหรือเป็นทางการ (formal structure of nursing process) และที่ไม่เป็นรูปแบบแน่นอนหรือไม่เป็นทางการ (informal structure) ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นทางการเริ่มจากการระบุปัญหาโดยผู้ป่วย แล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเห็นด้วยกับแผนการพยาบาลจึงจะลงมือปฏิบัติ

สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเป็นการเข้าไปคลุกคลีกับผู้ป่วย พูดคุยถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต บอกถึงสิ่งที่พยาบาลคาดหวัง และถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง คุยกับญาติและสมาชิกของทีม มีการประเมินปัญหาการพยาบาลร่วมกันภายในทีมสุขภาพและวางแผนให้การพยาบาล (Jewell, 1994) นั่นคือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา แต่การวางแผนการพยาบาลและการตัดสินใจในการปฏิบัติดำเนินการโดยทีมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีผู้ให้ความหมาย และอธิบายรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้มากมายแต่ก็ยังไม่มีการสรุปแนวคิดที่ชัดเจน ไม่รู้ว่าควรจะขยายความของการมีส่วนร่วมออกไปไกลแค่ไหน และไม่มีรูปแบบใดรูปแบบเดียวที่จะอธิบายให้ความเข้าใจได้อย่างชัดเจน (Cahill, 1998) การนำแนวคิดนี้มาใช้ส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ๆ ที่ต้องการให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในระดับใด (Biley, 1989 cited by Cahill, 1996) อย่างไรก็ตามแนวคิดสำคัญในการพัฒนาความสามารถของญาติ จะมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการการดูแลผู้ป่วย (จอม, 2541) ซึ่งพยาบาลจะต้องเริ่มด้วยการประเมินสภาพครอบครัวของผู้ป่วย (ทัศนีย์, 2540) และค้นหาว่าใครคือผู้ดูแล ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง (จอม, 2541)

### ญาติและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ญาติผู้ดูแล หรือจากศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในการเขียนบทความและรายงานการวิจัยของต่างประเทศ คือ "family caregiver" หรือ "informal caregiver" หรือ "informal carer" (จอม, 2541) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคลในนี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (ยุพาพิน, 2539)

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างตาม จอม, 2541) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการให้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลัก หรือมีญาติผู้ดูแลทั้งสองลักษณะร่วมกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดแบ่งความรับผิดชอบระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นสมาชิกในครอบครัวนั่นเอง การกำหนดว่าใครคือญาติผู้ดูแลหลักหรือรองนั้นจะต้องพิจารณาถึงความพร้อมทั้งด้านเวลา อีกทั้งความเหมาะสมในแง่อื่น ๆ เช่น ความสามารถในการดูแล ความสะดวกในการเดินทาง ภาระหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น (จอม, 2541)

จากความหมายและลักษณะสำคัญของญาติผู้ดูแลจะเห็นว่ามุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย (ยุพาพิน, 2539) แต่ในปัจจุบันการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีมากขึ้น ญาติจึงไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะที่บ้านเท่านั้น และแม้แต่ในผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ที่บ้านก็ยังคงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเหมือนเดิม (Laitinen & Isola, 1996) ดังนั้นใน

ความคิดของผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายของญาติผู้ดูแลได้ว่า หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ

สำหรับบทบาทของญาติต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ถึงแม้ว่าจากแนวคิดของการมีส่วนร่วมจะยังไม่สามารถสรุปรูปแบบของการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติสามารถสรุปบทบาทของญาติที่เป็นไปได้ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้ดังนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา การประเมินเป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินปัญหาจะกระทำได้ลึกซึ้งแค่ไหนขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย (วัลลา และ สมจิต, 2543) แต่ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ บางรายอาจมีปัญหาของระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป (เทวิกา, 2542) และปัญหาของการติดต่อสื่อสาร (จิตรา, 2541) ข้อมูลที่ได้ส่วนหนึ่งก็จะมาจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง (ซัซรี่, 2541) โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยซึ่งจะมีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่น ๆ การให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาควรอธิบายญาติถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและต้องรายงานเพื่อการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ตลอดจนเปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยทำความรู้จักกับแพทย์ผู้รักษา ซึ่งญาติจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการและอาการผิดปกติกับแพทย์ (ทัศนีย์, 2540) และจะเป็นตัวกลางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในการแปลความหมายของความต้องการของผู้ป่วย (ทัศนีย์, 2540; Lee & Craft-Rosenberg, 2002)

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลหรือแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นการกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้อง ในการป้องกัน บรรเทา แก้ปัญหา หรือตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย (วรรณิ, 2541) ซึ่งประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (วัลลา และ สมจิต, 2543) โดยเฉพาะการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจะต้องพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วย ประเพณี ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย (วรรณิ, 2541) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลจึงเป็นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของผู้รับบริการเพราะในบางครั้งพยาบาลอาจมองข้ามปัญหาสำคัญ ซึ่งอาจมีผลให้การพยาบาลไม่บรรลุผลสำเร็จเท่าที่ควร เพราะ

ผู้รับบริการจะกังวลอยู่กับปัญหาที่พยาบาลมองข้าม (วรรณี, 2541) การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกเหนือจากความร่วมมือในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทำให้การรู้คิดและการตัดสินใจลดลง (ทัศนีย์, 2540) ญาติจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะการเป็นตัวแทนหรือทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (Sharp, 1990) ในการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และถูกต้องตามประเพณี ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่จะช่วยในการตัดสินใจขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับและประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Szasz & Hollander, 1956 cited by Perzneckner et al., 1989)

3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติโดยตรงกับผู้ป่วย ซึ่งอาจปฏิบัติโดยพยาบาล สมาชิกในทีมการพยาบาล หรือตัวผู้รับบริการเอง (วันดี, 2541) แม้ว่าการให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างลึกซึ้งซึ่งทั้งในด้านการดูแลการทำงาน of เครื่องช่วยหายใจและการดูแลผู้ป่วย (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) อย่างไรก็ตามในบางกรณีที่มีการดูแลนั้นไม่ซับซ้อน และผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีศักยภาพที่จะปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ ก็ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลนั้น ๆ แทน (รุจา, 2541) โดยเริ่มจากกิจกรรมง่าย ๆ จนถึงซับซ้อนขึ้นตามความสามารถที่ญาติจะกระทำได้ เช่น การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การให้อาหารและน้ำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ เป็นต้น (ทัศนีย์, 2540) ซึ่งจากการศึกษาของโคลิเออร์และสเคิร์ม (Collier & Schirm, 1992) พบว่าจากการสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับการดึงสมาชิกของครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่ามีด้วยกันหลายบทบาท ทั้งการจูงใจคู่สมรสในการให้การดูแลทางด้านกายภาพ การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ และการนำอาหารจากที่บ้านมาให้ผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายและการประเมินความต้องการที่จะกลับบ้าน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการให้การดูแล การประเมินผลการให้การพยาบาลเป็นการตัดสินใจว่าการให้การพยาบาลบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ (วัลลา และ สมจิต, 2543) ซึ่งจะประกอบไปด้วยขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (Iyer, Taptich, & Bernocchi-Losey, 1991) ซึ่งในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลญาติจะมีส่วนในการช่วยเหลืออย่างมากในการสังเกตหรือเฝ้าดูอาการ และจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ดีเพราะจะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งสำคัญในการสังเกตคือ ต้องกำหนดเกณฑ์ในการสังเกต และทุกคนต้องเข้าใจเกณฑ์ในการสังเกตที่เหมือนกัน (สุวคนธ์, 2541) ซึ่งจากการศึกษา

ของไลติเนนและอิโซลา (Laitinen & Isola, 1992) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลและการประเมินผลการดูแลที่ให้ พบว่าการเพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พวกเขาต้องการข้อมูลที่ตรงกับประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล การตัดสินใจ และการประเมินผลการดูแล

### ปัญหาและผลกระทบต่อญาติจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองอย่างมาก เพราะนอกจากระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ยังถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากอาการและหัตถการการรักษาต่าง ๆ (ลินจง, 2542; Halm & Alpen, 1993) ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีเวลาให้กับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ญาติที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจึงย่อมได้รับผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมาต่อวิถีชีวิตและการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ สามารถสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. สุขภาพกาย เนื่องจากครอบครัวไทยส่วนใหญ่มีความผูกพันกันทั้งในด้านวัฒนธรรมและจิตใจ (สมพันธ์, 2541) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยภาวะการดูแลก็จะตกเป็นของสมาชิกในครอบครัว และด้วยความรักความผูกพันอาจทำให้ญาติทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพตนเองทรุดโทรม ทั้งนี้จากการรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านพบว่าผู้ดูแลมักเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น การศึกษาของจินตนา (2540) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 46 มีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการปวดเอวและปวดหลัง เพราะผู้ดูแลเหล่านี้จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการศึกษาเชิงปฏิบัติการของโพทะยะ (Potaya, 2001) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่ง (4 ใน 22 ราย) มีภาวะสุขภาพแย่ลงหลังเข้ามาให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการศึกษาของดักลาสและดาลี (Douglas & Daly, 2003) เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 17.8 มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายแย่ลงในขณะให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2. สุขภาพจิต ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลนอกเหนือจากความกลัว ความวิตกกังวลต่อปัญหาและภาวะคุกคามจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว (วิจิตรรา, 2544) การรับรู้ต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาของเพ็ญจันทร์, บังอร, และวันดี (2540) ในสตรีผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าความเครียดของสตรีผู้ดูแลมีความ



สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแล และการศึกษาของดักลาสและดาลี (Douglas & Daly, 2003) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาานาน พบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ถึงภาระงานที่มาก และมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย มักจะพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ดูแลที่สุขภาพแข็งแรงและรับรู้ถึงภาระงานที่น้อยกว่า นอกจากนี้ญาติอาจต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอาจมีภาวะพรากความรู้สึก (sensory deprivation) จากการที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกลดลง เช่น นอนหลับตลอดเวลา สับสน หรือประสาทหลอน เป็นต้น (วิจิตรา, 2544) ซึ่งอาจจะทำให้ญาติเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น

3. ด้านสังคม จากบทบาทและภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลเป็นสาเหตุที่รบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ซึ่งจากการศึกษาของบั๊กก์, อเล็กซานเดอร์, และฮาเกิน (Bugge, Alexander, & Hagen, 1999) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเครียดมากที่สุดในระยะ 6 เดือนแรกหลังมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ได้แก่ การดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ดูแลถูกจำกัด รวมทั้งชีวิตส่วนตัวและชีวิตครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป และการศึกษาของจินตนา (2540) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย สูญเสียความเป็นส่วนตัว และถูกแยกออกจากสังคม

4. ด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้จากสภาพเศรษฐกิจสังคมปัจจุบัน การทำงานกลายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งในชีวิต เพราะเป็นแหล่งนำมาซึ่งรายได้ในการเลี้ยงชีพ (พันธุ์นภา, 2542) อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่ทั้งดูแลผู้ป่วยและทำงานหารายได้ บางรายจำเป็นต้องออกจากงานเพราะต้องการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้จากการศึกษาของอิม, เบลล์, ชูลส์, เมนเดลสัน, และเชลลูรี (Im, Belle, Schulz, Mendelsohn, & Chelluri, 2004) เกี่ยวกับผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาานาน พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 28.6 ยังทำงาน โดยลดชั่วโมงในการทำงานให้น้อยลง ร้อยละ 40.9 ลาออกจากงาน และร้อยละ 31.9 หยุดงานอาชีพที่เคยทำเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เมื่อไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่นั้นหมายถึงรายได้ที่จะขาดหายไป ในขณะที่การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของคอลลีย์ (Callery, 1997) พบว่าการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมงทำให้ขาดงานและสูญเสียรายได้ รวมทั้งมีรายจ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากค่าอาหารและเครื่องดื่มที่ต้องจ่ายในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

ส่วนผลกระทบทางบวก จากการศึกษาของประณีต, แสงอรุณ, เนตรนภา, ปัทมา, และ กาญจนา (2543) เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล พบว่าญาติทุกราย (20 ราย) มีความ ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในทางบวกมากกว่าทางลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริมา (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผลกระทบด้านบวกที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ มีความสุขใจ ภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อันยิ่งใหญ่ ได้ทดแทนบุญคุณ ได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต เป็นต้น

การได้รับผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่แตกต่างกันออกไป ซึ่ง เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ทั้งทางด้านผู้ป่วย ญาติ และสถานการณ์การดูแล เช่น ลักษณะเฉพาะตัวของญาติ การประเมินตัดสินใจสถานการณ์ แรงจูงใจ ลักษณะสัมพันธภาพ ความต้องการการดูแล และข้อจำกัดของผู้ป่วย การสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ตลอดจนลักษณะหน้าที่และปริมาณความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (จอม, 2541) ซึ่งกิฟเวิน และกิฟเวิน (Given & Given, 1991) อธิบายว่าในการระบุนิยามของความกดดันของญาติ จำเป็นจะต้องเปรียบเทียบประสบการณ์ของบุคคลด้วยอายุ เพศ และกลุ่มอาชีพ ในสถานการณ์ การดูแลนั้น ๆ ด้วย ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลให้ญาติเกิดความต้องการบางประการดังจะ กล่าวถึงต่อไป

#### *ความต้องการของญาติในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*

ความต้องการ (needs) เป็นภาวะขาดสมดุลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดสิ่งที่จะทำให้ส่วนต่าง ๆ ภายในร่างกายดำเนินหน้าที่ไปตามปกติ บุคคลจึงพยายามหาทางสนองความต้องการของตน เพื่อให้ชีวิตคืนสู่สภาพสมดุลดั้งเดิม (ฉวีวรรณ, 2541) ซึ่งเมื่อไหร่ก็ตามที่บุคคลไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของตนได้ หรือความต้องการถูกขัดขวาง เกิดอุปสรรคหรือได้ผลไม่สมกับที่หวังไว้ ก็จะทำให้เกิดความทุกข์ความไม่สบายใจ ร่างกายและจิตใจก็จะเกิดความเครียดขึ้นได้ (อัมพร, 2538)

ความต้องการของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ตามสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต (สิริอร, 2542) ซึ่งการที่ครอบครัวรับรู้ว่ามีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยย่อมมี ผลกระทบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่วิกฤตหรือรุนแรง สมาชิกในครอบครัวย่อมเกิดความตระหนก วิตกกังวล เครียด ปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยหรือตนเองไม่ ถูกต้อง (สมพันธ์, 2541) สมาชิกในครอบครัวจึงมีความต้องการในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ซึ่ง

โดยทั่วไปจะพบว่าความต้องการของบุคคลแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ความต้องการทางด้านร่างกายที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต และความต้องการทางด้านจิตใจและสังคม (สิริอร, 2542) อย่างไรก็ตามมาสโลว์ (Abraham H. Maslow) นักจิตวิทยาที่ได้พัฒนาทฤษฎีแรงจูงใจของมนุษย์อธิบายว่าความต้องการของมนุษย์มีขั้นตอน ถ้าความต้องการอันหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการถัดไปที่สูงกว่าก็จะเกิดขึ้น ซึ่งลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Need Theory) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ศจี, 2542; สิริอร, 2542)

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (physiological needs) ได้แก่ ความต้องการเพื่อตอบสนองต่อความหิว ความกระหาย ความต้องการนี้สนองตอบแรงขับทางกายเพื่อความอยู่รอดของชีวิต เช่น น้ำ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค เป็นต้น

2. ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความมั่นคงและความปลอดภัย มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสีย และภัยอันตรายทั้งทางกายและจิตใจ

3. ความต้องการทางสังคม (social needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความรัก การได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ การเป็นเจ้าของสิ่งต่าง ๆ และการมีมิตรภาพกับคนอื่น ๆ เช่น ความรักระหว่าง คู่รัก พ่อ-แม่-ลูก เพื่อน สามี-ภรรยา ความต้องการได้รับคำชมเชยจากผู้อื่น เป็นต้น

4. ความต้องการได้รับเกียรติยศชื่อเสียงและการยกย่องนับถือ (esteem needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นเกียรติและศักดิ์ศรี เป็นต้นว่าการเคารพความคิดเห็นของตนเอง ความสำเร็จในกิจที่กระทำ การได้รับการยกย่องจากคนอื่น ความต้องการอำนาจ สถานะ ชื่อเสียง ตำแหน่ง

5. ความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต (self-actualization needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความสำเร็จสมหวังตามความนึกคิดของตน รวมทั้งความเจริญก้าวหน้า การใช้ความรู้ความสามารถที่เต็มศักยภาพ และความสุขสมบูรณ์ในชีวิต

นอกจากความต้องการ 5 ชั้น มาสโลว์ยังเพิ่มความต้องการอีก 2 ชั้น ซึ่งเป็นตัวเสริมความต้องการ 5 ชั้นแรก นั่นคือความต้องการที่จะรู้ (needs to know) และความต้องการที่จะเข้าใจ (needs to understand) (ดุจเดือน, 2536; ศิริพร, มปป.) ซึ่งความต้องการทั้ง 2 นี้ติดตัวมาแต่กำเนิดเช่นกัน ความต้องการที่จะได้รู้มีพลังเข้มแข็งและจะต้องได้รับการตอบสนองเสียก่อน ความต้องการที่จะได้เข้าใจจึงจะตามมา และหากความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองบุคคลก็จะเกิดความขัดแย้ง เจ็บช้ำ และลดการมีส่วนร่วมในชีวิต (ดุจเดือน, 2536) ความต้องการ 2 ด้านนี้จึง

นับว่าเป็นความต้องการที่มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะความรู้ความเข้าใจต่อกิจกรรมการดูแลแต่ละอย่างจะทำให้ญาติมีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษารายงานการวิจัยต่าง ๆ สามารถสรุปความต้องการของญาติในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดกสบายต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นความต้องการของญาติอันดับหลัง ๆ เช่น การศึกษาของธิตติมา (2540) พบว่าความต้องการด้านร่างกายเป็นความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอันดับที่ 4 รองจากความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตวิญญาณ และด้านอารมณ์ ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาของหวัง (2539) พบว่าความต้องการด้านร่างกายที่ญาติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤตต้องการ ได้แก่ ต้องการห้องอาบน้ำ ห้องพักขณะรอเยี่ยม และต้องการมีบริการในเรื่องอาหาร เป็นต้น และการศึกษาของนิสากร (2545) พบว่าญาติผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องการให้มีที่พักสำหรับญาติในโรงพยาบาลให้มากขึ้น

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ผลจากการเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดความกลัว (จงกล และ พรทิพา, 2539) ยิ่งเมื่อต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วยแล้วความวิตกกังวลก็จะมีมากขึ้น เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาทุกชนิดมีส่วนก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและความกลัวแก่ญาติเสมอ (สมพันธ์, 2541) ญาติเหล่านี้จึงต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ในหลาย ๆ งานวิจัยพบว่าญาติมีความต้องการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับแรก ของความต้องการ เช่น การศึกษาของนิภาวรรณและจันทร์พร (2541) เกี่ยวกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และการศึกษาของมณฑิพย์ (2542) เกี่ยวกับความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติในผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความต้องการรายด้านที่ญาติมีความต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ได้แก่ ต้องการมีความหวัง มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ต้องการทราบโรคของผู้ป่วยรักษาให้หายได้หรือไม่ และต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

ความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นความต้องการอีกด้านหนึ่งที่ญาติควรได้รับการตอบสนองจากรายงานการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ซึ่งข้อมูลที่ญาติต้องการมักเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และอาการ

เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (นิภาวรรณ และ จันทิพร, 2541; Wiles, Pain, Buckland, & Mclellan, 1998) เช่นเดียวกับการศึกษาของธิติมา (2540) เกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด การศึกษาของพวงเพชร (2540) เกี่ยวกับความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ พบว่ามารดาผู้ป่วยเด็กมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก และการศึกษาของหวัง (2539) เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต พบว่าความต้องการของญาติที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง คือ ต้องการทราบและความคาดหวังเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา

3. ความต้องการทางสังคม จากการศึกษาของเอสเทดเคอร์กิ, พอนินัน, และเลซติ (Astedt-Kurki, Paunonen, & Lehti, 1997) เกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่ากิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตของญาติถูกรบกวนอย่างมาก ทำให้บางครั้งญาติก็ต้องการเวลาที่เป็นของตัวเองบ้าง เพื่อจะได้ทำกิจกรรมส่วนตัวและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม ซึ่งจากการศึกษาของจินตนา (2540) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านการบริการที่มากที่สุดของผู้ดูแล คือ ต้องการผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้มีโอกาสออกสังคมหรือคลายเครียดบ้าง

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการของมนุษย์ในการค้นหาคำตอบเกี่ยวกับความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย การตาย เป็นความเชื่อในพลังหรือสิ่งเหนือธรรมชาติ รวมทั้งความเชื่อในศาสนา (Taylor, Lillis, & Lemone, 2001) จากการศึกษาของวงรัตน์ (2544) เกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมในระดับสูง และพบว่าความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวังมีคะแนนอยู่ในระดับสูง และกิจกรรมที่ญาติให้ความสำคัญในอันดับสูงสุด คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน และการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยกับคนที่ญาติไว้วางใจตามลำดับ และการศึกษาของสุนิศา (2544) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในระดับมาก ได้แก่ ความต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณดูแลรักและเอาใจใส่เขาอย่างเต็มความสามารถ ต้องการได้รับการอภัยจากผู้ป่วยหากทำให้ไม่พอใจ และต้องการกำลังใจที่เข้มแข็งจากบุคคลรอบข้าง

นอกจากผลกระทบจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการดังกล่าวแล้ว การส่งเสริมการแสดงผลบทบาทของญาติจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลและการแสดงผลบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยของญาติ ปัจจัยเหล่านี้น่าจะมีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วย ได้แก่

### 1. ลักษณะส่วนบุคคลของญาติ

1.1 เพศ การตัดสินใจของบุคคลในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลเท่าที่ผ่านมายังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน (จอม, 2541) แต่ในสังคมและวัฒนธรรมไทยมักคาดหวังว่าสมาชิกเพศหญิงในครอบครัวควรเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นภรรยา บุตรสาว หรือพี่น้อง (เพ็ญจันทร์ และ คณะ, 2540) โดยทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง และญาติที่เป็นชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงินและจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่น ๆ ให้ (ฟาริดา, 2539) ซึ่งจากรายงานการศึกษาหลายฉบับพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จินตนา, 2540; ประเทือง, 2541; สุวีรัตน์, 2541; Lu & Lan, 2003; Yin, Zhou, & Bashford, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้หญิงมักจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้ชาย (เอมอร, 2543) และพบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย (ชูชื่น, 2541)

1.2 อายุ ญาติที่มีอายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก ทำให้การตัดสินใจและการเผชิญปัญหาเป็นไปในทางที่ดี ซึ่งจากการศึกษาของชูชื่น (2541) เกี่ยวกับการปรับตัวของญาติผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าญาติที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติที่มีอายุน้อย และการศึกษาของยามาโมโตะมิตานิ และคณะ (Yamamoto-Mitani et al., 2003) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินค่าการดูแลในทางบวก พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากจะประเมินค่าการดูแลในทางบวกในระดับสูง ซึ่งจะทำให้ญาติเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป อย่างไรก็ตามญาติที่อายุมากสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัยทำให้อาจมีข้อจำกัดด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Han & Haley, 1999) จึงอาจต้องการผู้ช่วยเหลือด้านแรงงานมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

1.3 สถานภาพสมรส เนื่องจากสังคมมนุษย์โดยทั่วไปเป็นสังคมที่มีการจัดระบบญาติและครอบครัวโดยเฉพาะเกี่ยวกับหน้าที่ที่ญาติพึงมีและพึงปฏิบัติต่อกันตามลำดับของความสัมพันธ์

และธรรมเนียมประเพณีที่วางไว้ เมื่อสามีหรือภรรยาเจ็บป่วยคู่สมรสจึงต้องเข้ามาช่วยเหลือดูแล (สนิท, 2539) ซึ่งการศึกษาของดักลาสและดาด (Douglas & Dady, 2003) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาสั้น พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย และการศึกษาของศิริพันธ์ุ (2543) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการเข้ามาดูแลผู้ป่วยว่าเป็นเพราะความรักความห่วงใยและข้อผูกพันจากการสมรส ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นลูกหลานให้เหตุของการมาดูแลผู้ป่วยว่าเนื่องจากความเป็นลูก และจากการที่มีสถานภาพโสด

1.4 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของญาติมีผลต่อการตัดสินใจเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากญาติที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น (วิมลรัตน์, 2537) และพบว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความต้องการสูงในการมีส่วนร่วมในการดูแล (Thompson, Pitts, & Schwantovsky, 1992 cited by Cahill, 1998)

1.5 อาชีพและรายได้ เนื่องจากเวลาและความสะดวกในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน, 2539) การดูแลผู้ป่วยอาจทำให้ญาติมีภาระงานมากขึ้น โดยเฉพาะญาติที่มีภาระงานประจำอยู่แล้ว เช่น การประกอบอาชีพ การดูแลบุตร (ชูชื่น, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของคอลลิเออร์และสคิร์ม (Collier & Schirm, 1992) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่ให้การดูแลพบว่าลักษณะของครอบครัวที่เต็มใจให้การดูแลแต่ไม่สามารถทำได้ เป็นเพราะบ้านที่อยู่ไกล หน้าที่การงานที่มากเกินไป และภาระรับผิดชอบของครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่รับบทบาทผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของสุริรัตน์ (2541) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน

1.6 ความเชื่อและทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของไลตินีนและอิโซลา (Laitinen & Isola, 1996) เกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่าทัศนคติทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการส่งเสริมหรือยับยั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นบทบาทหน้าที่หลักของบุคลากรทางการแพทย์ และในโรงพยาบาลบางแห่งมีนโยบายให้ญาติเยี่ยมเป็นเวลาเท่านั้น ทำให้ญาติมีการรับรู้และให้ความหมายถึงการดูแลในโรงพยาบาลว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น (ประณีต และ คณะ, 2543) และผู้ป่วยบางรายเชื่อว่า "ความปลอดภัยได้มาจากการเป็นผู้รับดูแล" (Muetzel, 1988 cityed by Cahill, 1996) และเชื่อว่า

“พยาบาลรู้ดีที่สุด” (Cahill, 1998) ดังนั้นการคาดหวังบทบาทเป็นผู้รับการดูแล (passive recipient) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) นอกจากนี้การตัดสินใจเข้ารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลอาจเป็นเพราะคำสอนทางศาสนา ซึ่งจากการศึกษาของศิริพันธุ์ (2543) ในญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย พบว่าแรงจูงใจเบื้องต้นในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลมาจากความสำนึกในหน้าที่และความกตัญญู

1.7 การรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง (Bandura, 1986 cited by Biji, Poelgeest-Eeltink, & Shortridge-Baggett, 1999) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรการรับรู้ความสามารถ ได้แก่ ระดับความยากง่ายของพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ต้องทำ พลังความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมที่ต้องทำ ความครอบคลุมของการรับรู้ความสามารถของตนเองภายใต้สถานการณ์หนึ่ง ไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง (ทัศนีย์, 2544; ลดาวัลย์, 2545) ซึ่งการที่ญาติตัดสินใจความสามารถของตนเองที่จะจัดการและให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอาจมีผลต่อการตัดสินใจที่จะเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเรื่องใหม่สำหรับญาติ จากการศึกษาของนิสากร (2545) พบว่าญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 82.9 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยลักษณะนี้มาก่อน ดังนั้นถ้าญาติตัดสินใจความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมการดูแลว่าเป็นเรื่องที่ยากเกินความสามารถเพราะไม่มีประสบการณ์ ญาติก็อาจจะปฏิเสธการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรืออาจจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลเพราะไม่สามารถเลี้ยงได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำก็จะทำให้ญาติขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้และความสามารถ และอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถต่ำได้เช่นกัน (ทัศนีย์, 2544) สิ่งเหล่านี้จะทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เพราะบุคคลจะมีความคงทนในการกระทำพฤติกรรมที่ตนเองรับรู้ว่าจะสามารถทำสำเร็จได้แม้จะประสบอุปสรรค และจะเลิกกระทำพฤติกรรมที่ตนเองไม่ค่อยมั่นใจได้ง่ายเมื่อพบอุปสรรค (ลดาวัลย์, 2545)

1.8 ภาวะสุขภาพ ผลกระทบต่อสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของญาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อญาติเผชิญกับการสูญเสียพลังงาน เวลา และเงิน อาจเป็นแรงจูงใจที่จะเลือกระหว่างการดูแลตนเองหรือให้การดูแลผู้ป่วย (Bunting, 1989 cited by Given & Given, 1991) ซึ่งจากการศึกษาของไลตินันและอิโซลา (Laitinen & Isola, 1996) เกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการส่งเสริมหรือยับยั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยคือ สภาวะ



ทางด้านสุขภาพของผู้ดูแล โดยอธิบายว่าสุขภาพที่ดีมีผลส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วม ในทางตรงกันข้ามสุขภาพที่ไม่ดีจะมีผลยับยั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2. ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว จากรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติใกล้ชิดอื่น ๆ (จินตนา, 2540; จอม, 2540; สุตศิริ, 2541; Astedt-Kurki, Paunonen, & Lehti, 1997; Douglas & Daly, 2003; Im, Belle, Schulz, Mendelsohn, & Chelluri, 2004) อย่างไรก็ตามพบว่าลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวก็อาจมีผลต่อการตัดสินใจ ในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของคอลลิเออร์และสคิร์ม (Collier & Schirm, 1992) พบว่า ครอบครัวที่ไม่เต็มใจหรือไม่ต้องการที่จะเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวที่มีการทำทารุณกรรม ในครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวติดสุรา ครอบครัวที่มีความวุ่นวายหรือมีความแตกแยกของสมาชิก

3. ลักษณะของความเจ็บป่วยและระยะเวลาที่เจ็บป่วย ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยแล้ว ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังมีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและความสามารถในการดูแลของญาติด้วย การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ความสามารถในการดูแลตนเองมีขีดจำกัดทั้งในด้านของการติดต่อสื่อสาร (ลินจง, 2542) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Halm & Alpen, 1993) สิ่งเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองบกพร่อง โดยเฉพาะการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ญาติจำเป็นจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบทดแทนทั้งหมด (Orem, 1995) ซึ่งจะเป็นภาระหนักในการดูแล ทั้งนี้จากการศึกษาของเพ็องลดา (2538) เกี่ยวกับการพึ่งพาของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการพึ่งพาของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระผู้ดูแล และการศึกษาของจินตนา (2540) พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระผู้ดูแล นั่นคือถ้าผู้ป่วยมีภาวะที่ต้องพึ่งพามาก ผู้ดูแลก็จะมีภาระมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของยามาโมโตะมิทานิ และคณะ (Yamamoto-Mitani et al., 2003) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินค่าการดูแลในทางบวก พบว่าความต้องการการดูแลที่มากของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลประเมินค่าการดูแลในทางบวกที่สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะเข้ามาให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษากัญญารัตน์ (2539) เกี่ยวกับการปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าระยะ

เวลาที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า แต่จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาของเจนเซ็นและกีฟเวิน (Jansen & Given, 1991) ที่ศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันมากขึ้นจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลในทางลบต่อการปรับตัวของญาติด้วย (ซูชิน, 2541) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของยามาโมโตะ มิทานิ และคณะ (Yamamoto-Mitani et al., 2003) กลับพบว่าระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยที่มาก จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เพราะระยะเวลาที่มากขึ้นจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

4. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ลีและคราฟท์ (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) ระบุว่าปัจจัยด้านสังคมที่ทำให้การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ได้แก่ การขาดระบบสนับสนุนจากสังคม และขาดการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจากการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การศึกษาของจินตนา (2540) เกี่ยวกับภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล พบว่าภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และจากการศึกษาของประเทือง (2541) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรส บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิต บิดามารดา และเพื่อนบ้าน หรือผู้ร่วมงาน ตามลำดับ (เฟื่องลดา, 2538)

5. นโยบายและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยอาจพบกับการต่อต้านจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เมื่อพยายามเข้ามามีบทบาท หรือร่วมในการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วย (Casey, 1995) และอาจได้รับการเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจต่อความเอาใจใส่ดูแลของญาติ (Friedemann, Montgomery, Maiberger, & Smith, 1997) บางรายงานการศึกษาอธิบายว่าญาติจำนวนมากพยายามเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แต่พวกเขาถูกจำกัดการกระทำเพราะทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาล คือ ถ้าพยาบาลทำงานโดยยึดพยาบาลเป็นศูนย์กลาง พยาบาลก็จะควบคุมข้อมูลและตัดสินใจแทนครอบครัวผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าพวกเขา

รู้ดีที่สุดว่าจะไรดีสำหรับผู้ป่วย แต่ถ้าพยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เขาก็จะเคารพต่อความต้องการและเอกลักษณ์ส่วนบุคคล (Casey, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของไลติเนนและอิโซลา (Laitinen & Isola, 1996) เกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่าทัศนคติ บุคลิกภาพของพยาบาล การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย และพยาบาล รวมทั้งด้านสภาวะแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมหรือยับยั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยอธิบายว่าทัศนคติของพยาบาลในทางบวกมีผลส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล และทัศนคติในทางลบมีผลยับยั้งการมีส่วนร่วมในการดูแล บุคลิกภาพของพยาบาลที่ถูกกล่าวถึง คือ ลักษณะส่วนบุคคล (humanity) ทักษะความชำนาญ (skills) ความเอาใจใส่ (empathy) และความเป็นมิตร (friendliness) การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย และพยาบาล กล่าวถึงการให้คำแนะนำของพยาบาล การให้กำลังใจญาติ ความไว้วางใจ และบรรยากาศของความเป็นมิตร ส่วนปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ ความเป็นส่วนตัว ระบบราชการ (bureaucracy) และการยืดหยุ่นระยะเวลาในการเข้าเยี่ยม

#### แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ซึ่งใช้ในการศึกษาทางด้านสังคมศาสตร์ (กิตติพัฒน์, 2546) โดยมีรายละเอียดของการศึกษาดังต่อไปนี้

#### ความหมายและความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

"phenomenology" มาจากคำในภาษากรีก 2 คำ คือ "phainomenon" และ "logos" ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษ คือ "appearance" และ "reason" ตามลำดับ (Walters, 1995) เมื่อรวมกันเป็นคำว่า "phenomenology" หรือ "ปรากฏการณ์วิทยา" หมายถึง การคิดในสิ่งที่ปรากฏให้เห็นอย่างมีเหตุผล

ปรากฏการณ์วิทยาหรือปรากฏการณ์นิยม (phenomenology) เป็นคำที่ใช้เรียกชื่อแนวคิดของขบวนการทางปรัชญาที่สำคัญ (ศรีเพ็ญ, 2532; สุภางค์, 2537) ซึ่งนักปรากฏการณ์นิยมคิดว่าความรู้ที่มนุษย์ได้รับการถ่ายทอดมาจากผู้อื่นและจากสังคมนั้นอาจผิดพลาดได้ การรับรู้อาจเกิดจากการถูกบังคับหรือยัดเยียด มนุษย์ควรศึกษาโลกและสังคมด้วยตัวเอง และสร้างระบบความรู้ "ที่เป็นส่วนตัว" ขึ้นมา จากนั้นมนุษย์ก็จะมีระบบคิด วิจาร์ณญาณ โลกทัศน์ ค่านิยม อุดมการณ์เฉพาะของตน โดยการได้สัมผัสกับโลกโดยตรง พฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลจากวิธีการที่มนุษย์

ให้ความหมายแก่โลก ด้วยความเชื่อเช่นนี้นักปรากฏการณ์นิยมจะให้ความสำคัญแก่ข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิดและคุณค่าของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความหมายที่มนุษย์ให้ต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว (สุภาวงศ์, 2537)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นวิธีที่ใช้ค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง (ศรีเพ็ญ, 2532) วัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ การสืบสวนและพรรณนาโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่ผู้ศึกษาได้ประสบอย่างตั้งใจ โดยไม่คำนึงถึงคำอธิบายทางทฤษฎี และเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อสันนิษฐานหรือข้อสมมติฐานเบื้องต้นที่ยังไม่มีการสืบสวน (Spiegelberg, 1975 cited by Streubert & Carpenter, 1999)

วิธีการแสวงหาความรู้ด้วยปรากฏการณ์วิทยานั้น เริ่มมีมาตั้งแต่ในศตวรรษที่ 18 เมื่อโจฮานน์ ไฮน์ริช แลมเบอร์ท (Johann Heinrich Lambert) นักคณิตศาสตร์ปรัสเซีย ชาวสวิส-เยอรมัน ได้นำวิธีการนี้มาใช้ศึกษาทฤษฎีความรู้ที่เรียกว่า "Theory of knowledge" โดยศึกษาแยกความจริงออกจากมายาหรือภาพลวงและความคลาดเคลื่อน (ศรีเพ็ญ, 2532)

ต่อมาในปี 1807 ผู้ซึ่งศึกษาเรื่องการพัฒนาทางจิตของมนุษย์ได้นำปรากฏการณ์วิทยาเข้ามาเข้ากับการศึกษาเรื่องทางจิตที่เรียกว่า "The Phenomenologie des Geistes" หรือ "Phenomenology of mind" โดยเริ่มต้นจากประสบการณ์ความรู้สึก จนถึงขั้นได้ความรู้สมบูรณ์ อย่างไรก็ตามวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ก็ยังมีได้แพร่หลาย จนกระทั่งถึงต้นศตวรรษที่ 20 (ศรีเพ็ญ, 2532) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงได้รับการพัฒนาเป็นปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ (the modern phenomenological movement) หรือปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) โดยเอ็ดมุนด์ ฮัสเซอร์ล (Edmund Husserl) นักปรัชญาชาวเยอรมัน (Baker, Wuest, & Stern, 1992; Polit, Beck, & Hungler, 2001) ซึ่งได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Pascoe, 1996) และเป็นผู้นำวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ทางการแพทย์เป็นครั้งแรก (Paley, 1997) ซึ่งต่อมาไฮเดกเงอร์ (Heidegger) ศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของฮัสเซอร์ล ได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยายของฮัสเซอร์ลมาเป็นแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretive or hermeneutic phenomenology) (Annells, 1996; Polit, Beck, & Hungler, 2001) และทำให้มีการพัฒนา "ศาสตร์แห่งการตีความ" จนกลายเป็นวิธีทำความเข้าใจ "การดำรงอยู่" (existence) และ "การเป็นอยู่" (being) ของมนุษย์ (กิตติพัฒน์, 2546)

### ลักษณะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญาที่ได้รับการพัฒนาโดยเอ็ดมุนด์ ฮัสเซอร์ล (Edmund Husserl) (Baker, Wuest, & Stern, 1992) โดยปรัชญาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามุ่งเน้นการให้ความหมายและทำความเข้าใจจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ เน้นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543) ฮัสเซอร์ลอธิบายว่า "ปรากฏการณ์วิทยา" หมายถึง การศึกษาถึงการที่บุคคลจะอธิบายสรรพสิ่ง ตลอดจนประสบการณ์ที่เขามีต่อสิ่งต่าง ๆ ผ่านการรับรู้ของบุคคลนั้นได้อย่างไร ข้อเสนอพื้นฐานเบื้องต้นของฮัสเซอร์ลก็คือ เราสามารถรับรู้สิ่งที่เรามีประสบการณ์โดยผ่านการรับรู้ (perception) และการให้ความหมาย (กิตติพัฒน์, 2546) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการศึกษาเพื่ออธิบาย (describes) ปรากฏการณ์หรือธรรมชาติของมนุษย์ โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริงและการรับรู้ ทฤษฎีและการปฏิบัติ แนวคิดหลักที่สำคัญคือ การค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้ศึกษาจะต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษาโดยใช้เทคนิคที่เรียกว่า "เก็บไว้ในวงเล็บ" (bracketing) (ประณีต และ คณะ, 2543) นั่นคือผู้วิจัยจะต้องหยุดยั้งความเชื่อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือความรู้ที่มีอยู่เดิมนั้นไว้เสมือนเก็บความคิดเห็นหรือการคาดคะเนล่วงหน้าไว้ในวงเล็บ (Polit, Beck, & Hungler, 2001) และในการศึกษาจะมีกระบวนการตัดทอน (reduction) ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง (ประณีต และ คณะ, 2543)

สำหรับแนวคิดของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความหรือแบบเฮร์แมนนิวัติก (hermeneutic phenomenology) ที่ได้รับการพัฒนาโดยไฮเดกเจอร์ (Heidegger) เป็นแนวคิดที่ไม่เพียงแต่อธิบายหรือบรรยายปรากฏการณ์เท่านั้น แต่เน้นการแปลความหมายและทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล (Heidegger, 1962 cited by Polit, Beck, & Hungler, 2001) ซึ่งเป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร (ประณีต และ คณะ, 2543) โดยให้ความสนใจในความรู้สึกส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ (กิตติพัฒน์, 2546) ดังนั้นการเข้าใจแนวคิดของความเป็นบุคคลจึงมีความสำคัญ เพราะจะนำไปสู่แนวคิดในการเลือกใช้ปรัชญานี้เป็นระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งไฮเดกเจอร์กล่าวไว้ดังนี้ (Playger, 1994 อ้างตาม ประณีต และ คณะ, 2543; Leonard, 1994)

บุคคล (person) เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่น ๆ นั่นคือประสบการณ์ของใครก็เป็นของคน ๆ นั้น เป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและไม่สามารถแยกจากกันได้ ซึ่ง "สิ่งแวดล้อม" (world) ในความหมายของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ไม่ได้หมายถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพโดยทั่วไป แต่หมายถึงกลุ่มของความสัมพันธ์ ภาษา การปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิดจนกลายเป็นวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ๆ

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความสำคัญ (as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลไม่เพียงแต่เป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่บุคคลให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับสิ่งเหล่านั้นแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล

3. บุคคลเป็นผู้แปลความหมายสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเอง (as self-interpreting) การให้ความหมายของบุคคลไม่ใช่เกิดจากจิตสำนึกส่วนบุคคลเท่านั้น แต่เป็นการให้ความหมายที่มีภาษา วัฒนธรรม และภูมิหลังของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ทั้งนี้การให้ความหมายของแต่ละคนจะแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (as embodied) นั่นคือรวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วน ๆ โดยเชื่อว่าคนประกอบด้วย กาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวม ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงของทุกสิ่งในตัวบุคคลคนนั้น

5. บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

นอกจากนี้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิติกตามแนวคิดของไฮเดกเงอร์ ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ (understanding) และการเชื่อมโยงประสบการณ์ตามวงจรเฮร์แมนนิวิติก (hermenutic circle) ภายใต้แนวคิดหลักที่สำคัญคือ (Koch, 1995)

1. ภูมิหลัง (background) เป็นส่วนหนึ่งของวงจรเฮร์แมนนิวิติก ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการเชื่อมโยงประสบการณ์ของบุคคล (Koch, 1995) โดยภูมิหลังในที่นี้หมายถึง เพศ เชื้อชาติ

การศึกษา ประสบการณ์ในอดีต หรือวัฒนธรรม (รวมทั้งภาษาและการปฏิบัติ) ที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด ซึ่งจะทำให้เข้าใจว่าอะไรคือตัวตนที่แท้จริงของบุคคลนั้น ๆ (Koch, 1995; Michelle, 2001)

2. ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม (pre-understanding) อาจจะเป็นสิ่งที่รับรู้โดยสัญชาตญาณ การคาดคะเนล่วงหน้า สมมุติฐาน หรือความรู้ที่เป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ที่นักวิจัยมีอยู่เดิม (Van Manen, 1990) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดหรือกันออกไปได้ (Koch, 1995)

3. ความสัมพันธ์ที่มีร่วมกันของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (co-constitution) ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยเดียวกันและไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (person-world) นั่นคือบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อม และในขณะเดียวกันสิ่งแวดล้อมมาจากประสบการณ์และภูมิหลังของบุคคล (Koch, 1995)

4. การแปลความหมาย (interpretation) เป็นการทำความเข้าใจบุคคล ซึ่งไฮเดกเงอร์กล่าวว่าเราไม่สามารถทำความเข้าใจบุคคลได้โดยไม่ศึกษาภูมิหลังของบุคคลคนนั้น (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995)

โดยสรุปแล้ววงจรเฮร์แมนนิติก (hermenutic circle) จึงหมายถึงการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จัก หรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน (ประณีต และ คณะ, 2543)

ต่อมา ฮานส์ จอร์จ กาดามเมอร์ (Hans-Georg Gadamer) ลูกศิษย์ของไฮเดกเงอร์ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา โดยกล่าวถึงหลักสำคัญในการศึกษาคือ 1) ภาษา โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญในการตีความและสร้างความเข้าใจปรากฏการณ์นั้น ๆ ภาษาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำที่เฉพาะในกลุ่มหรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องใช้การสนทนาหรือการสื่อสารโดยทำความเข้าใจกับคำหรือภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย 2) การหลอมหลอมความเข้าใจหรือการเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่าง ๆ จากการศึกษาที่ผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพื่อให้สิ่งที่ศึกษาหรือข้อมูลที่ค้นพบนั้นเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เกิดความลำเอียง (Gadamer, 1976 อ้างตาม ประณีต และ คณะ, 2543; Parse, 2001)

จากแนวคิดดังกล่าวการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นวิธีที่ใช้ค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง (รุจา, 2531) โดยมีจุดเน้นและประเด็นสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาดังนี้ (Moustakes, 1994)

1. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่การปรากฏของปรากฏการณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

2. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับองค์รวม

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการค้นหาความหมาย หรือการทำความเข้าใจประสบการณ์ แนวคิด การตัดสินใจ และความเข้าใจของบุคคล ผ่านกระบวนการหยั่งรู้ (intuition) และการสะท้อนคิดพิจารณา (reflection) อย่างมีสติ (consciousness)

4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความมุ่งมั่นที่จะอธิบายประสบการณ์ ซึ่งต้องบรรยายให้ตรงกับความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้นมากที่สุด และควรอธิบายอย่างตรงไปตรงมาด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่าเกิดอะไรขึ้น ไม่ใช่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ศึกษา

5. ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาต้องมีการใช้คำถามที่เหมาะสมเพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์ และมีการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งจากความทรงจำ ประวัติในอดีต บันทึกร่างต่าง ๆ ในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและที่จะเกิดต่อไปในอนาคต

6. ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถนำข้อมูลจากคำบอกเล่า และข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาใช้ร่วมกันเพื่อยืนยันซึ่งกันและกัน

7. เป็นการศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ในทุกประเด็น เพราะการรับรู้ของบุคคลในทุกประเด็นจะมีความหมายและมีคุณค่า

8. ผลการศึกษาที่ได้เกิดจากการคิด การหยั่งรู้ การสะท้อนคิดพิจารณา และการตัดสินใจจากข้อมูลที่เชื่อถือได้ภายใต้การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์

9. การศึกษาจะผ่านกระบวนการมองเห็นและสะท้อนคิดพิจารณา จนเกิดความรู้ความเข้าใจปรากฏการณ์ทั้งในแนวกว้างและแนวลึก

สไปเจลเบิร์ก (Spiegelberg, 1965, 1975 cited by Leininger, 1985; Streubert & Carpenter, 1999) ได้ชี้ให้เห็นถึงลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนหรือการพัฒนาวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. การศึกษาในเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการสืบสวน และสำรวจปรากฏการณ์นั้นโดยตรง (direct investigation) การวิเคราะห์ และการบรรยายปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษาที่เป็นอิสระจากสมมติฐานล่วงหน้า (presuppositions) ซึ่งกระบวนการศึกษามี 3 ขั้นตอน



คือ ความสามารถในการหยั่งรู้หรือการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (intuiting) การวิเคราะห์ (analyzing) และการบรรยาย (describing)

2. การศึกษาแบบเน้นสาระสำคัญ (phenomenology of essences) เป็นการตรวจสอบและพิสูจน์ข้อมูล (probing) เพื่อหาสาระสำคัญและรูปแบบของความสัมพันธ์เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยปราศจากการจินตนาการ (free imaginative variation) ซึ่งจะช่วยให้มีความเข้าใจทั้งทางด้านโครงสร้างของเนื้อหาสาระ (essential structures) และความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์

3. การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (phenomenology of appearances) เป็นการเฝ้ามองเพื่อค้นหาความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแนวทางที่แตกต่างกันออกไป

4. การศึกษาองค์ประกอบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาโครงสร้างและกระบวนการที่ปรากฏการณ์นั้นเกิดเป็นรูปร่างขึ้น ซึ่งการศึกษาในขั้นตอนนี้สามารถทำให้มีการรับรู้ความสัมพันธ์ของเรากับสิ่งแวดล้อมหรือโลกได้มากขึ้น

5. การศึกษาปรากฏการณ์แบบตัดทอน (reductive phenomenology) เป็นการแยกหรือตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ต้องศึกษาอย่างแท้จริง เช่น อดีต ข้อสันนิษฐาน หรือสิ่งที่คิดไว้ล่วงหน้าของผู้วิจัย เป็นต้น

6. การศึกษาปรากฏการณ์แบบตีความ (hermeneutic phenomenology) เป็นการแปลความและค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretive or hermeneutic phenomenology) ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ต้องการทราบประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อะไรคือประสบการณ์ที่เขาได้รับ และเขาให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้นอย่างไร ซึ่งบุคคลแต่ละคนอาจให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่เขาได้รับแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ภาษา ภูมิหลัง หรือวัฒนธรรมที่สืบทอดและติดตัวบุคคลนั้นมาตั้งแต่กำเนิด นั่นคือประสบการณ์ของใครก็เป็นของคน ๆ นั้น ผู้ศึกษาจึงใช้การสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายและบรรยายประสบการณ์ออกมาเองในสิ่งที่เขาให้ความหมาย ให้คุณค่าและความสำคัญจากประสบการณ์ที่เขาได้รับ