

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ชุลินดา ทิพย์เกษร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มิถุนายน 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของชุลินดา ทิพย์เกษร ฉบับนี้แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

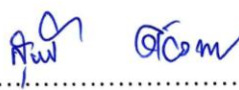
..........อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

..........อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

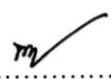
..........ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์)

..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

..........กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..........คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๒ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา กิริติคุณวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ กรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ชูวรรณะปรกรณ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้กรุณาให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุง ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นคว้าหาความรู้ มีประสบการณ์และเครือข่ายอย่างกว้างขวางในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจ เป็นอย่างยิ่งในความกรุณา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ คุณมารยาท สุจริตวรกุล คุณจันทร์เพ็ญ อุงอรุ่ง และคุณสาคร พรพจน์ธนาศ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลงานหอผู้ป่วยหนักทุก ๆ ท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการ เก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณสุปราณี ศรีพลาวงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม ที่ให้ทุกอย่าง และคอยให้กำลังใจ และคอยสร้างแรงผลักดันให้พยายามเรียนจนสำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และสามีมี่รักยิ่ง ที่ให้ทุกอย่างและคอยให้กำลังใจ เมื่อยามท้อถอย และคอยกระตุ้นเตือนให้พยายามเรียนจนสำเร็จ ตลอดจนบุตรทั้งสองอันเป็นที่รัก ที่คอยให้กำลังใจ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมรุ่น และรุ่นน้องทุกท่านที่ช่วยเหลือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษาในวันนี้

ชุลินดา ทิพย์เกษร

55920253: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความต้องการ/ การได้รับการตอบสนองความต้องการ/ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ระยะสุดท้าย

ชุลินดา ทิพย์เกษร: ความต้องการและการได้รับการตอบสนองการดูแลของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (NEEDS AND THE NEED RESPONSES OF FAMILY
MEMBERS OF TERMINALLY CRITICALLY ILL PATIENTS) คณะกรรมการควบคุม
วิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด., สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง, พย.ด. 112 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วย
วิกฤตเพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยได้ร่วมดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก
อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวก เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 82 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง
เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความต้องการ
และการได้รับการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้
ตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกครอบครัวของ Molter มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และ .96
ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 149.22$,
 $SD = 7.97$) และคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก
($M = 131.40$, $SD = 17.28$) ความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.98$, $p < .001$)
ส่วนรายด้านพบว่า ความต้องการด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านอารมณ์สูงกว่า
การได้รับการตอบสนองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.624$, $p < .001$, $t = 7.038$, $p < .001$, $t = 8.829$,
 $p < .001$ และ $t = 4.466$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลในหน่วยงานวิกฤตควรประเมินความต้องการ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อให้การพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการ
ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

55920253: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: NEEDS/ THE NEED RESPONSES/ FAMILY MEMBERS OF TERMINALLY CRITICALLY ILL PATIENTS

CHULINDA TIPKASORN: NEEDS AND THE NEED RESPONSES OF FAMILY MEMBERS OF TERMINALLY CRITICALLY ILL PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., SUPAPRON DUANGPAENG, D.N.S. 112 P. 2017.

The nursing-focused family-centered care is particularly crucial. Especially in the critical Intensive Care Unit (ICU), it is to closer the family members in involving caring for the terminally critically ill patients. This is to care participation for the dignity of a human being. The purpose of this comparative descriptive research was to examine family members' needs and the need responses of caring of family members for terminally critically ill patients. A purposive sampling was used to recruit a sample of 82 family members of terminally critically ill patients in Chon Buri Hospital. Data were carried out from May to October 2016. Research instruments included a demographic questionnaire, the needs and the need responses questionnaires which were developed based on the family's need concept of Molter. Their reliability were .89 and .96, respectively. Descriptive statistics and paired t-test were used to analyze the data.

The results revealed that the overall need score was at the high level ($M = 149.22$, $SD = 7.59$) and the overall need responses score was also at the high level ($M = 131.40$, $SD = 17.28$). The overall need of family members of terminally critically ill patients was significantly higher than the overall need response ($t = 7.978$, $p < .001$). Considering each aspect, the needs for information, physiological, emotional and spiritual aspects were significantly higher than those of the need responses ($t = 5.624$, $p < .001$, $t = 7.038$, $p < .001$, $t = 8.829$, $p < .001$ and $t = 4.466$, $p < .001$, respectively).

These findings suggest that nurses in the critical ICUs should assess needs of family members in order to appropriately provide nursing care respond to their needs.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....	11
ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย	20
ทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera.....	32
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
สถานที่ศึกษา	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	47
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	51
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย	51
ส่วนที่ 2 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน	54
ส่วนที่ 3 การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน	55
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวม และรายด้าน	56
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	57
สรุปผลการวิจัย	57
การอภิปรายผล	59
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	70
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก	83
ภาคผนวก ข	85
ภาคผนวก ค	93
ภาคผนวก ง	98
ภาคผนวก จ	106
ภาคผนวก ฉ	110
ประวัติย่อของผู้วิจัย	112

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	51
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และช่วงคะแนนของความต้องการโดยรวม และรายด้านของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....	54
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และช่วงคะแนนของการได้รับการตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านของ กลุ่มตัวอย่าง.....	55
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการและการได้รับการ ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้วย Paired <i>t</i> -test.....	56
5	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	84
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับที่ของคะแนนความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้านและรายชื่อ.....	99

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะวิกฤตเป็นปรากฏการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน เช่นเดียวกับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในทางที่แย่ลง มีความล้มเหลวของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเข้าสู่ระยะสุดท้าย (บำเพ็ญ จิตแสงชาติ, 2555; พรเลิศ นัทรแก้ว, 2554) ผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายแตกต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไป คือ มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านเทคโนโลยีที่อาจต้องติดตัวตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ ที่นำมาซึ่งความต้องการการดูแลร่างกายเป็นอันดับแรก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยตรงจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; Kirchhoff & Faas, 2007; Nelson et al., 2010) ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมีเวลาในการเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้น้อย และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป จึงก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะมีความสุขสบายด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอาจช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่อาจหลีกเลี่ยงความตายได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะมีความต้องการจะให้คนที่ตนเองรักหรือสมาชิกครอบครัวเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องการอยู่อย่างโดดเดี่ยว ต้องการปฏิบัติตามหลักความเชื่อ ความศรัทธาของตนเองอย่างเต็มที่ และสมาชิกครอบครัวเองก็ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างใกล้ชิด (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) สมาชิกครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญกับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีกระบวนการตายที่ดีสมศักดิ์ศรี แต่ในขณะเดียวกันสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก็ได้รับผลกระทบทางจิตใจ และสังคมจากสถานการณ์ที่รับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย และจะต้องสูญเสียผู้ป่วย

ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วยเสมอ (Mayland, Williams, & Ellershaw, 2008; Miyashita et al., 2008) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย การตัดสินใจ

มักจะเป็นสมาชิกครอบครัวอันเนื่องมาจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยหรือระดับความรู้สึกตัวลดลงจากยาที่ได้รับ (Luce, 2003) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก และก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจขึ้นได้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังที่เคยอยู่ในภาวะสมดุลงจากที่อาจเกิดความไม่แน่นอนในอาการของบุคคลที่ตนรักสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต การถูกจำกัดให้รอคอยจากหอผู้ป่วย การใช้เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard & Alavi, 2008) เกิดความรู้สึกสูญเสียกลัวผู้ป่วยจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง (สถาพร ถีลานันทกิจ, 2551) ครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสารรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Wall, 2009; Yang, 2008) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเสี่ยงต่อการปรับตัวต่อความสูญเสียอย่างไม่เหมาะสม (Aquilera, 1989)

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) ภาวะที่สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดจากเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตแล้วไม่สามารถแก้ไขด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด กอดคั่ง ยุ่งยากใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้เช่นปกติ (Aquilera, 1989; Pryzby, 2005) บางรายต้องการให้ผู้อื่นคืนชีพและให้ช่วยชีวิตอย่างเต็มที่ พฤติกรรมเหล่านี้แสดงถึงความวิตกกังวล ต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การไม่ยอมรับความจริงและปฏิเสธความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะมีความวิตกกังวลสูง (Hughes, Bryan, & Robbins, 2005) อีกทั้งพยาบาลมักละเลยต่อครอบครัวผู้ป่วยไม่มีเวลาที่จะตอบคำถามและให้ความสนใจต่อความรู้สึก ทั้งทางด้านความวิตกกังวล ความเศร้าโศกเสียใจ ความเจ็บป่วย และความรู้สึกทุกข์ทรมานใจต่าง ๆ แต่พยาบาลมักจะมุ่งรวบรวมข้อมูลที่คุกคามชีวิต ข้อมูลทางห้องทดลอง สิทธิการรักษา หรือสถานะของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเสียมากกว่า (Beckstrand, Callister, & Kirchoff, 2006; Calvin, Kite-Powell, & Hickey, 2007; Ferrell et al., 2007) นอกจากนั้น การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอสำหรับญาติผู้ป่วยกับพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ไม่ตรงกันกับความต้องการ หรือการรับการตอบข้อข้องใจเกี่ยวกับข้อข้องใจเพียงสั้น ๆ และไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนเองให้บุคคลได้รับฟัง ขาดการปลอบขวัญให้กำลังใจยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต้องเผชิญในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายล้วนทำให้เกิดความเครียด จากการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต (เพ็ญภัตสร มาพงษ์, 2556) ซึ่งความเครียดของ

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การเสียชีวิตแบบ “ตายไม่ดี” (Miyashita et al., 2008) และมีผลทำให้ขาดภาวะสมดุลทางด้านต่าง ๆ ตามมาได้ ภาวะเช่นนี้ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในเรื่องการสนับสนุนเพื่อสามารถข้ามผ่านช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตนี้ไปได้

จากการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จากสิ่งแวดล้อมในการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เน้นการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบได้น้อย (Tullmann, Hawkes, & Enfleid, 2010) การดูแลรักษาจะเปลี่ยนเป้าหมายจากการรักษาให้หายขาดไปเป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากการดูแลแบบวิกฤต (Critical care) เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะประคับประคองอาการหรือในระยะสุดท้ายมาเป็นดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) (Gries, Curtis, Wall, & Engelberg, 2008) จากปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบองค์รวมในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวระยะสุดท้ายจึงเป็นการพยาบาลที่มีความซับซ้อนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวระยะสุดท้ายได้รับความรักและการอภัย มีความสมหวังที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการไปอย่างสงบ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจนสู่ระยะสุดท้าย (End of life care) ตามแนวคิดของ World Health Organization [WHO] (2010) เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว โดยการป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานจากอาการอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทั้งนี้เป้าหมายหลักการดูแลคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี (Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012)

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต อาจทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อความสูญเสียอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลถึงการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้ ดังนั้น การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ครอบครัวสามารถเข้าถึงผู้ป่วยวิกฤตในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยได้ร่วมดูแลบุคคลอันเป็นที่รักอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิก มีความเข้าใจความต้องการของสมาชิก และเข้าใจโครงสร้างเฉพาะและสภาพความเป็นจริงของครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นบริบทที่สำคัญ

ของสมาชิกครอบครัวและสมาชิกครอบครัวก็เป็นบริบทของครอบครัวด้วย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ว่าจะในทางบวกหรือทางลบก็ตามจะมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว จากแนวคิดดังกล่าวครอบครัวจึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบ มีบทบาทและกลไกสำคัญในการดูแลสมาชิกครอบครัว ทั้งในภาวะปกติและภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือในวาระสุดท้ายของสมาชิกครอบครัว (Wright & Bell, 2009) ดังเช่นที่ Molter (1979) ได้กล่าวว่าการที่จะประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้นั้นจะต้องคำนึงว่า ผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้สมรสหรือบิดามารดาของผู้ป่วย ดังนั้น นอกจากจะประเมินความต้องการของผู้ป่วยแล้วต้องประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย และพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่พบได้เสมอ และพบว่าแพทย์ พยาบาลผู้ดูแลจะรู้สึกยุ่งยากและอาจเกิดความลำบากในการตัดสินใจที่จะบอกกับญาติหรือครอบครัว ให้ยอมรับสภาพความเป็นจริงของการดูแลผู้ป่วยหมดหวัง โดยจะปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเพื่อให้การรักษาต่อไประยะหนึ่งแบบประคับประคอง เช่นเดียวกับ ชวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานันต์ และพัชรียา ไชยลังกา (2554) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย ด้วยการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายให้ความหมายประสบการณ์ของการมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤตและใกล้ตายว่า เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ตั้งตัวไม่ติด เป็นการสูญเสีย เป็นการมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย และเป็นการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง สมาชิกครอบครัววิกฤตระยะสุดท้ายจึงต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการรักษาอย่างดีที่สุดจากทีมสุขภาพ ต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องการข้อมูลอย่างต่อเนื่องและทราบว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย ต้องการการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้มีโอกาสเล่าความในใจและให้กำลังใจ ตลอดจนต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และต้องการนำผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน (Gutierrez, 2012)

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมากที่สุด (วารภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์ และเขาวรัตน์ มัชฌิม, 2557) จากการศึกษาของ ปฐมวดี สิงห์คง และชนกพร จิตปัญญา (2554) ศึกษามุมมองครอบครัวต่อการดูแลของพยาบาล เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ครอบครัวสะท้อนมุมมองต่อการดูแลของพยาบาลใน 6 ด้าน ทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่ตอบสนอง

และไม่ตอบสนองความต้องการของครอบครัว คือ 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ 4) การได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และ 6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหา และการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จึงเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีเป้าหมายการดูแลที่แตกต่างจากเป้าหมายหลักของหอผู้ป่วยวิกฤต คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกระบวนการตายที่ดี เนื่องจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต้องถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน (Unit of care) (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้หรือตายดีตามที่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายปรารถนา รวมทั้งให้การดูแลสมาชิกครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกและสูญเสียได้ตามปกติ หากไม่ได้รับการดูแลระดับประคองเป็นอย่างดีแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การเสียชีวิตแบบ “ตายไม่ดี” กล่าวคือ ตายขณะรู้สึกกลัว โกรธ ไม่ได้เตรียมตัวตาย การตายที่ยืดเยื้อ ทุกข์ทรมานถูกพันธนาการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ไม่ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่ได้รับความเคารพและไว้ศักดิ์ศรี ไม่ได้สมปรารถนาตามที่คาดหวัง ไม่สามารถเลือกสถานที่ตายได้ ตายอย่างโดดเดี่ยว มีสิ่งกีดขวางในใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบสุขและครอบครัวไม่พึงพอใจและอาจจะรู้สึกไม่สงบสุขตามไปด้วยได้ (Costello, 2006; Vig & Pearlman, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาสำรวจหาความต้องการด้านต่าง ๆ สมาชิกในครอบครัวเท่านั้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและใกล้ตายในหอผู้ป่วยไอซียู จะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย (อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัด และวิภาวี คงอินทร์, 2554) ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้าย (สุภัทสร่า ชูช่อ, 2554) และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan, 2011) นอกจากนี้ได้พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอีก 2 การศึกษาคือ ศึกษาประสบการณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย (ยุวนิดา อารามรมย์ และคณะ, 2554) และประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ได้ตายอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญภัตสร มาพงษ์ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา พบว่า แม้การตายดีของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมจะอยู่ในระดับมาก แต่ส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ยังต้องการการปรับปรุงเกือบทุกด้าน ซึ่งให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว

โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งที่ได้รับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยวิกฤตต่าง ๆ จากสถิติหอผู้ป่วยวิกฤต ปี พ.ศ. 2557 และ 2558 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งหมดมีจำนวน 1,661 คน และ 1,071 คน ตามลำดับ เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 382 คน และ 333 คน คิดเป็นร้อยละ 22.99 และ 31.09 ตามลำดับ และญาติขอรับผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จำนวน 23 คน และ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 1.38 และ 3.00 ตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะของโรคและความผิดปกติที่รุนแรงยากที่จะดูแลรักษาให้อาการดีขึ้นได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลในทุกมิติของการดูแล ทั้งยังเป็นการดูแลในภาวะที่มีการสูญเสียทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ฝ่ายบริการพยาบาลได้ให้ความสำคัญและกำหนดไว้ในแผนกลยุทธ์ระดับฝ่ายและแผนปฏิบัติการระดับหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังถึงแม้จะมีรูปแบบการดูแลระยะสุดท้าย แต่เนื่องจากในปัจจุบันบริบทของการดูแลและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลของหอผู้ป่วยวิกฤต จากการมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคข้อมูลข่าวสารและนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นำมาซึ่งความต้องการของผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นและมีความซับซ้อนมากขึ้น ร่วมกับการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้มีการประเมินความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพ การบริการที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

3. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณแตกต่างจากการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณจากเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย กรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera (1989)

ในภาวะปกติมนุษย์จะอยู่ในสภาวะสมดุล แต่เมื่อมีสิ่งที่มากระทบ เช่น เมื่อผู้ป่วยวิกฤตเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต อันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดอย่างกะทันหันหรือไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่ได้ได้รับการตอบสนองความต้องการในการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ หรือใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้จะทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น ถ้าไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ การที่จะปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลนั้นจะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera (1989) จะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

เมื่อเผชิญกับปัญหาภาวะสมดุลของร่างกายคือวิธีการลงไว้เพื่อการแก้ปัญหาตามปกติ และมีประสิทธิภาพ เมื่อแต่ละปัญหาไม่สามารถจัดให้หมดไปได้อย่างรวดเร็วโดยวิธีการปกติ ผลของสถานการณ์จากภาวะวิกฤตจะเพิ่มสูงขึ้นจากความเครียดภายในจะแสดงให้เห็นออกมาคือความวิตกกังวล (Anxiety) ภาวะวิกฤตมีลักษณะ โดยแสดงความรู้สึกรวดเร็วที่ตรงจุด ซึ่งแต่ละบุคคลไม่สามารถใช้ดำเนินบทบาทของการแก้ปัญหาได้ ซึ่งถ้าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สามารถนำปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสามารถพิจารณาหาหนทางในการแก้ปัญหาได้ ทำให้เกิดความสมดุลและไม่เกิดภาวะวิกฤตขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าขาดปัจจัยสมดุลประการใดประการหนึ่ง

หรือ 3 ประการจะทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุล และเกิดภาวะวิกฤตขึ้น (Aquilera, 1989)

ความรู้สึกรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกไม่สบายใจหวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ ซึ่งเกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆคุกคามความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าก็ได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคล เกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมแตกต่างกันไปตามระดับความรู้สึกนั้น และเกิดความต้องการเพื่อรักษาสมดุลต่อเหตุการณ์ ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ โดยพยาบาล หรือผู้ป่วยวิกฤตมีหน้าที่ให้การบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตระยะสุดท้ายโดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจนสู่ระยะสุดท้าย (End of life care) ตามแนวคิดของ WHO (2010) ที่เน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ กาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักการดูแลคือ การลดความ ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรี จะสามารถตอบสนองต่อปัจจัยสมดุลตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera (1989) ซึ่งกล่าวว่าความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารจะสามารถตอบสนองต่อการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของ สมาชิกในครอบครัว ความต้องการด้านร่างกายสามารถตอบสนองต่อระบบเกี่ยวพันกัน ในสถานการณ์เฉพาะหน้า ในส่วนความต้องการด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณสามารถตอบสนอง กลไกการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย การตอบสนองความต้องการ ทั้ง 4 ด้านดังกล่าวจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย สามารถคงความสมดุลของ ครอบครัวได้ จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทำให้พยาบาลได้รับรู้ และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้ใกล้เคียงความต้องการมากที่สุด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Comparative descriptive research) ครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการและการ ได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตระยะสุดท้าย และเพื่อเปรียบเทียบความต้องการและการ ได้รับการตอบสนองความต้องการ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยศึกษาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งมีจำนวน 6 หน่วยงาน ดังนี้ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤต โรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ

และหลอดเลือด โรงพยาบาลชลบุรี รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบฉุกเฉินหรือเฉียบพลัน โดยอาจจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ซับซ้อน ใช้เครื่องมือหลายชนิดร่วมกันเพื่อให้มีชีวิตรอด ร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง มีการพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง และมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในทางที่แย่ลง มีความล้มเหลวของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์วินิจฉัยว่าโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและเข้าสู่ระยะสุดท้าย

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ และเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง ความประสงค์ที่จะได้รับบริการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วยความต้องการ 4 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นความประสงค์ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรคในภาวะวิกฤต ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อถึงภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย การแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลงของผู้ป่วยให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ข้อมูลเกี่ยวกับการตายที่กำลังจะเกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย

2. ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดสบายต่าง ๆ ที่สมาชิกครอบครัวต้องการได้รับขณะมารับบริการที่หอผู้ป่วยวิกฤต เช่น มีที่นั่งพักรอเยี่ยมผู้ป่วย หน้าหอผู้ป่วยที่สะอาดสบายและเพียงพอ ต้องการเก้าอี้สำหรับนั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเยี่ยม ความต้องการการดูแลสุขภาพ และการช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาล

3. ความต้องการด้านอารมณ์ เป็นความประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวล การได้รับการยอมรับ การได้ระบายความรู้สึก ได้รับการปลอบโยน การมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ต้องการให้พยาบาลรับฟังคำถาม ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความประสงค์การสนับสนุนเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคล เพื่อให้มีความหวัง การขอโศกนาฏกรรมหรือการให้อภัย การปฏิบัติตามหลักศาสนา และการคงความหวัง การนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษา ประเมินได้จากแบบสอบถามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อูไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ (2532) ซึ่งได้แปลจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (The Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI]) ของ Molter (1979)

การได้รับการตอบสนองความต้องการ หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เกี่ยวกับความประสงค์ที่จะได้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณจากพยาบาล

ประเมินได้จากแบบสอบถามการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อูไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ (2532) ซึ่งได้แปลจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (The Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI]) ของ Molter (1979)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
2. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
3. ทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera
4. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life care)

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ความหมายผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีภาวะล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย อาจเกิดจากอวัยวะหนึ่ง ๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว โดยเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะหรือระบบที่สำคัญของร่างกายอย่างทันทีทันใด หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมหรือกษัยที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมและคุกคามต่อชีวิต ลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบฉุกเฉินหรือเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และมีการพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อให้มีชีวิตรอด (รัชนี หลงสวาสดี, 2554; วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) และเมื่อเกิดภาวะวิกฤตจนร่างกายไม่สามารถปรับสมดุลได้ สภาพอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระทั่งอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียน และระบบหายใจ โรคหรือความผิดปกติของหัวใจ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรง ทำให้ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่ยาคาดการณ์ได้ แม้ว่าปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าทำให้ผู้ป่วยเคยมีโอกาสรอดเพียงเล็กน้อย สามารถมีชีวิตได้ยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ป่วยวิกฤตจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ ในปัจจุบันไม่สามารถยืดอายุชีวิตได้ (วิสิษฐา ลุวิระ, 2556) ทำให้อาการของผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคและเสียชีวิตที่สุด

ดังนั้น ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย ว่าโรคหรือความอวัยวะหนึ่ง ๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือกษัยต่าง ๆ และการเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่แพทย์ได้ให้แก่ผู้ป่วยเต็มที่

และมีโอกาสน้อยมากที่กลับมาใช้ชีวิตที่มีคุณภาพที่พึงประสงค์ได้ (บาเพ็ญ จิตแสงชาติ, 2555; พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2554) ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอาจช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่อาจหลีกเลี่ยงความตายได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแต่ละคนอาจมีอาการแสดงที่แตกต่างกันได้เนื่องจากสาเหตุการป่วยที่แตกต่างกัน กระบวนการใกล้ตายนี้อาจใช้เวลา 10-14 วัน บางรายอาจใช้เวลาเพียง 24 ชั่วโมง ในทางการแพทย์มักจะถือว่าระยะใกล้ตายคือ 48 ชั่วโมง (Final hours) ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแลเพื่อให้เกิดการเสียชีวิตอย่างสงบ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

สำหรับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชลบุรี ส่วนใหญ่อาจเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเกิดจากอุบัติเหตุที่ภายหลังจะเข้ารับการรักษาแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะของการเจ็บป่วยอาจเป็นแบบเฉียบพลันแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือเจ็บหนัก จนอาการทรุดลงเรื่อย ๆ หมดหวังในการรักษาให้หาย มีแนวโน้มว่าจะทรุดลงเรื่อย ๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและเสียชีวิตในที่สุด (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2554) จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เพื่อประคับประคองอาการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมในฐานะบุคคลที่ต้องการความเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (ทองทิพย์ พรหมศร, 2551) โดยจำแนกผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายภาวะเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรงเกิดขึ้นทันทีทันใดมีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หมดหวังในการรักษา อาจมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ โรคที่คุกคามอย่างกะทันหัน หรือโรคที่ไม่เคยรักษาเป็นประจำ ได้แก่ ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด และโรคต่าง ๆ หลายโรคซึ่งมีอาการรุนแรงต่อระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญภายในร่างกายโดยที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อประคับประคองอาการ ซึ่งจะมีทั้งผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบองค์รวมเพื่อประคับประคองอาการมากกว่าการดูแลเพื่อมุ่งเน้นการรักษาโรค

ดังนั้น ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจึง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบฉุกเฉินหรือเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ซับซ้อนใช้เครื่องมือหลายชนิดร่วมกันเพื่อให้มีชีวิตรอด ร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง มีการพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในทางที่แย่ง มีความล้มเหลวของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์วินิจฉัยว่าโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่แพทย์ได้ให้แก่ผู้ป่วยเต็มที่มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ความหมายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส หรือเป็นเครือญาติที่มีความผูกพันใกล้ชิด (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) สมาชิกครอบครัวมีหน้าที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้มีความสมดุลความผาสุก ความเจริญรุ่งเรือง และมีการพัฒนาการอย่างปกติสุข มีองค์ประกอบในการปฏิบัติ มีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ ทางอารมณ์ โดยการให้ความรักความเอาใจใส่ มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติ หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม หน้าที่ในการสืบเชื้อสาย (Callahan, 2003)

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความผูกพันกัน โดยเฉพาะ บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อสุขภาพและความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว (Callahan, 2003) ครอบครัวจึงเป็นระบบเปิด จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ โอกาสที่จะมีสิ่งเร้า (Stressor) ทั้งที่เกิดจากภายในหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกมากระทบกับระบบย่อยของครอบครัวย่อมเป็นไปได้โดยง่าย ก่อให้เกิดปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้นถือเป็นภาวะที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบ และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งไม่เพียงมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย (Gavaghan & Carroll, 2002) ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เจ็บป่วยรุนแรง เจ็บพลัน หรือเรื้อรังที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายนั้นส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยตรงจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการทราบล่วงหน้า ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมีเวลาในการเตรียมตัว ในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้น้อย และในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีซึ่งมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป จึงก่อให้เกิดความเครียด แก่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย (Pryzby, 2005) ด้านจิตใจ (Carter & Clark, 2005) ด้านบทบาทหน้าที่ (McAdam, Arai, & Purtillo, 2008) และด้านเศรษฐกิจ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2551)

ดังนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส หรือเป็นเครือญาติที่มีความผูกพันใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

มีความรัก ความผูกพันใกล้ชิดกันกับผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย และได้รับผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเช่นกัน (Gavaghan & Carroll, 2002) เนื่องจากมองความตายว่าเป็นความสูญเสีย ความพลัดพรากและความเจ็บปวดทรมาน (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554)

ภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ภาวะวิกฤต เป็นเหตุการณ์รุนแรงหรือสถานการณ์ที่โหดเหี้ยมไม่แน่นอน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเกิดการเจ็บป่วย การตาย เป็นต้น ซึ่งภาวะวิกฤต และเหตุการณ์มีความสัมพันธ์กับระดับการตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความแตกต่างตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ภาวะวิกฤต หรือเหตุการณ์วิกฤตจะหมดสิ้นไป เมื่อบุคคลรู้สึกมั่นคงในวิถีทางใหม่ มั่นคงในทักษะ ในแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือในกิจกรรมการดูแลตนเอง (บุญมี ภูค่านิ้ว, 2556)

ภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง สถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอันตรายและคุกคามต่อตนเอง และครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างทำให้มีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ เกิดความเครียด รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกกลัว และไม่สามารถแก้ไขได้โดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติ และบุคคลคาดว่าอาจไม่มีเวลาเพียงพอในการแก้ไขได้ทันการ ยวนิดา อารามรมย์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย ด้วยการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายให้ความหมายประสบการณ์ของการมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤตและใกล้ตายว่าเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ตั้งตัวไม่ติด เป็นการสูญเสีย เป็นการมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย และเป็นการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง เมื่อผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตและใกล้ตาย ครอบครัวมีความรู้สึก คือ ซ็อก ต่อรอง ทำใจยอมรับ โกรธ หมดหวังและปฏิเสธ ครอบครัวจึงมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการรักษาอย่างดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล ต้องการทราบความก้าวหน้าของโรคต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องการพาผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและต้องการที่พักสำหรับญาติ

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวล เช่น มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจนระยะสุดท้ายของชีวิต ถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และเป็นภาวะวิกฤตด้านร่างกายของผู้ป่วย (Physiological crisis) และมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย คือทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตด้านจิตใจ (Psychological crisis) และสมาชิกครอบครัวต้องเผชิญภาวะวิกฤตระยะที่เรงกดดันมากขึ้น กล่าวคือ การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อนหรือเกิดจากอุบัติเหตุ นับว่าเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลในครอบครัว

ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้วย ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมีเวลาในการเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ น้อย และในการเข้ารับการรักษาโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป จึงก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะมีความไม่สุขสบายด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณและทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอาจช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่อาจหลีกเลี่ยงความตายได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553)

จากการศึกษา Aquilera and Messick (1978) พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะช็อกหรือระยะที่มีผลกระทบรุนแรง ระยะที่ 2 ระยะถอยหลีกหรือระยะสับสน ระยะที่ 3 ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว ระยะที่ 4 ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ปฐมวดี สิงห์คง (2555) ได้ศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าครอบครัวได้สะท้อนสิ่งที่ปรากฏกับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตดังนี้ ด้านจิตใจและอารมณ์ครอบครัวมีความกังวลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ความทุกข์ใจและสับสนกับทางเลือกในการเผชิญภาวะวิกฤต กล่าวที่ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานและกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต สอดคล้องกับการผลการศึกษาของ Carter and Clark (2005) ที่พบว่า ครอบครัวกลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและมีความวิตกกังวลเนื่องจากความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค (Davidson, 2009) คลายความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นและความทุกข์มากขึ้นเมื่ออาการผู้ป่วยทรุดหนัก การที่มีสมาชิกครอบครัวอยู่ในระยะสุดท้ายนั้นจะส่งผลกระทบในทางลบต่อความคิดและการรับรู้ของสมาชิกที่เหลือในครอบครัวด้วย (Corey, Corey, & Callanan, 2011) เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิต รวมทั้งบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป (รัชนี หลงสวาสดี, 2554) ซึ่งสาเหตุของความเครียดอาจเนื่องมาจาก 1) เป็นวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยที่ไม่มีสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้ามาก่อน 2) เมื่อไปถึงโรงพยาบาลต้องประสบกับสิ่งแปลกใหม่ทั้งการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น รวมทั้งการที่ต้องพบกับเจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้จักหรือมีความคุ้นเคยกันมาก่อน 3) การไม่รู้ถึงสถานะที่แน่นอนของผู้ป่วยซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ 4) มีการพรากจากกันของสมาชิกในครอบครัว ข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม และ 5) มีความจำเป็นต้องเพิ่มรายจ่ายอย่างกะทันหัน และต้องสูญเสียรายได้ (Henneman & Cardin, 2002) เป็นต้น

ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือคาดว่าต้องมีการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพันใกล้ชิด หรือสิ่งที่มี

คุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียโดยแสดงภาวะเศร้าโศกออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัว ยอมรับการสูญเสียได้ (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2005) ส่งผลให้ครอบครัวมีความต้องการ การปรับตัวเช่นเดียวกับการปรับตัวของบุคคลแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kivimaki et al. (2002) พบว่า การที่ครอบครัววิกฤตและอยู่ในระยะสุดท้ายนั้นครอบครัวจะมีความรู้สึกเครียด เป็นกังวลสูง รู้สึกสับสน และรับรู้ถึงความเศร้าโศกที่กำลังจะมาถึงรวมทั้งส่งผลถึงสภาพทางการเงิน ค่าใช้จ่ายในครอบครัวด้วย และยังพบว่าเมื่อเกิดผลกระทบดังกล่าวกับครอบครัวแล้วไม่สามารถ หาทางออกได้ก็จะระบายออกมาทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น กว่าปกติ ดังนั้นการคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถ เผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ แต่หากภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันอยู่ในขั้น รุนแรงและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์หรือไม่สามารถแก้ปัญหาต่างห่างจาก แหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้นในช่วงเวลานั้น ระดับของความเครียด ก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งจะมีผลคุกคามต่อความรู้สึกของ ครอบครัวที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของโครงสร้างทางจิตใจและพฤติกรรม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของครอบครัวที่มีต่อตนเองและไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญ ปัญหาตามปกติได้ จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอาจก่อให้เกิด ภาวะวิกฤตขึ้นในครอบครัวได้ และเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสมดุลของระบบ ที่บุคคล หรือครอบครัวไม่สามารถหาทางออกหรือแก้ปัญหาเหล่านั้นด้วยวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ได้ผล ในอดีต ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ไม่ไว้ใจ หมดหนทางที่จะช่วยเหลือ (Helplessness) และรู้สึกสิ้นหวัง

นอกจากนี้ สิริวรรณ คงทอง (2556) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาและการตอบสนองต่อ เหตุการณ์ที่มีการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและวิกฤตของครอบครัวจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัย หลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาของการสร้างครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดระหว่างสมาชิกลักษณะ ครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ ธรรมชาติหรือความรุนแรงของความเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีการเผชิญปัญหา ของครอบครัว ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต นั้นสามารถเกิดขึ้นภายหลังสมาชิกครอบครัวประสบกับเหตุการณ์ภายใน 1-2 วัน (Aquilera, 1989) ดังนั้น ต้องให้การช่วยเหลือญาติภายใน 48 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลด ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ผลกระทบของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวหน้าที่ บทบาท สมาชิกครอบครัวจะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังที่เคยอยู่ในภาวะสมดุล จากที่อาจเกิดความไม่แน่นอนในอาการของบุคคลที่ตนรัก สิ่งแวดล้อม การถูกจำกัดให้รอคอยจากหอผู้ป่วย การใช้เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ และต้องพบกับพยาบาลส่วนใหญ่ซึ่งมักจะให้ความสนใจในการช่วยชีวิตของผู้ป่วย เป็นอันดับแรก การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard & Alavi, 2008) เกิดความรู้สึกสูญเสียกลัวผู้ป่วยจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง (Grassi, 2007) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสารรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Wall, 2009; Yang, 2008) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกครอบครัวเสี่ยงต่อการปรับตัวต่อความสูญเสียอย่างไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย การเผชิญต่อภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตของสมาชิกครอบครัว อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพของบุคคลทำให้การรับรู้เหตุการณ์และกลไกการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ประกอบกับเหตุการณ์ที่ไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า และต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่ได้รับข้อมูล อาจทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะเครียดอย่างมาก เนื่องจากความไม่แน่นอนของผลการรักษา การใช้ชีวิตยากที่ทันสมัย และครอบครัวกลัวจะต้องสูญเสียผู้ป่วย เป็นต้น (Brazil, Bedard, & Willison, 2003) สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของสมาชิกครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ล้วนเป็นภาวะวิกฤตที่ไม่ได้คาดหวังมาก่อน ถ้าความต้องการของสมาชิกครอบครัวยังไม่ได้รับการตอบสนองจะส่งผลทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดภาวะคุกคามความสมดุลของครอบครัว (สาวิตรี มณีพงศ์, 2551) ทำให้โครงสร้าง หน้าที่ ความรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การเผชิญกับสถานการณ์ของปัญหาซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย วิตกกังวล ซึ่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยต่อสมาชิกครอบครัวในด้านต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย และการเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัว อาจทำให้สมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำกิจวัตรของตนเองและการทำกิจกรรมประจำวันภายในครอบครัว จนทำให้ละเลยต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง สมาชิกครอบครัวอาจมีอาการแสดงทางกาย ได้แก่ เหงื่ออ้อ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ลดลง นอนไม่หลับ คลื่นไส้ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น (Baier & Buechsel, 2012) จากการศึกษาของ

Van Horn and Tesh (2000) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีการรับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่เป็นเวลา แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงโดยนอนหลับน้อยลง หรือนอนหลับไม่สนิท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สม่ำเสมอ ซึ่งผลกระทบต่อร่างกายที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยตามมา

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ สมาชิกครอบครัวมักมีความวิตกกังวลต่ออาการ ความเจ็บป่วยและการคุกคาม โรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังต้องเผชิญกับความรับผิดชอบ ภาระหน้าที่ แบบแผนการ ทำกิจวัตรและกิจกรรมภายในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง หมู่สมาชิกครอบครัวได้ อีกทั้งยังทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เครียด หวาดกลัว ซึมเศร้า ตกใจ ความผาสุกในชีวิตลดลง เกิดความรู้สึกว่าตนเองผิด (Leske, 2002) รู้สึกเศร้า โศก ซ็อกต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ปฏิเสธว่าเหตุการณ์นั้นไม่เป็นเรื่องจริง ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก (สิริวรรณ คงทอง, 2556) นอกจากนี้อาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกกลัวการสูญเสียผู้ป่วย และความต้องการเผชิญกับผลการรักษาผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอน ในขณะที่เกิดภาวะวิกฤตยังทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความทุกข์ทรมานใจ ประกอบกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่สับสนวุ่นวาย การที่สมาชิกครอบครัวถูกแยกจากผู้ป่วย มีการจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยม ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตเช่นเดียวกับผู้ป่วย (Leske, 2002) สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (สิริวรรณ คงทอง, 2556) ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวและการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว

3. ผลกระทบด้านสังคม ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทุกครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งสัมพันธภาพและบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ซึ่งความรับผิดชอบในครอบครัวที่เคยเป็นของผู้ป่วยต้องกลายเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ โดย Hupcey, Penrod, Morse, and Mitcham (2000) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนัก พบว่า ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ โดยต้องรับผิดชอบบทบาทในการดูแลบุตรด้วยบทบาทการเป็นทั้งพ่อและแม่ ในเวลาเดียวกัน สมาชิกครอบครัวต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่ภายในบ้าน การต้องรับผิดชอบตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย และการต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ซึ่งเป็นภาระหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ที่เคยเป็นเสาหลักในการหารายได้ของครอบครัว ทำให้สมาชิก

ครอบครัวต้องเริ่มหางานทำเพื่อให้มีรายได้พอเลี้ยงครอบครัว ในขณะที่เดียวกันต้องมาเยี่ยมและให้การดูแลผู้ป่วยขณะนอนในโรงพยาบาล รวมถึงความรับผิดชอบอื่น ๆ เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขได้แก่ ให้เวลาและความเอาใจใส่มาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งบางครั้งต้องละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองไป นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่มีการจำกัดเวลาเยี่ยมทำสมาธิครอบครัวถูกแยกจากผู้ป่วย และไม่สามารถแสดงบทบาทเหมือนที่เคยทำตามปกติได้ อาจส่งผลกระทบต่อถึงสัมพันธภาพในครอบครัว

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในครอบครัวที่สมาชิกมีความเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย การไม่สามารถไปทำงานของผู้ป่วยยังกระทบถึงด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลัก (สุจิตรา ลิ้มอานวยลาภ, 2551; Hogan, 2001) ความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยยังทำให้สมาชิกครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาที่สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ถึงแม้บางครั้งผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพซึ่งใช้ลดหย่อนได้เฉพาะการรักษา แต่ครอบครัวผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าอาหารขณะที่สมาชิกครอบครัวมาเฝ้าผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางระหว่างมารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตญาติต้องจ่ายค่ายาฉีดศพและค่ารถนำศพกลับ จึงมองทุกอย่างเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มภาระของครอบครัว นอกจากนี้การเดินทางไปเยี่ยมผู้ป่วยตามกำหนดเวลาเยี่ยมของโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกครอบครัวจำเป็นต้องละทิ้งภาระหน้าที่ในการประกอบอาชีพ (Fontana & Zero, 2006) ส่งผลต่อเนื่องทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ (สุจิตรา ลิ้มอานวยลาภ, 2551; Hogan, 2001) โดย Covinsky et al. (1994) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักพบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย โดยสมาชิกครอบครัวมีการนำเงินออมมาใช้จ่ายเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด ต้องสูญเสียรายได้จากงานประจำ

สรุปการเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ยังคงเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นเจ็บป่วยในภาวะเฉียบพลันหรือเรื้อรังล้วนเป็นภาวะวิกฤตที่ไม่ได้คาดการณ์มาก่อน และการเจ็บป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างรวดเร็วโดยไม่คาดคิดไม่เพียงแต่จะมีผลต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลปกติของครอบครัวอีกด้วย หากสมาชิกครอบครัวไม่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ไขวิกฤตการณ์ดังกล่าวหรือไม่ สามารถนำเอากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาที่เคยประสบความสำเร็จในอดีตมาใช้เพื่อควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ได้จะทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวด้วย ดังนั้น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว โดยตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องรู้ถึงความต้องการที่แท้จริง

