

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยอุบัติเหตุและครอบครัว และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของครอบครัว ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. อุบัติเหตุและผลกระทบต่อครอบครัว
2. การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
3. ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจในบริการพยาบาล

อุบัติเหตุและผลกระทบต่อครอบครัว

การได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ถือเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จำเป็นต้องดำเนินการให้การช่วยเหลือ รักษาอย่างเร่งด่วน และฉับไว (ศรีวงศ์ หะวานนท์, 2536) เพราะผู้ป่วยอุบัติเหตุส่วนมากจะมาโรงพยาบาล หรือถูกนำส่งด้วยปัญหาเร่งด่วน ถ้าได้รับการช่วยเหลือ ไม่ทัน หรือไม่ถูกต้อง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุเหล่านั้น เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความพิการได้ง่าย ระยะของการเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหา

สถานการณ์ในหน่วยงานอุบัติเหตุ จะมีความเร่งด่วนทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ โดยทุกคนจะอยู่ในภาวะที่วุ่นวายต้องใช้เวลาให้มีประโยชน์สูงสุดทุก ๆ วินาที หมายถึงความตายและความพิการของผู้ป่วย (ศรีวงศ์ หะวานนท์, 2536) จากสถานการณ์นี้ ทำให้ครอบครัวเกิดความทุกข์ร้อนแทนผู้ป่วย มีความวิตกกังวล หรืออาจมีความคิดฟุ้งซ่านไปต่าง ๆ นา ๆ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

การจำแนกความรุนแรง

ในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีความจำเป็นเร่งด่วนต้องให้การช่วยเหลือทันที และที่ไม่มีความเร่งด่วน เพื่อจัดลำดับในการให้การพยาบาลก่อนหลังตามความสำคัญของปัญหา ที่เรียกว่าการคัดกรอง (Triage) เพื่อใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือ ซึ่งส่วนใหญ่ที่นิยมกัน มักแบ่งภาวะของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ประเภท คือ (Lewis & Collier, 1992)

1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้น ผู้ป่วยจะตาย หรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ภาวะเหล่านี้ได้แก่ หมดสติทันที ภาวะหัวใจ หยุดเต้น (Cardiac arrest) การอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน หยุดหายใจ ช็อค ภาวะเลือดออกมาก จากบาดเจ็บรุนแรงหลายแห่ง

2. ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgent) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาล โดยเร็ว อาจรอได้บ้างในระยะเวลา 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมง หรือถ้าปล่อยทิ้งไว้ ไม่ให้การดูแลรักษา พยาบาลอย่างถูกต้อง อาจทำให้สูญเสียชีวิต หรือความพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง เช่น ได้รับ อุบัติเหตุมีบาดแผลที่ใหญ่มากหลายแห่ง มีกระดูกท่อนใหญ่หักหลายท่อน แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก บาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง ถูกพิษหรือได้รับยาเกินขนาด หายใจช้า 10 ครั้ง/นาที หรือ หายใจ เร็วกว่า 30 ครั้ง/ นาที มีเลือดออกมาก เจ็บปวดทรมาน

3. ผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non-urgent) เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งความล่าช้า ในการรักษา ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายภายหลัง ไม่จำเป็นต้องรับการตรวจรักษาในแผนกอุบัติเหตุ แต่สามารถตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกได้ เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดหลังเรื้อรัง กระดูกเล็ก ๆ หัก

การที่พยาบาลมีความเข้าใจในระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บของผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลตามความสำคัญก่อนหลัง เพื่อลดผลเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงการพยาบาลครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อลดภาวะวิกฤตเหล่านี้ ที่จะเกิดกับครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีสติ สามารถแก้ไขปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพ ครอบครัว และผู้ป่วยร่วมกันพิจารณาเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา ให้ตรงตามความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางส่งผลถึงครอบครัว และผู้ป่วยอุบัติเหตุ ถ้าสมาชิกในครอบครัวได้รับอุบัติเหตุ ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว และผู้ป่วย

ผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุต่อครอบครัว

ความเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บอย่างทันทีทันใด กับสมาชิกในครอบครัวแม้จะเป็นเพียงเล็กน้อย มักส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วยเสมอ (Robert, 1992) ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่รู้ และไม่เห็นเป็นประการสำคัญ (Aiken & Henrich, 1971) ยิ่งถ้าการบาดเจ็บเกิดขึ้นกับบุคคลที่ตนรัก ย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับเหตุการณ์ หรือภาวะคุกคามความปลอดภัย หรือความมั่นคงในการดำเนินชีวิตสูง ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บของสมาชิก ที่มีผลโดยตรงกับครอบครัวแล้ว ปัญหาทางการเงินก็ยิ่งพบว่า เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวอีกทางหนึ่ง

การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตได้ (Ruppert et al., 1996; Hartshorn & Sole, 1997) ครอบครัวและสมาชิกที่ประสบอุบัติเหตุ เกิดภาวะคุกคามความสมดุลของครอบครัว และบูรณาการของครอบครัว (Meisel, 1991) กล่าวคือโครงสร้างด้านหน้าที่ ความรับผิดชอบ บทบาทต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การเผชิญกับสถานการณ์ของปัญหา ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือไม่เพียงพอ (Aquilera, 1994) จะเกิดความวุ่นวายสับสน ในระยะแรกนั้นครอบครัวจะเกิดความรู้สึกไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น กลัว ตกใจ ซ็อก ไร้ที่พึ่งพา (Helplessness) มีความวิตกกังวล เกิดขึ้น จากผลการศึกษาของ อาทิเนียน (Artinian, 1991) ศึกษาความเครียดของครอบครัว พบว่า การขาดการได้รับข้อมูล การอยู่ใกล้ชิด ผู้ป่วย การไม่ได้พูดคุยกับแพทย์ หรือความไม่แน่ใจในการรักษา ขาดความมั่นใจ เป็นปัจจัยที่มี ผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสที่เป็นหญิง ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ความไม่แน่นอน (uncertainty) ไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไรต่อไป เกิดความต้องการการตอบสนองที่เพียงพอในด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย แต่มักไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้ครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตในที่สุด

ภาวะวิกฤตและการตอบสนองของครอบครัว

โดยปกติบุคคลจะอยู่ในภาวะสมดุล และคงภาวะนี้ไว้โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการ ในภาวะวิกฤต บุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่นั้น ไม่มีผลเพียงพอที่จะรักษาสมดุลนี้ไว้ได้ (Rapoport, 1996 cited in Hickey, 1993, p. 92)

แคปแลน (Caplan, 1964) ให้ความหมาย ภาวะวิกฤต ว่าเป็นภาวะที่มีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ เมื่อบุคคลต้องเผชิญสถานการณ์ที่คาดว่าเป็นอันตราย และก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง ซึ่งบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แม้จะพยายามใช้วิธีการและการช่วยเหลือต่าง ๆ ก็ตาม นอกจากนี้ภาวะวิกฤตยังเป็นผลของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสภาพแวดล้อม 3 อย่างคือ เหตุการณ์อันตรายที่คุกคามบุคคลหรือครอบครัว เหตุการณ์ที่บุคคลหรือครอบครัวรับรู้ว่าคล้ายกับเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมาที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง และกลไกการเผชิญปัญหาปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับภาวะคุกคามนี้ (Aquilera, 1994)

ชนิดของภาวะวิกฤต

ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ (Situational crisis) เป็นภาวะที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดไว้ล่วงหน้า โดยแบ่งสาเหตุของภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ได้เป็น 3 ประเภทคือ

1. เกิดจากการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุ การเจ็บป่วย เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ หรืออุบัติเหตุขณะทำงาน
2. เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น อัคคีภัย ภัยพิบัติ เกิดอุบัติเหตุ
3. เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม เช่น การตายของคู่สมรส การหย่าร้าง

ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ภาวะวิกฤตเหล่านี้ เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Situation crisis) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดไว้ล่วงหน้า ซึ่งสาเหตุที่พบในภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ ได้แก่ การเจ็บป่วยกระทันหัน การบาดเจ็บ หรือการได้รับอุบัติเหตุ การเกิดอัคคีภัย ภัยพิบัติ เกิดจากสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ภาวะวิกฤตเหล่านี้ ไม่เป็นเพียงภาวะวิกฤตของบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว (Campbell, 1988) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีผลต่อการช่วยเหลือ เป็นกำลังใจในการหายจากการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บ (Molter, 1979) และเพื่อเป็นการให้การดูแลได้ครอบคลุมในองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Holistic care) พยาบาลต้องมีความพร้อมในการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้การช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้ง มีการยอมรับ ให้เกียรติ แสดงความมีน้ำใจ และมีความสุภาพอ่อนโยนมากที่สุด แก่ครอบครัวและผู้ป่วย จากการศึกษาของ สุรัตณี มณีแสง ช่อลดา พันธุเสนา บุญวดี เพชรรัตน์ และทัศนีย์ นະแส (2544) ศึกษาความต้องการการพยาบาล และการ

ปฏิบัติการพยาบาล ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และพยาบาลในโรงพยาบาล 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลา สดุด ปัตตานี ยะลา นราธิวาสราชนครินทร์ จำนวนผู้ป่วย 100 ราย พยาบาลวิชาชีพ 50 ราย พบว่า ผู้บาดเจ็บมีความต้องการให้พยาบาลให้เกียรติ เรียกผู้บาดเจ็บด้วยความสุภาพอ่อนโยน แสดงความมีน้ำใจ ส่วนด้านรับรู้ ผู้ป่วยรับรู้ในเรื่องการยอมรับการให้เกียรติ แต่ในขณะที่พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการช่วยเหลือในความพร้อมของตนเอง และด้วยระยะเวลาที่ ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นในระยะเวลาที่จำกัดสำหรับสมาชิกครอบครัว ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวลสูง (Rieder, 1992) รวมถึงการดำรงชีวิตที่จะเกิดขึ้นตามมาในระยะยาวและต่อเนื่อง ยากที่จะกำจัดได้ (Mc Quay, 1995) ดังนั้นการประเมินความต้องการของครอบครัว เป็นหนึ่งในการตอบสนองความต้องการของครอบครัว ต่อการเกิดอุบัติเหตุ

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา สามารถสรุปความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้ดังนี้

1. ลดความวิตกกังวล เนื่องจาก การเข้ารับการรักษาที่กระชั้นชิด ไม่สามารถคาดการณ์ ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ และจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีผลทำให้สมาชิกรู้สึกกลัวผู้ป่วย ที่เป็นที่รักของตนตกอยู่ในภาวะอันตราย ส่งผลกระทบให้อารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวรุนแรง ขึ้น ผลการศึกษาของ มาธิส (Mathis, 1984) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง มีความต้องการต่างกัน ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง มักเกิดความรู้สึกสูญเสีย มีการรับรู้ที่ ผิดแปลกไปไม่เหมือนเดิม และ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) ศึกษา ความต้องการของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูง และมีความต้องการในด้านการลดความวิตกกังวลมาก สอดคล้องกับ การศึกษา ของ พรทิพย์ โกศลยวัฒน์ (2541 ก) ได้สำรวจความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ มีความต้องการที่ลดความวิตกกังวลเป็นอันดับแรก

2. ความต้องการด้านข้อมูล เมื่อมาโรงพยาบาลต้องพบกับสภาพผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อ สื่อสารกับครอบครัวได้ การไม่ได้รับข้อมูลที่กระจ่างชัด ส่งผลให้ครอบครัวแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ มีการซักถาม เพื่อให้รับรู้โรคได้ถูกต้อง อ้างถึง พรทิพย์ โกศลยวัฒน์ (2541 ก) สอดคล้องกับการ ศึกษาของไพรท์ (Price, 1991) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ พบว่า ความต้องการที่ครอบครัวต้องการมากที่สุด คือ การตอบคำถาม อย่างตรงไปตรงมา สอดคล้องกับการศึกษาของไกว- กวอง- เอียน ไคว –ทอง เซียน และแอน อี. แมค ซี้ (Kai, Wai & Ann, 2000) ศึกษาความต้องการของครอบครัวจีนในภาวะวิกฤตช่วงภาวะวิกฤต 48-96 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัวมีความต้องการ

ในด้านข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เป็นอันดับแรก และ กัว-โอมิน (Gou, 1999) ได้ศึกษา ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลปักกิ่งยูเนี่ยนเมดิคอล กลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 60 คน พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลมีความ วิตกกังวล ต่ำกว่าครอบครัวที่ไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูล

ความต้องการของครอบครัวถือเป็นเรื่องสำคัญ การอธิบายภาวะเจ็บป่วยที่เข้าใจง่าย เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการมาก มีงานวิจัยสนับสนุนคือ การศึกษาของ โอแมลลีย์ (O'Malley et al., 1991) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาในพยาบาล 126 คน จากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการครอบครัวมีความต้องการได้รับการตอบคำถามตรงไปตรงมา และ มีความรู้ดีกว่าบุคลากรอื่นให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ควิน เรดมอน และ เบเกลีย์ (Quinn, Redmond & Begley, 1996) ศึกษาความต้องการของครอบครัวภาวะวิกฤต ตามการรับรู้ของครอบครัวและพยาบาล ในครอบครัว 225 ครอบครัว พยาบาล 315 คน พบว่า ครอบครัวมีความต้องการในความมั่นใจ และการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยสูง การศึกษาของ แซซปา และคณะ (Zazpa et al., 1997) ทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต 85 ราย พบว่า ญาติมีความต้องการ การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสาร และความไว้วางใจ มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อทราบอาการและการเปลี่ยนแปลง และให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ความเข้มแข็ง เมื่อได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวของตน ขณะที่อยู่ในภาวะวิกฤต (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ด้านความต้องการส่วนบุคคลนั้น พบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือปัญหาทางการเงินในระดับสูง ความต้องการกำลังใจ และระบายความรู้สึก เพื่อให้ตนเองมีคุณค่าในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องการกำลังใจ ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ได้รับกำลังใจ (Mauss & Ryan, 1981) ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

สรุปว่า จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ครอบครัวมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลจากบุคลากร ต้องการความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย ซึ่งการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวนั้น มีรูปแบบดูแลโดยเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการให้การพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลที่สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพแนวใหม่ ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน

แนวคิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ครอบครัว คือ ศูนย์กลางของการดูแล เป็นปรัชญาการดูแลลักษณะหนึ่ง ซึ่งตระหนักและยอมรับว่าครอบครัวมีบทบาทเป็นกลจักรสำคัญในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย มีพื้นฐาน ความเชื่อว่าครอบครัวเป็นบริบท ที่ผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ที่มีผลกระทบต่อครอบครัว การดูแลที่มุ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น เป็นระบบการให้บริการทั้งครอบครัว และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุน ยอมรับ กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมจุดเด่น และความสามารถของสถาบันครอบครัว การสร้างจุดเด่น และความสามารถขึ้นในแต่ละครอบครัว จะช่วยสนับสนุนการดูแลซึ่งกันและกันตามธรรมชาติ รวมทั้งบทบาทในการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว สิ่งที่ต้องคำนึงถึงได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิตของครอบครัว และความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ไม่ใช่ยึดผู้ป่วยเพียงคนเดียว การสนับสนุนสถาบันครอบครัวทำได้โดย การช่วยเหลือส่งเสริมความสามารถ (enable) และการเสริมสร้างความแข็งแกร่ง (empowerment) การร่วมมือระหว่างครอบครัวกับพยาบาล เป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวคิดพื้นฐาน ทั้งการช่วยเหลือและการส่งเสริมความแข็งแกร่งร่วมกัน โดยครอบครัวและพยาบาลมีอำนาจในการตัดสินใจเท่ากัน ครอบครัวมีสิทธิ์เลือกในสิ่งที่พวกเขาคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยและครอบครัว มีรูปแบบการทำงานที่มีพันธกิจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัวและผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุน และเสริมสร้างความสามารถ ความแข็งแกร่งของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาไปสู่คุณภาพสูงสุดของการดูแลทางสุขภาพในทุก ๆ ระดับ

การดูแลที่มุ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถือว่า “ครอบครัวเป็นผู้รับบริการ” ในทางปฏิบัติจริงมีการนำมาใช้น้อยมาก สาเหตุก็เพราะว่า การดูแลที่มุ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต้องจัดหาบริการต่าง ๆ ให้เพียงพอ และต้องมีการปฏิบัติดูแลที่มากกว่าเดิม (อัญชัญ เดชะวีระกร, 2544) คือมีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัว การวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น องค์ประกอบต่าง ๆ ในการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นมีหลายองค์ประกอบด้วยกัน ดังจะกล่าวต่อไป

ส่วนประกอบที่สำคัญของการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Shelton, & Stepanek, 1995)

1. บุคคลแต่ละบุคคลเป็นสมาชิกของ ครอบครัวโดยถาวร แต่ผู้ให้บริการ หรือระบบบริการ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ หรือภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล
2. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ และไม่ลำเอียงระหว่างครอบครัวและวิชาชีพ ในการให้การสนับสนุนบุคคลตลอดเวลา
4. ยอมรับ ตระหนัก ให้เกียรติ และเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นบุคคล ทั้งภายในและระหว่างครอบครัวทุก ๆ ครอบครัว ได้แก่ ความแตกต่างในเชื้อชาติ ศาสนา สังคม เศรษฐกิจและแหล่งที่อยู่อาศัย
5. สร้างความมั่นใจว่าระบบบริการและการสนับสนุนทางสังคม มีความยืดหยุ่นสามารถเข้าไปให้บริการได้
6. ให้การพยาบาลเป็นปัจเจกบุคคล
7. มีความยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของครอบครัว

นอกจากนี้ The association for Care of Children' Health ได้กำหนดหลัก 8 ประการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางไว้ในปี 1994 เนื้อหาโดยรวม คือ ให้ตระหนักว่า ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุด การดูแลจำเป็นต้องมีความร่วมมือระหว่างครอบครัวและผู้ให้บริการต้องตระหนักว่า แต่ละครอบครัวมีลักษณะเฉพาะของตนเองจึงต้องเคารพในวิธีการที่ครอบครัวจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว และต้องสนับสนุนให้มีระบบครอบครัวโดยระบบบริการที่จัดให้มีการยืดหยุ่น และสามารถเข้าถึงได้ และต้องสนับสนุนให้มีระบบครอบครัว การศึกษาของ มารยาท วัชรเกียรติ (2535) พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล และ รัมภ์รดา อินทร (2539) ศึกษาถึงความพึงพอใจในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และควบคุม 25 คน พบว่า ญาติในกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยลดลง อัญชัน เตชะวีระการ (2544) พบว่าการรับรู้ของพยาบาล ต่อรูปแบบการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาแนวคิดของการดูแลจะเห็นว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นหน่วย รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา ครอบครัวเปรียบเสมือน เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม และ วัฒนธรรมของบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ ในระบบครอบครัว จึงมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแล และ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้เป็นความคาดหวัง หรือความเชื่อแห่ง ประโยชน์ของครอบครัว พยาบาลจึงจำเป็นต้องดูแลบุคคลทั้งครอบครัว เพื่อให้สามารถตอบสนอง ความต้องการการดูแลได้ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

วิธีส่งเสริมการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

1. ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย
2. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ พวกเขาได้มีการตัดสินใจ ร่วมวางแผนในการดูแลรักษาพยาบาล
3. ให้การพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม และร่างกายที่เกิดการ เปลี่ยนแปลง
4. ให้อิสระแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกตามความต้องการของตนเอง และมีสิทธิ ในการเลือกเป้าหมายของตนเอง
5. ผู้ดูแลให้การดูแลโดยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว
6. มีการยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของครอบครัว
7. ให้กำลังใจและเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว
8. ให้การยอมรับต่อความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว
9. ไม่แยกผู้ป่วยจากครอบครัวหรือญาติ
10. ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความ ต้องการของผู้ป่วย
11. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและประเมินผลการดูแล

การพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลควรมีการพัฒนาฝึกฝนทักษะที่จะ ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ ฮิกกี (Hickey, 1988) ศึกษามุมมองของพยาบาล ในประเด็นของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต 226 คน จาก 18 แห่งใน 4 โรงพยาบาลของรัฐ โอไฮโอ คอนเนตทิคัต และแมดชาซุเสต พบว่าพยาบาลคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีบทบาทในการช่วยเหลือ สนับสนุน และกระตุ้นผู้ป่วย พยาบาลเห็นด้วยว่าควรมี บทบาทร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท วัชรเกียรติ (2535) ศึกษาผล ของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมดูแลของผู้ใกล้ชิด ของผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน

การพยาบาลในเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือระดับประคอง และการสิ้นสุดสัมพันธภาพ พบว่าความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนการพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น สนับสนุนให้ตระหนักถึง ความต้องการของในภาวะวิกฤตได้เข้าใจในความต้องการของครอบครัว ให้ความช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลของครอบครัว ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาของครอบครัว แสดงการรับฟังครอบครัว ได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม คือ

1. สามารถประเมินครอบครัวในเรื่องความต้องการได้
2. เป็นผู้ให้ข้อมูล
3. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
4. มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างครอบครัวและพยาบาล
5. ครอบครัวและพยาบาลมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
6. พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดี
7. เป็นผู้ให้เวลาอย่างเหมาะสม
8. เป็นผู้แนะนำวิธีการส่งเสริมสุขภาพ

บทบาทเหล่านี้ ถ้าพยาบาลมีความสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ จะส่งผลดีในการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว ซึ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้น จำเป็นต้องให้การพยาบาลที่รีบด่วน และปลอดภัยต่อผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป การพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรง การจัดรูปแบบการพยาบาลสนับสนุนครอบครัว เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ใกล้ชิด และได้รับการดูแลจากบุคคลที่ตนรัก ได้รับการส่งเสริมความเป็นบุคคล ความมีคุณค่าในตนเอง อาจจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในอารมณ์ มีความรู้สึกดีขึ้น ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของครอบครัว

ความมั่นใจ หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำการกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ การกระทำกิจกรรมใดๆ ให้สำเร็จได้นั้น ย่อมเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura , 1986)

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่อยู่ในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา (Bandura) โดยความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ก็คือการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Percieved self - efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงออกถึงความมั่นใจของบุคคลนั่นเอง

แบนดูรา (Bandura, 1997 a, p. 79) กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ มี 2 ประการ คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Percieved self - efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า สามารถกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่ในระดับใด
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986) การที่บุคคล 2 คน มีความสามารถในการรับรู้ไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับความรู้สมรรถนะของตนเองในสถานการณ์นั้น ๆ คือ ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ย่อท้อง่าย และประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ดังการศึกษาของ นฤมล พราหมณภัย (2541) ศึกษาผลของการสนับสนุนให้ความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกป่วยโรคปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลต้ง แผนกกุมารเวชกรรม จำนวน 60 ราย พบว่า ความรู้ความสามารถของมารดา กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล มีความรู้ความสามารถในการดูแลบุตรที่ป่วยได้ดีกว่า มารดา กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว คือ ความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม ได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ถ้าครอบครัวรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลน้อย จะทำให้ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ในขณะที่ครอบครัวที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถให้การดูแลได้ จะมีความอุตสาหะใช้ความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมนั้น แม้ว่าประสบสถานการณ์ที่ยุ่ยาก ดังการศึกษาของ โคโคโล (Cochlo, 1986) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนวัยผู้ใหญ่ 66 คน พบว่า ผู้ที่มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ สามารถหยุดสูบได้ภายใน 1 เดือน เร็วกว่าผู้ที่ไม่มีความ มั่นใจว่าสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ซึ่งใช้เวลา 3 เดือน

ความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมใดๆ ย่อมเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจากแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997 b) เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self – efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้สังคม (Social cognitive theory) เป็นทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในระยะแรก แบนดูรา ได้เสนอแนวคิดนี้โดยใช้คำว่า ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) และต่อมาใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self- efficacy) แทนความคาดหวังความสามารถของตน (Bandura, 1986)

แบนดูรา (Bandura, 1997 a) เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการจัดการดำเนินการกระทำพฤติกรรมของบุคคลว่า เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วม ระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยในตัวบุคคล (Internal personal factor) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior factor) และปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment factor) กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคล อาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ขณะเดียวกันปัจจัยในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และเงื่อนไขของสภาพแวดล้อม ในทางตรงกันข้ามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เพราะพฤติกรรม และความเชื่อต่าง ๆ ของบุคคล ที่กำหนดพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยทั้งสามปัจจัยนี้ จึงเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกัน เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (Interlocking system) (Bandura , 1997 a)

จากข้อความที่กล่าวข้างต้น ก็คือ เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมหนึ่ง บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนเอง และคาดหวังถึงผลการกระทำความสามารถแห่งตน ที่บุคคลรับรู้ผลการกระทำตามความคาดหวังของบุคคล ก็จะส่งกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล นอกจากนี้ ผลของสภาพแวดล้อมที่ได้รับการสร้างขึ้นโดยการกระทำของบุคคล จะส่งผลกลับมายังความคาดหวังของบุคคลอีก (กิตติมา สาราณไชยธรรม, 2541) เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของสมาชิกในครอบครัว เกิดจากปัจจัยในตัวสมาชิกครอบครัวเอง เช่น การรับรู้ ความเชื่อในเรื่องการดูแลการหายของบาดแผล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ของครอบครัว เงื่อนไขพฤติกรรม ได้แก่ ความยากง่าย ซับซ้อนของพฤติกรรมดูแล เงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ความเครียดจากการบาดเจ็บ เป็นต้น ซึ่งครอบครัวจะกระทำพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เมื่อมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำการดูแลนั้น ๆ ซึ่งก็คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ดี มีความคาดหวังว่า การดูแล หรือการกระทำนั้น ส่งผลดีตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยอุบัติเหตุหายเป็นปกติ มีความพึงพอใจในการดูแล

จะทำให้ครอบครัวเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองดีขึ้น ตั้งใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป จนหายเข้าสู่ภาวะปกติ

ครอบครัวผู้ป่วยอุบัติเหตุ นั้น สมาชิกครอบครัวทุกคนย่อมมีความต้องการ หรือคาดหวังให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2536) มีภาวะสุขภาพดีขึ้น พ้นหายจากโรค ปราศจากความพิการใด ๆ ทั้งสิ้น (รัมภ์รดา อินทร, 2539) และสมาชิกในครอบครัวจะกระทำพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมุ่งหวังในผลลัพธ์ ดังกล่าว แต่ความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างเดียวยังไม่สามารถบอกได้ว่า ในสถานการณ์ที่วิกฤตนั้น การกระทำพฤติกรรม การดูแลจะยังคงมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความคาดหวังนั้นอาจหมดหวังลง ถ้าพบกับอุปสรรคต่าง ๆ ระหว่างเหตุการณ์นั้น ๆ ครอบครัวต้องมีความมุ่งมั่นที่จะจัดอุปสรรคต่าง ๆ นั้น และเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลให้มากขึ้น ต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุน 4 ประการคือ (Bandura, 1997 b)

1. การได้รับผลสำเร็จในการกระทำ (enactive attainment or performance accomplishment) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเอง เนื่องจากความสำเร็จ จะทำให้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น การพยายามค้นหาวิธีที่ดีกว่ามาใช้เพื่อความสำเร็จตามที่ต้องการ (Anderson & Jennings, 1986 cited in Bandura, 1986)

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์อื่น (Vicarious experience) การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการเห็นประสบการณ์ของผู้อื่น ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำกิจกรรม การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้ว ประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ เมื่อบุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้น ได้อยู่ก่อนแล้ว

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำ ชักชวน หรือได้รับคำชมเชยจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาความสามารถของตนเอง ทำให้มีความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะทำให้สำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) บุคคลเมื่อเกิดความรู้สึก เครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย หรือเมื่อยล้า จากสถานการณ์ต่าง ๆ จะขาดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และมักตัดสินใจที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งไม่พึงพอใจ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ได้ผลดี บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลง ครอบครัวผู้ป่วยอุบัติเหตุ ต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังเครียดในขณะ

169992

610.73
WY24W
0

ที่ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุเฉียบพลัน หรือรุนแรง จะส่งผลให้ครอบครัวมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลงได้

ปัจจัยที่มาสสนับสนุนการสร้างและส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลของครอบครัว จากการรับรู้ความสามารถของตน มาประยุกต์ใช้ โดยผสมผสานกับแนวคิดการพยาบาล โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการจัดทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ของสมาชิกครอบครัวตามแหล่งของปัจจัยที่มาสสนับสนุน ทั้ง 4 ปัจจัย ผลที่เกิดขึ้นตามมามีความมั่นใจในพฤติกรรมการดูแล นำมาสรุปได้ดังแผนภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและกิจกรรมที่เสริมสร้างความมั่นใจของครอบครัว

จะเห็นว่า การรับรู้สามารถของในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ หญิงตั้งครรภ์ ที่ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลส่งผลดีต่อการหายจากโรค หรือการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิด ความพึงพอใจ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในผู้ป่วยอุบัติเหตุมีความสำคัญเช่นกันในการสร้างความมั่นใจในการดูแลของครอบครัว เพื่อลดภาระต่าง ๆ เช่น การต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่ยาวนาน สูญเสียทรัพย์สิน เงินทองในการรักษาตัว ครอบครัวเสียเวลาในการดูแล ดังนั้นการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในภาวะวิกฤตของครอบครัว โดยนำรูปแบบการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นตัวสนับสนุนให้การพยาบาล สร้างความมั่นใจแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพ และประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากการบาดเจ็บ และเข้าสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสร้างความพึงพอใจในระบบบริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ และครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ หรือความพอใจตรงกับคำในภาษาอังกฤษ Satisfaction มีความหมายตามจิตวิทยา (Chaplin, 1968, p. 437) คือ สภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายใด ๆ ก็ได้ หรือสภาพสุดท้ายของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จ โดยแรงกระตุ้นของวัตถุประสงค์ของความรู้สึก

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530) ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก สมใจ ชอบใจ

พจนานุกรมของ เวบสเตอร์ (Webster, 1968, p. 1193) ให้ความหมายว่า การบรรลุถึง ความต้องการ หรือ ความปรารถนาก่อให้เกิดความอิ่มใจ การบรรลุถึงข้อกำหนด หรือสิ่งจำเป็น เป็นต้น มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจไว้อีกดังนี้

เดวิส (Davis, 1967, p. 61) กล่าวว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์คือความพยายามที่จะขจัดความตึงเครียด หรือความกระวนกระวายใจ หรือภาวะไม่ได้ดุลยภาพในร่างกาย เมื่อมนุษย์สามารถจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวได้ มนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ตนต้องการ

วอลแมน (Wolman, 1973, p. 334) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึงความรู้สึก (Feeling) ที่ดีมีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goal) ตามความต้องการหรือแรงจูงใจ (Motivation)

หลุยส์ จาปาเทส (2538, หน้า 8) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความต้องการ (Need) ได้บรรลุเป้าหมายพฤติกรรมที่แสดงออก ก็จะมีมีความสุข สังเกตได้จาก สายตา คำพูด และการแสดงออก

พิชาย รัตนติลก ณ ภูเก็ (2537, หน้า 149-150) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจว่า หมายถึง ปฏิกริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้า โดยที่แสดงผลออกมาในลักษณะของผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการประเมิน ซึ่งบ่งบอกผลของการประเมินในลักษณะเป็นด้านบวก หรือด้านลบ หรือไม่มีปฏิกริยาต่อสิ่งเร้า

จากความหมายข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ที่สนใจ ชอบใจ มีความสุข ต่อการได้รับการตอบสนองตามความคาดหวัง หรือ ความต้องการ ที่มีผล ทำให้ความวิตกกังวลลดต่ำลง

ความพึงพอใจเป็นทัศนคติส่วนบุคคลของแต่ละคน โดยมีความชอบใจ บรรลุในสิ่งที่ตนเอง ต้องการ หรือมีความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตามแนวคิดของมาสโลว์ แต่ใน ภาวะการเจ็บป่วยนั้นบุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ การตอบสนองต่อ ความเจ็บป่วยนั้นต้องเกิดจากความพึงพอใจในการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ

ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุและครอบครัว

ความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วย และครอบครัว มีความพอใจ มีความสุขที่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ (Lamonica, et al., 1986) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย สอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วย กับการดูแลจริงที่ผู้ป่วย ได้รับ (Oberst, 1984) ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวังจากพยาบาล คือ ความสามารถทางวิชาชีพ การยอมรับนับถือกัน และมีความเอาใจใส่เอื้ออาทร (Tailor, 1991 cited in O'leary, 1999) เมสเนอร์ (Meissner, 1993 อ้างถึงใน รัมภ์รดา อินทร, 2539) ได้รวบรวมสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และทำให้เกิดความพึงพอใจ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแล โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล การให้ความสำคัญความสนใจความต้องการการรับฟังปัญหา ความกังวลหวังใยของผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการดูแลด้วยความอ่อนโยน ซึ่งความพึงพอใจต่อการบริการนั้นเป็นสิ่งสะท้อน ให้เห็นความคาดหวัง ความชื่นชอบของบุคคล และการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับบริการ (Ericson, 1987) สามารถนำมาประเมินการบริการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพ บริการพยาบาลได้ ซึ่งมีผู้ศึกษาความพึงพอใจต่อการพยาบาลไว้ดังนี้

ริชเชอร์ (Risser, 1975 อ้างถึงใน อัญชัญ จันตระภาส, 2543, หน้า 40-41) ได้ศึกษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลและได้สร้างแบบความวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการพยาบาลจากแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการให้บริการพยาบาลดังนี้

1. ความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (Technical – professional behavior) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานการพยาบาลเพื่อให้เกิดการพยาบาลที่สมบูรณ์
2. ลักษณะบุคลิกภาพ (Intra - interpersonal) เป็นบุคลิกลักษณะของพยาบาล และการแสดงออกทางสังคม เป็นลักษณะ กริยาท่าทาง อหยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่น ความน่านับถือ
3. สัมพันธภาพที่จริงใจ (Trusting relationship) เป็นสัมพันธภาพที่แสดงออกถึงความเอาใจใส่ เอื้ออาทร (Caring) ในแง่ของพยาบาล เป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลดี และความสบายแก่ผู้ป่วย มีการนับถือความเป็นบุคคลของผู้ป่วย
4. สัมพันธภาพทางการเรียนการสอน (Education relationship) เป็นสัมพันธภาพที่มุ่งให้ข่าวสารการให้คำปรึกษา แนะนำ การอธิบายความหมายรายละเอียด วิธีการพยาบาล หรือการสาธิตเทคนิคต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

รามควิส เอ็ม (Rhamqvist, 2001) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอายุ สถานภาพทางสุขภาพ และปัจจัยเบื้องหลังต่าง ๆ (ภูมิหลังของครอบครัว) ต่อรูปแบบการเปรียบเทียบสุขภาพ โดยให้ตอบแบบสอบถาม ในเมืองฮอสเตอร์ก็อตแลนด์ ประเทศสวีเดน แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ อีก 21 ข้อถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ในระหว่าง 6 สัปดาห์ ประมาณ 3400 ราย อายุ 1 – 94 ปี โดยใช้แบบสอบถามวัดจากดัชนีชี้วัดความพึงพอใจ (Patient satisfaction index score, PSI) พบว่า ปัจจัยเบื้องหลังคือ ภูมิหลังครอบครัว และอายุ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อการวางแผนการรักษาพยาบาล ให้เกิดความพึงพอใจ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

คริสเฮล และ บาราฟ (Krishel & Baraff, 1993) ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้ข้อมูลในแผนกฉุกเฉินต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการ 200 ราย ที่แผนกฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลมีความพึงพอใจในสูงในทักษะและความสามารถของแพทย์ แพทย์มีความต่อเนื่องในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ต้องการข้อมูลซ้ำอีกครั้งเวลาที่ให้ข้อมูลมีความเหมาะสม ข้อมูลที่ได้รับและความสามารถของเจ้าหน้าที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้ แพทย์อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาเรื่องอื่น ๆ และความสะดวกสบาย สรุป การได้รับข้อมูลในแผนกฉุกเฉินมีความสำคัญต่อความพึงพอใจ และการรับรู้ที่มีคุณภาพมีผลต่อการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เดชพิทักษ์ศิริกุล (2544) ศึกษา รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 60 คน พบว่า หลังการให้ข้อมูลตามรูปแบบการให้ข้อมูลในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมาก มีความพึงพอใจในด้านการได้รับข้อมูล การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การต้องการกำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือ และการศึกษาของ

อเล็กซ์ เบิร์ก อเบิร์ก-วิสเทด เอ (Alexius, Berg, & Aberg, 1993) ศึกษาความพึงพอใจกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ประจำแผนกจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ แผนกฉุกเฉิน โดยกำหนดให้แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่องการเจ็บป่วย จำนวน 100 ราย พบว่า ความพึงพอใจผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต มีความต้องการความเข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ และมีความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์ (2538) พบว่า การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ให้อาตมามีส่วนร่วมดีขึ้น และมีความพึงพอใจมาก ชวลี แยมวงษ์ (2538) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีความพึงพอใจ ต่อการให้ข้อมูล เกี่ยวกับการใช้ระบบบริการตามทฤษฎีของโอเร็มในการดูแลตามความพร้อมของร่างกาย เป็นระบบทดแทนการดูแลในความสามารถของผู้ป่วยและญาติ รัมภ์รดา อินทร (2539) พบว่าการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม ส่งผลให้อาตมาและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษา ความพึงพอใจในรูปแบบการให้การพยาบาลนั้น มีผู้ศึกษาแตกต่างกันออกไป คือ สุมนา แสนมาโนช (2541) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้อาตมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพก ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดความวิตกกังวลของญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 40 คู่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครราชสีมา พบว่า ทั้งผู้ป่วยและญาติในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมในการดูแลมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชัญ จันทราภาส (2543) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้บริการการพยาบาลเด็กตามแนวคิดทางการตลาด และการดูแล ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ให้บริการและผู้ดูแล จำนวน 40 คน ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค 14 คน พบว่า ความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการต่อการให้บริการผู้ป่วยเด็กตามแนวคิดทางการตลาดสูงกว่าผู้ให้บริการตามปกติ และความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กตามแนวคิดทางการตลาดสูงกว่าการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในบริการนั้น เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถกระทำได้โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการเน้นศักยภาพของครอบครัว มาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ให้เกียรติซึ่งกันและกัน เคารพในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว ขอมรับการเป็นปัจเจกบุคคลผู้ป่วย และครอบครัว มีรับรู้ได้รับการบริการที่ดี ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการและเกิดความประทับใจ เป็นผลในการกลับมาใช้บริการครั้งต่อไป