

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ถึงการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตามประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น ภายใต้บริบทและมุมมองของผู้ให้ข้อมูล โดยเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการเจ็บป่วยวิกฤต แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของครอบครัว เพื่อเป็นฐานแนวคิดสร้างความไวเชิงทฤษฎี ให้ผู้วิจัยมีมุมมองในการมองปัญหา ทิศวิเคราะห์ข้อมูล ภายใต้ปรากฏการณ์ให้เด่นชัดขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วยวิกฤต
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม
3. องค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
4. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่สำคัญ
5. ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแล
6. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
7. ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยวิกฤต

ได้มีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตไว้ หลายท่าน ดังนี้

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Association of Critical Care Nurses (AACN), 1996) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตไว้ว่า เป็นการเจ็บป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีปัญหาคุกคามต่อชีวิต ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลวิกฤตที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐาน การดูแลที่มีประสิทธิภาพ

นฤมล ปทุมรักษ์ (2538) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง และรวดเร็ว มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายจนทำให้ไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลไว้ได้ ต้องการการดูแลรักษาที่ใกล้ชิด ฉับพลัน ชับซ้อน และถูกต้อง เป็นการเจ็บป่วยที่ถึงขั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือพิการได้ แต่ก็มีโอกาสหายกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้

ตุกรัตน์ ไวยชีตา (2542) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความเสี่ยง หรือมีปัญหาทางร่างกายที่ถูกคุกคามชีวิตจากความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาที่ซับซ้อนต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน และต่อเนื่อง โดยการใช้ศาสตร์หลายสาขาในการให้การรักษา

พรชัย จุลเมตต์ (2545) กล่าวว่าภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่คุกคามและเป็นอันตรายแก่ชีวิต มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ไม่สามารถดำรงสภาพสมดุล ของระบบต่าง ๆ ไว้ได้

จริยา ดันติธรรม (2547) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหรือโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาการไม่คงที่และซับซ้อน ต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิด

สรุปแล้วการเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีผู้ให้ความหมายไว้จะมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเจ็บป่วยว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉียบพลันไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อน คุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายจนอาจทำให้มีการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ ปอด ไต ตับ หรือสมอง จนเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ต่อเนื่องและใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยที่มีอาการหนักอยู่ในขั้นภาวะวิกฤต ที่พบบ่อยจำแนกตามระบบอวัยวะ ได้ดังต่อไปนี้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541)

1. ระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคที่นับว่ามีความสำคัญและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วนได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะ ดี ไอ ซี (Disseminated Intravascular Clotting, DIC) ความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertensive Crisis) การนำกระแสไฟฟ้าหัวใจถูกอุดกั้นอย่างสมบูรณ์ (Complete Heart Block) และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจหรือหลอดเลือดโคโรนารี

2. ระบบหายใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือเป็นอันตรายได้แก่ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุของทรวงอกจนทำให้เกิดภาวะอกกรวน (Flail Chest) ผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจถูกกดอย่างเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (Adult Respiratory Distress Syndrome, ARDS) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปอด เป็นต้น

3. ระบบทางเดินปัสสาวะ ที่สำคัญคือภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Renal Failure) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้อาจเสียชีวิตจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงได้ง่าย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต เป็นต้น

4. ระบบประสาท ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของสมอง (Head Injury) เช่น มีเลือดออกในสมอง มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในสมองสูง ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการ

เปลี่ยนแปลงไปสู่ระยะอันตรายจากเนื้อสมองตายหรือสมองบวมได้ง่าย จึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

5. ระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อยที่สุดคือ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ดับวายเฉียบพลัน การได้รับสารพิษและยาเกินขนาด การผ่าตัดเกี่ยวกับตับ ตับอ่อน หรือลำไส้ใหญ่ที่ใช้เวลาผ่าตัดนาน แพทย์มักให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอยู่ในหน่วยผู้ป่วยหนักจนกว่าจะปลอดภัยจึงย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป

6. ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะกรดจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis) ภาวะไม่รู้สีกตัวจากเบาหวาน (Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Coma) ภาวะต่อมไทรอยด์ विकฤต

7. ผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษเฉพาะ เพื่อป้องกันภาวะวิกฤตจากความไม่สมดุลของอาหาร น้ำและเกลือแร่ และการติดเชื้อ

ด้วยเหตุผลการดูแลสมดุลของอวัยวะดังที่กล่าวมาแล้วนี้ ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นหน่วยที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต หรือซับซ้อน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ โดยบุคลากรที่มีความชำนาญ มีเครื่องมือเพียงพอและอาศัยเทคนิคพิเศษในการปฏิบัติงาน (สมศรี ความฉาย และชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2537) โดยทั่วไปการจัดระบบหอผู้ป่วยหนักนั้นทำได้ 2 อย่างคือ หอผู้ป่วยหนักทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคต่าง ๆ หรือ ภาวะต่าง ๆ และหอผู้ป่วยหนักเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือเฉพาะภาวะ เช่น หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ บางแห่งอาจแบ่งเป็นหอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรม ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น บุคลากร ขนาดของโรงพยาบาล เป็นต้น มีการแบ่งระดับของหอผู้ป่วยวิกฤตเป็น 3 ระดับคือ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2537; OH, 1990 อ้างถึงใน จริยา ดันดิธรรม, 2547)

1. ระดับหนึ่ง (Level 1) เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่มีการแยกเฉพาะจะรับการรักษาผู้ป่วยทุกโรค มีการติดตามอาการใกล้ชิดด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ชนิดที่ไม่ได้สอดใส่เข้าสู่ร่างกาย (Noninvasive Monitoring) เช่น เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (ECG Monitoring), เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในร่างกาย (O_2 Sat), เครื่องวัดความดันโลหิต (Noninvasive BP) เป็นต้น มีการช่วยฟื้นชีวิต ใช้เครื่องช่วยหายใจระยะสั้น 24 – 48 ชั่วโมง เพื่อรอส่งต่อ

2. ระดับสอง (Level 2) เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในโรงพยาบาลขนาดกลาง หรือขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป มีการผ่าตัด มีการใช้เครื่องมือมากขึ้น มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมือในการติดตามอาการโดยการสอดใส่สายหรือท่อเข้าสู่ร่างกาย (Invasive Monitoring) เช่น

การใส่สายทางหลอดเลือดแดง (Arterial Line) มีองค์การบริหารจากเจ้าหน้าที่รักษาการแพทย์ และ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน

3. ระดับสาม (Level 3) เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รับย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับหนึ่งและสอง ให้การบริการแบบตติยภูมิ คือการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่ซับซ้อน และยาก ๆ มีความเฉพาะทางหลายด้าน มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการตรวจวินิจฉัยและรักษา เช่น สแกนหัวใจ ผ่าหัวใจ รักษาภาวะเร่งเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เป็นแหล่งฝึกอบรมและศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ มีการทำวิจัย

มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ ของโรค เพื่อเป็นเกณฑ์การพิจารณาให้โรงพยาบาลแต่ละกิจกรรม ตามความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกันตามสภาพการณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำแนกออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (ประพิน วัฒนกิจ, 2537, 2541)

ผู้ป่วยประเภทที่ 1 การเจ็บป่วยขั้นวิกฤต (Critical LII) เป็นการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอวัยวะที่ควบคุมสัญญาณชีพ (Vital Organs) ได้แก่ หัวใจ ปอด สมอง ไต ตับ ที่อยู่ในภาวะวิกฤตต่อชีวิต ผู้ป่วยสูญเสียเลือด สูญเสียความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการพักผ่อนอย่างสมบูรณ์ ผู้เจ็บครรภ์คลอดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยที่มีไข้สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส ผู้ที่อยู่ระหว่างให้เคมีบำบัด ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุและเสียเลือดร่วมกับกระดูกหัก ผู้มีกระดูกสันหลังหักในระยะ 3 วันแรก ผู้ป่วยช็อค ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ต้องการการสังเกตตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

ผู้ป่วยประเภทที่ 2 การเจ็บป่วยกึ่งวิกฤต (Semi – critical LII) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยต่ออวัยวะควบคุมสัญญาณชีพมาก่อน (Vital Organs) และผ่านภาวะวิกฤต เข้าสู่ภาวะเกือบจะคงที่ (Stable) แต่ยังคงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ที่สูญเสียเลือดเข้าสู่ภาวะคงที่ ผู้ป่วยไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น มีก้อนเลือด แผลเป็นหนองหลังให้เคมีบำบัดโดยที่ยังมีเม็ดเลือดขาว (WBC) ต่ำ ผู้ป่วยที่ต้องการให้พักผ่อนบนเตียง ผู้ป่วย กระดูกหักที่มีเอ็นขาดหรือเส้นเลือดขาด ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังชักในจิตเวช หรือโรคลมชัก ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ต้องการการสังเกตบ่อย ๆ

ผู้ป่วยประเภทที่ 3 การเจ็บป่วยปานกลาง (Moderate LII) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการช่วยตนเองได้บ้าง อวัยวะควบคุมสัญญาณชีพปกติแล้ว ผ่านภาวะวิกฤตเข้าสู่ภาวะคงที่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากกว่า 3 วัน หลังคลอดระยะหลังจาก 2 ชั่วโมง ซึ่งคลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกระดูกหัก (ไม่เกี่ยวข้องกับอวัยวะควบคุมสัญญาณชีพ) ผู้ป่วยไม่รู้สึกเป็นเวลาานเกิน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีการทางจิตที่ต้องการการสังเกตเป็นระยะ ๆ

ผู้ป่วยประเภทที่ 4 การเจ็บป่วยเล็กน้อย (Minimal LII) เป็นผู้ป่วยที่รอกลับบ้าน รอดตรวจช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ที่ไม่มีหรือมีมีอาการทางจิตที่ไม่รุนแรง ต้องการการสังเกตไม่เกินวันละครั้ง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาล แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 500 เตียงที่รับผู้ป่วยวิกฤตจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากแผนกผู้ป่วยใน และจากห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีอาการที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่ควบคุมสัญญาณชีพของร่างกาย (Vital Organ) ได้แก่ สมอง หัวใจ คับ ไต ไชสันหลัง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือทุก 15-30 นาที รวมทั้งผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตไปแล้วแต่ยังคงมีความจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังหรือสังเกตอาการต่อในหอผู้ป่วยหนัก

ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

วัยผู้ใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน มีความรุนแรง คุณค่าต่อชีวิต จนทำให้ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ที่มีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสภาพแวดล้อม และกฎระเบียบ แตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป ย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ไม่ว่าจะเป็นพยาธิสภาพของโรคเองที่รุนแรง กระบวนการรักษาที่ซับซ้อน และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง คุณค่าต่อชีวิต มีอาการเปลี่ยนแปลงของโรคตลอดเวลา เป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคเองร่วมกับกระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การสอดใส่สายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย และการเจาะเลือดบ่อยครั้ง ได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง และประคับประคองชีวิตที่รบกวนความสบายและการนอนหลับ ผลการรักษาที่ปรากฏออกมาก็ไม่แน่นอน อาจกลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลตนเองตลอดชีวิต อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ หรืออาจจะเสียชีวิตได้

มีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยวิกฤตนั้นส่งผลกระทบด้านร่างกายของ

ผู้ป่วย ทำให้เกิดความเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ จากการใส่ท่อระบายทรวงอก หายใจลำบาก เจ็บและเหนื่อยจากการดูแลหะ มีความรู้สึกไม่สุขสบายจากการผูกมัด มีความหิวกระหายจากการงดน้ำและอาหาร (Earl cited in Porter, 1995) จากการศึกษาของพันทิลโล (Puntillo cited in Porter, 1995) ที่ศึกษาผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 24 รายพบว่าร้อยละ 96 ของผู้ป่วยบอกว่ามีความเจ็บปวดจากกระบวนการรักษา ระหว่างปานกลางถึงมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โซเฮริน และเพ็นนอคและคณะ (Soehren, 1995; Pennock et al., 1994 cited in Prevost, 1997) สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อร่างกายเกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอกละเลียดหดรัด หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ รูปแบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง มีความเจ็บปวดมากขึ้น การพักผ่อนได้น้อย (Prevost, 1997) จังหวะทางชีวภาพ (Biologic Rhythms) เปลี่ยนแปลง (Felver, 1995) ทำให้รูปแบบการนอนหลับและการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง ซึ่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยช้าลง เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ก่อให้เกิดผลเสียทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ต่อเนื่องกันไป

2. ผลกระทบด้านจิตอารมณ์ การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ไม่มีเวลาในการเตรียมตัวมาก่อนล่วงหน้า ก่อให้เกิดภาวะตกตะลึงจากการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปที่เคยพบเห็นมา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่มีแสงและเสียงรบกวนตลอดเวลา ข้างเคียงเต็มไปด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกันอย่างรีบเร่ง กระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน เกิดการสูญเสียความเป็นบุคคลจากการถูกละเมิดทางร่างกายและจิตใจ เช่น การสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย การเปิดเผยอวัยวะเพศหรือเต้านม (Weller & Henner, 1993) เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ จากการไม่สามารถควบคุมหน้าที่ปกติของร่างกายได้ (Prevost, 1997) ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในการหายใจ ต้องพึ่งพาสายสวนปัสสาวะในการขับถ่ายปัสสาวะ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การพลิกตัว การกิน ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ก็ถูกจำกัดอาหารที่ต้องการ ถ้ากลืนไม่ได้ก็ต้องให้อาหารทางเส้นเลือด หรือใส่สายยางทางจมูก และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับ โดยไม่มีโอกาสในการเลือกหรือตัดสินใจ และเกิดความรู้สึกถูกแยกจากการถูกจำกัดการเชื่อมจากบุคคลอันเป็นที่รัก (Halm & Alphen, 1993) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด และวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จนอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของการโกรธ ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย (Roberts, 1986) ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือในทางตรงกันข้ามจะมีการ ซึมเศร้า แยกตัว นิ่งเฉย ทำให้การฟื้นฟูช้าลง

3. ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยวิกฤตนั้นบางครั้งมีความรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับบุคคลแปลกหน้า เจ้าหน้าที่ที่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยน้อย ตรวจสอบเครื่องมือและให้ความสนใจกับเครื่องมือมากกว่าผู้ป่วย (Ballard, 1981) ขาดการกระตุ้นสัมผัสอย่างมีความหมาย สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นชิน ลักษณะหอผู้ป่วยเป็นห้องปิดมิดชิดไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ไม่มีโทรทัศน์ ไม่มีปฏิทินบอกวันที่ บางครั้งนาฬิกาอยู่ในที่ที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ขาดการติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอก (Halm & Alphen, 1993) รวมทั้งกระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น หรือครอบครัวได้ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การจำกัดการเยี่ยมของผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนั้นแล้วการเจ็บป่วยยังทำให้ต้องแยกจากครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย ต้องสูญเสียบทบาทในครอบครัวอย่างฉับพลันโดยไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดมีความภาคภูมิใจ มีความสำเร็จในชีวิต พร้อมกันนั้นก็มีการะหน้าที่รับผิดชอบมากมายทั้งในครอบครัว ในฐานะหัวหน้าครอบครัว สามี ภรรยา หรือความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน เมื่อเกิดเจ็บป่วยวิกฤตที่มักจะรุนแรง และเกิดขึ้นกะทันหัน จะมีความเป็นห่วง วิตกกังวลว่าอาจจะไม่มีใครรับผิดชอบแทนตน หรือรู้สึกว่าจะไม่สามารถกลับไปดำรงบทบาทเดิมได้ จะยิ่งวิตกกังวลมากขึ้น (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536)

ผลกระทบดังที่กล่าวมาแล้วนั้นนอกจากจะเกิดกับผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) คือทำให้เกิดภาวะวิกฤตด้านจิตอารมณ์ (Psychological Crisis) ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายได้เช่นเดียวกัน (Prevost, 1997) และยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสนับสนุนผู้ป่วยด้วย

ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด บุคคลในครอบครัวมีความรัก ความผูกพันกันอย่างแนบแน่นตั้งแต่เกิดจนตาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาท และหน้าที่ของครอบครัวทั้งหมด (Prevost, 1997) ก่อให้เกิดการเสียสมดุลทั้งในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นสาเหตุให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง ทำให้ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย นอนหลับได้น้อย จากการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่จะไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง (Leske, 1992 B) เช่น การกิน การนอน การอาบน้ำ เนื่องจากกลัวว่าอาการผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงขณะที่ตนไม่อยู่ สมาชิกใน ครอบครัวบางรายมีการสูบบุหรี่มากขึ้นแบบมวนต่อมวน และไม่ได้นอนหลับเลย

นับจากวันที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนกระทั่งผ่านไคร่เวลาแคว่นานถึง 10 วัน (Lust, 1984) การขาดการสนใจตนเองนี้จะยังทำให้ความสามารถในการยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวรวมทั้งตัวผู้ป่วยลดลง

2. ผลกระทบด้านจิตอารมณ์ การเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้ครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก จากงานวิจัยพบว่าสิ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดและวิตกกังวลคือ เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ทันได้ตั้งตัว ครอบครัวกลัวผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ กังวลว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย มีความก้าวหน้าของโรคที่ไม่แน่นอน การต้องพบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยของหอผู้ป่วยวิกฤต กระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนเจ้าหน้าที่ที่เร่งรีบในการปฏิบัติงานประจำ จนละเลยความต้องการของครอบครัว จากผลการวิจัยความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ของจงกล ศรีวัฒนา และพรทิพา สุภราศรี (2539) พบว่าญาติมีความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนามุขิ (2532), อารีย์ บุญบรรทัดกุล (2538) และนิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดชิง (2541) ทั้งนี้เนื่องมาจากการเจ็บป่วยรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นเป็นที่รักไม่ว่าจะเป็น บิดามารดา คู่สมรสหรือบุตร ย่อมทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวลเป็นอย่างมาก ญาติจึงต้องการลดความวิตกกังวลเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางอารมณ์ของคนและผลการวิจัยยังพบอีกว่าความต้องการด้านนี้ได้รับการตอบสนองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

นอกจากความวิตกกังวลแล้ว ครอบครัวยังรู้สึกหมดหวัง หมดพลังอำนาจ หมดหนทางช่วยเหลือ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่ การถูกจำกัดการเยี่ยม การไม่ได้อยู่ใกล้ชิดดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (Beth Vaughan-Cole et al., 1998) การที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่กล้าและต้องผู้ป่วย (Riejel, 1989) มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมายอยู่ข้างเตียง เครื่องมือเทคโนโลยีที่ไม่ได้รับการอธิบาย การไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ยังทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความคลุมเครือ หรือสับสน (Cray, 1989)

3. ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยวิกฤตนั้นผู้ป่วยมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องคอยอยู่เฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ขาดการติดต่อกับพันธักกับสังคมภายนอก เช่น ญาติคนอื่น ๆ เพื่อน ชุมชน และกลุ่มทางสังคม (รัตน อยู่เปล่า, 2543; Breu & Dracup อ้างใน คณิงนิตย์ บุรีเทศ, 2540) ทำให้รู้สึกถูกแยกจากสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง (House, Kessler, & Horzog cited in Stewart & Tilden, 1995) รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ ไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาได้ มีภาวะเครียดกว้าง (Novering) โดยเฉพาะระยะแรกของการเจ็บป่วย (Jamerson et al., 1996) บางครอบครัวตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินนี้ด้วยการก้าวร้าว ต่ำหนิ ไม่ร่วมมือในการรักษา มีการฟ้องร้อง (Johnson & Higgins,

1987; Robinson & Thorne, 1984) และแสดงความไม่เป็นมิตรกับเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลรักษา (Prevost, 1997) ส่งผลให้การสนับสนุนผู้ป่วยน้อยลงด้วย (Beth Vaughan-Cole et al., 1998)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงกว่าการเจ็บป่วยทั่วไปจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่พิเศษมีกระบวนการการรักษาที่ซับซ้อน มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพง ส่งผลให้มีค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น สมาชิกต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทำให้ต้องทำงานมากขึ้น ให้เวลากับครอบครัวและผู้ป่วยน้อยลง และถ้าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างมาก และอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทและโครงสร้างของครอบครัวได้ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) กล่าวคือสมาชิกอื่นต้องหารายได้แทนผู้ป่วย ทำให้การทำหน้าที่ในบทบาทเดิมบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องออกทำงานนอกบ้านแทนสามีที่เจ็บป่วยทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลบ้าน ดูแลบุตร และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว อาจต้องมีการจ้างผู้อื่นมาดูแลแทน และถึงแม้ว่าจะมีการรักษาฟรีตามหลักการประกันสุขภาพ แต่ครอบครัวก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมารักษาในโรงพยาบาลใหญ่ที่ห่างไกลจากบ้าน ครอบครัวจะต้องเสียค่าที่พัก ค่าอาหาร และค่าเดินทางเพิ่มขึ้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2529)

นอกจากนี้แล้วการเจ็บป่วยวิกฤตยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล สูญเสียงบประมาณจำนวนมากมหาศาลในการซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ส่วนใหญ่ผลิตเองในประเทศไม่ได้ ในการรักษาพยาบาลให้เท่าทันกับความเจ็บป่วยวิกฤตที่นับวันจะรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชากร (สุภารัตน์ ไวยชีลา, 2542) อีกทั้งความเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลให้เกิดทุพพลภาพ กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลอีกยาวนาน มีโอกาสโรคกำเริบกลายเป็นวิกฤตได้อีก ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจึงมีการกำหนดมติและขอบเขตของการพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม (AACN, 1996)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่ทำให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการรักษา และการดูแลประคับประคอง ทั้งร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตผู้ป่วย (Sole & Hartshorn, 1997) เป็นการพยาบาลที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งในการพยาบาลวิกฤตนั้นมีองค์ประกอบของการดูแลดังต่อไปนี้

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

สมาคมวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (AACN, 1996) ได้กำหนดขอบเขตการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นตัวขับเคลื่อนระบบที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ในการจัดการดูแล โดยมีองค์ประกอบหลักของการดูแล เป็นวงจรเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว พยาบาลวิกฤตและการดูแลสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวเป็นผู้มีประสบการณ์ในการยอมรับสถานะสุขภาพ ที่มีความสามารถในการปรับสมดุลได้น้อย สภาพร่างกายที่ไม่คงที่และต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนและความตาย ต้องเผชิญกับความเครียดที่กระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค แผนการตรวจรักษาที่ซับซ้อน และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา พยาบาลวิกฤตจะเป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองต่อคุณค่าและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว (จริยา ดันติธรรม, 2547; AACN, 1996)

พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลวิกฤตจะเป็นผู้ตอบสนองต่อผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ซึ่งลักษณะเฉพาะของการปฏิบัติมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูล, การปฏิบัติบนพื้นฐานงานวิจัย, มีทักษะการดูแลทางคลินิก, มีความสามารถในการควบคุมการทำงานของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์, มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลง, มีการประสานงานระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพ, ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของการเจ็บป่วยและส่งเสริมการฟื้นฟู (จริยา ดันติธรรม, 2547; AACN, 1996)

สิ่งแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สิ่งแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นภาพของความร่วมมือในการประเมินและรักษา, การปฏิบัติการดูแลขั้นสูงและการดูแลที่ตื่นตัวอยู่เสมอ เป็นภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาล และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น แพทย์ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น (จริยา ดันติธรรม, 2547; AACN, 1996)

นอกจากองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตดังที่ได้กล่าวมาแล้ว พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะเฉพาะในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่สำคัญ

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และ

ครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นฤมล ปทุมรักษ์, 2538; อุไร ศรีแก้ว ทิพมาส ชินวงศ์ และ เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, 2544)

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตด้านร่างกาย

1. การประเมินปัญหาผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งควรมีเหตุผลและข้อมูลเพียงพอในการประเมินปัญหา โดยข้อมูลได้มาจากการซักประวัติเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนสภาพทางสังคม และการตรวจร่างกายที่สามารถกระทำได้ในขอบเขตของพยาบาล เพื่อที่จะได้ทราบข้อมูลในการบ่งชี้ปัญหาของผู้ป่วย

2. การดูแลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ สัญญาณชีพจะเป็นตัวบ่งบอกว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตหรือไม่ ซึ่งในระยะรุนแรงมีภาวะช็อกอาจต้องวัดทุก 15 นาที หรือทุกครึ่งชั่วโมง มีการบันทึกปริมาณของเหลวที่ได้รับและสูญเสียออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกภาวะทางระบบประสาท และอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ป้องกันเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ สังเกตและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ สิ่งเหล่านี้เป็นการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย

3. การช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น เช่น การหยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น ทำการกู้ชีพ (Cardio Pulmonary Resuscitation, CPR) ได้มีการเตรียมเครื่องมือ ยาและอุปกรณ์ที่จะใช้ในเหตุการณ์ฉุกเฉินให้พร้อม

4. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระบบต่าง ๆ เมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นในระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ด้วย ซึ่งระบบที่สำคัญของร่างกาย คือระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบไตและขับถ่ายปัสสาวะ

4.1 ระบบทางเดินหายใจ ในระบบทางเดินหายใจนั้นมีการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูดเสมหะ การจัดทำ ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการหย่าเครื่อง การวิเคราะห์ค่าแก๊สในเลือด การฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพและการบริหารปอด การให้ออกซิเจนแบบต่าง ๆ รวมทั้งมีการป้องกันภาวะการหายใจวาย ซึ่งเป็นภาวะที่ความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง (PO_2) ต่ำกว่า 50-60 มิลลิเมตรปรอท และความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (PCO_2) สูงกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท ภาวะการหายใจวายอาจเกิดจากการติดเชื้อที่ปอด การอุดตันหรือได้รับน้ำมากเกินไป การป้องกันภาวะการหายใจวาย สามารถทำได้โดย ระมัดระวังการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้เลือดในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเพื่อป้องกันภาวะปอดบวมน้ำ พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะปอดบวมน้ำ บันทึกสัญญาณชีพ และความดันในหลอดเลือดดำกลาง ขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงให้อยู่

ในระดับที่เหมาะสม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น

4.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ดูแลการไหลเวียนของโลหิต เช่น ดูแลเกี่ยวกับความดันเลือดดำส่วนกลาง (CVP) ตรวจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เตรียมพร้อมในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินเกี่ยวกับหัวใจทั้งวิธีการปฏิบัติและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี รวมทั้งมีการป้องกันภาวะหัวใจวาย ซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจอยู่ก่อนแล้ว เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคมาก่อน แต่เป็นผลจากภาวะอื่น ๆ เช่น ภาวะช็อก ภาวะเสียสมดุลโปแตสเซียม แคลเซียมและภาวะเสียสมดุลกรด - ด่าง การป้องกันภาวะหัวใจวายทำได้โดย ระวังระดับการให้สารน้ำของหลอดเลือดดำและการให้เลือดโดยเฉพาะในรายที่มีโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว บันทึกสัญญาณชีพและความดันในหลอดเลือดดำกลาง สังเกตและรายงานอาการที่เป็นข้อบ่งชี้ของภาวะหัวใจวาย หอบเหนื่อย บวม เส้นเลือดดำที่คอโป่ง ไอ นอนราบไม่ได้ ป้องกันภาวะเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ท้องเสีย มีไข้ การจำกัดน้ำ ได้น้ำมากเกินไป ให้ได้รับยาขับปัสสาวะ บันทึกปริมาณของเหลวที่ร่างกายได้รับและสูญเสียออกจากร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาเพิ่มกำลังของหัวใจและยาขับปัสสาวะ เป็นต้น

4.3 ระบบประสาท สังเกตการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Level Of Conscious) ตรวจและสังเกตการทำหน้าที่ของระบบประสาทสั่งการ (Motor And Sensory Function) ว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปกติหรือไม่

4.4 ระบบไตและขับถ่ายปัสสาวะ ดูแลสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือทางปากและตรวจปริมาณของปัสสาวะ ดูแลได้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย ตรวจและแปลผลปัสสาวะอย่างง่าย ๆ ได้ รวมทั้งมีการป้องกันภาวะไตวาย ซึ่งภาวะไตวายในผู้ป่วยวิกฤต อาจเกิดจากการสูญเสียของเหลวจำนวนมากออกจากของเหลวนอกเซลล์ ได้แก่ การเสียเลือดอย่างรุนแรง มีบาดแผลไหม้อย่างรุนแรงทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดน้อยลง นอกจากนี้อาจเกิดกับผู้ป่วย ที่มีพยาธิสภาพที่ไตอยู่ก่อนแล้ว เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจึงทำให้ไตวายได้ง่าย การป้องกันภาวะไตวาย ทำได้โดยบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง และตรวจหาความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะบ่อย ๆ สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติของไต ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อย และมีอาการผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดดำที่คอโป่ง เป็นต้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ติดตามผลยูเรียไนโตรเจน ระดับครีเอตินิน โปแตสเซียมและโซเดียมเป็นการตรวจสอบหน้าที่ของไต ดูแลผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาที่ทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น ได้แก่ ดิจิทาลิส ยาขับปัสสาวะ

5. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีความเจ็บป่วยรุนแรง อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ประกอบกับวิธีการรักษาพยาบาลจะมีการใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ หลายชนิด ซึ่งอาจสอดใส่ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้อาจทำให้มีการติดเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิต และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จึงต้องให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงหลักการปราศจากเชื้อ การกำจัดเชื้อ และการป้องกันการกระจายเชื้อให้ถูกต้อง โดยมีการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญดังต่อไปนี้

5.1 การติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีโอกาสสูงที่สำลักน้ำลายเข้าไปได้ง่าย ทำให้เกิดปอดบวม (Aspirated Pneumonia) ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ มีโอกาสติดเชื้อของทางเดินหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่หายใจได้เอง การพยาบาลจึงเน้นการป้องกันการติดเชื้อของทางเดินหายใจ ทำได้โดยสังเกตการหายใจ รวมทั้งอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะขาดออกซิเจน และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน ในรายที่มีการดูแลเสมหะทางท่อหายใจหรือท่อเจาะคอจะต้องทำโดยเทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด

5.2 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มักได้รับการสวนสายสวนปัสสาวะเพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูหน้าที่ของไตและสมดุลน้ำในร่างกาย ทำให้อัตราการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะมากกว่าผู้ป่วยที่ถ่ายปัสสาวะได้เอง การป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะทำได้โดย สวนปัสสาวะโดยวิธีที่ปราศจากเชื้อและใช้เครื่องมือทุกอย่างปราศจากเชื้อ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อวันละ 1-2 ครั้งหรือทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ ดูแลไม่ให้มีการอุดตันของสายสวนปัสสาวะและถุงรับน้ำปัสสาวะจะต้องอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยเสมอ

5.3 การป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผล ผู้ป่วยที่มีบาดแผลในร่างกาย ทั้งที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือจากการผ่าตัด มีโอกาสการติดเชื้อได้มาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้านทานของร่างกายต่ำ เช่น จากการเสียเลือด หรือมีแผลเลือดขาวผิดปกติ การป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผลทำได้โดยทำความสะอาดบาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ สังเกต ข้อบ่งชี้ของการติดเชื้อที่บาดแผลและรายงานแพทย์เพื่อให้ยาปฏิชีวนะ ติดตามผลการเพาะเชื้อจากบาดแผล

6. การป้องกันอุบัติเหตุ ผู้ป่วยวิกฤตมักจะมีอาการสับสนต่อการรักษาและอาจพยายามที่จะดึงท่อช่วยหายใจ บางครั้งจำเป็นต้องผูกมัด แต่จะต้องกระทำด้วยความนุ่มนวล นอกจากนี้จะต้องคอยระวังการตกเตียง จะต้องยกไม้กั้นเตียงไว้ตลอดเวลา

7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวน้อยลงหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ได้แก่ แผลกดทับ ปอดบวม นิวและการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็งสามารถป้องกัน ได้โดยตรวจบริเวณผิวหนังของผู้ป่วยทุกวัน ควรมีรอยแดง สีผิดปกติ มีพุ่มที่หลังก้นกบ สะโพกหรือสันเท้าหรือไม่ พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ควรจัดให้

นอนตะแคง หรือตะแคงกึ่งคว่ำ รักษาความสะอาดของผิวหนัง อย่าให้ชื้นและหรือแห้งเกินไปและ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและทวารหนัก ทุกครั้งที่พลิกตัวจัดท่านอนที่เหมาะสม โดยการใช้หมอนหรือผ้าหนุนบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายตามความเหมาะสม กระตุ้นหรือช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแบบ ขา ตามทิศทาง การเคลื่อนไหวของข้อ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยวิกฤตเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล จึงต้องมีการประเมินสภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตสังคม ดังนี้

1. ให้การพยาบาลโดยเคารพในเกียรติศักดิ์ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค วิธีการรักษาพยาบาล ด้วยข้อมูลที่เป็นจริง ด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการรักษา โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ปกป้องรักษาสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดยการปกปิดข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยไว้แต่เพื่อการรักษาพยาบาลและกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเท่านั้น ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย แม้ในขณะที่รักษาพยาบาลก็ให้กระบังผ้าเป็นนั้น พูดยกับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคล แม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว การให้คำนำหน้าชื่อและสรรพนามแทนตัวพยาบาล ให้กระทำอย่างเหมาะสมกับฐานะของผู้ป่วยไม่เรียกโรคหรือเตียงแทนชื่อผู้ป่วย

2. ให้การดูแลเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นพิเศษ เนื่องจากการสื่อสารที่ดีจะทำให้พยาบาลเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย แต่การสื่อสารของผู้ป่วยอาจมีอุปสรรคจากปัจจัยหลายประการ เช่น การหมดสติ การใส่ท่อช่วยหายใจ การเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น จึงต้องเอาใจใส่และหาวิธีพิเศษช่วย เช่น ใช้คำถามสั้น ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ หากภาพตัวอักษรให้ผู้ป่วยชี้ เพื่อผสมคำแทน การเขียนหรือพูด หรือใช้รูปภาพที่แสดงความต้องการต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยชี้แทนคำพูดหรือการใช้ภาษาท่าทาง เป็นต้น

3. จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม เนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อด้านจิตสังคมผู้ป่วยวิกฤตอย่างมากจึงควรมีการปฐมนิเทศ แนะนำสถานที่อุปกรณ์ เครื่องใช้ ตลอดจนกฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคุ้นเคยและคลายความเครียดลง จัดให้มีความเป็นส่วนตัว ควรมีห้องแยกหรือม่านกันเป็นสัดส่วนแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการจำกัดแสงและเสียง เช่น ลดไฟลงในเวลากลางคืน จัดเตียงผู้ป่วยให้ห่างกันเพื่อลดการรบกวนจากเสียงเครื่องมือ วางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ให้รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด จัดหามาฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบวันเวลาอย่างสม่ำเสมอ หรืออาจมีวิทยุ โทรทัศน์ ให้

ผู้ป่วยควรที่จะได้ทราบข้อมูลสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปในปัจจุบัน และเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความหมายกับผู้ป่วยได้เชื่อมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

4. ประคับประคองให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พุดแสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การนั่งอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย การจับมือผู้ป่วยไว้หรือการบีบมือเบา ๆ เป็นต้น

5. ยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยว่าเป็นผลมาจากความเครียด พยาบาลจะต้องไม่ตำหนิผู้ป่วย และควรช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสม

การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยคำนึงถึงความต้องการของครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

1. ให้ความช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดำรงหน้าที่ของครอบครัวไว้ได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดำเนินของโรคและวิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ความที่จำเป็นด้วยภาษาที่เข้าใจได้ ให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย สภาพของหอผู้ป่วย กฎ ระเบียบต่าง ๆ มีการจัดห้องพักไว้สำหรับรอเยี่ยม มีการยืดหยุ่นในเรื่องเวลาเยี่ยม อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรม ทั้งนี้โดยไม่ขัดต่อวิธีการรักษาและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ

2. เปิดโอกาสให้ครอบครัวระบายความรู้สึก บางครั้งครอบครัวอาจแสดงความรู้สึกรอค ความรู้สึกผิด ซึมเศร้า หรือพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลจะต้องเข้าใจและเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ควรนั่งฟังด้วยความสนใจ และช่วยปลอบโยนตามความเหมาะสม จะเป็นการแสดงการยอมรับความรู้สึกของครอบครัวได้ดี

3. ให้กำลังใจแก่ครอบครัว โดยให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการพยาบาลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว การเปลี่ยนท่านอน ส่งเสริมให้ครอบครัวได้พูดคุย สัมผัสผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ด้วยกันตามลำพัง

4. ให้การดูแลสุขภาพของครอบครัว ในเรื่องของการรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ พยาบาลควรกระตุ้นเตือนให้ครอบครัวเอาใจใส่ต่อเรื่องเหล่านี้เพื่อจะได้มีกำลังกาย กำลังใจที่จะช่วยตอบสนองต่อภาวะวิกฤตที่เผชิญอยู่ให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

จากองค์ประกอบและแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลวิกฤต

จำเป็นต้องมีการพัฒนาการดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่เสมอ ซึ่งปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ที่ผู้ป่วยวิกฤตมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบต้องการการดูแลใน โรงพยาบาลที่ยาวนานค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ดังนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันจึงได้มีการส่งเสริมให้ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด และลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วย ได้ทั้งร่างกาย และจิตใจ อย่างต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (Henneman & Cardin, 2002)

ครอบครัวมีบทบาทเป็นอย่างมาก ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ที่เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และเข้าใจกระบวนการรักษา มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันครอบครัวจะถูก แยกจากผู้ป่วยทันทีเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวจะถูกจำกัดการเยี่ยมเพียงเวลา สั้น ๆ เพียงครั้งละ 5-10 นาที (วรรณวิไล จันทราภา, 2537 อ้างถึงใน คณินันต์ นุริเทศ, 2540) ด้วยเหตุผลต้องการให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และเป็นการป้องกันการติดเชื้อ และเมื่อได้เข้าไปเยี่ยม ผู้ป่วย ครอบครัวก็ยืนอยู่ข้างเตียงที่แวดล้อมไปด้วยเครื่องมือต่าง ๆ มากมาย เพียงลำพังโดย ปราศจากคำแนะนำ และการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ (Beth Vaughan-Cole et al., 1998) สิ่งเหล่านี้ เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่จำเป็นต้องมีแนวทางการปฏิบัติให้ครอบครัวสามารถ ดำรงหน้าที่ บทบาท และโครงสร้างของครอบครัวไว้ได้ โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อค้นหาและตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต นั้นประกอบด้วย ความหมายของการมี ส่วนร่วมในการดูแล การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายการมีส่วนร่วมในการดูแล

การมีส่วนร่วมในการดูแล มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลไว้มากมาย เช่น

WHO (1979) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลว่าเป็นสิ่งที่ดี เป็นสิ่งถูกต้อง การเข้า ร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพจะทำให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง มีทักษะในการตอบสนองความ ต้องการ และมีอิสระในการเลือกการดูแลอย่างแท้จริง

บราวน์ลี (Brownlea, 1987 cited in Tutton & Ager, 2003) อธิบายว่า เป็นการเข้าไปเกี่ยวข้องกับ (Getting Involve) ให้ผู้ใช้บริการเข้าร่วมในการตัดสินใจ ปรัชญาหรือในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง พิจารณาแต่ละบุคคลภายในสิ่งแวดล้อมของการดูแล

แอสเวิร์ตและคณะ (Asworth et al., 1992) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการสัมพันธภาพของบุคคลที่อยู่บนพื้นฐานของการให้คุณค่าในความเป็นบุคคล ในการร่วมกันวางแผนการดูแล มีการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน และมีการประเมินผลการดูแลร่วมกัน

จีเวลล์ (Jewell, 1994) กล่าวว่า ลักษณะเด่นคือการที่พยาบาลให้ความสำคัญกับความใกล้ชิดคุ้นเคย ระหว่างพยาบาลและครอบครัว ในการแสดงบทบาทและมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

จากแนวคิดของการมีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแล คือการได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแล โดยให้คุณค่าความเป็นบุคคล ยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน มีการปรึกษาหารือ และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family Center Care) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ขยายการดูแลจากนั้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปสู่บุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ป่วย ให้มีสัมพันธภาพ ความร่วมมือระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่ดำเนินไปเพื่อตอบสนองต่อสิทธิ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Coyne, 1996; Leviton, Mueller, & Kauffman cited in Lewandowski, & Tesler, 2003) เป็นปรัชญาพื้นฐานในการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว เพิ่มสมรรถนะ และช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัว เมื่อครอบครัวรับรู้ได้ถึงพลังอำนาจจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบผู้ชำนาญการ

การมีส่วนร่วมในการดูแลนั้น พัฒนาจากการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ทำให้เกิดความร่วมมือ และเกิดความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ที่อยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคล มีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (Asworth, 1992) ซึ่งคาฮิลล์ (Cahill, 1996) กล่าวว่า ตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงการเพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลไปเป็นหุ้นส่วนของการดูแลอย่างแท้จริงนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อครอบครัวและเจ้าหน้าที่ได้ทำงานร่วมกัน ความรู้สึกที่ว่าเจ้าหน้าที่มีอำนาจเหนือกว่าจะค่อย ๆ หดหายไป ทำให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาของลี (Li, 2002) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการที่จะร่วมทำงานกับทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลของโรงพยาบาล และมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวัน

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลพบว่าครอบครัวปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังการศึกษาของ สุมณา แสนมาโนช (2541) ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผลการศึกษาพบว่าญาติในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การศึกษาของ ทศนีย์ อนันตพันธ์พงศ์ (2538) ศึกษาผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้นและครอบครัวมีความพึงพอใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนใหญ่มีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติในผู้สูงอายุและเด็ก และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ส่วนมากมักเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าให้ผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตยังคงมีผู้สนใจศึกษาน้อย ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลที่เน้นทางด้านร่างกายจากเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญ ผู้ป่วยรู้สึกถูกแยกจากครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม และตอบสนองความต้องการการมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยของครอบครัวอีกด้วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรม จำแนกองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ 4 ด้าน คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล ด้านการปฏิบัติการดูแล และด้านการประเมินผลการดูแล (Tutton & Ager, 2003; Li, 2002)

1. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือข้อมูลส่วนตัวที่เป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ได้ หรือบางครั้งผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ครอบครัว แต่จะไม่ยอมบอกเล่าแก่แพทย์หรือพยาบาล (Tidler, Bombey, & Schutte, 1995) จึงเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการสื่อสารกับผู้ป่วย (Porter, 1995) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ในเรื่องของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประวัติความเจ็บป่วยที่ผ่านมา กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่ ขณะเดียวกัน การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นประสบการณ์ที่ไม่คุ้นเคยของครอบครัว ครอบครัวไม่ทราบว่าจะอะไรที่จำเป็นต้องรู้ ไม่ทราบว่

จะถามอะไรในภาวะวิกฤตเช่นนี้ (Halm & Alphen, 1993) ครอบครัวจึงต้องการคำแนะนำ ในการที่จะช่วยให้สามารถเผชิญวิกฤตได้ (Henneman & Cardin, 2002) ที่ผ่านมาจากงานวิจัยทำให้ทราบว่า ครอบครัวมีความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่อย่างน้อยวันละครั้ง ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรบอกถึงอาการของผู้ป่วย โดยใช้คำที่ง่ายต่อการเข้าใจ บอกถึงสัญญาณชีพว่าคงที่หรือไม่ ความสุขสบายและการนอนหลับ รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือ ที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วย (Titler, Bombei, & Schutte, 1995) บรูซและริทชี (Bruce & Ritchie, 1997) กล่าวว่า การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่ และครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ จะทำให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อถือ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Astedt-Kurki et al., 2001)

2. ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการทำงาน การดูแลบ้าน และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (Beth Vaughan-Cole et al., 1998) อีกทั้งยังช่วยให้ครอบครัวสามารถยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนไป เช่น ภรรยาที่เคยพึ่งพาสามีในการตัดสินใจ ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เมื่อสามีมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Prevost, 1997) แต่ในสภาพปัจจุบันอาจพบว่า ครอบครัวมักจะไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจในการดูแลรักษา ครอบครัวมักจะยกหน้าที่ในการดูแลรักษาให้แพทย์และพยาบาล เนื่องจากมีความเชื่อว่าแพทย์มีความรู้ดีที่สุด ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นหรือปฏิเสธแนวทางการรักษา เพราะกลัวว่าจะเกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย

3. ด้านการปฏิบัติการดูแล เป็นกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวตัดสินใจปฏิบัติ ครอบครัวสามารถเลือกได้ว่าจะมีส่วนร่วมอย่างไร และกิจกรรมใด โดยมีพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย เครื่องมือ และวิธีการดูแลไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งในระยะแรก ครอบครัวอาจไม่มีความมั่นใจในการดูแล เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถแสดงให้เห็นตัวอย่าง เช่น การเช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหาร การพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนท่านอน การนวดหลัง รวมถึงการได้สัมผัส การพูดให้กำลังใจผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นการส่งความรู้สึกไปสู่ตัวผู้ป่วยให้รู้สึกว่าเขาไม่ได้เผชิญภาวะวิกฤตเพียงลำพัง (Titler, Bombei, & Schutte, 1995) ทำให้ครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำประโยชน์และติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้ มองเห็นคุณค่าและมีความเข้าใจมากขึ้นในสิ่งที่ทำให้กับบุคคลที่ตนรัก เมื่อครอบครัวให้การดูแลไประยะหนึ่งจะเกิดความรู้สึกมั่นใจและเกิดทักษะในการดูแล (Li, 2002) สามารถให้การดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้าน

4. ด้านการประเมินผลการดูแล เป็นสิ่งที่ครอบครัวและพยาบาลจะร่วมกันประเมินผลการดูแล ว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีผลดีต่อผู้ป่วยอย่างไร เพื่อการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการ

ดูแลจนบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ซึ่ง ลี (Li, 2002) กล่าวว่าระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล เป็นโอกาสสำหรับครอบครัวในการที่จะเรียนรู้ทักษะการดูแลจากทีมสุขภาพ เพื่อการเตรียมการสำหรับติดตาม ผลการดูแล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ครอบครัวสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้น และหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ อีกทั้งการร่วมกันประเมินผลการดูแลเป็นระยะ ยังทำให้ครอบครัวรู้ความก้าวหน้าของผู้ป่วยเพื่อทำให้มีกำลังใจในการสนับสนุนผู้ป่วยหรือถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าจะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพครอบครัวจะมีเวลาในการเตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 4 ด้านดังที่กล่าวมาแล้วนั้นมีผลดี และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตนั้นมีทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ทางด้านจิตสังคมนั้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา (Cole et al., 1998) จะทำให้คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรัก ความห่วงใย รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับกำลังใจจากครอบครัว ทำให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของการเจ็บป่วยมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ส่วนทางด้านร่างกายนั้น ช่วยให้การฟื้นหายเร็วขึ้น (Halm & Titlen, 1990) ลดภาวะแทรกซ้อน และทุพพลภาพ (รัมภ์รดา อินทร, 2539)

ประโยชน์ต่อครอบครัว

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวสามารถดำรงบทบาทเดิมของครอบครัวได้ มีความสมดุลในชีวิตประจำวัน (Cole et al., 1998) เช่น ภรรยา หรือมารดา มักจะถูกคาดหวังในสังคมให้เป็นผู้ดูแล (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต ถ้าคนได้มีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้ไม่เกิดความรู้สึกเครียดในบทบาท (Role Strain) ช่วยให้สามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้เต็มที่ ส่งผลให้การฟื้นหายเร็วขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว อีกทั้งยังเป็นโอกาสดีที่ครอบครัว ได้มีการเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในความรู้ด้านสุขภาพ เกิดพฤติกรรมดูแลที่คงทน เพิ่มพลังอำนาจให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของครอบครัวต่อเนื่องที่บ้านได้

ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์

การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษามากขึ้น

(ชอลดา พันธุเสนา, 2536) ส่งเสริมความเชื่อมั่นและสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และครอบครัวมากขึ้น (Boyd & Munhall, 1989) ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวครบถ้วนมากขึ้น ลดภาระในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันบางอย่างที่ครอบครัวสามารถกระทำได้ ลดความไม่พึงพอใจจากการบริการและลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังงานวิจัยของรัมภ์รดา อินทร (2539) ศึกษาความพึงพอใจในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติของผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ระหว่างกลุ่มที่มีญาติมีส่วนร่วมในการดูแล 25 คน และกลุ่มที่ไม่มีญาติมีส่วนร่วมในการดูแล 25 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีญาติเข้าร่วมในการดูแล และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โพทะยะ (2544) ทำการศึกษารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทำการศึกษาในทีมพยาบาล 30 คน ญาติผู้ดูแล 22 คน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 20 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทีมพยาบาลและญาติผู้ดูแลรับรู้และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตนั้น มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรพยาบาล แต่จะสามารถปฏิบัติให้ปรากฏขึ้นจริง ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้หรือไม่ นั้น มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ทั้งปัจจัยที่ส่งเสริม และปัจจัยที่ขัดขวาง การมีส่วนร่วมในการดูแล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสามารถจำแนกได้ 3 ด้าน คือ 1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย 2. ปัจจัยด้านครอบครัว 3. ปัจจัยด้านโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Li, 2002; Astedt-Kurki et al., 2001)

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย มีการศึกษามากมายที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมการดูแลของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นอายุของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัว และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุ จากการศึกษาวิจัยพบว่าครอบครัวจะมีความวิตกกังวลและให้ความ

สำคัญกับความสุขสบายและการดูแลสุขภาพของเด็กมากกว่าและเข้าเยี่ยมชมบ่อยกว่า ซึ่งแตกต่างจากแผนกผู้ใหญ่ (Kurki, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอสเตด-เคอร์กิและคณะ (Astedt-Kurki et al., 2002) พบว่า ครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมากกว่า และเพศหญิงจะให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์มากกว่าเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ความสัมพันธ์กับครอบครัว พบว่าผู้ที่เป็นสามเียมจะได้รับการดูแลจากภรรยา มากกว่า ซึ่งภรรยาจะมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสุขภาพของบุคคลในบ้าน (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ อ่างใน คนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2529) จากการวิจัยของ พรทิพา สุภราศรี (2538) ศึกษาความต้องการของญาติในภาวะวิกฤต จำนวน 65 คน พบว่าญาติที่มีความสัมพันธ์ต่างกันจะมีความต้องการในด้านการมีส่วนร่วม ต่างกันด้วย แต่บางงานวิจัยพบว่า ไม่ว่าผู้ป่วยวิกฤตจะมีบทบาทใดในครอบครัว สมาชิกในครอบครัว ก็ปรารถนาที่จะมาเยี่ยมและดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้ำนร่างกายและจิตใจ

1.3 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของครอบครัวว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงมากหรือน้อย ถ้าครอบครัวรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรง คุณค่าต่อชีวิต ครอบครัวจะรู้สึกหมดพลังอำนาจ หมดความหมาย หมดหวัง และจะมีความพึงพิงเจ้าที่สุขภาพสูง จะไม่กล้าและต้องผู้ป่วยไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Dixon, 1996; Jonsen et al., 2000, Knael et al., cited in Lee & Craft-Rocenberg, 2002) เช่นเดียวกับ ชาร์ป (Sharp, 1990) ซึ่งว่าความรุนแรงและชนิดของการเจ็บป่วยทำให้ญาติไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นลัษณะขวางต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล หรือในบางครอบครัวยังผู้ป่วยมีความวิกฤตมากเท่าไร ครอบครัวยังต้องการที่จะเห็นผู้ป่วยบ่อยขึ้นเท่านั้น (Titler, Bombey, & Scutte, 1995) และมีความต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้ำนร่างกายและจิตใจ

2. ปัจจัยด้ำนครอบครัว ครอบครัวจะมีความรู้สึกลากหลายเมื่อสมาชิกต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต อีกทั้งแต่ละครอบครัวก็มีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะของครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความสามารถของสมาชิกในการดูแล รวมทั้งความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวเอง ก็มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ลักษณะของครอบครัว สังคมไทยจะมีลักษณะของความเป็นเครือญาติ มีความรัก ความผูกพัน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวหลายคนโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมีมากกว่า มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบทั้งการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย และการทำหน้าที่แทนผู้เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดสมดุลในครอบครัว คงไว้ซึ่งบทบาท หน้าที่และโครงสร้างของครอบครัวมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ที่มีสมาชิกในครอบครัวน้อย

เพราะฉะนั้นการจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจึงมีโอกาสน้อยกว่า แต่บางครั้งครอบครัวขยายอาจมีปัญหาเรื่องความขัดแย้ง หรือการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว ระหว่างกระบวนการเจ็บป่วยทำให้เกิดการขัดขวางต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแล (Jonsen et al., 2000; Lotus, 2000) และในสังคมไทยมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นเมื่อประสบกับการเจ็บป่วยวิกฤตจะทำให้ขาดการสนับสนุนจากเครือญาติ ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาตามลำพัง มีผลต่อการไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วยเช่นกัน (Lee & Rocenberg, 2002)

2.2 รายได้ของครอบครัว ที่ต้องใช้จ่ายไปกับค่ารักษาพยาบาล ค่ายานพาหนะ ค่าเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น (จริยา ดันติธรรม, 2547) และถ้าความเจ็บป่วยเกิดกับสมาชิกผู้หารายได้จะมีผลกระทบโดยตรงต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัว (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2529) ทำให้บุคคลอื่นในครอบครัวต้องเป็นผู้หารายได้แทน ทำให้ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้

2.3 ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแล (Hupcey, 1998; Jonsen et al., 2000) มีการพึ่งพิงเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่คุ้นเคยกับการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ (Jeppson & Thomas, 1999) ทำให้ครอบครัวปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งความเชื่อที่ว่าเจ้าหน้าที่เป็นผู้ที่มีความรู้ที่สุด และครอบครัวมีบทบาทในการเป็นผู้รับการดูแล (โสพรรณ โพทะยะ, 2544; Biley, 1992)

2.4 ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นความต้องการในระดับต้น ๆ ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ปรารถนาจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (อุไรพร พงษ์พัฒนานวดี, 2532; จุฑามาส ปัญงะวิสุทธิ และคณะ, 2535; จงกล ศรีวัฒนา และพรทิพา สุภราศรี, 2539) แต่บางงานวิจัยบอกว่าพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการให้ญาติร่วมมือ เพียงแต่ญาติพึงพอใจแค่บทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย (Sharp, 1990) และจากการศึกษาของอโซเลย์ และคณะ (Azoulay et al., 2003) ที่ทำการศึกษามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของครอบครัว จำนวน 544 ครอบครัว พบว่าในจำนวนผู้ดูแล ร้อยละ 88.2 ที่ได้รับการเสนอให้มีส่วนร่วมในการดูแล แต่มีเพียง ร้อยละ 33.4 เท่านั้นที่มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เช่นเดียวกับไลทีเนน (Laitinen, 1992, 1993) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือในกิจกรรมประจำวัน เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

3. ปัจจัยด้านโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่หลายครอบครัวอาจพบกับแรงต้านจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่ ในเรื่องของการตัดสินใจการดูแล หรือการยอมรับบทบาทการเข้าไปมีส่วนร่วมรวมทั้งกฎระเบียบที่เคร่งครัด ขาดการยืดหยุ่น และลักษณะของหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ลักษณะของหอผู้ป่วย ที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป มีการเฝ้าระวังและ

ป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดทำให้ วิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นยุ่งยากมากขึ้น รวมทั้งสภาพของหอผู้ป่วย ที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว มีเสียงรบกวน มีลักษณะของความวุ่นวาย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยอย่างเร่งรีบ จนบางครั้งละเลยการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3.2 กฎระเบียบของหอผู้ป่วย ไม่มีนโยบายในการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่ชัดเจน ประกอบกับมีกฎระเบียบการเยี่ยมที่เคร่งครัด มีการเปิดให้เยี่ยมเป็นระยะเวลาดังนั้น ด้วยเหตุผลเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ ต้องการให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน (วรรณวิไล จันทราภา, 2544 อ้างถึงใน คณินันต์ บุรีเทศ, 2540) รวมทั้งการไม่ยืดหยุ่นในการเยี่ยม (Laitenen & Isolar, 1996) ซึ่งแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป จึงเป็นอุปสรรคอย่างแท้จริงต่อการจัดให้มีส่วนร่วมของครอบครัวให้เกิดขึ้นในระบบ (Jepson & Thomaas, 1999; Specht et al., 2000) เพราะเวลาที่เปิดให้เยี่ยมอาจไม่สัมพันธ์กับภาระกิจอื่น ๆ ของครอบครัวแต่ละครอบครัวที่มีความแตกต่างกัน

3.3 ปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ การเจ็บป่วยวิกฤตทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีลักษณะของการเร่งรีบกับการปฏิบัติงานตามกิจวัตรประจำวัน มุ่งให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประกอบกับเป็นการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน จนบางครั้งละเลยการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ภาระงานที่ยุ่งยากของพยาบาลทำให้การพูดคุย การทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวกับพยาบาลมีน้อยลง (Casey, 1995) และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ ที่คิดว่าการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้การทำงานยุ่งยากขึ้น (Laitenen & Isolar, 1996; Bruch & Ritchie, 1997) พยาบาลรู้สึกไม่สะดวกถ้ามีสมาชิกในครอบครัวมาอยู่ข้างเตียงขณะให้การพยาบาล และบางครั้งพยาบาลมองว่าผู้มาเยี่ยมเหมือนเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้น (Kirchuff, Pugh, Calame, & Reynolds cited in Henneman & Cardin, 2002) และจะพยายามจำกัดการเยี่ยมเพื่อปกป้องผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยวิกฤตนั้นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ตามการเจริญเติบโตของประชากร เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีทางการแพทย์ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโอกาสโรคภัยเรื้อรังจนกลายเป็นภาวะวิกฤตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยวิกฤตนั้นเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้จะส่งผลเสียต่อบทบาทหน้าที่โครงสร้างของครอบครัว ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วยลดลงส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวล

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลโดยเน้น

ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะ และเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม แต่ในปัจจุบัน การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีเพียงเล็กน้อยบางครอบครัวมีโอกาสเพียงขึ้นข้างเตียงผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการดูแลของแพทย์และพยาบาล โดยปราศจากความเข้าใจในสถานการณ์วิกฤตนั้น เพราะมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากมายในการที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ประกอบกับในบริบทของสังคมไทยที่ยังมีเรื่องของลำดับชั้นเข้ามาเกี่ยวข้อง ครอบครัวยังมองว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดเกี่ยวกับโรค และการดูแลรักษา เป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจ และให้บริการ ครอบครัวมีบทบาทในการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ อีกทั้งยังไม่มี การให้ความหมาย และแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ถึงการให้ความหมาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามความคิดและบริบทของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากยิ่งขึ้น