ของสมาชิกครอบครัวก่อน การประเมินจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัว เพื่อการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ความหมายของความ ต้องการ

ความต้องการเป็นความรู้สึกของมนุษย์ที่พึงปรารถนาทำให้มีผลต่อร่างกาย และจิตใจ (Maslow, 1970) การมีสุขภาวะทางกายและทางจิตสังคมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของบุคคลแบบองค์รวม ความต้องการเป็นสิ่งที่มนุษย์มีอยู่ตามธรรมชาติ ถ้าได้พบความสมปรารถนา ดังความประสงค์ก็จะนิยมนิยมขึ้น เกิดความมั่นใจในตนเองและมีความมานะพยายามที่จะทำประโยชน์ต่อไป เพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม หากผิดหวังหรือไม่สมปรารถนาก็จะเกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้และเป็นผู้สิ้นหวัง (สิริวรรณ คงทอง, 2556) จากแนวคิดความต้องการของผู้ให้ความหมายและนักทฤษฎีต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ความหมายของความ ต้องการว่า หมายถึง ความประสงค์ที่จะได้รับบริการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ความหมายของความ ต้องการ

Leske (2002) ได้สรุปความต้องการของสมาชิกในครอบครัววิกฤต ดังนี้

1. การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (To receive assurance) สมาชิกในครอบครัวได้รับการยืนยันจากแพทย์และพยาบาลที่ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยว่าผู้ป่วย จะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล นุ่มนวล เอาใจใส่อยู่เป็นเพื่อนพูดคุยและตรวจสอบความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย
2. การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (To remain near the patient) การอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเยี่ยมได้บ่อย ๆ เยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อจำเป็น โดยไม่จำกัดระยะเวลา อายุของผู้เยี่ยม
3. การให้ข้อมูล (To receive information) ประกอบด้วยการให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ เช่น สภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบ และข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย
4. การได้รับความสุขสบาย (To be comfortable) มีการจัดสถานที่หรือเตียงอย่างพอเพียง

5. การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (To have support available) เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา

Gaglione (1984) สรุปความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบุว่ามีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบและเวลาเยี่ยมของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย คำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ เหตุผลของการใช้เครื่องมือ การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลคนเดิมทุกวัน คำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลเหล่านี้ อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่ทรุดลง และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต บุคลากรสาธารณสุขจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยกับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา รูปแบบการรักษา (Evan et al., 2009) การช่วยฟื้นคืนชีพ และสถานที่ในการเสียชีวิต (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2552) รวมไปถึง การจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความรุนแรงมากขึ้น

จากการศึกษาของ รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรมณฑากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร และสาคร พร้อมเพระ (2556) ความต้องการทราบข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นสิ่งสำคัญที่ญาติมีความต้องการมีในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย 2) การปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้ป่วย 3) บุคลากรทีมสุขภาพ 4) ข้อควรปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 5) สิ่งอำนวยความสะดวก/ สิ่งแวดล้อม 6) การสนับสนุนด้านจิตใจและอื่น ๆ การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนและตัดสินใจผิด สุดท้ายทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ ตามสิทธิผู้ป่วย ครอบครัวต้องการได้รับข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ครอบครัวควรจะได้รับ แพทย์และพยาบาลมักให้ข้อมูลในทางดีเพื่อให้ครอบครัวมีความหวัง ทำให้ครอบครัวตัดสินใจไม่ได้

2. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดสบายต่าง ๆ ในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤต สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายของตนเองมากนัก เนื่องจากจะมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต โดยความต้องการที่ด้านร่างกายที่สมาชิกในครอบครัวระบุ ได้แก่ ต้องการให้มีห้องน้ำและห้องพักใกล้หอผู้ป่วยขณะรอเวลาเยี่ยม การที่ไม่มีที่พัก เนื่องจากหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจำกัดการเยี่ยมของญาติ ทำให้ญาติไม่สามารถจะอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เมื่อหมดเวลาเยี่ยมสถานที่ที่ญาติต้องอยู่และพักเป็นที่ที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีอาการหนักไม่สามารถละทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยโดยลำพัง แล้วกลับบ้าน เนื่องจากกลัวว่าญาติของตัวเองมีอาการหนักลงและเสียชีวิตโดยที่ไม่มีญาติอยู่ใกล้ซิด ทำให้รู้สึกผิด ญาติจึงใช้พื้นที่คือ ระเบียงติดของโรงพยาบาลเป็นที่พัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูนิดา อารามรมย์ (2550) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย พบว่า ครอบครัวต้องการที่พักสำหรับญาติเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ มีอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาล และมีโทรศัพท์ใกล้บริเวณหอผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องการมีเวลาอยู่คนเดียวหรือมีสถานที่เป็นส่วนตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาล และมีคนคอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ตลอดจนต้องการมีคนสนใจดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบ้าง

3. ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional needs) เป็นความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ การมีคนคอยพูดคุย ปลอบโยนและให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Psychological crisis) ของสมาชิกครอบครัววิกฤต โดยความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัววิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังมีความต้องการได้รับการประคับประคองทางจิตใจและมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้ และสมาชิกในครอบครัวยังต้องการสนับสนุนจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพอีกด้วย โดยต้องการพูดคุยเพื่อสอบถามปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ ตลอดจนต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และทุกอย่างจะเรียบร้อยแม้เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่อยู่ด้วยตลอดเวลาที่โรงพยาบาล และรวมถึงต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลด้วย

จากการศึกษาของ นริสา สะมาเอ, กิตติกร นิลมานันต์ และวราภรณ์ คงสุวรรณ (2557) พบว่า การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู มีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นเนื่องจากบริบทของไอซียู

ที่มีข้อจำกัดในการเยี่ยมชมประกอบกับผู้ป่วยมีอาการหนักและโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ อยู่กับบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิตมากที่สุด เมื่อทราบข่าวว่ามีบุคคลที่รู้จักป่วย ควรรีบไปเยี่ยมผู้ป่วยและไปเยี่ยมอีกในทุก ๆ 2-3 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ นอกจากนี้เยี่ยมแล้วควรอ่านคัมภีร์อัลกรุอ่าน โดยเฉพาะบทยาซีน ขออูอาร์ให้ผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อองค์อัลลอฮ์ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นทุกข์ให้ผู้ป่วย (นริสา สะมาเอ และคณะ, 2557) โดยเชื่อว่า ทำให้อาการและจิตใจผู้ป่วยดีขึ้น และเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วย จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยคราวละมาก ๆ เพื่อต้องการที่จะขออภัยกับผู้ป่วยหากผู้ป่วยรับรู้ ผู้ป่วยจะได้มีโอกาสขออภัยกับญาติเช่นกัน ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (ญะมัล ไกรจิต, 2553) ธรรมเนียมการปฏิบัติของพยาบาลกับความต้องการของผู้ดูแลไม่สอดคล้องกัน ตามหลักศาสนาอิสลาม การเยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรกระทำหรือข้อบังคับที่มุสลิมทุกคนต้องกระทำแก่ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการที่จะทำตัวให้เป็นประโยชน์และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การพลิกตัว การให้อาหาร การบิบนวดร่างกาย การช่วยเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ซึ่งเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลและอาการของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความพึงพอใจและกำลังใจในการเผชิญปัญหา รู้สึกว่าตนมีคุณค่าในการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Leske, 2002) นอกจากนี้ ความต้องการเข้าเยี่ยมก็เป็นความต้องการที่สำคัญได้แก่ ความต้องการเข้าเยี่ยมให้ตรงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาเข้าเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษ เมื่อมีเหตุจำเป็นหรือสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยเท่าที่ต้องการ

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) จิตวิญญาณ เป็นแก่นของชีวิตทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้มนุษย์มีเหตุผล รู้จักควบคุมอารมณ์ มีความคิดริเริ่ม นอกจากนี้ จิตวิญญาณมีมิติของความสัมพันธ์ คือ บุคคลตระหนักในคุณค่าหรือบทบาทของตนในครอบครัว สังคม มีปฏิสัมพันธ์ต่อเพื่อนมนุษย์ สิ่งแวดล้อม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ช่วยให้ผู้ดูแลก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) เป็นความต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ เช่น การยึดมั่นในศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล โดยสมาชิกในครอบครัวต้องการให้พระมาเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องการได้รับการบอกเล่าว่าจะประกอบพิธีอะไรทางศาสนาได้บ้างในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

สำหรับสมาชิกครอบครัวเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต้องพบสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์เครื่องมือจำนวนมาก ทั้งเครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เสียงรบกวน

จากการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้เกิดความเครียดเป็นอย่างยิ่ง (สุจิตรา ลิ่มอำนวยลาภ, 2551) มีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลมากที่สุด โดยกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวด กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่เข้าใจการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ กลัววิธีการรักษา (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) และมียังผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่มีความเป็นอิสระ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายสมาชิกครอบครัวจะมีความรู้สึกช็อก ต่อรอง ทำใจยอมรับ โกรธ หมดหวังและปฏิเสธเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น (ยุวนิดา อารามรมย์ และคณะ, 2554) ดังนั้น จึงมีความต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย รู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ต้องการข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และทราบว่ามีสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้มีโอกาสเล่าความในใจ ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่คุณเองรักและเคารพ ต้องการการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ ต้องการอาหาร การพักผ่อนและที่พัก ตลอดจนต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและต้องการนำผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน (ยุวนิดา อารามรมย์ และคณะ, 2554; Gutierrez, 2012)

Kongsuwan and Chaipetch (2011) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียูของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธทางภาคใต้ของประเทศไทย ตามระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า สมาชิกครอบครัวมีประสบการณ์ใน 4 ประเด็น คือ 1) อาศัยความสัมพันธ์ กล่าวคือสมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แล้วต้องเป็นบุคคลที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการมีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก เช่น การยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาที่ยืดชีวิต 2) อาศัยร่างกาย กล่าวคือสมาชิกครอบครัวรู้สึกเครียดและเมื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย จำเป็นต้องการดูแลตนเองให้พร้อม 3) อาศัยเวลาในการเปลี่ยนแปลงความหวังเนื่องจากแม้ในภาวะใกล้ตายของมนุษย์ทุกคนก็ยังคงต้องการคงความหวัง 4) อาศัยพื้นที่เพื่อเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพจึงต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้หรือตายดีตามที่คนส่วนใหญ่ปรารถนา รวมทั้งให้การดูแลสมาชิกครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกและสูญเสียได้ตามปกติ หากไม่ได้รับการดูแลระดับประคองเป็นอย่างดีแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การเสียชีวิตแบบ “ตายไม่ดี” กล่าวคือ ตายขณะรู้สึกกลัว โกรธ ไม่ได้เตรียมตัวตาย การตายที่ยืดเยื้อ ทุกข์ทรมานถูกพันธนาการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ไม่ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่ได้รับความเคารพและไร้ศักดิ์ศรี ไม่ได้สมปรารถนาตามที่คาดหวัง ไม่สามารถเลือกสถานที่ตายได้ ตายอย่างโดดเดี่ยว มีสิ่งค้างค้างในใจ การตายของผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าวยังมีผลให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบสุขและสมาชิกครอบครัวไม่พึงพอใจและพลอยรู้สึก

ไม่สงบสุขตามไปด้วยได้ (Costello, 2006; Vig & Pearlman, 2004)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การได้รับการดูแลของสมาชิกครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ มีความต้องการในด้านต่าง ๆ การพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะเป็นการช่วยรักษาไว้ซึ่งภาวะสมดุลในครอบครัว และเป็นการป้องกันภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวได้ทางหนึ่ง ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่ได้รับการพยาบาลที่สามารถตอบสนองตรงความต้องการก็จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความไม่พอใจในการบริการ โดย Gaglione (1984) ได้กล่าวถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไว้ 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งมีความครอบคลุมความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยพยาบาลมีหน้าที่ที่จะให้การบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทั้ง 4 ด้าน และหากได้รับการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Gaglione (1984) จะสามารถตอบสนองต่อปัจจัยสมดุลตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera (1989) ได้กล่าวว่า ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร จะสามารถตอบสนองต่อการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของสมาชิกครอบครัว ความต้องการด้านร่างกาย สามารถตอบสนองต่อระบบเกี่ยวพันกันในสถานการณ์เฉพาะหน้า ในส่วนความต้องการด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณสามารถตอบสนองกลไกการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ด้าน ดังกล่าวจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสามารถคงความสมดุลของครอบครัวได้ จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทำให้พยาบาลได้รับรู้ และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมี ดังนี้ คือ ชนิดของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา รายได้ของครอบครัว และชนิดของการเจ็บป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล ในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันพบว่า สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ Bascom and Tolle (1995) ที่ศึกษาถึงการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายพบว่า การสูญเสียคู่สมรสไปด้วยโรคเฉียบพลัน โดยที่ไม่ทันคิดมาก่อนจะส่งผลให้คู่สมรสมีปัญหาและเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ และจากการศึกษาของ สิริวรรณ คงทอง (2556) พบว่า ผลกระทบของภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกช็อกและสับสนที่รุนแรง ต้องพบกับสถานการณ์

ที่ไม่สามารถควบคุมได้พร้อมกับความรู้สึกผิดต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเศร้าโศกมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันระยะสุดท้ายนั้นส่งผลกระทบต่อและส่งผลให้เกิดเป็นภาวะวิกฤตต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เนื่องจากครอบครัวต้องพบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่ได้คาดคิดมาก่อน ด้วยเหตุนี้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของครอบครัวต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยเฉียบพลันระยะสุดท้ายนั้น จึงมักเป็นความรู้สึกเศร้าโศก สูญเสีย หรืออยู่ในระยะสุดท้ายเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วก็ตาม โดยเฉพาะการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันสมควร ซึ่งบางครั้งครอบครัวอาจไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้ โดยเฉพาะการสูญเสียคู่ชีวิต หรือสูญเสียบุตร อาจมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การร้องไห้คร่ำครวญ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรืออะอะโวยวาย เป็นต้น

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนหมู่บ้านเดียวกัน คนรู้จัก คู่เนย คนในที่ทำงานเดียวกันและคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจากมีความสนใจร่วมกัน จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคลภายใต้สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกันจึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้ผลต่อความรู้สึกเป็นภาระได้ จากการศึกษาของ Rich (2002) ที่พบว่า หากผู้เสียชีวิตและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันมาก การตัดขาดจะยากขึ้น

การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีข้อมูลและความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาที่ด้อยกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985)

รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของสมาชิกครอบครัว (Hogan, 2001) ความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยยังทำให้สมาชิกครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่สูงกว่าหอผู้ป่วยสามัญ นอกจากนี้การเดินทางไปเยี่ยมผู้ป่วยตามกำหนดเวลาเยี่ยมของโรงพยาบาล ทำให้สมาชิก

ครอบครัวจำเป็นต้องละทิ้งภาระหน้าที่ในการประกอบอาชีพ และเกิดค่าใช้จ่ายสำหรับ สมาชิก ครอบครัวที่ใช้ในการเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหาร (Fontana & Zero, 2006)

นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวอาจมีปัญหาด้านการเงิน ค่ารักษาพยาบาล และการต้องปรับเปลี่ยนบทบาท และความรับผิดชอบใหม่เมื่อผู้ป่วยต้องออกจากระบบครอบครัว ความเครียดที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะทำให้ขาดความสามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งล้วนเพิ่มความวิตกกังวลให้ครอบครัว การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของครอบครัวและทักษะในการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัว สมาชิกครอบครัวอาจมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ บ่นแสดงความไม่พอใจต่อโรงพยาบาล บุคลากร และการดูแล ซึ่งแท้จริงเป็นการแสดงออกถึงความต้องการการช่วยเหลือหรือแสดงความวิตกกังวล ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยทั่วไป ต้องการความหวังที่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมาน เกิดความสงบด้านจิตใจจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายสมาชิกครอบครัว จะมีความรู้สึกหือหือ ท้อระง ทำใจยอมรับ โกรธ หมดหวังและปฏิเสธเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น (ยูนิดา อารามรมย์ และคณะ, 2554) ดังนั้น จึงมีความต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องการข้อมูลอย่างต่อเนื่องและทราบว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้มีโอกาสเล่าความในใจ ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่ตนเองรักและเคารพ ต้องการการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ ต้องการอาหาร การพักผ่อน และที่พัก ตลอดจนต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและต้องการนำผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน (ยูนิดา อารามรมย์ และคณะ, 2554; Gutierrez, 2012)

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นการสูญเสียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลทุกวัย การเรียนรู้ การเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียได้อย่างเหมาะสมในอดีต ย่อมเป็นประสบการณ์สำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถพบความสำเร็จในการปรับตัวต่อการสูญเสียอื่น มากกว่าผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวกับการสูญเสียมาก่อน (ทิพย์สุดา สาเนียงเสนาะ, 2556)

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่กล่าวมาแล้วนั้นมีผลทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันออกไป

การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

การได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการได้รับเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ดังนั้น ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญ และพยาบาลวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาจนสิ้นลม และมีโอกาสติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

จึงมีความรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลช่วยเหลือ และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลควรรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อจะช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย สามารถตั้งเป้าหมายร่วมกัน อันเป็นที่ยอมรับของทั้งพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีและเกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดได้

เมื่อการเจ็บป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงต้องการดูแลจากสมาชิกครอบครัวมากยิ่งขึ้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวต้องมีการปรับตัวมากขึ้นเช่นกัน การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน การขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแล ทำให้เกิดความตระหนก กลัว เสรี วิตกกังวล เครียด เป็นภาวะคุกคามกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ และปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยหรือตนเองไม่ถูกต้อง (Mangan, Zaslaver, & Alon, 2003) หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ โดยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีลักษณะที่ทำให้การรักษาโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป มีการจำกัดเวลาเยี่ยม โดยการถูกจำกัดให้รอคอยอยู่นอกห้องผู้ป่วย มีการจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม เวลา ปิดกั้นการแสดงออกถึงความรู้สึกห่วงใย และการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา (Eggenberger & Nelms, 2007) และต้องพบกับพยาบาลส่วนใหญ่ซึ่งมักจะให้ความสนใจในการช่วยชีวิตของผู้ป่วย เป็นอันดับแรก การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard & Alavi, 2008) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสารรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Wall, 2009; Yang, 2008) ครอบครัวต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (Agard & Harder, 2007) การพูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เต็มไปด้วยศัพท์ทางการแพทย์ การได้รับการตอบคำถามหรือข้อข้องใจเพียงสั้น ๆ และรวบรัด สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นการเพิ่มความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัวให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เฝ้ารอคอยดูอาการอยู่หน้าห้องผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ทรุดโทรมลง สอดคล้องกับ วริศรา ลูวิระ (2556) พบว่า ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยมาก ร่างกายทรุดโทรม บางครั้งเหนื่อยมากจนไม่อยากจะดูแลการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์สำคัญที่เป็นสิ่งเร้าตรงที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว จากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของชีวิตของ Mangan et al. (2003) พบว่า ผู้ดูแลเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นภาระหนักที่ตนเองต้องปรับตัว

อย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Farber, De Rose, Olson, and Halpern (2003) พบว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวตลอดเวลาเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในบริบทของประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

เพ็ญภัตสร มาพงษ์ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า 1) สมาชิกครอบครัวประเมินว่าระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการดูแลรายด้านที่อยู่ในระดับมากประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา การดูแลด้านร่างกายโดยพยาบาล และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนการดูแลที่อยู่ในระดับปานกลางประกอบด้วย 7 ด้าน คือ การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านร่างกายโดยแพทย์ การประสานงานและความสม่ำเสมอ การคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วย การบริการต่าง ๆ การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับญาติ และการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วย 2) สมาชิกครอบครัวประเมินว่าระดับการตายดีของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก การตายดีที่อยู่ในระดับมากประกอบด้วย 14 ด้าน คือ ความพอใจด้านศาสนา และจิตวิญญาณ การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล ความรู้สึกว่ามีค่า การดำรงไว้ซึ่งความหวัง และความสุข ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว การตายอย่างธรรมชาติ ความสบายของสภาพแวดล้อม การได้รับการรักษาที่เพียงพอ ความสมบูรณ์ของชีวิต การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ การตระหนักรู้ถึงความตาย การเตรียมตัวก่อนตาย และความภาคภูมิใจและความสวยงาม การตายดีอยู่ในระดับปานกลางประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การควบคุมอนาคต และความเป็นอิสระ และการตายดีอยู่ในระดับน้อยประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การตายในสถานที่ที่พอใจ และความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย ผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่า แม้การตายดีของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมจะอยู่ในระดับมาก แต่ส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายยังต้องการการปรับปรุงเกือบทุกด้าน ซึ่งให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู ดังนั้น ควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และสมาชิกครอบครัวให้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลมากยิ่งขึ้น

ความตายเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ระบบครอบครัวขาดภาวะสมดุล สร้างความวิตกกังวลให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงได้

ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกับผู้ป่วยโดยทั่วไป จนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิตถึงแม้รูปแบบการรักษาจะเป็นแบบประคับประคองแต่ผู้ป่วยก็ต้องการความหวังที่จะได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานเกิดความสงบด้านจิตใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ต้องอาศัยการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลรักษาทั่วไป การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามแก่ชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทรมานต่าง ๆ สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ป่วยที่ถูกลืม (Granda-Cameron & Houldin, 2012) และความเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวมักจะถูกละเลยจากบุคลากรทางการแพทย์

ดังนั้น การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จึงเป็น กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้และกระทำต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยให้การพยาบาลแบบประคับประคอง (อรพรรณ ไชยเพชร, 2551) ซึ่งจัดไว้อย่างเป็นขั้นตอน และมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยมีจุดมุ่งหมายให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์ของผู้ป่วย และสามารถแก้ปัญหาความยุ่งยากใจ สุริยา ฟองเกิด (2559) ได้เสนอความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต การพยาบาลควรเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อันเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ดีเหมาะที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เนื่องจากบุคคลมีความต้องการที่หลากหลายและครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยได้ (สุริยา ฟองเกิด, วรรณิ เดียววิเศษ และจินตนา วัชรสินธุ์, 2554) ทั้งนี้จะต้องระลึกอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ซึ่งต่างมีผลกระทบ และมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือครอบครัวจะให้ผลดีนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจลักษณะของครอบครัว รับรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว รู้ระดับความเครียด ตลอดจนทราบวิธีการและกระบวนการในการแก้ปัญหาของครอบครัวที่ผ่านมา อีกด้วยซึ่งการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวระยะสุดท้าย มีดังนี้

1. การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสาร ในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลต้องมีท่าทีที่เป็นกันเอง น้ำเสียงเป็นมิตร ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดความสับสนกับสมาชิกครอบครัว ซึ่งในบางครั้งอาจต้องให้ซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้ง (Coker, Rodriguez, & Flores, 2010) ยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถาม และต้องให้ข้อมูลที่จริง (Leske, 2002) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม กล่าวว่าการให้ข้อมูลที่จริงแก่ครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นอย่างดี หรืออย่างร้าย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเชื่อใจที่มสุขภาพ และเมื่อสมาชิกครอบครัวรับรู้เรื่องราว

ที่เป็นจริง จะทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ขณะนั้น ได้อย่างเหมาะสม

2. การตอบสนองด้านร่างกาย ในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมาชิกครอบครัวมีหน้าที่เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ น้ำหนักลด ขาดความสนใจตนเอง การที่พยาบาลให้ความสนใจติดตามเอาใจใส่ในเรื่องดังกล่าว โดยจัดสถานที่พักรอ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น มีห้องน้ำ หรืออาสาดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีเวลาพักผ่อน จะช่วยให้ครอบครัวได้รับความสะดวก และสุขสบายยิ่งขึ้น

3. การตอบสนองด้านอารมณ์ เพื่อช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การที่สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลอย่างมากภายในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งบางครั้งสิ่งที่กลัวยังไม่เกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเหนื่อยล้าทางจิตใจมากยิ่งขึ้น และไม่สามารถที่จะช่วยเหลืออะไรผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ หรือปัญหาที่ประสบ จะทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย และอาจทำให้พยาบาลได้ข้อมูลจากครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังเรื่องราวหรือคำบอกเล่าต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวด้วยความเต็มใจ จะทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกอบอุ่นมีที่พึ่ง

4. การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ นอกจากสมาชิกครอบครัวจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย และปัญหาครอบครัวที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดภาวะเครียด กระวนกระวายใจ วิตกกังวลอย่างรุนแรง จึงต้องการบุคคลที่เข้าใจให้กำลังใจ และช่วยประคับประคองจิตใจ ดังนั้น จิตวิญญาณถือเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่ามิติด้านกาย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2551) พยาบาลควรจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว หรืออาจช่วยส่งเสริม โดยจัดหาสิ่งที่ครอบครัวยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เปิดโอกาสให้ได้ใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ ตามความเหมาะสม หรืออำนวยความสะดวกในการให้สมาชิกครอบครัวได้ประกอบพิธีทางศาสนาโดยไม่ขัดกับแผนการรักษาตามความศรัทธา ตลอดจนการเปิดโอกาสให้พระสงฆ์หรือบุคคลทางศาสนาประกอบพิธีทางศาสนาได้

ดังการศึกษาของ ปฐมวดี สิงห์คง และชนกพร จิตปัญญา (2554) เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้อธิบายผลการศึกษาไว้ว่า การได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณมีส่วนช่วยส่งเสริมการฟื้นหายจากภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวสะท้อนมุมมองต่อการดูแลของพยาบาลใน 6 ด้าน คือ 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ 4) การได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และ 6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัวทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวทั้งนี้ยังมีบางครอบครัวไม่กล้าบอกความ

ต้องการการดูแลจากพยาบาล

ส่วนการศึกษาของ Elliott and Smith (1985) ที่ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาลกับญาติ ซึ่งได้เห็นความสำคัญของการตอบสนองความต้องการของญาติ จึงมีการเพิ่มการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและญาติโดยจัดตั้งกลุ่มที่ให้กำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยพยาบาลและญาติ ซึ่งจะประชุมสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จากการทำกลุ่มดังกล่าว พยาบาลมีโอกาสรอบความต้องการและการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วย การรักษาและอาการของผู้ป่วยทำให้คุณภาพในการดูแลสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยดีขึ้น สำหรับสมาชิกครอบครัวได้รับทราบถึงนโยบายของโรงพยาบาล กฎระเบียบ ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มและจากการพูดคุยระหว่างสมาชิก ครอบครัวทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยในการลดความเครียด สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ทักษะในการเผชิญความเครียดและมีการรับรู้ข้อมูลได้ถูกต้องขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูล แจกเอกสาร จัดกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุน หรือแม้กระทั่งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวได้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานจึงควรให้ความสำคัญเพื่อที่จะให้ความช่วยเหลือตอบสนองแก่สมาชิกในครอบครัว โดยควรทราบถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในสถานการณ์ก่อนให้การพยาบาล เพื่อช่วยให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera

ความหมายของภาวะวิกฤต

Aquilera (1989) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตไว้ดังนี้ คือ อันตรายเนื่องจากเป็น สิ่งคุกคามต่อบุคคลและครอบครัวซึ่งมักเกิดในระยะแรกที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต แต่เมื่อเวลาผ่านไป ภาวะวิกฤตอาจเปลี่ยนเป็น โอกาส เนื่องจากระหว่างที่บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตนั้น บุคคลจะมีโอกาสได้พัฒนากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา ทำให้ตนเองสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น ภาวะวิกฤตของ Aquilera (1989) มีปัจจัยพื้นฐาน 3 ปัจจัย ในการกำหนดภาวะวิกฤตหรือไม่ การแสดงอาการภาวะสุขภาพที่ไม่ปกติจะค่อย ๆ พัฒนาหลังจากเกิดเหตุการณ์วิกฤตทันทีทันใด การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) ระบบกึ่งหนุนค้ำจุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support) และกลไกในการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) เมื่อเผชิญกับปัญหาภาวะสมดุลของร่างกาย คือวิธีการคงไว้เพื่อการแก้ปัญหาตามปกติและมีประสิทธิภาพ เมื่อแต่ละปัญหา

ไม่สามารถจัดให้หมดไปได้อย่างรวดเร็วโดยวิธีการปกติ ผลของสถานการณ์จากภาวะวิกฤต จะเพิ่มสูงขึ้นจากความเครียดภายในจะแสดงให้เห็นออกมาคือความวิตกกังวล (Anxiety) ส่งผลให้เกิดสภาวะอารมณ์ที่กระสับกระส่าย ภาวะวิกฤตมีลักษณะ โดยแสดงความรู้สึกการขาดความช่วยเหลือ ที่ตรงจุดที่ซึ่งแต่ละบุคคลไม่สามารถใช้ดำเนินบทบาทของการแก้ปัญหาได้

ภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Situational crisis)

เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดล่วงหน้า เช่น ความเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น ภัยธรรมชาติ ตลอดจนภาวะที่ทำให้มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจ และสังคม เช่น การพลัดพรากจากคนรัก การหย่าร้าง และความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของคู่สมรส และบุคคลภายในครอบครัว เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลจะวิตกกังวล เครียด โกรธ ไม่พึงพอใจ ในขณะที่เดียวกันก็พยายามนำกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการแก้ปัญหามาใช้ เมื่อไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาและสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ บุคคลรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบาย ส่งผลให้มีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น บุคคลจะพยายาม ค้นหากลยุทธ์ใหม่ที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหา แต่ถ้ายังใช้ไม่ได้ผลและสิ่งเร้ายังคงมีอยู่ จะทำให้เกิด ความไม่สมดุลขึ้นกับบุคคล อย่างไรก็ตามเมื่อมีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นบุคคล จะพยายามนำปัจจัยสมดุล (Balancing factor) มาใช้เพื่อให้สามารถกลับไปสู่ภาวะสมดุลได้ ซึ่งปัจจัย สมดุลดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) ระบบเกื้อหนุนค้ำจุน ในสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational support) และกลไกในการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) ซึ่งถ้าบุคคลสามารถนำปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์จะส่งผลให้บุคคลสามารถ พิจารณาหาหนทางในการแก้ปัญหาได้ ทำให้เกิดความสมดุลและไม่เกิดภาวะวิกฤตขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าขาดปัจจัยสมดุลประการใดประการหนึ่งหรือ 3 ประการจะทำให้บุคคล ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลและเกิดภาวะวิกฤตขึ้น (Aquilera, 1989; Aquilera & Messick, 1978)

เมื่อระบบครอบครัวเกิดภาวะวิกฤต ครอบครัวจะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตซึ่ง Aquilera and Messick (1978) ได้แบ่งระยะการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะ ตามลำดับดังนี้ คือ

1. ระยะช็อกหรือภาวะส่งผลกระทบรุนแรงเป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ รับผลกระทบจาก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก รู้สึกไม่เชื่อ เขาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง
2. ระยะถอยหรือหลีกเลี่ยงหรือระยะสับสน ผู้อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง ทั้งมีความรู้สึก โกรธและสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้งและอาจมีความรู้สึกเศร้าซึม ระยะนี้เป็นระยะ ที่บุคคลและครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3. ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์

4. ระยะปรับตัวหรือระยะเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลและครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจนต้องเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและเป็นภาวะวิกฤตด้านร่างกายของผู้ป่วย

(Physiological crisis) และมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย คือ ทำให้เกิดภาวะวิกฤตด้านจิตใจ (Psychological crisis) ซึ่งหากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการบริการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้ ก็จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด และเกิดความไม่พึงพอใจในบริการ

ซึ่งภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ส่งผลให้ครอบครัวมีความต้องการการปรับตัว เช่นเดียวกับการปรับตัวของบุคคลแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kivimaki et al. (2002) พบว่า การที่ครอบครัววิกฤตและอยู่ในระยะสุดท้ายนั้นครอบครัวจะมีความรู้สึกเครียดเป็นกังวลสูง รู้สึกสับสน และรับรู้ถึงความเศร้าโศกที่กำลังจะมาถึงรวมทั้งส่งผลถึงสภาพทางการเงินค่าใช้จ่ายในครอบครัวด้วย และยังพบว่า เมื่อเกิดผลกระทบดังกล่าวกับครอบครัวแล้วไม่สามารถหาทางออกได้ก็จะระบายออกทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ที่มากขึ้นกว่าปกติ ดังนั้นการคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ แต่หากภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันอยู่ในขั้นรุนแรงและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ หรือไม่สามรถแก้ปัญหาดังห่างจากแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้นในช่วงเวลานั้น ระดับของความเครียดก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งจะมีผลคุกคามต่อความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของโครงสร้างทางจิตใจและพฤติกรรม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของครอบครัวที่มีต่อตนเองและไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติได้

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นในครอบครัวได้ และเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสมดุลของระบบ ที่บุคคลหรือครอบครัวไม่สามารถหาทางออกหรือแก้ปัญหาลำบากด้วยวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ได้ผลในอดีต ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ไม่ไว้วางใจ หมดหนทางที่จะช่วยเหลือ (Helplessness) และรู้สึกสิ้นหวัง นอกจากนี้ สิริวรรณ คงทอง (2556) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาและการตอบสนอง

ต่อเหตุการณ์ที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และวิกฤตของครอบครัวจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาของการสร้างครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดระหว่างสมาชิกลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ ธรรมชาติหรือความรุนแรงของความเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า กิจกรรม การพยาบาลที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดองค์ประกอบ ในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นคือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยใช้ กิจกรรมพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติเกี่ยวกับโรค อาการ อาการเปลี่ยนแปลง และแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ทางการแพทย์ ระเบียบวิธีการปฏิบัติตัว โดยให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน (อภิญา สัตย์ธรรม, 2550; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006) และสนับสนุนการเยี่ยม เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัว ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย (Lundberg & Kerdonfag, 2010) 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ โดยจะต้องยึดครอบครัว เป็น ศูนย์กลาง พยาบาลควรมีสัมพันธภาพที่ดียอมรับและ เคารพศักดิ์ศรีของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้สมาชิกครอบครัว เกิดความไว้วางใจ และรู้ว่าพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือ ญาติได้ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่น แก่สมาชิกครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สนับสนุน สมาชิกครอบครัว ในการแสวงหาระบบสนับสนุนต่างๆ ที่สมาชิกครอบครัวจะขอ ความช่วยเหลือได้ (Pryzby, 2005) และ 3) การมีกลไก ในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัว ระบายความรู้สึกเพื่อให้ผ่อนคลาย ความเครียด และสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัว ใช้กลไกการเผชิญ ความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2551)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of life/ Terminal stage/ Last week of life) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ ของโรค ลูกถามจนรักษาไม่หาย และแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะ โรคนั้น ๆ อีกต่อไป นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่ว่าจะ เป็นโรคที่มีอาการหนักอย่างเฉียบพลันและโรคเรื้อรังในระยะท้ายของโรคซึ่งคาดได้อย่างมีเหตุผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ดีที่สุดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2552) ในปัจจุบัน ได้มีความพยายามที่จะสอดแทรกการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดระยะของการ

เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค ระยะเฉียบพลัน เรื้อรัง จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมากขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรูปแบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด เพราะการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ซึ่งโดยความเป็นจริงไม่มีใครสามารถบอกได้ว่า จุดใดคือจุดเริ่มต้นของระยะสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีใหม่ๆ ช่วยไม่ทำให้ผู้ป่วยทรุดลงเร็ว มีระยะปลอดโรคที่นานขึ้นผู้ป่วยและแพทย์อาจตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

ระยะการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last weeks of life) เป็นช่วงที่ต้องให้การบรรเทาอาการด้วยยาโดยผู้เชี่ยวชาญ การจัดการกับอาการปวด การดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจของญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือตามเจตนาธรรมของผู้ป่วย การดูแลเพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน (Kuebler, Davis, & Moorem, 2005) ร่างกายของผู้ป่วยในระยะนี้จะเริ่มหยุดทำงานในช่วงนี้ จึงเน้นที่การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการที่ร่างกายต้องต่อสู้กับความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เช่น การบรรเทาอาการปวดการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ โดยการให้ออกซิเจนสูง การให้ยาแก้ไอเจ็บบรรเทาอาการคลื่นไส้หรือเสมหะ เช็ดทำความสะอาดสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ และการดูแลให้ได้รับยานอนหลับชนิดอ่อนหรือให้ยากันชักถ้าหากผู้ป่วยมีอาการชัก และในขณะที่ผู้ป่วยซึมลงแต่ยังคงความรู้สึกตัว ญาติหรือผู้ดูแลควรอยู่ใกล้ชิดในช่วงสุดท้ายของชีวิต บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต คือ ให้การดูแลปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เช่น ถ้าผู้ป่วยปากและนัยน์ตาแห้ง ดูแลให้ความชุ่มชื้นแก่เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าว หรือทำความสะอาดปากและฟัน ตลอดจนการดูแลเพื่อให้ญาติและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล การปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเชื่อ การประกอบพิธีทางศาสนา ให้การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาธรรมในการเลือกแนวทางการดูแล

ระยะหลังความตาย (Family bereavement care) เป็นการดูแลในเรื่องภาวะจิตใจของญาติและผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นการเยียวยาภาวะจิตใจของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่หลังจากการสูญเสีย มีสภาพจิตใจที่ยังไม่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต บางคนมีความรักความผูกพันกับผู้ที่จากไปมาก การยอมรับการสูญเสียจึงเป็นเรื่องที่ทุกข์ทรมาน ทีมสุขภาพสามารถเข้าไปให้กำลังใจปลอบโยน และหาวิธีการถ่ายโอนความเศร้าให้เป็นความหวัง และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่เช่นการบำเพ็ญประโยชน์หรือดูแลสิ่งที่ผู้ตายยังห่วงอยู่ เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life care) ตามแนวคิดของ WHO (2010) ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ

และการดูแลให้การตายเป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติ 2) บรรเทาอาการเจ็บปวดและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ 3) ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 4) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างมีปกติสุข 5) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ 6) ให้การดูแลความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 7) ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย ประเมินและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบและประสานงานทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายการดูแลเพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการปรับตัวระหว่างการเจ็บป่วยและการจากไปของผู้ป่วย ใช้การดูแลแบบทีมในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาในระยะหลังความตายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและอิทธิพลด้านบวกในระหว่างการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวกระบวนการของการตายหลังมีการยุติการรักษา จนกระทั่งสิ้นชีวิต (คูสิต สถาวร, 2554)

จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย เน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ คำนี้ถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (สถาพร ลีลานันท์ทกิจ, 2551) เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2554; WHO, 2010) การดูแลประคับประคองเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในระยะนี้ต้องเผชิญกับความตายซึ่งเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต บางคนอาจกลัวความตาย บางคนอาจจะยอมรับได้ หากบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งอารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อจะช่วยให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกปลอดภัย และเป็นสุข ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวระบายความทุกข์ ความเจ็บปวดออกมาอย่างอิสระให้มากที่สุด ช่วยคลายความวิตกกังวล ชี้แนะวิธีการมองปัญหาและแก้ไขปัญหามีเหตุผล แสดงความเห็นอกเห็นใจ ไม่ทอดทิ้งให้มีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้ตายอย่างโดดเดี่ยว โดยการสัมผัส รับฟังปัญหา เป็นผู้รับฟังที่ดีไม่แสดงปฏิกิริยาโต้แย้ง ยอมรับการแสดงออก ควรมีความอดทน ไม่โกรธตอบหรือแสดงความไม่พอใจ ยอมรับความเป็นบุคคลด้วยความเอื้ออาทร พุดคุยเบี่ยงเบนการสนทนาออกจากความเจ็บป่วยหรือความตายที่จะเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้กระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ เช่น การทำบุญตักบาตร การนิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยม หรือจัดการกับทรัพย์สินมรดกให้เรียบร้อยก่อนเสียชีวิต (สถาพร ลีลานันท์ทกิจ, 2551) ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกันให้มากที่สุด และมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อสนองต่อความต้องการของทุกคนในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต เพิ่มความภาคภูมิใจใน

ตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่า ตระหนักถึงความหมายของการมีชีวิตอยู่ ซึ่งให้เห็นว่าความตายเป็น
 สัจธรรมแห่งชีวิต อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกว่าจะตัวเองได้ทำหน้าที่ช่วยเหลืออย่างเต็มที่
 แล้ว และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณค่าและเข้มแข็ง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 ในบางประเทศ เช่น ไต้หวัน โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธรักษา จัดบรรยากาศเหมือนเป็นที่บ้าน
 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้เป็นไปตาม
 วัตถุประสงค์ที่ได้มีการตัดสินใจยุติการรักษาโดยไม่เลือกหัตถการทางการแพทย์ (อำพล
 จินดาวัฒนะ, 2550)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลในสิ่งที่เป็นการบรรเทาทาง
 ธรรมชาติที่คนทุกคนต้องเผชิญ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือให้อยู่อย่างปราศจากความเจ็บปวด
 ที่นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทางร่างกาย มีระบบการประคับประคองที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้
 อย่างดีตราบจนสิ้นชีวิต มีระบบสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยเผชิญกับระยะสุดท้ายของผู้ป่วย
 ได้ (WHO, 2010) ซึ่งการทำให้ตายดีนี้ คือ การช่วยผู้ป่วยยอมรับได้ว่า ตนเองอยู่ระยะสุดท้ายแล้ว
 เพื่อที่เขาจะ ได้เตรียมตนเองให้เผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ถ้าหากผู้ป่วยสามารถยอมรับได้
 และมีการเตรียมตนเองจะทำให้ครอบครัวพลอยสงบ ไม่ทุรนทุราย โศกเศร้าจนเกินไป และมีสติ
 ที่จะรับมือกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลระยะสุดท้ายเป็นการดูแล
 ที่ผสมผสานระหว่างการรักษา (Cure) กับการดูแล (Care) (Granda-Cameron & Houldin, 2012)
 ไว้ด้วยกันการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกระบวนการพยาบาลตาม
 การศึกษาของ รุ่งทิวา จุลยามิตรพร, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และวัลภา บุญรอด (2556) ประกอบด้วย
 การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งสภาพจิตใจและจิตวิญญาณ
 การปฏิบัติการพยาบาล ที่พยาบาลควรทราบเกี่ยวกับกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพ
 แห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่สรุปได้ว่า เป็นกฎหมายที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข
 เมื่อทีมการรักษาปฏิบัติตามประสงค์ของผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ
 การประเมินผลนั้นควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และ ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์
 (2557) ได้เสนอแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา
 เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความเจ็บป่วยความตาย
 พยาบาลจะต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี รับฟังด้วยท่าทีที่สงบ
2. การบอกข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ โดยอธิบายให้ผู้ป่วย
 และครอบครัวเข้าใจในการวินิจฉัยโรค ความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษา ตลอดจนข้อเท็จจริง

ต่าง ๆ เพื่อให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง การแก้ปัญหาต่าง ๆ ก็จะทำให้ตรงจุดมากขึ้น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลจะได้ออกไป ทั้งนี้เพราะพยาบาลมีเวลาดูแลผู้ป่วยมาก ย่อมมีโอกาที่จะอธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้ดี การยอมรับและความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลมีมากขึ้น

3. จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึกออกมา

4. ให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าชีวิตและศักดิ์ศรีของตนเอง พยาบาลและญาติจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของผู้ป่วยมีความหมาย และมีค่าแม้จะมีเวลาน้อยแล้วก็ตาม ช่วงใกล้ตายควรมีบุคคลอย่างน้อยสักคนหนึ่งอยู่ใกล้ เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกหรือสื่อสารด้วย พยาบาลต้องไม่ลืมว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งเหมือนเรา ต้องการความสุข การยอมรับนับถือ การใช้เวลาที่สุภาพนุ่มนวลต่อผู้ป่วยให้เขาได้รับรู้ ไม่ควรห่าเหวเห็นผู้ป่วยแนะนำให้ญาติ หรือเพื่อนฝูงที่ผู้ป่วยรักใคร่ไว้วางใจ ผลัดเปลี่ยนกันมาเยี่ยมเยียน แสดงความรักใคร่ห่วงใยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น

5. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกหวาดกลัว เจ็บปวด หรือว่าแห้วอยู่คนเดียว พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต

6. การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายของผู้ป่วยโดยเฉพาะความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการของโรค พยาบาลจะให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินระดับความปวด (Pain score) เพื่อการให้ยาที่มีประสิทธิภาพ และบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

7. ผู้ป่วยบางรายต้องการวางแผนชีวิตบั้นปลายเกี่ยวกับธุรกิจส่วนตัว เช่น การทำพินัยกรรม การวางแผนอนาคตของบุคคลในครอบครัว พยาบาลควรช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรม

8. ความเชื่อ ศาสนา และปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความตายของผู้ป่วย พยาบาลจะได้ประเมินถึงสิ่งเหล่านี้จากผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาลควรมีส่วนร่วมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบทั้งกายจิตวิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนาเพื่อนำไปสู่สุคติ เมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้จะตาย โสตประสาท และจักขุประสาทยังไม่ดับ สิ่งที่สำคัญในระยะนี้ คือ การนำทางจิตวิญญาณ (Spiritual guidance) เนื่องจากพยาบาลเป็นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำกับญาติ รวมทั้งอาจมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การศึกษาของ อรพรรณ ไชยเพชร และคณะ (2554) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาล ไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในไอซียู โดยการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบว่า พยาบาลไอซียูอธิบายลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกายไปในทางที่เลวลง พยาบาลไอซียูปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน 2) การดูแลญาติอย่างบุคคลสำคัญที่สุดของผู้ป่วย และ 3) การดูแลจิตใจตนเอง

วัลภา คุณทรงเกียรติ (2553) กล่าวว่า พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดเพราะจะข้างเคียงผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงจะต้องเผชิญกับการตัดสินใจในการดูแลและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ตลอดเวลา แต่ในขณะเดียวกันก็จะเป็นผู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัวหวังพึ่งพิงในระยะสุดท้ายมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลจึงควรเตรียมความรู้และทักษะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านภาวะที่ยากลำบากนี้ไปได้ อย่างเหมาะสมโดยอาศัยแนวทางดังต่อไปนี้

1. การสร้างความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Self awareness in beliefs about end-of-life care)
2. การสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการดูแลระยะสุดท้าย (Create an atmosphere and an environment that promote end-of-life care)
3. การพัฒนาการสื่อสารเรื่องราวระยะสุดท้าย (Improve communication in end-of-life care)
4. การดูแลแบบใจถึงใจ (Caring with heart to heart)

โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งที่รับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยวิกฤตต่าง ๆ จากสถิติหอผู้ป่วยวิกฤต ปี พ.ศ. 2557 และ 2558 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดมีจำนวน 1,661 คน และ 1,071 คน ตามลำดับ เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 382 คน และ 333 คน คิดเป็นร้อยละ 22.99 และ 31.09 ตามลำดับ และญาติขอรับผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จำนวน 23 คน และ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 1.38 และ 3.00 ตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะของโรคและความผิดปกติที่รุนแรงยากที่จะดูแลรักษาให้อาการดีขึ้นได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลในทุกมิติของการดูแล ทั้งยังเป็นการดูแลในภาวะที่มีการสูญเสียทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งนี้จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้าย โดยการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ฝ่ายบริการพยาบาลได้ให้ความสำคัญและกำหนดไว้ในแผนกลยุทธ์ระดับฝ่ายและแผนปฏิบัติการระดับหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยิ่งถึงแม้จะมีรูปแบบการดูแลระยะสุดท้าย แต่เนื่องจากในปัจจุบันบริบทของการดูแล และการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลของหอผู้ป่วยวิกฤต จากการมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคข้อมูลข่าวสารและนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นำมาซึ่งความต้องการของผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นและมีความซับซ้อนมากขึ้น ร่วมกับการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้มีการประเมินความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพ การบริการที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Comparative descriptive research) ครั้งนี้ เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตระยะสุดท้าย โรงพยาบาลชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี คิดจากสัดส่วนผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย 1 คน ต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตระยะสุดท้าย 1 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี จากสถิติในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 มีจำนวนผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน จำนวน 382 ราย และ 333 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบตามความสะดวก (Convenient sampling) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ (Inclusion criteria)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีภาวะเจ็บป่วย มีอาการรุนแรง เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานหมดหวังในการรักษาโดยการวินิจฉัยของแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้าย อาจมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ โรคที่คุกคามอย่างกะทันหัน หรือโรคที่ไม่เคยรักษาเป็นประจำ ได้แก่ ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีภาวะแทรกซ้อนของอาการ และโรคต่าง ๆ หลายโรค ซึ่งมีอาการรุนแรงต่อระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญภายในร่างกายโดยที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อประคับประคองอาการ ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตมาแล้วอย่างน้อย 48 ชั่วโมง
3. เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด หรือทางกฎหมายหรืออาจเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ บิดา มารดา พี่น้อง นุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ และเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง ภายหลังรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤต

4. มีสถิติสัมพัทธ์ที่ดี สื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการพูด สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในช่วงกลาง (Medium effect size index) เท่ากับ .3 กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ (2551) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลจริงและการได้รับข้อมูลจริงของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 82 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกแบบตามความสะดวก (Convenient sampling) ในช่วงระยะเวลาที่ตัวกำหนด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด (Inclusion criteria) มีจำนวนค่อนข้างน้อย โดยในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแต่ละเดือนเฉลี่ยประมาณ 20 ราย หากต้องการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยวิกฤตตามจำนวนที่คำนวณได้ คือ 82 ราย และใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจำนวน 5 เดือน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559

สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งที่มีผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยวิกฤตต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งต้องการการดูแลในทุกมิติของการดูแล ทั้งยังเป็นการดูแลในภาวะที่มีการสูญเสียทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งนี้จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ฝ่ายบริการพยาบาลได้ให้ความสำคัญและกำหนดไว้ในแผนกลยุทธ์ระดับฝ่ายและแผนปฏิบัติการระดับหอผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรคมะเร็ง มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งศีรษะและคอ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง การบาดเจ็บหลายระบบ ให้ได้รับการดูแล

แบบองค์รวม โดยประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย Palliative performance scale version 2 (PPSV2) ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในหอผู้ป่วยใน ประเมินอาการ ESAS (Edmonton symptom assessment system) ประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เมื่อทราบระดับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย พยาบาล Palliative care ประจำหอผู้ป่วย ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทราบ ร่วมปรึกษาเพื่อหาแนวทางการรักษาร่วมกัน ทำ Family counseling เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันกับแพทย์ พยาบาลจิตเวชและผู้ดูแล (ศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ, ทศนีย์ เชื้อมทอง และสุปรานี ศรีพลาวงษ์, 2559)

การศึกษานี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยศึกษาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งมีจำนวน 6 หน่วยงาน โดยเป็นหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลชลบุรี มีบุคลากรที่ประกอบด้วยทีมแพทย์สาขาเวชบำบัดวิกฤต และทีมการพยาบาล สำหรับ ทีมการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยทางการพยาบาล ลักษณะการมอบหมายงานของ พยาบาลวิชาชีพ เป็นลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ สักส่วนผู้ป่วย 1-2 ราย ต่อพยาบาล 1 ราย แบ่งการทำงาน เป็นผลัด ๆ ละ 8 ชั่วโมง โดยบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัวการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้มีการนำการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายมาใช้เช่นกัน

บทบาทหน้าที่ของพยาบาล Palliative care ประจำหอผู้ป่วย และพยาบาลเจ้าของไข้ ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ ในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต คือ ให้การดูแลปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลเพื่อให้ญาติและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล การปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ ร่วมวางแผนการเตรียมการหลังการตายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ หากผู้ป่วยหรือญาติต้องการมีการส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวพร้อม ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา มีส่วนรวมการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ประสานงานกับหน่วยสิทธิประโยชน์เมื่อผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา สอบถามความต้องการทางจิตสังคมและค้นหาภารกิจที่ยังไม่บรรลุ ยอมรับและเคารพผู้ป่วย เอาใจใส่ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย เช่น ลดแสง ลดเสียงรบกวนการเตือนอื่นไม่ให้ส่งเสียงดัง ปิดหรือเบาเสียงเพลง ในหอผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยอยู่มุมสงบหรือกั้นม่าน เป็นต้น สนับสนุนความเชื่อทางศาสนา

หรือตามความศรัทธา เช่น สวดมนต์ ภาวนา หรือการปฏิบัติอื่น ๆ ตามความเหมาะสม ส่งเสริมสัมพันธภาพและการเชื่อมต่อโดยยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลใกล้ชิดหรือคนรักอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัญหาค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2. แบบสอบถาม มีดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความประสงค์ที่จะได้รับบริการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายขณะมารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก อุไรพร พงศ์พัฒนามุขิ (2532) ซึ่งได้แปลจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (The Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI]) ของ Molter (1979) จำนวน 40 ข้อ ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยแบ่งความต้องการเป็น 4 ด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life care) ตามแนวคิดของ WHO (2010) แบบสอบถามมีจำนวน 40 ข้อ มี 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 17 ข้อ ข้อที่ 1-17 ด้านร่างกายจำนวน 5 ข้อ ข้อที่ 18-22 ด้านอารมณ์ จำนวน 11 ข้อ ข้อที่ 23-33 ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ข้อที่ 34-40 โดยมีระดับการวัด แบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

4 คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการมาก
3 คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความต้องการ

ช่วงคะแนนแบบสอบถามความต้องการมีค่าอยู่ระหว่าง 0-160 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนความต้องการ แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย โดยคำนวณจากค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) แล้วเอาผลที่ได้มาแบ่งเป็น 4 ช่วง

เท่า ๆ กันซึ่งได้ค่าคะแนนที่มีความกว้างของขั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น คะแนนที่ได้มานำมาแบ่งเป็นระดับ 4 ระดับ คือ ไม่ต้องการ น้อย ปานกลาง มาก ดังนี้

ความต้องการ	พิสัย	ไม่ต้องการ	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	0-68	0-17.99	18-34.99	35-51.99	52-68
2. ด้านร่างกาย	0-20	0-5.99	6-10.99	11-15.99	16-20
3. ด้านอารมณ์	0-44	0-11.99	12-22.99	23-33.99	34-44
4. ด้านจิตวิญญาณ	0-28	0-7.99	7-14.99	15-21.99	22-28
โดยรวม	0-160	0-40.99	41-80.99	81-120.99	121-160

2.2 แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นการประเมินการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย แบบสอบถามมีจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร 17 ข้อ ด้านร่างกาย 5 ข้อ ด้านอารมณ์ 11 ข้อ ด้านจิตวิญญาณ 7 ข้อ โดยใช้ข้อคำถามเดียวกับแบบสอบถามความต้องการ แต่เป็นการถามการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในข้อนั้น ๆ มีระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการอยู่ 4 ระดับ ดังนี้

4 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการตอบสนองความต้องการมาก
3 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการตอบสนองความต้องการปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการตอบสนองความต้องการน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ช่วงคะแนน

แบบสอบถามความต้องการมีค่าอยู่ระหว่าง 0-160 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนความต้องการ แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย

โดยคำนวณจากค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) แล้วเอาผลที่ได้มาแบ่งเป็น 4 ช่วงเท่า ๆ กันซึ่งได้ค่าคะแนนที่มีความกว้างของขั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น คะแนนที่ได้มานำมาแบ่งเป็นระดับ 4 ระดับ คือ ไม่ได้รับ น้อย ปานกลาง มาก ดังนี้

ความต้องการ	พิสัย	ไม่ได้รับ	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	0-68	0-17.99	18-34.99	35-51.99	52-68
2. ด้านร่างกาย	0-20	0-5.99	6-10.99	11-15.99	16-20
3. ด้านอารมณ์	0-44	0-11.99	12-22.99	23-33.99	34-44
4. ด้านจิตวิญญาณ	0-28	0-7.99	7-14.99	15-21.99	22-28
โดยรวม	0-160	0-40.99	41-80.99	81-120.99	121-160

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความประสงค์ที่จะได้รับบริการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายขณะมารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยแบ่งความต้องการเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ และแบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นการประเมินการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ โดยใช้ข้อคำถามเดียวกับแบบสอบถามความต้องการ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิอ่าน และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา เพื่อให้มีความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประเด็นเนื้อหาที่ต้องการทั้งหมด ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 ท่าน กำหนดระดับ การแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 คะแนนขึ้นไป มาปรับปรุงแบบสอบถาม โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity) ซึ่งค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550)

สูตรการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2550)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 คะแนน}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามแบบสอบถามความต้องการเท่ากับ .88 แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการได้ค่า CVI เท่ากับ .88

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว ไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ในโรงพยาบาล จังหวัดชลบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นครั้งนี้ แบบสอบถาม ความต้องการที่ได้เท่ากับ .89 แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการค่าความเชื่อมั่น ที่ได้เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อได้รับการพิจารณาเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการวิจัย
2. เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย เป็นรายบุคคล
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ ถ้ามีความรู้สึกลำบากใจหรือขัดข้องใจ ในการตอบแบบสอบถาม โดยในการปฏิเสธนั้นไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น
4. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เป็นรหัสแทนข้อมูล ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับในตู้ที่มีกุญแจถือคีย์อย่างมิดชิด และข้อมูล ที่เป็น Soft file มีการตั้งรหัสเข้าใช้โดยมีผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมซึ่งไม่มีการเปิดเผยหรือพิจารณาคำตอบเป็นรายบุคคล ผู้วิจัย เป็นผู้เก็บข้อมูลไว้แต่เพียงผู้เดียว และทำลายแบบสอบถาม หลังการเผยแพร่รายงานแล้ว
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และเก็บไว้เป็นหลักฐาน
6. การป้องกันความเสี่ยงในเรื่องของการกระทบจิตใจ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นเรื่องของการสูญเสียของสมาชิกผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หากระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวก โดยหากบางคำถามไปกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดภาวะเศร้า โศกมากขึ้น ผู้วิจัยหยุดสัมภาษณ์ทันที และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายและแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ รับฟังด้วยความเต็มใจ ยอมรับและเข้าใจในสภาพที่เกิดขึ้นจนกว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลายขึ้น หลังผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีขึ้น ผู้วิจัยสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง หากผู้ให้ข้อมูลต้องการหยุดหรือต้องการให้ข้อมูลต่อ ผู้วิจัยยินดีทำตามความประสงค์ของผู้ให้ข้อมูล หากต้องการให้ข้อมูลต่อผู้วิจัยนัดหมายเวลาครั้งต่อไป แล้วกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และภายหลังการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัย ไม่ได้มีการติดตามหรือให้การ

พยาบาลต่อแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอในและหอผู้ป่วยวิกฤตแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วย เพื่อเลือกผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าอยู่ในระยะสุดท้าย เก็บข้อมูลเป็นช่วงเวรเช้า และเวรบ่าย ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่ทางหอผู้ป่วยเปิดให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในช่วงเวรเช้า และเวรบ่าย เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้ศึกษากำหนด และเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียดความวิตกกังวลในช่วง 24 ชั่วโมงแรก หลังจากหลังจากที่มีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยวิกฤตนั้นอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองเป็นเวลาอย่างน้อย 2 วัน ติดต่อกัน โดยผ่านการแนะนำจากพยาบาลประจำตึกที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.3 หลังจากการวินิจฉัยไปแล้ว 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียดในแบบการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีความกระทบใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง โดยพบกับกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการดูแลรักษาเรียบร้อยแล้ว และกลุ่มตัวอย่างได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เตียงในหอผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม

2.4 ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังพื้นที่ที่จัดเตรียมไว้ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสะดวก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม

2.5 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในเรื่องการมองเห็นและการอ่านภาษาไทย ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้ตอบที่ละข้อจนครบการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที ภายหลังจากสิ้นสุดวิจัยมีจำนวน 7 ราย ที่ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง

2.6 ในการตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการตอบ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.7 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ถ้าพบว่า ข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนครบทุกข้อ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 82 ราย แล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และทดสอบการแจกแจงตามปกติของข้อมูล โดยดูจากค่า Mean, Median, Mode, Skewness, Standard of Skewness, Kurtosis, Standard of Kurtosis (ภาคผนวก ก) เมื่อพบว่ามี การแจกแจงปกติจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลความต้องการและการได้รับการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวระยะสุดท้ายทั้งรายด้านและ โดยรวม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t -test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 82 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 3 การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความ ต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 82$)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	29	35.4
	หญิง	53	64.6
อายุ (ปี)	($M = 44.34, SD = 11.55$)		
	20-30	7	8.5
	31-40	18	22.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
41-50	34	41.5
51-60	16	19.5
มากกว่า 60	7	8.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/ มารดา	17	20.7
สามี/ ภรรยา	21	25.6
บุตร/ ธิดา	31	37.8
พี่/ น้อง	13	15.9
การศึกษาสมาชิกครอบครัว		
ไม่ได้เรียน	9	11.0
ประถม	29	35.4
มัธยม	14	17.1
ปวส./ อนุปริญญา	7	8.5
ปริญญาตรี	23	28.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	4.9
รับจ้าง	66	80.4
เกษตรกร	4	4.9
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	4	4.9
ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	4	4.9
ปัญหาค่าใช้จ่าย		
ไม่มี	62	75.6
มี	20	24.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	44	53.7
ความดันโลหิตสูง	1	1.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หัวใจ	12	14.6
เบาหวาน	7	8.5
อื่น ๆ	18	22.0
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	65	79.3
ครอบครัวขยาย	17	20.7
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายอื่น		
ไม่เคย	63	76.8
เคย 1 ครั้ง	2	2.5
มากกว่า 1 ครั้ง	17	20.7
ระยะเวลาในการดูแล ($M = 1.92$ $SD = 0.79$)		
2 วัน	26	31.7
3-4 วัน	39	47.6
5-6 วัน	14	17.1
มากกว่า 7 วัน	3	3.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 82 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.6) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.34 ปี ($SD = 11.55$) ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 36.3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร/ ธิดา (ร้อยละ 37.8) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 35.4) มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 75.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.4) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 79.3) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายอื่น (ร้อยละ 76.8) โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 วัน ($SD = 0.79$)

ส่วนที่ 2 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และช่วงคะแนนของความต้องการโดยรวม
และรายด้านของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ($n = 82$)

ความต้องการ	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
โดยรวม	0-160	133-160	149.22	7.97	มาก
รายด้าน					
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0-68	56-68	64.68	3.37	มาก
ด้านร่างกาย	0-20	15-20	17.76	1.88	มาก
ด้านอารมณ์	0-44	35-44	41.05	2.94	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	0-28	18-28	25.73	2.81	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวม 149.22 คะแนน ($SD = 7.97$) จากคะแนนเต็ม 160 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในระดับมากทั้ง 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 64.68 คะแนน ($SD = 3.37$) ความต้องการด้านร่างกาย 17.76 คะแนน ($SD = 1.88$) ความต้องการด้านอารมณ์ 41.05 คะแนน ($SD = 2.94$) และความต้องการด้านจิตวิญญาณ 25.73 คะแนน ($SD = 2.81$)

ส่วนที่ 3 การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และช่วงคะแนนของการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 82$)

การได้รับการตอบสนองการดูแล ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้าย	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
โดยรวม	0-160	94-160	131.40	17.29	มาก
รายด้าน					
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0-68	39-68	58.46	8.51	มาก
ด้านร่างกาย	0-20	6-20	14.11	3.89	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	0-44	24-44	35.18	5.52	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	0-28	7-28	23.65	4.05	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 131.40 คะแนน ($SD = 17.29$) จากคะแนนเต็ม 160 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมากที่สุดทั้งหมดยก 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร 58.46 คะแนน ($SD = 8.51$) ด้านอารมณ์ 35.18 คะแนน ($SD = 5.52$) และด้านจิตวิญญาณ 23.65 คะแนน ($SD = 4.05$) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ร่างกาย 14.11 คะแนน ($SD = 3.89$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็นโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้วย Paired *t*-test ($n = 82$)

ด้าน	ความต้องการ		การได้รับการตอบสนองความต้องการ		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
โดยรวม	149.22	7.97	131.40	17.29	7.978	< .001
รายด้าน						
ด้านข้อมูลข่าวสาร	64.68	3.37	58.46	8.51	5.624	< .001
ด้านร่างกาย	17.76	1.88	14.11	3.89	7.038	< .001
ด้านอารมณ์	41.05	2.94	35.18	5.52	8.829	< .001
ด้านจิตวิญญาณ	25.73	2.81	23.65	4.05	4.466	< .001

จากตารางที่ 4 เป็นการเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่าความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยความต้องการมีค่าคะแนนมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ทั้ง 4 ด้าน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของ Aquilera (1989) เป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 82 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenient sampling) ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 5 เดือน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด (Inclusion criteria) มีจำนวนค่อนข้างน้อย เฉลี่ยเดือนละประมาณ 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามแบบสอบถามความต้องการเท่ากับ .88 แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการได้ค่า CVI เท่ากับ .88 และนำไปหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นครั้งนี้ แบบสอบถามความต้องการที่ได้เท่ากับ .89 แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ .96 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired *t*-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 82 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.6) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.6 ปี ($SD = 11.2$) ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 36.3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 37.8) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 35.4) มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 75.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.4) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 79.3) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายอื่น (ร้อยละ 76.8) โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 วัน ($SD = 0.79$)

2. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

จากการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวม 149.22 คะแนน ($SD = 7.97$) จากคะแนนเต็ม 160 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในระดับมากทั้ง 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 64.68 คะแนน ($SD = 3.37$) ความต้องการด้านร่างกาย 17.76 คะแนน ($SD = 1.88$) ความต้องการด้านอารมณ์ 41.05 คะแนน ($SD = 2.94$) และความต้องการด้านจิตวิญญาณ 25.73 คะแนน ($SD = 2.81$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ ต้องการข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ความต้องการด้านร่างกาย คือ ต้องการให้พยาบาลใส่ใจในด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เช่น การสอบถามความเมื่อยล้าจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วย การนอนหลับพักผ่อน ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นต้น ด้านอารมณ์ คือ ต้องการได้มีส่วนร่วมเป็นผู้ตัดสินใจให้แพทย์ หรือพยาบาลในการยุติการรักษา หรือให้การรักษาย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย และด้านจิตวิญญาณ คือ ต้องการให้ผู้ป่วยมีการขอขมาหรือการให้อภัย กล่าวหา และการ “บอกทาง” ให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเกิดความสบายใจและจากไปอย่างมีความสุข (ภาคผนวก ง)

3. การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

จากการวิจัยพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 131.40 คะแนน ($SD = 17.29$) จากคะแนนเต็ม 160 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมากทั้งหมด 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร 58.46 คะแนน ($SD = 8.51$) ด้านอารมณ์ 35.18 คะแนน ($SD = 5.52$) และด้านจิตวิญญาณ 23.65 คะแนน ($SD = 4.05$) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ร่างกาย 14.11 คะแนน ($SD = 3.89$) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าคะแนน การตอบสนองความต้องการที่ได้รับมากที่สุดคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ด้านอารมณ์ คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานอย่างเพียงพอ และได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลาระยะสุดท้ายของชีวิต และด้านจิตวิญญาณ คือ ได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมเกียรติ เคารพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และยังสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัวขณะเจ็บป่วยตราบนานวาระ และด้านร่างกาย คือ มีเก้าอี้สำหรับนั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต (ภาคผนวก ง)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

จากการวิจัยพบว่า ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยความต้องการมีค่าคะแนนมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ทั้ง 4 ด้าน

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

1. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

จากการวิจัยพบว่าความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 149.22, SD = 7.97$) (ตารางที่ 2) แสดงถึงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะได้รับทราบข้อมูลข่าวสารในด้านต่างๆ ทั้งด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการได้รับการช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกทางด้านจิตวิญญาณให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการช่วยเหลือให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอันเป็นภาวะวิกฤตการณ์ที่สำคัญของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว การเจ็บป่วยที่รุนแรงมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านเทคโนโลยี รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องสอดใส่สายเข้าไปในร่างกายเพื่อใช้ติดตามประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงเป็นสิ่งแปลกใหม่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่คุ้นเคยกับวิธีการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ต้องพบกับสภาพของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงไม่แน่นอนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และถูกแยกจากผู้ป่วยด้วยกฏระเบียบของหอผู้ป่วย (Washington, 2001) ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ตั้งแต่ไม่ได้คิด เป็นการสูญเสีย เมื่อมีอาการรุนแรงหมดหวังในการรักษาหรือผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะที่ใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยตรงเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมีเวลาในการเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้น้อย เป็นสถานการณ์อันตรายหรือภาวะคุกคาม (Aquilera, 1989; Aquilera & Messick, 1978) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งสมาชิกครอบครัวถือว่าสิ่งเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวที่ถูกคามทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัวจึงทำให้มีความต้องการปัจจัยในด้านต่างๆ มาใช้เพื่อให้ครอบครัวสามารถคงความสมดุลจึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีความต้องการที่มากขึ้น (Aquilera, 1989; สาวิตรี มณีพงศ์, 2551) ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง

เกินครึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร/ ธิดา ร้อยละ 37.8 และร้อยละ 25.6 เป็นสามี/ ภรรยา (ตารางที่ 1) ซึ่งถือเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่จะมีความรักใคร่ผูกพัน ห่วงใย และดูแลซึ่งกันและกัน จึงเป็นเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกังวล ห่วงใยและต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 64.6 (ตารางที่ 1) ซึ่งโดยลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมไทย ผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวไม่ว่าการดูแลลูก ดูแลบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย (Callahan, 2003) จึงมีความห่วงใยผูกพันกับผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อบิดามารดาหรือสามี/ ภรรยาเจ็บป่วยจึงมีความต้องการในด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ความต้องการความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาและความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล และความต้องการยอมรับจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมาก จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าความต้องการของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับความต้องการการดูแลจากมากไปน้อยดังต่อไปนี้

1.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 64.68$, $SD = 3.37$) (ตารางที่ 2) โดยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอันดับแรก คือ ต้องการข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ($M = 4.00$, $SD = 0.00$) และต้องการได้รับคำอธิบายว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วยเป็นอันดับสุดท้าย ($M = 3.55$, $SD = 0.74$) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความกังวลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ความทุกข์ใจและสับสนกับทางเลือกในการเผชิญการรักษา กลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานและกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต สอดคล้องกับการผลการศึกษารุ่นงา เขียวชะอำ และคณะ (2556) ความต้องการทราบข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นสิ่งสำคัญที่ญาติมีความต้องการมีในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย 2) การปฏิบัติกรพยาบาลต่อผู้ป่วย 3) บุคลากรทีมสุขภาพ 4) ข้อควรปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 5) สิ่งอำนวยความสะดวก/ สิ่งแวดล้อม 6) การสนับสนุนด้านจิตใจและอื่น ๆ การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน และตัดสินใจผิด สุดท้ายทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ ตามสิทธิผู้ป่วย ครอบครัวต้องการได้รับข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ครอบครัวควรจะได้รับ แพทย์และพยาบาลมักให้ข้อมูลในทางดีเพื่อให้ครอบครัวมีความหวัง ทำให้ครอบครัวตัดสินใจไม่ได้

จากการไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับภาวะวิกฤต หรือการมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอ หรือจากข้อมูลเดิมที่มีอยู่ ทำให้สมาชิกครอบครัวคาดการณ์ถึงภาวะวิกฤต ที่เกิดขึ้นไปในทางที่รุนแรง เกิดความรู้สึก

ไม่แน่นอน กล่าวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลที่ดีด้วยบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องแยกออกจากกัน โดยสิ้นเชิงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตระยะสุดท้ายต้องการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการค้ำหน้าของผู้ป่วย ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Molter (1979) เนื่องจากสมาชิกครอบครัวไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งการเจ็บป่วยที่รุนแรง แนวทางการดูแลรักษาที่ซับซ้อน สมาชิกครอบครัวไม่สามารถที่จะคาดเดาตามสภาพที่เห็นได้ (Carter & Clask, 2005) สมาชิกครอบครัวจึงต้องการที่จะได้รับทราบข้อมูลส่วนนี้จากแพทย์ และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งการได้รับข้อมูลภาวะการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ความก้าวหน้าของโรค (Molter, 1997) การรักษาและผลการรักษา (Leske, 2002) ที่ตรงไปตรงมาชัดเจน เข้าใจง่ายอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการ ในภาวะวิกฤต ระยะประคับประคองอาการจนถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยวิกฤต (ปฐมวดี สิงห์คง และชนกพร จิตปัญญา, 2554) เพื่อสนองตอบความต้องการรู้สึกมีความหวัง จึงมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ โดยการซักถามวิธีการปรับตัวของบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวล (ยุวนิดา อารามรมย์ และคณะ, 2554) จึงทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้ความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลคำอธิบายว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วยน้อย เนื่องจากในช่วงภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีความกังวลในอาการของผู้ป่วย จึงทำให้ไม่มีความสนใจในข้อมูลคำอธิบายว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ดังนั้น จึงมีความต้องการข้อมูลอย่างต่อเนื่องและทราบว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมานตลอดจนต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (ยุวนิดา อารามรมย์ และคณะ, 2554; Gutierrez, 2012; Truog et al., 2001)

1.2 ความต้องการด้านอารมณ์

จากการวิจัยพบว่าความต้องการด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ($M = 41.05, SD = 2.94$) (ตารางที่ 2) โดยพบว่า มีความต้องการด้านอารมณ์อันดับแรกที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต้องการ คือ ต้องการได้มีส่วนร่วมเป็นผู้ตัดสินใจให้แพทย์ หรือพยาบาลยุติการรักษา หรือให้การรักษาอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ($M = 3.87, SD = 0.34$) และต้องการให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อน พุดคุยให้กำลังใจเป็นอันดับสุดท้าย ($M = 3.32, SD = 0.78$) (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับกับผลการศึกษาของ Kongsuwan and Chaipetch (2011) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียูของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธทางภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า สมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แล้วต้องเป็นบุคคลที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการมีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก เช่น การยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาที่ยืดชีวิต นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังต้องเผชิญกับความรับผิดชอบ ภาระหน้าที่ แบบแผน

การทำกิจวัตรและกิจกรรมภายในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง หมู่สมาชิกครอบครัวได้ อีกทั้งยังทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เครียด หวาดกลัว ซึมเศร้า ตกใจ ความผาสุกในชีวิตลดลง เกิดความรู้สึกว่าตนเองผิด (Leske, 2002) เกิดความวิตกกังวลอย่างมาก ในขณะที่เกิดภาวะวิกฤตยังทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความทุกข์ทรมานใจ ประกอบกับ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่สับสนวุ่นวาย การที่สมาชิกครอบครัวถูกแยกจากผู้ป่วย มีการจำกัด เวลาในการเข้าเยี่ยม ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตเช่นเดียวกับผู้ป่วย (Leske, 2002) สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Fontana & Zero, 2006) ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวและการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว และจากการศึกษา พบว่า ความต้องการให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อน พุดคุยให้กำลังใจมีคะแนน น้อยที่สุดนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องบริบทของหน่วยงานที่ศึกษามีลักษณะการมอบหมายงานของพยาบาล วิชาชีพ เป็นลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ สักส่วนผู้ป่วย 1-2 ราย ต่อพยาบาล 1 ราย แบ่งการทำงาน เป็นผลัด ๆ ละ 8 ชั่วโมง ประกอบกับลักษณะของหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่มีที่ส่วนตัวสำหรับให้กลุ่ม ตัวอย่างได้อยู่คนเดียวและระบายความรู้สึกในใจของตนเองเกี่ยวกับความหมดหวังในการรักษา ผู้ป่วย และจากสังคมไทยบุคคลมักจะเก็บความรู้สึกและการแสดงออกไว้ในตนเอง ไม่ให้ผู้อื่นรับรู้

1.3 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จากการวิจัยพบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ($M = 25.73, SD = 2.81$) (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณอันดับแรก คือ ต้องการให้ผู้ป่วยมีการขอขมาหรือการให้อภัย กล่าวลาและการ “บอกทาง” ให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะ สุดท้ายเกิดความสบายใจและจากไปอย่างมีความสุข ($M = 3.8, SD = 0.39$) และต้องการการยอมรับ ทางด้านศาสนา ความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งเหนือธรรมชาติเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเป็น อันดับสุดท้าย ($M = 3.57, SD = 0.56$) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า อยู่ในระดับสูง (ยูนิดา อารามรัมย์ และคณะ, 2554; Gutierrez, 2012) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จึงอาจให้ความสำคัญกับการตายดีหรือการตายอย่างสงบดัง ความเชื่อทางศาสนาพุทธมีความเชื่อ เกี่ยวกับความตายว่า สิ่งมีชีวิตย่อมตกอยู่ในวัฏสงสารไม่มีที่สิ้นสุด คือการเวียนว่ายตายเกิด ความตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิตจึงไม่ควรที่จะเศร้า โศกเสียใจหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อความตาย (นวลจันทร์ ชันธุแสง, 2558) เพราะทุกชีวิตเป็นไปตามกฎแห่งกรรม การทำจิตใจให้สงบเพื่อจะได้ ไปเกิดในภพภูมิที่ดีต่อไป ตลอดจนควรมีการให้อภัย มีการอโหสิกรรมแก่กันไม่อาฆาตพยาบาท เพื่อให้ผู้ตายเป็นสุขหมดกังวลและไม่เป็นกรรมติดต่อกันไปในชาติหน้า (นวลจันทร์ ชันธุแสง, 2558) จึงมีความต้องการให้ผู้ป่วยมีการขอขมาหรือการให้อภัย กล่าวลา และการ “บอกทาง” ให้ผู้ป่วยวิกฤต

ระยะสุดท้ายเกิดความสบายใจและจากไปอย่างมีความสุข มีไม่สิ่งค้างใจ หากไม่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การเสียชีวิตแบบ “ตายไม่ดี” กล่าวคือ ตายขณะรู้สึกกลัว โกรธ ไม่ได้เตรียมตัวตาย การตายที่ยืดเยื้อ ทุกข์ทรมานถูกพันนาการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ไม่ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่ได้รับความเคารพและไว้ศักดิ์ศรี ไม่ได้สมปรารถนาตามที่คาดหวัง มีสิ่งค้างใจ การตายของผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าวยังมีผลให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบสุข และสมาชิกครอบครัวไม่พึงพอใจและพลอยรู้สึกไม่สงบสุขตามไปด้วยได้ (Costello, 2006; Kim & Lee, 2003; Vig & Pearlman, 2004) และจากการศึกษา พบว่า และต้องการการยอมรับทางด้านศาสนา ความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งเหนือธรรมชาติเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจน้อยที่สุด มีคะแนนน้อยที่สุดนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) บริบทของหน่วยงานที่ศึกษามีการสนับสนุนในเรื่องของพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การดื่มน้ำในช่วงเช้า มีหอพระบริเวณหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้บริการสักการะตามความเชื่อ และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งอาจทำให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการการยอมรับทางด้านศาสนา ความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งเหนือธรรมชาติเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจน้อย

1.4 ความต้องการด้านร่างกาย

จากการวิจัยพบว่ามีความต้องการด้านร่างกาย อยู่ในระดับมาก ($M = 17.76, SD = 1.88$) (ตารางที่ 2) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าความต้องการด้านร่างกายอันดับแรกๆที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายต้องการ คือ ต้องการให้พยาบาลใส่ใจในด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เช่น การสอบถามความเมื่อยล้าจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วย การนอนหลับพักผ่อน ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นต้น เป็นอันดับสุดท้าย ($M = 3.84, SD = 0.36$) และต้องการให้พยาบาลสอบถามถึงสิ่งที่กังวลใจและให้การช่วยเหลือเท่าที่เป็นไปได้ในระดับน้อยที่สุด ($M = 3.66, SD = 0.47$) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัวอาจทำให้สมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำกิจวัตรของตนเอง และการทำกิจกรรมประจำวันภายในครอบครัว จนทำให้ละเลยต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง สมาชิกครอบครัวอาจมีอาการแสดงทางกายได้แก่ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ลดลง นอนไม่หลับ คลื่นไส้ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น จากการศึกษาของ Van Horn and Tesh (2000) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีการรับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่เป็นเวลา แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงโดยนอนหลับน้อยลงหรือนอนหลับไม่สนิท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สม่ำเสมอ ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวนิดา อารามรมย์ (2550) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของ

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย พบว่า ครอบครัวต้องการที่พึ่งสำหรับญาติ เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ มีอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาลและมีโทรศัพท์ใกล้บริเวณหอผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องการมีเวลาอยู่คนเดียวหรือมีสถานที่เป็นส่วนตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาล และมีคนคอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ตลอดจนต้องการมีคนสนใจดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบ้าง

2. การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จากการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองการดูแลโดยรวมในระดับมาก ($M = 131.40, SD = 17.28$) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งมีความครอบคลุมในแต่ละด้านเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากการที่ภาครัฐมีนโยบายกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกแห่ง และหน่วยงานที่ศึกษามีระบบการดูแลแบบประคับประคอง มีระบบสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยเผชิญกับระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ท่านพุทธทาสได้กล่าวไว้ว่า หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ คือ ทำให้ผู้ป่วยหายไวและตายดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ซึ่งการทำให้ตายดีนี้ คือ การช่วยผู้ป่วยยอมรับได้ว่า ตนเองอยู่ระยะสุดท้ายแล้ว เพื่อที่เขาจะได้เตรียมตนเองให้เผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ถ้าหากผู้ป่วยสามารถยอมรับได้และมีการเตรียมตนเองจะทำให้ครอบครัวพลอยสงบ ไม่ทรมาน ทูราย โศกเศร้าจนเกินไป และมีสติที่จะรับมือกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่ผสมผสานระหว่างการรักษา (Cure) กับการดูแล (Care) ไปด้วยกัน โดยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คำนึงถึงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการดูแลวางแผนร่วมกันระหว่างทีมจากสหสาขาวิชาชีพ โดยตระหนักว่าช่วงเวลาระยะสุดท้ายนั้นมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หาวิธีให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย จัดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานอื่น ๆ ที่รบกวนผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วย/ ครอบครัวผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความต้องการ ถ้าการดำเนินโรคแย่ลง ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้งความปวดร้าว ทุกข์ใจหรือความกลัว ให้โอกาสผู้ป่วยได้พูด/ทำในสิ่งที่สำคัญที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนอดีต และทำใจให้สงบ เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการความช่วยเหลือของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดให้มีระบบสำหรับช่วยคำจูนแก่ครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้บริการเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พัก เช่น การโทรศัพท์เยี่ยมเยียนหรือให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้ครอบครัวผู้ป่วยปรับตัวเรื่องความโศกเศร้าและความสูญเสีย และจัดให้มีระบบสำหรับช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาโศกเศร้าจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวรรณ คงทอง (2556) ที่เสนอความเห็นว่ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จะต้องระลึกอยู่เสมอว่า

ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ซึ่งต่างมีผลกระทบมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือครอบครัวจะให้ผลดีนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจลักษณะของครอบครัว รับรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว รู้ระดับความเครียด ตลอดจนทราบวิธีการและกระบวนการในการแก้ปัญหาของครอบครัวที่ผ่านมามากด้วย ซึ่งการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวระยะสุดท้าย จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การดูแลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก และจากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลจากมากไปน้อยดังต่อไปนี้

2.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร

จากการวิจัยพบว่า การที่ได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($M = 58.46, SD = 8.51$) (ตารางที่ 3) และพบว่าได้รับการตอบสนองการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารอันดับแรก คือ ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ($M = 3.73, SD = 0.54$) และอยู่ในอันดับสุดท้าย คือ ต้องการคำแนะนำการบริการหรือพิธีกรรมทางด้านจิตวิญญาณที่ทำได้ในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนการเสียชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 3.20, SD = 1.03$) ต้องการได้รับคำอธิบายว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ($M = 3.20, SD = 0.96$) ต้องการให้พยาบาลอธิบายว่าผู้ที่ร่วมให้การรักษามีพยาบาลมีใครบ้าง เช่น แพทย์เจ้าของไข้, พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ($M = 3.20, SD = 0.92$) และต้องการให้คำนึงถึงสิทธิในการรักษาและแจ้งค่าใช้จ่ายเป็นระยะ ๆ สุดท้าย ($M = 3.20, SD = 0.76$) (ภาคผนวก ง) อาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต หน่วยงานที่ได้ทำการศึกษามีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายยอมรับความตายที่จะมาถึง การรู้ว่าวาระสุดท้ายของตนใกล้เข้ามา ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจ อย่างไรก็ตามการเปิดเผยความจริงซึ่งเป็นข่าวร้ายโดยไม่ได้เตรียมใจไว้ก่อนก็อาจทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียดมากกว่าเดิม ดังนั้น พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ทุกคน ความจริงอาจทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตกใจ ผิดหวังและเจ็บปวดบ้างในตอนแรก การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอร่วมกับประคับประคองจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยอมรับความจริงได้ในที่สุดและมีการวางแผนชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสมเหตุสมผล บางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำใจยอมรับกับความจริงบ้าง พยาบาลต้องใช้เวลา ออดทน และยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในขณะที่กำลังเผชิญกับความยากลำบากนี้ (ทัศนีย์

ทองประทีป, 2553) เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะการณดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและสามารถรักษาสมาคมภายในครอบครัวได้ ความต้องการที่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะส่งผลให้เกิดสภาวะความคับข้องใจ วิตกกังวล ไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้

2.2 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านด้านอารมณ์

จากการวิจัยพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ($M = 35.18, SD = 5.52$) (ตารางที่ 3) และพบว่าได้รับการตอบสนองการดูแลด้านอารมณ์อันดับแรก คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานอย่างเพียงพอ ($M = 3.60, SD = 0.66$) (ภาคผนวก ง) ได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลาระยะสุดท้ายของชีวิต ($M = 3.60, SD = 0.56$) (ภาคผนวก ง) และต้องการได้มีส่วนร่วมในการดูแลความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วยให้แก่ผู้ป่วยเมื่อใกล้ถึงระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นอันดับสุดท้าย ($M = 2.90, SD = 0.65$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในหน่วยงานที่ทำการศึกษามีการอนุญาตให้เยี่ยมตามความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันอย่างเพียงพอ ในวาระสุดท้ายของชีวิต แนะนำสมาชิกครอบครัวให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการสัมผัสพูดคุย และค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยหวังหรือบุคคลที่ต้องการพบ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสงบหากสมาชิกครอบครัวต้องการ เช่น การกั้นม่านให้มีความเป็นส่วนตัว ลดระดับเสียงเตือนของเครื่องคิดตามการทำงานของหัวใจหรือเครื่องช่วยหายใจ กรณีที่สมาชิกครอบครัวไม่อยู่หรือกลับไปทำกิจธุระพยาบาลจะโทรศัพท์แจ้งอาการผู้ป่วยให้สมาชิกครอบครัวทราบเพื่อให้ทันเวลาดูใจผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย และนอกจากนี้เมื่อพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตประเมินพบว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลเข้าสู่ระยะสุดท้าย พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีการปฏิบัติระบบการดูแลทั่วไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต แม้ว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย พยาบาลผู้ป่วยหอวิกฤตยังคงให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และการปฏิบัติพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ไชยเพชร และคณะ (2554) ประสพการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม และให้การดูแลญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการดูแลด้วยความเอื้ออาทร เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบได้มากที่สุด ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก

2.3 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

จากการวิจัยพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก ($M = 23.65, SD = 4.05$) (ตารางที่ 3)

และพบว่าได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลจิตวิญญาณอันดับแรก คือ ได้รับความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมเกียรติ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($M = 3.41, SD = 0.62$) (ภาคผนวก ง) ยังสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัวขณะเจ็บป่วยตราบจนวาระสุดท้าย ($M = 3.41, SD = 0.83$) (ภาคผนวก ง) และต้องการบรรยากาศที่เอื้ออำนวยในการอยู่กับผู้ป่วย ภายหลังเสียชีวิตแล้วเป็นอันดับสุดท้าย ($M = 3.33, SD = 0.80$) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในหน่วยงานที่ทำการศึกษาค้นคว้าให้ความสำคัญกับการดูแลในมิติจิตสังคมและจิตวิญญาณเพื่อพัฒนา ให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพองค์รวม กิจกรรมที่ได้จัดขึ้น เพื่อตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณของระยะสุดท้ายและครอบครัวการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพิศรา อุปนิสากร, 2555) ได้มีการนำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นกัน มีการส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวพร้อม ให้ข้อมูลทุกวันอย่างสม่ำเสมอทั้งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวที่เข้ารับบริการใหม่ครั้งแรก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยแผนการรักษาจาก ทีมแพทย์ และการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกรักษาการรักษามีส่วนรวมการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว จัดกิจกรรม ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการเยียวยาทางใจ เช่น กิจกรรมรดน้ำวันสงกรานต์ ประสานงานกับหน่วย สิทธิประโยชน์เมื่อผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา สอบถาม ความต้องการทางจิตสังคมและค้นหาภารกิจที่ยังไม่บรรลุ ยอมรับและเคารพผู้ป่วย เอาใจใส่ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย เช่น ลดแสง ลดเสียงรบกวนการเตือนอื่นไม่ให้ส่งเสียงดัง ปิด หรือเบาเสียงเพลงในหอผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยอยู่มุมสงบหรือกั้นม่าน เป็นต้น สนับสนุนความเชื่อ ทางศาสนาหรือตามความศรัทธา เช่น สวดมนต์ ภาวนา หรือการปฏิบัติอื่น ๆ ตามความเหมาะสม ส่งเสริมสัมพันธภาพและการเชื่อมต่อ โดยยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลใกล้ชิดหรือคนรัก อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และจัดให้มีการขอโทษกรรมของสมาชิก ครอบครัวและพยาบาล ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการได้รับการตอบสนอง ความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก

2.4 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย

จากการวิจัยพบว่าได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 14.11, SD = 3.89$) (ตารางที่ 3) ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลด้านร่างกายอันดับแรก คือ มีเก้าอี้สำหรับ นั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต ($M = 3.08, SD = 0.98$) (ภาคผนวก ง) และต้องการให้ พยาบาลสอบถามถึงสิ่งที่กังวลใจและให้การช่วยเหลือเท่าที่เป็นไปได้เป็นอันดับสุดท้าย ($M = 2.16,$

$SD = 0.93$) (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในหน่วยงานที่ทำการศึกษามีการจัดระบบการอำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการจัดให้มีเก้าอี้สำหรับนั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต และเปิดโอกาสเพื่อดูใจในวาระสุดท้าย แต่การปฏิบัติงานตามลักษณะระบบงานในวิกฤตเป็นไปด้วยความเร่งรีบ อาจมีส่วนทำให้พยาบาลดูแลด้านจิตใจและมีโอกาสคำนึงถึงครอบครัวของผู้ป่วยไม่มากนัก สมาชิกครอบครัวจึงอาจรู้สึกว่ายาบาลไม่ได้ใส่ใจสอบถามความทุกข์สุขจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วย การนอนหลับพักผ่อน ความวิตกกังวล ตลอดจนความต้องการกลับไปทำกิจธุระหรือการทำงานของสมาชิกครอบครัวเท่าที่ควร จึงควรเพิ่มทักษะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ทั้งสองด้านนี้ให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวได้ครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง

3. เปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้าน

จากการวิจัยพบว่าความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และรายด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4) โดยความต้องการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการสำหรับการศึกษาคั้งนี้ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยรวมและรายด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูง เนื่องจากบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยงานที่ศึกษามีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ฝ่ายบริการพยาบาลได้ให้ความสำคัญและกำหนดไว้ในแผนกลยุทธ์ระดับฝ่ายและแผนปฏิบัติการระดับหอผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม ให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีระดับประคอง และพยาบาลระดับประคองประจำหอผู้ป่วย ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและในระยะสุดท้าย เป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทราบ ร่วมปรึกษาเพื่อหาแนวทางการรักษาร่วมกัน ทำ Family counseling เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันกับแพทย์ พยาบาลจิตเวชและผู้ดูแล

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลระดับประคองประจำหอและพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต คือ ให้การดูแลปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการดูแลเพื่อให้ญาติ

และผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล การปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ ร่วมวางแผน การเตรียมการหลังการตายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ หากผู้ป่วยหรือญาติต้องการมีการส่งเสริม การสนทนาอย่างเปิดเผยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวพร้อม ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา มีส่วนรวมการดูแล ผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ประสานงานกับหน่วยสิทธิประโยชน์เมื่อผู้ป่วย หรือสมาชิกครอบครัวกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา สอบถามความต้องการทางจิตสังคม และค้นหาภารกิจที่ยังไม่บรรลุ ขอมรับและเคารพผู้ป่วย เอาใจใส่ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย เช่น ลดแสง ลดเสียงรบกวนการเตือนอื่นไม่ให้ส่งเสียงดัง ปิดหรือเบาเสียงเพลงในหอผู้ป่วย จัดให้ ผู้ป่วยอยู่มุมสงบหรือกั้นม่าน เป็นต้น

การสนับสนุนความเชื่อทางศาสนาหรือตามความศรัทธา เช่น สวดมนต์ ภาวนา หรือการปฏิบัติอื่น ๆ ตามความเหมาะสม ส่งเสริมสัมพันธภาพและส่วนใหญ่อยาบาลให้การดูแล ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว โดยการอนุญาตให้เยี่ยมตามความต้องการเพื่อให้ ผู้ป่วยและญาติสมาชิกครอบครัวได้มีเวลาอยู่ด้วยกันอย่างเพียงพอในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้คำแนะนำสมาชิกครอบครัวและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการสัมผัสพูดคุย รวมทั้งค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วย หวัง บุคคลที่ต้องการพบ หรือสิ่งที่ค้างคาใจ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสงบหากญาติต้องการ (อรพรรณ ตะเวทิงค์, 2555) เช่น การกั้นม่านให้มีความเป็นส่วนตัว ลดระดับเสียงเตือนของ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจหรือเครื่องช่วยหายใจ กรณีที่สมาชิกครอบครัวไม่อยู่หรือกลับไป ทำกิจธุระพยาบาลจะโทรศัพท์แจ้งอาการผู้ป่วยให้สมาชิกครอบครัวทราบ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วย ใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้ทันเวลาดูใจผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย อนุญาตให้ประกอบพิธีกรรม ต่าง ๆ ทางศาสนาและตามความเชื่อที่นับถือ ดำรงศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลของผู้ป่วยทั้งก่อน และภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยการเรียกชื่อผู้ป่วย ขออนุญาตก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง และทำพิธี ขอบโหสิกรรมผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น สอดคล้องกับ ข้อค้นพบของ อรพรรณ ไชยเพชร และคณะ (2554) ที่พบว่า พยาบาลวิกฤตส่งเสริมให้สมาชิก ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยตามความต้องการหากสมาชิกครอบครัวไม่อยู่ พยาบาลจะอยู่กับผู้ป่วย แทนสมาชิกครอบครัวสัมผัสและพูดคุย ตอบสนองความต้องการ อยากได้อะไรก็ทำให้ ตลอดจน แนะนำให้ญาติแจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่า ได้จัดการตามที่ผู้ป่วยสั่งเสียหรือรับปากว่าจะทำในกรณี ที่ยังไม่ดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongsuwan and Chaipetch (2011) ที่พบว่า ญาติได้มีการทำพิธีขอขมากรรม ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อขอกภัยผู้ป่วยในสิ่งที่ได้ล่วงเกิน ทำให้ผู้ป่วย ไปสู่สุคติ ไม่ห่วงกังวล สอดคล้องกับทฤษฎีของพุทธศาสนาที่ว่า “ตายดี” คือ การตายที่มีสติ จิตใจสงบไม่เศร้าหมองหรือขุ่นมัว จิตใจเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งดั่งาม (พระไพศาล วิสาโล, 2550)

ด้วยลักษณะการดูแลดังกล่าวของพยาบาลจึงอาจทำให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสียชีวิตอย่างสงบหรือการตายที่ดี จึงอาจทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับมาก แต่ยังคงน้อยกว่าระดับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย สอดคล้องกับ เพ็ญภัสสร มาพงษ์ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาพบว่า แม้การตายดีของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมจะอยู่ในระดับมาก แต่ส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายยังต้องการการปรับปรุงเกือบทุกด้าน ซึ่งให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัว

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการประเมินความต้องการจากความรู้สึกที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนให้การตอบสนองความต้องการทุกครั้ง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคลและแต่ละโอกาส

1.1 ด้านข้อมูลข่าวสาร พยาบาลควรตอบสนองความต้องการในเรื่องของคำยืนยันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ต้องการทราบเกี่ยวกับความสำคัญ และความจำเป็นในการใช้ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย เช่น เครื่องหายใจ เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ต้องการให้พยาบาลประสานกับแพทย์ในการอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรคในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายของผู้ป่วยแก่สมาชิกครอบครัวอย่างชัดเจนและเพียงพอ เพื่อให้ข้อมูลได้ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย การให้ข้อมูลต่าง ๆ ควรใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่าย ตลอดจนเป็นสื่อกลางให้สมาชิกครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการให้พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายของผู้ป่วยแก่สมาชิกครอบครัวอย่างชัดเจน เพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

โดยมีการวางแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ

1.2 ด้านร่างกาย พยาบาลควรสนใจและสังเกต สอบถามถึงสุขภาพของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดเจ็บป่วย

1.3 ด้านอารมณ์ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้พูดระบายความรู้สึก
ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการที่มีผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และให้ความ
มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดจนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่พูดคุย
ด้วย วาจาสุภาพ อ่อนโยน

1.4 ด้านจิตวิญญาณ หน่วยงานควรจัดให้มีสถานที่เพื่อให้สมาชิกครอบครัวใช้สำหรับ
ทำพิธีทางศาสนา เช่น สวดมนต์หรือปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของศาสนาขณะรอผู้ป่วย เป็นต้น

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำลำดับความสำคัญของความต้องการและการได้รับการ
การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในการศึกษาค้นคว้า
มาสร้างคู่มือให้ความช่วยเหลือและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ระยะสุดท้าย

ด้านการศึกษา

ฝ่ายการศึกษาควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นการกำหนดแนวทางให้นักศึกษาพยาบาล
ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
ให้ครบทุกด้านและชี้ให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงผลกระทบทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย
ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสามารถวางแผนการพยาบาลและเพื่อตอบสนอง
ความต้องการได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรมีการศึกษาในประเด็น
เดียวกันดังนี้ในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แต่มีการปฏิบัติการตอบสนองความต้องการ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เช่น มีการจัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษา ประกอบด้วยพยาบาล
และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีการวางแผน
การปฏิบัติร่วมกัน

บรรณานุกรม

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี. (2555). *มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*
โรงพยาบาลชลบุรี. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.
- กัญญ์จิตา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์
วิทยา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(4), 83-94.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤต
และครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส*
ราชนครินทร์, 4(1), 1-13.
- จิตราวดี จิตจันทร์. (2550). *การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะ*
สุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ญะมัล ไกรจิต. (2553). *มารยาทมุสลิม เล่ม 3*. พระนครศรีอยุธยา: สายสัมพันธ์.
- จิตติมา โพธิ์ศรี. (2550). *การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต:*
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดุสิต สถาวร. (2554). Palliative care in the ICU setting. ใน ยุวเรศมคธ สติธิชาญปัญญา, อุมารณ
ไพศาลสุทธิเดช และศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแล*
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ (หน้า 171-192).
กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทครีเอชั่น.
- ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์. (2557). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. เข้าถึงได้จาก
http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patientswith-end-stage/_2.html
- ทองทิพย์ พรหมสร. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของ*
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทินกร มีหิรัญ. (2554). การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต. ใน ยูวเรสมคส์ สิทธิชาญบัญชา, อุมารณ์ไพศาลสุทธิเดช และศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติ “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ”* (หน้า 271-286). กรุงเทพฯ: ออฟ เซ็ทครีเอชั่น.
- ทิพย์สุดา สาเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสีย และเศร้าโศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 658-657.
- นริสา สยามาเอ, กิตติกร นิลมานัต และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2557). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(1), 48-59.
- นวลจันทร์ ชันธุแสง. (2558). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3), 79-85.
- บำเพ็ญ จิตแสงชาติ. (2555). บทนำ. ใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ และอารีญา สอนบุญ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 1-7). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญมี ภูค่านิ้ว. (2556). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(4), 114-115.
- ปฐมวดี สิงห์คง. (2555). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *รามาชิบตีพยาบาลสาร*, 18(3), 404-417.
- ปฐมวดี สิงห์คง และชนกพร จิตปัญญา. (2554). การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(3), 17-32.
- พรเลิศ นัทรแก้ว. (2554). การพัฒนา End of life care in ICU. ใน ยูวเรสมคส์ สิทธิชาญบัญชา, อุมารณ์ไพศาลสุทธิเดช และศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ* (หน้า 193-202). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทครีเอชั่น.
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีพุทธ. ใน ประเสริฐเลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัทรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2; หน้า 239-257). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987).

- พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ. (2551). *เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลจริงและการได้รับข้อมูลจริงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญภัสสร มาพงษ์. (2556). *การประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุวนิดา อารามรมย์. (2550). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานัต และพัชรียา ไชยลังกา. (2554). *ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32, 33-43.
- รัชณี หลงสวาสดี. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- รุ่งทิวา จุลยามิตรพร, บุญทิพย์ สิริรัชังศรี และวัลภา บุญรอด. (2556). *การพัฒนาโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 41-50.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า, ศรีสุดา งามจำ, คงขวัญ จันทรเมธากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร และสาครพร้อมเพระ. (2556). *ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 24-34.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2552). *Living will: มุมมองทางการแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. ใน *แสวง บุญเฉลิมวิภาส และไพศาล ลิ้มสถิต (บรรณาธิการ), ก่อนวันผลัดใบ* (หน้า 61-69). นนทบุรี: ศูนย์กฎหมายสุขภาพและนิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต และเขาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). *อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล*. *วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 97-108.

- วริศรา ลูวีระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-270.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2551). จิตวิญญาณในมุมมองของตะวันออกและตะวันตก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(1), 1-8.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาทที่ทำนายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 1-7.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 1-12.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2552). *การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศิริเพ็ญ ชั้นประเสริฐ, ทศนีย์ เชื่อมทอง และสุปรานี ศรีพลาวงษ์. (2559). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(4), 326-339.
- สถาพร ลีถ่านนทกิจ. (2551). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาวิตรี มณีพงศ์. (2551). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2552). *การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริวรรณ คงทอง. (2556). *ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ. (2551). *ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล*. ใน สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 5; หน้า 1-23). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

- สุภัทสตรา ชูช่อ. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุมาลี นิมมานนิตย์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย,
 อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และนันทชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแล
 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2; หน้า-239-257). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987).
- สุริยา ฟองเกิด. (2559). การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการ
 ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย. *วารสาร
 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 27(1), 175-183.
- สุริยา ฟองเกิด, วรรณิ เคียวอิศเรศ และจินตนา วัชรสินธุ์. (2554). ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายใน
 หอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย ทศนคติของพยาบาลต่อการให้ความสำคัญของ
 ครอบครัวในการพยาบาล: การสำรวจในพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัย
 พยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี. ใน *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง
 บทบาทของสถาบันการศึกษาพยาบาลเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน* (หน้า 1-15).
 กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์.
- อภิัญญา สัตย์ธรรม. (2550). *ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจ
 ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). บทบาทของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน บดินทร์
 ขวัญนิมิต (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤตีสงขลานครินทร์* (หน้า 497-507). สงขลา:
 ชานเมืองการพิมพ์.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัด และวิภาวี คงอินทร์. (2554). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู
 ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 41-55.
- อรรวรรณ ตะเวทิพงศ์. (2555). *Palliative and end of life care: เอกสารประชุมวิชาการ “การดูแล
 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง”*. เพชรบุรี: โรงพยาบาลราชบุรี.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2550). *จิตอาสา: พลังสร้างโลกบทเรียนรู้จากขบวนการพุทธฉือจี้ไต้หวัน
 ขบวนการที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ
 แห่งชาติ.
- อุไรพร พงศ์พัฒนานาฎ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care--finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nursing*, 23(3), 170-177.
- Aquilera, D. C. (1989). Crisis intervention. In L. M. Birckhead (Ed.), *Psychiatric/ mental health nursing: The therapeutic use of self* (pp. 229-250). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Aquilera, D. C., & Messick, J. B. (1978). *Crisis intervention: Theory and methodology* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Baier, M., & Buechsel, R. (2012). A model to help bereaved individuals understand the grief process. *Mental Health Practice*, 16(1), 28-32.
- Bascom, P. B., & Tolle, S. W. (1995). Care of the family when the patient is dying. *Western Journal of Medicine*, 13(13), 292-296.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "Good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-46.
- Blanchard, D., & Alavi, C. (2008). Asymmetry in the intensive care unit: Redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nursing in Critical Care*, 13(5), 225-231.
- Brazil, K., Bedard, M., & Willison, K. (2003). Bereavement adjustment and support among caregivers. *Journal of Mental Health and Ageing*, 9(3), 193-204.
- Callahan, H. E. (2003). Families dealing with advanced heart failure. *Critical Care Nurse Quarterly*, 26(3), 230-243.
- Calvin, A. O., Kite-Powell, D. M., & Hickey, J. V. (2007). The neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(3), 143-150.
- Carter, P. A., & Clark, A. P. (2005). Assessing and treating sleep problems in family caregivers of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 25(1), 16.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of needs based education programmer for family careers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Interventional Journal of Nursing Studies*, 43(1), 39-50.
- Coker, T. R., Rodriguez, M. A., & Flores, G. (2010). Family-centered care for US children with special health care needs: Who gets it and why?. *Pediatrics*, 125(6), 1159-1167.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2011). *Issues and ethics in the helping professions* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks & Cole.

- Costello, J. (2006). Dying well: Nurses' experiences of "good and bad" deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing, 54*(5), 594-601.
- Covinsky, K. E., Goldman, L., Cook, E. F., Oye, R., Desbiens, N., Reding, D., Fulkerson, W., Connors, A. F., Lynn, J., & Phillips, R. S. (1994). The impact of serious illness on patients' families: SUPPORT Investigators [Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment]. *JAMA, 272*(23), 1839-1844.
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse, 29*(3), 28-35.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: The family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1618-1628.
- Elliott, J., & Smith, D. R. (1985). Meeting family needs following severe head injury: A multidisciplinary approach. *Journal of Neurosurgical Nursing, 17*(4), 111-113.
- Evan, L. R., Boyd, E. A., Malvar, G., Apatira, L., Luce, J. M, Lo, B., & White, D. B. (2009). Surrogate decision makers' perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine, 179*(1), 48-53.
- Farber, S. A., De Rose, R. A., Olson, E. S., & Halpern, M. E. (2003). The zebrafish annexin gene family. *Genome Research, 13*(6), 1082-1096.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-60.
- Ferrell, B. R., Dahlin, C., Campbell, M. L., Paice, J. A., Malloy, P., & Virani, R. (2007). End-of-life nursing education consortium (ELNEC) training program: Improving palliative care in critical care. *Critical Care Nursing Quarterly, 30*(3), 206-212.
- Fontana, M., & Zero, D. T. (2006). Assessing patients' caries risk. *Journal of the American Dental Association, 137*(9), 1231-1239.
- Gaglione, K. M. (1984). Assessing and intervention with families of CCU patents. *Nursing Clinics of North America, 19*(3), 427-432.
- Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions Critical Care, 21*, 64-71.

- Grafstrom, M., Fratiglioni, L., Sandman, P. O., & Winblad, B. (1992). Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, *45*, 861-867.
- Granda-Cameron, C., & Houldin, A. (2012). Concept analysis of good death in terminally ill patients. *American Journal of Hospices & Palliative Medicine*, *29*(8), 632-639.
- Grassi, L. (2007). Bereavement in families with relatives dying of cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *1*, 43-49.
- Gries, J. C., Curtis, J. R., Wall, J. R., & Engelberg, A. R. (2008). Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest*, *133*(3), 704-712.
- Gutierrez, K. M. (2012). Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: Supporting families at the end of life. *Critical Care Nursing Quarterly*, *35*(3), 299-313.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: A practical approach to making IT happen. *Critical Care Nurse*, *22*(6), 12-19.
- Hogan, N. S. (2001). Development and validation of the Hogan grief reaction checklist. *Death Studies*, *25*, 748-817.
- Hughes, F., Bryan, K., & Robbins, L. (2005). Relative experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, *10*(1), 23-30.
- Hupcey, J. E., Penrod, J., Morse, J. M., & Mitcham, C. (2000). An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, *36*(2), 282-293.
- Kim, S., & Lee, Y. (2003). Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. *Nursing Ethics*, *10*(6), 624-637.
- Kirchhoff, K. T., & Faas, A. I. (2007). Family support at end of life. *AACN Advanced Critical Care*, *18*(4), 426-435.
- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimaki, H., Vahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, *325*, 857-860.
- Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care units. *Nursing Science Quarterly*, *24*(4), 377-384.

- Kongsuwan, W., & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing, 17*(7), 329-336.
- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care, 17*(3), 151-159.
- Kuebler, K. K., Davis, M. P., & Moorem, C. D. (2005). *Palliative practices an interdisciplinary approach*. Missouri: Mosby.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leske, J. S. (2002). Intervention to decrease family anxiety: Protocols for practice. *Critical Care Nurse, 22*(6), 61-65.
- Luce, J. M. (2003). Is the concept of informed consent applicable to clinical research involving critically ill patients? *Critical Care Medicine, 31*(3 Suppl), S153-160.
- Lundberg, P. C., & Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing, 19*(7-8), 1121-1128.
- Mangan, S., Zaslaver, A., & Alon, U. (2003). The coherent feed forward loop serves as a sign-sensitive delay element in transcription networks. *Journal of Mol Biol, 334*, 197-204.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harpor & Row.
- Mayland, C., Williams, E., & Ellershaw, J. (2008). How well do current instruments using bereaved relatives' views evaluate care for dying patients? *Palliative Medicine, 22*(2), 133-144.
- McAdam, J. L., Arai, S., & Purtillo, K. A. (2008). Unrecognized contribution of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine, 34*(6), 1097-1101.
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Factor scontributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-oncology, 17*(6), 612-620.
- Molter, N. C. (1979). Need of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung, 8*, 332-339.
- Morton, P. G, Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M, (Eds). (2005). Loss and responses to loss. In *Critical nursing: A holistic approach* (8th ed.; pp. 20-26). Philadelphia: Lippincott William Wilkins.

- Nelson, J. E., Puntillo, K. A., Pronovost, P. J., Walker, A. S., McAdam, J. L., Ilaoa, D., & Penrod, J. (2010). In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(3), 808-818.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1), 16-23.
- Rich, S. (2002). Caregiver grief: Taking care of our patient. *International Journal of Trauma Nursing*, 8, 24-28.
- Truog, R. D., Cist, A. F., Brackett, S. E., Burns, J. P., Curley, M. A., Danis, M., DeVita, M. A., Rosenbaum, S. H., Rothenberg, D. M., Sprung, C. L., Webb, S. A., Wlody, G. S., & Hurford, W. E. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College [corrected] of critical care medicine. *Critical Care Medicine*, 36(3), 953-963.
- Tullmann, D. F., Hawkes, P. B., & Enfleid, E. H. (2010). The critical care environment. In Foreman, M. D., Milisen, K., & Fulmer, T. T., (Eds.), *Critical care nursing of older adults* (3rd ed.; pp. 23-45). New York: Hamilton Printing.
- Van Horn, E., & Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(4), 40-49.
- Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2004). Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Archives of Internal Medicine*, 164(9), 977-981.
- Wall, R. J. (2009). The one thing certain in the ICU is uncertainty. *Critical Care Alert*, 17(2), 9-16.
- Washington, G. T. (2001). Family advocates: Caring for families in crisis. *Dimension Critical Care Nurse*, 20(1), 36-40.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int>
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 79-86.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และทดสอบการแจกแจงตามปกติของข้อมูลตัวแปร (ผลต่างความต้องการ-การได้รับการตอบสนองความต้องการ) แล้วพบว่ามีแจกแจงปกติ โดยดูจากค่า Mean, Median, Mode, Skewness, Standard of Skewness, Kurtosis, Standard of Kurtosis

ตารางที่ 5 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ตัวแปร	ผลต่าง (ความต้องการ-การได้รับการตอบสนองความต้องการ)
Mean	18.34
Median	13.00
Mode	40
Skewness	1.195
Standard Error of Skewness	.266
Kurtosis	-1.583
Standard Error of Kurtosis	.526

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

**แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย**

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสอบถามจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด และจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลที่ได้จากท่าน มีความสำคัญยิ่ง ต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัววิกฤตระยะสุดท้ายอย่างแท้จริง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามนี้มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความประสงค์ที่จะได้รับบริการด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายขณะมารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

**แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย**

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความหรือเติมข้อความ ต้องการลงในช่องว่าง

1. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> บิดา/ มารดา | <input type="checkbox"/> สามี/ ภรรยา |
| <input type="checkbox"/> บุตร/ ธิดา | <input type="checkbox"/> พี่น้อง/ บิดา/ มารดา |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | |

2. เพศ

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง |
|------------------------------|-------------------------------|

3. อายุ.....ปี

4. ศาสนา

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> พุทธ | <input type="checkbox"/> คริสต์ |
| <input type="checkbox"/> อิสลาม | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |

5. ระดับการศึกษา

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> ปวส./ อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป |

6. อาชีพ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกร | <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |

7. ปัญหาค่ารักษา

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |
|--------------------------------|-----------------------------|---|

8. โรคประจำตัว

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง |
| <input type="checkbox"/> หัวใจ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |

9. ลักษณะครอบครัว

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว | <input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย |
|---|---------------------------------------|

10. เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุจำนวนครั้งที่เคยดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลครั้ง

11. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 40 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบอยู่ 2 ส่วน ให้ท่านเลือกตอบ
โดย ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตรงกับระดับความต้องการของท่านมากที่สุด ส่วนละ 1 คำตอบ
ส่วนแรก คือ ความต้องการของท่านในฐานะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย คำตอบมีให้
เลือกตอบ 4 ระดับ คือ

มาก	หมายถึง	ท่านมีความต้องการตามข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความต้องการตามข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความต้องการตามข้อความนั้นน้อย
ไม่ต้องการ	หมายถึง	ท่านไม่มีความต้องการตามข้อความนั้น

ส่วนที่สอง คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการของท่าน คำตอบมีให้เลือกตอบ
4 ระดับ คือ

มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการตอบสนองตามข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการตอบสนองตามข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการตอบสนองตามข้อความนั้นน้อย
ไม่ได้รับ	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการตอบสนองตามข้อความนั้น

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-03-2559

ชื่อผู้วิจัย นางชุลินดา ทิพย์เกษร

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้
ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเข้าสู่การตายดีและสมาชิกครอบครัวยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่
กำหนดไว้

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็น
จริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถามนี้มี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการ
ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
ความประสงค์ที่จะได้รับบริการด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณของ
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายขณะมารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แบบสอบถามชุด
นี้มีข้อคำถาม 40 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบอยู่ 2 ส่วน ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะ
เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ระยะสุดท้าย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม
โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการ
ระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็น

กระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่อยู่ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางชุลินดา ทิพย์เกษร หมายเลขโทรศัพท์ 061-932-2949 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-005-5045

นางชุลินดา ทิพย์เกษร
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง

ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับที่ของคะแนนความต้องการ
และการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้านและรายชื่อ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับที่ของคะแนนความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ

ข้อ ที่	ข้อความ	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่
ด้านข้อมูลข่าวสาร							
1	ต้องการทราบสภาพทั่วไป/ ระเบียบ การเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อน การเข้าเยี่ยมครั้งแรก	3.74	0.43	8	3.43	0.68	9
2	ต้องการทราบเกี่ยวกับความสำคัญ และความจำเป็นในการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษา ผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย เช่น เครื่องหายใจ เครื่องติดตามการเต้น ของหัวใจ	3.74	0.43	8	3.43	0.66	9
3	ต้องการได้รับคำอธิบายว่าต้อง ปฏิบัติตนอย่างไรเมื่ออยู่ข้างเตียง ผู้ป่วย	3.55	0.74	11	3.20	0.96	12
4	ต้องการให้พยาบาลอธิบายว่าผู้ที่ ร่วมให้การรักษาทึมพยาบาลมีใคร บ้าง เช่น แพทย์เจ้าของไข้, พยาบาล ประจำหอผู้ป่วย	3.78	0.49	7	3.20	0.92	12
5	ต้องการให้พยาบาลประสานกับ แพทย์ในการอธิบายหรือให้ข้อมูล เกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายของ ผู้ป่วยแก่สมาชิกครอบครัวอย่าง ชัดเจนและเพียงพอ	3.87	0.34	4	3.52	0.67	7

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่
6	ต้องการให้พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับ เป้าหมายของการรักษาในภาวะวิกฤต ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยแก่สมาชิก ครอบครัวอย่างชัดเจน เพื่อให้ข้อมูล ประกอบการตัดสินใจ	3.87	0.34	4	3.60	0.58	4
7	ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการ เปลี่ยนแปลงที่ทรุดลงของผู้ป่วยเมื่อ ถึงภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย	3.9	0.29	2	3.63	0.65	2
8	ต้องการข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะ วิกฤตระยะสุดท้าย	4	0	1	3.73	0.54	1
9	ต้องการได้พูดคุยกับพยาบาล เกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มี อาการทรุดลงหรืออาจเสียชีวิต ทุกวัน	3.85	0.35	5	3.43	0.75	9
10	ต้องการรู้เหตุผลในการให้การ พยาบาลแต่ละกิจกรรมสำหรับ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ในแต่ละวัน	3.78	0.49	7	3.38	0.95	10
11	ต้องการได้รับข้อมูลหรือได้ซักถาม จากพยาบาลคนเดิม ว่าผู้ป่วยจะ ได้รับการดูแลอย่างดี มาเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน	3.83	0.37	6	3.33	0.63	11

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่
12	ต้องการให้พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับ ความคาดหวังของผลการรักษา พยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน	3.87	0.34	4	3.48	0.67	8
13	ต้องการคำแนะนำให้แก่สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ในการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการ สัมผัสพูดคุย รวมทั้งค้นหาสิ่งที่ ผู้ป่วยหวัง	3.9	0.29	2	3.55	0.50	6
14	ต้องการทราบหมายเลขโทรศัพท์ ติดต่อสอบถามอาการผู้ป่วยเมื่อไม่ สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้	3.71	0.53	9	3.57	0.52	5
15	ต้องการให้มีโทรศัพท์แจ้งข่าวไปที่ บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	3.88	0.32	3	3.61	0.51	3
16	ต้องการคำแนะนำการบริการหรือ พิธีกรรมทางด้านจิตวิญญาณที่ทำได้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนการเสียชีวิต ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.78	0.41	7	3.20	1.03	12
17	ต้องการให้คำนึงถึงสิทธิในการ รักษาและแจ้งค่าใช้จ่ายเป็นระยะ ๆ <u>ด้านร่างกาย</u>	3.63	0.57	10	3.20	0.76	12
18	ต้องการให้มีที่นั่งพักที่เพียงพอและ สะดวกสำหรับรอเยี่ยมผู้ป่วย	3.76	0.43	3	2.90	0.96	4

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่
19	ต้องการให้มีห้องพักหรือสถานที่สำหรับสมาชิกครอบครัวอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อผู้ป่วยใกล้ถึงระยะสุดท้ายของชีวิต	3.78	0.41	2	2.99	0.76	2
20	ต้องการให้พยาบาลใส่ใจในด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เช่น การสอบถามความเมื่อยล้าจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วย การนอนหลับพักผ่อน ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นต้น	3.84	0.37	1	2.93	0.96	3
21	ต้องการเก้าอี้สำหรับนั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต	3.3	0.84	4	3.09	0.98	1
22	ต้องการให้มีหนังสือ นิติศาสตร์ หนังสือเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา บริเวณที่นั้งรอเยี่ยม	3.07	0.92	5	2.21	1.03	5
23	ต้องการให้พยาบาลสอบถามถึงสิ่งที่กังวลใจและให้การช่วยเหลือเท่าที่เป็นไปได้	3.66	0.47	7	2.16	0.93	9
	ด้านอารมณ์						
24	ต้องการให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจ	3.32	0.78	9	3.09	0.80	7
25	ต้องการได้มีส่วนร่วมในการดูแลความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วยให้แก่ผู้ป่วยเมื่อใกล้ถึงระยะสุดท้ายของชีวิต	3.77	0.42	6	2.90	0.65	8

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่
26	ต้องการได้พูดคุยหรือระบายความ ในใจเกี่ยวกับในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย	3.55	0.50	8	3.15	0.94	6
27	ต้องการได้มีส่วนร่วมเป็นผู้ ตัดสินใจให้แพทย์ หรือพยาบาลยุติ การรักษา หรือให้การรักษาย่าง ต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของ ผู้ป่วย	3.87	0.34	1	3.09	0.82	7
28	ต้องการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อ บรรเทาอาการทุกข์ทรมานอย่าง เพียงพอ	3.8	0.39	4	3.60	0.60	1
29	ต้องการให้ทีมการพยาบาลให้ความ เคารพในการตัดสินใจของสมาชิก ครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกในการ รักษา	3.82	0.38	3	3.38	0.74	4
30	ต้องการได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่าง เพียงพอ โดยเฉพาะในเวลาระยะ สุดท้ายของชีวิต	3.85	0.35	2	3.60	0.56	1
31	ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคลากรพยาบาลในการ ช่วยเหลือสนับสนุนให้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย	3.77	0.42	6	3.48	0.68	3
32	ต้องการอยู่เฝ้าผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วย มีอาการทรุดลง และเข้าสู่วาระ สุดท้ายของชีวิต	3.85	0.35	2	3.26	0.76	5

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่
33	ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีระหว่างที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถมาเยี่ยมได้	3.79	0.40	5	3.50	0.61	2
	ด้านจิตวิญญาณ						
34	ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมเกียรติ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	3.67	0.72	4	3.41	0.62	1
35	ต้องการให้ผู้ป่วยยังสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัวขณะเจ็บป่วย	3.62	0.48	6	3.41	0.83	1
	ทราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต						
36	ต้องการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ได้รับกำลังใจจากสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพและศรัทธา	3.63	0.55	5	3.40	0.71	2
37	ต้องการการยอมรับทางด้านศาสนา ความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งเหนือธรรมชาติเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ	3.57	0.56	7	3.39	0.68	3
38	ต้องการได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ศรัทธา เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอยู่ในภพภูมิที่ดี	3.71	0.53	3	3.34	0.61	5

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่	<i>M</i>	<i>SD</i>	อันดับที่
39	ต้องการให้ผู้ป่วยมีการขอมาหรือ การให้อภัย กล่าวหา และการ “บอก ทาง” ให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เกิดความสบายใจและจากไปอย่างมี ความสุข	3.8	0.39	1	3.35	0.67	4
40	ต้องการบรรยากาศที่เอื้ออำนวยใน การอยู่กับผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต แล้ว	3.72	0.45	2	3.33	0.80	6

ภาคผนวก จ

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
Needs and the Need Responses of Caring of Family Members of Terminally Critically Ill Patients

ชื่อนิติ นางชุลินดา ทิพย์เกษร

รหัสประจำตัวนิสิต 55920253 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07 - 03 - 2559 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 82 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ และหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 22 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารเลขที่ 40 / 2559

รหัสวิจัย 057/59/G/q

ใบรับรองโครงการวิจัย

โดย คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

.....

- โครงการวิจัย : ความต้องการและการได้รับการตอบสนองการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
Needs and the need responses of caring of family members of terminally critically ill patients
- ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางชุลินดา ทิพย์เกษร
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้

ลงนาม

(นางสาวอุษา สิริบุญฤทธิ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายชุติตช ดาบ - องกรัทย์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี

วันที่รับรอง : 24 พฤษภาคม 2559

วันหมดอายุ : 24 พฤษภาคม 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม
- 5) ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยของอาสาสมัคร

กำหนดการส่งรายงานความคืบหน้าการวิจัย

 ทุก 3 เดือน ทุก ๖ เดือน

เงื่อนไข.....

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้า ไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบบินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่กรรมการลงนามรับรองเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการฯ ต้องรายงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย ใน 7 วัน ทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย พิจารณารับรองก่อนดำเนินการต่อ
7. ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย ตามที่คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยกำหนด

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณจันทร์เพ็ญ อู่อำรุง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
หัวหน้างานด้านวิชาการ
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
จังหวัดชลบุรี
4. คุณสาคร พรพจน์ชนมาศ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
หัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
จังหวัดชลบุรี
5. คุณมารยาท สุจริตวรกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประคับประคอง
โรงพยาบาลชลบุรี
จังหวัดชลบุรี