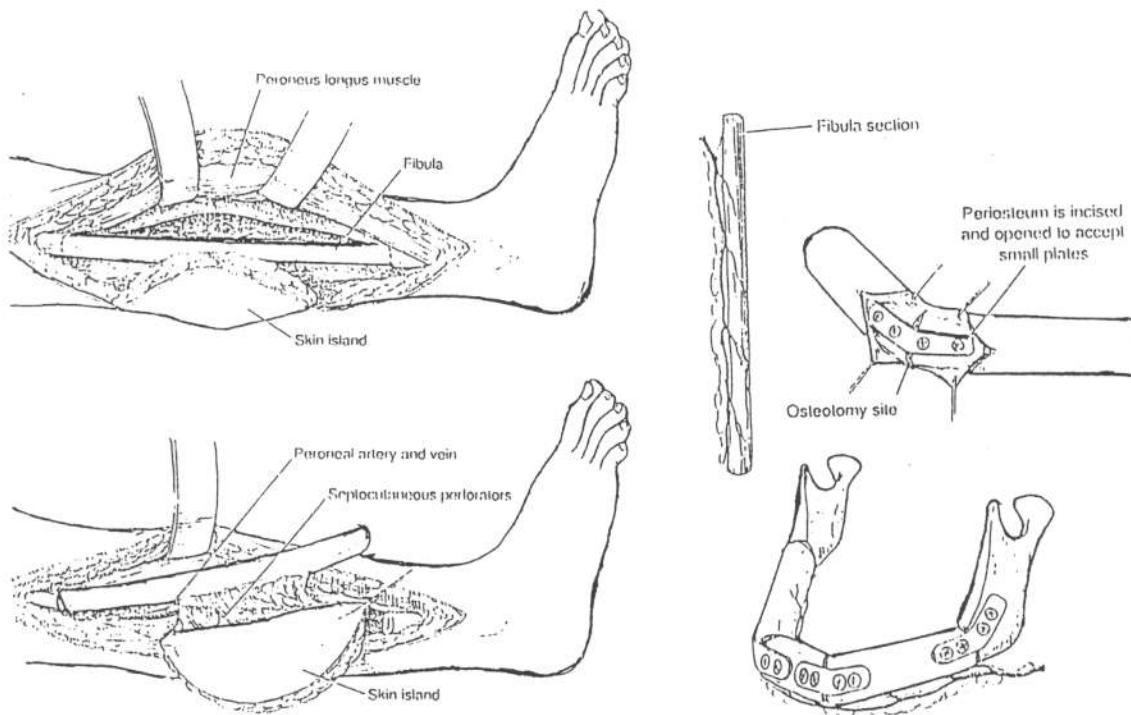


การผ่าตัดเสริมสร้างด้วยแฟลปและกราฟที่กระดูก

ในการผ่าตัดเสริมสร้างด้วยแฟลปบางครั้งแพทย์อาจพิจารณาทำกราฟที่กระดูกร่วมไปด้วย เพื่อเสริมสร้างกระดูกขากรรไกร (Mandibular reconstruction) เนื่องจากมะเร็งช่องปากระยะที่รุนแรงแล้ว อาจลุกลามถึงกระดูกขากรรไกร มะเร็งบางชนิดมีต้นกำเนิดที่กระดูกขากรรไกรเอง ในรายที่ยังมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องตัดกระดูกขากรรไกรออกไปด้วย ถัดมาเพียงชั้นเล็ก ๆ หรือตัดเฉพาะส่วนขอบ (Marginal resection) ก็จะไม่ทำให้เกิดการผิดรูปหรือสูญเสียการใช้งานมากนัก แต่ในกรณีที่ตัดกระดูกขากรรไกรออกมาก โดยเฉพาะส่วนหน้า จำเป็นต้องผ่าตัดเสริมแต่ง อาจใช้วัสดุสังเคราะห์หรือกระดูกมาใส่แทน นิยมใช้กระดูกที่ขาส่วนฟิบูล่า (Fibula bone) หรือกระดูกเชิงกรานของผู้ป่วยเอง



รูปที่ 10 การผ่าตัดเสริมสร้างกระดูกขากรรไกรโดยใช้กระดูกฟิบูล่า
(Swartz and Banis, 1992 : 80)

2.5 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสริมสร้างบริเวณศีรษะและคอมีความยุ่งยากกว่าบริเวณอื่น เพราะบริเวณศีรษะและคอเป็นศูนย์รวมของอวัยวะที่สำคัญ ๆ ได้แก่ระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ระบบทางเดินอาหารส่วนต้น การสื่อสาร และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเอง บริเวณศีรษะและคอยังมีเส้นเลือดและเส้นประสาทมาเลี้ยงจำนวนมาก การผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ แพทย์ผู้รักษาได้ทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกเป็นบริเวณกว้าง (Wide excision) แล้วนำเนื้อเยื่อจากบริเวณอื่น (Donor site) ได้แก่ หน้าผาก หน้าอก หน้าแขน และขา เป็นต้น มาเสริมสร้างบริเวณที่ตัดเอาก้อนมะเร็งออกเพื่อให้ผู้ป่วยนั้นพอใช้งานได้และมีความสวยงามใกล้เคียงกับอวัยวะเดิม นอกจากนี้แพทย์ยังต้องตัดต่อมำเหลียงที่คอคอกหมด (Radical neck dissection) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งไปบริเวณอื่น การตัดต่อมำเหลียงที่คอคอกหมดแพทย์จะต้องตัดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ เยื่อบุลำคอส่วนลึก และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 11 ออกด้วย ดังนั้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลดังต่อไปนี้ (Lasen, 1982; วันชัย วัฒนศัพท์, 2535)

1) การหายใจ เนื่องจากบริเวณผ่าตัดอยู่ใกล้กับระบบทางเดินหายใจส่วนต้นทำให้เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวบวมไปกดทางเดินหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจสำลักเอาเลือด น้ำเหลือง หรือน้ำลายลงสู่ท่อทางเดินหายใจ ดังนั้นหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการใส่ท่อหายใจทางจมูกอย่างน้อย 3-5 วัน หรือในรายที่การผ่าตัดมีความยุ่งยากขึ้นผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะคอ พร้อมกับใส่เครื่องช่วยหายใจใน 1-2 วันแรก ในการดูแลผู้ป่วยเรื่องการหายใจนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูดเสมหะบ่อย ๆ ทั้งในท่อหายใจ รูกมุก และในช่องปาก เพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลไม่ให้ท่อหายใจพับงอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว 1-2 ชั่วโมง เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในปอด หลังจากที่แพทย์เอาท่อหายใจออกต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพและให้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยขับเอาเสมหะออกมาได้ง่ายขึ้น ปัญหาเรื่องการหายใจไม่ได้มีอยู่เฉพาะในช่วงหลังการผ่าตัดใหม่ ๆ เท่านั้น เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาในเรื่องการกลืน อาจเกิดปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร (Aspiration Pneumonia) ตามมาภายหลังได้

2) ปริมาณสารน้ำเข้าและออก (Intake & Output) เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเป็นระยะเวลานานทำให้มีการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมากขณะผ่าตัดต้องได้รับเลือดและสารน้ำทดแทน ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำและอาหารหลังผ่าตัดประมาณ 2 วัน เพื่อรอให้การทำงานของลำไส้เป็นปกติในระยะนี้ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และบันทึกจำนวนปัสสาวะ เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกายของผู้ป่วย

3) ผลผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง มักพบปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาได้แก่ ภาวะเลือดออก เกิดเลือดคั่งใต้แผลผ่าตัด ทำให้ส่วนของผิวหนังคล้ำเกิด

การตายได้เพราะเลือดมาเลี้ยงไม่พอ ทำให้แฟลหรือกราฟผิวหนังที่นำมาเสริมสร้างไม่ติด และเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดตามมาได้ นอกจากนี้การล้มเหลวของการปลูกถ่ายผิวหนัง และแฟลยังเกิดจากการเคลื่อนไหวที่ทำให้แฟลบดงขึ้นไป หรือข้อแฟลบพังงอทำให้ขาด เลือดไปเลี้ยงตัว Flap ปัญหาอีกอย่างของแผลผ่าตัด คือการเกิดรูรั่วบริเวณรอยต่อของแผลผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดจากการแยกของไหมเย็บในเยื่อช่องปากแล้วทำให้เกิดรูติดต่อ ระหว่างช่องปากกับผิวหนังด้านนอก นอกจากนี้ยังเกิดจากการบวมเนื่องจากเลือดและน้ำเหลืองคั่ง ถ้าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลจะหายเองภายใน 1-2 สัปดาห์ การดูแลแผลผ่าตัด ประกอบด้วย การทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดจำนวนเชื้อโรค การดูแลที่ระบายที่ออกจากแผล การจัดท่านอนที่ถูกต้อง เช่น การนอนศีรษะสูงเพื่อลด อาการบวม ระวังไม่ให้แฟลบดงจนเกินไปหรือแฟลบงอ เพราะจะทำให้แผลแยกหรือแฟลบตาย ซึ่งการดูแลในเรื่องเหล่านี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการแนะนำเพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

4) การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารตั้งแต่แรกเริ่มของการเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งของริมฝีปากและมะเร็งในช่องปาก ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งที่โตขึ้นหรืออาจเนื่องมาจากความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยบางคนมีภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 2-3 วัน ผู้ป่วยต้องได้รับสารอาหารทางสายยางผ่านทางจมูกเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผล และเพื่อป้องกันการไม่ติดของแผลหรือแฟลบบริเวณปากเมื่อแผลหายผู้ป่วยจึงเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการอธิบายจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายยางและเหตุผลที่ต้องให้อาหารทางสายยาง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในแนวทางการรักษา ลด ความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งอาหารที่ให้ทางสายยางนี้เป็นอาหารปั่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงประกอบไปด้วย ไข่ ตับ น้ำตาลทราย กล้วยน้ำว่า พักทอง ผักโขม น้ำมันพืช นำมาปั่นรวมกัน ในกรณีที่แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ภายหลังจากที่แผลหายควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย หรืออาหารที่กลืนได้สะดวก เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม น้ำซุป ฯลฯ ขณะรับประทานอาหารต้องอยู่ในท่าศีรษะสูงเพื่อป้องกันการสำลัก และเพื่อให้อาหารส่งผ่านเข้าไปในกระเพาะอาหารได้ง่าย

5) การเคลื่อนไหวคอและหัวไหล่ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มะเร็งกระจายมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ แพทย์มักผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอออกหมด (Radical neck dissection) เนื้อเยื่อที่มีต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลืองที่ตัดออกนี้มีอวัยวะหรือส่วนของอวัยวะที่ถูกตัดออกไปด้วย ได้แก่ กล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสโตอยด์และโอโมไฮออยด์ (Sternocleidomastoid muscle, Omohyoid muscle) เส้นเลือดดำใหญ่jugularดำด้านใน (Internal Jugular vein) เส้นประสาทสมองคู่ที่สิบเอ็ด (Spinal accessory nerve) รวมถึงเยื่อหุ้มลำคอส่วนลึก (Deep cervical fascia) เยื่อหุ้มเส้นเลือดแดงคอติค (Carotid sheath) ส่วนล่างของ

ต่อมน้ำลายพารอดิคและต่อมน้ำลายซับแมกซิลลารีรี่ ปัญหาที่มักพบตามมาหลังผ่าตัดคือ เลือดออก, ท่อน้ำเหลืองรั่ว, หนองบวม และมีการเคลื่อนไหวของคอและหัวไหล่ไม่สะดวก ทำให้เกิดการติดของข้อได้ง่าย ปัญหาการเคลื่อนไหวของคอและหัวไหล่ไม่สะดวกนี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นตามมากายหลัง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยจำเป็นต้องบริหารคอและหัวไหล่ป้องกันการติดของข้อตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อคงพิสัยการเคลื่อนไหวของคอและหัวไหล่ไว้ให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

6) การออกกำลังกาย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัด จึงพบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่อยากเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ปอดแฟบ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบเล็ก ทำให้ช่วงเวลาของการพักฟื้นยาวนาน ดังนั้นจึงต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตั้งแต่เนิ่น ๆ เริ่มตั้งแต่การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การยืนหรือเดิน เป็นต้น

7) การดูแลทางด้านจิตใจ หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เนื่องจากมีแผลผ่าตัดหลายแห่ง บางรายแสดงความโกรธผู้รักษาไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล บางรายเจ็บข้อม มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ไม่กล้าส่องกระจก ซึ่งปัญหาดังกล่าวผู้ดูแลต้องให้ความสนใจไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าปัญหาทางร่างกาย เพื่อเป็นการลดปัญหาที่จะเกิดตามมา ผู้ป่วยควรจะต้องได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแนวทางการรักษา โดยเฉพาะวิธีการผ่าตัดของแพทย์ ผู้ดูแลต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย พุดให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากนัก

2.6 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งและแนวความคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของวัตสัน

(Watson, 1990)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีผลกระทบต่อนผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิม นอกจากนี้วิธีการรักษามะเร็งในแต่ละวิธีก็ยังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยมะเร็งเปรียบได้กับผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ เพราะการวินิจฉัยโรคที่พบตั้งแต่เริ่มแรกและวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นสามารถควบคุมการลุกลามของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นวิธีการที่ช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมอย่างใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

แนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกระบวนการที่ต้องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพจะประสบความสำเร็จต้องประกอบด้วยแนวคิดดังนี้ (Broadwell, 1987)

1. การดูแลต้องเป็นแบบองค์รวม (Holistic care)
2. ต้องทำร่วมกันเป็นทีม เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพอื่น ๆ
3. เป็นการป้องกันผลกระทบที่จะเกิดจากโรคและวิธีการรักษา
4. ต้องให้ความรู้หรือสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ
5. ต้องให้การฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง
6. ต้องมีการประเมินซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องหรือปรับเปลี่ยนวิธีการ

ปัจจัยที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและวิธีการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเหมือนผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ แต่การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งไม่ค่อยได้รับความสนใจเนื่องจาก (Dudas and Carlson, 1988)

1. ทศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง บุคลากรในทีมสุขภาพมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ซึ่งคิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย (Terminal illness) จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ
2. ข้อจำกัดในเรื่องการให้บริการ เนื่องจากสถานบริการที่รักษามะเร็งอยู่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และให้ความสำคัญที่การรักษาโรคมะเร็งมากกว่าที่จะคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดตามมาจากรโรคและวิธีการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างจริงจัง

ความหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง

ได้มีผู้ให้ความหมายการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งไว้ดังนี้

ดูดาและคาร์ลสัน (Dudas and carlson, 1988) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งว่า เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่อยู่ในระดับสูงสุด ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและความพิการนั้น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

เมเยอร์และโอคอนเนอร์ (Mayer and O'connor, 1989) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นสามารถกระทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้ข้อจำกัดของการเจ็บป่วย

มาเคนนา (Makenna, 1986 quoted in Dudas and Carlson, 1988) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่า เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และควรเริ่มตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยได้แบ่งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 4 อย่าง ได้แก่ การป้องกัน (Preventive) เป็น

การป้องกันผลกระทบที่จะเกิดตามมาจากการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาการฟื้นฟู (Restorative) เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบหรือมีความพิการเกิดขึ้นให้สามารถทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด การสนับสนุน (Supportive) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เมื่อมีความพิการเกิดขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้ และการประคับประคอง (Palliative) เป็นการช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย

คูลเลน (Cullen, 1982 quoted in Ganz, 1990) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งว่า เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยกระทำหน้าที่ได้สูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของโรคและวิธีการรักษา

เมลเล็ท (Mellette, 1987 quoted in Ganz, 1990) ให้ความหมายการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมที่มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งและวิธีการรักษา โดยที่แพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพต้องหาวิธีการที่จะช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าว (Initiate preventive strategies)

วัตสัน (Watson, 1990) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งว่าเป็นกระบวนการทางด้านสุขภาพที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการทำหน้าที่ได้ในระดับสูงสุด ภายใต้ความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคและการรักษา

ปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ เพศสัมพันธ์ โภชนาการ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ต้องให้การฟื้นฟูสภาพที่เฉพาะ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งเต้านม ผู้ป่วยที่มีรูเปิดออกทางหน้าท้อง (Ostomy) และผู้ป่วยที่ต้องตัดแขนหรือขา (Amputation)

ปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ (Ganz, 1990)

1. ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านร่างกายเป็นปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ หรืออาจกระทบต่อทั้งระบบ นอกจากนี้ แล้ววิธีการรักษาอาจทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงด้วย ซึ่งวิธีการฟื้นฟูสภาพและเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค วิธีการรักษาและสภาพของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งที่คาดว่าจะมีปัญหาก่อขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมควรจะต้องได้รับการบริหารแขนและไหล่ข้างที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันแขนบวมและข้อไหล่ติด เป็นต้น

2. ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งแพทย์หรือบุคลากรยังให้ความสนใจน้อยกว่าปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะขึ้นกับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถ

กระทำหน้าที่ได้สูงสุดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ยกเว้นในรายที่มีปัญหาด้านจิตใจที่รุนแรง ซึ่งต้องปรึกษากับจิตแพทย์

3. ปัญหาเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากความเหนื่อยล้าจากวิธีการรักษา ความรุนแรงของโรคที่เป็นมากขึ้น และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ตามมา ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องให้ความสนใจในปัญหานี้ด้วย

4. ภาวะโภชนาการ อาหารมีความสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากมีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย นอกจากนี้วิธีการรักษามะเร็งยังรบกวนการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมากต้องให้ Hyperalimentation ทางหลอดเลือดดำ ส่วนในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับต่ำต้องให้อาหารเสริม ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนจึงควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และบุคลากรในทีมสุขภาพต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องอาหาร โดยเฉพาะในรายที่คาดว่าจะมีปัญหาก่อขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยและวิธีการรักษา

5. ปัญหาครอบครัวและสังคม การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งจะต้องคำนึงถึงครอบครัวและบุคคลที่อยู่รอบข้างของผู้ป่วยด้วย เพราะบุคคลดังกล่าวจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งทำให้การฟื้นฟูสภาพประสบผลสำเร็จ ถ้าครอบครัวหรือสังคมรอบข้างมีอคติหรือไม่เข้าใจในภาวะเจ็บป่วยจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ บุคลากรในทีมสุขภาพต้องให้ข้อมูลแก่ญาติในเรื่องของโรคและวิธีการรักษา ตลอดจนการดูแลผู้ป่วย

6. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ มะเร็งเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย นอกจากนี้บางรายอาจประกอบอาชีพเดิมไม่ได้ ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องประเมินด้านเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพของผู้ป่วย และหาทางช่วยเหลือโดยส่งพบนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมฟื้นฟูสภาพ

แนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง เริ่มจากความสนใจของ Dietz และ Rusk (quoted in Watson, 1990) โดยทั้งสองได้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกคนมักได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกายลดน้อยลงจนถึงเกิดความพิการได้ ผลกระทบดังกล่าวถ้าได้รับการป้องกันหรือได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามความเหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดของโรค

เดทซ์ (Dietz, 1981 quoted in Watson, 1990) ได้เสนอแนวคิดว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งต้องประกอบด้วย 4 อย่าง

1) การป้องกัน (Preventive) หมายถึง การป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมาจากการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งการป้องกันจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ลดความรุนแรงของการสูญเสีย และช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2) การฟื้นฟู (Restorative) หมายถึง วิธีการที่ต้องปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือกำจัด ปัญหาที่เกิดจากการเป็นมะเร็ง โดยที่ปัญหาดังกล่าวได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งการตั้งเป้าหมายของการ ฟื้นฟูควรให้อยู่ในความเป็นจริง การฟื้นฟูจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ถึง แม้จะไม่สมบูรณ์แบบเหมือนก่อนการเจ็บป่วย

3) การสนับสนุน (Supportive) หมายถึง การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่เกิด ปัญหาจากการเป็นมะเร็ง สามารถปฏิบัติตนเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้นหรือปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้ เกิดอาการกำเริบของโรคขึ้นมาอีก ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ จากบุคลากรเพื่อนำไป ปฏิบัติในการดูแลตนเอง เช่น การดัดแปลงในเรื่องของอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

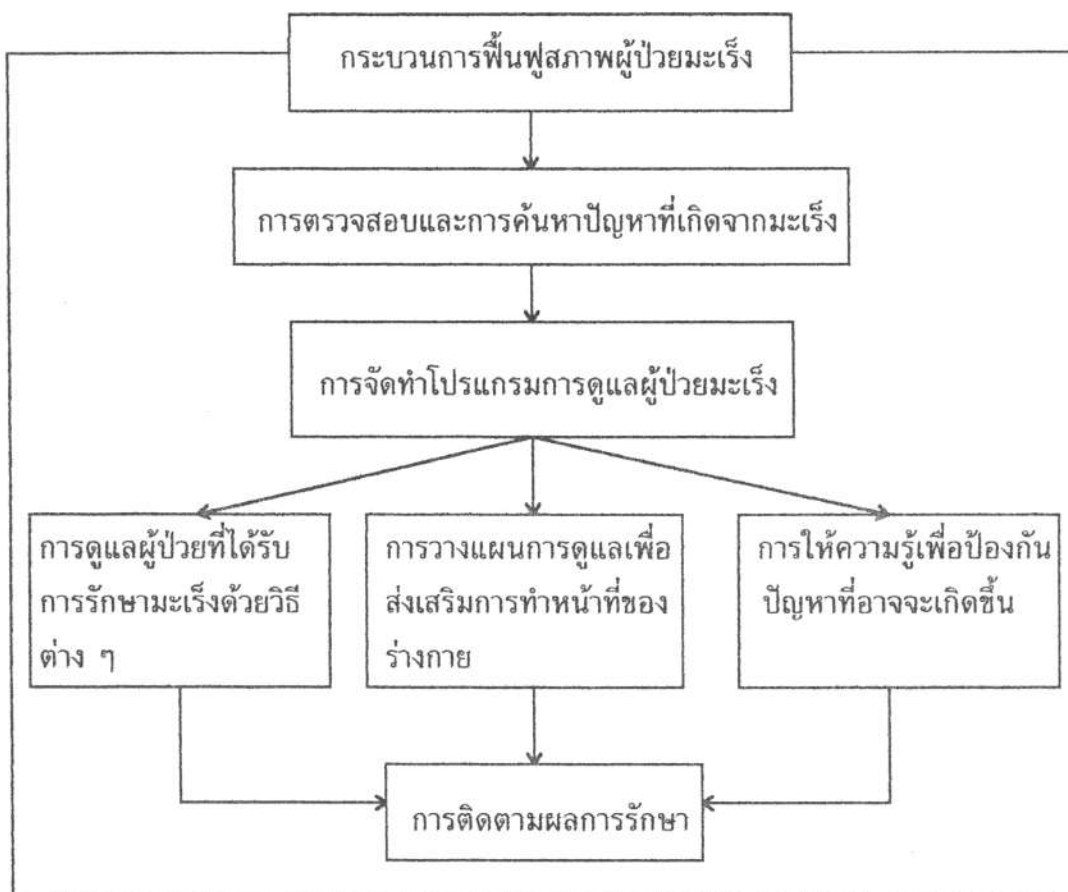
4) การประคับประคอง (Palliative) เป็นการปฏิบัติเมื่อโรคได้ลุกลามจนถึงระยะสุด ท้าย เพื่อบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค ให้ การประคับประคองทางด้านจิตใจ

ในการฟื้นฟูสภาพทั้ง 4 อย่างนี้ Dietz ได้อธิบายเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพในแต่ละ อย่าง พร้อมทั้งจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพควบคู่กันไป ยกตัวอย่างเช่น ในหัวข้อ การฟื้นฟู (Restorative) เป้าหมายคือ การปรับปรุงให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี โปรแกรมการฟื้นฟู สภาพคือ การผ่าตัดตกแต่งหรือการเสริมสร้างด้วยวัสดุสังเคราะห์ เป็นต้น แต่แนวคิดการฟื้นฟู สภาพของ Dietz ยังมีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็งทุกคน และการใช้มักใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดปัญหาแล้วเท่านั้น นอกจากนี้ ยังไม่เป็นรูปแบบที่นำมาใช้ได้กับผู้ป่วย มะเร็งทั่ว ๆ ไป

วัตสันได้เสนอว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งต้องสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็งทั่ว ๆ ไป จากข้อจำกัดของแนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของ Dietz และโปรแกรมการฟื้นฟู สภาพที่มีในอดีต ยังขาดในส่วนของการดูแลที่เฉพาะเจาะจง (Specific interventions) วัตสัน ได้ให้คำจำกัดความของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่า “เป็นกระบวนการทางด้านสุขภาพที่ จัดทำขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการทำหน้าที่ได้ในระดับสูงสุด ภายใต้ความเจ็บป่วยที่ เกิดจากโรคและการรักษา” จากคำจำกัดความดังกล่าวได้นำมาจัดทำเป็นรูปแบบการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

แนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของวัตสัน ได้เชื่อมโยงระหว่างการฟื้นฟูสภาพ ภาวะสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเข้าด้วยกัน มะเร็งจัดเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่ สำคัญอีกอย่างหนึ่ง และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน มีการ เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้น การดูแลจึงซับซ้อนมากขึ้น นอกจากปัญหาที่เกิดจาก โรคแล้ว การรักษาโรคมะเร็งก็มักทำให้เกิดปัญหาตามมา ดังนั้น การที่จะจัดการกับปัญหาทาง ด้านสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จต้องมีการกำหนดวิธีการปฏิบัติที่เรียกว่า โปรแกรมทางสุขภาพ ซึ่งการที่จะกำหนดโปรแกรมทางสุขภาพได้นั้น ต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกายและจิตสังคม โปรแกรมการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงเรียกว่า โปรแกรมการฟื้นฟู

สภาพ ซึ่งรวมเอาการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เข้าไว้ด้วยกัน รูปแบบของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่อง โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่จัดทำขึ้นต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย และผู้จัดทำโปรแกรมมีการตั้งวัตถุประสงค์ของโปรแกรม มีการวางแผนการให้การดูแลที่เหมาะสม โดยข้อมูลที่วางแผนไว้นั้นต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของวัตสัน (Watson, 1990)

จากแผนภูมิที่ 1 เป็นรูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งตามแนวคิดของวัตสัน โดยแต่ละส่วนของรูปแบบไม่ใช่สิ่งใหม่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แต่เมื่อนำมารวมกันแล้วสามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างครอบคลุม สามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างต่อเนื่องโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การตรวจสอบและการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง และทราบแนวทางการรักษาของแพทย์ว่า ต้องรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ฉายรังสี หรือให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลต้องตรวจสอบและค้นหาปัญหาที่เกิด

ขึ้นกับผู้ป่วย และผลกระทบที่จะเกิดตามมาจากวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้ดูแลต้องทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

2) การจัดทำเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อทราบปัญหาของผู้ป่วยและวิธีการรักษาแล้ว และคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะต้องเกิดอะไรขึ้น ผู้ดูแลต้องนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง มีการกำหนดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่มีความชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง (Concrete) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

(1) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี หรือการให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องทราบรายละเอียดของวิธีการรักษาที่ได้รับจากแพทย์ที่รักษาหรือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการรักษาแต่ละวิธีจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแตกต่างกันไป ดังนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับทราบถึงผลกระทบนั้น ๆ และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อนและหลังการรักษา

(2) การวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการนำปัญหาที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยหรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้น มาวางแผนให้การดูแลตามปัญหานั้น ซึ่งในส่วนนี้เป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับวิธีการรักษา ในการวางแผนการดูแลต้องคำนึงถึงปัจจัย 2 อย่าง

- ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความแข็งแรงของร่างกาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษาและระบบสนับสนุนที่มีอยู่

- ส่วนประกอบของโปรแกรมที่จัดทำขึ้น โปรแกรมที่จัดทำขึ้นต้องประกอบด้วยวิธีการส่งเสริมความแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกาย การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การเพิ่มทักษะการดูแลตนเอง การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา นอกจากนี้ยังมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเป็นมะเร็ง เช่น การควบคุมความเจ็บปวด การสงวนพลังงาน การลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

(3) การให้ข้อมูลเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมา เป็นการให้ความรู้เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

(4) การติดตามผลการรักษา เป็นการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด ประเมินการดำเนินโรค ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและยังเป็นการประเมินผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ป่วยได้รับขณะรับการรักษา

รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของวทสน เป็นกระบวนการที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งกลับบ้าน ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลทุกขั้นตอน สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกคนได้ และแต่ละหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ก็สามารถนำเอาแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ดูแลอยู่ได้อย่างเหมาะสม

จากแนวคิดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งและรูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งของ
 วัทสัน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
 และคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้าง ซึ่งจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตลอดการ
 รักษา โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด วิธีการ
 รักษาของแพทย์ นอกจากนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพให้สอดคล้องกับ
 ปัญหาที่จะเกิดตามมา ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำเป็นโปรแกรมการทำความสะอาดช่องปาก อาหารและ
 วิธีการให้อาหาร และการบริหารคอและไหล่ โดยให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเป็นขั้นตอนและ
 ต่อเนื่องกัน ซึ่งการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด
 เสริมสร้างมีการปรับตัวได้ดี ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และเข้าใจในโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ จึงจะ
 สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง ดังนั้น การสอนผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ
 นอกจากจะคำนึงถึงเนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว พยาบาลควรต้องคำนึงถึงการ
 เรียนรู้ของผู้ป่วย และการใช้สื่อเพื่อนำมาจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับ
 ผู้ป่วยด้วย

หลักการเรียนรู้และหลักการทั่วไปเกี่ยวกับการใช้สื่อการสอน

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะต้องคำนึงถึงสิ่งสำคัญดังต่อไปนี้ (Knowles, 1978 อ้างถึงใน
 สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533)

- 1) ความต้องการและความสนใจ ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่า
 ตรงกับความต้องการและความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา
- 2) สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดีถ้าหากถือเอาตัวผู้
 ใหญ่เป็นศูนย์กลาง โดยยึดสถานการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่เป็นหลักสำคัญ
- 3) การวิเคราะห์ประสบการณ์ คือ การวิเคราะห์ถึงประสบการณ์ของผู้ใหญ่แต่ละคน
 อย่างละเอียดว่า ส่วนไหนนำมาใช้ในการเรียนการสอนได้บ้าง แล้วจึงหาทางนำมาใช้ให้เกิด
 ประโยชน์ต่อไป เพราะประสบการณ์เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้ใหญ่
- 4) ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง ความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของผู้ใหญ่คือ การมี
 ความรู้สึกต้องการที่จะสามารถนำตนเองได้ ดังนั้น ผู้สอนและผู้เรียนต้องทำการหาคำตอบรว
 มกันมากกว่าการให้ความรู้อย่างเดียว
- 5) ความแตกต่างระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความแตกต่างระหว่าง
 บุคคลจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละบุคคล ดังนั้น ผู้สอนจะต้องเตรียมรูปแบบของการ

เรียนการสอน เวลาที่ทำการสอนและสถานที่สอนให้ดีพอ และที่สำคัญความสามารถในการเรียนรู้ในแต่ละชั้นย่อมเป็นไปตามความสามารถของผู้ใหญ่แต่ละคน

นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ใหญ่ส่วนมากมักจะประเมินความสามารถของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งถ้าจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม เข้าใจง่าย ให้เวลามากขึ้น ผู้ใหญ่ในช่วง 40-50 ปี จะมีความสามารถในการเรียนไม่แตกต่างไปจากช่วงอายุ 20-30 ปี
2. การศึกษา พื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่ประสบความสำเร็จมาก่อนจะมีแนวโน้มที่ดีต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รวมทั้งมีแรงจูงใจที่ดี ดังนั้น ผู้ป่วยที่เป็นคนแก่ที่อ่านเขียนไม่ได้ พยาบาลควรจัดวิธีการสอนและใช้สื่อที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีและอยากจะเรียนรู้
3. การรับรู้ ถ้าเนื้อหาไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้เรียนจะรู้สึกเบื่อ ไม่อยากเรียน เช่น การสอนที่เป็นนามธรรมจะเข้าใจยากกว่าการสอนที่เป็นรูปธรรม
4. วิธีการสอนที่แตกต่างกันออกไป การสอนด้วยเทคนิคหลาย ๆ แบบจะทำให้เกิดความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการสอนผู้สูงอายุ

จากการศึกษาค้นคว้าทางสถิติปัญหาของผู้ใหญ่จะเห็นได้ว่า ความสามารถทางด้านสติปัญญาของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยเฉพาะในด้านของแรงจูงใจและด้านประสบการณ์ ดังนั้น การสอนผู้สูงอายุสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการสอนดังต่อไปนี้ (Aiken, 1978 อ้างถึงในสุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533)

- 1) จัดให้มีเวลามากเพียงพอสำหรับที่จะทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่สอน
- 2) ควรจะสอนซ้ำอีกหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่สอน
- 3) ควรให้แรงเสริมในทางบวก โดยกล่าวคำชมที่สามารถทำได้ตามที่สอนหรือปฏิบัติได้ถูกต้อง และไม่กล่าวตำหนิเมื่อผู้เรียนทำไม่ได้
- 4) ควรมีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นในการเรียน เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้
- 5) ควรกำหนดระยะเวลาในการเรียน หรือฝึกหัดให้มีระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น เพราะผู้ใหญ่มีความเหนื่อยล้าได้ง่ายและเร็วกว่าคนหนุ่มสาว

6) ต้องระมัดระวังในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาของความบกพร่องในการแลเห็น และการได้ยิน เช่น การจัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ พูดให้สามารถได้ยินชัดเจน หรืออาจเขียนตัวหนังสือหรือวาดภาพให้มีขนาดใหญ่พอที่จะมองเห็นได้

การที่ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูสภาพได้นั้น นอกจากได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสภาพอื่น ๆ แล้ว ตัวผู้ป่วยเองต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้ด้วย การสอนผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมาได้ ในการเรียนรู้ที่เกิดจากการสอนนั้น สื่อที่ใช้ในการสอนนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะสามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ถึงแม้ว่าอายุไม่มีผลต่อการเรียนรู้ ถ้าไม่จำกัดระยะเวลา (วิกิร ตันหุฒโด, 2536) แต่การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายก็เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย ดังนั้น การเลือกใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพิจารณา มนุษย์สามารถเรียนรู้ผ่านทางตา 83% ทางหู 11% ทางจมูก 3.5% ทางกายสัมผัส 1.5% และทางลิ้น 1% ดังนั้น การใช้สื่อในการสอนจึงเป็นการเพิ่มการเรียนรู้ เพราะสื่อที่ใช้มีลักษณะที่เป็นจริงและเป็นรูปธรรมมากกว่าตัวหนังสือล้วน ๆ และการสอนด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ใช้ภาษาพูดเป็นหลักอย่างเดียว ยิ่งการสอนมีลักษณะเป็นรูปธรรมมากเท่าใด ประสิทธิภาพการเรียนรู้ย่อมเกิดขึ้นมากเท่านั้น (ไชยยศ เรืองสุวรรณ, 2526)

การใช้สื่อเพื่อเกื้อหนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนควรยึดหลักการสำคัญ 5 ประการ (Erickson and curl, 1972 อ้างถึงในไชยยศ เรืองสุวรรณ, 2526)

1) หลักการเลือก (Selection) การใช้สื่อการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ ควรเริ่มต้นด้วยการเลือกสื่อบนพื้นฐานของจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ และลักษณะเฉพาะของผู้เรียนในกลุ่มนั้น ๆ และมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะตัวของผู้เรียนด้วย ไม่ว่าจะเป็นในด้านสังคม ประสบการณ์เดิม จิตใจ และความรู้สึก ความต้องการ และเจตคติ

2) หลักความพร้อม (Readiness) การใช้สื่อที่สมควรพัฒนาความพร้อมให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

3) หลักการควบคุม (Control) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ การจัดสถานที่เพื่อให้การใช้สื่อนั้น ๆ คุ่มค่าเวลา และทำให้ผู้เรียนมีความตั้งใจและมีส่วนร่วมในการเรียน

4) หลักการปฏิบัติ (Action) ผู้สอนควรนำผู้เรียนให้สามารถสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากสื่อได้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง โดยผู้สอนต้องเป็นผู้ชี้แนะ แนะนำให้ผู้เรียนปฏิบัติตามสื่อ และกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความอยากเรียนรู้จากสื่อ

5) หลักการประเมินผล (Evaluation) ต้องสามารถประเมินผลออกมาได้สอดคล้องกับเนื้อหาที่สอนโดยผ่านทางสื่อ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่า หลักการเรียนรู้และการเลือกใช้สื่อหรืออุปกรณ์การสอนเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดทำโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ประสาทสัมผัสพร้อมกันหลาย ๆ อย่าง จึงจะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่าย รวดเร็ว และถูกต้อง นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ ประทับใจ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้มองเห็นหรือได้ใช้ประสาทสัมผัสอย่างอื่นพร้อมกันไปด้วย นอกจากการเลือกใช้สื่อแล้ว การเลือกวิธีการสอนก็เป็นสิ่งสำคัญ โดยต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับตัวของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ การเลือกวิธีการสอนยังขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ของการสอน เนื้อหา อุปกรณ์ เวลา ตัวผู้ป่วยและตัวพยาบาลเอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการสอนแบบรายบุคคล และเลือกใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพโดยจัดทำเป็นแผ่นภาพประกอบคำบรรยายร่วมกับการสาธิต เนื่องจากผู้ป่วยมีความแตกต่างระหว่างบุคคล และเนื้อหาที่จะสอนในบางเรื่องต้องเห็นเป็นรูปธรรม จึงจะเรียนรู้ได้ดี ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ การสอนเป็นรายบุคคล ผู้สอนยังจะได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้สอนสามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหามากที่สุด

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเป็นกิจกรรมที่เริ่มให้ความสนใจมากขึ้น เนื่องจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งในต่างประเทศได้มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้

ลีแมน (Lehman, 1978) ได้ศึกษาปัญหาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง ความจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพและช่องว่างในการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งใน 4 โรงพยาบาล จำนวน 805 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาในการฟื้นฟูสภาพแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นมะเร็ง ผู้ป่วยมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์มีปัญหาเกี่ยวกับการเป็นอัมพาต บกพร่องในการรับรู้ การสื่อสาร เกิดการหดหู่ของแผล เกิดแผลกดทับ มีการบวมของอวัยวะและการดูแลตนเองบกพร่อง ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันได้ถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย มีปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ปัญหาการฟื้นฟูสภาพที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพขาดการวิเคราะห์ปัญหาการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะแพทย์บางคนไม่เห็นความจำเป็นของการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เริ่มต้น ลีแมนให้ข้อเสนอแนะว่าบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยต้องหาวิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่คาดว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะ เพราะจะช่วยลดปัญหาทางด้านจิตใจที่จะเกิดตามมาได้ นอกจากนี้บุคลากรทีมสุขภาพต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ (Baker, 1992) ที่

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม วิธีการรักษา การผิดรูปของใบหน้า และการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด 51 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระดับของการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งภายหลังการผ่าตัด โดยเบคเกอร์ให้ข้อเสนอว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งจะได้ผลจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งญาติด้วย นอกจากนี้ต้องหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะเพิ่มมากขึ้น

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา โดยชญาพร คงเพชร (2528) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ โดยแบ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการฉายแสงเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ซึ่งได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการฉายแสงและการดูแลตนเองจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุม 15 คน ซึ่งได้รับการสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำการ การประเมินสถานะทางสุขภาพและความรู้เรื่องการฉายแสงและการดูแลตนเองก่อนการฉายแสงของทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นได้ทำการประเมินสถานะทางสุขภาพ ความรู้เรื่องการฉายแสง การดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อฉายแสงครบ 4 และ 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีสถานะทางสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความรู้เรื่องการฉายแสง การดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้แล้วเพิ่มพูล ธรรมเจริญ (2536) ได้ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากพยาบาล โดยได้ทำการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยในวันแรกที่พบผู้ป่วย และประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

แต่เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะนอกจากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องเผชิญกับวิธีการรักษาที่มีความซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวอย่าง

มาก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องทำทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการศึกษาของ Schmitt and Wooldridge (1973) ที่ศึกษาการเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจก่อนได้รับการผ่าตัด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยจับคู่โรคและชนิดของการผ่าตัดที่คล้ายกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยจัดกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และซักถามสิ่งที่ต้องการรู้หรือสิ่งที่กลัวว่าจะเกิดขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมจากพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเตรียมทางด้านจิตใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมทางด้านจิตใจ มีระดับความวิตกกังวลลดลง อาการปัสสาวะไม่ออก หลังผ่าตัดลดลง ได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่า และสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ สิริรัตน์ หาญวงศ์ (2532) ยังศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเข่าโดยใช้กล้องส่องข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเข่าโดยใช้กล้องส่องข้อ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน ซึ่งได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเข่าโดยใช้กล้องส่องข้อ การบริหารเข่า และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ซึ่งได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ จากนั้นวัดระยะการเคลื่อนไหวของการเหยียดข้อเข่าหลังการผ่าตัด 4 และ 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังมีความสมบูรณ์ของกล้ามเนื้อต้นขาเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และจากการศึกษาของ สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2537) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อระดับความรู้ และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า หรือสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ต้องเผชิญ ให้ข้อมูลโดยใช้เทปบันทึกเสียงและมีภาพพลิกประกอบ แบ่งเนื้อหาการให้ข้อมูลออกเป็น 5 ครั้ง โดยให้ในช่วงเช้าและเย็นของแต่ละวัน ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการทดสอบความรู้ในวันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และได้รับการประเมินการปรับตัว 3 เดือนหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้ามีระดับความรู้สูงกว่า และมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ให้ข้อมูลเฉพาะหลังผ่าตัด และรูปแบบของการให้ข้อมูลเป็นการฟังบรรยายจากเทปและรูปภาพประกอบ

จากงานวิจัยดังกล่าวเป็นการสอนหรือให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ส่วนการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และวิธีการให้โปรแกรมนอกจากจะบรรยายและแสดงแผนภาพประกอบแล้ว ผู้วิจัยยังทำการสาธิตและให้การพยาบาลร่วมด้วย เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งจะต้องเริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและทำต่อไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพให้มีความต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยทำเป็นแผนภาพประกอบคำบรรยาย ทำการสาธิตร่วมกับให้การพยาบาล โดยคาดว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม