

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือเป็นสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเอง ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 15 ราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2548 ถึงเดือนมกราคม 2549 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม และการวิเคราะห์เอกสาร จนข้อมูลมีความอิ่มตัวแล้วนำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ซึ่งได้ผลการวิจัยดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 15 ราย เป็นเพศหญิง 10 ราย เพศชาย 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (13 ราย) สถานภาพสมรสคู่ (10 ราย) ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (10 ราย) อาชีพรับจ้าง (5 ราย) มีระยะเวลาการดูแลตั้งแต่ 2 วัน ขึ้นไปถึง 1 ปี ส่วนใหญ่ให้การดูแล 1-2 สัปดาห์ (7 ราย) รายได้ของผู้ให้ข้อมูลอยู่ระหว่าง 6,000-8,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ในฐานะบุตรของผู้ป่วย (7 ราย)

ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้มี จำนวน 15 ราย เป็นการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก เป็นเพศหญิง (10 ราย) อายุมากกว่า 55 ปี (9 ราย) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย (7 ราย) ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับประถมศึกษาเท่า ๆ กับไม่ได้รับศึกษา (6 ราย) บทบาทในครอบครัวเป็นแม่บ้าน (11 ราย) เป็นการเจ็บป่วยวิกฤตในระบบทางเดินอาหาร 3 ราย ระบบต่อมไร้ท่อ 3 ราย ระบบหายใจ 3 ราย และระบบหัวใจและหลอดเลือด 2 ราย ระบบประสาทและสมอง 2 ราย กระดูกและกล้ามเนื้อ 2 ราย

จากข้อมูลจะเห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยที่พบว่าบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศหญิงจะมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย เช่นการศึกษารูปแบบการ

พยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของโสพรรณ โพทะยะ (2544) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน จากผู้ให้ข้อมูล 22 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินดา ยิน คิง ลี (Linda Yin King Lee, 2002) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในฮ่องกง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นกัน อายุผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถและวุฒิภาวะในการดูแลผู้อื่นได้มากกว่าวัยเด็กและวัยรุ่น (Lambert & Lambert, 1979 อ้างถึงใน อัมพรพรรณ ธีรบุตร และคณะ, 2539) สำหรับอาชีพผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัวไม่ได้มีภาระในการหารายได้จึงมีโอกาสดูแลมากกว่าอาชีพอื่นๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นการดูแลทุกอย่างทั้งกายและจิต ซึ่งสะท้อนกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแล แรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และผลลัพธ์การมีส่วนร่วมในการดูแล สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งด้านครอบครัว ด้านเจ้าหน้าที่ และนโยบายการเยี่ยม ดังต่อไปนี้

ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

โดยสรุปแล้วผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตว่าหมายถึง การดูแลทุกอย่างทั้งกายและจิตใจ เป็นการดูแลผู้ป่วยทุกอย่างทั้งทางร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ไม่มีอาการแทรกซ้อน ดูแลด้านจิตใจให้ผู้ป่วยสบายใจ ไม่กังวลและมีกำลังใจในการรักษา ซึ่งกิจกรรมการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งได้ 3 ด้าน คือ

ด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

ก) การสังเกตและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง เป็นการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และสังเกตการทำงานของเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย แล้วรายงานความผิดปกติที่สังเกตได้ให้เจ้าหน้าที่ทราบ

ข) สอบถามความเจ็บหน้า เป็นการพูดคุยสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลในแต่ละวัน

ค) กระตุ้นให้ฟื้นคืนสติ เป็นการพูดคุยหรือสัมผัสร่างกายผู้ป่วย เรียกผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีขึ้น

ง) ยกแขนขาดีทำให้มีแรง เป็นการช่วยเหลือออกกำลังกายให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นหายเร็วขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ

ด้านความสุขสบาย ได้แก่

ดูแลให้สุขสบายตลอดเวลา เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ
ทั่วไป เช่นการเช็ดหน้า หวีผม เปลี่ยนผ้าอ้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายตลอดเวลา

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่

ก) ให้กำลังใจไม่ทอดทิ้ง เป็นการพูดคุยปลอบใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยท้อแท้
และไม่วิตกกังวล กับการเจ็บป่วย

ข) ทำบุญตักบาตร บนบานศาลกล่าว เป็นการกระทำเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสบายใจและหวัง
ว่าจะช่วยผ่อนทุกข์ให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

นอกจากนั้นครอบครัวยังสะท้อนให้เห็นถึงแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
และผลลัพธ์ของการดูแล ดังต่อไปนี้

แรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่

ก) ด้วยรักและผูกพัน เป็นความรักและความผูกพันระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วย เนื่อง
จากผู้ป่วยเป็นสมาชิกของครอบครัวอยู่ร่วมกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน

ข) เป็นหน้าที่รับผิดชอบ ครอบครัวคิดว่าในเรื่องของการดูแล ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิก
ครอบครัวนั้นเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่เป็นเพียงคนอื่นเท่านั้น

ค) ตอบแทนบุญคุณ ครอบครัวเข้ามาดูแลเนื่องจากต้องการตอบแทนบุญคุณหรือความดี
ของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวหรือต่อญาติผู้ดูแล

ผลลัพธ์การมีส่วนร่วมในการดูแล มี 3 ด้าน คือ

ด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่

ก) ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสุขสบาย เป็นการสังเกตของครอบครัวจากสีหน้าและคำ
บอกเล่าของผู้ป่วย หลังจากที่ได้รับการดูแลในเรื่องต่าง ๆ

ข) สีหน้าแจ่มใสกำลังใจมา เป็นสังเกตของครอบครัวว่าผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสและคำบอก
เล่าของผู้ป่วยว่ามีกำลังใจในการรักษาจากการที่ญาติมาดูแล

ค) พ้นภัยไข้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นการที่ครอบครัวประเมินการดูแลของ
ครอบครัวว่าช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง หรือแผลกดทับ และส่งผลให้
ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น

ง) มีญาติร่วมด้วยช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับรักษา การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนั้น
สามารถพูดคุย ไน้มั่นใจ หรือบังคับผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา หรืออยู่ช่วยเหลือใน
กิจกรรมการรักษายาบาล

ด้านญาติผู้ดูแล ได้แก่

ก) ได้คลายความกังวล ครอบครัวจะรู้สึกผ่อนคลายเมื่อได้เข้ามาเห็นผู้ป่วย ได้เห็น

อาการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ประกอบกับได้รับคำแนะนำหรือคำบอกเล่าเกี่ยวกับผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องที่ยังวิตกกังวลหรือสงสัย

ข) มีความหวัง เมื่อญาติเข้ามาดูแลได้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยทำให้เกิดความหวัง และมีกำลังใจ

ด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่

ช่วยอีกแรง แบ่งเบาภาระ ครอบครัวรู้สึกว่าการเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่สามารถกระทำได้เป็นการแบ่งเบาภาระพยาบาลที่มีงานหนักอยู่แล้ว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล

ด้านครอบครัว ได้แก่

ก) ไม่มีปัญหาเรื่องอาชีพ ครอบครัวมีความคิดเห็นว่าการมีอาชีพอิสระ หรือการเป็นแม่บ้าน ทำให้มีโอกาสเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

ข) ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลผู้ป่วยตามความสะดวกของแต่ละคนซึ่งเป็นการพูดคุยตกลงและวางแผนร่วมกันในครอบครัว

ด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่

ก) เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เจ้าหน้าที่ที่คู่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ ทำให้ครอบครัวรู้สึกเป็นกันเองขณะเข้ามาดูแลผู้ป่วย

ข) สอนแนะและให้มีส่วนร่วม เป็นการที่เจ้าหน้าที่สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุย แนะนำ สารคดีเกี่ยวกับเรื่องการดูแล

ค) ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม เป็นการที่เจ้าหน้าที่ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้กับครอบครัวที่มีเหตุจำเป็น ไม่สามารถมาเยี่ยมในเวลาที่กำหนดได้ รวมทั้งยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมในการดูแล

ด้านครอบครัว ได้แก่

ก) มีภาระหารายได้ ญาติผู้ดูแลบางครอบครัวต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยน้อย

ข) กังวลใจไม่กล้าแตะ เป็นความรู้สึกกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยและเครื่องมือแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเครื่องมือและการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่กล้าแตะต้องเพราะเกรงว่าจะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

ค) กลัวเชื้อโรคกลัวการตาย ญาติผู้ดูแลมีความคิดว่าหอผู้ป่วยเป็นเขตปลอดเชื้อ

กลัวว่าคนจะนำเชื้อโรคจากข้างนอกไปให้ผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยร่างกายอ่อนแออาจติดเชื้อได้ง่าย จึงไม่ต้องการที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยนาน

ง) ผู้ป่วยหนักควรได้พักผ่อน ญาติผู้ดูแลต้องการให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมาก ๆ ไม่อยากรบกวนเพราะเชื่อว่าถ้าได้พักผ่อนมาก ๆ จะทำให้มีการฟื้นหายเร็วขึ้น

ด้านเจ้าหน้าที่และนโยบายการเยี่ยม ได้แก่

ก) เจ้าหน้าที่ดูแลไม่เป็นมิตร ญาติผู้ดูแลเมื่อพบกับเจ้าหน้าที่ที่ไม่เป็นมิตรก็มักจะไม่ว่างเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลจะทำเพียงแค่นั่งดูผู้ป่วยอยู่ข้างเตียงเท่านั้น

ข) ทำได้แค่นั่งมอง เนื่องจากการไม่ได้รับคำแนะนำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล หรือการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

ค) เวลาเยี่ยมน้อย ต้องคอยนาน จากนโยบายการเยี่ยมที่กำหนดช่วงเวลากลางวันและเย็น บางครอบครัวไม่สะดวกมาในเวลาดังกล่าวหรือมาเยี่ยมช่วงเช้าแล้วต้องรอนกว่าจะได้เข้าเยี่ยมอีกครั้งในช่วงเย็น รวมทั้งระยะเวลาเยี่ยมที่ครอบครัวคิดว่าน้อยเกินไปไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามที่ต้องการ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ในส่วนของการให้ความหมายนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายตามการรับรู้ของตนเองว่าเป็นการดูแลทุกอย่างทั้งกายและจิต ซึ่งจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวจะกระทำตามประสบการณ์ของตนเอง จากการเรียนรู้จากข้างเตียง หรือจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศที่มีการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่รวมถึงการมีส่วนร่วมทั้งในการวางแผน การตัดสินใจ การปรึกษาหารือ และประเมินผลการรักษาพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่ (Brownlea, 1987; Awort et al., 1992; Jewell, 1994) ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีความเชื่อตามสังคมวัฒนธรรมไทยที่คิดว่าแพทย์พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ดีที่สุด จึงปฏิบัติตามคำแนะนำโดยไม่มีการโต้แย้ง การให้ความหมายนี้สะท้อนถึงกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลใน 3 ด้าน คือ ด้านการักษาพยาบาล และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านความสุขสบาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ลักษณะการมีส่วนร่วมที่พบดังกล่าวนี้แตกต่างจากการศึกษาของทิวตัน เอเจอร์ และลิ ที่กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วม

ร่วมใน 4 ด้าน คือด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการวางแผนและตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการ และด้านการประเมินผล (Tutton & Ager, 2003; Li, 2002) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยยังมีการพึ่งพิงเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่คุ้นเคยกับการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่และเชื่อว่าเจ้าหน้าที่เป็นผู้ที่มีความรู้มากที่สุด และ ครอบครัวมีบทบาทเพียงการเป็นผู้ได้รับการดูแล (โสพรรณ โพทะยะ, 2544)

ด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นกิจกรรมที่ครอบครัวสังเกตและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยสอบถามเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการรับรู้และกระตุ้นความรู้สึกรวมทั้งมีการช่วยออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย ตามแนวทางการรักษา และการสังเกตเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย

ก) สังเกตและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยพร้อมทั้งรายงานอาการที่พบกับแพทย์และพยาบาล ส่วนใหญ่ครอบครัวจะสังเกตเกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย สีหน้า ผิวหนัง บาดแผล อาการบวม ลักษณะของปัสสาวะ เสมหะ อาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย รวมทั้งสังเกตการทำงานของเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องบันทึกการเต้นของหัวใจ การไหลของสารน้ำ เป็นต้น

ข) สอบถามความคืบหน้า เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ว่ามีสาเหตุจากอะไร มีแนวทางการรักษาอย่างไร ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ยอมรับแนวทางการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่าที่จะเข้าร่วมในการตัดสินใจ โดยการพูดคุยสอบถามกับเจ้าหน้าที่จะถามสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือเมื่อมีข้อสงสัย

ค) กระตุ้นให้พินิจสนธิ เป็นการชักชวนผู้ป่วยพูดคุยในเรื่องต่าง ๆ บอกให้รู้ว่าเป็นญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย มีปฏิริยาตอบสนอง มีการรับรู้มากขึ้น รวมทั้งการสัมผัสบิบนวดตามร่างกายผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีปฏิริยาตอบสนอง เช่น การสบตามองตาม กระดิกนิ้ว บีบมือ ยกแขนขา หรือร้องไห้ ครอบครัวเชื่อว่าเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงอาการที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

ง) ยกแขนขาดี ทำให้มีแรง เพราะอยากให้เหมือนเดิมไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ไม่ว่าจะเป็นข้อติดแข็ง แขนขาتيب โดยครอบครัวจะบิบนวด ยกแขน ยกขา ผู้ป่วยโดยทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาลและนักกายภาพบำบัด การสังเกตจากสิ่งแวดล้อมเพียงอื่น ๆ หรือจากการสอบถามจากพยาบาลว่าสามารถกระทำได้อีกหรือไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

จากลักษณะของการมีส่วนร่วมในการดูแล 3 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมง่าย ๆ ที่สามารถทำได้และไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย เป็นการสังเกต

รายงานและสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การร่วมพูดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ของ พรวิโสท์ (Prevost, 1997) ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ พูดคุยปรึกษาหารือ และส่งเสริมกิจกรรมการดูแลให้แก่ครอบครัว เช่นเดียวกับผลการวิจัยมากมายที่กล่าวว่าญาติต้องการมีส่วนร่วมในการพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกวัน (Kurki, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมักจะไม่ได้พูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลทุกวัน แต่จะพูดคุยสอบถามสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือเมื่อมีข้อสงสัย อาจเป็นเพราะพยาบาลมักจะรายงานอาการผู้ป่วยให้ทราบก่อนทุกครั้งตามแนวทางการให้ข้อมูลแก่ญาติของหอผู้ป่วยหนัก นอกจากนั้นครอบครัวยังมีการพูดคุย สัมผัสกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งฮาล์มและเอลเฟน (Halm & Alphen, 1993) กล่าวว่าเป็นการส่งเสริมและกระตุ้นความรู้สึกในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะการกระตุ้นน้อย (Sensory Deprivation) โดยการให้ครอบครัวได้มีการสัมผัสร่างกาย พูดคุยกระตุ้นความรู้สึกจะช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวลและการรู้สึกถูกแยกจาก (Isolation) ของผู้ป่วยได้

ด้านความสุขสบาย

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านความสุขสบายนั้นครอบครัวจะปฏิบัติในกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้า เช็ดตัว ทาโลชั่น ทาแป้ง หวีผม เปลี่ยนผ้าอ้อม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมเหล่านี้สามารถทำได้ โดยไม่ต้องรอเจ้าหน้าที่ สามารถทำได้บ่อยครั้งเท่าที่ต้องการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายตลอดเวลา ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีการส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมดูแลในเรื่องความสุขสบายเหล่านี้ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติมาวาทานิชเวช (2540) ซึ่งพบว่าครอบครัวมีความต้องการในการดูแลด้านความสุขสบายของผู้ป่วยมากกว่าการวางแผนและตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และการศึกษาของ คณิงนิคย์ บุรีเทศน์ (2540) พบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า ครอบครัวมีความเต็มใจและบอกว่ารู้สึกดีกับการปฏิบัติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เลสกีและวาร์เรน (Leske, 1992; Warren, 1993 cited in Titler, Bombei & Schutte, 1995) พบว่าสมาชิกครอบครัววัยผู้ใหญ่ต้องการความใกล้ชิด สัมผัสร่างกายของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อให้เกิดกำลังใจในการรักษาของผู้ป่วย และความสบายใจของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุย ปลอบใจ ให้กำลังใจ การทำบุญ อธิษฐาน บนบานศาลกล่าว

ก) ให้กำลังใจไม่ท้อแท้ เป็นการพูดคุยให้ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษา ให้มีกำลังใจไม่ท้อแท้ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นทุกข์ทรมานจาก

อาการของโรค การใช้เครื่องมือทางการแพทย์หลายอย่าง กระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ก่อให้เกิดความท้อแท้และปฏิเสธความร่วมมือในการรักษา โดยครอบครัวจะมีการพูดคุยให้กำลังใจและปลอบใจผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวมีเชื่อว่าถ้าจิตใจดี ร่างกายก็ต้องดีตามไปด้วย

ข) ทำบุญตักบาตร บนบานศาลกล่าว ให้ผู้ป่วยหายจากป่วยไข้ เป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ตามความเชื่อในศาสนาที่นับถือ ไม่ว่าจะเป็นการทำบุญ ตักบาตร บนบานศาลกล่าว การอุ้มอัญชัน การอธิษฐาน ทั้งนี้มีความเชื่อว่าจะช่วยผ่อนทุกข์ให้กับผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ตามความคิดความเชื่อของสังคมวัฒนธรรมไทย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณว่าเป็นการปลอบใจให้กำลังใจผู้ป่วยโดยมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามที่ตนนับถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจตามแบบสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อของไทย เช่น การอธิษฐาน การบนบานศาลกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ ไสสุข (2544) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ในด้านความเชื่อความศรัทธาในศาสนา พบว่าญาติร้อยละ 90.6 มีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้ช่วยคุ้มครองผู้ป่วยไม่ให้เจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน เช่น การทำบุญ ตักบาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น เช่นเดียวกับที่เลสกี (Leske, 1998) ทิดเลอร์ บอมเบย์ และซัทท์ (Tidler, Bombe, & Schutte, 1995) กล่าวว่าครอบครัวให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยปลอบใจให้กำลังใจ สัมผัสร่างกาย ให้คลายความวิตกกังวล เป็นต้น

จากกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 3 ด้านพบว่าเป็นการดูแลทุกอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่สามารถกระทำได้โดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล (Halm & Alphen, 1993) หรือเป็นการสังเกตและประเมินจากครอบครัวว่าสามารถกระทำได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเคลลี สปีช และแมส (Kelly, Specht, & Mass, 2000) ว่าเป็นลักษณะของการปฏิบัติที่เป็นความร่วมมือในกิจกรรมการดูแลส่วนบุคคล และกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวปรารถนาจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

แรงจูงการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยว่า เป็นเพราะความรักความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความสัมพันธ์ทางสายเลือดในฐานะ บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือด้วยความดีของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว เมื่อการเจ็บป่วยวิกฤตขึ้นจึงถือโอกาสนี้เป็นการตอบ

แทนบุญคุณ หรือความดีของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวจึงอยากมาดูแล อยากมาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ในสังคมวัฒนธรรมไทย ครอบครัวถือเป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน ตั้งแต่เกิดจนตาย (รญา ภูไพบูลย์, 2541) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเวอเฮค (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2003) ที่ศึกษาความต้องการและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยเพราะต้องการทำสิ่งดี ๆ ให้แก่ผู้ป่วย อันเนื่องมาจากความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย เช่นกัน นอกจากนี้การมาดูแลผู้ป่วยถือเป็นการตอบแทนบุญคุณ ในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา หรือผู้มีพระคุณ ซึ่งเป็นความเชื่อ ความคิด ตามลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทย ซึ่งในต่างประเทศจะมีการกล่าวถึงประเด็นนี้น้อยมาก

ผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในลักษณะของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้านผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขสบาย อบอุ่นมีกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านญาติผู้ดูแลที่มีความหวังและคลายความกังวล ครอบครัวสามารถดำรงบทบาทหน้าที่ไว้ได้ และด้านเจ้าหน้าที่ที่เป็นการแบ่งเบาภาระพยาบาล

ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสุขสบาย จากการดูแลในเรื่อง การบิบนวด พลิกตะแคงตัว เช็ดหน้า เช็ดตัว ทาโลชั่น ทาแป้ง นอกจากความสุขสบายแล้ว ผู้ป่วยก็ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และการที่ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิด ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้มีการฟื้นหายที่ดีขึ้น

สิ่งเหล่านี้สะท้อนผลจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ว่าทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม มีความรู้สึกมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นหายที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัมภ์รา อินทร (2539) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติคือการพยาบาลที่ได้รับพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า และญาติมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่าครอบครัวสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยได้โดยการสัมผัสร่างกายและทางสายตา พบว่าครอบครัวมีการต่อต้านน้อยลงและเข้าใจ ไว้วางใจเจ้าหน้าที่สุขภาพมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อครอบครัวได้เข้าร่วมในการดูแลข้างเคียง ซึ่งเป็นการควบคุมโดยผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าเจ้าหน้าที่

ด้านญาติผู้ดูแล ผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ด้านผู้ให้

ข้อมูลเป็นการบรรเทาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากได้มาเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยตนเอง สามารถพูดคุยสอบถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย อีกทั้งการได้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยทำให้เกิดความหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหาย หรือมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ

จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนถึงความต้องการบรรเทาความวิตกกังวลของครอบครัวดังการศึกษาของ อารีย์ บุญบรรรัตนกุล (2538) ที่พบว่าความต้องการคลายความวิตกกังวลเป็นความต้องการอันดับแรกของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ เช่นเดียวกับการต้องการความหวังของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยวิกฤต (Prevost, 1997) ที่เกี่ยวข้องการเสียชีวิต ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การที่ผู้ให้ข้อมูลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ได้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ทำให้คลายความวิตกกังวล และมีความหวังว่าผู้ป่วยอาจจะรอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของเวอร์เฮค (Verhaegehe, 2005) ศึกษาความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัยพบว่าความหวังเป็นความต้องการสำคัญของครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยวิกฤต มากกว่าการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) พบว่าความต้องการความหวังเป็นความต้องการอันดับแรกของญาติในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมและศัลยกรรม

นอกจากนั้นแล้วผลของการเจ็บป่วยวิกฤตทำให้บทบาทหน้าที่และโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนไป (Prevost, 1997) เมื่อมีการเจ็บป่วยในครอบครัว ถือเป็นภาระที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบ (Craven & Sharp, 1972 อ้างถึงใน ธิดิมา วาทยานิเวช, 2540) ในการดำรงบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การรับผิดชอบ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว มีการช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระ พูดคุยและเป็นกำลังใจให้กัน (Campbell, 1988; Molter, 1979 อ้างถึงใน พัทรี หมั่นกล้าหาญ, 2546)

ด้านเจ้าหน้าที่ ผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้านเจ้าหน้าที่ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลคือ เป็นการแบ่งเบาภาระหน้าที่ของพยาบาล เนื่องจากเห็นว่าเป็นหอผู้ป่วยหนัก ที่มีกิจกรรมการรักษาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เจ้าหน้าที่ทำงานกันอยู่ตลอดเวลา ครอบครัวจึงมีความต้องการแบ่งเบาภาระ ด้วยการให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาเยี่ยม โดยการกระทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำได้ หรือแม้แต่การพูดคุยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลถือว่าการแบ่งเบาภาระอย่างหนึ่งเช่นกัน ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทัศนคติที่พยาบาลมีต่อการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นการเพิ่มภาระให้แก่พยาบาล (Astedt-Kurki et al., 2001; Hickey & Lewandoski, 1988; Bruce & Ritchie, 1997; Titler,

Bombey & Schutte, 1995) อีกทั้งยังทำให้พยาบาลรู้สึกวิตกกังวลกับสัมพันธภาพ จะปรากฏออกมาในลักษณะของการหลีกเลี่ยงการสนทนา การเร่ร่อนและตั้งใจกับเอกสารมากเกินไป รวมทั้งการมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยสำคัญที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล

ปัจจัยส่งเสริมด้านครอบครัว ได้แก่ อาชีพของญาติผู้ดูแล และการรับรู้หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวทำให้ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแล ในเรื่องอาชีพนั้นญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย เป็นอาชีพที่มีอิสระในเรื่องของเวลา สามารถมาดูแลผู้ป่วยได้ตามเวลาที่หอผู้ป่วยกำหนดไว้ ในเรื่องของการรับรู้หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว มีการพูดคุยตกลงแลกเปลี่ยนบทบาทกันในครอบครัวในการทำงานหารายได้ หรือเป็นผู้มาดูแลผู้ป่วย สมาชิกบางคนอาจมาดูแลในวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ บางคนทำงานในช่วงโม่งเย็น ซึ่งในแต่ละครอบครัว จะมีผู้ดูแลหลักที่จะมาดูแลประจำแทนสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีภาระด้านการทำงาน เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของลี (Lee, 2002) พบว่าความเข้มแข็งครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล

ปัจจัยส่งเสริมด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ การเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม และการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม ในเรื่องของสัมพันธภาพที่ดีเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความคุ้นเคยกับครอบครัว ทำให้กล้าที่จะพูดคุยสอบถาม ในเรื่องต่าง ๆ และอยากจะเข้ามาดูแลผู้ป่วย โดยที่ไม่รู้สึกลำบากใจในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย ประกอบกับเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการสอน แนะนำ ให้การช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ เช่น วิธีการดูแล การสังเกตอาการ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนั้นครอบครัวมีความรู้สึกรอยากรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่จากแผนการรักษาที่ยังยากซับซ้อนครอบครัวจึงอยากเข้ามาดูแลและทำหน้าที่แทนในบางเรื่องที่สามารถทำได้ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่และครอบครัวเองก็ได้ช่วยใกล้ชิดผู้ป่วยด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพที่ดีและการเปิดโอกาสของเจ้าหน้าที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการสอน แนะนำ อธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการดูแลรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อม (Halm & Alphen, 1993) เป็นปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล และยังสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ลักษณะสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคาฮิลล์ (Cahill, 1996) ว่าการให้ข้อมูล การสอน หรือสาธิตการดูแลให้

ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ เป็นการทำให้เกิดความไว้วางใจและลดช่องว่างของความรู้ความสามารถในการดูแลของเจ้าหน้าที่และครอบครัว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมก็เป็นปัจจัยเสริมการเข้าร่วมดูแลของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบอยคอฟ (Boykoff, 1986) ที่ศึกษาความต้องการเยี่ยมของผู้ป่วยโรคหัวใจและครอบครัว พบว่าการยืดหยุ่นการเยี่ยมไม่เพียงแต่ทำให้มีการสื่อสารที่ดีขึ้นแล้ว ยังเอื้อต่อการทำมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น เกิดความไว้วางใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ปัจจัยขัดขวางด้านครอบครัว ได้แก่ อาชีพของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกล้มเหลว วิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ในเรื่องของอาชีพที่บางครอบครัวทำงานประจำไม่สามารถมาดูแลผู้ป่วยภายในเวลาเยี่ยมที่กำหนดได้ จึงอาจมาดูแลในช่วงที่เป็นวันหยุดงาน เสาร์ อาทิตย์ ถึงแม้ผู้ป่วยจะเปิดให้เยี่ยมในช่วงเย็นก็ยังเป็นอุปสรรคจากการจราจรติดขัด หรือบางครอบครัวที่ผู้เจ็บป่วยเป็นผู้หารายได้ สมาชิกคนอื่นต้องเป็นผู้หารายได้แทน (จริยา ดันติธรรม, 2547) ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลได้ไม่เต็มที่ สอดคล้องคลึงกับการศึกษาของลี (Lee, 2002) ที่กล่าวไว้ว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ขาดการสนับสนุนด้านระบบสังคมและเศรษฐกิจเป็นปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมในการดูแล

ในเรื่องของความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ที่มีอาการหนัก บางรายไม่รู้สึกล้มเหลว ใช้เครื่องมือทางการแพทย์มากมาย มีกระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน มีนโยบายในการควบคุมเชื้ออย่างเคร่งครัด สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวกลัวและ ไม่กล้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของชาร์ป (Sharp, 1990 อ้างถึงใน โสพรรณ โพทะยะ, 2544) ซึ่งว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้ญาติไม่เข้ามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา นอกจากสภาพผู้ป่วยแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีความกลัวและวิตกกังวลกับการเข้ามาเยี่ยมหรือเข้ามาดูแลผู้ป่วยว่าอาจจะรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย อาจทำให้อาการผู้ป่วยทรุดหนักได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2538) ที่ศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมของการดูแลน้อยมาก เนื่องจากกลัวอาการกำเริบ เพราะจะผิดแนวทางการรักษา สำหรับการศึกษานี้ในต่างประเทศมีข้อขัดแย้งที่ชี้ให้เห็นว่าระบบการไหลเวียนโลหิตมีปฏิสัมพันธ์และมีการตอบสนองเชิงบวกจากการเข้าเยี่ยมของครอบครัว (Titter, Bombey, & Schutte, 1995)

ปัจจัยขัดขวางด้านเจ้าหน้าที่และนโยบายการเยี่ยม ได้แก่ สัมพันธภาพที่ไม่ดีของเจ้าหน้าที่กับสมาชิกครอบครัว การไม่เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การกำหนดให้เยี่ยมเป็นเวลาและให้เวลาเยี่ยมน้อย ในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ ที่บางครั้งเจ้าหน้าที่ดู สีหน้าไม่เป็นมิตร ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการ

เป็นสิ่งที่ครอบครัวคิดว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการที่เจ้าหน้าที่ไม่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการไม่พูดคุยแนะนำ หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมของครอบครัว ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวรู้สึกลำบากใจทั้งสิ้น ประกอบกับนโยบายการเยี่ยมเพียงสั้น ๆ และกำหนดเวลาตายตัว เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพของครอบครัว ส่งผลให้มีการเข้าร่วมในการดูแลไม่เต็มที่ตามที่ครอบครัวต้องการ

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทัศนคติเจ้าหน้าที่รับรู้ว่า การดูแลรักษาเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนักที่มีอาการหนัก มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วยได้ถ้าต้องเข้าร่วมในการรักษาพยาบาล (ธิดิมา ทาณียเวช, 2540) ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก และต่อการรักษาพยาบาลยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย ผู้ป่วยมีบทบาทเพียงการให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น (วิจักษ์ อึ้งประพันธ์, 2537 อ้างถึงใน สิริพร เกษไชย, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศมากมาย ที่พบว่าปฏิสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัว และเจ้าหน้าที่ถูกขัดขวาง ด้วยภาระงานที่ยุ่งยาก การไม่มีเวลา อีกทั้งทัศนคติของพยาบาล ที่เห็นว่าการดูแลเป็นหน้าที่ของพยาบาล น่าจะทำให้การดูแลยุ่งยากขึ้น (Astedt-Kurki et al., 2001; Hickey & Lewandoski, 1988; Bruce & Ritchie, 1997)

สำหรับนโยบายการเยี่ยมผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าระยะเวลาการเยี่ยมน้อยเกินไป และการกำหนดเวลาเยี่ยมที่ตายตัว เป็นอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการดูแลด้วยเช่นกัน ซึ่งความคิดเห็นนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ ทำให้ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (นิการรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; Laitinen & Isola, 1996; Sharp, 1990 อ้างถึงใน โสพรรณ โพทะยะ, 2544)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาลใน 4 ด้าน คือ ด้านการบริการ ด้านการบริหาร ด้านการศึกษา และ ด้านการวิจัย

ด้านการบริการ

1. จากข้อค้นพบการให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้จริงตรงกับประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

ขอเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่ได้ใช้แรงงูใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลโดยการประเมินครอบครัว แล้วคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่ประสงค์จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วยความรู้สึกรัก ความผูกพัน หรือต้องการตอบแทนบุญคุณ เนื่องจากแรงงูใจนี้จะทำให้การมีส่วนร่วมเป็นไปได้อย่างยั่งยืน

ขอเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่สนับสนุนการมีส่วนร่วม โดยการสอน แนะนำ สาธิต การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลความทุกข์สบายทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมการฟื้นฟู เช่น การจัดทำอาหาร การฝึกตะแคงตัว การบริหารร่างกาย เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการจัดหาพระพุทธรูปไว้ในหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้สักการะหรือการอนุญาตให้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

ขอเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่มองเห็นประโยชน์ และคุณค่าของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และชี้แนะให้ครอบครัวเข้าใจประโยชน์ดังกล่าวให้ตรงกันเพื่อให้เกิดการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลของครอบครัวอย่างจริงใจและต่อเนื่อง

2. จากข้อค้นพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมในการดูแล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้จริงตรงกับประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

ขอเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่ค้นหาแหล่งช่วยเหลือ หรือเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการะคำใช้จ่าย หรือสิทธิการรักษาต่าง ๆ ให้กับครอบครัวจากชุมชนหรือสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ให้บริการด้วยความซื่อสัตย์ โปร่งใส สร้างมิตรภาพกับครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ ให้โอกาสครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลโดยการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นรูปธรรม

ขอเสนอแนะให้มีการพูดคุยระหว่างเจ้าหน้าที่และครอบครัว มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สาธิตการดูแลที่ครอบครัวสามารถทำได้ ให้กับผู้ป่วยได้ ตั้งแต่แรกรับเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย

ขอเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่ร่วมกับครอบครัวประเมินพร้อมกันกับร่วมกันแก้ไขปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมของแต่ละครอบครัวซึ่งอาจแตกต่างกัน อีกทั้งปรับปรุง หรือยืดหยุ่นนโยบายการเยี่ยมเพื่อเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ด้านการบริหาร

ขอเสนอแนะว่าควรมีนโยบายให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยการ

เสริมสร้างทักษะให้แก่เจ้าหน้าที่โดยการศึกษาอบรม วิจัย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อสนับสนุนครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่าย

ขอเสนอแนะว่าควรมีการหาแนวทางแก้ไขปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และครอบครัวแต่ละครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งมีการปรับปรุงนโยบายการเยี่ยมโดยการขยายเวลาการเยี่ยมให้นานขึ้น หรือยืดหยุ่นเป็นรายกรณีเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ด้านการศึกษา

ขอเสนอแนะว่าควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน เพื่อให้บัณฑิตได้ตระหนักถึงการค้นหาความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล การเข้าร่วมดูแล และผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

ด้านการวิจัย

จากข้อค้นพบการให้ความหมายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตพบว่าเป็นการให้ความหมายตามการรับรู้ของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเพียงด้านเดียว ซึ่งอาจไม่ตรงกับกรรับรู้ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้การตอบสนองการมีส่วนร่วมในการดูแลอาจไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ดังนั้นจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาวิจัยถึงการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ส่งผลให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ได้อย่างสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