

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าของเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น รวมทั้งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปเป็นสังคมเมืองมากขึ้นมีความเครียดในการทำงาน ชีวิตประจำวันมีแต่ความเร่งรีบ มีพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ส่งผลให้การเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังมีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น สำหรับสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทยยังคงเป็น โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น โรคมะเร็งมีอัตราการตายร้อยละ 58.6 ในปี พ.ศ.2542 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69.3 ในปี พ.ศ.2546 อุบัติเหตุมีอัตราการตายร้อยละ 48.5 ในปี พ.ศ. 2542 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.1 ในปี พ.ศ. 2546 โรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายร้อยละ 15.6 ในปี พ.ศ. 2542 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.8 ในปี พ.ศ. 2546 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่านับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน สำหรับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่การดำเนินของโรคนาน และมีการดำเนินของโรคเป็นระยะ ๆ อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ ภาวะดังกล่าวจะสลับกับภาวะเรื้อรังอยู่ตลอดเวลา และการเจ็บป่วยเฉียบพลันสามารถก่อให้เกิดภาวะวิกฤตได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นในปัจจุบันจึงพบว่ามีผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Alspach, 1990)

การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง โดยการใช้ศาสตร์หลายสาขา (American Association of Critical-Care Nurses, [AACN], 1996) การเจ็บป่วยดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบขับถ่ายปัสสาวะ เมตาโบลิซึม เป็นต้น จนอาจทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ เป็นการเจ็บป่วยที่บางครั้งต้องได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีลักษณะ โครงสร้างเป็นหอปิด มีนโยบายการเยี่ยมที่เคร่งครัด มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาย จำเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาและปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ ที่มุ่งตรวจสอบและ

ดูแลเครื่องมือมากกว่าผู้ป่วย (Ballard, 1981 cited in Halm & Alphen, 1993) สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก

ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤตนั้นมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของโรคตลอดเวลา ทำให้ต้องได้รับการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่ว่าจะเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจ การสอดใส่สายหรือท่อต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย และการเจาะเลือดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผลกระทบทางด้านจิตอารมณ์ที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีแสง และเสียงรบกวนตลอดเวลา ได้รับการพยาบาลที่ก่อให้เกิดการสูญเสียความเป็นบุคคล และการถูกจำกัดการเชื่อมจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก (Halm & Alphen, 1993) และผลกระทบทางด้านสังคมที่ทำให้ถูกแยกจากครอบครัว เพื่อน รู้สึกบกพร่องในการแสดงบทบาทในการเป็นสามี ภรรยา หรือบิดา มารดา โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีการพัฒนาสูงสุด มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง เป็นวัยที่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน เมื่อต้องประสบกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้มีผลกระทบทางด้านลบสูงกว่า (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวตาย รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ และรู้สึกขาดการติดต่อสื่อสารกับครอบครัว

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนั้น ก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับผู้ป่วย (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความรักความผูกพันกันอย่างแนบแน่นตั้งแต่เกิดจนตาย สามารถรับรู้และรู้สึกมีประสบการณ์กับภาวะวิกฤตจากความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกับผู้ป่วย (Hoff, 1989) กล่าวคือ ครอบครัวต้องเผชิญกับสภาพของผู้ป่วย ที่ส่วนมากมักไม่รู้สีก้าว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พลาดไม่ได้ ได้รับการรักษาโดยการสอดใส่ท่อต่าง ๆ เข้าไปในร่างกายมากมาย ใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์หลายอย่าง รวมทั้งสภาพของหอผู้ป่วยที่มีบรรยากาศท่ามกลางความเป็นความตาย (Halm & Alphen, 1993) และกฎระเบียบที่เคร่งครัดกว่าหอผู้ป่วยสามัญทั่ว ๆ ไป ที่จำกัดเวลาและจำนวนบุคคลในการเยี่ยม ทำให้ครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล (อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) นอกจากนั้นแล้วการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตยังทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ของตน เพื่อมารับภาระหน้าที่ทดแทนผู้ที่เจ็บป่วยขณะที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล และยังมีผลกระทบต่อการเสริมธุรกิจของครอบครัว ในการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางคำปรึกษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และต้องรับภาระในการเลี้ยงดูสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวแทนผู้ป่วยอีกด้วย

จากผลกระทบเหล่านี้ทำให้มีการศึกษาวิจัย ทางโรงพยาบาลเกิดขึ้นมากมาย ในอันที่จะลดผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการจัดตั้งแวดล้อมของหอผู้ป่วย การปรับปรุงนโยบายเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยม รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ญาติ แต่ยังไม่มีการพยาบาลรูปแบบใดให้ผลที่ชัดเจน (Counsell & Guin, 2002) ในการตอบสนองความต้องการของ

ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Halm & Titler, 1990; Lynn-Mc Hale & Bellinger, 1998; O'Malley et al., 1991; Titler, Cohen & Craft, 1991)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เป็นหลักการสำคัญของการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล ซึ่งเป็นแนวคิดที่ขยายการดูแลจากเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปสู่บุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ป่วย ให้มีสัมพันธภาพความร่วมมือระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ดำเนินไปเพื่อตอบสนองต่อสิทธิ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Henneman & Cardin, 2002; Leviton, Mueller & Kauffman, 1992 cited in Lewandowski & Tesler, 2003) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เป็นการให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล (Cahill, 1996) ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล ด้านปฏิบัติการดูแลและด้านการประเมินผลการดูแล ซึ่งครอบครัวมีโอกาสดำเนินการตัดสินใจ มีสิทธิ์เลือกสิ่งต่างๆ ที่พวกเขาคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยครอบครัวและเจ้าหน้าที่มีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมประสิทธิภาพและสมรรถนะของครอบครัว (Dunst, Johnson, Trivett, & Hamby, 1991 cited in Lewandowski & Tesler, 2003) ให้ครอบครัวได้ค้นพบสิ่งที่ต้องการ สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (Mishel, 1990)

มีการวิจัยจำนวนมาก ที่ชี้ให้เห็นว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วย มีความกลัวลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ครอบครัวคลายความวิตกกังวล ความรู้สึกหมกหมุ่นทางช่วยเหลือน้อยลง และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ (Halm & Alphen, 1993) เนื่องจากครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนทางด้านร่างกายและอารมณ์ แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแนวเลี้ยวได้ดีขึ้น (Messner, 1996) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งที่สำคัญที่สุดในการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทั้งในภาวะที่โรคสงบและภาวะที่โรคกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลในภาวะวิกฤตนี้ ถือเป็นโอกาสสำคัญที่ครอบครัวจะได้เรียนรู้ถึงการดำเนินของโรค การดูแลรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลในต่างประเทศ พบว่าการศึกษาล้วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ และเด็ก ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังการศึกษาของลิ (Li, 2002) ศึกษาความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในแผนกหัวใจและทรวงอก แผนกหทัยใจ และแผนกกระดูก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ จำนวน 40 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวมีความพึงพอใจกับการมีส่วนร่วมในการดูแล และครอบครัวยังมีความต้องการ

ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแล คิวคันและเอเจอร์ (Tutton & Ager, 2003) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการในเจ้าหน้าที่สุขภาพ พบประเด็นการมีส่วนร่วม 4 ประเด็น คือการสนับสนุนช่วยเหลือ การเป็นหุ้นส่วน การเข้าใจความเป็นบุคคล และการสนับสนุนด้านอารมณ์ การศึกษาของ แอซโซเลย์ และคณะ (Azoulay et al., 2003) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยวิกฤต ในทัศนะของ ครอบครัว เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 33.4 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล และการศึกษาของเอลด์ เอ็นฟอร์และเอกแมน (Eldh, Ehnfors, & Ekman, 2004) ศึกษาปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การมีส่วนร่วม หมายถึงความรู้สึกมั่นใจ ความเข้าใจ และความรู้ดีกว่าควบคุมชีวิตตนเองได้ สำหรับประเทศไทย การศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในเด็ก และผู้สูงอายุ (สมถ เลี่ยมทอง, 2544) เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ที่มีสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากต่างประเทศ ดังการศึกษาของ สุมนา แสสนาโนช (2541) ศึกษาผลการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พบว่าผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพเร็วขึ้นผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง อัมพร รอดสุทธิ (2547) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 225 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สุคนธา คุณาพันธ์ (2545) ศึกษาการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดามีส่วนร่วมดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำมากที่สุด สำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยภาวะวิกฤต มักจะมุ่งเน้นไปที่การศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผลการศึกษาที่ได้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการอยู่ใกล้ชิดช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก (พรทิพย์ โกศลยวัฒน์, 2541; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; สุภารัตน์ ไวยชีดา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และวิมลวัลย์ วโรพาร, 2542; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในภาวะวิกฤตนั้น มีการศึกษาของรัมภ์รดา อินทร (2539) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติ กลุ่มควบคุม 12 ราย กลุ่มทดลอง 13 ราย ผลการศึกษาพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 บาดเจ็บที่สมอง ของโสพรรณ โพทะยะ (2541) โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นกรอบ
 แนวคิด ทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาล
 ภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 22 คน ผู้ป่วย 20 คน และทีมพยาบาล 30 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ
 การพยาบาลแบบให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1. การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ซึ่งมี 5
 ระยะคือ ระยะพึ่งพา ร่วมมีส่วนร่วม ร่วมดูแล สร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้านและขึ้นได้ด้วยตนเอง
 2. การส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติพัฒนา
 ความสามารถในการดูแล พัฒนาศักยภาพผู้ป่วย และพัฒนาความสามารถของญาติ สร้างความมั่นใจ
 และอำนวยความสะดวกในระยะปรับผ่าน 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแล คือความ
 เชื่อถือไว้วางใจ ความเอื้ออาทรของทีมสุขภาพ ครอบครัวร่วมรับรู้และช่วยเหลือ ประสพการณ์
 การดูแล ความหวัง การสะท้อนคิดพิจารณา กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือและการฟื้นฟูของผู้ป่วย
 4. ผลลัพธ์การดูแล ทีมพยาบาล และญาติ รับรู้และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล

จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยังมีน้อยและ
 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงกระบวนการและผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลยังไม่มีผู้ใดศึกษา
 การให้ความหมาย หรือประสพการณ์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตาม
 บริบทของสังคมวัฒนธรรมไทยรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมดังกล่าว ทำให้ไม่มีข้อมูล
 หรืออาจทำให้เข้าใจประสพการณ์ของครอบครัวได้ไม่แจ่มชัด ครอบครัวจึงไม่ได้รับการ
 คอบสนองตรงตามความต้องการ หรือได้รับการตอบสนองที่ไม่เด่นชัด เนื่องจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ
 มักจะมุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และเปลี่ยนแปลงตลอดเวลามากกว่า (Counsell & Guin,
 2002) จนละเลยความรู้สึก และความต้องการ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแล
 ผู้ป่วยวิกฤตไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ประสพการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
 วิกฤต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมดังกล่าว ตามความรู้สึกนึกคิดและประสพการณ์ของ
 ครอบครัวที่ได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นระเบียบวิธีวิจัยเนื่องจาก
 ประสพการณ์นั้นเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งงานวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถบรรยาย
 ประสพการณ์การมีส่วนร่วมได้อย่างครอบคลุม ลึกซึ้ง และเป็นองค์รวม ดังนั้นวิธีการศึกษาเชิง
 คุณภาพ จึงเป็นการวิจัยขั้นพื้นฐานที่มีความเหมาะสมในการบรรยายถึงประสพการณ์ของครอบครัว
 เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่จะใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถ
 คอบสนองความต้องการ และเกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสามารถก่อให้เกิด

การดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดอาการซ้ำ หรือป้องกันความรุนแรงของโรคได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมจากมุมมองของครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรด้านสุขภาพ ทราบความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตามการรับรู้และประสบการณ์ของครอบครัว ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหาร โรงพยาบาล ส่งเสริมนโยบายในการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อคุณภาพที่ดีของการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าและวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและในสถานการณ์อื่น ๆ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ

เฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล คือเป็นสมาชิกครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม และศัลยกรรม ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2548 ถึงเดือน มกราคม 2549

นิยามศัพท์เฉพาะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจประสบการณ์ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแล ตามมุมมองของครอบครัว ดังนั้นจึงกำหนดคำนิยามศัพท์เบื้องต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตั้งคำถามในการสัมภาษณ์เท่านั้น โดยมีคำนิยามศัพท์ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการที่มีอาการหนักและรุนแรง เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต หรือผู้ที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตมาแล้วแต่ยังคงได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในครอบครัวที่เป็นผลจากการปฏิบัติและเรียนรู้ ภายหลังการมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแล มีการตัดสินใจ วางแผนการดูแลรักษาหรือ แลกเปลี่ยนข้อมูลและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับเจ้าหน้าที่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ตามความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ของครอบครัว

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง สมาชิกครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตในฐานะบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง คนรัก เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ขณะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม