

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก*

Factors related to Family Participation in Caring of Critically Ill
Patients Admitted in the Intensive Care Unit

รัชณี หลงสวาสดี,** พย.ม.
สุภาภรณ์ ดั่งแพง,*** พย.ด.
เขมารดี มาสิงบุญ,**** D.S.N.

Ratchanee Longsawasd, M.N.S.
Supaporn Duangpaeng, D.N.S.
Khemaradee Masingboon, D.S.N.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 100 คน ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2551 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แบบวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แบบสอบถามความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล แบบสอบถามการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

วิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล ($r = .746, p = .01$) และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ($r = .404, p = .01$) ส่วนความรุนแรงของการเจ็บป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ($p > .05$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวิกฤต สมาชิกครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

This descriptive research was designed to study the factors related to family participation in caring critically ill patients admitted

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** โรงพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**** อาจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

in the intensive care unit or ICU. The samples were 100 medical and surgical patient's families, who were admitted in ICU of Somdejphrapudthalerthar Hospital during January to March, 2008. The instruments were the patient and the patient's family demographic, severity of illness measure, the family participation in caring of the patients, the need for providing in caring of the patients, and the providing opportunity of family in caring of the patients questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistic and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study showed that the severity of the illness was not related to the participation in caring of critically ill patients ($p > .05$). Need for participation in caring and the providing opportunity of family in caring of the patients were related to the participation in caring of patients ($r = .746, p = .01; r = .404, p = .01$).

This finding suggested that nurse should provide opportunity for family participation in caring of critically ill patients. It also can be used to be a basic knowledge for conducting the research related to family participation in caring of the patients.

Key words : Critically ill patient, family, family participation in caring of the patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และคุกคามต่อชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บทบาท การดำเนินชีวิต และการพึ่งพา

ผู้อื่น (O'Malley et al., 1991) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยวิกฤตจึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหรือโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาการไม่คงที่และซับซ้อน ต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิด (จริยา ดันดิธรรม, 2547) หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่าย

การเจ็บป่วยวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง และกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอก อาการหายใจลำบาก เจ็บและเหนื่อยจากการถูกดูดเสมหะ ความรู้สึกไม่สบายจากการผูกมัด ความหิวกระหายจากการงดน้ำและอาหาร (Earl cited in Porter, 1995) สภาพแวดล้อมที่มีแสงและเสียงรบกวนตลอดเวลา ข้างเตียงเต็มไปด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ กระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน การสูญเสียความเป็นบุคคลจากการถูกละเมิดร่างกาย และจิตใจ การสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย การเปิดเผยอวัยวะเพศ หรือเต้านม (Weller & Henner, 1993) การสูญเสียพลังอำนาจจากการไม่สามารถควบคุมหน้าที่ปกติของร่างกาย (Prevost, 1997) การถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญ ต้องสูญเสียบทบาทในครอบครัวอย่างฉับพลัน ทำให้ขาดการติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอก (Halm & Alphen, 1993) โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุด มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง เป็นวัย ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต เมื่อต้องประสบกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้มีผลกระทบทางด้านลบสูง (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) และจากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวตาย รู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ ผู้ป่วยบางรายมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมใน

ลักษณะของการโกรธก้าวร้าว ะอะโวยวาย หรือบางรายอาจซึมเศร้า แยกตัว นิ่งเฉย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Robert, 1986)

นอกจากนี้ การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยเช่นกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความรักความผูกพันกันอย่างแนบแน่นตั้งแต่เกิดจนตายสามารถรับรู้และรู้สึกมีประสบการณ์กับภาวะวิกฤตจากความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกับผู้ป่วย (Hoff, 1989) ครอบครัวจะรู้สึกไม่มั่นคง ไม่สามารถคาดเดาถึงผลลัพธ์ที่จะออกมาได้ (Sehlump Urquhart, 1990; Solursh, 1990) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหน้าที่ บทบาท ของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (Prevort, 1997) ครอบครัวต้องเผชิญกับสภาพของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ความไม่คงที่ในอาการของบุคคลที่ตนรัก ผลการรักษาที่ไม่แน่นอน การถูกจำกัดให้รอคอยการเยี่ยม ความวิตกกังวลในปัญหาทางการเงิน การเงิน และค่ารักษาพยาบาล ความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล (Hodovanic, et al., 1984; Titler, et al., 1991) ครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบใหม่ เมื่อผู้ป่วยออกจากระบบครอบครัว และเมื่อครอบครัวมีความเครียดเกิดขึ้นก็จะไม่สามารถให้การช่วยเหลือ หรือสนับสนุนผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดภาวะเครียดได้เช่นกัน (Frederickson, 1989) และความเครียดที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะขัดขวางการรับรู้ข้อมูลต่างๆ ในการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะเห็นได้อย่างชัดเจนในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือแสดงความไม่พอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพ ส่งผลให้มีการฟ้องร้องเกิดขึ้นได้ (Johnson & Higgins, 1987 ; Robinson & Thorne, 1984) รวมทั้งไม่สามารถ

เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยได้ (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2537 อ้างถึงในธิดิมา วทานิเยเวช, 2540)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องให้ความสำคัญสำคัญกับครอบครัว ญาติ และผู้ดูแล ต้องคำนึงถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับตัวได้ โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (family participation in caring) ซึ่งหมายถึงการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแล โดยให้คุณค่าความเป็นบุคคลยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การปรึกษาหารือ และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Aswort et al., 1992) โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยนั้นมาจากปรัชญาที่เป็นพื้นฐาน คือ การพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล (family-centered care) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ขยายการดูแลจากเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปสู่บุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยให้มีสัมพันธภาพ ความร่วมมือระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นปรัชญาพื้นฐานในการสร้างความเข้มแข็ง เพิ่มสมรรถนะ และช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวผู้ป่วยผู้ใหญ่ในภาวะวิกฤตได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก และผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยจะมีเพียงการศึกษาของพิบูลเจริญสุข (2549) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผลงานวิจัยพบว่า ครอบครัวให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยทุกอย่างทั้งกายและจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีทั้งปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ที่เป็นทั้งปัจจัยส่งเสริม

และปัจจัยที่ขัดขวางการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ อาชีพของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมี 3 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ และสภาวะความเจ็บป่วย (Dixon, 1996; Jonsen et al., 2000; Knafli et al., 1996) ด้านครอบครัว ได้แก่ ความเข้มแข็งของครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมภายในครอบครัว (Lee, 2002) และด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ทักษะของพยาบาลที่มีต่อครอบครัว (Astedt-Kurki et al., 2001; Bruce & Ritchie, 1997 ; Hickey & Lewandoski, 1988;) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในด้านตัวผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต ด้านครอบครัว คือ ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล และด้านเจ้าหน้าที่คือ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ

รุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

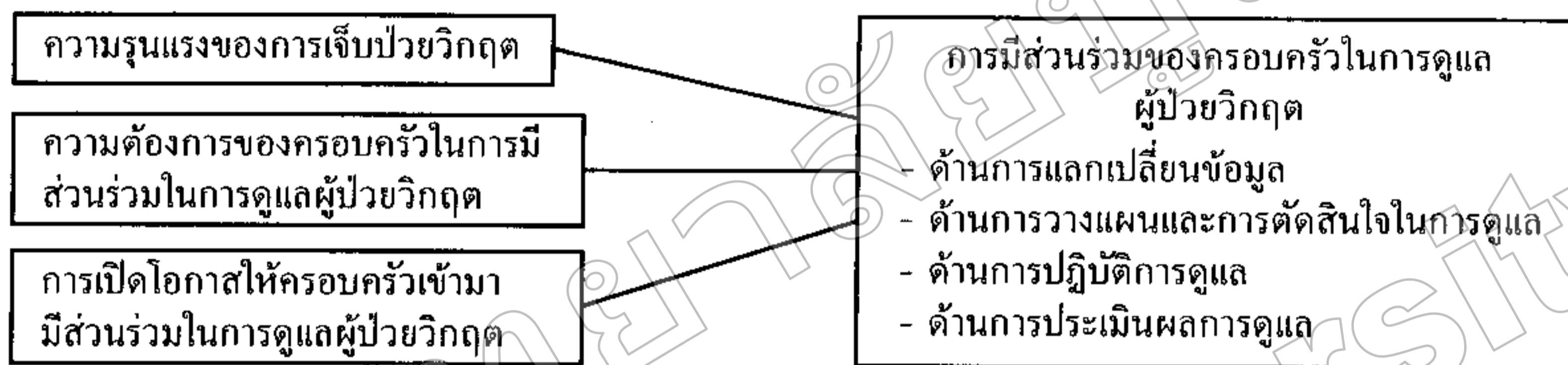
กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสังเคราะห์จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในการดูแล คือ การได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแล โดยให้คุณค่าความเป็นบุคคล ยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ มีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การปรึกษาหารือ และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Aswort et al., 1992) ร่วมกับการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ด้านของ ดิวตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) ที่กล่าวถึงลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตไว้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล 3) ด้านการปฏิบัติการดูแล 4) ด้านการประเมินผลการดูแล และจากการศึกษาของพิกุล เจริญสุข (2549) ถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผลงานวิจัยพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ในด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัว และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความสามารถของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล และความต้องการของครอบครัว

ในการมีส่วนร่วมในการดูแล ส่วนในด้านโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ที่ครอบคลุมถึง ลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก ทำหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ และนโยบายการเยี่ยม (Li, 2002; Astedt-Kurki et al., 2001)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความ

ต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ด้าน ของตีวตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) หรือไม่



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlation design) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล กับ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือโดยการสมรส คือ มีสถานะบทบาทเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลาน บุตรสะใภ้ หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยวิกฤต โดยเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหรือหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หรือหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในเรื่องของการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และการประเมินผลการดูแลรักษาในด้านใดด้านหนึ่ง สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้น้อย 2 ครั้งขึ้นไปโดยผู้วิจัยจะสอบถามถึงข้อมูลการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหรือตัวผู้ป่วยด้วยตนเอง
3. มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน
4. สัมครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย

ผู้วิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 90 คนขึ้นไป และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในครอบครัว ลักษณะการเจ็บป่วย จำนวนวันที่พักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ ภูมิสำเนา ประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2. แบบวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Scale) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บของ จุฬาลักษณ์ ลิมลีชชา (2547) จากเดิมที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนและได้ค่าความเที่ยงโดยการทดสอบในผู้บาดเจ็บจำนวน 20 ราย โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) ใช้ระยะเวลาห่างกัน 30 นาที นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความสัมพันธ์ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ได้ค่าความเที่ยงของมาตรวัดความรุนแรงของการบาดเจ็บเท่ากับ 0.88 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บมาเป็นแบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยปรับค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 ได้ค่าความเที่ยงโดยนำแบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้า รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ แล้วนำค่าคะแนนที่วัดซ้ำ 2 ครั้ง (ห่างกัน 1 วันในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว) นำคะแนน ที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยเท่ากับ 0.91

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ด้านของดิวิตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษา การมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ และการมีส่วนร่วมในด้านการประเมินผลการดูแลรักษาโดยมีข้อคำถามรวมจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

4. แบบสอบถามความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ด้านของ

ติวตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความต้องการในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความต้องการในด้านการวางแผน และตัดสินใจในการดูแลรักษา ความต้องการในด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ และความต้องการในด้านการประเมินผลการดูแลรักษาโดยมีข้อคำถามรวมจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

5. แบบสอบถามการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับ ความคิดเห็นต่อนโยบายการเยี่ยมชมลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก และท่าทีของเจ้าหน้าที่ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยวิกฤตที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อย่างน้อย 2 วันขึ้นไป และคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นผู้ดูแลหลัก 1 คนต่อผู้ป่วย 1 ราย ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย

และแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมแล้วเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 15-20 นาที ในช่วงที่รอเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 พบมากในช่วงอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44 มีอายุน้อยที่สุด คือ 20 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี ($\bar{X} = 43.97, SD = 13.10$) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 และร้อยละ 25 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47 รองลงมาคือค้าขาย ร้อยละ 19 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 53 และเพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 34 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร/ธิดาร้อยละ 58 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 16 มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง ร้อยละ 80 มีภูมิลำเนาอยู่สมุทรสงคราม ร้อยละ 83 และมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 51 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ ร้อยละ 68

2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม 68.67 ($SD = 10.97$) ส่วนการมีส่วนร่วมรายด้าน ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม 15.33 ($SD = 2.93$) ด้านการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม 18.82 ($SD = 3.60$) ด้านการปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม 27.00 ($SD = 5.56$) และด้านการประเมินผลการดูแลรักษาในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วม 7.70 ($SD = 1.81$)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต 76.59 ($SD = 15.28$)

ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมและรายด้านในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของความ ต้องการในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม 71.97 ($SD = 10.69$) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 16.19 ($SD = 2.76$) ด้านวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา 19.00 ($SD = 3.13$) ด้านปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ 20.00 ($SD = 4.20$) และด้านการประเมินผลการดูแลรักษา 7.93

($SD = 1.47$)

การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของการได้รับการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมโดยรวม 50.90 ($SD = 7.59$) ส่วนการได้รับการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมรายด้านในด้านลักษณะของหอผู้ป่วยหนักในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของลักษณะของหอผู้ป่วยหนักที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม 10.91 ($SD = 2.50$) ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของหน้าที่เจ้าหน้าที่ที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม 27.96 ($SD = 4.55$) และนโยบายการเยี่ยมในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของนโยบายการเยี่ยมที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม 12.03 ($SD = 1.82$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ($p > .05$) ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = .746, p = .01$) ส่วนการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่

ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = .404, p = .01$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติที่มีส่วนร่วมในการดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-59 ปี มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในบริบทของสังคมไทย เพศหญิงมักจะถูกคาดหวังในสังคมให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (รจกัญญาไพบูลย์, 2541) และอายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติที่เป็นผู้ดูแลจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถ และวุฒิภาวะในการดูแลผู้อื่นได้มากกว่าวัยเด็กและวัยรุ่น (Lambert & Lambert, 1979 อ้างถึงใน อัมพรพรรณ ธีราบุตร และคณะ, 2539) รวมทั้งครอบครัวไทยยังมีลักษณะของความเป็นเครือญาติ มีความรักความผูกพัน เป็นครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2544) ที่ศึกษาถึงรูปแบบการให้การพยาบาลโดยญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลินดา ยิน กิง ลี (Linda Yin & King Lee, 2002) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่ฮ่องกง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ใน วัยผู้ใหญ่ และงานวิจัยของพิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่า แรงจูงใจการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติเป็นเพราะความรักความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความสัมพันธ์ทางสายเลือด ในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบิดา หรือมารดา จึงถือโอกาสนี้เป็นการตอบแทนบุญคุณหรือความดีของผู้ป่วย

ส่วนผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัว

ผู้ป่วยวิกฤติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโดยรวมในระดับมาก ส่วนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ รายด้านในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับปานกลาง ด้านการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับมาก ด้านการปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจในระดับมาก และด้านการประเมินผลการดูแลรักษาในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะของงาน ภาระงานที่มาก และการปฏิบัติงานประจำที่ยุ่งยาก มีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานน้อย ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ตามความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติมา วทานิยเวช (2540) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติ พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติมีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักของ วิไลลักษณ์ ประยูรพงษ์ (2543) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติระบุว่ามีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ นอกจากนี้นโยบายการเยี่ยมที่กำหนดเวลาไว้ชัดเจนในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลาที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า ลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก และนโยบายการเยี่ยมเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติในระดับปานกลาง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับปานกลางได้เช่นกัน

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติในด้านการวางแผน และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมา

จากปัญหาเรื่องสิทธิผู้ป่วย ความไม่พึงพอใจต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ ส่งผลให้มีการฟ้องร้องเกิดขึ้นมาก ในปัจจุบันหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพรวมทั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีความตระหนักในปัญหาดังกล่าว จึงมีนโยบายหรือสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น เพราะเจ้าหน้าที่ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรับรู้อาการ และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการตัดสินใจในปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจในระดับมาก จากผลการวิจัย พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 65 เป็นเพศหญิงที่สังคมยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลได้ดีมากกว่าเพศชาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ร้อยละ 58 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรจึงมีความรัก ความห่วงใยในตัวผู้ป่วย อยากเข้ามาดูแลจัดหาอาหารมาให้ มาบีบนิ้ว มาสัมผัสตัวผู้ป่วย มาให้กำลังใจ มาทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกายสบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่า แรงจูงใจการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เป็นเพราะความรักความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวด้วยความสัมพันธ์ทางสายเลือดในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบิดา หรือมารดา จึงถือโอกาสนี้เป็นการตอบแทนบุญคุณ หรือความดีของผู้ป่วย

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในด้านการประเมินผลการดูแลรักษาในระดับมาก ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยวิกฤตอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย

วิกฤต เช่น ผู้ป่วยถูกลมโป่งพองแล้วมีการหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จึงมีการพัฒนางานโดยการจัดทำคู่มือ/แผนปฏิบัติการพยาบาล และมีการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อให้คำแนะนำและสอนญาติ ด้วยเหตุผลนี้จึงจำเป็นต้องให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ที่พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้เห็นได้ชัดเจนว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก หรือมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุตร เมื่อบิดาหรือมารดาเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตและต้องนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จึงถือโอกาสนี้เป็นการตอบแทนบุญคุณ จึงอยากเข้ามาดูแลผู้ป่วยเพราะต้องการทำสิ่งดีๆ ให้แก่ผู้ป่วย อันเนื่องมาจากความรักความผูกพัน อยากมาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกถูกละทิ้ง (พิกุล เจริญสุข, 2549) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เวอเฮก และคณะ (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste,

& Grypdonck, 2003) ที่ศึกษาความต้องการและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยเพราะต้องการทำสิ่งดี ๆ ให้แก่ผู้ป่วยเนื่องมา จากความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากหรือน้อยเพียงใด

ความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = .746$, $p = .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความตื่นตกใจ จากอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง และที่สำคัญที่สุดคือความกลัวที่จะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จึงมีความต้องการที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วยวิกฤต อยากเข้ามาเห็นผู้ป่วยด้วยตาตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวล และสามารถบอกต่ออาการของผู้ป่วยกับญาติคนอื่น ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรีโวลด์ (Prevost, 1997) ที่พบว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยวิกฤต หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ครอบครัวจึงปรารถนาที่จะเข้ามาเยี่ยม และดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะต้องการเข้ามาเห็นสภาพอาการเปลี่ยนแปลงด้วยตาตนเอง ทำให้สามารถประเมินผล และคาดการณ์สถานการณ์การเจ็บป่วยได้ เข้ามาดูว่าขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไร ยังปลอดภัยอยู่หรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของชาร์ป (Sharp, 1990) ที่พบว่า การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงในหอผู้ป่วยหนัก และชนิดของการเจ็บป่วยทำให้ญาติไม่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากมีความกลัว และวิตก

กังวลกับการเข้ามาเยี่ยมหรือเข้ามาดูแล กลัวว่าจะรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย อาจทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดหนักได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2538) ที่ศึกษาถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยมาก เนื่องจากกลัวอาการกำเริบ เพราะผิดแนวทางการดูแลรักษา

การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = .404$, $p = .01$) จากผลการวิจัย พบว่า ลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก และนโยบายการเยี่ยมเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะของหอผู้ป่วยหนักที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป ลักษณะงานที่ยุ่งยาก เจ้าหน้าที่ทำงานกันด้วยความรีบเร่ง มีนโยบายการเยี่ยมที่กำหนดเวลาไว้แน่นอน เจ้าหน้าที่บางคนอาจไม่ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม ทำให้ครอบครัวได้รับการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระดับปานกลาง ส่วนทำทีของเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก ($\bar{X} = 27.96$, $SD = 4.55$) อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีท่าทีที่เป็นมิตร มีการทักทาย มีการให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซักถามอาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิกุล เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพที่ดี และการเปิดโอกาส

ของเจ้าหน้าที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการสอน แนะนำ อธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ และวิธีการดูแลรวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อม (Halm & Alphen, 1993) เป็นปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล และยังคงคล้องกับผลการวิเคราะห์ลักษณะสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของ คาฮิลล์ (Cahill, 1996) ว่าการให้ข้อมูล การสอน หรือสาธิตการดูแลให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ เป็นการทำให้เกิดความไว้วางใจ และลดช่องว่างของ ความรู้ความ สามารถในการดูแลของเจ้าหน้าที่ และ ครอบครัว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การมีนโยบายการเยี่ยมที่ชัดเจน และมีการ ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมบ้างตามความเหมาะสมก็เป็น ปัจจัยที่ส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบอยคอฟ (Boykoff, 1986) ที่ศึกษาความต้องการเยี่ยมของ ผู้ป่วยโรคหัวใจและครอบครัว พบว่าการยืดหยุ่นการ เยี่ยมไม่เพียงแต่ทำให้มีการสื่อสารที่ดีแล้ว ยังเอื้อต่อ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เกิด ความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความต้องการมี ส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มี ความสำคัญ ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรตระหนักถึง โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนข้อมูล ควรเปิดโอกาสให้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมมากขึ้น และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น ส่วน ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนา งานบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และ ครอบครัวโดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย

ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยวิกฤต เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว และ เป็นการลดช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ รวมทั้งมีการปรับปรุงลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก และ นโยบายการเยี่ยมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนักให้มากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้อาจจะ เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วิกฤต เช่น การการศึกษาซ้ำในหน่วยงานอื่น เพื่อให้ สรุปล้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้ หรือการนำปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสามารถของครอบครัวในการมีส่วนร่วมใน การดูแล มาศึกษาถึงความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการ ศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยการพยากรณ์ ว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้หรือไม่ อย่างไร เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย และ ขอบพระคุณผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งท่าน ผู้อำนวยการ แพทย์ พยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชอลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งกรุ๊ป.

จริยา ตันติธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นิติบรรณาการ.

จุฑามาศ ปัจจะวิสุทธ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, สมพร ศิริเต็มสกุล และวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ. (2536). ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. *ขอนแก่นเวชสาร*, 17(2), 33-43.

จุฬาลักษณ์ ลิ้มลิ้อชา. (2547). *ปัจจัยพื้นฐานความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). *ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชิตีมา วทานิชเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6 (3), 40-50.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2545). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิเจพรินต์ติ้ง.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ. (2538). ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 9(1), 10-18.

โสพรรณ โพทะยะ. (2544). *รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ACCCN. (2002). *Competency standards for specialty critical care nurse(2nd ed.)*. Melbourne: ACCCN.

American Association of Critical-Care Nurses. (1996). *Scope of practice for nursing care of the critically ill patient and family working draft*. Aliso Viejo, CA: Author

Alspach, J. G. (1990). Critical care nursing in the 21st Century. *Critical Care Nurse*, 10(9), 8-16.

Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen. M. (2001). Interaction between family member and

health care providers in an acute care setting in Finland. *Journal of Family Nursing*, 7(4), 371-390.

Asworth, P. D., Longmate, M. A., & Marrison, P. (1992). Patient participation : Its meaning and significance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17(12), 1430.

Cahill, J. (1996). Patient participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 561-571.

Coyne, I.T. (1996). Review partnership in care: Parents' views of participation in their hospitalized child's care. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 71-79.

Coyne, I.T. (1996). Parental participation in care: A critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 716-722.

Coyne, I.T. (1996). Parental participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 733-740.

Dixon, D.M. (1996). Unifying concepts in parents experiences with health care providers. *Journal of Family Nursing*, 2, 111-132.

Halm, A., & Alpen, A. (1993). The impact of technology on patients and families. *Nursing Clinics of North America*, 28 (2), 443-457.

Li, H. (2002). Family preferences in caring for their hospitalized elderly relatives. *Geriatric Nursing*, 23(4), 204-207.

Linda Yin, & King Lee. (2002). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.

O, malley, P., Favaloro, R., Anderson, B., Anderson, M., L., Siewe, S., Benson-Landau, M., Deane, D., Feeney, J., Gmeiner, J., Keefe, N., Mains, J., & Riddle, K. (1991). Critical care nurse perceptions of family need. *Heart & Lung*, 20(1), 189-201.

Prevost, S. (1997). *Introduction to critical care nursing: Individual and family response to the critical care experience*. Philadelphia. W.B. Saunders Company.

Tutton, A., & Ager, L. (2003). Frail older people: Participation in care. *Nursing Older People*, 15 (8), 18-22.

Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2003). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501-509.