

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของแผนการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. ผลกระทบของการได้รับเครื่องช่วยหายใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
5. การสอนอย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

1 ผลกระทบของการได้รับเครื่องช่วยหายใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว

เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ ทำหน้าที่แทนกระบังลมและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการทำงานของระบบหายใจ ช่วยพยุงชีวิตของผู้ป่วยในภาวะที่มีระบบการหายใจล้มเหลว (จิรวรรณ และ วิจิตรา, 2544; ลินจง, 2539; อนันต์, 2545) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อประคับประคองให้แพทย์ผู้ดูแลได้มีโอกาสรักษาสาเหตุจากการเจ็บป่วยดั้งเดิม ซึ่งอาจเป็นโรคของระบบการหายใจเอง หรือเป็นโรคอื่นที่มีผลต่อการทำงานของระบบหายใจให้ฟื้นกลับคืนมาสู่สภาวะปกติ แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (ศิริรัตน์, 2535) ดังนี้

1.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย

1.1.1 ระบบทางเดินหายใจ ประสิทธิภาพในทางเดินหายใจลดลง และไม่สามารถไอเอาเสมหะออกเองได้หรือได้น้อย เนื่องจากการมีท่อหลอดลมคอ หรือเจาะคอในทางเดินหายใจ ทำให้กลไกการป้องกันตัวของทางเดินหายใจทำงานลดลง และปฏิกิริยาการไอลดลง ลดความสามารถของซีเลียในการโบกพัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจเสียไป (ผ่องพรรณ, 2535) อาจเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคปอดเรื้อรังอยู่เดิม และประกอบด้วยระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลงทำให้กล้ามเนื้อในการหายใจอ่อนแรง และสาเหตุจากอาการปวดของผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยขาด

ความสามารถในการหายใจได้อย่างเต็มที่ (Callaghan, Doremus, Wilson & Donnell, 1994)

1.1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการเพิ่มความดันบวกเข้าไปในทรวงอกจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวก ทำให้ความดันเยื่อหุ้มปอดและความดันในทรวงอกเพิ่มขึ้น ชัดขวางการไหลกลับของหลอดเลือดดำสู่หัวใจห้องบนขวา ปริมาตรเลือดที่ส่งออกต่อหน้าที่จึงลดลง (ผ่องพรรณ, 2535)

1.1.3 ระบบทางเดินอาหาร ในผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเกือบทุกราย มักได้รับสารอาหารทางสายยาง เนื่องจากมีท่อช่วยหายใจคาอยู่ การเปลี่ยนเวลาในการให้อาหารตามกิจวัตรเช่นทุก 6 ชั่วโมง ทุก 4 ชั่วโมง ทำให้การหลั่งกรดแปรปรวน ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดมีการเผาผลาญมากขึ้น ทำให้ต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น แต่อาหารที่ได้รับน้อยกว่าอาหารที่ต้องการ ทั้งนี้ยังคงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคอีกด้วย ทำให้มีการสลายของโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ และเมื่อเครียดมากอาจทำให้เลือดออกในทางเดินอาหารได้ง่ายตามมา (เทวีกา, 2542; จิรวรรณ และ วิจิตรา, 2544)

1.1.4 ความผิดปกติของดุลกรดต่าง ผู้ป่วยหายใจอ่อนเพลียเสียสมดุลกรด-ด่างของร่างกายจากการหายใจ ทำให้สมดุลอิเล็กโตรไลต์ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปด้วย การเกิดภาวะโปตัสเซียมต่ำหรือสูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียนเบื่ออาหาร ทำให้ความอยากอาหารลดลง การหายใจที่เร็วมากๆ ทำให้ร่างกายต้องเสียน้ำมากทางการหายใจ และทางเหงื่อส่งผลให้ร่างกายขาดน้ำได้ (เทวีกา, 2542)

1.1.5 ระบบขับถ่าย แบบแผนขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะย่อมเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายมีผลต่อการบีบตัวของลำไส้ ช่วยให้การถ่ายอุจจาระเป็นปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบีบตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องที่แข็งแรง จะช่วยส่งเสริมการถ่ายอุจจาระได้ดี (สุปาณี, 2532) ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว ทำให้การทำงานของลำไส้ลดลง จึงเกิดอาการท้องผูกได้

1.1.6 การติดเชื้อ อาจเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจและในกระแสเลือดได้ง่าย ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้จากการใส่ท่อทางเดินหายใจ อาจเกิดได้จากสาเหตุต่างๆที่ไม่สะอาด การดูแลหม่บ่่อยๆที่ไม่ถูกเทคนิค และจากการใส่เครื่องมือเข้าในทางเดินหายใจ กลไกการป้องกันตัวและกำจัดเชื้อโรคของระบบทางเดินหายใจทำหน้าที่ได้ลดลง ภาวะพร่องระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยหรืออาจจากการสำลักเอาน้ำลายหรือเสมหะเข้าไปแล้วทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลขึ้น ซึ่งพบว่าเกิดขึ้น 6 ถึง 21 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่คาท่อช่วยหายใจ ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใส่ท่อทางเดินหายใจ (จิตรา, 2541; ผ่องพรรณ, 2535; ลินจง, 2542)

1.1.7 การพักผ่อนและนอนหลับ กระบวนการนอน การพักผ่อนจะถูกรบกวนอย่างมากโดยเสียงและน้ำที่อยู่ในท่อของเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณเตือน เสียงจากผู้ป่วยอื่น อีกทั้งการคุยกันเสียงดังของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นจึงสมควรให้มีการดูแลการตั้งระดับสัญญาณดัง และมีการจัดวางระบบสัญญาณให้เหมาะสม หมุนปุ่มปิดเครื่องก่อนที่จะมีการเปลี่ยนสายของท่อทางเดินหายใจ ทั้งนี้ความเงียบจะช่วยให้เกิดการปรับตัวของผู้ป่วยได้ (Flynn & Bruce, 1993)

1.2 ผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

1.2.1 ความคับข้องใจจากการสูญเสียการติดต่อสื่อสารด้วยวาจา โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ด้วยคำพูด เพราะผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องใส่คาท่อทางเดินหายใจ ทำให้ไปกีดสายเสียงผู้ป่วย จึงไม่สามารถพูดได้เป็นอุปสรรคในการสื่อสารทางคำพูดทำให้เป็นการยากที่จะทำให้อื่นเข้าใจในความต้องการ (Recker, 1992)

1.2.2 ความวิตกกังวล เป็นการสนองตอบต่อสิ่งผู้ป่วยถูกคุกคามหรืออันตรายต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย มีความไม่แน่ใจ และไม่ทราบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจรู้สึกว่าตนเองป่วยหนัก มีภาวะคุกคามต่อชีวิตมาก ผู้ป่วยจึงอาจแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา เช่นดึงสายยาง หรือท่อให้ออกซิเจนออก หรือถอยหนีเมื่อพยาบาลเข้าไปอยู่ใกล้ๆ เป็นต้น (วิจิตรา, 2544)

1.2.3 ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ การเจ็บป่วย อาการของโรค และยั้งรวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในหอผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์มาก การใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งหมายถึงการควบคุมการหายใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความสามารถ สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเองเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของโรคที่คุกคาม อีกทั้งไม่สามารถสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ ต้อง ตกอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของผู้อื่น ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตต้องผิดไปจากเดิม การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และถูกกำหนดเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร เป็นต้น (วิจิตรา, 2544; Hartshorn, Ebert, Scott & Weaver, 1993)

1.2.4 ภาวะพรากความรู้สึก ภาวะนี้เกิดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าได้น้อยกว่าปกติ (นิตยา, 2538)

ดังการศึกษาของภัทรพร (2545) เรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วย

หายใจ พบว่าผู้ป่วยได้ประสบปัญหา 7 ประการ คือ 1) เผชิญกับกฎระเบียบที่เคร่งครัด 2) เครื่องช่วยหายใจไร้ประสิทธิภาพ 3) ค่าท่อท่อปัญหาสารพัด คือสื่อสารกับใครก็ได้ เสมหะมากมายแต่ไร้ปัญญาขับออก และถึงหิวกระหายก็ไม่ได้กิน 4) ถูกพันธนาการแขน-ขาอย่างหนา

แน่น 5) แวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย 6) ดูแลตนเองได้น้อยต้องคอยพึ่งผู้อื่น 7) เกิดเหตุการณ์ที่
 ลักษณะไม่รู้สึกรู้ตัว และจากการศึกษาของเบอร์กบอมและฮาร์จาเม (Bergbom & Haljamae,
 1989) ในประเทศสวีเดนศึกษาในผู้ป่วย 158 คน ที่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับเครื่องช่วย
 หายใจมากกว่า 2 เดือน พบว่าร้อยละ 47 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความรู้สึก วิตกกังวลกลัวระหว่าง
 การรักษา ทำให้เขารู้สึกทุกข์ทรมาน ตกใจกลัว มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ ($p < .001$) ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการดู
 เสมหะเป็นสาเหตุของความกังวล ความทุกข์ทรมาน ตกใจกลัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
 เกิดความไม่มั่นคงปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 ปี
 90% ของผู้ป่วยเหล่านั้นยังคงจำถึงความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ซึ่งเป็น
 ปัญหาที่สำคัญมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะต้องคำนึงถึงปัญหาการมีข้อ
 จำกัดในการสื่อสาร และสภาวะอารมณ์ทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วย

1.3 ผลกระทบต่อครอบครัวทางด้านร่างกาย

ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าอ่อนเพลียต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว เนื่องจาก
 การดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลา พลังงาน และความสามารถที่มีอยู่ในการพยายามทำกิจกรรม
 ต่างๆให้แก่ผู้ป่วย ทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านอารมณ์ และจิตใจ ทำให้ญาติผู้ดูแล
 ไม่มีเวลาพักผ่อน (ชูชื่น, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอสตีล, พาวโนเนน และเลทตี
 (Astedt, et al., 1997) เกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่
 รักษาในโรงพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่าง 70 คน ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการรักษาใน
 ตึกศัลยกรรมประสาท พบว่าสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาหลายชั่วโมงต่อวันในการดูแลข้างเตียง มี
 ผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอย่างมาก การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ
 การดูแล การรักษาผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจแก่ญาติผู้
 ดูแล

1.4 ผลกระทบต่อครอบครัวทางด้านจิตใจ

1.4.1 ความเครียด วิตกกังวล เมื่อมีสมาชิกภายในครอบครัวเจ็บป่วยเฉียบพลัน
 ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงานที่ภายในบ้าน ซึ่งในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ
 วิกฤตญาติผู้ดูแลต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นภาระที่พึ่งพาแก่ญาติผู้ดูแล (สุจิตรา, 2534)
 สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งรัตน์ (2543) เกี่ยวกับความเครียดแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดของ
 การใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย
 หนักพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะเผชิญสถานการณ์ความเครียดในระยะ 2 - 5 วันแรกของการ
 รับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักและพบว่าสาเหตุมาจากการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยร้อยละ

95.3 ได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านการเงินร้อยละ 57.8 ด้านภาระหน้าที่งานประจำร้อยละ 23.4 ด้านความมั่นคงในครอบครัวลดลงร้อยละ 21.9

1.4.2 ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) อาจเกิดขึ้นได้ในญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งทีมสุขภาพควรให้กำลังใจในระยะสุดท้ายของโรค ควรที่จะเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เมื่อต้องเผชิญกับความทรมานจากความเจ็บป่วยของคนใกล้ชิด ซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย และความเข้าใจในลักษณะของโรค ทางเลือกในการรักษาดูแล การให้ข้อมูลหรือการมีปฏิสัมพันธ์เป็นการสร้างความความท้าทาย ผลักดันให้เกิดความเชื่อและความหวังของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจในความพยายามที่จะทำให้ความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดน้อยลง (Duhamel & Dupuis, 2003)

พยาบาลจึงควรทราบถึงความต้องการของญาติผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของมอลเตอร์ (Molter, 1979 cite by Kleinpell, 1991) โดยใช้ 45 ข้อคำถาม ถามญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต 40 คน ถึงความต้องการของญาติผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะวิกฤตสรุปได้ดังต่อไปนี้ 1) ญาติผู้ดูแลมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีห้องพักอยู่ใกล้ผู้ป่วย 4) ต้องการให้มีการโทรศัพท์ไปที่บ้านเพื่อบอกอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ทราบ 5) ต้องการรู้ถึงการพยากรณ์ของโรคผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรที่จะพยายามแก้ไขความเข้าใจผิดของญาติผู้ดูแลโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ไม่ควรปล่อยให้ญาติผู้ดูแลอยู่ตามลำพัง และพยาบาลต้องถามญาติผู้ดูแลถึงความคาดหวังในความต้องการการดูแล และพยายามปรับให้การพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Long & Greeneich, 1994) แต่จากการศึกษาของรุ่งรัตน์ (2543) เกี่ยวกับความเครียดแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักพบว่า ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษา ร้อยละ 6.3 และพบว่าญาติผู้ดูแลมีแหล่งข้อมูล มีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด โดยการมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลในการแก้ปัญหา ร้อยละ 39.1 และญาติผู้ดูแลจะมีปัญหาไม่กล้าแสวงหาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ร้อยละ 6.3

การมีมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาล และทักษะในการเอาใจใส่ การหยิ่งรู้ การเป็นมิตรกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การมีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแลเต็มไปด้วยบรรยากาศของความอบอุ่นและมั่นใจโดยจะต้องปรับความเข้าใจให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ เกิดความเชื่อมั่นในการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ (Laitinen & Isola, 1995; Molter, 1994) ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

สามารถเผชิญกับปัญหาและตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการช่วยปรับสภาพอารมณ์จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยต่อผลกระทบต่างๆได้

2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่รักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจนับได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่เจ็บหนัก และต้องการการดูแลเอาใจใส่มากกว่าผู้ป่วยอื่น เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และหากเครื่องช่วยหายใจเกิดขัดข้อง ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย จึงต้องมีการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีดังนี้

2.1 ความต้องการการดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพที่รู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม จะมีความต้องการการดูแลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยต้องการการดูแลดังนี้

2.1.1 การดูแลทางเดินหายใจ

1) การดูแลท่อหลอดลมคอ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะพ่วงออกซิเจน ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยกัดท่อหลอดลม (สมจิต และ สุภรณ์, 2524)

2) ดูแลให้มีการดูดเสมหะ เพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ การมีเสมหะตันในท่อหลอดลมคอ และหลอดลมหดรึง จึงต้องสังเกตเสียงการหายใจของผู้ป่วย และความดันของเครื่องช่วยหายใจที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีเสียงดังครืดคราด เสมหะที่เหนียวข้นเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้การระบายอากาศของผู้ป่วยไม่เพียงพอ และทำให้ปอดแฟบได้ (ปราณี, 2537) ในผู้ป่วยที่ไม่จำกัดการให้น้ำควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยละลายเสมหะไม่ให้เสมหะเหนียว (วารุณี, 2539)

2.1.2 ดูแลไม่ให้มีลมรั่วออกจากข้อต่อตำแหน่งต่างๆ ลมในท่อหลอดลมคอรั่วหรือลมไม่พอ สังเกตได้จากเสียงหายใจเข้าของเครื่องช่วยหายใจจะดังยาวขึ้น

2.1.3 ดูแลไม่ให้มีการหลุดของท่อทางเดินหายใจ การหลุดของท่อ อาจเกิดจากการดันไปมาทำให้ท่อเลื่อนหลุด ทำให้ผู้ป่วยพูดมีเสียง ท่อหลอดลมเลื่อนเข้าไปในปอดข้างใดข้างหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะมีอาการขาดออกซิเจน เช่น หายใจเร็ว หายใจหอบ ความดันเลือดอาจสูงหรือต่ำ ชีพจรเต้นช้า และมีสีผิวผิดปกติ ท่อหายใจอาจจะเลื่อนขึ้นมา หรือถ้ามีท่อหายใจหลุดร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (เจียมจิต และ วราภรณ์, 2536) ดังนั้นการดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่มีการหักงอ ไม่เลื่อนขึ้นลงหรือแกว่งไปมา การผูกท่อด้วยเทปผ้าหรือ

ติดพลาสติกเอาไว้ ตลอดจนการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรระวังไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก เพราะอาจทำให้เกิดแผลในหลอดลมได้ ถ้าจำเป็นอาจต้องพิจารณาผูกข้อมือผู้ป่วยไว้ และในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยต้องระวังจับสายต่อเครื่องช่วยหายใจตามไปกับผู้ป่วยด้วย เพื่อป้องกันการดึงรั้งทำให้เกิดการหลุดของท่อช่วยหายใจ (จงจิตร, 2528; จิรวรรณ และ วิจิตรา, 2544; ลินจง, 2539)

2.2 ความต้องการการดูแลไม่เกิด / ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

หนึ่งในเหตุผลที่เกิดจากผู้ป่วยมีอาการไข้สูงขึ้นนั้น จะทำให้เกิดการเพิ่มอัตราการหายใจ (Jamieson, McCall & Blythe, 1992) ญาติผู้ดูแลต้องติดตามและประเมินภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย อาทิการติดตามระดับอุณหภูมิของร่างกาย และหากอุณหภูมิสูงควรรายงานพยาบาล อีกทั้งการสังเกตลักษณะของเสมหะได้แก่ สีความเหนียวข้นของเสมหะ จำนวนและกลิ่น

2.3 ความต้องการการดูแลด้านการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้เป็นไปตามปกติ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีปัญหาการหายใจล้มเหลวอยู่แล้ว และเมื่อใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้อาจเกิดอันตรายขึ้น ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรจะสามารถสังเกตความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ดังต่อไปนี้ (ลินจง, 2539)

2.3.1 ผู้ป่วยต้านเครื่อง คือการที่ผู้ป่วยจะหายใจเองได้แต่ไม่สัมพันธ์กับการทำงานของเครื่อง อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือ หายใจไม่สม่ำเสมอ หรืออาจเกิดจากมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือมีเสมหะอุดตันในทางเดินหายใจ

2.3.2 เครื่องเงียบเสียง หรือไม่ทำงานอาจเนื่องจากก๊าซหมด หรือเหลือน้อยกว่า 50 ปอนด์

2.3.3 เสียงหายใจเข้าดังตลอดเวลาเกินไป เนื่องจากตั้งความดันหรือปริมาตรที่จะใช้กำหนดรอบการหยุดหายใจสูงเกินไป ไม่พอดีกับอัตราการไหลของลม หรืออาจมีการรั่วในวงจรเครื่องช่วยหายใจหลุด คัพรั่ว หรือใส่ลมในคัพไม่เพียงพอ เป็นต้น

เมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นผู้ดูแลต้องหาสาเหตุและหาทางแก้ไขโดยเร็ว ต้องเตรียมบีบถุงลมช่วยหายใจ (self inflating bag) ไว้ข้างเตียง และช่วยหายใจผู้ป่วยโดยการบีบถุงลมช่วยหายใจจนกว่าจะแก้ไขสาเหตุได้ และถ้าผู้ป่วยต้านเครื่องมากแพทย์อาจใช้ยาคลายกังวล ยากดศูนย์หายใจ หรือยาคลายกล้ามเนื้อเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหายใจเองได้ ในกรณีเหล่านี้ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สำหรับปัญหาที่เกิดจากแรงดันก๊าซไม่เพียงพอ ในกรณีที่ใช้ก๊าซออกซิเจนจากถัง ควรจะสำรวจปริมาณก๊าซในถังอยู่เสมอ และควรรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อเปลี่ยนถังออกซิเจนใหม่ทันทีเมื่อปริมาณออกซิเจนลดเหลือ 500 ลิตร (ลินจง, 2539) ซึ่งจากการศึกษาของ ธารวิทย์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่าง

การได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 วันขึ้นไป และถอดเครื่องช่วยหายใจ และท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอไม่เกิน 72 ชั่วโมง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบคำถามปลายปิด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกเหนื่อยอึดอัด หรือหายใจลำบาก รวมทั้งมีความต้องการได้รับการบีบถุงลม ช่วยหายใจหลังจากการดูดเสมหะทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 85 และ 76.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งญาติผู้ดูแลจะต้องประเมินอาการเหล่านี้ให้ได้ เพราะหากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและกลัวได้

2.4 ความต้องการการดูแลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว

การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยทำให้เกิดอันตราย เกิดการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง ควรจัดให้มีที่นอนเฉพาะ เช่น ที่นอนลม ในกรณีที่ต้องนอนอยู่กับที่นานมากกว่า 36 ชั่วโมง ช่วยป้องกันการกดทับ และการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง การดูแลให้ได้รับสารอาหาร และมีภาวะโภชนาการที่ดีอย่างเพียงพอ ช่วยป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง (Twomey, 1994) ดังนั้นจึงต้องดูแลให้เกิดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยบนเตียงได้ดังนี้

2.4.1 ดูแลการจัดท่าให้เหมาะสม ให้หายใจสะดวก ท่านั่งผู้ป่วยจะมีความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกายมากกว่าขณะนอน ในบางครั้งการจัดท่าที่เหมาะสมจะช่วยให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ดี (Richless, 1991) และในขณะที่อยู่ในระยะของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง 90 องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวและการทำหน้าที่ของปอด ซึ่งการจัดท่านั่งเพียง 30 – 45 องศา จะไม่มีผลในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของปอดให้ดีขึ้นแต่อย่างใด (Celentano & Conforti, 1985)

2.4.2 ดูแลกระตุ้นและอธิบายให้สามารถเคลื่อนไหวข้อแขนและขา มีกิจกรรมได้ตามศักยภาพ บอกให้ทราบให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ แนะนำวิธีการพุงสาย หรือจัดสายท่อทางเดินหายใจรวมทั้งท่ออื่นๆ หรือจะพลิกตัวลูกนั่งไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุด ดึงรั้งได้ อย่างไรก็ตาม ทั้งนี้เพื่อลดการเกิดกดทับ และภาวะแทรกซ้อนทางปอด ผู้ป่วยที่นอนอยู่ในท่าเดียวกันๆ ทำให้เสมหะอุดตัน ไชกระดูดยึดติดได้ ดังนั้นจึงควรให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 1- 2 ชั่วโมง จะช่วยในการขยายตัว เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของปอด และเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วยมากขึ้น (เทวิกา, 2542; วราภรณ์ และ มุกดา, 2541; Johnson & Sexton, 1990) แต่ในขณะเดียวกันการออกแรงของผู้ป่วยจะเป็นการเพิ่มอัตราการหายใจ ทำให้เกิดการหายใจลำบาก ซึ่งอาจจะต้อง แก้ไขโดยจัดท่าผู้ป่วยบนเตียง ให้สามารถช่วยบรรเทาการหายใจที่ลำบาก (Jamieson et al, 1992) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบมาก อาจช่วยขับเสมหะออกโดยการจัดท่านั่งเพื่อระบายเสมหะ (postural drainage) และใช้การเคาะปอด (percussion) ร่วมด้วย (วารุณี, 2539) การ

ประเมินอาการและอาการแสดงการขาดออกซิเจนของผู้ป่วย จะต้องสังเกตลักษณะ ระดับของการหายใจของผู้ป่วย ความสะดวกในการหายใจ และจังหวะในการหายใจ ถ้าสังเกตพบว่า อัตราการหายใจของผู้ป่วยมากกว่า 30 ครั้ง/ นาที ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่ามีภาวะขาดออกซิเจนผู้ป่วยมีอัตราการหายใจเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ ก็จะนำไปสู่การทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจอ่อนล้า และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวตามมา (จิตรา, 2541)

2.5 ความต้องการการตอบสนองพื้นฐานด้านกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงเกี่ยวข้องกับความอ่อนเพลีย ระดับของการเคลื่อนไหวลดลงจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อาจมีสาเหตุมาจากความปวด หรือความไม่แน่นอนหรือไม่กล้า รวมถึงการมีท่อระบายต่างๆ การมีท่อช่วยหายใจ การมีแผลเปิด จะทำให้เป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Recker, 1992) ดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสมของสภาพผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถทำได้ โดยสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังต่อไปนี้

2.5.1 การทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแขนและขาทุกชั่วโมง

2.5.2 การนอนหลับ ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาอันยาวนาน มีประสบการณ์ในการถูกรบกวนการนอนหลับ ไม่คุ้นเคยกับเสียงแสง ผู้คน การรับรู้สำหรับไฟที่เปิดตลอดเวลา เป็นต้น (Agnew, Webb & Williams cited by Recker, 1992)การร่วมมือประสานกันระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพ ในการช่วยเหลือให้ลดสาเหตุ การเคลื่อนไหวของสิ่งต่างๆที่จะทำให้ผู้ป่วยตื่นจากช่วงเวลาพักผ่อนที่ดีที่สุด ควรมีการพัฒนารูปแบบช่วงเวลาการพบปะหรือการเยี่ยมของทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแลที่รบกวนช่วงเวลาการพักผ่อนและนอนหลับให้น้อยที่สุด การจัดให้มีแสงและเสียงเพียงเล็กน้อย เพิ่มการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวต่างๆในตอนกลางวัน (Recker, 1992) ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่างเกี่ยวกับแผนการพยาบาล เช่น การตัดสินใจว่าจะพลิกตัวด้านไหน เวลาที่ต้องการเช็ดตัว การเคลื่อนไหว และกำหนดช่วงเวลาของการพักผ่อน เป็นต้น ดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีกลิ่นแสงรบกวนน้อยที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนใช้เหล็กกันเตียงหลังให้การดูแลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการตกเตียง (วราภรณ์ และ มุกดา, 2541)

2.5.3 การขยับถ่าย ในรายที่ไม่รู้สึกตัว ทำกายภาพบำบัดอย่างน้อยวันละครั้งให้ความช่วยเหลือเรื่องการขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ (วราภรณ์ และ มุกดา, 2541) ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการใช้หมอนอน จะเกิดความวิตกกังวลในการขยับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ เพราะจะทำให้เบื่อนสกปรก และความวิตกกังวล ซึ่งนำไปสู่อาการท้องผูกได้ และผลสุดท้ายอาจทำให้เพิ่มอัตรา

การหายใจ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเกิดมีอาการท้องผูก ญาติผู้ดูแลต้องรายงานพยาบาลรับทราบเพื่อหาทางแก้ไข (Jamieson et al., 1992)

2.6 ความต้องการปรับตัวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ได้

ขณะที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจมักเกิดความเจ็บปวดจากการระคายเคืองเยื่อช่องปาก คอ หลอดลม และกล่องเสียง อาจเกิดจากการมีท่อทางเดินหายใจใหญ่เกินไป หรือจากการกดทับของท่อทางเดินหายใจที่มุมปากที่คาท่อทางเดินหายใจ (Lewis & Collier, 1992) เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวให้ดูแลระมัดระวัง เพื่อป้องกันการระคายเคืองของเนื้อเยื่อที่ปาก และหลอดลม ควรดูแลรักษาความสะอาดในปากบ่อยๆ โดยใช้ไม้พันสำลี และใช้ยาป้ายปากทาในกรณีปากแตกแห้งจะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น และผู้ป่วยจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานได้เพิ่มขึ้นจากการดูดเสมหะ เนื่องจากอาการไอเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากดูดเสมหะ และถ้าใช้เวลาในการดูดเสมหะนาน จะทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน จึงต้องมีการช่วยบีบถุงลมช่วยหายใจ ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ก่อนและหลังการดูดเสมหะ 10 วินาที (Flynn & Bruce, 1993; Johnson & Sexton, 1990; Noll, 1993) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจมักจะบอกว่าระหายน้ำมาก ปากแห้ง และไม่สุขสบาย การดูแลความสะอาดในปากโดยใช้แปรงฟัน ยาสีฟัน น้ำ น้ำยาล้างปาก และดูดน้ำลายในปาก เพื่อป้องกันการสำลักของแบคทีเรียในช่องปาก ถ้าได้รับการอนุญาตควรให้ก้อนน้ำแข็งเล็กๆ และให้ทาริมฝีปากด้วยเจลลี่ (Flynn & Bruce, 1993).

2.7 ความต้องการการสื่อสาร/ บอกรับความต้องการได้

วิธีการสื่อสารยังมีความสำคัญจำเป็นที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแล ก่อนที่จะเลือกเทคนิคใดที่เหมาะสมในการสื่อสาร ญาติผู้ดูแลควรประเมินความรู้ความเข้าใจ ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการอ่านและเขียน (จิตรา, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541) พบว่าร้อยละ 76.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความต้องการช่วยเหลือในการหาวิธีการสื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ เช่นการจัดให้มีดินสอ หรือปากกาแผ่นภาพมีข้อความประกอบ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ญาติผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างดี อาจจะต้องเข้าใจการใช้ภาษาท่าทางของผู้ป่วย เพื่อรับทราบความต้องการของผู้ป่วย และใช้เทคนิคการสัมผัสเพื่อคลายความวิตกกังวลร่วมด้วย (Johnson & Sexton, 1990; Noll, 1993)

2.8 ความต้องการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยผ่านหลอดลมคอไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก ส่วนมากจะให้อาหารทางสายยางให้อาหาร และอาจมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่นท้องอืด อาหารไม่ย่อย หรือไม่ดูดซึมจากการเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง หรือจากการมี

ไปตัสเชื่อมในเลือดต่ำ เป็นต้น บางรายมีเลือดออกในกระเพาะอาหารทำให้ต้องงดอาหารและน้ำ นอกจากนี้พยาธิสภาพที่เป็นอยู่ประกอบกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ร่างกายมีความเครียดเพิ่มขึ้น ความต้องการพลังงาน และสารอาหารยังเพิ่มขึ้นอย่างมาก การได้รับ ไม่เพียงพอ มีการสลายกล้ามเนื้อเพื่อให้เป็นพลังงาน กล้ามเนื้อจึงลีบเล็กลง และอาจมีผลต่อกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจได้เช่นกัน (ผ่องพรรณ, 2535)

2.9 ความต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจต้องพบกับปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดความหมดหวัง ความรู้สึกถูกคุกคามไม่มั่นคงและขาดสิ่งยึดเหนี่ยว สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกิดความรู้สึกบีบคั้นทางจิตวิญญาณ หรือความทุกข์ทางจิตวิญญาณได้ (ฟาริดา, 2534) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจึงต้องการความเข้าใจ ความเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความรักและกำลังใจ ทั้งจากญาติผู้ดูแลมิตรสหายและพยาบาล พยาบาลจึงถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ความเจริญทางเทคโนโลยีไม่มีวันจะทดแทนได้ (ทัศนีย์, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธาริพย์ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 86.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสให้ลูก หลาน คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาแสดงความรัก ความห่วงใย และความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งร้อยละ 78.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ลูก หลาน คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น เช็ดตัว ป้อนอาหาร เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ (2545) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยต้องการใกล้ชิดกับบุคคลและสิ่งยึดเหนี่ยว ได้รับสัมผัสที่อบอุ่นโดยต้องการดูแลช่วยเหลือเสริมกำลังใจจากญาติผู้ดูแล อาจจะเป็นการพูดคุยการสัมผัส การคอยดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยอีกด้วย

ญาติผู้ดูแลจะต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถทำให้เกิดการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังการศึกษาของ สถิตยัพร (2544) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและครอบครัวจะต้องให้ความรัก และเมตตา

ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีผู้ให้ความช่วยเหลือที่จริงใจ ทำให้สามารถเผชิญต่ออาการของโรคและคลายความทุกข์ทรมานลงได้

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ความหมายและกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมในทางการแพทย์ คำนี้ยังแพร่หลายไม่มากนัก (ทศนีย์, 2540) แต่ทั้งนี้เมื่อกล่าวถึงการมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดที่รู้จักกันเป็นอย่างดี (Roberts, 2002) เพราะเมื่อพูดถึงการมีส่วนร่วมซึ่งตรงกับคำว่า พาร์ติซิเปชัน (participation) ในภาษาอังกฤษตามรากศัพท์คำนี้มาจากภาษาลาติน พาร์ติซิเปอ (participare) มีความหมายว่า กระตือรือร้น กระฉับกระเฉง หรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง (Longman, 1968 อ้างตาม ทศนีย์, 2540)

ตามพจนานุกรม ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมคือ การแบ่งปัน การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการเข้าไปเกี่ยวข้องเพื่อที่จะมีส่วนร่วมในการรับรู้ สนใจ และร่วมรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์นั่นเอง (Kirkpatrick, 1989 cited by Coyne, 1996) ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

เฮนสัน (Henson, 1997) ได้เปรียบเทียบแนวคิดของการมีส่วนร่วมเหมือนกับการพึ่งพากันเป็นการกระทำเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กัน ในรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์สำหรับผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการได้รับการสนับสนุน กระตุ้นให้กำลังใจ ให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน

โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลจะต้องเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นผู้ช่วยเหลือ คู่คิดของผู้ป่วย การร่วมมือกันของผู้ป่วย และการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกันกับผู้ป่วย เป็นลักษณะของสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์กัน ทั้งนี้จะต้องลดช่องว่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องลดหรือคืนอำนาจไปให้ผู้ป่วยและครอบครัว ในรูปแบบที่จะต้องมีการขอความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดประโยชน์ โดยต้องมีการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ในการเลือกที่จะใช้สติปัญญา ร่วมกับการใช้กำลังร่างกายในกระบวนการดูแลสุขภาพ (Cahill, 1996)

ทังนี่เจเวล (Jewel, 1994) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการมีส่วนร่วมเป็นทางการ (formal) และการมีส่วนร่วมไม่เป็นทางการ (informal) ซึ่งในรูปแบบทางการเป็นแนวคิดที่พัฒนาการร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตามรูปแบบกระบวนการพยาบาล ภายใต้การร่วมมือของหลายสาขาอาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการวางแผน และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล การประเมินผลการดูแล ในส่วนของการมีส่วนร่วมอย่างไม่เป็นทางการ เป็นรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและ

พยาบาล ในลักษณะการให้กำลังใจ การสนทนาแบ่งปันให้ข้อมูล ปรีกษาแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับแนวคิดของคอยน์ (Coyne, 1996) อธิบายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและพยาบาลในรูปของการมีปฏิสัมพันธ์ การควบคุม ความตั้งใจ ความสามารถและการพิทักษ์สิทธิหรือการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ซึ่งการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดประโยชน์ เกิดการพัฒนาทำให้รู้สึกเกิดคุณค่าในตนเองทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดช่องว่างความห่างเหิน สนับสนุนให้เกิดความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพด้วยกัน ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในรูปแบบของการยินยอมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การได้รับยา ให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร และการดูแลทางด้านจิตใจ (Clayton, 1988 cited by Cahill, 1996)

อาจจะกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกระบวนการที่สนับสนุนการปฏิบัติ การที่กระชั้นกระเฉง ว่องไวในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะในชีวิตประจำวันอีกทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการเหล่านี้ ตั้งแต่รับเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย (Saunders, 1995)

โดยสรุป การมีส่วนร่วมคือการที่ครอบครัวหรือผู้ป่วยเข้าไปร่วมมือกันกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา และวางแผนเป้าหมายร่วมกันให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกันทั้ง 2 ฝ่าย ทั้งนี้ต้องมีการส่งเสริมเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร มีการจูงใจโดยให้กำลังใจ และสะท้อนคิดวิเคราะห์ถึงความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถของตน เกิดแรงจูงใจในการเข้าไปปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในที่สุด

ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพต้องมารู้และเข้าใจในแนวคิด การมีส่วนร่วมให้ชัดเจน บทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจประกอบด้วยความซับซ้อนและมีหลายมิติ ดังต่อไปนี้ (Coyne, 1996; Jewel, 1994; Laitinen & Isola, 1995)

3.1 การมีส่วนร่วมในการประเมินอาการของผู้ป่วย

ครอบครัวควรจะมีส่วนร่วมในการประเมินอาการผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นการประเมินอาการของการขาดออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น และควรประเมินสังเกตการทำงานที่ผิดปกติของเครื่องช่วยหายใจได้ ญาติผู้ดูแลมีบทบาท

ในการบอกความต้องการของผู้ป่วยและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย เป็นส่วนที่ช่วยในการตัดสินใจ วางแผน และประเมินการให้การดูแลของเจ้าหน้าที่ต่อไป (Laitinen, 1992; Sharp, 1990) พยาบาลอาจต้องมีการตรวจสอบความตรงของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหรือครอบครัว ปรีกษาหรือกับบุคลากรอื่นๆ การตรวจสอบดังกล่าวจะป้องกันการผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลต่างๆเพิ่มเติม (วัลลา และ สมจิต, 2544) เนื่องจากความร่วมมือของครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนในการบรรลุผลสำเร็จในการให้การพยาบาล จึงต้องให้ความสำคัญการรับรู้ปัญหาของครอบครัวและผู้ป่วย ซึ่งอาจจะลำดับให้ความสำคัญของปัญหาไม่เหมือนกับพยาบาล (สาลี, 2544) และปัญหาส่วนใหญ่มักเกิดจากการติดต่อสื่อสารที่ปราศจากญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือเป็นคนกลางในการสื่อความหมายกับเจ้าหน้าที่สุขภาพแทนผู้ป่วย เพราะญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะเข้าใจดีว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่างแท้จริง (Fradd, 1987 cited by Coyne, 1996; Josen, Athlin & Suhr, 2000; Lotus, 2000)

3.2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เป็นการร่วมเข้าไปในกระบวนการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษา เป็นกระบวนการร่วมมือกัน การปรึกษาหารือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วย การสร้างข้อตกลงในแผนการดูแลผู้ป่วย (ชญา นิช, 2541; Worth & Luker, 1990 cited by Jewell, 1994) โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล ซึ่งเป็นหนทางแห่งการบรรลุผลสำเร็จในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (King, 1981) การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถาม ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เยี่ยมและใกล้ชิดผู้ป่วยตามความต้องการเท่าที่สามารถจะทำได้ อำนวยความสะดวกให้ญาติผู้ดูแลพบปะพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา (วิจิตรา, 2544) ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการพิจารณาทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาและความคิด ให้ความมั่นใจ ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ในการวางแผน ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมั่นใจในขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยปลอดภัย (Mishel, 1990; Frichels, 1993) การปรึกษาหารือที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการติดต่อระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและครอบครัว เป็นการเสริมสร้างให้ครอบครัวรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อการรักษาของผู้ป่วย นำมาซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดให้มีใน 3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ชญา นิช, 2541)

ซึ่งปัจจุบันได้มีการรณรงค์ให้ได้รับความสนใจ และมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ในเรื่องผลการตรวจ การพยากรณ์โรค มีสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับบริการทางการ

แพทย์ (อวยพร, 2540) ญาติผู้ดูแลควรได้ถามถึงแนวทางการรักษาและวิธีการวางแผนที่จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย เช่น มีการวางแผนรักษาอะไรบ้างสำหรับวันนี้ ใครเป็นแพทย์เจ้าของไข้ที่ดูแลผู้ป่วย และพยาบาลควรที่จะบอกเกี่ยวกับสิ่งที่ครอบครัวสามารถที่จะช่วยได้ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยควรจะช่วยบอกปัจจัยสาเหตุที่เป็นเหตุการณ์ปัจจุบัน เป็นข้อมูลที่ให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยได้วิเคราะห์แยกแยะให้เข้าใจ ญาติผู้ดูแลจะต้องรู้ถึงความผิดปกติในการตอบสนองของผู้ป่วยและอะไรบ้างที่เขาสามารถจะช่วยได้ เป็นต้น (Lily, 2002a) แต่จากการศึกษาของ กนกรัตน์ (2547) เกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าญาติผู้ดูแลจะไม่ทราบข้อมูลของผู้ป่วยที่ชัดเจน เกี่ยวกับโรคและอาการ แนวทางการดูแลรักษา แต่เรื่องที่ญาติผู้ดูแลจะต้องตัดสินใจ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัด และการทำหัตถการทางการแพทย์เท่านั้น

พยาบาลต้องตระหนักถึงสิทธิเสรีภาพของผู้รับบริการ ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพที่เลือกการบริการสุขภาพ ไม่ควรที่จะไปควบคุมบังคับให้ผู้รับบริการกระทำการใดๆที่เขาไม่เห็นชอบด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการอธิบายให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับทางเลือกและประโยชน์หรือข้อจำกัดของทางเลือกที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดการร่วมกันในการตัดสินใจทั้งสองฝ่ายระหว่างผู้ให้และผู้รับ (Dunst & Trivette, 1996) และมีหน้าที่เพียงเป็นการให้ข้อมูลโน้มน้าวหรือกระตุ้นให้เขาปฏิบัติตามแผนการเท่านั้น แต่การที่จะยอมรับหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับตัวของผู้รับบริการเป็นสำคัญ (สาลี, 2544) ดังเช่นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อยืดชีวิต อาจต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตภายหลังเมื่อเลือกการได้รับเครื่องช่วยหายใจ การตัดสินใจในการรับการรักษาในเรื่องนี้เป็นเรื่องหนึ่งที่ซับซ้อนมากที่สุด การตัดสินใจของญาติผู้ดูแลอาจตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อและความต้องการทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การให้การดูแลระดับประคองให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ ญาติผู้ดูแลควรจะต้องสอบถามถึงอาการ และข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจ (Shannon & Wolfe, 2003; Warren, Jarrett, Senegal & Parker, 2004) ซึ่งถ้าพยาบาลหรือแพทย์ไม่มีการให้ข้อมูลข่าวสาร ขาดการแนะนำก่อนที่จะให้ครอบครัวหรือผู้ป่วยตัดสินใจ ก็ไม่จัดเป็นกระบวนการที่จะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาที่ถูกต้องได้ เช่นกัน (Chadderton, 1995)

3.3 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Recker, 1992) จึงมีความต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวกับชีวิต

ประจำวันของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความหมายการมีคุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมในการดูแลทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้สัมพันธภาพของครอบครัวดีขึ้น และเป็นสิ่งที่ดียิ่งขึ้นถ้าครอบครัวมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในการดูแล (ทัศนีย์, 2543; Recker, 1992) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้กลับสู่สภาวะปกติและอยู่ในระดับสูงสุดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การดูแลผู้ป่วยในที่นี้ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ (สาลี, 2544)

พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลเริ่มจากกิจกรรมง่ายๆ จนถึงความสามารถที่ญาติผู้ดูแลจะกระทำได้ เช่นการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน กล่าวคือการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหารและน้ำทางสายยาง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ปลายเท้าตก รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตลอดจนให้ญาติผู้ดูแลได้ผ่านการฝึกทดลองปฏิบัติค่อยๆ ซึมซับ ปรับใจให้ยอมรับภาระการดูแลผู้ป่วยต่อไป (ทัศนีย์, 2540) ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นอันดับแรก (Stone et al, 1987 cite by Laitinen, 1992) การเสริมกำลังและการให้กำลังใจจากเพื่อนที่ใกล้ชิดและครอบครัวเป็นกระบวนการรักษาอย่างหนึ่ง การให้เวลาหรือโอกาสเล็กน้อยทำให้ผู้ป่วยเกิดชีวิตชีวา (Lily, 2002b) พยาบาลจะต้องให้ความชัดเจน อีกทั้งจะต้องให้เวลาแก่ญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลเห็นคุณค่า ยอมรับในบทบาทของผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความสามารถแก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลได้ (Nolan & Grant, 1989)

3.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

เนื่องจากการประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการพยาบาล (วัลลา และ สมจิต, 2544) ครอบครัวจึงควรได้มีบทบาทมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากการดูแล ในด้านการสังเกต หรือเฝ้าดูอาการ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ดี ซึ่งจะเข้าใจดีว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (สุวคนธ์, 2541; Fradd, 1987 cite by Laitinen & Isola, 1995) และญาติผู้ดูแลยังสามารถบอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการสังเกตและประเมินอาการของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง (กนกรัตน์, 2547) ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยรวมกันกับเจ้าหน้าที่ต่อไป

ในอดีตเจ้าหน้าที่ผู้ประกอบวิชาชีพหรือทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการดูแลสิ่งต่างๆ กระตุ้นให้มีการตัดสินใจ และให้ข้อมูลข่าวสารแก่สมาชิกครอบครัว แต่ต่อมาบทบาทของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้เปลี่ยนจากบทบาทของผู้รับกลายมาเป็นผู้ที่มีบทบาทกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

(Biley, 1992) ได้มีการยอมรับถึงแนวคิดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในระบบการให้บริการ เนื่องจากการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ต้องการญาติผู้ดูแลทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการตัดสินใจ (Coyne, 1996) การให้อำนาจ และเคารพในการดูแลของครอบครัว ยอมรับในความแตกต่างของญาติผู้ดูแล ทีมสุขภาพจะต้องมีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจให้แก่ญาติผู้ดูแล เริ่มจากการทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลด้วยตัวเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทำทนายในการที่จะทำบทบาทของตนให้สำเร็จ ทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแลของทีมสุขภาพ (Kalyanpur & Rao, 1991) ปัจจุบันการให้สิทธิ์ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมนี้สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปัจจุบันได้เน้นการปรับเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและสร้างกลวิธีการให้บริการพยาบาลโดยใช้ความรู้และสมรรถนะทางวิชาชีพดูแล ส่งเสริม รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี (จุ้งลาวัลย์, 2543) ในปัจจุบันภาวะที่มีความพยายามตัดทอนค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ในส่วนใหญ่จะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นๆ ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องพัฒนาความสามารถในการช่วยตนเอง เพราะการออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านได้ บางคนไม่ได้หมายความว่าหายเป็นปกติ มีอยู่บ่อยครั้งที่การรักษายังต้องต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน บางคนยังคงต้องสวนปัสสาวะเองที่บ้านบางคนต้องกลับไปทำแผลเองที่บ้านเป็นต้น (สาลิ, 2544) ถ้าญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยไม่มีทักษะในการดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาลก็อาจจะเกิดปัญหา จากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

ครอบครัวจึงต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวต่อไป ดังงานวิจัยของยาฮอร์ม (Ya-Orm, 2001) เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 19 คน ญาติผู้ดูแล 21 คน ได้ศึกษาในวันที่ 3, 7, วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ,สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้สึกรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายของญาติผู้ดูแล ผู้ให้การดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติขณะอยู่โรงพยาบาลแต่ลดลงเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน และคะแนนความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน

จะเห็นได้ว่าในการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถที่จะ

พัฒนาศักยภาพการดูแลของครอบครัวให้เกิดความพร้อม พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว และช่วยพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในที่สุด

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีทั้งปัจจัยจากญาติผู้ดูแลเอง และปัจจัยภายนอกซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแล

4.1.1 เพศ จากการศึกษาสตรีในครอบครัวชนบทไทยพบว่าผู้ที่ให้การดูแลครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสตรีร้อยละ 70-80 (รุจา, 2535) ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงิน และจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่นๆให้ ในขณะที่ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (วิมลรัตน์, 2537) การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง เนื่องจากสังคมคาดหวังให้ผู้หญิงเป็นผู้ดูแล (พิกุล, 2540)

4.1.2 อายุ ญาติผู้ดูแลที่อายุมากผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก ร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลที่ดีทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และการมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (วิมลรัตน์, 2537) ส่วนญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีการรับรู้และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆได้น้อยจากการมีประสบการณ์ในการอยู่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า (Lee, 1980 cited by Laitinen, 1992) ดัชนีการศึกษาของชูชื่น (2541) เกี่ยวกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ซึ่งมีผลให้การแสดงบทบาทของผู้ดูแลได้ดีขึ้นด้วย แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ (2539) เกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เนื่องจากช่วงอายุยิ่งมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังสูงขึ้น (จันทร์เพ็ญ, 2543) ซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลลดน้อยลงได้เช่นกัน

4.1.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ (2539) เกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีส่วนร่วมในการดูแลได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ

4.1.4 ความรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม การที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลตัดสินใจให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย (Biley, 1992) ดังในกรณีที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ญาติผู้ดูแลย่อมต้องการทราบวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง รวมทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับการป้องกันในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวไม่ได้ของผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็วทันทีที่มีปัญหา เพื่อสามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลาถ้าญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาหรือไม่แน่ใจว่ากระทำถูกต้อง (วิมลรัตน์, 2537) การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การฝึกทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล ทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งในการให้ความรู้ควรที่จะใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาความรู้ให้แก่ญาติผู้ดูแล (ยุพาพิน, 2546) เนื่องจากความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความแม่นยำในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแล ถ้าญาติผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลและมีทักษะในการประเมินผลจากการดูแล จะทำให้เกิดความมั่นใจสามารถที่จะวางแผนตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลได้ (Laitinen, 1992)

ความสามารถในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล มีการเรียนรู้จาก 2 วิธีคือ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ การลองผิดลองถูกและการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้จากพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ (จอม, 2540) การอธิบายให้ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เข้าใจถึงเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย คำอธิบายเหล่านี้ช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้ญาติผู้ดูแลกล้าที่จะให้ความร่วมมือในเรื่องการดูแลร่างกาย การให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และคลายความวิตกกังวล แต่ในบางขณะการให้ข้อมูลที่มากเกินไป อาจก่อให้เกิดสภาวะกระตุ้นความรู้สึกมากเกินไป (แสงจันทร์, 2541) บางครั้งก็ไม่มีประโยชน์อันใดทำให้สับสนมากยิ่งขึ้น ดังนั้นวุฒิภาวะและความพร้อมคือสภาพความเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม รวมทั้งความสนใจพื้นฐานที่จะให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งที่จะเรียนได้ (ปรียาพร, 2534) ดังเช่นการศึกษาของโบแมน (Bouman, 1984) เกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลา 36 ชั่วโมงแรกของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลา 96 ชั่วโมง (4 วัน) พบว่าในระยะเวลา 36 ชั่วโมงแรก ญาติผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าความต้องการทางด้านร่างกายและอารมณ์ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ภายในระยะเวลา 4 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล และจากการวิจัยพบว่าความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารจะลดลง แต่ยังคงมากกว่าความต้องการทางด้านร่างกายและ

อารมณ์ ข้อมูลข่าวสารความเป็นจริงเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การรักษา และการให้ความสม่ำเสมอในการช่วยเหลือทางด้านนี้จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้ตั้งนั้นปัจจัยในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลคือ

1) วุฒิภาวะและความพร้อม คือ สภาพความเจริญเติบโตทางด้านร่างกายสติปัญญา อารมณ์ และสังคม รวมทั้งความสนใจพื้นฐานที่จะให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งที่จะเรียนได้ (ปรียาพร, 2534) ฉะนั้นก่อนที่จะสอนญาติผู้ดูแลจะต้องคำนึงถึงความพร้อมทางด้านอารมณ์อีกด้วยเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัวได้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลในภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้จำกัดความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ (สมจิต, 2544) และผู้ที่มีความพร้อมด้านสมรรถภาพการรู้คิด ตัดสินใจมีความสามารถและทักษะการดูแล มักถูกคาดหวังจากบุคคลรอบข้างให้บทบาทดังกล่าว (Walker et al., 1995 อ้างตาม จอม, 2541)

2) ทักษะคติของญาติผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทักษะคติจะบอกให้ทราบถึงความพร้อมทางจิตของสภาพบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึกที่กระทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะตอบสนอง ความชอบ ไม่ชอบที่จะกระทำสิ่งหนึ่งๆ (ชระนวนทอง, 2534) เป็นตัวกระตุ้นสำคัญทำให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ช่วยให้การเรียนรู้นั้นมีจุดมุ่งหมายที่แน่นอน บางครั้งความสนใจจะเกิดจากความถนัด และทัศนคติที่ดีต่อเรื่องนั้น (ปรียาพร, 2534) ทักษะคติในการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลทั้งทางบวกและทางลบจะมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วม ซึ่งในทัศนคติทางด้านลบมักเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าการติดต่อมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจะต้องมีพิธีรีตองมาก ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงต้องใช้เวลาที่เพียงพอในการติดต่อสื่อสาร ในการได้รับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาล อีกทั้งยังต้องการให้มีการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และมีขั้นตอนการสำหรับญาติผู้ดูแล ให้เจ้าหน้าที่มีความยืดหยุ่นในการทำงาน และจากการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทำให้ขาดการเป็นส่วนตัว และจะกลัวการติดต่อจากผู้ป่วยไปยังญาติผู้ดูแลจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย จึงเป็นปัจจัยที่ยับยั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลได้อีกทางหนึ่ง (Robinson & Thorne, 1984 cite by Laitinen & Isola, 1995) ส่วนทัศนคติที่ดีจะทำให้เกิดความเต็มใจ และความสนใจในการมีส่วนร่วม ญาติผู้ดูแลควรได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องพยายามช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์

ทำให้พยาบาลได้รับทราบถึงสภาพของญาติผู้ดูแล อาจทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันเพิ่มขึ้น เกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมตามมา (Laitinen & Isola, 1995)

3) ประสิทธิภาพของผู้เรียน ผู้เรียนจะมีความรู้ในเรื่องนั้นมากน้อยเพียงไรถ้าเคยรู้มาบ้าง เคยมีประสบการณ์เรื่องหนึ่งเรื่องใดที่อาจมีผลต่อการเรียนรู้ในอีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งก็คือความรู้เดิมที่มีอยู่จะช่วยเสริมให้เกิดความรู้ใหม่ (ปรียาพร, 2534) หากญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่มาก่อน จะทำให้มีความเครียดมากกว่าปกติ และมีความยากลำบากในการเผชิญความเครียดได้มากกว่าผู้ที่เคยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่นั้นมาแล้ว (วิมลรัตน์, 2537)

4) ความบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ อวัยวะที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เช่น ตา หู ปาก สมอง มือ เป็นต้น หากเสียไปก็อาจจะทำให้การเรียนรู้ไม่ดีเท่าที่ควร (ปรียาพร, 2534) ถ้าสุขภาพของญาติผู้ดูแลดี แข็งแรง ว่องไว และจากการที่ญาติผู้ดูแลได้รับการปรับประคับประคองทางด้านอารมณ์และจิตใจจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสำเร็จได้ ดังการศึกษาของ สุดศิริ (2541) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญทำให้ญาติผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย

4.1.5 สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อนด้วยความรักและ ผูกพัน ญาติผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแล เช่น เมื่อบิดามารดาเจ็บป่วยบุตรต้องตอบแทนบุญคุณแก่บิดามารดา โดยให้การดูแลช่วยเหลือทุกอย่างด้วยความกตัญญู (ยุพาพิน, พรรณวดี และ สมฤดี, 2542) และญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งได้ตัดสินใจเข้ารับบทบาทผู้ดูแลเพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลกันยามเจ็บป่วย (กนกรัตน์, 2547) จะเห็นได้ว่าความผูกพันเป็นพื้นฐานสำคัญทำให้บุคคลปฏิบัติสิ่งต่างๆ เพื่อควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่คุกคาม (ยุพาพิน, พรรณวดี, สมฤดี, 2543) แต่ในทางกลับกัน ถ้ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันมาก่อนญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่าเนื่องจากเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ (วิมลรัตน์, 2537)

4.1.6 แรงจูงใจ จากการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นแนวโน้มในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหรือไม่นั้น พบว่าแรงจูงใจของญาติผู้ดูแลที่มุ่งประโยชน์ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยจะทำให้ญาติผู้ดูแลจะเข้ารับบทบาทด้วยความเต็มใจมีความสงสารเข้าใจผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความห่วงใย เอาใจใส่ แต่ในทางกลับกันถ้าการรับบทบาทเนื่องจากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องการสิ่งตอบแทน หรือป้องกันการบริจาษจากบุคคลรอบข้างนั้นถือว่าเป็นแรงจูงใจที่มุ่งประโยชน์ของญาติผู้ดูแลเป็นหลัก (Walker, et al., 1995 อ้างตาม จอม, 2541) อาจ

ทำให้การดูแลของญาติผู้ดูแลด้วยความรักความห่วงใย เอาใจใส่ผู้ป่วยได้น้อยกว่าการดูแลที่เกิดจากแรงจูงใจของญาติผู้ดูแลที่มุ่งประโยชน์ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย

4.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจัดเป็นผู้ป่วยวิกฤตมีทั้งรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ซึ่งนอกจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาแล้วสมาชิกในครอบครัวยังต้องเผชิญต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (วิจิตรา, 2544) เกิดการรับรู้ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยตามมา ทั้งนี้ระดับความรู้สึกตัวและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งเร้าตรงที่กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว และคุกคามต่อภาวะสมดุลของญาติผู้ดูแล โดยที่อาการและความรุนแรงของอาการผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลวิตกกังวลส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้อย่างปกติ (ชูชื่น, 2541) ดังนั้นพยาบาลควรได้ประเมินการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแลว่า เขามีความรู้สึกถึงความเจ็บปวดในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยอย่างไร พยาบาลควรเป็นผู้ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้สังเกตมาเป็นผู้ให้ความสุขสบาย หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ชอลดา, 2536)

4.3 ปัจจัยด้านพยาบาล

4.3.1 การให้ข้อมูลของพยาบาล ซึ่งการให้ข้อมูลที่ชัดเจนของพยาบาลสามารถทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจ เกิดความมั่นใจในการทำบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งยังคงต้องการข้อมูลที่ชัดเจน โดยพยาบาลมักบอกเพียงว่าต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งมักจะไม่นำเสนอว่าทำอย่างไร (กนกรัตน์, 2547) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไม่ถูกต้อง ดังนั้นการจากระบบพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้จึงเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง (ทัศนีย์, 2540)

4.3.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล และลักษณะท่าทีของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลน้อย และท่าทีของพยาบาลที่ไม่เต็มใจให้ความช่วยเหลือ ประกอบกับการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ายามีภาระงานมาก จึงไม่ยอมรับกวนเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ ทำให้ญาติไม่กล้าที่ซักถามข้อมูลให้ชัดเจน (Laitinen & Isola, 1995) เกิดความสงสัย และไม่มั่นใจในการปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นที่ยับยั้งความสามารถในการแสดงบทบาทการมีส่วนร่วม แต่ทั้งนี้ผลการวิจัยของบุญวดี และ จรัสศรี (2541) เรื่องการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่าการไม่มีเวลาปฏิบัติการพยาบาลนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ดังนั้นรูปแบบการ

พยาบาลที่สนับสนุนส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นการนำแหล่งประโยชน์จากครอบครัวผู้ป่วยมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย แต่สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่ได้หากพยาบาลไม่ได้ให้เวลา และไม่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์, 2540)

4.3.3 ทัศนคติของพยาบาลมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทัศนคติในทางบวกทำให้พยาบาลแสดงออกถึงความเต็มใจและความสนใจที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ส่วนทัศนคติในทางลบทำให้พยาบาลขาดการติดต่อประสานงานกันระหว่างญาติผู้ดูแลและทีมการพยาบาล โดยในลักษณะดังกล่าวนี้มีผลทำให้เกิดการยับยั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ (Laitinen & Isola, 1995)

5. การสอนอย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

การสอนอย่างมีแบบแผนเป็นรูปแบบในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างมีระบบ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ และนำไปปฏิบัติได้ดังนั้นเราจึงจำเป็นต้องมาทราบหลักแนวคิดของการสอนอย่างมีแบบแผนดังนี้

5.1 แนวคิดการสอนอย่างมีแบบแผน

การสอนอย่างมีแบบแผน หมายถึง การสอนที่มีการเตรียมการวางแผนการสอนซึ่งประกอบไปด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์ หรือ สื่อการสอนและมีการประเมินผล (พรทิพย์, 2546) การเรียนการสอนย่อมจะบรรลุผลสำเร็จได้องค์ประกอบการสอนจะต้องอยู่รวมกันอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน และมีความสำคัญซึ่งกันและกัน (อาภรณ์, 2540)

ระบบการสอนมีความสำคัญทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทัศนคติ 3) ด้านการปฏิบัติ ซึ่งการสอนทำให้ผู้เรียนเกิดมโนคติได้เมื่อบุคคลนั้นได้มีประสบการณ์กับสิ่งหรือเหตุการณ์และพยายามให้ผู้เรียนได้เห็นลักษณะเด่นหรือเฉพาะของสิ่งนั้น (ปรีชา, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2536) เกี่ยวกับผลของการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความรู้เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตร พบว่าความรู้และเจตคติและการปฏิบัติในการดูแลบุตรของมารดาที่ได้รับ การสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรภายหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอนโดยการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ของ สุทิน (2541) เกี่ยวกับผลของการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสุขภาพที่บ้านกับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนตามปกติที่โรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน โดยใช้แผ่นพับ มีแผนการสอน คู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขภาพที่บ้านภายหลังการสอนสูงกว่าก่อนที่จะมีการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนสุขภาพที่บ้านภายหลังการสอนสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

การสอนที่มีแบบแผนของพยาบาลเป็นการสอนทำให้ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยให้น้อยลงด้วย (Allen, Knight, Falk & Strang, 1992; Good-Reis & Pieper, 1990; Lindeman, 1988; King & Tarsitano, 1982) ดังงานวิจัยของลินดีแมนและแอร์เนม (Lindeman & Aernam, 1971 cite by King & Tarsitano, 1982) ศึกษาในผู้ป่วย 49 คน ให้ผู้ป่วย 22 คนเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลืออีก 27 คนเป็นกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลอง ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนก่อนผ่าตัด ช่องท้อง เกี่ยวกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ การหายใจลึกๆ การบริหารขา และการเคลื่อนไหวบนเตียง ผลทำให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปฏิบัติตน พึ่งพู่สภาพได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งในความเป็นจริงพยาบาลมักจะสอนแบบไม่มีแบบแผน ซึ่งเป็นการสอนที่เนื้อหาไม่มีการไตร่ตรองทำให้ข้อมูลบางอย่างขาดหายไป (Good-Reis & Pieper, 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมนี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลได้รับการสอนที่เป็นระบบ วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างมีแบบแผน ที่มีอุปกรณีสื่อการสอนและ ทำให้เกิดความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจ มีความรู้สึกนึกคิดที่จะตัดสินใจ และตระหนักรู้ได้อย่างรวดเร็ว สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสมได้ โดยบุคคลมีความรู้ที่ดีในเรื่องใดจะเป็นแรงจูงใจสามารถทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึก หรือทัศนคติ ตลอดจนความชอบต่อเรื่องนั้นๆ เกิดการไตร่ตรองและส่งผลให้บุคคลนั้นมีความพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงานนั้นให้ลุล่วงได้ด้วยดี และนำความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างๆได้ในที่สุด (Bloom et al., 1973 อ้างตาม สิริลักษณ์, 2541)

5.2 องค์ประกอบในการสอน

ผู้สอนต้องวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่อการสอน เพื่อให้ได้รูปแบบวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งองค์ประกอบในการสอนมีดังนี้ (รวมพร, 2543)

- 1) ผู้สอน ผู้สอนต้องมีความรู้ความสามารถในเนื้อหาที่สอนต้องมีบุคลิกภาพควรมีทักษะในการสอน
- 2) ผู้เรียน ผู้สอนต้องวิเคราะห์พื้นฐานของผู้เรียนจากระดับของอายุ เพศ การศึกษา ความต้องการ ความสนใจ สภาพปัญหาของผู้เรียนที่ประสบอยู่
- 3) เนื้อหา ความรู้ที่จัดต้องคำนึงถึงเนื้อหาที่มีประโยชน์ต่อผู้เรียน และเหมาะสมกับสถานการณ์โอกาส และปัญหาปัจจุบัน เป็นความรู้ที่มีข้อเท็จจริง
- 4) วิธีการสอน วิธีการสอนเป็นหนทางให้เกิดการเรียนรู้ได้มาก ผู้สอนควรที่จะเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้เรียนและเหมาะสมกับเนื้อหา การมีวิธีการสอนที่น่าสนใจจะเป็นแรงกระตุ้นที่ดีให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
- 5) สื่อการสอน ผู้สอนนับว่าเป็นสื่อบุคคล การสอนที่ดีควรจะใช้ น้ำเสียง วัสดุ ความสนใจ ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลแต่สามารถพัฒนาได้ หลักการสอนที่ดีผู้สอนควรใช้สื่อการสอนเป็นเครื่องมือกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ

5.3 กระบวนการสอน

การให้การพยาบาลมิใช่มีแต่การปฏิบัติกรดูแลเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงบทบาทต่างๆ เช่น บทบาทการสอน วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง (สมจิต, 2544; Lindeman, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ (Gessner, 1989)

- 1) ขั้นประเมิน (assessment) การประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญช่วยให้ผู้สอนสามารถวางแผนการสอนและสอนได้ตรงกับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน และผู้สอนจะต้องประเมินว่าผู้เรียนมีทักษะใด ควรสอน ผู้เรียนเมื่อไร นานแค่ไหนถึงจะเหมาะสม เพื่อทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ทักษะ และสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งการให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต้องประเมินถึงความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแล และข้อจำกัดในการดูแล ประเมินถึงระดับการศึกษาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่จะต้องนำมาประเมินก่อนเลือกยุทธวิธีในการสอน ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม และความเชื่อ ข้อมูลที่จะให้แก่ญาติผู้ดูแลต้องสอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ และประสบการณ์ ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยบางกลุ่มมีความคิดว่าจะต้องให้ญาติผู้ดูแลเพศหญิงควรดูแลผู้ป่วยผู้หญิง และญาติผู้ดูแลเพศชายควรดูแลผู้ป่วยผู้ชายเช่นเดียวกัน เป็นต้น (Hudak, Gallo & Morton, 1998)

2) **ขั้นวางแผนการสอน (planning)** แผนการสอนจะประกอบด้วยวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เนื้อหา วิธีการกิจกรรม การเรียนการสอน สื่อการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการ (นที, 2541) องค์ประกอบเหล่านี้ต้องตกลงกันให้ชัดเจนก่อนที่จะวางแผนในขั้นตอนสุดท้าย วัตถุประสงค์ที่ตั้งขึ้นควรจะได้ ถึงความสัมฤทธิ์ผลของการเรียนรู้ สามารถบรรลุในขอบเขตเวลาที่อยู่ในการสอน โดยเน้นไปที่เหตุผลของการเรียนรู้ การที่ผู้สอนได้วางแผนกำหนด กลยุทธ์ที่ใช้ในการสอนแต่ละครั้ง ช่วยให้ผู้สอนสามารถคิดวางแผนไว้ล่วงหน้าสำหรับการสอนตั้งแต่การจัดเตรียม สื่อ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อีกทั้งมีแนวทางในการดำเนินการสอนได้อย่างครบทุกขั้นตอน ทำให้ผู้เรียนได้รับการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นระบบ มีคุณภาพ ทั้งนี้ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย โดยอาศัยหลักเกณฑ์ของการวางแผนให้สัมพันธ์กับเนื้อหาที่จะสอน หลังจากการประเมินผู้ป่วยถึงความรู้สึกกังวล ความรู้ ทัศนคติเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

3) **ขั้นดำเนินการสอน (implementation)** ในขั้นนี้เป็นการนำแผนการสอนที่เขียนไว้ไปปฏิบัติ ขณะที่ทำการสอนพยาบาลต้องประเมินถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการสอน ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์สามารถที่จะเปลี่ยนยุทธวิธีในการสอนได้ ต้องใช้เทคนิคต่างๆที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจ เช่น การสนับสนุนให้กำลังใจ ในความสามารถของบุคคลนั้น เป็นต้น เมื่อบุคคลนั้นได้พบกับความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาของตนเอง และหาแหล่งข้อมูลเพื่อที่จะควบคุมชีวิตตนเองได้เมื่อเผชิญกับปัญหา เกิดการเรียนรู้สร้างความมั่นใจว่า สิ่งที่ปฏิบัติได้เห็นผลเกิดเป็นพลังอำนาจที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Gibson, 1991) โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

3.1) การค้นพบสถานการณ์จริง โดยการใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้รับบริการและเกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริง ใช้เทคนิคการตั้งคำถาม เพื่อทราบถึงปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้เรียนทันทีหรือขอคำอธิบายเพิ่มเติม ทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจยิ่งขึ้น

3.2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลจากประสบการณ์

3.3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติให้สมาชิกวิเคราะห์ความสามารถของตนเอง และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนในการดูแลผู้ป่วย แก้ปัญหาในการปฏิบัติร่วมกัน

3.4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เทคนิคการจูงใจ การให้กำลังใจ ชมเชย และให้ญาติผู้ดูแลมีบทบาทในการตัดสินใจ เป็นการสร้างหน่วยที่เข้มแข็งในการมีส่วนร่วม

ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นศูนย์กลางในการดูแลเป็นการสร้างให้อำนาจแก่ครอบครัว อีกทั้งทำให้ครอบครัวเกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากทัศนคติอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยแรงจูงใจ เทคนิคและวิธีการอันเหมาะสม การกระทำและการปฏิบัติจริงโดยอาศัยหลักการและเหตุผล (ณัฐมณี, 2545)

4) ขั้นตอนประเมินผลการเรียนรู้ (evaluation) การประเมินผลการเรียนรู้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสอนแก่ผู้รับบริการ พยาบาลสามารถกระทำเมื่อสิ้นสุดบทเรียนหนึ่งๆ หรือเมื่อสิ้นสุดในแต่ละหัวข้อย่อยของบทเรียนนั้นๆ ถ้าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอน แนะนำหรือกระทำอะไรให้ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยหรือไม่ยอมรับก็ได้ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการด้วย (สมจิต, 2544)

5.4 รูปแบบการสอน การดำเนินการจัดการสอนในงานวิจัยมีดังนี้

การสอนรายกลุ่ม เป็นกลยุทธ์การสอนที่ใช้หลักกระบวนการกลุ่ม (group process) โดยผู้เรียนกับผู้สอนและผู้เรียนด้วยกันมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ความรู้สึกและข้อมูลซึ่งกันและกัน ศูนย์กลางปฏิสัมพันธ์นี้มีได้อยู่ที่ผู้สอนแต่อยู่ที่กลุ่มผู้เรียน (จินตนา, 2532) ดังการศึกษาของ พรสิริ (2538) เกี่ยวกับผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มกลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มจากผู้วิจัย ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และพบว่าภายหลังการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกสบายใจขึ้น มีกำลังใจ มีเพื่อนที่เข้าใจสามารถพูดคุยระบายความรู้สึก สามารถแลกเปลี่ยนประสพการณ์เกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตน ลดความวิตกกังวลและคลายเครียดได้

5.5 วิธีการสอน

ในการสอนมีการใช้กลยุทธ์หลายวิธี ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีการสอนโดยการบรรยายและสาธิตในบางช่วงดังนี้

1) การบรรยาย โดยทั่วไปแล้วเป็นวิธีพื้นฐานให้ความรู้แก่กลุ่มประชาชนเป็นการพูดเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประสพการณ์ต่างๆ ตลอดจนความคิดเห็นของผู้บรรยาย เพื่อให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ การบรรยายเป็นการสื่อความหมายแบบทางเดียวโดยผู้พูดเป็นศูนย์กลางซึ่งอาจมีข้อเสีย เนื่องจากผู้พูดจะผูกขาดการพูดแต่เพียงผู้เดียว โดยผู้ฟังซักถามน้อย โดยการบรรยายที่มีประสิทธิภาพผู้บรรยายควรเตรียมเรื่องพูดให้ตรงกับวัตถุประสงค์ มีศิลปการพูดให้ผู้ฟัง

โน้มน้าวติดตามสร้างบรรยากาศในการพูด ควรใช้สื่อประกอบในการบรรยาย ควรเปิดโอกาสให้ผู้ฟังได้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามข้อสงสัย (รวมพร, 2543)

2) การสาธิต (demonstration) การฝึกอบรมเป็นวิธีหนึ่ง que แสดงให้เห็นจริงในขั้นตอนของการปฏิบัติ แสดงรายละเอียดเทคนิคการปฏิบัติ ข้อดีคือช่วยให้เห็นจริงทราบถึงขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสำหรับการฝึกอบรมในเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน ช่วยกระตุ้นให้เกิดความน่าสนใจและสอบถามปัญหาต่างๆ (เนตรพัฒนา, 2546)

3) การนิเทศน์ติดตาม เป็นการติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการมีส่วนร่วมได้อย่างถูกต้อง

5.6 การใช้สื่อการสอน

สื่อการสอนเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ชัดเจนและเร็วขึ้น ตลอดจนช่วยสร้างความสนใจได้ดี (อาภรณ์, 2540) ในการสอนญาติผู้ดูแลในโรงพยาบาล พยาบาลสามารถผลิตหรือนำสื่อที่มีอยู่แล้วมาใช้ในการสอนได้หลายชนิดด้วยกัน และจากการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกสื่อดังนี้

1) สื่อสิ่งพิมพ์ (printed materials) คู่มือ เป็นเอกสารหนึ่ง que ช่วยเพิ่มความรู้ของผู้รับบริการในการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งพบว่าคู่มือเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งสามารถอ่านได้ตามอัตราความสามารถของแต่ละบุคคล เหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน เหมาะสำหรับการผลิตจำนวนมาก และสะดวกสำหรับการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาใหม่ (กิดานันท์, 2540) นอกจากนี้การมีคู่มือที่ประกอบด้วยเนื้อหาสั้นๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ โดยมีรูปภาพสื่อประกอบเพื่อเป็นสื่อในการกระตุ้นแรงจูงใจ ช่วยในการพัฒนาการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถที่จะจดจำและนำไปปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง (ประณีต และ คณะ, 2543) คู่มือจะช่วยตอบคำถามโดยเฉพาะในห่อผู้ป่วยสิ่งแวดล้อมที่ดูยุ่งวายเป็นเสี่ยงดังมีสัญญาณเตือน และอุปกรณ์เครื่องวัดต่างๆ การมองเห็นทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นอาจจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดข้อสงสัยและมีคำถามมากขึ้น ดังนั้นคู่มือจึงใช้เป็นสื่อประกอบที่ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี (Lily, 2002a)

2) สื่อที่ไม่ใช่สิ่งพิมพ์ (non- printed materials) สื่อวีดิทัศน์ ในที่นี้เสนอในรูปแบบของวีซีดี เป็นโสตทัศนอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องมีเครื่องฉายในการนำเสนอสื่อด้วย เพื่อให้ผู้เข้ารับการสอนได้เห็นภาพประกอบเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น เนื้อหาวิชามีความหมายมากขึ้น ทำให้ผู้เรียนเกิดมโนภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ สามารถเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมไปสู่รูปธรรม ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สิ่งที่ถูกต้องต่อสิ่งนั้น และมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นๆ ในทางใดทางหนึ่งซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมได้ (ลดดา, 2547) เนื่องจากการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียน

รับรู้ว่า สิ่งที่จะเรียนมีความหมายและมีความสัมพันธ์ต่อจุดมุ่งหมายของผู้เรียน (Rogers, 1969 อ้างใน สุรางค์, 2533)

จะเห็นได้ว่าเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่นการจัดทำภาพสื่อที่ไม่ใช่สิ่งพิมพ์ จำเป็นต้องนำมาใช้ การจัดสื่อโดยมีภาพของแพทย์ ภาพของโรงพยาบาล จะช่วยทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ และมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้ผู้ป่วยแลญาติผู้ดูแลสนใจในข่าวสารนั้น ผลพลอยได้จากการทำสื่อลักษณะดังกล่าวคือ การที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ให้บริการ รู้สึกใกล้ชิด และผู้รับบริการเกิดความคุ้นเคยต่อผู้ให้บริการไปโดยอัตโนมัติ ทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากยิ่งขึ้น (ชนวนทอง, 2538) อีกทั้งการที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดหรือทัศนคติได้ต้องมีการรับรู้หรือความสนใจที่ดี และการทำความเข้าใจย่อมขึ้นอยู่กับความยากง่ายและวิธีการสื่อสารที่ทำให้แสดงความคิดเห็นว่ามีความเห็นด้วยหรือมีความรู้สึกคล้อยตาม (ลักษณะ, พรเพ็ญ และ กาญจนา, 2543)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล, ดรุณี, พรชัย, มงคล และ ยุวดี (2531) เกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก พบว่าภายหลังการสอน 2 สัปดาห์ กลุ่มที่สอนโดยใช้ สไลด์ประกอบเสียงมีความรู้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ภาพพลิกในการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีทัศนคติและพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ในการสอนด้วยสื่อต่างๆ อาจจะต้องสอนร่วมกับเทคนิควิธีการอื่นๆ หลายวิธีร่วมด้วย เพื่อจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Lindeman, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมนต์ (2544) เกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด ผลการวิจัยพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของลดดา (2547) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้สื่อการสอนเป็นภาพฉายจากคอมพิวเตอร์เครื่องฉายภาพ 3 มิติ ร่วมกับการสอนแบบบรรยาย อภิปราย และนิเทศน์ติดตาม ได้ผลคะแนนความรู้และการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่มีการสอนแบบบรรยายอย่างเดียวในสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการกำหนดวิธีการสอนอย่างมีแบบแผน มีขั้นตอนตั้งแต่การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย วางแผนการสอน โดยกำหนดเนื้อหา และวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกัน มีรูปแบบการดำเนินการสอนโดยใช้ทั้งวิธีการบรรยายและสาธิต อีกทั้งใช้สื่อการสอนทั้งคู่มือและภาพจากวีซีดี ซึ่งมีภาพของโรงพยาบาล เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน มีส่วนช่วยทำให้เกิดความน่าเชื่อถือและทำให้ญาติผู้ดูแลสนใจใน

ข่าวสารนั้นทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลเช่นกัน ตลอดจนถึงตอนสุดท้ายเป็นการประเมินผลการเรียนรู้และประเมินผลจากพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิทยา (2544) เกี่ยวกับผลการส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หลังการทดลองสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผลการศึกษาของ ลักษณ์า และ คณะ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยโดยใช้การสอนสุขศึกษาอย่างมีระบบ พบว่ามารดาที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยดีกว่ามารดาที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ

กล่าวโดยสรุป การนำการสอนอย่างมีแบบแผนมาใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลต้องให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม เพื่อให้ครอบครัวได้เกิดความมั่นใจและภูมิใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เกิดทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและโรงพยาบาล เป็นการร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือมุ่งตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องให้การดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ครอบครัวซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา สามารถประเมินความต้องการตลอดจนอาการต่างๆของผู้ป่วยได้ดี ดังนั้นการให้ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน และตัดสินใจในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า เป็นการสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลให้เกิดความคิดว่าเป็นสิ่งท้าทายในการพยายามดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด โดยมุ่งประคับประคองทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไป และยังสามารถช่วยในการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง