

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ที่มีต่อความสามารถในการปรับตัว ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

1. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว
3. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
4. ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน
5. โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน

ในปัจจุบันประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยมากขึ้น โดยได้รับผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ในขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าทางการแพทย์ก็ได้รับการพัฒนามากขึ้น ดังนั้นจุดประสงค์หลักที่สำคัญของโรงพยาบาลคือ การจัดให้มีระบบการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้หายหรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วย รวมทั้งสามารถตอบสนองความมุ่งหวังและความต้องการของผู้มารับบริการได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ทางโรงพยาบาลศิริราช จึงมีการจัดระบบการให้บริการสุขภาพเป็นระบบสหวิทยาการ มีการวางแผนการจัดการด้านการบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการให้บริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ต้องการทีมสหวิทยาการที่มีความรู้และทักษะ ทั้งศัลยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นัก

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ต้องการทีมสหวิทยาการที่มีความรู้และทักษะ ทั้งศัลยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด และพยาบาล ดังนั้นการจัดระบบบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ที่มารับบริการ ประเภทผู้ป่วยนอก จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ และประสานงานอย่างใกล้ชิดกับฝ่ายการรักษา และฝ่ายอื่น ๆ ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสอน ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และช่วยประสานงาน และบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม และมีคุณภาพ

1.1 ขั้นตอนการให้บริการในแผนกติดตามการรักษา มีดังนี้

1.1.1 การยื่นบัตรหรือการทำบัตร ลงทะเบียน

ผู้ที่มารับบริการตรวจรักษาทุกคนจะต้องลงทะเบียนไว้เป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

1. แสดงหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เช่น บัตรประจำตัวผู้ป่วย บัตรประกันสังคม และใบนัดตรวจ
2. เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะคืนบัตรตรวจโรคหรือ OPD card
3. ถ้าเป็นผู้ป่วยเก่าแต่ทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยหาย ให้แจ้งบัตรหายพร้อมกับแจ้ง วัน เวลา แผนกที่มารับการตรวจรักษาครั้งล่าสุด เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้คืนบัตรตรวจโรคเก่าแล้วนำมาทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยใหม่ โดยต้องชำระเงินค่าทำบัตรใหม่
4. สำหรับผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนนี้ แต่ให้ญาติ หรือผู้นำส่งแจ้งเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและนำผู้ป่วยไปยังห้องตรวจหรือห้องฉุกเฉินได้ทันที
5. ผู้ป่วยที่แพทย์จากสถานพยาบาลอื่นส่งมารักษาต่อ จะต้องนำใบส่งตัวของแพทย์มาแจ้งเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและดำเนินการลงทะเบียนเช่นเดียวกับผู้ป่วยใหม่
6. เมื่อการลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว ผู้มารับบริการจะต้องไปรอที่หน้าห้องตรวจที่เจ้าหน้าที่เวชระเบียนแจ้งให้ทราบ

1.1.2 การรอตรวจ

เมื่อเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ นำบัตรตรวจโรคของผู้ป่วยมาจากหน่วยเวชระเบียนแล้ว จะเรียกผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ตามลำดับก่อนหลัง หรือตามความจำเป็นกับอาการของผู้

ป่วย ในขั้นตอนนี้จะมีบางห้องตรวจที่เจ้าหน้าที่พยาบาลจะทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือทำการตรวจ วัตถุประสงค์ของร่างกาย ซีพจร ความดันโลหิต หรือชั่งน้ำหนัก ให้ผู้ป่วยก่อนพบแพทย์

1.1.3 การตรวจรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน เมื่อมารับการตรวจรักษาที่ห้อง ตรวจโรคคอออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง โดยการซักประวัติ การตรวจกายภาพ การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ การตรวจการรับ ความรู้สึก ทำการถ่ายภาพรังสีของ คอ ไหล่ และปอด จากนั้นจึงทำการตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าของเส้น ประสาท และกล้ามเนื้อ (electrodiagnosis) และตรวจการทำงานของปอด เพื่อประเมินความรุนแรง ของการได้รับบาดเจ็บ และสามารถกำหนดวิธีการรักษา และพยากรณ์โรคได้ถูกต้อง จากนั้นแพทย์ จึงให้การรักษาผู้ป่วย ตามวัตถุประสงค์ของการรักษา คือการทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้แขนได้ ตามปกติ

1.1.4 การให้คำแนะนำปรึกษา

เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาแล้ว แพทย์ หรือพยาบาลจะให้คำแนะนำ หรืออธิบายวิธีการรักษาและการปฏิบัติตน รวมถึงการแนะนำการรับประทานยา การมาตรวจตาม นัด ตลอดจนให้คำปรึกษาปัญหาการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ

1.1.5 การรับยา

เมื่อสิ้นสุดการตรวจรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งให้ยาไปรับประทานที่ บ้าน จะต้องนำใบสั่งยาไปยื่นที่งานเภสัชกรรม เพื่อชำระเงินและรับยา ซึ่งเภสัชกรจะเป็นผู้จัดยา พร้อมให้คำอธิบายวิธีการใช้ หรือรับประทานยาตามใบสั่งแพทย์

1.2 หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล

ผู้ป่วยที่รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ได้รับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วย นอก โดยรับการติดตามการรักษาที่ห้องเฟือก ตึกสยามินทร์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ดังนั้นหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลในหน่วยติดตามการรักษา มีดังนี้ (กองการพยาบาล, 2530)

1.2.1 ให้การต้อนรับผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการทันทีอย่างปลอดภัย นอกจากนั้นพยาบาลต้องทักทายผู้ป่วย แสดงออกถึงความ เต็มใจในการให้บริการ พுகกับผู้ป่วยบริการด้วยวาจาสุภาพ ให้เกียรติ และแนะนำขั้นตอนการรับ บริการ

1.2.2 คัดกรองผู้ป่วย โดยการซักประวัติอาการสำคัญ และตรวจร่างกายเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินสภาพของโรค ซึ่งบางรายอาจต้องให้การพยาบาลเบื้องต้นก่อนเข้าตรวจ เช่น ในรายมีไข้สูง อีกทั้งยังเพื่อคัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการพยาบาลที่ถูกแผนกกับโรคที่เป็น และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตรวจมากขึ้น มีขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าคุณทอหดทั้งระหว่างรอตรวจ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.3 ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติระหว่างรอตรวจ รอรับบัตร เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน

1.2.4 จัดลำดับผู้ป่วยเข้าตรวจตามระดับความเจ็บป่วย และลำดับการขอรับบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความเหมาะสม และปลอดภัย

1.2.5 ให้การช่วยเหลือและอยู่กับผู้ป่วยขณะแพทย์ตรวจ โดยช่วยจัดทำตรวจ ชี้แจงให้เข้าใจถึงวิธีการตรวจต่าง ๆ

1.2.6 ให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ฉีดยา ทำแผล ตัดไหม

1.2.7 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงโรคที่เป็น ขั้นตอนการรับบริการขั้นต่อไป การมาตรวจตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.2.8 ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจากตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็น และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

1.2.9 ส่งผู้ป่วยปรึกษาระหว่างแผนก และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลต่อเนืองยังหน่วยงานอื่นตามระบบส่งต่อ

1.2.10 ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการได้รับความสะดวก และความปลอดภัยในทุก ๆ ด้าน

จากที่กล่าวแล้วจะเห็นได้ว่าการให้บริการในหน่วยติดตามการรักษา เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยนอก ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องให้บริการทันทีตั้งแต่ที่ผู้รับบริการเริ่มเข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยให้การต้อนรับอย่างอบอุ่นและเป็นกันเอง ต่อจากนั้นจัดคัดกรองผู้รับบริการให้ได้รับการตรวจรักษาถูกกับโรคที่เป็น พร้อมทั้งให้สุขศึกษาและคำแนะนำต่าง ๆ กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของถ่ายประสาทส่วนแขน ต้องใช้ทีมสหวิทยาการ พยาบาล

จึงมีหน้าที่ติดต่อประสานงานระหว่างบุคคล ระหว่างแผนก หรือระหว่างสถาบัน ให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพต่อไป

สำหรับการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา แก่ผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว การรับประทานยา และการมารับการติดตามการรักษาตามนัด รวมถึงให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยกิจกรรมพยาบาลเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่พยาบาลแต่ละคนเป็นผู้กำหนดขึ้น โดยไม่มีแบบแผนที่แน่นอน โดยมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ ปริมาณงานมีมากเกินไปจนอัตรากำลังที่มีอยู่ ซึ่งที่ห้องเฟือก ตึกสยามินทร์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช นั้น ประกอบด้วย ห้องตรวจ จำนวน 7 ห้อง มีอัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพ 3 ตำแหน่ง และผู้ช่วยพยาบาล 7 ตำแหน่ง ซึ่งรับผิดชอบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ ที่มารับการติดตามการรักษาโดยเฉลี่ยประมาณ 100 รายต่อวัน ดังนั้นการบริการอาจไม่ครอบคลุมหน้าที่รับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ จึงไม่สามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพได้ ซึ่งมีโน้ตส์เกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขนที่พยาบาลควรนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับกำหนดแบบแผน การสอน การให้คำแนะนำ และคำปรึกษา แก่ผู้ป่วย มีดังนี้

1.3 โน้ตส์เกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน

ข่ายประสาทส่วนแขน เกิดจากการรวมตัวของแขนงด้านหน้าของเส้นประสาท ไขสันหลังส่วนคอคู่ที่ 5-8 ซึ่งมาประสานกับเส้นประสาทไขสันหลังส่วนทรวงอกคู่ที่ 1 ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อและผิวหนังของแขน รวมทั้งกล้ามเนื้อทางด้านหลังและหน้าอก เส้นประสาทที่เป็นแขนงแยกออกจากข่ายประสาทส่วนแขนมีมากมาย ที่สำคัญคือ เส้นประสาท ulna เส้นประสาท radial และเส้นประสาท median โดยรากประสาทของข่ายประสาทส่วนแขนจะให้ใยประสาทไปควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและการรับความรู้สึกของแขนดังนี้

C_5 : กล้ามเนื้อ กาง ข้อไหล่ และการรับความรู้สึกด้านข้างต้นแขน

C_6 : กล้ามเนื้อ กระจดก ข้อมือ และการรับความรู้สึกด้านข้างแขน นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้

C_7 : กล้ามเนื้อ งอ ข้อมือ และเหยียดนิ้วมือ และการรับความรู้สึกนิ้วกลาง

C_8 : กล้ามเนื้อ งอ นิ้วมือ และการรับความรู้สึกด้านในแขน นิ้วนาง และนิ้วก้อย

T_1 : กล้ามเนื้อ กาง และหุบนิ้วมือ และการรับความรู้สึกด้านในต้นแขน

การบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขนส่วนใหญ่ (เกินกว่าร้อยละ 80) เป็นผลมาจากอุบัติเหตุยานยนต์ โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ (Kawai et al., 1988; Songcharoen, 1995) โดยขณะเกิดอุบัติเหตุ ศีรษะ และไหล่ กระแทกพื้น การกระแทกจะดันศีรษะแยกออกจากไหล่ ทำให้เกิดแรงดึงขึ้นกับส่วนต่าง ๆ ของข่ายประสาทส่วนแขน จะทำให้เกิดพยาธิสภาพในลักษณะรากประสาทฉีกขาด และร้อยละ 16.49 เกิดจากการหกล้ม ถูกแทง ถูกยิง และถูกกระแทกบริเวณคอหรือไหล่ขณะเล่นกีฬา (Jirarattanasopha et al., 1995) จากการศึกษารายงานของต่างประเทศ พบว่า Clinique de Longerais (Lausanne Switzerland) มีผู้เข้ารับการรักษาข่ายประสาทส่วนแขน โดยเฉลี่ย 57.6 รายต่อปี (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ, 2530) ในขณะที่ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จากรายงานการรักษาการบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ของ ภานุพันธ์ ทรงเจริญ (2539) ในระหว่าง พ.ศ. 2527 - 2537 มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน เป็นจำนวนถึง 600 ราย เฉลี่ยปีละ 60 ราย ซึ่งเป็นอัตราสูงสุดเท่าที่รายงาน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนสูงเรื่อย ๆ โดยจากสถิติ ผู้ป่วยที่มารับรักษาการบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในปี 2538 มีผู้ป่วยจำนวน 75 ราย และ ปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 95 ราย (โรงพยาบาลศิริราช, 2540) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ (เกินกว่าร้อยละ 90) เป็นผู้ป่วยชายในวัยทำงานเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือเป็นกำลังสำคัญในการหารายได้ของครอบครัว อันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ซึ่งหากได้รับการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยจะประสบแต่ความพิการทุพพลภาพ

1.3.1 อาการและอาการแสดง

แม้ว่าการได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน จะไม่เป็นเหตุให้ถึงกับต้องเสียชีวิต หากแต่ผลของการบาดเจ็บ ซึ่งมีการฉีกขาดของเส้นประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่การทำงานของแขน สูญเสียการรับความรู้สึก และทำให้มีอาการปวดเรื้อรังได้ ซึ่งสามารถแบ่งชนิดของการเป็นอัมพาตออกได้เป็น 3 ประเภทด้วยกัน ตามระดับของข่ายประสาทส่วนแขน ที่ได้รับบาดเจ็บ คือ

1.3.1.1 อัมพาตเฉพาะแขนท่อนบน (upper arm type) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับแขนงประสาทที่มาจาก C_5 , C_6 ซึ่งอาจมีการบาดเจ็บต่อ C_7 ด้วยหรือไม่ก็ได้ เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อของต้นแขนไหล่ และข้อศอก

1.3.1.2 อัมพาตเฉพาะแขนท่อนปลาย (lower arm type) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับแขนงประสาทจาก C_8 , T_1 ซึ่งอาจมีการบาดเจ็บต่อ C_7 ด้วยหรือไม่ก็ได้ เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อของแขนท่อนปลาย

1.3.1.3 อัมพาตทั้งแขน (total arm type) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับแขนงประสาทที่มาจาก C₅, C₆, C₇, C₈ T₁ ผู้ป่วยจะมีอัมพาตตลอดทั้งแขน

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน จะมีการเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อไหล่ แขน และมือ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถกางแขนได้ ข้อศอกจะอยู่ในท่าเหยียด ไม่สามารถงอได้ แขนจะหนีบข้างลำตัวและบิดเข้าด้านใน ฝ่ามืออยู่ในท่าคว่ำตลอดเวลา กล้ามเนื้อแขนจะลีบหมด มีความพิการของมือ กล่าวคือ กล้ามเนื้อที่โคนนิ้วหัวแม่มือลีบเล็กลง (ape hand) ข้อมือตก (wrist drop) และนิ้วมืองอในขณะที่ข้อมือกระดกขึ้น (claw hand) ข้อไหล่จะเลื่อนหลุดลงล่าง เพราะไม่มีแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อที่กระชับข้อไหล่ไว้ เนื่องจากกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่เป็นอัมพาตรวมทั้งจะมีอาการชาหรือมีการสูญเสียการรับรู้สึกต่างๆ ของผิวหนังของแขนและมือ มีความผิดปกติด้านการควบคุมอุณหภูมิ และสีผิวของปลายมือ มีผิวหนังแห้ง ซึ่งเป็นผลเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระทบกระเทือน (Addison, 1981) อาจมีอาการ Horner's syndrome ในกรณีที่มีการได้รับบาดเจ็บของรากประสาท T₁ ซึ่งมีใยประสาท sympathetic ผ่าน จะพบว่ารูม่านตาหดเล็ก หนังตาตกและไม่มีการหลั่งเหงื่อของใบหน้าซีกนั้น

อาการปวดนับเป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขนโดยมีลักษณะและระยะเวลาการดำเนินโรคต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บของเส้นประสาท ผู้ป่วยร้อยละ 40 จะเริ่มมีอาการปวดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน และร้อยละ 11 จะเริ่มมีอาการปวดเมื่อประมาณ 3 เดือน ภายหลังได้รับบาดเจ็บ อาการปวดเกิดขึ้นเนื่องจากระบบประสาท sympathetic ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีอาการปวดรุนแรงเรื้อรัง (Wynn Parry, 1981) ตลอดเวลาหรือเป็นพัก ๆ เช่นปวดแสบปวดร้อน (burning pain) หรือ ปวดเหมือนถูกบีบรัด (crushing pain) บริเวณมือหรือแขนข้างที่ได้รับบาดเจ็บ อาการมักเกิดขึ้นเองอัตโนมัติ หรือเมื่อมีการเคลื่อนไหว (Wynn Parry, 1995) หรืออาจเสียวแปลบเหมือนโดนมีดกรีด นานครั้งละ 2-3 นาที วันละหลายครั้ง อาการปวดมักรุนแรงและทรมานจนทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องกดแขนไว้ นั่งคอดคก นั่งก้มหน้า ไม่สามารถทำกิจวัตรปกติอื่นได้ (พงศภารดี เจาตะเกษตริน, 2539) บางรายปวดทรมานมากจนอยากให้แพทย์ตัดแขนที่มีอาการออก ซึ่งไม่ใช่วิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสม (Addison, 1981) แม็ค คาฟเฟอรี และ บีบี (Mc Caffery and Beebe, 1989) กล่าวว่า อาการปวดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน เป็นอาการปวดที่เรื้อรัง และมักไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาด้วยยาระงับปวด หรือยากล่อมประสาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิน พาร์รี่ (Wynn Parry, 1995) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนมาก ที่ใช้การรับประทุษยาระงับปวดเพื่อบรรเทาอาการนั้น มักไม่ประสบผลสำเร็จ

1.3.2 การรักษา

การบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ถึงแม้มีอัตราการเกิดที่นับได้ว่าต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับบาดเจ็บของข้อกระดูกประสาทอื่น ๆ ของแขน แต่ความยากลำบากในการรักษาการบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน เป็นสิ่งที่แพทย์ส่วนใหญ่ตระหนักดีมาเป็นเวลานานนับศตวรรษ จนกระทั่งในปัจจุบันการรักษา ข่ายประสาทส่วนแขน ก็ยังเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของศัลยแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่อยู่

ความพยายามในการผ่าตัดรักษาการบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ได้มีการบันทึกไว้ครั้งแรกในปี ค.ศ.1896 โดยศัลยแพทย์ชาวอังกฤษ คือ William Thorburn (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ, 2539) แต่การผ่าตัดให้ผลไม่แน่นอนนักในระยะแรก ทำให้การผ่าตัดไม่ได้รับการยอมรับอย่างใดก็ตาม ในช่วง ทศวรรษที่ผ่านมา มีศัลยแพทย์อีกหลายคน ได้พยายามปรับปรุงวิธีการรักษา และผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน จนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ศัลยแพทย์เหล่านี้ได้แก่ Seddon, Brooks, Barnes, Bonney, Narakas และ Alnot เป็นต้น (Wynn Parry, 1995) ซึ่งผลการผ่าตัดที่ดีขึ้นส่วนหนึ่งนั้นมาจากความก้าวหน้าทางจุลศัลยกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาด้วย (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ, 2539)

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ขึ้นอยู่กับสาเหตุและกลไกของการบาดเจ็บรวมทั้งความรุนแรงของการบาดเจ็บอาศัยหลักการทั่วไปของการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1. การบาดเจ็บชนิดที่มีบาดแผล (open injuries) ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เช่น มีด แก้ว เป็นผลให้เส้นประสาทฉีกขาด ควรทำการผ่าตัด ในทันทีที่สภาพร่างกายของผู้ป่วยดีพอ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาการบาดเจ็บของเส้นประสาท หลอดเลือด และกระดูก มีพร้อม และมีความสามารถพอที่จะทำการผ่าตัดได้ ส่วนในการบาดเจ็บชนิดมีบาดแผลจากถูกยิงหรือระเบิด การบาดเจ็บจากกระสุนที่มีความเร็วต่ำเส้นประสาทจะได้รับบาดเจ็บ จากแรงกระแทกมากกว่าที่จะเป็นการฉีกขาดจากการที่ลูกระสุนปืนวิ่งทะลุผ่าน เส้นประสาทที่ได้รับบาดเจ็บอาจมีโอกาสรื้อฟื้นตัวได้โดยไม่ต้องทำการผ่าตัด ควรรอดูการฟื้นตัวของการทำงานของเส้นประสาทเป็นเวลา 3-4 เดือน ถ้าไม่มีการฟื้นตัวในระดับที่ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ จึงพิจารณาทำผ่าตัด

2. การบาดเจ็บชนิดไม่มีบาดแผล (closed injuries) การบาดเจ็บชนิดนี้ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยที่ผู้ขับขี่หรือผู้โดยสารตกจากรถมอเตอร์ไซค์ ขณะเกิดอุบัติเหตุ

ศีรษะและไหล่กระแทกพื้น การกระแทกจะดันศีรษะแยกออกจากไหล่ ทำให้เกิดแรงดึงขึ้นกับส่วนต่างๆ ของข่ายประสาทส่วนแขน หากเป็นการบาดเจ็บของระบบประสาทส่วนปลาย ในกรณีที่ไม่มี การฉีกขาดออกจากกันของรากประสาทอาจให้การรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด แต่ถ้าการบาดเจ็บเกิดขึ้นในส่วนต้น การบาดเจ็บลักษณะนี้รากประสาทถูกดึงขาดออกจากไขสันหลัง (nerve root avulsion) ซึ่งเป็นระบบประสาทส่วนกลาง ไม่สามารถทำการรักษาโดยการเย็บซ่อมรากประสาทที่ขาดเข้ากับประสาทไขสันหลังได้ จึงต้องทำการผ่าตัดย้ายใยประสาทจากเส้นประสาทอื่นมาต่อกับเส้นประสาทที่สูญเสียการทำงานไป การผ่าตัดลักษณะนี้เรียกว่า neurotization ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน ซึ่งให้ผลของการผ่าตัดในระดับดี ในผู้ป่วยร้อยละ 71-75 กล่าวคือสามารถงอข้อศอก งอและเหยียดข้อมือและนิ้วมือ กางไหล่และหมุนไหล่ได้ (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ, 2539)

การบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขนทุกราย ควรทำผ่าตัดภายใน 6 เดือน ภาย หลังการบาดเจ็บ การทำผ่าตัดในเวลาที่ยาวนานกว่านี้จะมีผลให้เกิดการลีบของกล้ามเนื้อแขนมาก จน การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อภายหลังการเย็บซ่อมเส้นประสาทเป็นไปได้ไม่ดี ระหว่างที่ติดตามดูอาการ ผู้ป่วยควรทำกายภาพบำบัด เพื่อให้ข้อต่อไม่เกิดการติดแข็ง และกล้ามเนื้อที่ไม่เป็นอัมพาตมีการ ทำงานเพื่อป้องกันการลีบฝ่อของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาภายหลังการได้รับบาดเจ็บของ ข่ายประสาทส่วนแขน (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 2538)

3. การรักษาอาการปวด อาการปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน นี้ อาจบรรเทาได้โดย

3.1 การรักษาเฉพาะที่ การรักษาในระยะนี้มีเป้าหมาย คือ ประเมินความเจ็บปวด ที่มีสาเหตุจากระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งจะมีโอกาสกลับคืนสู่สภาพปกติได้จากการรักษาเฉพาะที่ และเพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาด้วยยารับประทาน ซึ่งต้องให้ยาต่อเนื่องยาวนาน และอาจมีผลต่อหน้าที่การทำงานของระบบต่าง ๆ ไม่มากนัก โดยทำการยับยั้งการทำงานของประสาท sympathetic ของบริเวณปวดด้วยยาเฉพาะที่ (block sympathetic ganglion) ซึ่งผลการรักษาจะดีหรือไม่ขึ้นกับ ความชำนาญของวิสัญญีแพทย์หรือผู้ทำหัตถการหรือโดยการฉีดยา pentolamine เข้าหลอดเลือดดำ ร่วมกับกายภาพบำบัด และรับประทานยากลุ่ม sympatholytic จะได้ผลดี ช่วยลดหรือบรรเทาอาการปวดได้

3.2 การรักษาด้วยยา ซึ่งจำเป็นต้องรักษาด้วยยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant กลุ่ม anticonvulsants ที่ใช้บ่อยคือ carbamazepine (Wynn Parry, 1995) กลุ่มยาเฉพาะที่ เช่น lidocaine หยอดเข้าหลอดเลือดดำ และชนิดรับประทาน ในผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยวิธีการและยา

ต่างๆ ดังกล่าวแล้วไม่ได้ผล อาจใช้ยาในกลุ่ม opioids ซึ่งมีฤทธิ์ระงับปวดได้แน่นอนและได้ผลดี แต่การใช้ยานี้อาจทำให้เกิดการติดยาทั้งทางกาย (physical dependence) และทางใจ (psychological dependence) ได้

3.3 การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยา (non-pharmacological treatments) วิธีนี้ให้ผลการรักษาไม่เด่นชัด และไม่สามารถเห็นผลได้ในระยะสั้น แต่นับเป็นวิธีที่จำเป็น ซึ่งเสริมให้การรักษาด้วยยาได้ผลมากขึ้น วิธีเหล่านี้คือ กายภาพบำบัด จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด การฝึกสมาธิ เป็นต้น วิธีเหล่านี้ควรเริ่มต้นพร้อมการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เสมอเพื่อให้ได้ผลเต็มที่ (พงศภารดี เจาตะเกษตริน, 2539) และ วิน พาร์รี (Wynn Parry, 1995) ได้เสนอว่าวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยโดยการทำงาน นับเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการช่วยบรรเทาอาการปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน

3.4 การรักษาแบบสหวิทยาการ (multidisciplinary) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังควรวางแผนการรักษา โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ร่วมกัน ซึ่งจำเป็นมาก โดยเฉพาะในรายที่มีพยาธิสภาพและความผิดปกติทางด้านจิตใจและสภาพสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพนับเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาอาการปวดจากเส้นประสาทบาดเจ็บ อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

ความหมายของการปรับตัว (adaptation)

ลาซารัส (Lazarus, 1976) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว เริ่มมาจากวิชาชีววิทยา โดย คาร์วิน (Darwin) เป็นผู้ริเริ่มใช้คำว่าปรับตัวในทฤษฎีว่าด้วยวิวัฒนาการของเขาใน ค.ศ. 1859 โดยได้สรุปความคิดว่าสิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของโลกที่เต็มไปด้วยภัยอันตรายได้เท่านั้นจึงดำรงชีวิตอยู่ได้ ต่อมานักจิตวิทยาได้ขอยืมแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวทางชีววิทยามาใช้ โดยใช้คำว่า “adjustment” แทน “adaptation” โดยเน้นด้านการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของจิตใจของแต่ละบุคคล เน้นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวให้เป็นไปตามแรงผลักดัน 2 อย่าง ดังนี้

1. แรงผลักดันภายนอก เกิดจากการที่มนุษย์ต้องอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อม และการที่มนุษย์ต้องอยู่ร่วมกันต้องผูกพันกับผู้อื่น ดังนั้น คนเราต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมสังคม

ซึ่งความต้องการหรือข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อมและสังคม และวิธีการในการปรับตัว จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาจเป็นการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวก็ได้

2. แรงผลักดันภายใน เป็นความต้องการภายในของแต่ละบุคคลเอง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการทางสรีรวิทยาของบุคคล อันได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ และความอบอุ่น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขสบาย และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการทางจิตใจ อันเป็นผลจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ทางสังคมในชีวิตที่ผ่านมา เช่น ความต้องการความอบอุ่นใจ ความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคมและความต้องการความสำเร็จเป็นต้น

เกี่ยวกับความหมายของการปรับตัวนี้ ลาซารัส (Lazarus, 1976) ได้สรุปว่า การปรับตัวหมายถึง ผลของความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ก็ได้ หรืออีกความหมายหนึ่งก็คือ กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติเพื่อเผชิญข้อเรียกร้อง หรือแรงผลักดันภายนอก และภายในดังกล่าว นอกจากนี้ ได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายท่าน เช่น

เซลเย (Selye, 1976) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยภาวะสมดุลย์ ของแรงที่เข้ากระทำ และแรงต่อต้านของบุคคล การปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของชีวิตเพื่อความ เป็นอิสระ และเอกลักษณ์ของตนเอง หากชีวิตขาดการปรับตัว นั่นคือความตาย ดังนั้น การปรับตัวและการดำรงอยู่ของชีวิตเป็นสิ่งที่คู่กันเสมอในมนุษย์ทุกคน

เมอริย์ และเซนต์เนอร์ (Merry and Zentner, 1975 : 46) กล่าวว่า การปรับตัวมีความหมายใกล้เคียงกับการมีสุขภาพ (health) การมีสุขภาพของมนุษย์ คือ กระบวนการปรับตัวของ สรีระร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีต่อสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวบุคคล จุดหมายปลายทางของการปรับตัว เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์ มั่นคงและความสุขสบายของบุคคล

อุบล นิวัติชัย (2527) กล่าวว่า การปรับตัว คือ กระบวนการที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนสภาวะ ปรับกลไก ปรับองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่รบกวนความปกติทั้งที่อยู่ในตัวบุคคลและอยู่ภายนอกตัว ทั้งนี้เพื่อให้ความต้องการที่จำเป็นแก่ชีวิตได้รับการตอบสนอง

ละออ หุตางกูร (2534) กล่าวว่า การปรับตัวของบุคคลสามารถจำแนกได้เป็น การปรับตัวทางสรีระ (physiological or biological adaptation) โดยการปรับตัวทางสรีระเป็นการปรับตัว ต่อสิ่งเร้า โดยการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน ส่วนประกอบ และโครงสร้างเพื่อรักษาคุณภาพของ สิ่งมีชีวิต ซึ่งความสามารถปรับตัวทางสรีระ เป็นผลของความสามารถปรับตัวของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ

ที่มีหน้าที่เฉพาะต่าง ๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม บุคลิกภาพ ความเชื่อ และความคิดเพื่อจัดการความตึงเครียด และให้มีคุณภาพหรือความสงบสุขของจิตใจ

จากคำจำกัดความของการปรับตัวที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า การปรับตัวหมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง และคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต

3. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ซิสเตอร์ คอลลิสตา รอย (Sister Callista Roy) แห่งวิทยาลัย แมท์ เซนต์แมรี แคลิฟอร์เนีย ได้เริ่มสร้างทฤษฎีการปรับตัวในปี ค.ศ. 1964 (Andrews and Roy, 1991) โดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานหลาย ๆ ทฤษฎีด้วยกัน โดยมีทฤษฎีหลักคือ ทฤษฎีการปรับตัวของ เฮลสัน (Helson, 1964) ซึ่งอธิบายสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัว ของบุคคล เฮลสัน แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ประเภท คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง นอกจากนี้นำทฤษฎีระบบมาใช้อธิบายบุคคลว่าเป็นระบบเปิดที่เป็นระบบการปรับตัว ซึ่งประกอบด้วยหน่วยย่อยต่าง ๆ และทฤษฎี เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ทฤษฎีความเครียด ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ ทฤษฎีความต้องการ เป็นต้น

นอกจากนั้น รอยยังได้เพิ่มทฤษฎีทางด้านการปรัชญาที่ว่าด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ซึ่งอธิบายว่า บุคคลที่มีพลังสร้างสรรค์ของตนเอง มีการกระทำที่มีจุดหมาย มีความเป็นองค์รวม และตระหนักถึงความจำเป็นของการมีสัมพันธภาพ และ veritivity ซึ่งอธิบายจุดมุ่งหมายในการคงอยู่ของมนุษย์ ที่มีลักษณะของการสร้างสรรค์ การมีความหมาย การมีคุณค่าต่อชีวิต และต้องมีความสำคัญ (Roy, 1988) รอยได้นำแนวคิดของทฤษฎีนี้เข้าทดลองปฏิบัติทั้งด้านการวิจัย และการจัดหลักสูตรในระดับปริญญาตรี ที่วิทยาลัย แมท์ เซนต์แมรี ในปี ค.ศ.1968 รอยได้เผยแพร่ ทฤษฎีที่สร้างขึ้นในวารสาร ในปี ค.ศ.1970 ภายใต้ชื่อ “The Roy Adaptation Model” (Andrews and Roy, 1991) และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้มีความชัดเจนอย่างต่อเนื่อง จนในปัจจุบันเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย และนำมาใช้เป็นทฤษฎีพื้นฐานการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนและการปฏิบัติการพยาบาล

องค์ประกอบของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (elements of Roy adaptation model)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์ของบุคคล

(man) สิ่งแวดล้อม (environment) การปรับตัวของบุคคล (adaptive mode) ภาวะสุขภาพ (health) และการพยาบาล (nursing)

รอย (Roy, 1984) ได้อธิบายความหมาย และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ของบุคคล สิ่งแวดล้อม การปรับตัว และภาวะสุขภาพไว้ในข้อตกลงเบื้องต้น โดยอาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีระบบของเบอร์ทาแลนไฟร์ (Bertalanffy, 1968) และทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน (Helson, 1964) รวมทั้งพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริงของบุคคล ดังนี้

1.บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิต ประกอบด้วย ร่างกาย-จิตใจ-สังคม และบุคคลประกอบด้วยส่วนย่อยเหล่านี้เป็นหน่วยเดียวที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ (unified whole)

2.บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยบุคคลจะมีการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

3.บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลย์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้กลไกตามธรรมชาติ (innate mechanism) และจากการเรียนรู้ (acquired mechanism)

4.บุคคลทุกคนจะอยู่ภายใต้กฎของการมีสุขภาพดีและเจ็บป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่บุคคลทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

5.บุคคลต้องปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้

6.ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลหรือระดับการปรับตัวของบุคคลพิจารณาจากการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยรวมทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง

7.บุคคลทุกคนจะมีระดับหรือขีดความสามารถในการปรับตัวบุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวในทางบวก แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นรุนแรงเกินขีดความสามารถในการปรับตัว บุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวในทางลบ ซึ่งเป็นการปรับตัวที่ล้มเหลว

8.การปรับตัวของบุคคลเพื่อดำรงภาวะสมดุล จะมีพฤติกรรมในการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่

8.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode)

8.2 การปรับตัวด้านอัตรมโนทัศน์ (self-concept mode)

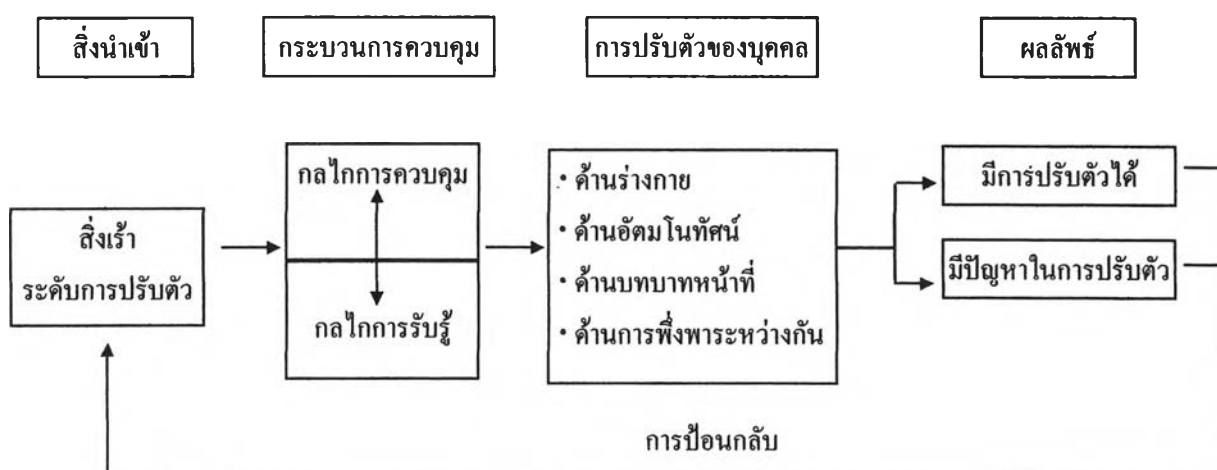
8.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)

8.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน (interdependence mode)

ข้อตกลงเบื้องต้นทั้ง 8 ข้อ แสดงให้เห็นถึงความจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การช่วยเหลือของพยาบาล คือ ช่วยเหลือให้บุคคลสามารถใช้กลวิธีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยจัด ลดสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคล

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นทฤษฎีที่มุ่งให้การช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีปัญหาในการปรับตัว เมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต วิธีการช่วยเหลือจะใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ รอยได้อธิบายการปรับตัวไว้ว่า หมายถึงพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อปรับให้คงสภาวะสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ

รอย (Roy, 1984) ได้นำเอา ทฤษฎีระบบทั่วไปมาเป็นพื้นฐานในการอธิบายระบบบุคคลที่เป็นระบบการปรับตัว (adaptive system) บุคคลเป็นระบบเปิด มีความรู้สึกนึกคิด มีพลังสร้างสรรค์ มีเป้าหมายของชีวิตและเป็นองค์รวม ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการควบคุมและการป้อนกลับ (control and feedback process) และผลลัพธ์ของการปรับตัว (output)



แผนภูมิที่ 1 ระบบการปรับตัวของบุคคล

สิ่งนำเข้าของระบบได้แก่ สิ่งเร้า ซึ่งเป็นต้นเหตุของการกระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนอง โดยการปรับตัว ผลรวมของสิ่งเร้าจะเป็นสิ่งนำเข้าระบบ เรียกว่า ระดับการปรับตัวของบุคคล (person's adaptation level) สิ่งเร้านี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือภายในบุคคล รอยจำแนกสิ่งเร้าเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ที่เข้ามากระทบระบบบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลต้องมีการตอบสนองโดยทันที ซึ่งมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด เช่น ความเจ็บปวดจากการได้รับการผ่าตัด โรค หรือพยาธิสภาพ การเข้าอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น บุคคลจะตื่นตัวในการเผชิญกับสิ่งเร้าตรง และจะต้องใช้พลังงานในร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น

2. สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรงที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคลเช่นกัน เช่น อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

3. สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น ความเชื่อ ทศนคติ อุปนิสัย ประสบการณ์เดิม บุคลิกภาพ ค่านิยม หรือการดำเนินชีวิต เป็นต้น ซึ่งบางครั้งอาจจะมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ

ในเรื่องของภาวะสุขภาพกับการปรับตัวนั้น รอยเน้นว่าการที่บุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือความรุนแรงของสิ่งเร้าและระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ซึ่งแต่ละคนอาจจะมีลักษณะแตกต่างกันไป ในทางปฏิบัติพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความแตกต่างในระดับของการปรับตัวของแต่ละบุคคล ต้องพิจารณาให้ถี่ถึงผลรวมของ “สิ่งเร้า” ที่จะเข้าไปกระทบผู้ป่วย กับ “ระดับความสามารถในการปรับตัว” ของบุคคลนั้น

จากแนวคิดของ ทฤษฎีระบบโดยทั่วไป กระบวนการควบคุมจะเป็นกลไกที่เกิดขึ้นภายในระบบ รอยได้อธิบายว่า สำหรับระบบบุคคล ซึ่งเป็นระบบการปรับตัว จะมีกระบวนการควบคุมที่ค่อนข้างซับซ้อน โดยเรียกกระบวนการควบคุมนี้ว่า กลไกการเผชิญ (coping mechanisms) ซึ่งถือเป็น กระบวนการที่ทำงานตามหน้าที่ โดยอัตโนมัติ และกลไกการเผชิญ ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ (acquired coping mechanisms) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาของชีวิต เกิดจากประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบเป็นระยะ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 : 18)

รอย (Roy, 1970) ได้กล่าวว่า บุคคลจะมีการปรับตัวโดยใช้กลไกการปรับตัว 2 ส่วน คือ

1. กลไกการควบคุม (regulator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติที่บุคคลไม่รู้ตัว ผ่านทางระบบประสาท สารเคมีในร่างกาย และต่อมไร้ท่อ (neuro chemical-endocrine channels) เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระทบ ในขณะเดียวกันผลกระทบของสิ่งเร้าบางส่วนจะผ่านไปยังศูนย์การรับรู้ และมีผลกระทบต่อกลไกการรับรู้ต่อไป

2. กลไกการรับรู้ (cognator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดจากการทำงานของจิตและอารมณ์ 4 กระบวนการ ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ตลอดจนกลไกการป้องกันทางจิต ที่บุคคลใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับภาวะเครียด บุคคลจะเรียนรู้การปรับตัวในส่วนนี้จากการเข้าสังคม ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่คล้ายคลึง และจากการศึกษา ซึ่งเป็นการทำงานของสมองในระดับสูง

ทั้งกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และทำงานประสานควบคู่กันเสมอ ทั้งการปรับตัวด้านร่างกาย หรือจิตสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การทำงานในระบบบุคคลเป็นองค์รวม โดยการทำงานของทั้ง 2 กลไกดังกล่าว

พฤติกรรมตอบสนองของบุคคล เป็นผลมาจาก กระบวนการหรือกลไกการเผชิญ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามาในระบบ จะสังเกตได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ หรือ 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Roy, 1988)

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งเร้า พฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการทำหน้าที่ของร่างกายในส่วนของ เซลล์เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยผ่านกลไกการควบคุม เพื่อรักษาสมดุลทางด้านร่างกาย การปรับตัวด้านร่างกายเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐาน (basic need) ของมนุษย์ 5 ประการ ได้แก่ ความต้องการออกซิเจน ความต้องการอาหาร ความต้องการขับถ่าย ความต้องการมีกิจกรรมและการพักผ่อน และความต้องการปกป้องร่างกาย นอกจากนี้ ยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการร่างกายที่ซับซ้อน (complex process) 4 กระบวนการ ได้แก่ การรับความรู้สึก สารน้ำ และเกลือแร่ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ กระบวนการทั้ง 4 นี้ เชื่อว่าจะทำงานเป็นตัวประสาน และควบคุม (mediating regulatory activity) การทำงานของร่างกายในส่วนอื่น ๆ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการตอบสนองด้านจิตใจ อัตมโนทัศน์ เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยา และจิตวิญญาณ และมีความสำคัญต่อความมั่นคงของจิตใจอันเป็นพื้นฐานของสุขภาพ การตอบสนองด้านอัตมโนทัศน์ จะก่อให้เกิดความสมดุลและความมั่นคงทางจิตใจของบุคคล ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี ปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์จะก่อให้เกิดอุปสรรคและขัดขวางความสามารถในการดำเนินชีวิตในด้านอื่น ๆ ตลอดจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วย และโรคได้ อัตมโนทัศน์หมายถึง ความเชื่อ หรือความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง ในระยะเวลาใดระยะเวลาหนึ่ง อัตมโนทัศน์เกิดขึ้นจากการรับรู้ของตนเองต่อตนเอง และเกิดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นต่อตนเอง ดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่จะเกิดจากอัตมโนทัศน์ (Andrews and Roy, 1991)

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ประกอบด้วย 2 ส่วน คืออัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) และอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self)

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสภาพร่างกายตนเอง (body sensation) และการรับรู้ของบุคคลต่อรูปร่าง หน้าตา ความสวยงามสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนสมรรถภาพทางเพศ และปฏิกริยาที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง (body image) ความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเอง มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล เมื่อสภาพร่างกายของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลง เช่น การเจ็บป่วย การผ่าตัด จะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ทำให้ไม่สามารถทำใจยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงได้ เกิดความรู้สึกสูญเสีย (loss) ซึ่งจะมีพฤติกรรมตอบสนองแตกต่างกัน

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ตามความเชื่อค่านิยม อุดมคติ ความคาดหวัง ภูมิจาน ทุกอย่างที่บุคคลยึดถือ ประกอบกันเข้าเป็นบุคลิกภาพของบุคคล แบ่งเป็นส่วนย่อย คือ

2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency) ตามปกติบุคคลจะแสดงพฤติกรรม หรือการปรับตัวต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ ตามที่คิดว่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง บุคคลจะเรียนรู้วิธีการปรับตัวตามประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต พฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึก เจตคติ และความเชื่อ ซึ่งประกอบขึ้นเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั่นเอง ภาวะใดก็ตามที่คุกคามความรู้สึกภายในตน เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงปลอดภัยของตนเองจะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวขึ้น คือ ความวิตกกังวล

2.2.2 ปณิธานแห่งตน (self idea or expectation) ปณิธาน หมายถึงสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่งหวังที่จะเป็น ซึ่งเป็นพื้นฐานการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังไว้ บุคคลใดก็ตามที่ไม่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวัง และไม่สามารถปรับตัวได้จะก่อให้เกิดปัญหาตามมาคือ ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (powerlessness) ซึ่งเป็นภาวะการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าสูญเสียความสามารถในการควบคุมชะตาชีวิตของตนเอง อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และเบื่อหน่ายชีวิต

2.2.3 คุณธรรม-จรรยาแห่งตน (moral ethical self) บุคคลมีการพัฒนาคุณธรรม จรรยาของตน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาหรือตัดสินความคิด หรือการกระทำของบุคคลว่าเป็นสิ่งดีหรือเลว ถูกหรือผิด ยุติธรรมหรืออยุติธรรม การเรียนรู้คุณธรรม-จรรยาในส่วนนี้ได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดู ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ค่านิยมในสังคม และความเชื่อในศาสนา สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่า ละเมิดกฎเกณฑ์หรือบรรทัดฐานทางคุณธรรม และจรรยาที่บุคคลกำหนดไว้ จะเกิดความรู้สึกผิด (guilty) เป็นบาป ตีเดียตนเอง หรือลงโทษผู้อื่น

2.2.4 ความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) การรับรู้คุณค่าในตนเองจะมีความเกี่ยวข้องกับ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ความสม่ำเสมอแห่งตน ปณิธานแห่งตน คุณธรรม-จรรยาแห่งตน โดยบุคคลที่มีการพัฒนาอัตมโนทัศน์ในส่วนย่อยดังกล่าวดี จะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองดีด้วย ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความวิตกกังวลสูง จะรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น และนำมาซึ่งความหวาดระแวง สงสัย มีขวัญและกำลังใจต่ำ มักจะรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low self-esteem) ในทำนองเดียวกัน บุคคลที่มีความรู้สึกสูญเสีย หรือเกิดความรู้สึกผิด หรือรู้สึกสูญเสียอำนาจ มักส่งผลให้บุคคลรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)

บุคคลต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางสังคม เป็นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลตามสถานภาพ หรือบทบาทที่มีอยู่ในสังคม ซึ่งจะต้องเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมเพื่อเป็นบรรทัดฐานหรือแกนนำที่ช่วยให้บุคคลเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรม เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตามบทบาทของตน เพื่อเป็นที่ยอมรับของสังคม และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

การแสดงบทบาทของบุคคลที่ถือว่ามีความเหมาะสม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมการแสดงออกตามบทบาท จะต้องเป็นไปตามความคาดหวังของสังคม (instrumental behavior)

2. การแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกต่อบทบาท (expressive behavior)

บุคคลจะต้องมีการปรับตัว เพื่อให้การแสดงบทบาทของตนเป็นได้ปกติ หากแต่จะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในส่วนนี้จะแสดงออกใน 4 ลักษณะ ดังนี้

3.1 การที่ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อบทบาท แต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีแบบอย่าง (role model) และ/หรือ ขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทนั้น เช่นสตรีที่มีบุตรคนแรกมีความลำบากใจในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากไม่มีความรู้ที่เพียงพอ เป็นต้น

3.2 การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความเป็นจริง (role distance) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมกับบทบาท แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เพื่อต้องการปกปิดสิ่งที่ตนรู้สึกไม่สบายใจ เช่น ผู้ป่วยที่แสดงกิริยาสดชื่น แจ่มใส เพื่อปกปิดความวิตกกังวล และความกลัวที่ตนมีอย่างมากมาต่อการเจ็บป่วย และการที่จะต้องทำผ่าตัด

3.3 ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท (role-conflict) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการไม่สามารถแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบทบาทของตนได้ ในบางสถานการณ์ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมาจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อตนไม่ตรงกัน เช่น หญิงที่มีการตั้งครรภ์ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีตามความคาดหวังของสามีได้

3.4 ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (role-failure) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถกลับไปทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวในอันที่จะหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้เช่นเดิม เป็นต้น

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากัน (interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองด้านสังคมอีกประการหนึ่ง ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ และการได้รับความรัก ความนับถือ และยกย่องของบุคคล เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งทั้ง 2 ฝ่ายจะต้องเป็นผู้ให้และผู้รับไปพร้อม ๆ กันด้วยความเต็มใจ ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างสมดุลจะก่อให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

การปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากันประกอบด้วยสัมพันธภาพ 2 อย่าง คือ

1. สัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด (significant others) เป็นผู้ที่บุคคลรับรู้ว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อชีวิตตนเองมากที่สุด เช่น บิดา มารดา บุตร เป็นต้น

2. สัมพันธภาพกับระบบสนับสนุน (support others) ซึ่งเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และพึ่งพาซึ่งกัน และกัน เช่น เพื่อน เครือญาติ สมาคม ชมรม บริการสุขภาพ เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมแสดงการพึ่งพาจะแสดงออกใน 2 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมการได้รับ (receptive behavior) และพฤติกรรมการให้ (contributive behavior) ซึ่งควรดำเนินไปอย่างเหมาะสมระหว่างพึ่งพาตนเอง และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจและสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดภาวะไม่สมดุลระหว่างการพึ่งพาผู้อื่น และการช่วยเหลือตนเองจะทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นการปรับตัวตามธรรมชาติ แต่ในระยะพักฟื้น ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นการช่วยเหลือตนเองมากยิ่งขึ้น ถือว่าเป็นการปรับตัวตามปกติ แต่ถ้าการปรับตัวนี้มีปัญหา จะแสดงออกมาเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้คือ

4.1 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและการแสดงออกของการพึ่งพาอาศัยมากเกินไป หรือเกินความจำเป็น (dysfunction dependence) จนอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ยอมช่วยเหลือตนเองหรือเคลื่อนไหวตนเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

4.2 ผู้ป่วยมีพฤติกรรม และการแสดงออก ของการช่วยเหลือตนเอง มากเกินไป (dysfunction independence) ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จะต้องพักผ่อนอยู่กับเตียง แต่ผู้ป่วยไม่เชื่อฟังจะพยายามลงจากเตียงเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองเสมอ

พฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน เกิดจากการทำงานของกลไกการเผชิญเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคล การปรับตัวที่เกิดขึ้นในด้านหนึ่ง อาจกลายเป็นสิ่งเร้าเข้าไปกระทบการปรับตัวด้าน อื่น ๆ หรือสิ่งเร้าชนิดหนึ่งอาจเข้าไปกระทบการปรับตัวหลาย ๆ ด้านในเวลาเดียวกันได้ อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือความรุนแรงของสิ่งเร้าและระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลเอง การปรับตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี และดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ในทางตรงกันข้าม การปรับตัวที่ไม่ดี จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและไม่สามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข จึงเป็นบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล

4. ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขยับประสาทส่วนแขน

1. ปัญหาด้านร่างกาย ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขยับประสาทส่วนแขน ปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับการบาดเจ็บบริเวณไหล่และแขนข้างที่ได้รับบาดเจ็บ มีการสูญเสียการสั่งการ

เคลื่อนไหว และการรับสัมผัส แขนข้างที่ได้รับบาดเจ็บ กล่าวคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตไป เนื่องจากการบาดเจ็บชนิดรากประสาทถูกกระชากขาดจากไขสันหลัง (root avulsion) กล้ามเนื้อไหล่ ต้นแขน แขน และมือลีบ (atrophy) มีการยึดติดของข้อ (stiffness) ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการ Homer ซึ่งประกอบด้วยรูม่านตาเล็กลง หนังตาตก และไม่มีการหลั่งเหงื่อของใบหน้าซีกนั้น กลุ่มอาการ Homer จะค่อย ๆ ลดลงภายหลังการบาดเจ็บ แต่จะยังคงปรากฏให้เห็นอยู่เป็นเวลานาน (Hentz and Narakas, 1988) นอกจากนี้ยังมีความสูญเสียการทำงานของเส้นประสาท เช่น มีการรับความรู้สึกลดลงหรือขาดในบริเวณด้านในของแขน และฝ่ามือ ผู้ป่วยจะกางแขนไปข้าง ๆ ไม่ได้ เพราะมีอัมพาตของกล้ามเนื้อ deltoid, งอข้อศอกไม่ได้ เพราะมีอัมพาตของกล้ามเนื้อ supinator, แขนของผู้ป่วยจะอยู่ในท่าคว่ำมือตลอดเวลา พบการบวมของผิวหนังและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในลักษณะ trophic อันได้แก่ ผิวหนังเรียบ, มันและตึง, มีสีซีดและคล้ำ และขนน้อยลง ซึ่งปัญหาด้านร่างกายนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เกิดความเครียด ความคับข้องใจและวิตกกังวลมากขึ้น

ปัญหาเรื่องอาการปวดนับเป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน อาการปวดอย่างเรื้อรัง เป็นปัญหาที่ซับซ้อน และมีผลต่อสุขภาพทั้งกาย จิต อารมณ์ และสังคม (Simon, 1996) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดอย่างรุนแรง เช่น ปวดแสบปวดร้อน (burning pain) หรือถูกบีบรัด (crushing pain) เกิดขึ้นที่บริเวณแขนหรือข้อมือ ซึ่งจะปรากฏเป็นระยะ ๆ วันละหลายครั้ง ผู้ป่วยส่วนมากมักสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน เพราะอาการปวดทำให้ต้องงดกิจกรรม ขาดการออกกำลังกาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่กล้ามเนื้อลีบ ข้อและเนื้อเยื่ออ่อนยึดติด ข้อผิดรูป กล้ามเนื้อที่ตีอ่อนแรง เป็นต้น (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 2538) และอาการปวดที่รุนแรงเรื้อรัง ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย (Mc Caffery and Beebe, 1989) อีกทั้ง ระบบการควบคุมอุณหภูมิ และสีผิวของแขนข้างที่ได้รับบาดเจ็บก็มีความผิดปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติ (Davis, 1994) แม็ค คาฟเฟอริ และบีบี (Mc Caffery and Beebe, 1989) กล่าวว่า อาการปวดอย่างรุนแรงและเรื้อรังในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของ ข่ายประสาทส่วนแขน มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนแรง ขาดเหตุผล ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ทุกข์โศก ท้อแท้และหมดหวัง จนอาจมีปัญห่อื่นเช่น คิดยา คิดเหว้า หรือมี พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ ซึ่งกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ครอบครัว การงาน และสังคม

2. ปัญหาด้านอัตมโนทัศน์ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามียาจนถึงการศึกษา ด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน แต่จากเหตุผลที่อาการแสดง

ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน คือการเกิดความคิดที่มือและแขนแบบชั่วคราวหรือถาวรก็ตาม มีความคล้ายคลึงกับการได้รับบาดเจ็บที่ประสาทไขสันหลัง กล่าวคือเกิดอัมพาต สูญเสียหน้าที่การสั่งการเคลื่อนไหว และการรับสัมผัสของอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้วิจัยจึงนำผลการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบต่ออัมมโนทัศน์ที่เกิดขึ้นนั้นมาสรุปได้ดังนี้

2.1 อัมมโนทัศน์ด้านร่างกาย เนื่องจากการบาดเจ็บที่มีผลต่อเส้นประสาท เป็นผลให้ร่างกายขาดการตอบสนองจากระบบประสาท ซึ่งทำให้สูญเสียการเคลื่อนไหวและความรู้สึกบริเวณมือ แขน (Davis, 1994) จึงมีผลกระทบต่อสภาพลักษณะอย่างมาก เคิทซ์ และเฮิร์ท (Kurt and Hurst, 1970) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการประเมินสภาพร่างกายระหว่างคนปกติ กับผู้ป่วยอัมพาตหญิงจำนวน 20 คน โดยใช้แบบประเมินเจตคติด้านร่างกาย (body attitude scale) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงที่เป็นอัมพาต ประเมินเกี่ยวกับร่างกายในทางที่ไม่ดี เนื่องจากสภาพลักษณะ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างอัมมโนทัศน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยหนุ่มสาว (Stuart and Sundeen, 1987) เป็นรากฐานของความเป็นเอกลักษณ์ คุณค่าแห่งตนและความภาคภูมิใจ (Carlson, 1980 ; Wassner, 1982) ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจนเกิดอัมพาต ย่อมมีผลต่อการรับรู้สภาพร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิม รวมทั้งวิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปด้วย จากสภาพที่เคยเป็นอิสระไปสู่การพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่มั่นคง โดดเดี่ยว (Davis, 1994) นอกจากนั้นยังทำให้มีความรู้สึกสงสารตนเอง (Lambert and Lambert, 1995) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพเกิดขึ้น

จากบทความของ เดวิด (David, 1988) พยาบาลผู้หนึ่งซึ่งประสบอุบัติเหตุ และได้รับบาดเจ็บของ ข่ายประสาทส่วนแขน กล่าวว่า เขาารู้สึกสูญเสียแขนไป มันเป็นเรื่องเศร้าสำหรับเขา เป็นผลให้มีภาวะสูญเสียสภาพลักษณะ อวัยวะ การงาน และสถานภาพในสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากการสูญเสียสมรรถภาพของแขน จะส่งผลให้เขาต้องประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งอาจทำให้เขาไม่อาจประกอบอาชีพพยาบาลต่อไปได้ ส่งผลให้เกิดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ และผิดหวังในผลการรักษา และไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน (Davis, 1994)

2.2 ด้านอัมมโนทัศน์ส่วนบุคคล

2.2.1 ด้านปณิธานหรือความคาดหวัง ในสถานการณ์ใหม่ที่ผู้ป่วยประสบ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสภาพตนเอง และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ดังนั้นรูปแบบการดำเนินชีวิตจำเป็นต้องเปลี่ยนไป ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาในการทำงาน ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทของคนในครอบครัว

หรือสังคม (Taylor and Ballenger, 1980) โดยธรรมชาติมนุษย์ทุกคนมีความเชื่อว่า การมีรูปลักษณ์ และสมรรถภาพที่สมบูรณ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ตนเป็นที่ยอมรับในครอบครัวและสังคม (Stryker, 1977) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาท ซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพร่างกายลดลง ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ตนคาดหวังไว้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์ ไม่เป็นที่ต้องการของสังคมและเป็นภาระของครอบครัว (Phipps, Long and Wood, 1983) นอกจากนี้โดยทั่วไปแล้วการรักษาการบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน จำเป็นต้องใช้เวลาประเมินผลประมาณ 4-5 ปี จึงจะสามารถบอกผลขั้นสุดท้ายของการรักษาได้ (Narakas, 1978) ซึ่งการเจ็บป่วยและอาการปวดที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความกลัว ความผิดหวัง ท้อแท้ และอาจหมดกำลังใจในการรักษาต่อไป

2.2.2 ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของ ข่ายประสาทส่วนแขน และอยู่ในสภาพพิการ (hand and arm disability) การรับรู้ต่อสมรรถภาพทางกาย เปลี่ยนไปย่อมก่อให้เกิดการยอมรับตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (Carlson, 1980) เนื่องจากการรับรู้ต่อสมรรถภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคคลที่ชอบและพึงพอใจต่อสภาพร่างกายของตนเองย่อมมีความภาคภูมิใจและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง ตรงกันข้ามบุคคลที่ไม่พึงพอใจต่อสภาพร่างกายและภาพลักษณ์ของตนเอง ย่อมมีผลให้ความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำไปด้วย (Hamacheck, 1978) นอกจากนี้ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2532) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะ โรคเรื้อรังจะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจแห่งตน จากการที่ไม่สามารถมีอำนาจเหนือความสามารถของร่างกาย เช่น อยากทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองก็ทำไม่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวังตามมาในที่สุด

2.2.3 ด้านศีลธรรมจรรยา ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ย่อมทำให้เกิดผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรม เช่น มีความรู้สึกโกรธตัวเองและผู้อื่น มีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเป็นคนเลว เป็นคนมีบาปหรือเคราะห์ร้าย

2.2.4 ด้านความมั่นคงในตนเอง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ก่อให้เกิดความหวาดกลัว อาจรักษาไม่หาย เนื่องจากวิธีการรักษาการบาดเจ็บของเส้นประสาทต้องใช้เวลาช้านานและไม่สามารถพยากรณ์โรคได้อย่างแน่นอน (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ, 2539) แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ รู้สึกไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจในความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา

เวลา เกี่ยวกับปัญหาตนเองในขณะนี้ และในระยะยาวว่าคนจะสามารถหายเป็นปกติได้หรือไม่ (Davis, 1994)

3. ปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ จากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลงซึ่งเป็นผลกระทบจากการที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านการพึ่งพาอาศัย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป หรือไม่ สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้สมบูรณ์ดังเช่นปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากไม่สามารถกลับไปทำงานเช่นเดิมได้ หรืออาจต้องย้ายไปทำงานในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญ ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ซึ่งจากการศึกษาของ รอสสัน (Rosson, 1987) พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 60 ที่ยังคงมีอาชีพภายหลังจากได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรรัตน์โสภา (Jiraratanasopha, 1995) ที่ทำการศึกษารองมืออาชีพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของ ข่ายประสาทส่วนแขน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า อุบัติการณ์การคงมืออาชีพเท่ากับร้อยละ 64.47 ส่วนบริช (Brich, 1984) กล่าวเพียงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวนี้ ก็ยังส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย

สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.4) เป็นเพศชาย (ภานุพันธ์ ทรงเจริญ, 2530) ซึ่งบทบาทผู้นำครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยภาคภูมิใจ ในความมีคุณค่าต่อครอบครัว แต่เมื่อเกิดภาวะสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ความรู้สึกภาคภูมิใจจะถูกทำลายไป เนื่องจากเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำหน้าที่ผู้นำครอบครัวได้สมบูรณ์หรือไม่ นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ยังเปลี่ยนแปลงไปด้วยเนื่องจากการรับการรักษาและการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหลายปี ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคมไป อีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนเองแขนพิการ จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม ขาดสิ่งสนับสนุนค้ำจุนจิตใจในขณะที่เผชิญภาวะเครียด ทำให้รู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่งสิ้นหวังและซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ จึงเกิดความล้มเหลวในบทบาทเดิม (role failure) และอาจไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ปรับเปลี่ยนไป ซึ่งได้แก่บทบาทของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition)

4. ปัญหาด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การสูญเสียสมรรถภาพของแขน จัดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ ต้องพึ่งพาคือคนอื่นมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมพึ่งพาตนเอง และพึ่งพาผู้อื่นใน 2

ลักษณะ คือ มีพฤติกรรมของการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง คอยแต่ขอความช่วยเหลือของญาติตลอดเวลา ในทางตรงกันข้าม บางรายช่วยเหลือตนเองมากเกินไป ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความทุกข์ทรมานกับการพึ่งพาผู้อื่น เกรงใจ และมักจะไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นแม้ในเวลาที่เป็น จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีอาการอัมพาตของแขนข้างที่ได้รับบาดเจ็บ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น และมีผลต่อสัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นด้วย โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าคุณเป็นภาระของครอบครัว เกิดความรู้สึกเครียด รู้สึกตนเองแตกต่างและต่ำต้อยกว่าบุคคลอื่น ต้องการความสันโดษ อยากอยู่คนเดียว และแยกตัวออกจากกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม และความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น (Soken and Carson, 1987 : 608) ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ไม่ยอมมารับการรักษาต่อ ทำให้เกิดความพิการ ไม่มีการฟื้นฟูของเส้นประสาทถึงระดับที่เป็นประโยชน์

5. โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

5.1 การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การสอนผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคล ให้เรียนรู้และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต โดยการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง และช่วยให้พวกเขาสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข จุดประสงค์ในการสอนผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและยอมปรับบทบาทใหม่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ฟื้นฟูสภาพให้หายได้เร็ว ลดความพิการและป้องกันโรคแทรกซ้อน ตลอดจนการสอนยังมุ่งให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ เห็นความสำคัญของตนเอง สามารถกลับไปทำงานและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Smith , 1989: 584-586)

วิธีการสอนหรือการให้ความรู้นั้น มีหลายวิธี ทั้งวิธีการสอนรายบุคคล และการสอนเป็นกลุ่ม ซึ่งในแต่ละแบบยังมีเทคนิคการให้ความรู้ด้วยวิธีการแตกต่างกัน และในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการสอนแบบใดที่เหมาะสมที่สุด และดีที่สุด (Easton et al., 1994) เพราะวิธีการให้ความรู้แต่ละวิธีต่างก็มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้รับการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามการสอนเป็นกลุ่มเป็นแบบที่มีผู้นิยมใช้กันแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน เพราะการเรียนรู้เป็นกลุ่ม ผู้เรียนมีการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูง

ใจในการเรียนรู้ ทำให้ทราบว่าตนไม่ได้ประสบปัญหาต่าง ๆ เพียงคนเดียว (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532 : 383) ผู้เรียนจะได้รับการประทับประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม (Knowles, 1980) ในด้านผู้สอน นั้นการเรียนการสอนแบบกลุ่มจะเป็นการประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย (Crenshaw, 1989) และช่วยให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้หลายคนในเวลาเดียวกัน สามารถแก้ปัญหากรณีที่มีผู้ป่วยมารับบริการมาก ในภาวะที่รัฐประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาล (Easton et al., 1994)

การสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มนั้นมีเทคนิคการให้ความรู้หลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต การใช้สถานการณ์จริง และการแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น ในอดีตนิยมใช้วิธีการบรรยาย (Redman, 1993) ซึ่งการสอนแบบนี้มีข้อจำกัดอยู่มาก กล่าวคือ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนน้อย และการเรียนการสอนไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาปรับปรุงเทคนิคการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่ม โดยนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอน

การสอนโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ ความแปรปรวนทางอารมณ์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายของตน การสอนผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตัวเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายไปได้ด้วยดี (Marram, 1978 :22-24) นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และการได้รับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประทับประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม (Brookfield, 1986) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วย ตลอดจนการรักษาที่ได้รับอย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529 : 180)

ได้มีการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น เพื่อลดความวิตกกังวล และความเครียดของผู้ป่วย จากการศึกษาของ เพิ่มพูล ธรรมเจริญ (2536) การสอนผู้ป่วยมะเร็งบริเวณคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องโรคมะเร็ง อาการ สาเหตุของโรค และการรักษา โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความกลัว เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ พุดคุยถึงปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น โทซีแลนด์ และริวาส (Toseland and Rivas, 1984) ได้กล่าวว่า การนำ ผู้

ป่วยที่มีปัญหาความพิการ เช่นเดียวกันมาเข้ากลุ่มสามารถช่วยให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่ามีคนอื่นเพียงคนเดียวที่ต้องเผชิญกับปัญหาเช่นนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพย์นี่ (Payne, 1993) เรื่องผลการสอนแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง พบว่าการสอนแบบกลุ่มมีผลดีต่อผู้ป่วยช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับการบาดเจ็บ โดยรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้คนเดียว มีความหวังเมื่อเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการดีขึ้น ได้รับการเรียนรู้ การประคับประคอง และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่ม เพย์นี่ ยังได้เสนอว่า โปรแกรมการสอนแบบกลุ่มควรนำไปใช้ในผู้ป่วยพิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยครอบคลุมเนื้อหาทั้งทางกายและทางจิตใจ เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยได้อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก กับสมาชิกที่มีสภาพปัญหาหรือความรู้สึกคล้ายคลึงกัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดการปรับตัวที่เหมาะสม

5.1.1 กลไกการทำงานของกระบวนการกลุ่ม

ในการเข้ามาอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยประเภทเดียวกันและปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ซึ่ง ยารอม (Yalom 1975 : 77-103) ถือว่าเป็นปัจจัยที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมของสมาชิกในกลุ่ม ได้แก่

1.มีลักษณะเป็นสากล (universality) เมื่อทราบว่าคนอื่น ๆ มีปัญหาเช่นเดียวกับตน จะเกิดความรู้สึกว่าตนไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น ตนไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ไม่รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เพราะยังมีเพื่อนที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง ตนจึงมีลักษณะเป็นสากล

2.เมื่อเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน จะทำให้เกิดการยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งคำแนะนำที่ได้รับนั้นจะเป็นคำแนะนำที่ง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริง

3.การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกได้ระบายความทุกข์ ความกลัว ความวิตกกังวล และได้รับการยอมรับในสิ่งเหล่านี้อย่างจริงจัง จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและมีกำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำ

4.การได้เห็นผู้ที่มีปัญหาล้ายตนและสามารถเผชิญปัญหาได้ จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่ทำให้อยากทำตาม ซึ่งทำให้เกิดการเลียนแบบ (identification) ขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความหวัง (instillation of Hope) ว่าตนควรจะเผชิญปัญหาได้เช่นเดียวกัน

5.ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้กับกลุ่ม จะสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง เกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นให้ได้รับข้อมูลความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่น ๆ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนสมาชิก จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีคุณค่าต่อสังคม และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

7. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิก รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกับเพื่อนสมาชิก (cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

8. การได้รับคำชี้แนะแนวทางจากผู้นำกลุ่ม และสมาชิกในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง จะทำให้สมาชิกได้ทราบแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อนำไปทดลองปฏิบัติ จนเกิดเป็นทักษะในการแก้ปัญหาขึ้นได้

9. สมาชิกที่เข้ากลุ่มจะเข้าใจธรรมชาติของชีวิตที่เป็นอยู่ เนื่องจากได้พบกับสมาชิกที่ประสบผลสำเร็จ และไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหา ซึ่งความจริงข้อนี้จะทำให้สมาชิกหาวิธีการแก้ปัญหาจากกลุ่ม และเลือกใช้ให้เหมาะกับตนเองมากที่สุด

5.1.2 องค์ประกอบในการจัดการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ที่กำหนดไว้นั้น จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบเหล่านี้ คือ การจัดตั้งกลุ่ม (group formation) ผู้ดำเนินการกลุ่มคือผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience) ซึ่งมาแรม (Marram, 1978) ได้กล่าวไว้สรุปได้ดังนี้

5.1.2.1 การจัดตั้งกลุ่ม (group formation) สิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึง คือ

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการสอน การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ การกำหนดวัตถุประสงค์ มาแรมได้ให้แนวคิดไว้ 3 ประการคือ (Marram, 1978 : 142-143)

1.1 องค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึงในการกำหนดวัตถุประสงค์ คือความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ หลักการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงปรัชญาของการพยาบาล ความสามารถ ความสนใจของพยาบาล

ในการทำกลุ่ม ทักษะของพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม นโยบาย และจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่ และหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปของการทำกลุ่ม ดังนี้

1.2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีจากการมีการเรียนรู้และมีประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่ม

1.2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และเปลี่ยนความรู้สึกลึกซึ้งคิดไปในทางที่ดีตลอดเวลาของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

1.2.3 ขจัดความรู้สึกของผู้ป่วยที่คิดว่า ตนเองถูกทอดทิ้ง สิ้นหวัง และความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

1.2.4 สร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ ได้เรียนรู้ประสบการณ์ และปัญหาของผู้อื่นในกลุ่ม

1.3 กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ เป็นการกำหนดว่าให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเองตามวัตถุประสงค์ทั่วไปของการทำกลุ่ม ดังนี้

1.3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มยอมรับฟังความคิดเห็น ปัญหาของผู้อื่น

1.3.2 เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มมีการซักถาม พูดยกยอเพื่อความกระตือรือร้นและความเข้าใจตรงกัน

1.3.3 เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มสามารถอธิบายความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของตน และสามารถอธิบายหรือให้ข้อมูลป้อนกลับในปัญหา ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่นได้

2. การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม

โดยทั่วไปการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของกลุ่มเป็นสำคัญ ซึ่งการคัดเลือกจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มนั้นจะพิจารณา ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนกัน ป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีพยาธิสภาพคล้าย ๆ กัน การจัดกลุ่มผู้ป่วยลักษณะนี้ สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือหัวเรื่องในการเข้ากลุ่มเรื่องเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ให้ความคิดเห็น และให้การช่วยเหลือ

ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เท่า ๆ กัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อย หรือแยกจากกันในกลุ่ม จะช่วยทำให้สมาชิกเข้ากันได้ง่าย

2.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านบุคลิกภาพ อายุ โรค เพศ การศึกษา และอาชีพ ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่าง ๆ ได้หลายมุม จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

เนลสัน (Nelson, 1979 : 610) ศึกษาพบว่า อายุและเพศ ไม่เป็นอุปสรรคในการทำกลุ่ม คนกลุ่มอายุต่าง ๆ มีความสามารถในการเรียนรู้เท่าเทียมกัน และการจัดกลุ่มให้มีทั้งสองเพศคละกัน จะทำให้สภาพของกลุ่มมีความคล้ายคลึงกับสภาพสังคมภายนอก

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกันในด้านความเจ็บป่วยโรคเดียวกัน ที่ได้รับบาดเจ็บของขาประสาทรส่วนแขน มาไม่เกิน 2 ปี เพราะเชื่อว่ากลุ่มจะสามารถสร้างความผูกพันทางจิตใจต่อกันได้เร็วขึ้น เนื่องจากมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน และจะได้รับการประคับประคองจากสมาชิกซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นกำลังใจในการปรับตัวต่อปัญหาได้ และมุ่งเน้นกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกัน ในด้านอายุ เพศ การศึกษา และอาชีพ เพื่อให้กลุ่มมีลักษณะที่สอดคล้องกับสภาพสังคมในชีวิตจริง

พยายามควรพิจารณาถึงคุณลักษณะและความพร้อมของผู้ป่วยว่าบุคคลใดสมควรจะนำมาเข้ากลุ่มเพื่อให้ความรู้ ควรจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางอ้อม คือ การดูจากแผ่นรายงานประวัติผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยตรง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978 : 145-148)

1. ประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่เหมาะสม ได้แก่

ก. ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ เช่น ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือไม่ (affective of mood characteristics)

ข. แบบแผนความรู้สึกลึกซึ้งคิด (thinking pattern) เช่น ผู้ป่วยมีความหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) หรือไม่

ค. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) เช่น ผู้ป่วยที่มีท่าทีไม่เป็นมิตร และปลีกตัวจากครอบครัว และจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือไม่

ง. การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (self esteem and self concept) เช่น ผู้ป่วยมองตนเองอย่างไร

จ. ความเป็นตัวของตัวเอง หรืออัตตาของผู้ป่วย (ego strength) เช่น ผู้ป่วยเป็นคนมีเหตุผลในการตัดสินใจความคิดเห็น หรือการกระทำของตนเองอย่างไร

ฉ. แบบแผนการติดต่อสื่อสาร (communication patterns) เช่น ผู้ป่วยมีรูปแบบของการติดต่อสื่อสารอย่างไร สามารถถ่ายทอดความคิดเห็นของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจความหมายได้อย่างไร

พยาบาลผู้นำกลุ่ม จะต้องนำเอาข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาพิจารณาอีกครั้ง เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความพร้อมเพียงใด สำหรับการเข้ากลุ่ม เช่น สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองและยอมรับฟังปัญหาของผู้อื่นหรือไม่ เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจไม่เหมาะกับการเข้ากลุ่ม ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรง

2. ประเมินความต้องการในการเข้ากลุ่มของผู้ป่วย โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ในการสอนผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ชักถามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะได้จากการทำกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และแสดงความเต็มใจในการที่จะได้มาเป็นสมาชิกกลุ่ม

หลังจากการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มได้แล้ว ควรจัดให้มีการทำสัญญาตกลงยินยอมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยในสัญญานั้นจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการ ทำกลุ่ม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกของกลุ่ม การทำสัญญาอาจทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นวาจา คำพูด ก็ได้ (Clark, 1977 : 66)

3. ขนาดของกลุ่ม

จำนวนสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานว่ามากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับลักษณะงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดใด อีกทั้งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง (Marram, 1978 : 151)

กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1982 : 183) เคลน (Klein, 1972 : 65) กล่าวว่า สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ถ้าหากมีกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้น ควรมีสมาชิกจำนวน 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด (Clark, 1977 : 62) เพราะการมีสมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้กลุ่มเกิดความ

วิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกกลุ่มมีมากเกินไป จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1975 : 284-285)

สำหรับการจัดรูปแบบกลุ่ม กลุ่มที่มีขนาดเล็กควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (face to face group) จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วมมาก เพราะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Lewis, Frain and Donnelly, 1993)

4. เวลาและสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม

การกำหนดสถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ (privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ และมีความมิดชิด ซึ่งจะสร้างความมั่นคง ปลอดภัย และความเชื่อมั่นมากขึ้น

เวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม ควรเป็นเวลาว่างไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลา

ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที และความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Yalom, 1975 : 278-279)

5.1.2.2 ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม

การให้ข้อมูลความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มจะประสบความสำเร็จเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การจัดตั้งโครงสร้าง การดำเนินการของกลุ่ม และคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้ให้เข้ากัน เพื่อความสำเร็จของกลุ่มได้อย่างดีเยี่ยม คือ ผู้นำกลุ่มนั่นเอง เพราะผู้นำกลุ่มสามารถกำหนดเกณฑ์ในการเลือกสมาชิกกลุ่ม ทำการสร้างสัมพันธภาพ สร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม สร้างโครงสร้างการดำเนินงานและบรรยากาศของกลุ่ม ตลอดจนนำเอาทักษะความเป็นผู้นำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ของการทำกลุ่มที่กำหนดไว้ (Marram, 1978 : 121) จึงกล่าวได้ว่า ผู้นำกลุ่มเป็นตัวจักรสำคัญที่จะช่วยให้งานกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

มาแรม (Marram, 1978 : 121-127) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้นำกลุ่มไว้ 4 ประการ คือ

1. ให้ความสะดวกเอื้ออำนวยก่อประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความเป็นเจ้าของกลุ่ม และมีสัมพันธภาพเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักในความสามารถของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาตนเอง

2. เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตแก่กลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นประชาธิปไตย สมาชิกทุกคนมีอิสระในการพูด การเสนอความคิดเห็น และการแสดงออกในกลุ่มได้อย่างเสรี พร้อมทั้งพยายามลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลภายในกลุ่ม

3. นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกตพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกว่ามีการพัฒนาองงามเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. สร้างความงอกงามให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร ในการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาประคอง และแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มนั้น จะมุ่งเน้นที่กิจกรรมหรือการปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มไว้ดังนี้ คือ (Marram, 1978 : 127-140)

1. กำหนดขอบเขตและแปลความหมายวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจตรงกัน และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

2. การกำหนดโครงสร้างทางกายภาพของกลุ่ม จำนวนสมาชิก ระยะเวลา และสถานที่ในการดำเนินกลุ่ม เพื่อความสะดวกสบายแก่กลุ่ม

3. การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการปะทะสังสรรค์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความรัก ความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน มีความมั่นคงปลอดภัยในกลุ่ม

4. การกระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนปัญหาที่คล้ายกันในกลุ่ม เพื่อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกันและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งมีผลให้เกิดความผูกพันยึดแน่นในกลุ่มต่อกัน

5. ความสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมแก่สมาชิกแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาที่ดีขึ้นภายในกลุ่ม

6. การลดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลอาจเกิดจากการเข้าร่วมกลุ่มที่สมาชิกคิดว่าการร่วมเปิดเผยตนเองมากเกินไป จะทำให้กลุ่มปฏิเสธตนเอง กลัวกลุ่มไม่ยอมรับ ทำให้วิตกกังวล ผู้นำกลุ่มต้องช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มให้คลายความวิตกกังวล และให้สมาชิกรู้สึกอบอุ่น สบายใจและเกิดความไว้วางใจในกลุ่ม

7. การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะสรุปความก้าวหน้าของกลุ่มทุกครั้ง พร้อมทั้งครั้งสุดท้ายในวันสิ้นสุดการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้มองเห็นความก้าวหน้าของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม

ส่วนนาเปียร์ และเกอร์เซนเฟลด์ (Napier and Gershenfeld, 1989 : 250-252) ได้แบ่งหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในการช่วยเหลือสมาชิกให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีและมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม โดยแบ่งบทบาทและหน้าที่ไว้ 2 ประการคือ

1. บทบาทและหน้าที่ในการทำงาน มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีการเลือกและกำหนดงานและเป้าหมายของกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมของกลุ่มประกอบด้วย บทบาทในการเริ่มต้นเสนอปัญหาและเริ่มต้นอภิปราย บทบาทในการหาข้อมูลและ นำมาวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหา บทบาทในการแสดงความคิดเห็น บทบาทในการให้ข้อมูลหรือคำตอบที่เป็นความจริงจากประสบการณ์ของตนเอง บทบาทในการให้ความร่วมมือและอภิปราย ให้คำแนะนำที่กระจ่างแจ้งว่าเกิดอะไรขึ้น และบทบาทในการทดสอบสิ่งที่เป็นไปได้ ซึ่งจะเป็งานของกลุ่มที่จะให้ข้อเสนอแนะตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

2. บทบาทและหน้าที่ในการประคับประคองกลุ่มไปสู่จุดหมาย มุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม มีบทบาทในการกระตุ้นสมาชิกให้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีบทบาทหน้าที่สนับสนุนตกลงกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งช่วยปรับให้สมาชิกมีความเข้าใจที่ดีต่อกัน ลดความเครียดในกลุ่ม พร้อมทั้งมีบทบาทในการวางมาตรฐานของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยกลุ่มดำรงอยู่ได้ และก่อให้เกิดสมาชิกมีความพอใจต่อกลุ่ม

5.1.2.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะ ดังนี้ (Marram, 1978 : 158-161)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (the introductory phase of initiating phase)

เป็นระยะที่เริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรแจ้งให้ทราบถึง ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งหน้าที่ของตนเอง แจ้งสมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎระเบียบและแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างความรู้สึกล่วงหน้าขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนเองออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์เรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหา หรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็น และพฤติกรรมของสมาชิกโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ซึ่ง สมิทและบาส (Smith and Bass, 1979 : 85) กล่าวว่า การประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจที่จะเปิดเผยระบายนใจ ความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยจะมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟัง โดยไม่มีการซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองด้วย มีผลให้สมาชิกลดความวิตกกังวลลง

ในระยะสร้างสัมพันธภาพนี้จะมีการสร้างปทัสถาน (norm) ของกลุ่มเพื่อเป็นกฎเกณฑ์สำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติสัมพันธ์กัน ซึ่ง ปทัสถานนี้ ผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นไว้แล้วเป็นบางส่วน ก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสร้างขึ้นบางส่วนในขณะที่ทำกลุ่มได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (working phase)

ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายนใจความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาละเอินวิธีแก้ปัญหามา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ

มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกกลุ่มได้ สมาชิกกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหาวางอย่างได้ ระเบียบนี้เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหา

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการทำให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง รวมถึงให้การสอนเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ตลอดจนสามารถปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (final phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากนี้จะใช้ในการประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้วยังต้องประเมินจากแบบทดสอบ และประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์ที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ มีสิ่งใดที่ต้องการคำแนะนำ หรือการฝึกเพิ่มเติมต่อไป เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีสมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของกระบวนการกลุ่ม มาใช้เป็นกลยุทธ์ในการสอนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บของชายอาสาส่วนแขน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ถึงอาการ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ในระหว่างผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำ และตอบข้อสงสัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ดี ต่อโรค และการรักษาพยาบาล โดยมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาคือ ความทุกข์ทางใจ อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางกาย โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเองตามการรับรู้ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับที่ตนเองเป็นอยู่ เพื่อให้มีอัตมโนทัศน์ที่ดี มีคุณค่าในตนเอง มีความคาดหวังเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไปในทางที่ดีขึ้น และมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทำให้ผู้ป่วย

สามารถปรับตัวต่อภาวะของโรคและการรักษาพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น และคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ

5.2 การพัฒนาโปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขายประสาทส่วนแขน

จากปัญหาที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขายประสาทส่วนแขน ต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียด อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งภาวะเครียดดังกล่าว นับว่าเป็นภาวะวิกฤต ที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Beland and Passoss, 1981 : 264) ทั้งทางด้านความสามารถของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ความพิการของแขน และการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ รวมทั้งปัญหาทางด้านบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ดังนั้นการพยาบาลเพื่อที่จะแก้ปัญหาและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจนั้น ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ และจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดโปรแกรมการสอนสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการให้บริการปรึกษา เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านต่าง ๆ อันอาจได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านสุขภาพอนามัย สามารถเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยได้ (Fisher and Leverland, 1968 ; Fretz, 1982 : 15) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวในทฤษฎีของรอย ซึ่งกล่าวถึงกลไกการรับรู้ (cognator mechanism) ว่าเป็นกลไกการปรับตัวที่ประกอบด้วย การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา และกลไกป้องกันทางจิต ซึ่งบุคคลใช้ในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า และบุคคลสามารถเรียนรู้การปรับตัวในส่วนนี้ได้ ดังนั้น โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขายประสาทส่วนแขนนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เกิดการเรียนรู้ และการเรียนรู้ มีการตัดสินใจและการแก้ปัญหา รวมถึงการจัดการด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้งด้านชีวิตจิตสังคม ยิ่งกว่านั้น โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขายประสาทส่วนแขน ยังจัดเป็นสิ่งเร้าร่วมที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอีกด้วย

แม้ว่าการสอนผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรกระทำแก่ผู้ป่วยทุกราย แต่การสอนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขายประสาทส่วนแขน ในปัจจุบันยังขาดแบบแผนที่ชัดเจน ว่าควรสอนอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และคงอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงพัฒนา โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขายประสาท

ส่วนแขน ขึ้น จากแนวคิดของ อควิลเลอรา และ เมสสิก (Aguilera and Messick, 1982) ที่กล่าวถึง องค์ประกอบที่ส่งเสริมการปรับตัว เพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลไว้ 3 ประการ คือ

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง จะทำให้เข้าใจสาเหตุและ ลักษณะของความเครียดได้ดี จะนำไปสู่การแก้ปัญหา เพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้าการรับรู้เหตุการณ์ผิด การแก้ปัญหาจะไม่สำเร็จ ความเครียดยังคงอยู่ต่อไป

2. การได้รับสิ่งช่วยเหลือสนับสนุน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และมีบุคคลอื่นที่มีความ เข้าใจจะช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหา และหาวิธีแก้ไขปัญหาก็ดีขึ้น ในหลายโอกาส ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ไม่มีที่พึ่งพา ขาดเพื่อน จะมีความรู้สึกว่าเหว ความเครียดก็จะเพิ่มขึ้น

3. กลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียด ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ในชีวิตประจำวัน และจะสะสมไปเรื่อย ๆ เมื่อชีวิตพัฒนาไปตามวัย บุคคลจะแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ได้ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียด จะมีการใช้กลไกการปรับตัว เพื่อเผชิญกับภาวะ เครียด และรักษาภาวะสมดุลย์ให้กลับมาเช่นเดิม

ดังนั้นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้ทำการสัมภาษณ์ใน แนวลึก ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน ที่มารับการติดตามการรักษาที่ห้อง เผือก ตีกสยามินทร์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 6 ราย ถึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์อาจารย์แพทย์ อาจารย์ พยาบาล และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน จำนวน 5 ท่าน เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ของผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเนื้อหาใน โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม โดยให้ ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ข้อมูลทางเลือกของการ รักษา และแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตน วิธีการจัดการกับ อาการปวด และความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เกิดการรับรู้และเรียนรู้ มีการตัดสินใจและการ แก้ไขปัญหา รวมถึงการจัดการด้านอารมณ์ โดยมุ่งเน้นที่การฝึกปฏิบัติเป็นสำคัญ เพื่อนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม

สำหรับ โปรแกรมการสอนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วน แขน ผู้วิจัยได้นำกลวิธีกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วย มุ่งให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทั้งจาก

พยาบาลและผู้ป่วยด้วยกัน โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสอภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ รวมทั้งได้ฝึกทักษะการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยพยาบาลเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ และประสานงานให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากหลักการและแนวคิดที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาโปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยกำหนดหัวข้อในโปรแกรมการสอน 4 หัวข้อ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บของ ชายประสาทส่วนแขน
2. การจัดการกับอาการปวด
3. การจัดการกับความเครียด
4. แหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน

5.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บของ ชายประสาทส่วนแขน

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน ส่วนใหญ่ ไม่ทราบถึงลักษณะของโรค และการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยมักมีความคับข้องใจ และขาดความมั่นใจในสุขภาพของตนเอง เนื่องจากไม่ได้รับการอธิบาย หรือได้รับการอธิบายแต่ไม่เข้าใจ ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำ จากทีมงานผู้รักษา (Jiratanasopha et al. , 1995) พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพและเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความสังเกตที่ดี เข้าใจปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย สามารถเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย และที่สำคัญ คือสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งย่อมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นที่จะเรียนรู้หรือรับบริการปรึกษา (กองการพยาบาล, 2532 : 140) ฉะนั้นกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่จะทำหน้าที่เป็นครู เป็นผู้ให้ข้อมูล และเป็นผู้ให้บริการปรึกษา (Peplau, 1992) ให้แก่ผู้ป่วย

พยาบาลในฐานะบุคลากรทีมงานการรักษาส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน จึงต้องมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือส่งเสริม ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เข้าใจสภาพปัญหาของตนเอง และเกิดการเรียนรู้ เพื่อให้มีการ

เปลี่ยนแปลงของความรู้ เจตคติ และทักษะของการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาของ พอลลอค (Pollock, 1992) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ลักษณะความรุนแรงของโรค ความสามารถในการจัดการกับปัญหา และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทาล และคณะ (Taal et al., 1993) ระบุว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการปรับตัวให้เข้ากับการรักษาพยาบาล การจัดการกับตนเอง และความรู้สึกรักจากสภาพความพิการได้

ดังนั้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็นดังกล่าว นับเป็นสิ่งจำเป็นและมีคุณประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยเพิ่มการรับรู้ และการเรียนรู้ของกลไกการรับรู้ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย (Davidhizar, 1997) นอกจากนี้ พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้อภิปรายถึงความคาดหวังในอนาคตของผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตน (Davis, 1994) เนื่องจากอาการอัมพาตของแขนเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และต้องใช้ความอดทนในการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อีกทั้งผลของการรักษาอาจไม่แน่นอน หรือไม่เห็นผลทันที ดังนั้น ผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ และไม่ต้องการที่จะรับการรักษาต่อไปได้ ดังเช่น จากการศึกษาของ ฆานูพันธ์ ทรงเจริญ (2530) พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ได้มารับการรักษาในระยะแรก รวมถึงขาดการรับความคิดเห็นการรักษอย่างสม่ำเสมอ แต่ไปรักษากับหมอพระ หรือหมอชาวบ้าน ซึ่งไม่ได้ให้การรักษาด้วยวิธีที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดความพิการของแขนอย่างถาวร การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความหวังจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาล เพราะการที่ผู้ป่วยเกิดความหวังขึ้นนั้น จะเป็นสิ่งกระตุ้นจิตใจให้เกิดพฤติกรรมในการเผชิญอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียด ยอมรับอาการอัมพาตของแขน ซึ่งสามารถรักษาฟื้นฟูสภาพได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งความหวังเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย (Bronstein, 1991; Davis, 1994 ; ประคอง อินทรสมบัติ, 2529)

สิ่งควรคำนึง ในการสอนผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค นอกจากผู้สอนจะต้องมีความรู้ และทักษะที่ดีแล้ว ยังจะต้องใช้จิตวิทยาการเรียนรู้ เป็นองค์ประกอบด้วย เนื่องจากผู้เรียนรู้ อยู่ในสถานะที่แตกต่างกันทั้งภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ ความพร้อม เจตคติ หรือความเชื่อ การยอมรับสิ่งต่าง ๆ และสิ่งสำคัญคือ ความต้องการของผู้เรียนมีความแตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลควรผสมผสานหลักการทางการพยาบาล และหลักทางการศึกษาเข้าไว้ด้วยกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ให้มากที่สุด (Seley, 1994)

5.2.2 การจัดการกับอาการปวด

อาการปวดนับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วน แขน เนื่องจาก การได้รับอันตรายของระบบประสาท sympathetic ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยถึงร้อยละ 90 โดยมีลักษณะและระยะเวลาการดำเนินโรคต่างกัน ผู้ป่วยมีอาการปวดแบบเรื้อรัง มีอาการปวดแสบปวดร้อนที่บริเวณแขนข่ายที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งการเจ็บปวดชนิดนี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้มาก ร่างกายจะแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ ทั้งทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก ระบบประสาทอัตโนมัติ และจะมีพฤติกรรมแสดงออกทางด้านจิตใจด้วย (Bourbonnais, 1981)

ความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในด้านความทนต่อความเจ็บปวด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความเจ็บปวด มีผู้ศึกษาทั้งทางด้านกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยาเคมี และจิตวิทยา ส่วนใหญ่มีความเห็นพ้องกันว่า ความเจ็บปวดเป็นภาวะที่มีความสัมพันธ์กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อวิธีบรรเทาความเจ็บปวดด้วย

จากการศึกษา ของ วิน แพร์รี่ (Wynn Parry, 1995) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ต้องเผชิญกับอาการปวดอย่างทรมาน ซึ่งเป็นอาการปวดที่รุนแรง และเรื้อรัง รวมทั้งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการรับประทานยาระงับปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แม็ค คาฟเฟอร์รี่ และบีบี (Mc Caffery and Beebe, 1989) ที่กล่าวว่า อาการปวดของ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน เป็นอาการปวดที่เรื้อรัง และมักไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาด้วยยาระงับปวด หรือยากล่อมประสาท ก่อให้ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาแสดงออกในลักษณะ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล กลัว เศร้า หรือหมดหวัง ซึ่งจัดเป็นสิ่งที่เร้าตรงที่มีผลต่อการปรับตัว ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน

ดังนั้นในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย พยาบาลต้องนำความรู้เกี่ยวกับวิถีประสาทของความเจ็บปวด พยาธิสรีรวิทยาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดต่าง ๆ นั้นมาเป็นหลักในการวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดหลักปฏิบัติเป็น 2 ระดับ คือ (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539)

1. เปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดในระดับสมอง

การเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดในระดับสมองนั้น กระทำได้โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บปวดที่ถูกต้อง เพื่อบรรเทาให้ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวล หรือเครียดต่อความรู้สึกเจ็บปวด ทั้งในระยะก่อน และเมื่อมีความรู้สึกเจ็บปวดแล้ว เช่นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ที่ยังไม่มีอาการปวด จะมีความกลัวและกังวลว่าจะเจ็บปวดมาก หรือผู้ป่วยที่

เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดมาก่อน ก็ยังคิดว่าตนเองอาจมีความเจ็บปวดมากเหมือนที่เคยผ่านมา หรือมากยิ่งขึ้น ซึ่งความรู้สึกดังกล่าว จะยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย เช่น ให้ความรู้ในเรื่องโรค การรักษา และการได้รับยาระงับปวด โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับอาการปวด และการบรรเทาได้โดยไม่ต้องอาศัยยา

วิน แพร์รี (Wynn Parry, 1995) กล่าวว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ที่รักษาอาการปวดด้วยยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวและกังวลมาก เนื่องจากเขาไม่รู้และไม่เข้าใจว่า เหตุใดเขาจึงต้องมีอาการปวด ในขณะที่มีอาการอัมพาตของแขน พยาบาลควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เขาจะต้องเผชิญกับอาการปวด เข้าใจปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อการที่เส้นประสาทถูกทำลาย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึก หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ เอะอะ โวยวาย และบรรเทาอาการปวดลงได้ และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคเดียวกัน จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โบว์แมน (Bowman, 1994) ที่พบว่า พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับอาการปวดได้โดยการอธิบายถึงการรับรู้ และสาเหตุของอาการปวด และควรให้ผู้ป่วยมีโอกาสระบายความรู้สึกหรืออารมณ์ที่ตนเองประสบ เช่น โกรธ คับข้องใจ เครียด สงสารตนเอง รู้สึกผิด เพื่อให้ผู้ป่วยลดความเครียดไปสู่การยอมรับได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ (Covington, 1993) ส่วนวิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ต้องอาศัยยากระทำได้หลายวิธี เช่น การทำกายภาพบำบัด การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยไปกับงานอดิเรก กิจกรรมนันทนาการ และการทำงาน ซึ่งนับเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Wynn Parry, 1995)

แม็ค คาฟเฟอร์รี (Mc Caffery, 1979) แนะนำว่า การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวด ควรเน้นให้ผู้ป่วยทราบข้อดี และผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยควรรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงระดับยาในกระแสเลือด ซึ่งจะสามารถควบคุมอาการปวดได้ พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่า โอกาสของการติดยาระงับปวดนั้น มีน้อยกว่า ร้อยละ 1 พยาบาลควรดูแล ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้ยอมรับอาการปวด และช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการปวด และการปรับตัวต่ออาการปวด เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นการสร้างเกราะป้องกันบุคคลจากความรู้สึกเจ็บปวดได้ด้วย การเพ่งความสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และพยายามสร้างความรู้สึกใหม่ ที่แจ่มใส และไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และลดความเครียดได้ การสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงวงจรการปวด หากยิ่งเครียดจะยิ่งปวด และควรเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มการผลิตของสาร endorphines ซึ่งมีผลต่อการบรรเทาอาการปวด

2. ปรับสัญญาณ ความเจ็บปวดในระบบการควบคุมประตุในระดับไขสันหลัง

การปรับสัญญาณความเจ็บปวดในระบบควบคุมประตุ ในระดับไขสันหลัง กระทำ ได้ด้วยการเพิ่มการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ เพื่อให้ประตุควบคุมความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง ปิด จะได้ไม่มีการส่งกระแสความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองส่วนกลาง จากการศึกษาพบว่า การนวด การลูบ และการสัมผัสผิวหนัง จะเป็นการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ประตุควบคุมความรู้ สึกเจ็บปวดที่ไขสันหลังปิด ผู้ป่วยจึงทุเลาหรือหายจากอาการเจ็บปวด จอห์นสัน (Johnson, 1965) กล่าวไว้ว่า การสัมผัสเป็นพฤติกรรมที่สามารถสื่อสารให้เกิดความรู้สึกสบายใจ ตระหนักถึงความ รัก ความปลอดภัยและความอบอุ่นที่สัมผัสถ่ายทอดให้แก่ผู้รับการสัมผัส

สุวรัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์ (2534) ได้ศึกษาเรื่อง “ผลของการสัมผัสต่อระบบ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน” กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กชายและหญิงวัย เรียน (7-12ปี) ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่โรงพยาบาลศิริราช รามาริบัติ เด็ก และวชิรพยาบาล รวม 40 ราย ผลการวิจัยสรุปว่า การสัมผัสสามารถบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาถึงคุณค่าของเทคนิคการผ่อนคลาย ที่สามารถช่วยปฏิกิริยาทางกายที่ บุคคลสร้างขึ้น เพื่อตอบโต้ต่อสิ่งเร้า ทำให้ลดความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ เช่น ใน การคลอด เมื่อนำหลักของการผ่อนคลายไปปฏิบัติ พบว่า ทำให้การเจ็บครรภ์คลอดลดลง นอกจากนี้ ยังนำมาใช้ในโรคมะเร็ง ไมเกรน ภูมิแพ้ และผู้ที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง (สมพันธ์ ใหญ่ชिरะนันท์, 2539) และการผ่อนคลายเป็นทักษะที่ฝึกหัดได้ จากการเรียนรู้ และศึกษาปฏิบัติเทคนิค การผ่อนคลายที่มีผู้รู้คิดออกแบบไว้เป็น 2 แบบ คือ

1. การฝึกทางกาย โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากอบตัน (Jacobson, 1938 cited in Forman, 1993) ได้กล่าวถึงหลักการว่า ต้องมีการเรียนรู้ให้ได้ว่า ความเครียดนั้นเป็นอย่างไร โดยการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อให้เครียดที่สุด แล้วผ่อนคลายออกมา และจำความรู้สึกเครียดนั้นไว้

2. การฝึกทางจิตใจ ส่วนใหญ่จะเป็นการทำสมาธิ โดยการเดินจงกรมหรือนั่ง สมาธิก็ได้ กำหนดจิตใจให้ยึดอยู่ที่ใดที่หนึ่ง และหายใจอย่างเต็มที่ (deep breathing exercise) การฝึก หายใจเป็นการฝึกกล้ามเนื้อทรวงอก และหน้าท้องเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผลการคลายความเครียด จะเกิด สมาธิ (meditation) ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีการฝึกการหายใจ ทำโดยการใช้นเทคนิคการ ทำสมาธิเป็นประจำทุกวัน โดยมีองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ

2.1 อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือห้อง ที่เงียบสงบ

2.2 มีการกำหนดจิตอยู่ที่ลมหายใจ หรือคำพูด หรือพยางค์ที่จะต้องพูดซ้ำ ๆ กันตลอด

2.3 ปล่อยวางเรื่องต่าง ๆ ที่เข้ามาในหัวของความคิดคำนึง มุ่งอยู่ที่การกำหนดจิตเท่านั้น

2.4 อยู่ในท่าที่สบาย

ผู้วิจัยเห็นด้วยกับหลักการของเทคนิคการผ่อนคลาย ดังกล่าว ในหัวข้อการจัดการกับอาการปวด ของโปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับอาการปวด วิธีการรักษา และวิธีการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ต้องอาศัยยา จากนั้น ให้ผู้ป่วยได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับเนื้อหาที่นำเสนอ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายหาแนวทางการจัดการอาการปวดที่เหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกทักษะเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) ทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจอย่างลึก และนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.2.3 การจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ความเครียดมีอิทธิพลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของมนุษย์ เป็นอย่างมาก (Sorensen et al., 1986) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน ต้องประสบกับภาวะเครียดจาก สาเหตุทั้งภายในและภายนอกตัวผู้ป่วย กล่าวคือ

1. สาเหตุจากภายในตัวผู้ป่วย

มนุษย์ทุกคนต้องการมีร่างกายที่สมบูรณ์ อันเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ดังนั้น การได้รับบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอัมพาตของแขน สูญเสียการเคลื่อนไหวและการรับรู้สีกลิ่น ย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมอเรย์ และเซนท์เนอร์ (Murry and Zentner, 1975) กล่าวว่า บุคคลไม่เพียงแต่ต้องการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่บุคคลยังต้องการมีความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวนั้นด้วย ดังนั้น การบาดเจ็บของชายประสาทส่วนแขน จึงเป็นสัญญาณของการสูญเสียกลไกการควบคุมที่มีอยู่ และเคยมีมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนพิการ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง สมรรถภาพทางร่างกายลดลง หหมดโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รายได้ลดลง อาจต้องเปลี่ยนบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม ค่านิยมในสังคมต้องการบุคคลที่มีร่างกาย

สมบูรณ์ นับว่ามีผลต่อความภาคภูมิใจในบุคคลที่ต้องสูญเสียการทำหน้าที่ของแขนไป และเนื่องจาก การสูญเสียนี้ ทำให้ผู้ป่วยกลัวการสูญเสีย ที่จะเกิดขึ้นต่อไป เช่น กลัวการต้องออกจากงาน กลัว การดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ (Farrell, 1977) ก่อให้เกิดอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียด หรือวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้น

2. สาเหตุจากภายนอกตัวผู้ป่วย

สังคมและการมีความสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อม อาจช่วยลดความเครียดหรือทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือปฏิบัติกิจวัตรได้ตามปกติ เหมือนเดิม รู้สึกท้อแท้ใจ และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากสังคม จะรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ว้าเหว่ ก่อให้เกิดภาวะเครียดยิ่งขึ้น

เดวิส (Davis, 1994) กล่าวว่า เป็นการยากต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของขาข้าง ประสาทส่วนแขน ที่จะยอมรับการเป็นอัมพาตของแขน การมีแขนลีบ พิการ หรือต้องมียอแผลผ้า ตัดซึ่งยาวมาก จะมีผลกระทบต่อสภาพลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งเขาคิดว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก ผู้ป่วยส่วนมาก ต้องการความช่วยเหลือ ในการจัดการกับความเครียด เนื่องจากการสูญเสียการเคลื่อนไหว และการ รับความรู้สึกของแขน การสูญเสียสภาพลักษณะ การสูญเสียหน้าที่การทำงาน การสูญเสียความมีคุณค่า ในตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง เช่น การปฏิเสธ รู้สึกโกรธ ซึมเศร้า หมดหวัง ทำให้การ ปรับตัวเป็นไปด้วยความยากลำบาก

ได้มีการศึกษาค้นคว้าและหาวิธีการในการจัดการกับความเครียดอย่างมากมาย วิธี การที่จะช่วยลดหรือป้องกันความเครียด และลดผลของความเครียด แบ่งออกได้เป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

1. การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา รับประทานอาหาร ที่เหมาะสม รู้จักออกกำลังกาย รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา รู้ จักสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน เป็นต้น

2. ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น รู้จักมองและประเมินเหตุ การณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง การเรียนรู้ข้อจำกัดของตนเอง และสัญญาณในคนที่บ่งบอก ความเครียดที่มากเกินไป

3. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น วิธี การผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกหายใจ และการควบคุมร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย ซึ่งเป็น

วิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง การใช้วิธีการเหล่านี้ จะต้องรู้จักเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

ซีนีย์ (Cheney, 1984) กล่าวว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความพิการของร่างกาย และมีการฟื้นฟูสภาพได้นั้น โดยการให้ความเห็นใจ รับฟัง ให้โอกาสผู้ป่วยระบายความรู้สึก ภายใต้อัมพันรภาพที่อบอุ่น และปลอดภัย และพยาบาลต้องตระหนักและยอมรับปฏิกิริยาการสูญเสีย และเสริมสร้างให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง เพื่อมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่อไป

วัตสัน (Watson, 1982) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องประสบกับการสูญเสียนั้น บทบาทของพยาบาลในอันดับแรกคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายหรือแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการสูญเสียนั้น พยาบาลควรเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคองและให้กำลังใจ และพยาบาลควรชี้แนะอธิบายถึงปฏิกิริยา และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก พร้อมทั้งชี้แนวทางในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป พยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ซึ่ง โควิงตัน (Covington, 1993) กล่าวว่า การปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทนั้น มิใช่เพียงให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงว่าตนเองพิการ แต่หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะดำรงอยู่กับอวัยวะที่ยังสามารถใช้งานได้อยู่ อย่างดีที่สุด และ เดวิด (David, 1988) พยาบาลที่ประสบกับภาวะความพิการของแขน เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน แนะนำว่า สิ่งสำคัญต่อการปรับตัวคือ อย่าท้อแท้ อย่าคิดว่าตนทำไม่ได้ ควรมีการฝึกการใช้แขนข้างเดียว โดยเริ่มจากการช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ หรือการแต่งตัว และควรเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการอ่านหนังสือ หรืองานอดิเรกอื่น ๆ

ดังนั้นการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับอารมณ์ ลดความเครียด จากภาวะการสูญเสียสภาพลักษณะ และการทำงานของแขน เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน นั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ภายใต้อัมพันรภาพที่อบอุ่น และปลอดภัย และพยาบาลและจากกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องประสบภาวะเช่นเดียวกันและให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ปัญหาและกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด เกิดการเรียนรู้ ลดความเครียด และเข้าสู่ระยะของการปรับตัวเพื่อฟื้นคืนสู่สภาพ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม

5.2.4 แหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน

การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของค่ายประสาทส่วนแขน นั้น ต้องใช้วิธีการมากมาย หลากมิตติ ต้องการทีมสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะทั้งศัลยแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด และพยาบาล แต่ประเด็นสำคัญอย่างหนึ่ง คือการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของค่ายประสาทส่วนแขน โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล หากไม่มีความเจ็บป่วยแทรกซ้อนใด ๆ รวมถึงการผ่าตัดรักษาเชื่อมต่อเส้นประสาท ผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก และพักค้างภายในโรงพยาบาลเพียง 1 คืนเท่านั้น ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแลปัญหาสุขภาพตกอยู่ที่ตัวผู้ป่วย โดย ผู้ป่วยเองมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยควรจะได้รับรู้ถึงบริการสุขภาพที่มีอยู่ รวมถึงมีแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อที่จะได้สามารถเลือกใช้บริการขณะเกิดปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพราะถ้าหากผู้ป่วยรับรู้ถึงบริการทั้งหมดที่สามารถให้ความช่วยเหลือตนได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก็ไปในทางที่ดีขึ้นด้วย รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

จากการศึกษาของรุ่งนภา บุญประคิมฐ์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้ดีและเหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ถึงการบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้ถูกต้องกับความต้องการ และสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของพอลลอค (Pollock, 1992) ที่กล่าวว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่จัดให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย และเซลเลย์ (Seley, 1994) ได้แนะนำถึงกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จในการสอนผู้ป่วย ว่าควรมีการติดตามอาการและการส่งต่อ หรือจัดระบบเกื้อหนุน เช่น การจัดประชุมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้การสอนและการปรับประคับประคองสนับสนุนดำเนินต่อไปได้

ซึ่งแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของค่ายประสาทส่วนแขน ที่ผู้ป่วยควรรับรู้และได้รับประกอบไปด้วย

1. แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เป็นการตรวจและการนัดให้มาตรวจ การมารับการตรวจตามนัดจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเต็มที่ มิใช่เพียงการตรวจโรค ระยะของโรค แต่ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความสามารถในการปรับตัว รวมทั้งวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม

2. ระบบส่งต่อผู้ป่วย มีเครือข่ายเชื่อมโยง และมีบริการรองรับ ลดความยากลำบากของผู้ป่วย
3. บริการสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น คู่มือการปฏิบัติตัว, หนังสือพิมพ์, โทรทัศน์, โทรศัพท์ ฯลฯ
4. กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) มีบุคลากรช่วยสนับสนุน อำนวยความสะดวกให้ความรู้ คำชี้แนะ
5. บริการสุขภาพอื่น ๆ เช่น คลินิกบรรเทาปวด (pain clinic)

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพ และมีแหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาล สามารถเลือกรับบริการได้ด้วยตนเอง การเผชิญกับความเจ็บป่วย และการปรับตัวเป็นไปอย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า แหล่งให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน

ความสำเร็จของการรักษาพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ต้องการการประสานงานของทีมสหวิทยาการ ซึ่งบทบาทของพยาบาลนั้น นับเป็นบทบาทที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย ความเครียด และสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่เปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อดำรงซึ่งความสมดุลแห่งชีวิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ต้องเผชิญกับความเครียดสูง อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความสุขนั้น จำเป็นต้องอาศัยการปรับตัวที่เหมาะสม และผู้ป่วยจะมีการปรับตัวได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งโปรแกรมการสอนก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการปรับตัว กล่าวคือ โปรแกรมการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข่ายประสาทส่วนแขน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตน ถูกต้องตามความเป็นจริง เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม เรียนรู้กลวิธีในการเผชิญปัญหา และความเครียดจากอาการปวด และการสูญเสียภาพลักษณ์ อีกทั้งได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากพยาบาล และ

กลุ่มผู้ป่วย รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีความหวัง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัศนีย์ พุกษาชีวะ (2535) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่ม ต่อความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในหญิงมีครรภ์ ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 คน พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการให้คู่มือการปฏิบัติคนไปอ่านทบทวนภายหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้หญิงมีครรภ์มีความรู้เรื่องโรคดีกว่า และมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง เหมาะสมกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้วิจัยเสนอว่า ควรนำวิธีการใช้กระบวนการกลุ่มไปให้ ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

เพิ่มพูน ธรรมเจริญ (2536) ได้ศึกษาถึงผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 38 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เครื่องมือที่ใช้วัดการปรับตัวผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ของรอย ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และวิธีการปฏิบัติตัว โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก พุดคุยถึงปัญหาและแนวทางแก้ไข ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้วิจัยได้เสนอแนะให้นำวิธีการกระบวนการกลุ่มไปใช้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะ เช่น ผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

กัลยา ไผ่เกาะ (2537) ทำการวิจัยถึงทดลองแบบกลุ่มเดี่ยว ศึกษาผลของกลุ่มของกลุ่มบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอัตรานอนหลับของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 10 คน โดยนำผู้ป่วยมาร่วมกลุ่มบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายและอภิปรายอย่างอิสระและกว้างขวาง เพื่อมุ่งเน้นเกี่ยวกับการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึก โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มเป็นหลัก ผลการวิจัยพบว่าหลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดแล้ว ผู้ป่วยมีคะแนนอัตรานอนหลับโดยรวม ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้าน ร่างกาย ด้านครอบครัว ด้านความพึงพอใจ และด้านสังคม เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล (2538) ได้นำกระบวนการกลุ่มมาใช้สอนผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ โดยที่การปรับตัวโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึก สบายใจขึ้น มีกำลังใจ มีเพื่อนที่เข้าใจ สามารถพูดคุยระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตน อีกทั้งได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้อย่างเหมาะสม และผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าควรนำการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย

วนิดา หาญคุณากุล (2539) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัว ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย 3 ครั้ง โดยนำเทคนิคกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการปรับตัวด้านต่าง ๆ ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวโดยรวมและรายด้าน หลังการทดลองทันทีของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่ทั้ง 2 กลุ่มมีการปรับตัวโดยรวมและรายด้าน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

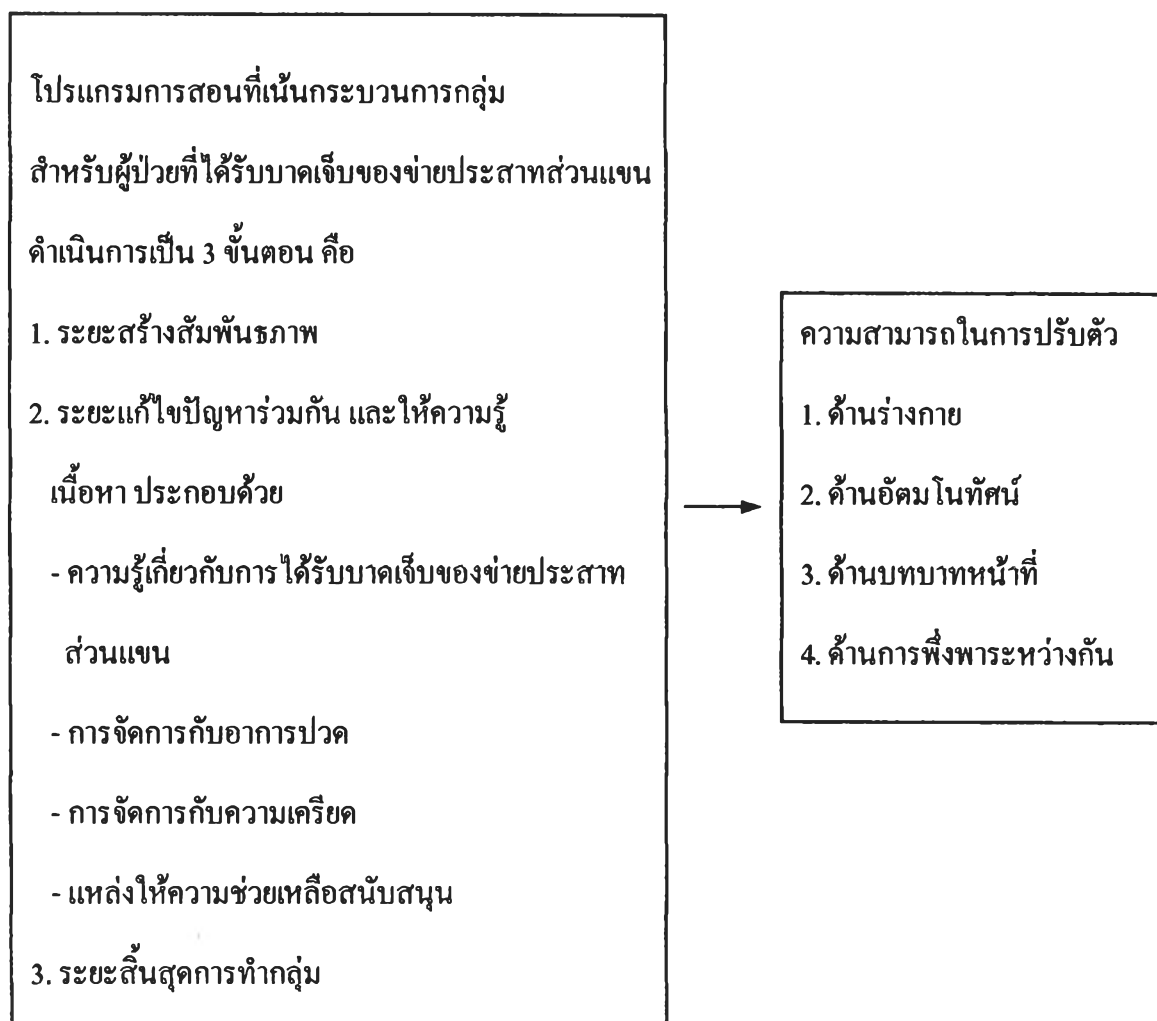
เยทเซอร์, วินฟรี และสเคเกลียล (Yetzer, Winfree and Scaglione, 1989) ได้พัฒนาโปรแกรมการสอนสำหรับผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขา โดยทำการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของ ผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขา การเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการใส่ขาเทียม โดยการสอนเป็นรายบุคคล และจัดให้มีกลุ่มระดับประคอง ซึ่งเป็นลักษณะกลุ่มเปิด สมาชิกประกอบด้วยผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก รวมทั้งครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย พบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกจากการสูญเสียอวัยวะ และปัญหาที่ตนเองประสบ และช่วยกันแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีตัวแบบคือผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขา มาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ร่วมด้วย ผลปรากฏว่าสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อสภาพของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองได้ มีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น

พาสควาเรลโล (Pasquarello, 1990) ได้ศึกษาผลของการใช้การรักษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยอัมพาต โดยจัดกลุ่มเป็นลักษณะกลุ่มเปิด พบกันอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที อภิปรายเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอัมพาต การปฏิบัติตัว รวมทั้งปัญหาของแต่ละบุคคล โดยมีสมาชิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น ช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้เวลาใน

การดำเนินกลุ่มรวมทั้งสิ้น 3 เดือน แล้ววัดผลโดยแบบสอบถาม 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประเมินค่าแบบลิเคอร์ทสเกล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความพอใจต่อกลุ่มมาก ที่ได้มีโอกาส แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นกับบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

ลิวอิส เฟรน และ ดอนเนลลี (Lewis, Frain and Donnelly, 1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง จำนวน 66 ราย โดยใช้กลุ่มประคับประคอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์และอารมณ์ โดยแต่ละครั้งจะเริ่มด้วยการฉายวีดิทัศน์เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด ซึ่งมีเนื้อหา กล่าวถึงผลของความเครียดจากอาการปวด และเสนอแนวทางเผชิญกับปัญหา เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ และงานอดิเรก หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับเรื่องราวที่ผู้วิจัยนำเสนอ โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายหาแนวทางที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาและการจัดการกับอาการปวด พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 93 แสดงความคิดเห็นว่า โปรแกรมนี้มีประโยชน์อย่างมาก และการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และระบายความคับข้องใจ และกลวิธีอื่นในการเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับ และปรับตัวเผชิญกับอาการปวดและความเครียดได้

เพย์นีย์ (Payne, 1993) ทำการศึกษาวิจัยย้อนหลังเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ของผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบกลุ่มที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง ในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ จำนวน 60 ราย ญาติผู้ป่วยจำนวน 6 ราย และพยาบาลผู้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จำนวน 8 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้แบบกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับความรู้ ได้รับการประคับประคองจากการมีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่มที่มีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกัน รู้สึกไม่โดดเดี่ยว และมีความหวังเมื่อเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย