

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเนื้อหาที่ทำการศึกษา และนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนานุเคราะห์
 - 1.1 ความหมายของการพัฒนานุเคราะห์
 - 1.2 ความสำคัญของการพัฒนานุเคราะห์
 - 1.3 วิธีการพัฒนานุเคราะห์
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานุเคราะห์
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
 - 2.1 ความหมายของความรู้
 - 2.2 ชนิดของความรู้
 - 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง
 - 3.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถตนเอง
 - 3.2 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
 - 4.1 ความหมายของทัศนคติ
 - 4.2 ประเภทของทัศนคติ
 - 4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ
5. ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่
6. การพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ
 - 6.1 ความหมายของการหยาเครื่องช่วยหายใจ
 - 6.2 เกณฑ์การหยาเครื่องช่วยหายใจ
 - 6.3 วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจ

6.4 การพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

6.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

แนวคิดการพัฒนาบุคลากร

บุคลากรเป็นหัวใจสำคัญในองค์กร เนื่องจากบุคลากรเป็นปัจจัยทางการบริหารและเป็นผู้ใช้ปัจจัยอื่น ๆ ทำให้ปัจจัยเหล่านั้นมีคุณค่ามากขึ้น บุคลากรทำให้เกิดมูลค่าเพิ่มได้ในตนเอง เรียกว่า ทุนมนุษย์ (Human Capital) ดังนั้น การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานจึงเป็นแนวคิดพื้นฐานในการบริหารบุคคลเพื่อให้ได้ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ สนับสนุนเป้าหมายขององค์กร ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (กิริติ ศยียง, 2550; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2546) ผลผลิตขององค์กรจะมีคุณภาพมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ดังคำกล่าวที่ว่า คุณภาพงานขึ้นอยู่กับคุณภาพคน การที่ผู้ปฏิบัติงานจะมีความรู้ความสามารถในการผลิตผลงานที่มีคุณภาพสูงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ได้รับการศึกษา การฝึกอบรมให้ก้าวหน้าทันกับวิทยาการและเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550) การพัฒนาบุคลากรจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญประการหนึ่งภายหลังการคัดเลือกเข้าปฏิบัติงานหรือจัดขึ้นเพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติงานในระดับต่าง ๆ ขององค์กร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2545)

สรุปแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในองค์กรสุขภาพ เนื่องจากผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะมีคุณภาพมากขึ้นเพียงใดส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลเป็นสำคัญ

ความหมายของการพัฒนาบุคลากร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ที่ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลไว้หลายความหมาย ดังนี้

อานวย แสงสว่าง (2544) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการที่จะเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) ความสามารถ (Capacity) ของบุคคลตลอดจนเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงานเพื่อผลงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการวางแผนอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อจัดให้มีการพัฒนาระดับขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรและประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2551) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากร หมายถึง การให้การศึกษาในอันที่จะส่งเสริมความรู้ ความสามารถ ความถนัด และทักษะแก่บุคลากร มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ และประสบการณ์ พัฒนาทัศนคติหรือเจตคติของการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทางที่ดี มีกำลังใจในการทำงาน และมีทัศนคติที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร (2550) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง การจัดโครงการและกำหนดกิจกรรมการพัฒนาเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ มีความสามารถ มีความก้าวหน้าในงาน มีเจตคติที่ดีต่องานที่รับผิดชอบและมีความสุขในการปฏิบัติงาน

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการพัฒนาและฝึกอบรมเพื่อให้คิดเป็น (Thinking) เกิดการเรียนรู้ (Learning) ถ่ายทอดประสบการณ์ (Experience) โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ด้าน คือ 1) บุคลากรเกิดความรู้ (Knowledge) 2) มีทักษะ (Skill) 3) เกิดทัศนคติ (Attitude) เปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior) ที่องค์กรต้องการ ผสมผสานบูรณาการความรู้ ทักษะ ทัศนคติเกิดเป็นความสามารถในการปฏิบัติงานนั้น ๆ

วิภาดา คุณาวิฑิตกุล (2549) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง การทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเกิดการพัฒนา และเจริญเติบโตในสายอาชีพ มีการวางแผนบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ประสานความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อองค์กรต้องการ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากร หมายถึง การส่งเสริมความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่ดีแก่บุคลากร ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตรงตามเป้าหมายขององค์กร การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ การรับรู้ความสามารถ มีทัศนคติที่ดีต่องานที่รับผิดชอบ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร

ความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรแบ่งออกได้ 2 ด้าน คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ และด้านความจำเป็นที่ต้องพัฒนา

1. ด้านประโยชน์ที่ได้รับ

การพัฒนาบุคลากรช่วยทำให้ระบบและวิธีปฏิบัติงานดีขึ้น การติดต่อประสานงาน

ดีขึ้น ประหยัดลดความเสี่ยงของวัสดุที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ลดระยะเวลาของการเรียนรู้ให้น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เพิ่งเข้าทำงานใหม่หรือรับตำแหน่งใหม่ ช่วยแบ่งเบาภาระของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานในการให้คำแนะนำหรือตอบคำถามแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ช่วยกระตุ้นบุคลากรให้ปฏิบัติงานเพื่อความเจริญก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน การพัฒนาบุคลากรยังช่วยให้บุคคลนั้น ๆ มีโอกาสได้รับความรู้ ความคิดใหม่ ๆ ทำให้เป็นคนทันสมัยทันต่อความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีใหม่ ๆ อยู่เสมอ (รังสรรค์ ประเสริฐศรี, 2551; วิจารย์ พานิช, 2550)

2. ด้านความจำเป็นที่ต้องพัฒนา

การพัฒนาบุคลากรจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเมื่อองค์กรหรือหน่วยงานรับบุคคลเข้ามาทำงานใหม่ หรือเมื่อบุคคลปฏิบัติงานระยะหนึ่งต้องการที่จะพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น หรือเมื่อองค์กรมีนโยบายแผนงานหรือโครงการรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่อาจจะกระทบต่อองค์กรหรือบุคคลที่จะปฏิบัติงานหรือในกรณีที่บุคลากรในหน่วยงานยังไม่มีความสามารถเพียงพอที่หน่วยงานต้องการหรือในกรณีที่โยกย้ายบุคคลให้ดำรงตำแหน่งอื่นซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบแตกต่างกันไปจากเดิมรวมไปถึงในกรณีที่หน่วยงานจะเลื่อนตำแหน่งให้บุคลากร (อภิชัย ศรีเมือง, 2550; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

การพัฒนาบุคลากรในองค์กรพยาบาลมีความสำคัญทั้งสองด้าน ในด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่จะเกิดขึ้นกับองค์กรและผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (White, 2003) เมื่อบุคลากรพยาบาลได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนความก้าวหน้าในหน้าที่ บุคลากรจะมีความพึงพอใจในงานและคงอยู่ในงานมากกว่าการได้รับค่าตอบแทน (Shields & Ward, 2001) จากการศึกษาของ รัชณี สุจิตินทรรัตน์ (2546) พบว่า การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในด้านการบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากรโดยทั่วไปมีความสำคัญ 2 ด้าน คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับและด้านความจำเป็นที่ต้องพัฒนา การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลมีความสำคัญในด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ คุณภาพการพยาบาล และด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการพัฒนาบุคลากร

วิธีการพัฒนาบุคลากรมีหลายวิธี อาทิเช่น การฝึกอบรม การปฐมนิเทศ การสอนงาน การส่งไปศึกษาดูงาน การส่งไปศึกษาต่อ การมอบอำนาจความรับผิดชอบให้สูงขึ้น การสับเปลี่ยนโยกย้ายหน้าที่ การให้ทำหน้าที่ผู้ช่วย การให้รักษาการแทน การให้เข้าร่วมประชุม ฯลฯ (สาธิต พานิช, 2548; อมรรัตน์ ศรีสุรินทร์, 2549) วิธีการพัฒนาบุคลากรที่ได้รับความนิยมอย่างมาก คือ การฝึกอบรม เนื่องจากการฝึกอบรมสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรที่องค์กรพึงประสงค์

เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรเกิดทักษะในการวิเคราะห์และแก้ปัญหา มีความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (दनัย เทียนพุด, 2550; ณรงค์วิทย์ แสนทอง, 2550) รูปแบบการฝึกอบรมในปัจจุบันมีสองวิธี คือการฝึกอบรมรายบุคคลและการฝึกอบรมเป็นกลุ่ม แต่ละวิธีมีเทคนิคการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน ปัจจุบันรูปแบบการฝึกอบรมเป็นกลุ่มมีผู้นิยมแพร่หลายมากที่สุด เนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้มากกว่าการอบรมแบบรายบุคคล (ชูชัย สมบัติไกร, 2551; สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2554; Easton, Zemen, & Kwiatkowski, 1994)

สรุป การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในส่วนของการพัฒนาความรู้ใช้วิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การรับรู้ความสามารถตนเองใช้วิธีการสาธิต การฝึกปฏิบัติ การศึกษากรณีตัวอย่าง การพัฒนาทัศนคติใช้การแสดงบทบาทสมมุติ การชมวิดิทัศน์เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทัศนคติที่ดีในการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลากร

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรไว้มากมาย ทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ มีรูปแบบวิธีการศึกษาที่เหมือนและแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยสรุปการทบทวนงานวิจัยตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

การศึกษาความต้องการในการพัฒนาของบุคลากร ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพัฒนาและรูปแบบในการพัฒนาของ เน้นนิค วรวิทยาคม (2548) ที่ได้ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความต้องการการพัฒนาตนเองของพยาบาลเทคนิคกับพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการพัฒนาด้านสังคมอยู่ในระดับสูงในเรื่องทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพ แต่ความต้องการการพัฒนาตนเองและการได้รับการตอบสนองในการพัฒนาไม่มีความสัมพันธ์กันทั้งสองกลุ่มเนื่องจากองค์กรไม่สามารถดำเนินการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร วรรณษา ภูทองเกษ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรพยาบาลกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมการพัฒนาบุคลากรพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อรรพรรณ เมฆวิชัย, สุจิตรา ล้อทวิสวัสดิ์ และสุชาฎา คล้ายมณี (2548) ศึกษารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบใหม่ของการพัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสมกับพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 1) การพัฒนา

รายบุคคล 2) การพัฒนารายกลุ่ม 3) การพัฒนาเฉพาะด้าน และ 4) การจัดระบบสนับสนุนการพัฒนา
การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลตามรูปแบบดังกล่าวส่งผลต่อการลดจำนวนพยาบาลที่พร้อม
สมรรถนะลงจากร้อยละ 23.36 เหลือร้อยละ 15.0 นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต
เป็นความต้องการในการพัฒนาอยู่ในระดับมาก

การศึกษาโปรแกรมการพัฒนानุคลากรที่เป็นบุคลากรใหม่ของ Erikson (1992) เป็น
การศึกษาเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลใหม่ที่จะเข้าไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โดย
โปรแกรมการเรียนการสอนที่จัดให้พยาบาลใหม่ได้แนวทางมาจาก ทักษะความชำนาญพิเศษที่
ต้องการให้พยาบาลใหม่ปฏิบัติและได้มาจากการที่รับผิดชอบ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรม
ดังกล่าวช่วยให้พยาบาลใหม่เกิดทักษะในการปฏิบัติงานที่กว้างขวางขึ้น และช่วยลดภาระงานของ
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้มาก Earp (1992) ศึกษาการจัดเตรียมโปรแกรมสำหรับพยาบาลใหม่ที่
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่จัดยังไม่สามารถตอบสนองความ
ต้องการเบื้องต้นของพยาบาลใหม่ได้เท่าที่ควรเนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวไม่ได้จัดจำแนกตาม
ความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียนที่แท้จริง Brown, Besunder, and Bachman (2008) ศึกษาถึง
การนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กหอผู้ป่วยวิกฤต
ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการพัฒนาพยาบาลฝึกหัดที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่สามารถนำ
โปรแกรมไปใช้พัฒนาพยาบาลฝึกหัดหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กได้ เนื่องจากโปรแกรมหelpช่วยให้
พยาบาลฝึกหัดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการการพัฒนาอยู่ในระดับสูง
ในการพัฒนาควมมีการสำรวจความต้องการและความจำเป็นเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และ
ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร สำหรับรูปแบบการพัฒนาที่
เหมาะสมกับบุคลากรทางการพยาบาล คือ การพัฒนารายบุคคล การพัฒนารายกลุ่ม และการพัฒนา
เฉพาะด้าน การพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลใหม่ที่จะเข้าไปปฏิบัติงานก็มีความ
จำเป็น โปรแกรมฝึกอบรมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของพยาบาลหากไม่ได้จัดขึ้นตาม
ความรู้ ความต้องการและประสบการณ์ของพยาบาล ในการพัฒนากุศลกรโดยการฝึกอบรม
และให้การศึกษาเฉพาะด้านส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

นิยามความหมายของความรู้ (Knowledge) มีมากมายส่วนหนึ่งเชื่อว่าความรู้เป็น
การผสมผสานข้อเท็จจริงในการให้คุณค่า ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หลักการ ทฤษฎี
ซึ่งมาจากภูมิปัญญาของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยสรุป ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง สิ่งที่ตั้งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ประสบการณ์ รวมไปถึงความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้จากประสบการณ์ในแต่ละสาขาอาชีพ

พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ (2552) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง ความตระหนักรู้ ข้อมูลข่าวสาร ความเข้าใจเกี่ยวกับความจริงที่ปรากฏ หลักการ กฎ แนวทางปฏิบัติ แนวคิด ทฤษฎี หรือกระบวนการที่จำเป็นในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ

อภิญญา จำปามูล (2550) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง สิ่งที่สามารถนำไปใช้จะไม่หมดหรือสึกหรอแต่จะงอกเงยหรืองอกงามขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์ พานิช (2548) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง สารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้ เกิด ณ จุดที่ต้องใช้ความรู้นั้น เป็นสิ่งที่ขึ้นกับบริบทและกระตุ้นให้เกิดขึ้นโดยความต้องการของบุคคล เป็นทุนทางปัญญาหรือทุนความรู้สำหรับใช้สร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่ม

Spencer and Spencer (1993) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง ข้อมูล ความเข้าใจในหลักการแนวคิดต่าง ๆ ที่บุคคลจำเป็นต้องใช้ในการประกอบอาชีพนั้น ๆ เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่มีเพื่อนำไปสู่ฐานความรู้ของแต่ละบุคคล

Athanassiou, McNett, and Harvey (2003) ได้ให้ความหมายของความรู้ หมายถึง สิ่งที่มีมนุษย์มีการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ รวมไปถึงวิธีการและกระบวนการต่าง ๆ ที่วัตถุประสงค์ของความรู้เน้นเรื่องของกระบวนการทางจิตวิทยาด้านความจำ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบความคิดของมนุษย์

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับแล้วผ่านการวิเคราะห์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจริง มีแนวคิด ทฤษฎี และหลักการรองรับ มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของบุคคล

ชนิดของความรู้

1. ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่ปรากฏหรือความรู้เชิงทฤษฎีมองเห็นได้ชัดเจน สามารถจัดทำออกมาในรูปแบบของเอกสาร พบเห็นโดยทั่วไปในหนังสือ ตำรา สื่อต่าง ๆ เข้าถึงและแลกเปลี่ยนได้ไม่ยาก สามารถถ่ายทอดหรือรวบรวมได้ง่าย เป็นความรู้ที่ปรากฏภายนอก (เพียจันท์ แส่นประสาน และคณะ, 2551; พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2552; McClelland, 1973)

2. ความรู้ที่ฝังลึกในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล ความเชื่อ ค่านิยม ที่คนได้มาจากการประสบการณ์ที่ตั้งสมมานจากการเรียนรู้เชื่อมโยงจนเป็นความรู้ที่มี

คุณค่าสูง แต่เปลี่ยนแปลงยาก ความรู้ประเภทนี้เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ เป็นความรู้จากการเรื่องปัญญา สามารถสร้างขึ้นได้โดยการฝึกฝนหรือการปฏิบัติ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2551; ประพนธ์ ฝาสุกยัต, 2549; ภราดร จินดาวงศ์, 2549; McClelland, 1973)

สรุปได้ว่า ความรู้มีสองชนิดด้วยกัน คือ ความรู้ที่ชัดแจ้ง และความรู้ที่ฝังลึกในคน ซึ่งในบุคคลหนึ่งคนสามารถมีความรู้ได้ทั้งสองชนิด การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทั้งวิทยาการและผู้เข้าฝึกอบรมได้นำความรู้ทั้งสองชนิดมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน

ลักษณะของความรู้ แบ่งลักษณะความยากง่ายของความรู้จากระดับง่ายไปหาระดับยาก ดังนี้ (Athanassiou, McNett, & Harvey, 2003)

1. ความรู้พื้นฐาน (Knowledge) ได้แก่ ความรู้ระดับการจดจำได้
2. ความเข้าใจ (Comprehension) ได้แก่ ความรู้ระดับการแปลความหมายได้
3. การนำไปใช้ (Application) ได้แก่ ความรู้ระดับการนำกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้
4. การวิเคราะห์ (Analysis) ได้แก่ ความรู้ระดับการแยกแยะสิ่งต่าง ๆ ได้
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) ได้แก่ ความรู้ระดับการสร้างสิ่งใหม่จากองค์ประกอบเดิม
6. การประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ ความรู้ระดับการใช้วิจารณ์ในการประเมินคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ

สรุปได้ว่า ความรู้มี 6 ระดับ เริ่มตั้งแต่ความรู้ระดับพื้นฐานเป็นความรู้ระดับจดจำไปจนถึงความรู้ระดับประเมินผลซึ่งเป็นความรู้ระดับการใช้วิจารณ์ในการประเมินหรือให้คุณค่าของสิ่งนั้น ๆ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งสร้างเสริมความรู้ทั้ง 6 ระดับ ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการฝึกอบรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้ไว้มากมาย ทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ มีรูปแบบวิธีการศึกษาที่เหมือนและแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยสรุปการทบทวนงานวิจัยตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับผลของการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพของ นางนิก วรวิทยาคม (2548); อรรพรรณ เมฆวิชัย, สุจิตรา ล้อทิวสวัสดิ์ และสุชาภา คล้ายมณี (2548); รัชตวรรณ ศรีตระกูล (2550); วรษา ภูทองเกษ (2545); วัสถิกา สิงโตทอง (2545); วิชชุดา สนธิเมือง (2552); ศดับพร เกษชนก (2552) พบว่า ความรู้มีผลต่อวิธีการคิด ความพึงพอใจในงาน ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กร

ความเครียด ทักษะคิด การตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการปฏิบัติงาน ความต้องการในการพัฒนา คุณภาพการบริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ การยอมรับของผู้ร่วมงาน การประเมินคุณภาพจากองค์กรที่เกี่ยวข้องในการรับรองคุณภาพการบริการ

การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการสอนให้ความรู้และความรู้ของบุคลากรของ Tichy (2002) ศึกษาเกี่ยวกับวิธีสอนให้ผู้อบรมได้รับความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการองค์กรที่มีการสอนโดยทุกคนสอนและทุกคนเรียน เป็นการสอนแบบโต้ตอบกันจะทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น ไม่ใช่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งบรรยายคนเดียว Kerfort (2003) ศึกษาความรู้ของบุคลากรในการปฏิบัติงานพบว่า บุคลากรในองค์กรมีความรู้ที่เป็นประโยชน์อยู่ในตัวทุกคนที่จะสามารถนำมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยกล่าวว่า บุคคลหนึ่งคนเป็นได้ทั้งครูผู้ให้ความรู้และเป็นได้ทั้งนักเรียนที่ได้รับความรู้หากมีการเรียนรู้ร่วมกัน

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เพศ ประสบการณ์ ปัจจัยสำคัญของสมรรถนะของ Davies (1995); Memarian, Salsali, Vanaki, Ahmadi, and Hajizadeh (2007) ผลการศึกษา ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการดูแลที่ให้โดยผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ แต่มีเวลาน้อยกับการจ้างผู้ดูแล ที่ไม่มีประสบการณ์แต่มีความต้องการทำงานระหว่างเพศหญิงกับเพศชายมีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติหรือไม่ เนื่องจากการศึกษาเฉพาะในชุมชนชนบทหนึ่งเท่านั้น สำหรับสมรรถนะของพยาบาลทางคลินิกมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก หนึ่งในปัจจัยภายในที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ความรู้ ปัจจัยภายนอก คือ การบริหารจัดการความรู้ที่มีประสิทธิผล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า ความรู้มีอยู่ในตัวบุคคลทุกคน วิธีการที่จะนำความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์มีหลายวิธี การบริหารความรู้อย่างชาญฉลาดทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานซึ่งการที่บุคลากรจะได้รับความรู้มีหลายวิธี อาจจะศึกษาดด้วยตนเอง องค์กรจัดพัฒนาจากประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในความหมายของการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ผู้วิจัยสรุปตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

บุญส่ง จำปาโพธิ์ (2554) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในและขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ชูศักดิ์ พัฒนะมนตรี (2554) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง การที่บุคคลจะตัดสินความสามารถของตนเองในการที่จะจัดการและดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

Bandura (1997) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองในลักษณะที่เฉพาะ ด้านใดด้านหนึ่งว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ และเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมนั้น ๆ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง การตัดสินความสามารถของตนในการที่จะปฏิบัติงานใดงานหนึ่งให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถพัฒนาได้

วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง

Bandura (1997) อธิบายให้เห็นว่าวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นมี 4 วิธี ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่ตนประสบความสำเร็จ เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง หากได้กระทำอีกบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้สำเร็จอีก การที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝน บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะพยายามทำงานต่าง ๆ ให้ถึงเป้าหมายโดยไม่ยอมแพ้ง่าย ๆ
2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เนื่องจากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จสามารถทำให้บุคคลพึงพอใจ เกิดการยอมรับและเลียนแบบ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล เช่น ถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์คล้ายกับตนสามารถปฏิบัติหรือแก้ปัญหาานั้น ๆ ได้บุคคลก็จะรับรู้ว่าเขาก็สามารถทำได้เช่นกัน
3. การพูดชักจูงหรือการจูงใจ เนื่องจากการพูดจูงใจเป็นการบอกว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้และจะได้ผลดีถ้าใช้ร่วมกับการให้กำลังใจเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในสิ่งที่ได้กระทำแล้ว ซึ่งอาจเป็นการพูดแนะนำ การชักชวน การชี้แนะและการพูดอธิบาย
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ เนื่องจากการกระตุ้นทางอารมณ์มีผลให้บุคคลที่ถูกกระตุ้นแสดงอารมณ์ทั้งในด้านบวกและด้านลบได้ เช่น ถ้าบุคคลอยู่ในฐานะด้อยกว่าเมื่อถูกกำหนดจะทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลอยู่ในฐานะเหนือกว่าแล้วถูกยกย่องจะเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งการกระตุ้นทางอารมณ์ต้องระมัดระวังในการปฏิบัติ ควรมีการประเมินสถานการณ์ในระหว่างนั้นให้รอบคอบ

สรุปได้ว่า วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง มี 4 อย่าง ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล อานันท์ ชินบุตร (2551) กล่าวว่า ไม่ว่าสมองของมนุษย์จะมีความอัจฉริยะเพียงใด ก็ไม่อาจนำความรู้ออกมาใช้ได้หากขาดการรับรู้ความสามารถหรือขาดความมั่นใจในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นสามารถพัฒนาได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ มีรูปแบบวิธีการศึกษาที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้วิจัยสรุปการทบทวนงานวิจัยตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน การส่งเสริมความสามารถ การรับรู้ความสามารถของ กัญญ์ศิริ จันทรเจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี (2551); ณิชฐา ทานะมัย (2552); นิสากร พงษ์เดชา (2544); เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2551); ชุติศักดิ์ พัฒนะมนตรี (2554) พบว่า การพัฒนาและส่งเสริมความสามารถของบุคลากรมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในงานและคุณภาพทางการพยาบาล

จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ การรับรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และการฝึกอบรมของ Toth (1984); Goodlin, Trupp, Berhardt, Grady, and Dracup (2007) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์มากและได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมจะมีความรู้ และรับรู้ความสามารถของตนได้มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยและไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการปฏิบัติงานกลุ่มพยาบาลน้องใหม่หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย ต้องมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการปฏิบัติงานและคุณภาพของงาน โดยผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์น้อยมีการรับรู้ความสามารถค่อนข้างต่ำ ในการปฏิบัติงานต้องมีผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์มากกว่าคอยดูแล การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถพัฒนาได้

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ที่ให้ความหมายของทัศนคติ (Attitude) ไว้หลายความหมาย ผู้วิจัยสรุปตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง ความคิดความเข้าใจที่บุคคลมีต่อบุคคล ต่อกลุ่มบุคคล ต่อวัตถุสิ่งของ หรือต่อเหตุการณ์หนึ่ง ๆ ที่ได้รับรู้จนก่อให้เกิดความรู้สึก บ่งบอกถึงความรู้สึกหรืออารมณ์ที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ

ปริน จินตพยุกุล (2551) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่อยู่รอบข้าง ไม่ว่าสิ่งนั้นจะเป็นวัตถุ สิ่งของ สิ่งมีชีวิต หรือเป็นเพียงเหตุการณ์แวดล้อมรอบตัวเรา สามารถเป็นได้ทั้งความคิดเห็นในทางบวก ความคิดเห็นในทางลบหรือความคิดเห็นที่เป็นกลางต่อสิ่งเร้า ทำให้ผู้ถูกกระตุ้นเกิดความรู้สึกและตัดสินใจที่เกิดขึ้นว่าชอบเกลียด พอใจ หรือไม่พอใจ

ณอมาณย์ รัตนพงศ์ตระกูล (2552) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีจะเปลี่ยนทุกอย่างได้

กร การันตี (2554) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง แนวความคิดเห็น มุมมอง ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดี อาจจะลบหรือบวก ทั้ง ๆ ที่ความรู้สึก มุมมองความคิดเห็นนั้นอาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง

Newstrom and Devis (2002 อ้างถึงใน แพรภัทร ยอดแก้ว, 2552) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อ ที่ใช้ตัดสินว่าบุคคลรับรู้สภาวะแวดล้อมของพวกเค้าอย่างไร มีผลต่อความสัมพันธ์กับการกระทำ หรือมีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างไร สุดท้ายบุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไร

Hornby (2001 อ้างถึงใน แพรภัทร ยอดแก้ว, 2552) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง วิธีทางที่บุคคลคิดหรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคนใดคนหนึ่ง และแสดงวิธีทางที่จะประพฤติต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา

Schermerhorn (2000 อ้างถึงใน แพรภัทร ยอดแก้ว, 2552) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง การวางแนวความคิด ความรู้สึกให้ตอบสนองในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคลหรือสิ่งของในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ สามารถตีความได้จากคำพูดและการกระทำ

Norman (1978) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใด ๆ ในทางที่จะยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมอย่างเดียวกันตลอด

Murphy, Murphy, and Newcomb (1973) ได้ให้ความหมายทัศนคติ หมายถึง ความชอบหรือไม่ชอบ พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจที่บุคคลแสดงออกมาต่อสิ่งต่าง ๆ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ หรือความคิดที่เกิดขึ้นภายในจิตใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่ได้เห็น ได้รู้ ได้สัมผัส อาจมีพื้นฐานมาจากความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งของ บุคคล เหตุการณ์ และสถานที่ เป็นต้น

ประเภทของทัศนคติ

บุคคลสามารถแสดงทัศนคติออกได้ 3 ประเภทด้วยกัน (ธงชัย สันติวงษ์, 2546) ดังนี้

1. ทัศนคติเชิงบวก เป็นทัศนคติที่ทำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึกหรืออารมณ์ในด้านดีต่อหน่วยงาน องค์กร สถาบัน บุคคล เหตุการณ์หรือเรื่องราวต่าง ๆ ฯลฯ มีการแสดงออกในทางที่ชื่นชมและให้ความร่วมมือในหน่วยงาน เหตุการณ์ หรือบุคคลนั้น ๆ อยู่เสมอ
2. ทัศนคติเชิงลบ เป็นทัศนคติที่สร้างความรู้สึกลงไปในทางลบหรือในทางที่ไม่ดี อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย เกลียดชังบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง ปัญหาใดปัญหาหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ฯลฯ จนพยายามประทุษร้ายหรือปฏิบัติในทางต่อต้าน บุคคลนั้นหรือเหตุการณ์นั้น ๆ อยู่เสมอ
3. ทัศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราว หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งอย่างสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาหลายคนอาจไม่มีความคิดเห็นหรือรู้สึกเฉย ๆ ต่อกฎระเบียบของมหาวิทยาลัย

สรุปได้ว่า ทัศนคติมี 3 ประเภท ได้แก่ ทัศนคติเชิงบวก ทัศนคติเชิงลบ และทัศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็น บุคคลหนึ่งคนอาจจะมีทัศนคติได้ทั้ง 3 ประเภท ต่างเวลาต่างเหตุการณ์ต่างสถานที่ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งพัฒนาทัศนคติด้านบวกของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ไว้มากหมาย ผู้วิจัยสรุปการทบทวนวรรณกรรมตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการทำงานบริการสุขภาพและความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลของ กัญญ์ศิริ จันทร์เจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี (2551) พบว่า ทัศนคติมีผลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคลากร บุคลากรมีทัศนคติที่ดีสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข เอมอร์ งามธรรมนิตย์ (2546) ศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานและความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตนเองกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดมีผลต่อการทำงานบริการสุขภาพ และคุณภาพการพยาบาล

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการดูแลและสมรรถนะในการปฏิบัติงานจากทัศนคติของบุคลากร Mustard (2002) ศึกษาเปรียบเทียบความสำคัญของการดูแลกับสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลมีความสำคัญมากกว่าสมรรถนะเนื่องจากการดูแลเป็นการเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งผู้ดูแลต้องมีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ในขณะที่สมรรถนะเป็น

ความสามารถในการพยาบาลแต่อาจไม่เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย แต่ทั้งการดูแลและสมรรถนะไม่สามารถแยกออกจากกันได้

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า ทักษะมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการปฏิบัติงานการพยาบาลที่ต้องดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ทักษะที่ดีของบุคลากรมีความสำคัญทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมไปถึงผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่

การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่หรือการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (Adult Learning or Andragogy) เกิดขึ้นจากการที่ อเล็กซานเดอร์ แคปป์ (Alexander Kapp) ซึ่งเป็นผู้สอนไวยากรณ์ชาวเยอรมันได้อธิบายทฤษฎีการศึกษาของพลาโต (Plato) เรื่อง สมมุติฐานที่เกี่ยวกับผู้ใหญ่มีวิธีเรียนรู้อย่างไร ต่อมา ค.ศ. 1921 นักสังคมวิทยาชาวเยอรมันชื่อ ยูเจน โรเซนสต็อก (Eugen Rosenstock) ได้ใช้คำว่า Andragogy ซึ่งหมายถึงการศึกษาแบบผู้ใหญ่ซึ่งจำเป็นจะต้องมีครูที่มีลักษณะพิเศษใช้วิธีการและมีปรัชญาที่พิเศษ มีหลักฐานกล่าวถึงการศึกษาผู้ใหญ่ต่อ ๆ กันมาทั้งในยุโรปและอเมริกา ในปี ค.ศ. 1968 มัลคอล์ม โนลส์ (Malcolm Knowles) ได้ใช้คำว่า Andragogy ในบทความ เรื่อง ผู้นำวัยผู้ใหญ่ (Adult Leadership) จากจุดนี้ทำให้เขาได้รับการรู้จักในฐานะผู้เชี่ยวชาญเรื่องการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2549)

แนวคิดการเรียนรู้ผู้ใหญ่ สาระสำคัญ มีดังนี้ (Knowles, 1981)

1. ความต้องการและความสนใจ (Needs and Interest) ผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดี หากสิ่งที่จะเรียนตรงกับความต้องการและความสนใจของตนเอง
2. สถานการณ์ของชีวิต (Life Situation) ผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดี หากได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง
3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of Experience) ผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีและชอบเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง สามารถวิเคราะห์ประสบการณ์นั้น ๆ ให้เกิดประโยชน์ในการเรียนรู้ใหม่ ๆ
4. การชี้นำตนเอง (Self Directing) ผู้ใหญ่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ผู้ใหญ่ชอบหรือรักการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่ชอบการบังคับ
5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Difference) ผู้ใหญ่มีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2549) สรุปการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ดังนี้

1. ผู้ใหญ่ไม่ต้องการถูกปฏิบัติเหมือนตนเองเป็นเด็ก เพราะผู้ใหญ่สามารถที่จะรับผิดชอบการพตนเองและกำหนดวิถีของตนเองได้ ผู้ใหญ่ต้องการเรียนรู้และต้องการชี้แนะตนเอง
2. ผู้ใหญ่มีประสบการณ์มากมาย
3. ผู้ใหญ่มักไม่สนใจเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องที่มีเนื้อหาที่ต้องจดจำข้อเท็จจริงและตัวเลขมากมายหรือทฤษฎีเพียงอย่างเดียวแต่ผู้ใหญ่จะต้องแสวงหาสิ่งที่แท้จริง และคุณค่าในด้านอื่น ๆ ด้วย
4. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุดในสภาพการณ์ที่รื่นรมย์
5. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้เร็วหากได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยเฉพาะหากมีการปฏิบัติจริง แทนที่จะเป็นการนั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว
6. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่ออยู่ในสภาพที่พร้อมและพอใจที่จะเรียน
7. ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้เร็วที่สุดเมื่อทุกข้อเท็จจริง ทุกแนวคิด และความคิดรวบยอดทั้งหลายเหล่านี้เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เคยรู้หรือมีประสบการณ์มาแล้ว
8. การเปิดโอกาสให้ผู้ใหญ่ได้ค้นพบตัวเองเรียนรู้ด้วยตนเองโดยมีผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้คอยแนะนำจะทำให้ผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดี
9. ผู้ใหญ่แต่ละคนเรียนรู้ได้เร็วหรือช้าแตกต่างกัน ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันซึ่งมีปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและทางด้านร่างกายเป็นตัวกำหนดขีดความสามารถทางการเรียนรู้
10. สำหรับผู้ใหญ่แล้วการเรียนรู้คือกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตสามารถเรียนรู้ได้โดยไม่มีที่สิ้นสุด ผู้ใหญ่บางคนอาจมีประสบการณ์มากกว่าวิทยากรหรือผู้สอน รวมทั้งอาจมีความรู้มากกว่าผู้เข้าร่วมอบรมในกลุ่มเดียวกัน
11. ผู้ใหญ่ชอบเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การใช้ภาษาท่าทางและสื่อทัศนูปกรณ์ที่หลากหลายจะมีผลต่อการเรียนรู้มากกว่าสื่อที่เป็นภาษาเขียน
12. ถึงแม้ว่าผู้ใหญ่จะมีความรู้ลึกทางด้านเกียรติภูมิและศักดิ์ศรีค่อนข้างมาก แต่ผู้ใหญ่ก็ยังมี ความพอใจ และความอบอุ่นใจที่ได้รับการยกย่องเช่นเดียวกับเด็ก ๆ
13. กระบวนการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดีมากที่สุด เมื่อการเรียนรู้นั้น ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานปัจจุบันได้
14. กระบวนการอบรมให้ผู้ใหญ่ ควรเริ่มต้นจากภาพรวมก่อน ต่อจากนั้นจึงระบุทีละส่วนทีละขั้นตอน จากนั้นจึงตามด้วยการแสดงให้เห็นภาพรวมอีกครั้ง
15. นอกจากความสามารถของผู้ใหญ่แต่ละคนจะแตกต่างกันแล้ว ความต้องการที่แท้จริงของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันด้วย ทั้งในเรื่องของทักษะ ความรู้ เทคนิค ทักษะคิดและประสบการณ์

16. อัตราการหลงลืมของผู้ใหญ่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและในทันทีหลังการอบรมได้

17. ทุกสิ่งทุกอย่างอาจง่ายต่อการเรียนรู้ ถ้าหากการกระทำนั้นหรือสิ่งนั้นไม่ขัดกับสิ่งที่ได้เคยเรียนรู้หรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ 10 ประการ

สว๊ตเน่ วัฒนวงศ์ (2547) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ อาจเกิดขึ้นได้มากกว่าหรือดีกว่าในอีกสถานการณ์หนึ่ง มีความเกี่ยวข้องกับหลักการและทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เป็นแนวทางที่นักการศึกษาและวิทยากรการฝึกอบรมทั่วไปควรจะได้คำนึงถึงองค์ประกอบหรือหลักการ 10 ประการ ที่จะมีส่วนช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และจะเป็นการช่วยให้การฝึกอบรมประสบความสำเร็จด้วยดี เนื่องจากปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่เหล่านี้มีส่วนสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างการเรียนรู้และการฝึกอบรมให้กับผู้เรียนที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ที่ควรคำนึงถึง จึงมีดังต่อไปนี้

1. ควรพิจารณาและให้ความสำคัญกับแรงจูงใจในการเรียน (Motivation to Learn)
2. สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ (Learning Environment) ต้องมีความสะดวกสบายเหมาะสม ตลอดจนได้รับความไว้วางใจและการให้เกียรติผู้เรียนหรือผู้เข้ารับการฝึกอบรม
3. ควรคำนึงถึงความต้องการในการเรียนของแต่ละบุคคลและรูปแบบของการเรียนรู้ (Learning Styles)
4. ต้องคำนึงถึงความรู้เดิมและประสบการณ์ (Experience) อันมีคุณค่า
5. ควรได้พิจารณาถึงการดูแลและให้ความสำคัญกับเนื้อหาและกิจกรรมในการเรียนรู้ (Learning Content and Activities)
6. ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาที่สอดคล้องกับความจริง (Realistic Problem) และนำการเรียนรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา
7. ต้องให้การเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมทั้งทางด้าน สติปัญญา และทางด้านร่างกายในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
8. ควรให้มีเวลาอย่างเพียงพอในการเรียนรู้โดยเฉพาะ การเรียนรู้ข้อมูลใหม่ การฝึกทักษะใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
9. ให้โอกาสในการฝึกภาคปฏิบัติจนเกิดผลดี หรือการนำความรู้ไปประยุกต์ได้
10. ให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพหรือสมรรถภาพในการเรียนรู้จนกระทั่งเขาได้แลเห็นถึงความก้าวหน้าว่า สามารถบรรลุเป้าหมายได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ผู้ใหญ่ทั้งใน

ประเทศและต่างประเทศ และมีรูปแบบวิธีการศึกษาที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ผู้วิจัยสรุปการ ทบทวนวรรณกรรมตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดโครงการฝึกอบรมสำหรับผู้เรียนวัยผู้ใหญ่ของ สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2549) ผลการศึกษาพบว่า การวางแผนจัดโครงการฝึกอบรมเพื่อการศึกษาใด ๆ สำหรับผู้เรียนวัย ผู้ใหญ่สิ่งที่มีความจำเป็นและสำคัญเป็นอันดับแรก คือ การสำรวจความต้องการและความสนใจ รวมไปถึงลักษณะส่วนบุคคลของผู้ที่จะเข้าร่วมฝึกอบรมเพื่อใช้ประกอบการจัดทำโครงการให้ สามารถบรรลุเป้าหมายของโครงการและสนองความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกอบรมได้

การศึกษาการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้วัยผู้ใหญ่เทียบกับการศึกษาแบบเดิมที่ครู เป็นผู้กำหนดระหว่างผู้เรียนสองกลุ่มของ Athanassiou, McNett, and Harvey (2003) พบว่า การให้ พลังอำนาจให้ผู้เรียน ได้คิดวิเคราะห์ด้วยตัวเองจะทำให้พวกเขาสามารถเรียนรู้ได้ดี โดยผู้สอนทำ หน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยดูแลแนะนำ การเรียนรู้ที่ดีคือการเรียนรู้ที่เกิดจากความต้องการของผู้เรียน ซึ่ง ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ดีถ้าสิ่งนั้นเกิดจากความต้องการที่แท้จริงของพวกเขา สำคัญผู้สอนต้องมอง ย้อนกลับมาที่ตัวเองทุกครั้งกรณีที่ผู้เรียน ไม่เข้าใจการเรียนการสอนโดยที่ผู้สอนต้องทำความเข้าใจ ว่าเกิดจากสิ่งใดต่อไปนี้ 1) ผู้สอน 2) วิธีการสอน 3) ผู้เรียน หรือ 4) สิ่งแวดล้อม และจากการศึกษา เกี่ยวกับสื่อการสอนของ Curry and Hogsrel (2002) พบว่า อุปกรณ์หรือสื่อที่ใช้ในการเรียนการ สอนสำหรับผู้เรียน วัยผู้ใหญ่ที่ควรคำนึงและให้ความสำคัญ ได้แก่ ขนาดของตัวอักษรควรมีขนาด ใหญ่ สีของตัวอักษรควรเป็นสีเข้ม สีที่ไม่ควรใช้ในการเรียนการสอนวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ สีฟ้า สีเขียว สี แดง เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้วัยผู้ใหญ่มาประยุกต์ใช้ใ นการเรียนการสอน มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการฝึกอบรมที่แท้จริงของผู้เข้ารับการ ฝึกอบรม เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้อย่าง แท้จริง บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และมี ทักษะที่ดีในการพยาบาลผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น Patterson, Crooks, and Lunyk-Child (2002) ให้ข้อคิดว่า พยาบาลวิชาชีพต้องมีการเรียนรู้ตลอดการทำงาน โดยเรียนรู้จากจุดอ่อนของ ตนเอง เรียนรู้จากสิ่งที่ต้องการรู้และสมควรที่จะควรรู้เพื่อคุณภาพการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลผู้ป่วยยาเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากต้องใช้ความรู้ ทักษะความมั่นใจ ประสบการณ์ และมีความสามารถในการเฝ้าติดตามและ ประเมินผล ประคับประคองดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จโดยเร็ว

เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจนาน ซึ่งถือว่าเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง (อรสา พันธภักดี, 2552; พิกุล ตันดิธรรม, 2547) ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการหย่าเครื่องช่วยหายใจรวมทั้งมีการหาตัวชี้วัดเพื่อให้ช่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ยังไม่มีการใดที่ดีที่สุด ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต้องอาศัยความรู้ ทักษะหรือเทคนิคและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งการหย่าเครื่องช่วยหายใจช้าเกินไปก็ทำให้เกิดการครองเตียงในหอผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งเกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอีกด้วย (ทนนชัย บุญบุรพงค์, 2551; ชเลวัน ภิญโญโชติวงศ์ และณัฐพงษ์ เจียมจริยธรรม, 2553)

ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

จากการทบทวนหนังสือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning from Ventilator) ไว้หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้

ทนนชัย บุญบุรพงค์ (2552) ได้ให้ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการหรือขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการใช้หรือการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจมาเป็นการหายใจด้วยตนเอง

อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย (2553) ได้ให้ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การลดการช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการที่ระบบหายใจล้มเหลวหรือมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยสาเหตุอะไรก็ตาม จนกลับมาหายใจได้เองหรือหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจได้ในที่สุด

นรวิทย์ จั่วแจ่มใส (2549) ได้ให้ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการลดการช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยได้รับจากเครื่องช่วยหายใจจนผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง และเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้ในที่สุด

วิจิตร คุสมุก และอรุณี เสงขสมาก (2553) ได้ให้ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจกลับมาหายใจเองได้

McGuinness (2001) ได้ให้ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การลดการช่วยหายใจอย่างทันทีหรือลดการช่วยหายใจลงอย่างช้า ๆ เป็นการพยายามฝึกให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจอีก

Jubran and Tobin (2009) ได้ให้ความหมายของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การเตรียมผู้ป่วยโดยการค่อย ๆ เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจจนผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการหรือขั้นตอนการค่อย ๆ ลดการช่วยหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning Criterial)

การพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจต้องครอบคลุมถึงอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบการหายใจที่ประกอบไปด้วยระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความยากง่ายในการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาสั้น ๆ จะหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ง่ายและเร็วกว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานเกิน 2 สัปดาห์ (รังสรรค์ ภูยานนทชัย, 2552; McGuinness, 2001)

ทนนชัย บุญบุรพวงศ์ (2552); วิจิตร กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาม (2553); Arbour (2007) ได้แบ่งเกณฑ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1. เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criterial) ได้แก่ โรคหรือพยาธิสภาพที่เป็นต้นเหตุ (Pathology Significantly Reversed) หรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นใหม่ที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหายใจวายเป็นพลันหายได้รับการแก้ไขเป็นปกติหรือดีขึ้น ระบบการไหลเวียนเลือดและสัญญาณชีพคงที่ (Stable Vital Signs and Hemodynamics) โดยที่ไม่ต้องให้ยาขยายหลอดเลือดหรือยากระตุ้นใด ๆ หรือให้แต่ให้ในขนาดต่ำ อัตราการส่งเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) เพียงพอ มีความสมดุลของภาวะเมตาบอลิซึมในร่างกาย (Metabolic Status) ไม่มีภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์หรือความเป็นกรด-ด่างของเลือดอย่างรุนแรง (Severe Electrolyte and Acid-base Disturbance)
2. เกณฑ์ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด (Pulmonary Gas Exchange Ability) ปอดผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซทั้งด้านการรับออกซิเจนและการขับถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดี โดยไม่ต้องให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง
3. เกณฑ์ความพร้อมด้านกลไกการทำงานของปอด (Pulmonary Mechanics) กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจแข็งแรง ซึ่งประเมินได้จาก ปริมาตรอากาศที่หายใจออกจากปอดแต่ละครั้ง (Tidal Volume) หน่วยเป็นลิตรหรือมิลลิลิตร (ค่าปกติประมาณ 5-7 มิลลิลิตร/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม) ปริมาตรอากาศที่หายใจออกจากปอดทั้งหมดในหนึ่งนาที (Minute Volume) มีหน่วยเป็นลิตรต่อ นาที (ค่าปกติ 5-12 ลิตร/ นาที) ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าสูงสุด (Vital Capacity) เป็นปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยสามารถหายใจออกจากปอดเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ที่มีหน่วยเป็นลิตร (ค่าปกติมากกว่า 10 ลิตร) ดัชนีวัดแบบแผนการหายใจด้วยตนเอง (Rapid Shallow Breathing Index) เป็นค่าที่ได้จากการคำนวณอัตราการหายใจในหนึ่งนาทีต่อปริมาตรอากาศที่หายใจออกในหนึ่งครั้ง (ค่าปกติไม่ควรเกิน 105)

จากข้อความข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า เกณฑ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ มี 3 ข้อใหญ่ ๆ คือ เกณฑ์ทางคลินิก ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด และเกณฑ์ความพร้อมด้านกลไกการทำงานของปอดผู้ป่วย ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวจะมีค่าปกติเป็นที่ยอมรับเพื่อใช้ในการพิจารณา

หยาเครื่องช่วยหายใจให้กับผู้ป่วย จากการศึกษาของ จุฬารัตน สุระกุล (2547) พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างมีแบบแผน และมีเกณฑ์ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ สามารถดูแลผู้ป่วยที่รับการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจของ สายหยุด นพตลุง (2551) สมคิด เผ่าผา (2547) ในมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น มีอยู่หนึ่งข้อที่ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งเสริมให้มีการหยาเครื่องช่วยหายใจและหยาเครื่องช่วยหายใจได้ภายในเวลาที่เหมาะสม

วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจ

การใช้วิธีหยาเครื่องช่วยหายใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาที่เหมาะสม วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน (อรสา พันธักดิ์, 2552; อติสร วงษา, 2550; Jubran & Tobin, 2009) มีดังนี้

1. T-piece (T-tube; T-tube Trials) การใช้ท่อให้ออกซิเจนลักษณะคล้ายตัว T เป็นวิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ให้ผู้ป่วยหายใจเองทั้งหมด โดยไม่มีเครื่องช่วยหายใจติดอยู่กับผู้ป่วย เป็นการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวในขณะที่ผู้ป่วยหายใจเองจะได้ออกซิเจนที่ผ่านความชื้นทาง T-piece วิธีนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจหรือมีพยาธิสภาพเพียงเล็กน้อยที่ไม่มีผลต่อการหายใจ โดยค่อย ๆ เพิ่มช่วงเวลากการใช้ T-piece จากครั้งละ 30 นาที จนสามารถหายใจเองได้นานประมาณ 2 ชั่วโมง หากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงการล้มเหลวของการหยาเครื่องช่วยหายใจก็สามารถพิจารณาหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจได้ทันที

2. Intermittent Mandatory Ventilation (IMV) เป็นวิธีหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างค่อยเป็นค่อยไปมากกว่าวิธี T-piece ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยหายใจเอง (Spontaneous Breathing) ผู้ป่วยยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดระยะเวลาของการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยจะตั้งอัตราการหายใจให้เครื่องทำงานไว้ว่ากี่ครั้งต่อนาที (IMV Rate) และให้ผู้ผู้ป่วยได้หายใจเองตามอัตราการหายใจของผู้ป่วยที่เกินจากเครื่องกำหนดไว้ แล้วค่อย ๆ ลดการช่วยของเครื่อง โดยลด IMV Rate เรื่อย ๆ ที่ละ 1-2 จนถึง 0 วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่กลัวการเอาเครื่องหายใจออกมากหรือผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจยาก ไม่ควรใช้วิธีนี้กับผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่และไม่สามารถติดตามอย่างผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3. Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV) เป็นวิธีหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยที่ผู้ป่วยหายใจเองสลับกับการหายใจจากเครื่องที่ตั้งไว้ โดยเครื่องช่วยหายใจทำงานสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เครื่องจะกำหนดเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกระตุ้นให้เครื่องทำงานจ่ายก๊าซในขณะที่หายใจเข้า เป็นการลดการช่วยหายใจทีละน้อย โดยส่วนมากจะเริ่มตั้ง SIMV Rate 10-12 ครั้งต่อนาที แล้วค่อย ๆ ลด SIMV Rate ลงเรื่อย ๆ ครั้งละ 1-2

อาจลดทุก $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมงหรือหลายชั่วโมง โดยอาจใช้ร่วมกับ Pressure Support Mode เพื่อลดแรงในการหายใจของผู้ป่วย เมื่อลด SIMV Rate ≤ 4 ครั้ง/นาทิต์ได้นาน 2 ชั่วโมง ก็สามารถพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยได้ วิธีนี้สามารถป้องกันปัญหาผู้ป่วยหายใจด้านเครื่อง ลดปัญหากล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้า

4. Pressure Support Ventilation (PSV) เป็นวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้รูปแบบการหายใจชนิด Pressure Support Ventilation เป็นการให้ Pressure Support ที่ระดับต่ำ ๆ โดยในขณะที่เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ นิยมตั้งระดับ Pressure Support ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปริมาตรในการหายใจ 5-7 มิลลิตร/กิโลกรัม และมีอัตราการหายใจไม่มากกว่า 25 ครั้ง/นาทิต์ หลังจากนั้น จึงค่อย ๆ ลดระดับ Pressure Support ลงครั้งละ 2-3 ซม.น้ำ วันละ 2 ครั้ง จนกระทั่งเหลือระดับ Pressure Support ประมาณ 5-7 ซม.น้ำ โดยสามารถใช้ร่วมกับ Mode อื่น ๆ และเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจในระดับ Pressure Support ในระดับต่ำ ๆ ได้นานประมาณ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายนั้นก็สามารที่จะพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจได้

5. Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) เป็นวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเครื่องทำให้เกิดความดันบวกที่มีอัตราการไหลของก๊าซคงที่ตลอดเวลาในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดแรงดันบวกทั้งช่วงหายใจเข้าและหายใจออก โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ออกแรงหายใจ กำหนดควบคุมจังหวะและอัตราการหายใจด้วยตนเอง ทำให้ปริมาตรและอัตราการหายใจไม่คงที่ จึงมีคำแนะนำควรใช้ร่วมกับ Pressure Support และระดับ CPAP ที่นิยมใช้ประมาณ 5-7 ซม.น้ำ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหายใจด้วย CPAP ระดับดังกล่าวนานขึ้น จากระยะเวลาประมาณ 30 นาทีจนถึงประมาณ 2 ชั่วโมง หากผู้ป่วยสามารถหายใจในระยะเวลาดังกล่าวได้โดยไม่เกิดอาการผิดปกติใด ๆ ผู้ป่วยรายนั้นก็สามารที่จะพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้

สรุปได้ว่า วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจในปัจจุบันมี 5 วิธี การจะนำวิธีใดวิธีหนึ่งไปใช้ ต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมไปถึงข้อดี ข้อเสียของวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจแต่ละวิธี เพื่อคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย วิจิตร กุศล (2551); White (2003); Schilling (2007); Newmarch (2006) กล่าวว่า เทคนิคการติดตามผู้ป่วยตามปกติเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดและดีที่สุด ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การเฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นกรณีในการบ่งบอกว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยนั้น ๆ จะประสบความสำเร็จหรือประสบความล้มเหลว

การพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Nursing Care of Patient Weaning from Ventilator) เริ่มตั้งแต่ผู้ดูแลประเมินพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วให้

การดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ (ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน, 2552; วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยสมาก, 2553; Bizek, 2006) ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Prewaning Phase) ได้แก่

- 1) การประเมินด้านร่างกาย เช่น การประเมิน อัตราการหายใจ การเคลื่อนไหวของหน้าอกและช่องท้อง ฟังการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจ เป็นต้น การประเมินทางระบบประสาท เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสื่อสารรู้เรื่องสามารถทำตามคำบอกได้ การประเมินเมตาโบลิซึมของร่างกาย เช่น การประเมินการได้รับสารน้ำและสารอาหาร สัญญาณชีพ และความต้องการออกซิเจนของร่างกาย เป็นต้น การประเมินระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต ผลอิเล็กโทรลิตส์ โดยเฉพาะค่าโพแทสเซียม แมกนีเซียม และฟอสฟอรัสที่จะบ่งบอกถึงความอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ เป็นต้น
- 2) การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแล ความทุกข์กังวลของผู้ป่วยสามารถป้องกันหรือบรรเทาได้โดยการประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น บุคลิกภาพ อารมณ์ ลักษณะพฤติกรรมทั่วไป วิธีการปรับตัวกับความเครียด ความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นต้น แล้วเลือกใช้หรืออธิบายแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการจัดการกับสิ่งแวดล้อม การบอกวันเวลา การนัดเพื่อผ่อนคลาย การสัมผัส คนตรีบำบัด เป็นต้น

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning Phase) การพยาบาล

ผู้ป่วยระยะนี้ผู้ดูแลรักษาตัดสินใจเลือกวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย เป็นการพยาบาลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจและการติดตามผู้ป่วยเพื่อที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้ เลือกเวลาในการเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจในช่วงเช้า ให้ข้อมูลและอธิบายวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยเข้าใจ (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี) ลดความวิตกกังวลและให้กำลังใจผู้ป่วย ดูแลอยู่ข้างเตียงไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวจนกว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจ หันเหความสนใจและหาวิธีการผ่อนคลาย ดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับญาติและเจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ เผื่อติดตามประเมินความสามารถในการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์บ่งชี้ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ จัดทำให้อุณหภูมิร่างกายหรืออุณหภูมิสูงประมาณ 45 องศา (กรณีไม่มีข้อห้าม) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะเมื่อประเมินได้ว่ามีเสมหะ สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ (Deep Breathing Exercise) ดูแลให้ยาขยายหลอดลมเพื่อลดภาวะหลอดลมตีบแคบตามการรักษา บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เผื่อติดตามความสามารถในการหายใจใน 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงตามเกณฑ์ที่ต้องยุติ

การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ยกเลิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ถ้าผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้คือนาน 2 ชม. และไม่มีข้อบ่งชี้ในการยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ปรึกษาร่วมกับแพทย์เพื่อพิจารณา ถอดท่อช่วยหายใจ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้นาน 2 ชม. ให้กลับไปใส่เครื่องช่วยหายใจและช่วยหายใจรูปแบบเดิมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจหรือใช้รูปแบบการช่วยหายใจที่อาศัยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดลมหายใจให้ผู้ป่วยทั้งหมด (Control Mechanical Ventilation: CMV) จากนั้นให้ผู้ป่วยได้พักเป็นเวลา 24 ชม. ค้นหาสาเหตุหรือปัญหาร่วมกับแพทย์เพื่อแก้ไข ปัญหาความไม่พร้อมของผู้ป่วย ประเมินความพร้อมใหม่อีกครั้งถ้าผู้ป่วยมีความพร้อมตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. การพยาบาลระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Post Weaning Phase) เป็นระยะที่ผู้ดูแลรักษาเห็นสมควรพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจหลังจากที่ผู้ป่วยหายใจเองหรือหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เป็นระยะเวลา 30 ถึง 120 นาที ตามวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจแต่ละวิธีที่ได้เลือกใช้ตามสภาวะผู้ป่วยนั้น ๆ โดยปกติการถอดท่อช่วยหายใจจะทำต่อเมื่อน้ำหนักของทางเดินหายใจส่วนต้นกลับมาทำงานเป็นปกติ ผู้ป่วยเสมหะลดลงและมีความสามารถในการไอเพื่อขับเสมหะหรือเข้าเกณฑ์ตามข้อบ่งชี้ในการถอดท่อช่วยหายใจไม่มีอาการแสดงของภาวะล้มเหลวขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ มี 3 ระยะ พยาบาลต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้เร็วที่สุด Esteban (1999) กล่าวว่า ไม่ว่าจะใช้วิธีการใดหากไม่มีการประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่พร้อมจะหย่าเครื่องช่วยหายใจประมาณร้อยละ 80 ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจช้ากว่าที่ควรจะเป็น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจไว้มากมายมีทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ มีรูปแบบวิธีการศึกษาที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้วิจัยสรุปการทบทวนวรรณกรรมตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจของ เพ็ญศรี ละออง (2549) รัตนา บุตรดีศักดิ์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาเฉลี่ยของการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่บูรณาการแนวคิด ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพและการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการหยาเครื่องช่วยหายใจของ สุภาพ สิทธิศักดิ์ (2548); ศิริพร วงศ์จันทร์ (2549); ดวงรัตน์ ชาติแดนไทย (2550); ศศิพันธ์ มงคลไชย (2552); ยูพา วงศ์สรไศร์ และคณะ (2551) พบว่า ผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาแล้ว ประกอบด้วยกระบวนการประเมินก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ และกระบวนการถอดท่อช่วยหายใจ โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ให้ข้อมูลและการเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจ การเลือกวิธีในการหยาเครื่องช่วยหายใจ การเฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจ การติดต่อประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ การถอดท่อทางเดินหายใจ และการดูแลหลังถอดท่อทางเดินหายใจ ทั้งหมดเหล่านี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพการรักษายาบาลทั้งสิ้น

การศึกษาปัจจัยที่ทำให้การหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จของ วณิดา เคนทองดี (2552) ผลการศึกษา พบว่า ความล้มเหลวดังกล่าวเกิดจากการปฏิบัติงานในระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างแพทย์และพยาบาล

จากงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจมีผลต่อความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจจำแนกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ 2) ระยะหยาเครื่องช่วยหายใจ และ 3) ระยะหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งพัฒนาความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง และทัศนคติในการพยาบาลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยทีมวิทยากรเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกันพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่เข้าอบรมอย่างใกล้ชิด