

การศึกษาค้นคว้าประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

นางสาวปฐมวดี สิงห์ดง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

A FACTOR ANALYSIS OF CARING FOR CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILIES

Miss Pathomwadee Singdong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

ปฐมวดี สิงห์แดง: การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต.

(A FACTOR ANALYSIS OF CARING FOR CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILIES)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 225 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 324 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ สกัดตัวประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก(Principle Components Analysis) หมุนแกนแบบอโรโทนอน (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนิเมกซ์ (Varimax Method)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 6 ตัวประกอบ บรรยายด้วย 59 ตัวแปร มีค่าความแปรปรวนรวมกันคิดเป็นร้อยละ 59.45 ได้แก่

1. การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว ประกอบด้วย 21 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนร้อยละ 19.24
2. การอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย 11 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนร้อยละ 11.83
3. การดูแลจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนร้อยละ 7.94
4. การเอาใจใส่ครอบครัว ประกอบด้วย 8 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนร้อยละ 7.31
5. การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย 5 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.78
6. การดูแลจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย 8 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.34

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2554

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277587436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : FAMILY CARE / CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILIES

PATHOMWADEE SINGDONG: A FACTOR ANALYSIS OF CARING FOR CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILIES. ADVISOR: ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 225 pp.

The purpose of this research was to study the factor of caring for critically ill patients' families in an intensive care unit, General Hospitals and Regional Hospitals. The sample consisted of 324 professional nurses. Who were recruited by a multistage sampling from 16 Hospitals. The research instrument was an caring for critically ill patients' families questionnaire which was content validated by a group of experts and the Cronbach's alpha coefficient was 0.98. The data was factorized by Principle Component Analysis and Orthogonal Rotation with Varimax Method.

The findings were as follows:

There were 6 major factors of caring for critically ill patients' families, which described by 59 items accounted for 59.45 percent of variance [which were]:

1. Family adaptation support described by 21 items accounted for 19.24% of the variance.
2. Facilitation support described by 11 items accounted for 11.83% of the variance.
3. Spiritual support described by 6 items accounted for 7.94 % of the variance.
4. Family attention described by 8 items accounted for 7.31 % of the variance.
5. Effective information described by 5 items accounted for 6.78 % of the variance.
6. Emotional support described by 8 items accounted for 6.34% of the variance.

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ชี้แนะและแก้ไข ข้อบกพร่องเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับข้อคิด มุมมองด้านบวกต่อการศึกษา การทำวิจัย รวมถึงการให้โอกาสในการนำเสนอผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ต่อวิชาชีพ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ ประสทธิประสาทความรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ขอกราบ ขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิจัยฉบับสังเขปที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้งานวิจัยมี ความสมบูรณ์มากขึ้น ส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้สละ เวลาตรวจสอบและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณสำหรับกลุ่มการพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณกับทุกกำลังใจ ข้อเสนอแนะจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อมีต่อผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้งานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงาน ได้สมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ และ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้ทุนนักวิจัยรุ่นเยาว์ ในการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้

ขอบพระคุณกำลังใจจากบุพการี ครอบครัวและกัลยาณมิตรที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ คณะ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำให้ผู้วิจัยได้รับประโยชน์จากการศึกษามากกว่า ที่คาดการณ์ไว้ ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแต่ ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตผู้อนุญาตให้ผู้วิจัยเรียนรู้เพื่อให้เกิดการดูแล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว.....	11
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและครอบครัว.....	15
การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	28
การวิเคราะห์องค์ประกอบ.....	42

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	60
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	102
	สรุปผลการวิจัย.....	102
	อภิปรายผลการวิจัย.....	108
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	120
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	121
	รายการอ้างอิง.....	122
	ภาคผนวก.....	135
	ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ.....	136
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	148
	ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	155
	ภาคผนวก ง ผลการวิจัย: การทดลองใช้เครื่องมือวิจัย.....	162
	ภาคผนวก จ ผลการวิจัย: การวิเคราะห์หึ่งค์ประกอบ.....	167
	ภาคผนวก ฉ ประสพการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย.....	185
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	225

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตารางวิเคราะห์แนวคิดตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจาก ทฤษฎี.....	38
2	ตารางวิเคราะห์แนวคิดตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจาก งานวิจัย.....	39
3	เปรียบเทียบเนื้อหาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการทบทวน วรรณกรรมกับการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.....	55
4	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 18 เขต.....	63
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ วุฒิการศึกษา แผนก ที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	72
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการให้ข้อมูล.....	78
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์.....	81
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลจิตวิญญาณ.....	83
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการเอื้ออำนวยความสะดวก.....	85
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย.....	86

ตารางที่		หน้า
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว.....	88
12	ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละสะสมของความแปรปรวน ตัวประกอบของการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต.....	90
13	ตัวประกอบที่ 1 การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว.....	92
14	ตัวประกอบที่ 2 การอำนวยความสะดวก.....	94
15	ตัวประกอบที่ 3 การดูแลจิตวิญญาณ.....	96
16	ตัวประกอบที่ 4 การเอาใจใส่ครอบครัว.....	97
17	ตัวประกอบที่ 5 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล.....	99
18	ตัวประกอบที่ 6 การดูแลจิตใจและอารมณ์.....	100
19	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย วิกฤตหลังวิเคราะห์องค์ประกอบ	101
20	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคการทดลองใช้เครื่องมือ.....	163
21	ค่าสถิติรายข้อคำถาม.....	163
22	การทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ปัจจัย.....	168
23	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต.....	168
24	ค่าสถิติเบื้องต้นก่อนทำการสกัดปัจจัยโดยวิธีองค์ประกอบหลัก.....	176
25	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบภายหลังการหมุนแกน.....	178
26	ค่าสถิติรายการ การดูแลครอบครัวหลังวิเคราะห์องค์ประกอบ.....	182
27	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	205
28	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	223
29	การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในมุมมองของญาติ.....	224

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดเบื้องต้นองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต.....	41
2	กรอบแนวคิดองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต.....	47
3	ภาพสรุปพลอตแสดงจำนวนองค์ประกอบ.....	181

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน มีความรุนแรง เนื่องจากมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญอย่างเฉียบพลัน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับบำบัดรักษาด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ในร่างกายร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ นอกจากความรู้สึกกลัวตายแล้ว (ธารินี ปกาสิทธิ์, 2545) ข้อจำกัดในการสื่อสารความต้องการให้ผู้อื่นทราบด้วยวิธีการปกติ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น (จอนณะจง เพ็งจาด, 2546) ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดและความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย อาจมีการรับรู้และการตัดสินใจบกพร่อง นอกจากนั้นการถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รักและเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเดียวดาย ห่วงใยบุคคลในครอบครัว (Gomez-Carretero et al., 2007) ท้อแท้ หมดหวัง ไม่มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Corrigan et al., 2007)

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวมักคาดการณ์สิ่งที่ไม่ดีที่จะเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าไว้เสมอ เนื่องจากรับรู้และเข้าใจว่าเป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคาบเกี่ยวระหว่างการรอดชีวิตและสูญเสียชีวิต นอกจากนั้นการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ปิดกั้นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินโรค (Eggenberger and Nelms, 2007) อาทิ การจำกัดเวลาเยี่ยม ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard and Alavi, 2008) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสาร รับรู้และตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยได้ (Wall 2009; Yang, 2008) ต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (Agard and Harder, 2007) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อครอบครัวทั้งด้านสุขภาพร่างกาย (Atkinson, Stewart, and Gardner, 1980) ด้านจิตใจ (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; นิตยา เวียงพิทักษ์, 2548; Carter and Clark, 2005) ด้านบทบาทหน้าที่ (Hickey, 1993; Eggenberger and Nelms, 2007; McAdam, Arai, and Puntillo, 2008) และ

ด้านเศรษฐกิจ (Hudak, Gallo, and Morton, 1998)

Pang และ Suen (2009) รายงานว่าสมาชิกครอบครัวมีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วย จากความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ความยากลำบากในการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบ ครอบครัวต้องทำหน้าที่เสมือนตัวแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว และความเครียดยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย สำหรับผลที่เกิดต่อสุขภาพร่างกายของสมาชิกครอบครัวที่พบบ่อย คือ การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ (Carter and Clark, 2005) ความอยากอาหารลดลง เกิดความเหนื่อยล้า ผลต่อจิตใจและอารมณ์ ครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตสูงถึงร้อยละ 87 (Paparrigopoulos et al., 2006) 1 ใน 3 มีความเครียดรุนแรงหลังภายหลังวิกฤตชีวิต (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) ในช่วงเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายหรือหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในครอบครัวที่ต้องร่วมตัดสินใจในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย (Azoulay et al., 2005) ด้านบทบาทสมาชิกครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อรับผิดชอบแทนผู้ป่วย (Van Horn and Tesh, 2000) รวมถึงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทในสังคมด้วย (Casarini, Gorayeb, and Filho, 2009) ซึ่ง Foster และ Chaboyer (2003) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมาชิกครอบครัวเพศชาย ส่วนด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวมีความมั่นคงทางการเงินลดลง จากการต้องละทิ้งหรือเปลี่ยนอาชีพ เพื่อมาดูแลผู้ป่วย และปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ทวีความรุนแรงขึ้น ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว (Hudak et al., 1998)

ในบริบทสังคมไทย ครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันกันระหว่างเครือญาติพี่น้อง เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วย ครอบครัวมีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย นอกจากจะส่งผ่านความรักและเชื่อมโยงความห่วงใยระหว่างกันแล้ว ยังเป็นผู้คุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่น (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) ส่วนสมาชิกครอบครัวเองเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของตนหรือได้ทดแทนบุญคุณจากการได้ร่วมดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มักจะเห็นภาพของพยาบาลกรูเข้าไปตามเตียงเมื่อเครื่องมือแพทย์ส่งสัญญาณเตือนบอกความผิดปกติ และเร่งรีบติดตามทีมผู้ดูแลเพื่อร่วมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต ด้วยทักษะ ความเชี่ยวชาญ และเครื่องมือแพทย์นานาชนิด ครอบครัวมักไม่ได้รับการดูแลในช่วงเวลานั้น แม้การช่วยเหลือผู้ป่วยสำเร็จ การละเลยต่อความรู้สึก ความคาดหวัง และความต้องการของครอบครัว ความคลุมเคลือหรือการไม่ได้ให้ข้อมูล

ภาวะความเจ็บป่วย ทำให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกแผนการรักษาตามความเข้าใจของตนเอง แต่ถ้า การช่วยเหลือผู้ป่วยล้มเหลว อาจปรากฏภาพของครอบครัว กลือกกิ่ง ร้องไห้ คร่ำครวญ จากการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน ซึ่งประสบการณ์ที่ครอบครัวได้รับมี ผลต่อการตัดสินใจเผชิญภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในอนาคตด้วย

อย่างไรก็ตามแม้หน่วยงานมีกระบวนการสื่อสารข้อมูลความเจ็บป่วยกับครอบครัว ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตยังส่งผลให้ครอบครัวใช้ชีวิตทุกวันด้วยความวิตกกังวล กระวนกระวายใจ ทั่วความกลัวและความวิตกกังวลเมื่อต้องพบทีมผู้ดูแลเพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมตัดสินใจ แผนการรักษา สมาชิกครอบครัวเร่งรีบเพื่อมาพบกับทีมผู้ดูแลด้วยความหวังจะได้รับข่าวดี แม้ว่า มักจะคาดการณ์ภาวะความเจ็บป่วยในด้านลบ เมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ครอบครัวจะช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หรือแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากภายนอก บางครอบครัวอาจตอบสนองด้วยความบกพร่องในการสื่อสาร มอภภาวะให้ทีมผู้ดูแลตัดสินใจ เกี่ยวกับแผนการรักษาแทน เมื่อความเจ็บป่วยรุนแรงจนสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ครอบครัวเสี่ยง ต่อการเผชิญและการปรับตัวกับความสูญเสียที่ไม่เหมาะสม ส่งผลถึงการดำเนินชีวิตหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล

ระยะเวลากว่า 2 ทศวรรษการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ถูกพัฒนาและนำมาศึกษาหลายรูปแบบเพื่อให้การดูแลครอบครัวครอบคลุมและตรงกับความต้องการมากที่สุด อย่างไรก็ตามนักวิชาการได้พบปัญหาการดูแลครอบครัวเชิงระบบ โดยเฉพาะ การดูแลเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา จากการศึกษาของ Fridh, Forsberg, and Bergbom (2007) และ Badger (2005) พบว่าร้อยละ 25 ของหอผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้นที่มีแนวปฏิบัติในการ ดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย และร้อยละ 50 ของหน่วยงานที่มีระบบการเยี่ยมเยียน นอกจากนั้นการ เปลี่ยนผ่านการรักษาให้หายขาดเป็นการรักษาเพื่อประคับประคองอาการยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยสมาชิกครอบครัว (เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและ สังคมไทยและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2547) ร้อยละ 13 ของครอบครัวไม่เคยสอบถามความ ต้องการในการพยุงชีวิตของผู้ป่วยจากทีมผู้ดูแลเลย (Booth, Doherty, and Fairgrieve, 2004)

นอกจากนี้ Celik และคณะ (2008) พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเมืองอิสตันบูล ประเทศตุรกี ร้อยละ 91.5 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม การดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต และหน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลครอบครัวผู้ป่วย ในจำนวนนี้

ร้อยละ 24.5 ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้ดูแลสภาพจิตใจและอารมณ์ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และปรับปรุงมาตรฐานอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2536 ปี พ.ศ. 2542 ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปี พ.ศ. 2551 เพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในทางปฏิบัติพบว่าหน่วยงานไม่ได้นำไปปฏิบัติ หรือได้นำไปปฏิบัติไม่ครบถ้วน ผลการประเมินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศใน ปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานการพยาบาล (2552) พบว่าหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 43.2 มีคุณภาพระดับดี ร้อยละ 10.81 อยู่ในระดับดีมาก และร้อยละ 15.9 ควรปรับปรุง (ดนูลดดา จามจรี และคณะ, 2551) ในปี พ.ศ. 2551 จำนวนหอผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพบริการระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 64.40 ระดับดีมากร้อยละ 15.3 แต่ยังมีหน่วยงานที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 20.40 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2550 มีหน่วยงานที่คุณภาพบริการพยาบาลดีขึ้นร้อยละ 22.89 ผลการศึกษาแสดงถึงปัญหาเชิงระบบที่แม้ว่าหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีมาตรฐานการดูแลที่ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการ และมีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องยาวนาน มีหอผู้ป่วยวิกฤตเพียง 1 ใน 10 ที่คุณภาพบริการอยู่ในระดับดีมาก ขณะที่ 1 ใน 5 ต้องปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้ได้มาตรฐาน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงปัญหาของหน่วยงานในการนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติจริง

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงผู้ป่วยหอวิกฤตในสังกัดกว่า 2,845 เตียงจาก 5,841 เตียงทั่วประเทศ มีอัตราครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 90 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ให้บริการผู้ป่วยครอบคลุมทุกภูมิภาค เชื่อมต่อบริการระดับต้นให้การรักษาที่ซับซ้อนและส่งต่อยังสถานบริการเฉพาะทาง หน่วยงานจึงต้องมีการบริหารจัดการ เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพ ครอบคลุมผู้ใช้บริการที่ประกอบด้วยผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นปัจเจก ให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว มีความเสี่ยงน้อย ให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า ทั้งในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูหายจนถึงวาระสุดท้าย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่มีจำนวนผู้รับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุดครอบคลุมทุกภูมิภาค เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยงานวิกฤตต่อไป

โดยภาพรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ อาทิ ไปแกมการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัว (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; สุวพีร์ จันทระเจษฎา, 2547; รวมพร หลาวเพชร, 2549) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่พบการศึกษาเพื่อลดผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ในระยะยาว และการดูแลเพื่อส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในสังคม ขณะที่การศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศ มีแนวโน้มเป็นการดูแลเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังมีประเด็นที่ถูกละเลยไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลครอบครัว นอกจากนี้ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานวิกฤตได้แสดงให้เห็นปัญหาเชิงระบบและคุณภาพการดูแล ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้เกิดคำถามว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ครอบคลุมกับความต้องการและบริบทของสังคมวัฒนธรรมของครอบครัวหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาในบริบทของสังคมไทย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามความต้องการของครอบครัวผ่านการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลครอบครัวที่ครอบคลุมตามสถานการณ์วิกฤตของครอบครัวที่มีความเฉพาะและเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของการเจ็บป่วย เพื่อนำตัวประกอบที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถตอบสนองและสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีความเป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์ (Davidson, 2009) และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ ทุกมิติตามความแตกต่างของแต่ละครอบครัว (McAdam et al., 2008; Nelson and Plost, 2009) โดยผู้วิจัยกำหนดวิธีการศึกษา 2 ขั้นตอนหลักคือ 1) ขั้นวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารงานวิจัยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวและการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อกำหนดตัวแปรพื้นฐานของการดูแลครอบครัว 2) ขั้นรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเพื่อทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เป็นภาพรวมของการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเพื่อประโยชน์ในการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อกำหนดตัวแปรที่การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบตัวแปรการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

คำถามของการวิจัย

1. ตัวแปรที่อธิบายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข แต่ละด้านประกอบด้วยอะไรบ้าง และมีความสำคัญเช่นไร
2. ตัวแปรดังกล่าวจัดเป็นกลุ่มมิติได้อย่างไรบ้าง และแต่ละกลุ่มสามารถอธิบายความแปรปรวนโดยรวมของการดูแลครอบครัวได้เท่าไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลครอบครัวผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ตามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 ปีในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขซึ่งถือว่าเป็นประชากรการวิจัยครั้งนี้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ สังเคราะห์และวิเคราะห์ได้จากแนวคิดของ สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551), วิจิตรา กุสุมภ์ (2553), Molter (1979), Perry (1995), Gaglione (1984), Johnson (1986) อ้างถึงใน สุจิตรา ลิ่มอำนวยลาภ, 2550), Hudak et al. (1998), Lederer, Goode, and Dowling (2005), Eggenberger and Nelms (2007), Miracle (2006), McAdam et al. (2008) และการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่

ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดเป็นองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. **การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว** หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่ส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และได้แสดงออกถึงความเป็นผู้ที่มีความหมาย ความสำคัญ เป็นที่ต้องการ ที่พึ่งพาของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และบุคคลอื่น เพื่อให้ครอบครัวสามารถควบคุมตนเองได้เมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสมตามความพร้อมและบริบทของครอบครัว

2. **การอำนวยความสะดวก** หมายถึง การบริการจัดการหรือการประสานงานของพยาบาลเพื่อบรรเทาผลอันเกิดจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อสมาชิกครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่และด้านเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ครอบครัวดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ

3. **การดูแล จิตวิญญาณ** หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเผชิญและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตอย่างเหมาะสม ตามความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรมและหลักศาสนา

4. **การเอาใจใส่ครอบครัว** หมายถึง การดูแลอย่างเป็นกัลยาณมิตรของพยาบาลที่เข้าใจ เข้าถึงความรู้สึกของครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งด้านความแตกต่างของบุคคล ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และข้อจำกัดของครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการที่สมเหตุสมผลตามสถานการณ์ที่ครอบครัวเผชิญ

5. **การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้สมาชิกครอบครัวทราบเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรคโดยคำนึงถึงความต้องการข้อมูล ความพร้อม และวิธีการสื่อสารกับครอบครัวที่เข้าใจได้ง่าย เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัว

6. **การดูแล จิตใจและอารมณ์** หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่กระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง รับฟังปัญหาด้วยความเห็นใจ เอื้ออาทร รวมถึงการชี้แนะ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจและความหวังตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ด้วยอาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของอวัยวะสำคัญมากกว่า 1 ระบบ จำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลความซับซ้อนของอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูง การรักษาพยาบาลกระทำโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ มีทักษะในการดูแล มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและเครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือและรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติสายตรงของผู้ป่วย เป็นผู้มีบทบาทมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความใกล้ชิดหรือรับรู้ปัญหาผู้ป่วยดีที่สุด หรือให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านหรือโรงพยาบาล

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการสุขภาพของรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบริการหน่วยงานวิกฤต ตามการแบ่งเขตราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 18 เขต จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง และ โรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบตัวประกอบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการสร้างเครื่องมือประเมินการดูแลครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ตลอดจนจัดหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม และสถานบริการสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินคุณภาพของหอผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม และสังคมไทย
3. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาเครื่องมือ / ประเมินการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ จากเอกสาร บทความ วารสาร หนังสือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.1 บริบทของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
 - 1.2 การให้บริการครอบครัวของหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 2.1 ความหมายของครอบครัว
 - 2.2 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว
 - 2.3 บทบาทของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วย
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและครอบครัว
 - 3.1 ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
 - 3.2 ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.3 ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวเมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการ
รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.4 การตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
6. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ

1. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

1.1 บริบทของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเขตนิเทศงานส่วนภูมิภาค 18 เขตทั่วประเทศ จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, มกราคม 2554) ดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนเตียง ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ให้บริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ให้บริการผู้ที่มีปัญหา สุขภาพซับซ้อน รุนแรงและวิกฤต โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา ทั้งสาขาหลักและสาขารองรวมทั้งสาขาเฉพาะด้าน ที่ให้บริการในพื้นที่ ร่วมกับเป็นศูนย์รับส่งต่อในระดับเขต มักตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นทางผ่าน เป็นชุมทางการคมนาคมที่ส่งผู้ป่วยหนักมารับบริการได้โดยสะดวก จำแนกตามภาคต่าง ๆ ดังนี้ ภาคกลาง 5 แห่ง ภาคใต้ 5 แห่ง ภาคเหนือ 5 แห่ง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนเตียง 90 – 564 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ที่มีประชาชนหนาแน่น อย่างน้อย 1 แห่งในจังหวัด บางจังหวัดอาจมีโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 1 แห่ง ขึ้นอยู่กับอาณาเขต และจำนวนประชากร ให้บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) อย่างน้อย 4 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และสูตินารีเวชกรรม แก่ประชาชนถัดจากโรงพยาบาลชุมชน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะทางสาขาในโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกโรงพยาบาลทั่วไปตามรายภาคดังนี้ ภาคกลาง 26 แห่ง ภาคใต้ 14 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 14 แห่ง และ ภาคเหนือ 15 แห่ง

1.2 การให้บริการครอบครัวของหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่

โรงพยาบาลศูนย์มีหน่วยงานวิกฤตเพิ่มตามความเชี่ยวชาญในสาขารองและเฉพาะด้าน ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ หรือศัลยกรรมระบบประสาท หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหัวใจ เป็นต้น มีจำนวนหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 4 – 12 แห่ง จำนวนเตียง 8 -12 เตียง อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:2-3 หน่วยงานได้รับการตรวจเยี่ยมจากพยาบาลหัวหน้างานทุกวัน มีการนิเทศงานจากกลุ่มการพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง นอกเวลาราชการได้รับการตรวจเยี่ยมจากพยาบาลนิเทศ มีมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไป (สำนักการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โรงพยาบาลทั่วไปให้บริการผู้ป่วยวิกฤตในสาขาหลัก ประกอบด้วย อายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม ส่วนใหญ่ให้เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตรวมรับผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่จากทุกแผนก บางโรงพยาบาลอาจแยกบริการเป็นหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม และบางโรงพยาบาลมีบริการหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหัวใจ จำนวนเตียง 6-10 เตียงต่อหอผู้ป่วย อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 2-3 หน่วยงานได้รับตรวจเยี่ยมและนิเทศงานจากกลุ่มการพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง นอกเวลาราชการได้รับการตรวจเยี่ยมจากพยาบาลนิเทศมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้ (สำนักการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีกระบวนการให้ข้อมูลต่อครอบครัวผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน เช่น การปฐมนิเทศแรกรับ บางแห่งติดประกาศข้อมูลการให้บริการที่หน้าหน่วยงาน แจกคู่มือ หรือใช้วิธีทัศนึ้นำเสนอบริการหน่วยงาน ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละ 30 – 60 นาที จำนวน 2- 3 ครั้งต่อวัน จำกัดผู้เข้าเยี่ยมไม่เกิน 2 คนต่อครั้ง ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมตามความจำเป็นหรือเมื่อครอบครัวร้องขอ ทุกแห่งมีการติดตามครอบครัวทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต แต่มีหอผู้ป่วยวิกฤตบางแห่งเท่านั้นที่ให้ข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อครอบครัวสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ บางโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติให้พยาบาลร่วมกับครอบครัวจัดรูปแบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในวาระสุดท้ายหรือเมื่อเปลี่ยนรูปแบบการดูแลเป็นแบบประคับประคองอาการ ด้านที่พักอาศัยของครอบครัว ไม่มีโรงพยาบาลใดจัดที่พักอาศัยให้ครอบครัวได้ บางโรงพยาบาลสามารถจัดที่สำหรับครอบครัวรอเยี่ยมที่เป็นสัดส่วน อย่างไรก็ตามทุกโรงพยาบาลมีสถานที่สำหรับครอบครัวได้สินทนการ เพื่อคลายความวิตกกังวล (ข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มการพยาบาล, มกราคม 2554)

2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

2.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับชีวิตมนุษย์ เป็นจุดเริ่มต้นในการถ่ายทอดวัฒนธรรมและพัฒนาคนมนุษย์ให้มีคุณภาพ หน้าที่ครอบครัวจึงเป็นการกระทำที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรับผิดชอบในทุก ๆ ด้าน มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวดังนี้

ครอบครัวเกิดขึ้นเพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์มนุษย์และความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตเพื่อความอยู่รอดของบุคคล ให้การศึกษาอบรมแก่สมาชิก ถ่ายทอดวัฒนธรรม

ประเพณี ค่านิยมของสังคมและพัฒนาบุคคลในด้านต่าง ๆ ทำหน้าที่ในด้านการผลิตหรือให้ได้มาซึ่งรายได้เพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยน และจัดหามาซึ่งสิ่งจำเป็นต่างๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ครอบครัวตามความหมายของจรรยา คมพยัคค์และคณะ (2540) คือสถาบันทางสังคมขั้นปฐมภูมิของบุคคลที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาตลอดเวลา ครอบครัวเป็นแหล่งที่พึ่งที่สำคัญของบุคคลทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งให้ความรัก ความห่วงใย เอื้ออาทร และดูแลช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะผู้ดูแล ทั้งในด้านบทบาทหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคม

ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความใกล้ชิดกับการเปลี่ยนแปลงของสถาบันอื่น ๆ ในสังคม ความประพฤติ ความเชื่อ ความรับผิดชอบต่อนานาชาติ และการแสดงออกซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกัน ตามโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ขึ้นอยู่กับการอบรมเลี้ยงดู และวัฒนธรรม ประเพณี

2.2 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของครอบครัวสามารถอธิบายโดยสรุปด้วยหลายทฤษฎี

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ได้สรุปบทบาทหน้าที่และโครงสร้างของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman (1986) และ McIntyre (1981) ครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยและสัมพันธ์ภายในระบบย่อย เช่น ระบบย่อยสามี-ภรรยา ระบบย่อยสามี-ภรรยา-บุตร ระบบย่อยพี่น้อง มีโครงสร้างรวมถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว มีโครงสร้างหลัก 4 ประการ คือ 1) โครงสร้างบทบาท แสดงถึงสถานภาพและเป็นต้นแบบในการหล่อหลอมพฤติกรรม สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัว คุณลักษณะที่บ่งบอกถึงครอบครัวที่มีโครงสร้างบทบาทที่ดี ได้แก่ บทบาทที่ไม่ขัดแย้งกับสิ่งที่สังคมคาดหวัง บทบาทที่สอดคล้องและช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน บทบาทที่ชัดเจนและสามารถปรับเปลี่ยนเมื่อมีความจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว 2) ระบบค่านิยม เป็นความคิดความเชื่อและทัศนคติที่เกิดจากการเรียนรู้ในครอบครัว และจากสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว บ่งบอกหลักในการดำเนินชีวิตของครอบครัว เป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างของสังคมและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว 3) กระบวนการสื่อสาร การสื่อสารที่ดีทำให้สมาชิกเข้าใจซึ่งกันและกัน ยอมรับความคิดเห็น เหตุผลที่ต่างกัน ปรับพฤติกรรมได้เหมาะสม ทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ 4) โครงสร้างอำนาจ คือกระบวนการที่สมาชิก

คนใดคนหนึ่งในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นของครอบครัว มีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมากที่สุด ซึ่งประเมินได้จากการตัดสินใจของครอบครัว

2.2.2 หน้าที่ของครอบครัว เป็นกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวควรกระทำเพื่อการอยู่รอดของครอบครัว (Friedman, Browden, and Jones, 2003 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ได้แก่ 1) หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ เป็นการตอบสนองของความต้องการด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีบุคลิกภาพมั่นคง ไม่ถูกทอดทิ้งและมีคนคอยให้ความช่วยเหลือ รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สามารถพัฒนาให้มีลักษณะเฉพาะตนได้ 2) หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู เป็นการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมตลอดชีวิตเพื่อเป็นการปลูกฝัง ส่งเสริมนิสัยที่ดีงาม ปรับเปลี่ยน บรรทัดฐาน ความเชื่อ ค่านิยม ทำให้สมาชิกของสังคมที่มีคุณภาพ เรียนรู้บทบาทที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตเลี้ยงดูตนเองได้ 3) หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ เพื่อสืบเผ่าพันธุ์ 4) หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว เพื่อคงความสมดุลภายในครอบครัว มีการปรึกษากันในครอบครัวและใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ตามพัฒนาการของครอบครัว 5) หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ หารายได้มาใช้จ่าย เพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้กับครอบครัว 6) หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพ สำหรับสมาชิก ได้แก่ ปัจจัยสี่ รวมถึงการจัดหาบริการด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่คือ การธำรงไว้ซึ่งหน้าที่หลักด้านความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การสร้างสมาชิกใหม่ การเผชิญปัญหา การจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจและการจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพสำหรับสมาชิกครอบครัว

McMaster Model of Family Functioning (McMaster หรือ MMFF) แนวคิดที่เป็นระบบเปิดของครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ (Epstein et al., 1982 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรส และพี่น้อง มีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน เป็นต้น หน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ รูปแบบของปฏิสัมพันธ์ และการจัดการองค์รวในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน การทำความเข้าใจสมาชิกครอบครัวต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัวทั้งระบบด้วย การทำหน้าที่ของครอบครัวแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสื่อสาร เป็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้

ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย 3) บทบาทเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันเป็นประจำ 4) การตอบสนองทางอารมณ์ เป็นความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม 5) การผูกพันทางอารมณ์ คือระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน มีความแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตในแต่ละช่วงอายุ 6) การควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้ประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม แนวคิด MMFF แบ่งการทำหน้าที่เป็นระดับ จากมีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่ช่วยผลักดันให้สมาชิกพัฒนาไปอย่างดีทั้งกายและใจ จนถึงไร้ประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาในที่สุด

นอกจากนั้นยังมีอีกหลายแนวคิดที่สามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Development theory) อธิบายระยะของครอบครัวที่เริ่มจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่งตามระยะเวลาที่เหมาะสม มีกิจกรรมในแต่ละระยะ ทฤษฎีการสื่อสาร (Communication theory) เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์เป็นหนึ่งเดียวกันโดยใช้การสื่อสารในการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Change theory) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์สำคัญของชีวิต เช่น ความเจ็บป่วย การตาย การหย่าร้าง ครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ตั้งแต่การเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว แบ่งปันหน้าที่รับผิดชอบระหว่างกันทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม จนถึงการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.3 บทบาทของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วย

โครงสร้างของครอบครัวมีความยืดหยุ่นสนองต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกครอบครัวจำเป็นต่อการเติบโตตามพัฒนาการเพื่อการคงอยู่และอยู่รอดของสถาบันครอบครัวอย่างสมดุล ด้วยแบบแผนโครงสร้างและการจัดระเบียบที่ซับซ้อนมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หยุดนิ่ง การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ล้วนมีผลต่อตามความเจริญงอกงามและพัฒนาการของครอบครัว การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ขณะเดียวกันครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อสมาชิกครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยด้วย ทั้งในช่วงเวลาก่อนเจ็บป่วยขณะเจ็บป่วยและหลังจากภาวะเจ็บป่วย (ภาวินี เสาะสืบ, 2552) ดังนี้

2.3.1 บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วย
ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว

มีบทบาทและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาและการปรับตัวด้านสุขภาพของสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วย

2.3.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วย บทบาทของครอบครัวในการประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเผชิญและตอบสนองอย่างฉับพลันต่อการเจ็บป่วย เป็นแหล่งพึ่งพาและดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย รวมถึงการเลือกวิธีการรักษาเยียวยา และปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วย

ส่วนความต้องการของสมาชิกครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ครอบครัวต้องการได้รับความหวัง กำลังใจ ท่าทีที่เป็นมิตรของผู้ดูแล ต้องการความสนใจจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแล ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและครอบครัว

3.1 ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ภาวะวิกฤตเป็นจุดเปลี่ยนหรือการผสมผสานระหว่างอันตรายกับโอกาส เป็นสิ่งที่คุณคณาอาจต้องประสบในชีวิต มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Townsend และ Bekes (2008) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยรุนแรง ทีมพยาบาลและแพทย์จะเป็นผู้ช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะที่คุกคามนั้นร่วมกับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ด้วยการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยตามความเป็นจริง และร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

สุจิตรา ลิ่มอำนวยลาภ (2550) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ที่เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะหรือระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

ดังนั้นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจึงหมายถึง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ไม่คงที่ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของ

อวัยวะที่สำคัญมากกว่า 1 ระบบ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลความซับซ้อนและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ในหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูง โดยทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญและมีทักษะในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

3.2 ผู้ป่วยวิกฤต

เป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีคุณลักษณะตามความเห็นของนักวิชาการดังนี้

Skillman (1975) ผู้ป่วยวิกฤตหมายถึงผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยพยุงการทำงานของอวัยวะที่สำคัญตลอดเวลา ใช้เครื่องบันทึกและสังเกตอวัยวะที่จำเป็นต่อการมีชีวิต ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและสารน้ำที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องตลอดเวลาช่วงเวลากการเจ็บป่วย

นันทนา มาระเนตร (2543) ให้ความหมายว่า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่คุกคามต่อชีวิตและต่อเนื่องเพื่อให้มีชีวิตอยู่

วิจิตรา กุสุมภ์ (2553) ผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยที่การเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ต้องได้รับการดูแลร่วมกับใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูงอย่างใกล้ชิดเพื่อแก้ไขปัญหาความซับซ้อนของความเจ็บป่วย

ดังนั้นผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นบุคคลที่เผชิญกับภาวะเจ็บป่วยรุนแรง มีความบกพร่องในการทำงานหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญ มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพด้วยเครื่องมือและบุคลากรที่มีความสามารถเพื่อพยุงการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ

3.3 ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวเมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ครอบครัวเป็นแหล่งพึ่งพาของสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการแก้ปัญหา การปรับตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกที่เจ็บป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกแม้เพียงคนเดียวส่งผลการดำเนินชีวิตของครอบครัว ผลกระทบต่อครอบครัวโดยสรุป ได้ดังนี้

3.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลต่อแบบแผนการทำกิจวัตรของสมาชิกครอบครัวละเลยต่อการตอบสนองของความต้อการขั้นพื้นฐานของตนเอง

ขาดความสนใจตัวเอง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ (Carter and Clark, 2005) สมาชิกครอบครัวต้องการได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนที่มีคุณภาพ และ Van Horn และ Tesh (2000) พบว่าความเครียดจากการเผชิญภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมากกว่าครึ่งมีความเหนื่อยล้า รับประทานอาหารได้ลดลง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา

3.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ สมาชิกครอบครัวรู้สึก ซ้อค ปฏิเสธ โกรธ หดหู่ วิตกกังวล และกลัวที่จะสูญเสียบุคคลซึ่งเป็นที่รัก (Daley, 1984; Neabel, Fothergill-Bourbonnais, and Dunning, 2000) การเผชิญภาวะวิกฤตซ้ำ ๆ จากความเจ็บป่วยวิกฤตที่เปลี่ยนแปลงตลอดช่วงเวลาของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวมีความสุขเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และเกิดความเครียดเมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลง ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแล ครอบครัวไม่สามารถสนับสนุน ให้ความอบอุ่น ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่เพียงพอจะมีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล รู้สึกสูญเสียอำนาจ ตอบสนองและเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการฟื้นหายของโรค หรือไม่ได้รับความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนครอบครัวที่ไม่สามารถยอมรับได้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต จะเกิดวิกฤตทางอารมณ์ เกิดความขัดแย้ง มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ (Hudak et al., 1998) ครอบครัวมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (Pang and Suen 2009) พบว่าสมาชิกครอบครัวมีความเครียดมากกว่าผู้ป่วย จากความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ข้อจำกัดในการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว นิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่าครอบครัวเกิดภาวะเครียด มีความรู้สึกไม่แน่นอนวิตกกังวล กลัว สับสน ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ ซึ่งความเครียดของครอบครัว เกิดจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค กลัวผู้ป่วยตาย กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ ความเจ็บปวดจากการเจ็บป่วยและการรักษา ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ความพิการที่อาจเกิดขึ้นและการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ครอบครัวมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูง (ร้อยละ 97) และร้อยละ 81 เกิดภาวะวิตกกังวล อาการเครียด หวาดกลัว มีความรู้สึกเหมือนกว่าเหตุการณ์นั้นยังคงอยู่ (Paparrigopoulos et al., 2006) ครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 87 และภาวะวิตกกังวลร้อยละ 59 ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ขณะที่ Azoulay และคณะ (2005) พบว่าร้อยละ 33.1 ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีภาวะความตึงเครียดทางจิตใจ (PTSD) ช่วงเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายหรือหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ต้องร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย

3.3.3 ด้านสังคม ครอบครัวได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคม ด้านบทบาทในครอบครัว ทั้งที่เป็นบทบาทความรับผิดชอบของผู้ป่วยและบทบาทของสมาชิกครอบครัว (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) การเพิ่มภาระหน้าที่ การบริหารจัดการภายในครอบครัว (Eggenberger and Nelms, 2007) สูญเสียความเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมในสังคมลดน้อยลง (Høye and Severinsson, 2010) การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพ ข้อจำกัดในการเยี่ยมและการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวไม่สามารถแสดงบทบาทตามปกติได้ รู้สึกไม่ได้รับการเหลียวแล และขาดพลังอำนาจที่ต้องให้ทีมสุขภาพที่เป็นคนแปลกหน้าดูแลบุคคลอันเป็นที่รักในภาวะวิกฤตของชีวิต (Hickey, 1993) ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตยังส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทในสังคมของครอบครัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วย (Foster and Chaboyer, 2003)

3.3.4 ด้านเศรษฐกิจ ความต้องการต้องเฝ้าดูอาการและร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้สมาชิกบางครอบครัวต้องเปลี่ยนอาชีพ ละทิ้งอาชีพเพื่อมาดูแลผู้ป่วย สมาชิกบางครอบครัวต้องหยุดเรียน (อรัญญา เชาวลิต, 2548) ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการจัดหาวัสดุที่โรงพยาบาลไม่สามารถสนับสนุนได้ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ครีมทาผิว เป็นต้น หรือค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ไม่ครอบคลุมกับสิทธิของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดความมั่นคงทางการเงิน (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2550) และถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ที่หารายได้หลักของครอบครัว หรือครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยจะทำให้ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวที่ความรุนแรงขึ้น (Hudak et al., 1998) นอกจากนี้ความจำเป็นที่ต้องเยี่ยมผู้ป่วยตามกำหนดเวลาของโรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้น

3.4 การตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

Mailick (1979 cited in Hickey, 1993) แบ่งการตอบสนองของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่นำไปสู่การปรับตัวของครอบครัวออกเป็น 3 ระยะ ในระยะแรกเป็นการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic phase) ผลจากความไม่แน่นอนของการวินิจฉัยโรค ครอบครัวเกิดความกลัวและจินตนาการจากความไม่รู้ หรือรู้ในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง รู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ ครอบครัวตอบสนองระยะนี้ ด้วยพฤติกรรมที่วุ่นวายไม่เป็นระบบและมีความบกพร่องของการสื่อสาร ระยะที่ 2 การพิจารณาและการปรับตัว (Adjustment and

adaptation phase) ครอบครัวพิจารณาผลกระทบระยะยาว ครอบครัวรู้สึกขาดพลังอำนาจ กลัวลงโทษตัวเอง รู้สึกทั้งสุขและทุกข์ ขึ้นกับความรู้สึกรับผิดและความสำเร็จของผู้ป่วย ระยะนี้อาจต้องการการปรับตัวด้วยการเรียนรู้ ร่วมดูแล ตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาร่วมกับทีมผู้ดูแล และระยะที่ 3 เป็นการแก้ไขสถานการณ์ (Resolution of the event) ที่ภาวะวิกฤตสิ้นสุดลง ครอบครัวรู้สึกเป็นสุขเมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้น และเกิดความกลัวเมื่ออาการกำเริบอีกครั้ง ถ้าการรักษาประสบความสำเร็จครอบครัวกลับไปดำเนินบทบาทเดิมก่อนการเจ็บป่วย หรือถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการดูแลให้การเยียวยาเกี่ยวกับภาวะสูญเสียดังกล่าว

Hickey (1993) อธิบายการก้าวผ่านภาวะวิกฤตของครอบครัวเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุลว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานะครอบครัวในแต่ละช่วงชีวิต (The stage of the family in the life cycle) ลักษณะของการเจ็บป่วยวิกฤต (The nature of critical care) การเป็นครอบครัวเปิดที่มีรูปแบบของปฏิสัมพันธ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัวและระบบภายนอก (The openness of the family system) การรับรู้สถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวและการช่วยเหลือ (Perceptions of the event and situation supports) และการใช้กลไกการปรับตัวของครอบครัว (Coping behaviors)

Hudak et al. (1998) พบว่าครอบครัวปรับตัวต่อการเจ็บป่วยวิกฤตใน 2 ลักษณะ คือ การปรับเปลี่ยนบทบาทและความรับผิดชอบ ในด้านบทบาท ครอบครัวแสดงบทบาทในการเสียสละ เป็นผู้ควบคุม ผู้ดูแล คนรัก ผู้ที่มีอารมณ์ขัน ผู้จัดการเวลา ผู้กระตุ้น ผู้อำนวยความสะดวก และบทบาทอื่น ๆ ส่วนด้านความรับผิดชอบ ครอบครัวเปลี่ยนแปลงตารางเวลาและกิจกรรมในการบริหารจัดการกิจวัตรประจำวันรวมถึงด้านเศรษฐกิจ

สมพันธ์ ธิญชีระนันท์ (2541) กล่าวว่าเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต ครอบครัวจะแสวงหาแหล่งให้การช่วยเหลือจากผู้อื่นและพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ ด้วยการหนีปัญหา หรือใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลต่อความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามก็มีผลโดยอ้อมสะท้อนถึงครอบครัวกล่าวคือเมื่อพยาบาลปฏิบัติงานกับครอบครัวที่มีความกลัว ความความหวังและความต้องการที่เป็นไปไม่ได้ ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด อาจใช้วิธีหนีจากสถานการณ์นั้น ทำให้ความสัมพันธ์และความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวลดลง สื่อสารข้อมูลอาการของผู้ป่วยน้อยลง ส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

นิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) ศึกษาการเผชิญปัญหาของครอบครัวเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 8 ลำดับจากมากไปน้อย พบว่า 5 ลำดับแรกเป็นการเผชิญกับปัญหาด้านบวกได้แก่

1) การมองโลกในแง่ดี 2) การปรึกษาปัญหาพึ่งพาผู้อื่น 3) การยอมรับโชคชะตา จากหมัดหวังจากการรักษา 4) การเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น 5) การควบคุมความรู้สึก จัดการกับสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ส่วนการเผชิญปัญหาด้านลบถูกครอบครัวนำมาใช้น้อยได้แก่ 6) การตำหนิตนเองและระบายความเครียดกับคนอื่น 7) การหนีปัญหาและสถานการณ์ และวิธีเผชิญปัญหาที่ครอบครัวนำมาใช้น้อยที่สุดคือ 8) การคลายความเครียด

4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวตกอยู่ในความทุกข์ทรมาน มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวและทักษะในการเผชิญปัญหา การช่วยเหลือครอบครัวของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีวัตถุประสงค์เพื่อคงความสมดุลของระบบครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

4.1 **สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551)** กำหนดแนวทางการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นส่วนย่อยในมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวกับความเจ็บป่วยวิกฤต ดังนี้

1) ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความคาดหวังเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นพื้นฐานการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง /การปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งค้นหาผู้ดูแลหรือบุคคลสำคัญในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3) จัดโปรแกรมการปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ในประเด็นต่อไปนี้

3.1) สิทธิที่มีและสิทธิที่พึงได้รับจากโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.2) การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล

3.3) กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เวลาเยี่ยม การรับประทานอาหาร และเวลาปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้ป่วยจะได้รับระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

4) จัดระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องเกี่ยวกับ

- 4.1) ภาวะความเจ็บป่วย การดำเนินของโรค อย่างต่อเนื่องตามขอบเขต บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และแผนการรักษาพยาบาล
- 4.2) การเตรียมตัวเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
- 4.3) ความสำคัญและเหตุผลการผูกมัดผู้ป่วย และการบริจาคอวัยวะด้วย เหตุผลการแพทย์
- 5) บันทึกการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) จัดสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ / วัฒนธรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว
- 7) จัดสถานที่สำหรับครอบครัวหรือผู้เยี่ยม เพื่อผ่อนคลาย หรือระบายความรู้สึก ความเครียดต่อภาวะความเจ็บป่วย
- 8) อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ สามารถตัดสินใจเลือกรับการรักษา ก่อนลงนามยินยอมทุกครั้ง
- 9) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย
- 10) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลภายใต้ ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน)
- 11) กำหนดแผน และระบุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวัน / ช่วงเวลาการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 12) นำข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกและต่อเนื่อง มาวินิจฉัยความต้องการ สร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- 13) เชื้ออำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว / ผู้ดูแลสามารถวางแผนจัดกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ดังนี้
 - 13.1) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวและจัดแบบ แผนการดำเนินชีวิตระหว่างการเจ็บป่วย
 - 13.2) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ดูแล หรือบุคคลสำคัญได้เข้าเยี่ยม และ / หรือร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
 - 13.3) ส่งปรึกษาพยาบาลผู้ให้การปรึกษา หรือบริการจิตบำบัด/ ครอบครัว บำบัด ในกรณีที่เป็น

13.4) ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย หน่วยงานในชุมชน / ครอบครัว / โรงพยาบาลระดับสูงกว่า เพื่อส่งต่อการดูแล

14) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

15) กรณีการแจ้งข่าวร้าย ดำเนินการดังนี้

15.1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือครอบครัว พิจารณาหาวิธีการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม หรือประสานงานกับแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูล

15.2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกหรือซักถามภายหลังการรับทราบข้อมูล และช่วยเหลือเพื่อประคับประคองอารมณ์

15.3) กรณีที่จำเป็นต้องได้รับการปรึกษา ประสานงานกับพยาบาลผู้ให้การปรึกษาเพื่อดูแลต่อเนื่อง

16) ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้าย โดย

16.1) ประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรคและการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

16.2) ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการเผชิญกับความตาย ถ้าจำเป็นส่งปรึกษาพยาบาลผู้ให้การปรึกษา

16.3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ระบายความรู้สึกและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

16.4) อำนวยความสะดวกหากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการประกอบพิธีทางศาสนาหรืออนุญาตให้บุคคลในครอบครัวเฝ้าดูแลในระยะสุดท้าย

16.5) อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวในการประสานงานกับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง

17) กรณีผู้ป่วยขอกลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการรักษา พยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำ หรือให้เอกสารในการดูแล ชักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีสิทธิตามกฎหมายลงลายมือชื่อกำกับ เพื่อแสดงการยอมรับและเข้าใจในคำอธิบายไว้เป็นหลักฐาน

18) บันทึกข้อมูลของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้อง เป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

วิเคราะห์การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากแนวคิดของสำนักการพยาบาล การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับพยาบาล การดูแลครอบครัวด้านจิตใจ และอารมณ์ของ การดูแลครอบครัวด้านจิตวิญญาณ การดูแลครอบครัวด้านกายภาพ การดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพของครอบครัว และการดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับความแตกต่างของครอบครัว

4.2 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดของ Johnson (1986 อ้างถึงใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2550) ให้แนวทางในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1) การยอมรับภาวะเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลควรแสดงความเข้าใจ เห็นใจต่อสถานการณ์ที่ครอบครัวเผชิญ ให้เวลากับการปลอบโยนระบายความรู้สึก เจ็บปวด วิตกกังวล กลัวบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตหรือพิการ

2) การให้คำอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวเกิดความตื่นกลัว ตกใจ ไม่เข้าใจเหตุผลและระยะเวลาในการใส่สายและเครื่องมือแพทย์ รวมถึงอันตรายและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือไม่ ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายครอบคลุมชื่อและประโยชน์ของเครื่องมือ ใช้กับอวัยวะส่วนไหน ก่อให้เกิดความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยหรือไม่ สาเหตุที่ต้องใส่ และประมาณระยะเวลาที่สามารถนำเครื่องมือนั้นออก ด้วยข้อมูลที่เพียงพอไม่มากหรือน้อยเกินไปอาจทำให้ครอบครัวสับสนได้

3) ใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ตามพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัว หลีกเลี่ยงการอธิบายอาการต่อหน้าผู้ป่วย

4) กำหนดจุดสนใจของสมาชิกครอบครัว สมาชิกครอบครัวมักกังวลล่วงหน้ากับเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง กลัวว่าความเจ็บป่วยอาจรุนแรงขึ้นทำให้เกิดความพิการ หรือถึงแก่ชีวิต พยาบาลควรกำหนดจุดสนใจของญาติให้แคบลงโดยให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน สิ่งที่ครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย และแผนการพยาบาลผู้ป่วย

5) หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกครอบครัว อันอาจเกิดจากการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย คำพูด หรือการกระทำของทีมนุ้สุขภาพ ด้วยการจัดการระบบการบริหารงานและเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสาร

6) จัดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ออกโอกาสและเวลากับครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วย สาธิตและให้คำแนะนำในการสังเกตอาการและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

7) การให้ข้อมูลทางเลือกเพื่อประกอบการตัดสินใจของครอบครัว

8) เป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวสามารถจัดการกับภาระงานบ้านและอาชีพ ด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของภารกิจ และร่วมกับครอบครัวแสวงหาแหล่งช่วยเหลืออื่นด้วย

9) การปรับเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว เพื่ออํารงไว้ซึ่งการเป็นครอบครัว โดยการร่วมแสวงหาทางเลือกในการปรับเปลี่ยนบทบาทและการช่วยเหลือกันของสมาชิกในครอบครัวหรือจากแหล่งทรัพยากรอื่น

10) การเอื้ออํานวยความสะดวกจัดการช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง มีความไม่แน่นอน มีผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวล วุ่นวายใจ จิตใจไม่สงบ ต้องการคนที่เข้าใจ ให้กำลังใจ พยาบาลอาจเป็นผู้ช่วยเหลือเองหรืออํานวยความสะดวก เพื่อให้การช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วิเคราะห์การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากแนวคิดของ Johnson (1986 อ้างถึงใน สุจิตรา ลิ้มอํานวยลาภ, 2550) ได้ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับพยาบาล การดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ของ การดูแลครอบครัวด้านจิตวิญญาณ การดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างทีมนุ้สุขภาพของครอบครัว การดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับความแตกต่างของครอบครัว และการดูแลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

4.3 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดของ Hudak et al. (1998) อธิบายรายละเอียดการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

- 1) การให้ข้อมูล คำอธิบายภาวะเจ็บป่วยและความตายตามฐานความรู้ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของครอบครัว
- 2) การให้ข้อมูลสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เป็นข้อเท็จจริง ครอบครัว ครอบงวน เปิดเผยทุกประเด็นต่อครอบครัว
- 3) พยาบาลมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการให้ข้อมูลกับครอบครัวเกี่ยวกับ อาการและสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เป็นปัจจุบัน
- 4) การส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ต่อภาวะ วิกฤตและขีดความสามารถในการช่วยเหลือของพยาบาล
- 5) การให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเพื่อการสร้างความไว้วางใจ
- 6) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีความหวังและเชื่อมั่นต่อการเผชิญสถานการณ์
- 7) การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทางเลือกในการเผชิญกับภาวะวิกฤต
- 8) การรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของครอบครัวต่อภาวะวิกฤต
- 9) การช่วยให้ครอบครัวแยกแยะและค้นหาความรู้สึกจริงต่อภาวะวิกฤต
- 10) การให้ข้อมูลกับครอบครัวถึงผลที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะยาว
- 11) การช่วยให้ครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน
- 12) การช่วยครอบครัวมีความเข้มแข็ง อดทนและร่วมแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ
- 13) การช่วยครอบครัววางเป้าหมายและเผชิญภาวะวิกฤตในแต่ละช่วง
- 14) การช่วยครอบครัวได้เบี่ยงเบนจากภาวะวิกฤต ด้วยการจัดกิจกรรมตามความ สนใจในบางช่วงเวลา
- 15) จัดให้มีระบบการส่งต่อเพื่อให้วิชาชีพอื่นได้ช่วยเหลือครอบครัวเมื่อภาวะ วิกฤตมีความรุนแรงมากขึ้น
- 16) จัดระบบการเยี่ยมที่ยืดหยุ่นสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว
- 17) จัดให้มีสถานที่เฉพาะสำหรับครอบครัว
- 18) อำนวยความสะดวกให้นุทรหรือมีเด็กเข้าเยี่ยมได้ ถ้าไม่มีปัญหาสุขภาพ
- 19) การช่วยให้ครอบครัวสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้
- 20) การส่งเสริมให้ครอบครัวได้ร่วมดูแลผู้ป่วย

21) การตระหนักถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณและให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

วิเคราะห์การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากแนวคิดของ Hudak และคณะ (1998) ได้ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 7 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับพยาบาล การดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ของ การดูแลครอบครัวด้านจิตวิญญาณ การดูแลครอบครัวด้านกายภาพ การดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพของครอบครัว การดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับความแตกต่างของครอบครัว และการดูแลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

4.4 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแบบระดับประคองอาการและผู้ป่วยถึงแก่กรรมตามแนวคิดของ วิจิตรา กุสุมภ์ (2553) การรักษาที่ให้น้ำหนักกับการฟื้นฟูจากโรคทำให้ครอบครัวขาดโอกาสได้ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางดูแลเมื่อผู้ป่วยไม่มีโอกาสหายจากภาวะคุกคามที่เผชิญอยู่ การบำบัดรักษาที่เหมาะสมเพียงพอและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (บุญส่ง พัจนสุนทร, 2550; Mitnick, Leffler, and Hood, 2010) รวมถึงความเอื้ออาทร รับฟังการระบายความรู้สึก ความยืดหยุ่นต่อวิธีปฏิบัติ การพูดคุยอธิบาย การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและบุคคลผู้เป็นที่รัก ของพยาบาลมีความสำคัญต่อชีวิตระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ครอบครัวคลายความเศร้าโศกและเผชิญวาระสุดท้ายอย่างสงบ (สิวลี ศิริไธ, 2548) มีรายละเอียดการดูแลครอบครัวดังนี้

- 1) การให้คำอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่อสมาชิกครอบครัว
- 2) การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัยต่อการรักษาพยาบาล
- 3) การให้เกียรติและตอบคำถามของครอบครัวด้วยที่ท่าทีสุภาพ เป็นมิตร
- 4) การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสม
- 5) การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินอาการและร่วมดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม
- 6) การอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้พบกับแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย

7) การมีส่วนร่วมประชุมหารือกับแพทย์ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

8) เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม พยาบาลควรแสดงความเห็นใจกับครอบครัว อธิบายการดำเนินโรค ผลการรักษาพยาบาล และแสดงให้เห็นว่าได้ช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้ว

9) การอำนวยความสะดวกให้บริการตามความเชื่อ ศาสนาและบริการด้านสังคม

วิเคราะห์การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากแนวคิดของ วิจิตรา กุสุมภ์ (2553) ได้ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับพยาบาล การดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ของ การดูแลครอบครัวด้านจิตวิญญาณ การดูแลครอบครัวด้านกายภาพ การดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพของครอบครัว และการดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับความแตกต่างของครอบครัว

4.5 การดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของ Miracle (2006) ครอบครัวมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจของบุคคล บางครั้งผู้ป่วยให้ครอบครัวตัดสินใจแทนในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน หรือเมื่อไม่อยู่ในสถานะที่สามารถตัดสินใจเองได้ ดังนั้นการเรียนรู้ความหมายของชีวิตของบุคคลในครอบครัว เข้าใจ เคารพและยอมรับต่อสิ่งที่ครอบครัวแสดงออก จึงมีความจำเป็นต่อการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม กลยุทธ์ในการดูแลครอบครัว ได้แก่

1) จัดให้มีการประชุมปรึกษากับครอบครัว เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการให้บริการที่สำคัญของหน่วยงานวิกฤต

2) ให้ข้อมูลการรับบริการโดยใช้ระบบมัลติมีเดีย หรือจัดให้มีเอกสารคำแนะนำในการรับบริการ

3) จัดให้มีอุปกรณ์เพื่อสื่อสารกับบุคลากรในหน่วยงานวิกฤต เช่น โทรศัพท์ กริ่งสัญญาณ

4) การมีนโยบายการเยี่ยมที่ยืดหยุ่น

5) หน่วยงานมีสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องรอเยี่ยม

6) มีอาสาสมัครหรือบุคลากรคอยอำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำในห้องรอเยี่ยม

7) หน่วยงานมีรูปแบบการให้ข้อมูลประจำวันระหว่างพยาบาลและครอบครัว

- 8) การอนุญาตให้เด็กหรือนักสัตว์เลี้ยงเข้าเยี่ยมผู้ป่วย
- 9) การให้ครอบครัวได้อยู่เคียงข้างผู้ป่วยขณะช่วยฟื้นคืนชีพ
- 10) การให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การนำสัตว์เลี้ยงเข้าเยี่ยมหรือการให้ครอบครัวอยู่ร่วมขณะช่วยฟื้นคืนชีพ ต้องพิจารณาความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรมของครอบครัวผู้ป่วยด้วย

วิเคราะห์การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากแนวคิดของ Miracle (2006) ได้ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับพยาบาล การดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ของ การดูแลครอบครัวด้านจิตวิญญาณ การดูแลครอบครัวด้านกายภาพ การดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพของครอบครัว และการดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับความแตกต่างของครอบครัว

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากทฤษฎีมาประมวลและสังเคราะห์ ได้องค์ประกอบเบื้องต้นจาก 4 แนวคิดประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักได้แก่ การสื่อสารระหว่างครอบครัวกับพยาบาล การดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลครอบครัวด้านจิตวิญญาณ การดูแลครอบครัวด้านกายภาพ การดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว การดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพและยอมรับตามความแตกต่างของครอบครัว มีเพียงแนวคิดของ Hudak et al. (1998) เท่านั้นที่มีรูปแบบการดูแลครบทั้ง 7 องค์ประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 1 ในหน้า 38

5. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การศึกษากการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีผู้ให้ความสนใจศึกษาอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 4 กลุ่มดังนี้

- 1) ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
- 2) ประสิทธิภาพและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
- 3) บทบาทหน้าที่ของครอบครัวเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตและ
- 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

5.1.1 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของ Molter (1979)

Breu และ Dracup (1978) สัมภาษณ์ความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ พบความต้องการของคู่สมรส 15 ข้อ ประกอบด้วย ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการมั่นใจในความสุขสบายของผู้ป่วย ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ความต้องการได้รับแจ้งเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น ความต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวเดียวกัน ความต้องการการอำนวยความสะดวก กำลังใจ การยอมรับจากทีมสุขภาพ และต้องการลดความวิตกกังวล

ในปี ค.ศ.1979 Molter ได้ขยายขอบเขตศึกษาเพิ่มจากคู่สมรสเป็นความต้องการของสมาชิกครอบครัวทั้งหมด โดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 40 คน ได้ความต้องการของสมาชิกครอบครัวทั้งหมด 45 ข้อ (Critical Care Family Needs Inventory: CCFNI) ให้นำหนักกับความต้องการที่สำคัญ 10 อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการได้รับความหวัง ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจผู้ป่วย มีที่พักผ่อนเยี่ยมใกล้เตียงผู้ป่วย ได้รับการบอกเล่าข้อมูลเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง ได้รับทราบข้อ มูลการพยากรณ์โรค ได้รับคำตอบต่อภาวะความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ได้รับทราบเกี่ยวกับความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่ายและต้องการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ๆ

Gaglione (1984) สรุปความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด 4 ด้านประกอบด้วย 1) ความต้องการด้านข้อมูล 2) ความต้องการด้านร่างกาย 3) ความต้องการด้านอารมณ์ และ 4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

Daley (1984) สัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 40 รายใช้แนวคิดของ Molter (1979), Hampe (1975), Gardner and Stewart (1978) และ Breu and Dracup (1978) พบความต้องการที่สำคัญที่ต่างจากการศึกษาของ Molter (1979) คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการได้อยู่เคียงข้างผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว

Hickey (1990) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบต่อการศึกษาที่ใช้แนวคิดของ Molter (1979) ระหว่างปี ค.ศ. 1976 – 1988 เพื่อให้น้ำหนักกับความต้องการของ

ครอบครัว 10 อันดับแรก ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 8 อันดับให้ความสำคัญกับ ความต้องการให้ทีมผู้ดูแลตอบคำถามอย่างเปิดเผย ต้องการได้รับข้อมูลอาการผู้ป่วยตามความเป็นจริง และ ความก้าวหน้าอาการเจ็บป่วย

Leske (1992) วิเคราะห์องค์ประกอบแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัว CCFNI ของ Molter (1979) ได้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความต้องการการช่วยเหลือ ความต้องการความสุขสบาย การได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและความเจ็บป่วย และความมั่นใจต่อคุณภาพการดูแล

ในระยะต่อมาแนวคิดของ Molter (1979) ได้ถูกนำมาใช้ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างแพร่หลาย ซึ่งในประเทศไทย อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) พบว่าครอบครัวมีระดับความวิตกกังวลสูงและความต้องการที่สำคัญคือต้องการลดความวิตกกังวล และต้องการได้รับข้อมูล ความต้องการที่น้อยที่สุดคือได้รับกำลังใจและได้ระบายความรู้สึก สอดคล้องกับนิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) และอุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2543) ต่างจากการศึกษาของธิตติมา วทานิยเวช (2540) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการด้านอารมณ์ ร่างกายและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ผลการศึกษาของวารุณี บัวมีธูป (2551) พบว่าความต้องการมากที่สุดของครอบครัว ได้แก่ ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด รองลงมาคือได้พูดคุยกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้งและการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ ความต้องการที่น้อยที่สุดคือ มีคนร่วมร้องไห้ด้วย ได้อยู่คนเดียว และมีอาหารสำหรับผู้มาเยี่ยม

ในต่างประเทศ Kleinpell และ Power (1992) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านการรับทราบข้อมูล ประกอบด้วย การให้ทีมผู้ดูแลตอบคำถามตามความเป็นจริง ต้องการรับทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงที่บ้าน และการรักษาใดที่ได้ทำเสร็จสิ้นไปแล้ว ส่วนการรับทราบตำแหน่ง หน้าตาของผู้ที่ดูแลผู้ป่วย และมีผู้คอยช่วยเหลือทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Azoulay et al. (2001) ที่ผลการศึกษาแสดงถึงความต้องการของครอบครัวในด้านข้อมูล ขณะที่ Al-Hassan และ Hweidi (2004) พบความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และความสะอาดของที่พักรอเยี่ยม ห้องน้ำ อาหารเครื่องดื่มและโทรศัพท์ ในลำดับรองลงมา ต่างจากการศึกษา Yang (2008) ที่ใช้แนวคิดของ Molter (1979) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าครอบครัวต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

มากที่สุด รองลงมาคือความต้องการรับทราบข้อมูล ความต้องการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการได้รับความสะดวกด้านกายภาพและต้องการได้รับการความช่วยเหลือ

5.1.2 ความต้องการของครอบครัวตามแนวคิดอื่น

Price และคณะ (1991) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 213 คน พบความต้องการที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Molter (1979) กล่าวคือ ความต้องการได้รับคำตอบที่เปิดเผยตามความเป็นจริง ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ต้องการทราบว่าทีมบุคลากรให้การดูแลผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย ต้องการทราบอาการความเจ็บป่วยและการรักษาตามความเป็นจริง

Perry (1995) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด ใช้แนวคิดทางการพยาบาลของมหาวิทยาลัยบริติชโคลัมเบีย (Campbell, 1987 อ้างถึงใน Perry, 1995) ประกอบด้วยความต้องการประสบความสำเร็จ ต้องการเป็นที่รัก เป็นเจ้าของ และเป็นอิสระ ต้องการได้รับการตระหนักในคุณค่า ต้องการขับถ่าย ต้องการได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ต้องการให้สามารถทำกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย และใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์ และความต้องการพื้นฐาน 9 ด้านของมนุษย์ (Nine basic human needs) ใช้แบบสอบถามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery Family Needs Inventory: MSFNI) หลังผ่าตัด 3 วัน กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ 80 คน ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวต้องการได้รับความหวัง ความซื่อสัตย์ จริงใจ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค ที่เข้าใจง่าย ในเวลาที่เหมาะสม การผ่าตัด ความก้าวหน้าของการรักษา ความต้องการที่แตกต่างจากแนวคิดของ Molter (1979) คือ การปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยทั้งในระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน ครอบครัวให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือด้านจิตใจและจิตสังคม

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

นักวิชาการสะท้อนประสบการณ์และความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตผ่านงานวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

Agard และ Harder (2007) สัมภาษณ์คู่สมรส 4 คน และบิดามารดา 3 คน ในประเทศเดนมาร์ก พบว่า สมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ถูกคุกคามและ เป็นอันตราย

จึงมีความพยายามที่จะแสวงหาช่องทางในการปรับตัวและก้าวผ่านปัญหา ครอบครัวควมรับรู้ความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย มีความต้องการได้อยู่เคียงข้างผู้ป่วย ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือตามปัญหาเฉพาะบุคคล

Chan และ Twinn (2007) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวชาวจีนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 10 คน พบว่า ความเครียดเป็นผลจากอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย ความยากลำบากในการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงบทบาทของครอบครัว ความยากลำบากในการตัดสินใจ ภาวะทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวได้แก่ การได้รับข้อมูล การได้รับการช่วยเหลือ การปฏิบัติตามความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณี การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว การมีความหวังและยอมรับกับภาวะความเจ็บป่วย

Eggenberger และ Nelms (2007) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีผู้ป่วยผู้ใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต สัมภาษณ์เชิงลึกสมาชิกครอบครัว 11 คน พบ 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) ระยะเวลา ครอบครัวต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เจ็บป่วย ร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและเลือกแผนการรักษา กับทีมผู้ดูแลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ได้รับความมั่นใจกับการดูแล 2) ความสัมพันธ์ ครอบครัวรู้สึกถึงพลังจากความผูกพันในครอบครัวที่ร่วมเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ต้องการได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการดูแล ได้ใช้เวลาร่วมกับครอบครัว และตระหนักว่าพยาบาลเป็นคนแรกที่เป็นผู้ดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก 3) ตัวตนของครอบครัว สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิด ความคับข้องใจ ความหว่าเหว่ หมดกำลังใจ ความโกรธ ความเศร้าความกลัว ความเหนื่อยล้า ความอ่อนเพลีย และความยุ่งยากในการบริหารจัดการในการดำเนินชีวิต และ 4) ช่วงเวลา ต้องการให้พยาบาลบอกช่วงเวลาก่อนบุคคลที่รักจะจากไป

Evan และคณะ (2009) ศึกษาบทบาทของทีมนุสขภาพที่พึงประสงค์เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้และโอกาสเสียชีวิตสูงในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 แห่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 179 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 87 ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การให้ข้อมูลควรจัดกระทำให้ห้องที่จัดไว้โดยเฉพาะ การให้ความหวังที่เป็นจริงกับครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นต่อทีมผู้ดูแลและนำไปสู่การเตรียมตัวเผชิญกับปัญหาในอนาคต และแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด และสมาชิก

ครอบครัวเห็นว่าทีมผู้ดูแลควรให้คำอธิบายที่ชัดเจนกับการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน อย่างไรก็ตาม ครอบครัวร้อยละ 12 เห็นว่าการให้ข้อมูลการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง เพราะถ้าการพยากรณ์โรคผิดพลาดจะส่งผลเสียทางด้านจิตใจมากกว่า

นอกจากนี้ยังมีผู้สนใจศึกษาการดูแลในมิติของจิตวิญญาณ กล่าวคือสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวใช้ยึดเหนี่ยวเมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

วงศ์รัตน์ ไสสุข (2544) ศึกษาความต้องการและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 85 คน สัมภาษณ์ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้น ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการมีความหวัง ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในระดับสูงโดยเฉพาะด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวังในระดับสูง และความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ภาวะที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย แม้ว่าทีมผู้ให้การดูแลจะพยายามอย่างเต็มความสามารถแล้วก็ตาม จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองอาการและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต (ดุสิต สถาวร, 2545) ผู้วิจัยพบการศึกษารองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผนวกการดูแลครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลแบบองค์รวมของอรรถวรรณ คล้ายพยัฆ (2549) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลศูนย์ 335 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายประกอบด้วย 7 องค์ประกอบได้แก่ 1) การดูแลแบบองค์รวม 2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) การดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 4) การจัดการเพื่อการดูแล 5) การสนับสนุนจากหน่วยงาน 6) การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และ 7) การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล สามารถนำไปอธิบายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 64.24

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบการจัดโปรแกรมเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีวัตถุประสงค์ในการลดผลกระทบต่อจิตใจ

และอารมณ์ของครอบครัว โดยใช้แนวคิดความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นฐานผนวกกับแนวคิดอื่น ผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นการลดความวิตกกังวล (พิบูล ตันติธรรม, 2533; นาฎยา เอื้อไพโรจน์, 2535; คะเน็งนิศย์ บุรีเทศน์, 2540; รัตนา อยู่เปลา, 2534; สุวพีร์ จันทระเจษฎา, 2547; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2548; รวมพร หลาวเพชร, 2548; Chiu, Chien, and Lam, 2004; Chien et al., 2006) บางการศึกษาเป็นส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548; อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง, 2548) สังเคราะห์รูปแบบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล พบในงานวิจัยทุกเรื่อง แบ่งเป็นการให้ข้อมูล แบบรายบุคคล รายกลุ่ม และการจัดทำคู่มือเพื่อทบทวนภายหลัง 2) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การให้ครอบครัวระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ปลอดภัยให้ความมั่นใจ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำขณะเข้าเยี่ยม และ 3) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของครอบครัว มีงานวิจัยเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย งานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่องตอบสนองของความต้องการครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญ 11 เรื่อง อย่างไรก็ตามการจัดกระทำเกิดขึ้นและประเมินผลในช่วงเวลา 1-5 วันแรกของการเข้ารับการรักษาเท่านั้นและไม่พบการศึกษาผลการดูแลเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจครอบครัวมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

รัตนटना อੰนภ (2545) ศึกษาความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ตามแนวคิดความเข้มแข็งอดทน (Kobasa, 1982) และความเครียด (Lazarus and Folkman, 1984) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 70 คน ใช้แบบสำรวจความเข้มแข็งอดทน (The Personal Views Survey : PVS) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความมุ่งมั่น การควบคุม และความท้าทาย และแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด The Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck, and Marmelstein) ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวมีความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับต่ำ ด้านการควบคุมอยู่ในระดับสูง ส่วนความมุ่งมั่นและความท้าทายอยู่ในระดับต่ำ สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีความเครียดระดับต่ำ

กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) ใช้แนวคิดภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์ (Hill, 1949) ศึกษาการปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง จำนวน 100 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดสอบถามการปรับตัวในประเด็นโครงสร้างของครอบครัวและเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น แหล่งช่วยเหลือภายในและภายนอกครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์วิกฤต ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์วิกฤต การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต ปัญหาที่เกิดขึ้นและกลวิธีที่ใช้แก้ไขปัญหาของครอบครัวและการวางแผนการดำเนินชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงขึ้นอยู่กับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ภาวะวิกฤตของครอบครัว และวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว

5.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นการให้การศึกษาโดยครอบครัวร่วมดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในหอผู้ป่วยวิกฤต

รุจี รัตนเสถียร (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Schepp, 1995) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 140 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 35 คน โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติ และที่สมาชิกครอบครัวปรารถนาจะปฏิบัติ ในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมที่เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับบุคลากรทางการพยาบาล และกิจกรรมในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง ในขณะที่มีความต้องการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก และสมาชิกครอบครัวปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าที่พยาบาลให้ปฏิบัติ ส่วนการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่สมาชิกครอบครัวและพยาบาลปรารถนาจะปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

Azoulay และ Pochard (2003) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ในประเทศฝรั่งเศส ในด้านการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาที่ได้รับ และความพึงพอใจของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัว 544 คน พบว่า ร้อยละ 88.2 ของครอบครัวให้ความเห็นว่า ผู้ให้บริการในหอผู้ป่วยวิกฤตควรนำเสนอรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมต่อครอบครัว ร้อยละ 33.4 ของครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบัน

ทำนายความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3 ปัจจัยคือระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอายุของสมาชิกครอบครัว

โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (The Critical Care Family Assistance Program: CCFAP) (Lederer, Goode, and Dowling, 2005) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมผู้ดูแลกับครอบครัวผู้ป่วย การตัดสินใจร่วมกัน รูปแบบการดูแลเป็นการร่วมมือกันกับครอบครัว โดยครอบครัวและทีมผู้ให้การดูแลรับทราบข้อมูลของหน่วยงานและกระบวนการดูแลเท่าเทียมกัน ประกาศให้ CCFAP เป็นนโยบายของโรงพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลต่อบุคลากรทุกกลุ่มในโรงพยาบาล และสื่อสารสู่ผู้รับบริการและสังคมในวงกว้าง การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การสื่อสารให้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแล การเข้าถึงข้อมูลผ่านการสื่อสารรูปแบบต่างๆ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย การใช้เครื่องมือแพทย์และแผนการรักษา การให้บริการของหน่วยงานอื่นที่สอดคล้องกับโปรแกรม เช่น การบำบัดเพื่อผ่อนคลายความเครียดของครอบครัว ทดลองใช้ระหว่างปี 2002 – 2004 กับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลตติยภูมิ โรงพยาบาลประจำรัฐ โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่งในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาโดยรวมหลังใช้โปรแกรม CCFAP พบว่าระยะเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงเนื่องจากครอบครัวมีความเครียดในระดับต่ำ ส่งผลถึงการฟื้นฟูของผู้ป่วย หน่วยงานมีรูปแบบการบริการที่มีความชัดเจนทั้งในรักษาในระยะวิกฤต การรักษาแบบประคับประคองอาการและในวาระสุดท้ายของชีวิต และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของประเทศในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าค่าใช้จ่ายการดำเนินงานของหน่วยงานสูงขึ้น

McAdam และคณะ (2008) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สัมภาษณ์เชิงลึกกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 แห่งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสหรัฐอเมริกา จำนวน 25 คน ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย 6 บทบาท 1) การได้อยู่เคียงข้างผู้ป่วย ครอบครัวให้เหตุผลว่าผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสุขสบายที่ครอบครัวอยู่เคียงข้าง 2) ผู้พิทักษ์ ปกป้องจากความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ความเสี่ยงและอันตรายจากการดูแลรักษา ด้วยการเฝ้าดูผู้ป่วยตลอดเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤต 3) ผู้อำนวยการความสะดวก เป็นตัวแทนสื่อสารความต้องการกับทีมผู้ดูแล 4) คลังความรู้ เพื่อบอกเล่าประวัติการเจ็บป่วย การรักษาและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมผู้ดูแล

5) ผู้ชี้แนะ สร้างความหวัง กำลังใจ ให้มีความสุขสบาย ในขณะเดียวกันครอบครัวต้องการได้รับการชี้แนะ การช่วยเหลือ การเผชิญปัญหา และความเข้าใจจากทีมผู้ดูแล และ6) การเป็นผู้ดูแล

การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการเอกสารและงานวิจัยที่ได้ นำเสนอข้างต้นพบว่าความต้องการของครอบครัวเป็นความต้องการเพื่อบรรเทาผลจากภาวะวิกฤตที่คุกคามครอบครัว ส่วนการศึกษาเฉพาะด้านเป็นการศึกษาเชิงลึกเพื่อให้รายละเอียดต่อบัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาประสบการณ์ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตถูกนำมาอธิบายความต้องการที่เป็นปัจเจกของครอบครัวและการดูแลเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งและการดำรงอยู่ของบทบาทครอบครัวในสังคม เพื่อให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิต อย่างไรก็ตามการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตถูกนำมาศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยหลายวิธีเกือบทุกหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยจำแนกแนวคิดองค์ประกอบของการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากทฤษฎีและงานวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2 ในหน้า 38 และ 39 ตามลำดับ

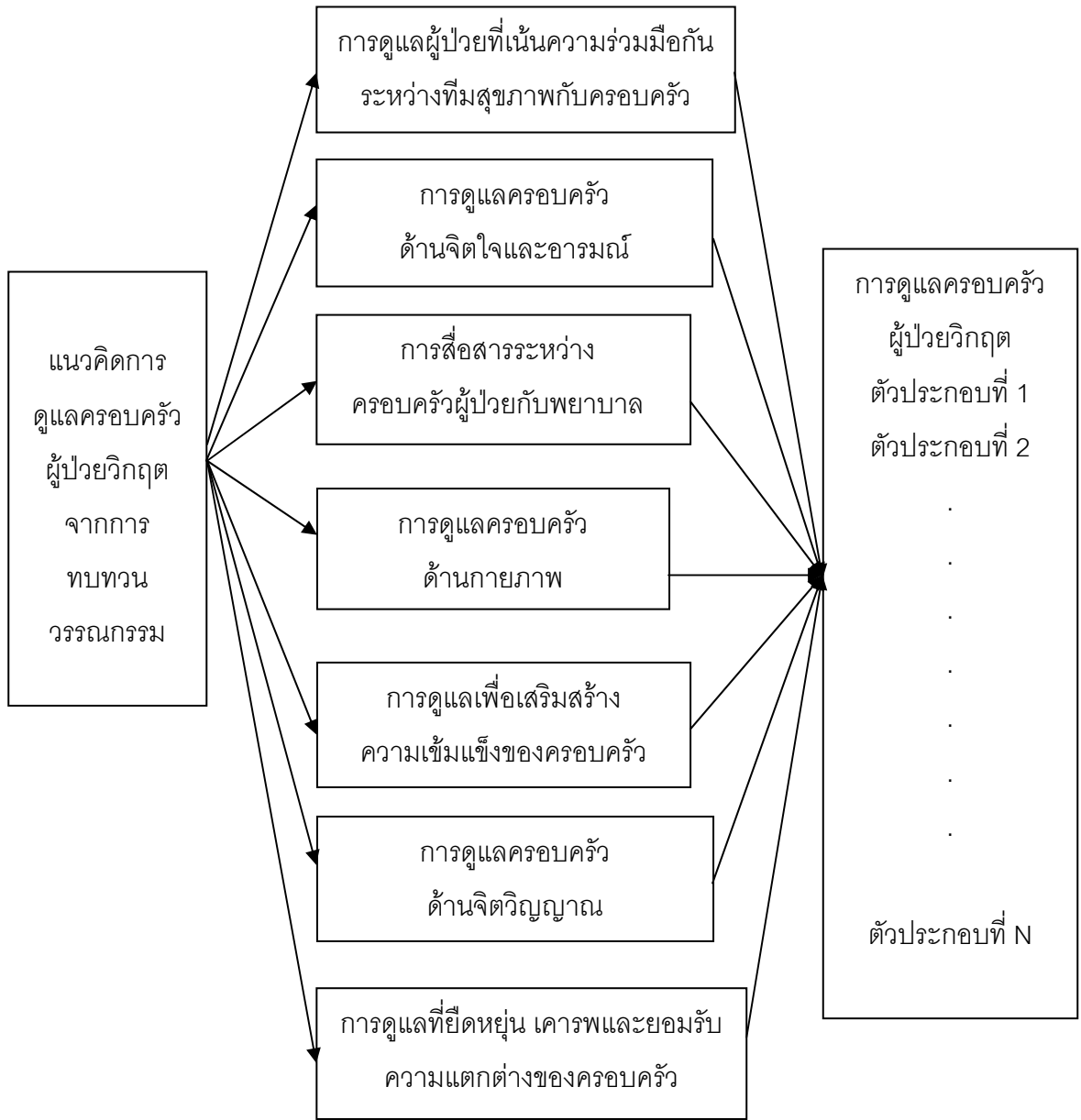
ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์แนวคิดตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากทฤษฎี

แนวคิด	การสื่อสาร ระหว่าง ครอบครัวกับ พยาบาล	การดูแล ครอบครัว ด้านจิตใจ และอารมณ์	การดูแล ครอบครัวด้าน ด้านจิต วิญญาณ	การดูแล ครอบครัว ด้านกายภาพ	การดูแลที่เน้น ความร่วมมือกัน ระหว่างทีม สุขภาพกับ ครอบครัว	การดูแลที่ ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับ ตามความ แตกต่างของ ครอบครัว	การดูแลเพื่อ เสริมสร้าง ความเข้มแข็ง ของครอบครัว
สำนักงานพยาบาล กรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551)	/	/	/	/	/	/	-
วิจิตรา กุสุมภ์ (2553)	/	/	/	/	/	/	-
Johnson (1986)	/	/	/	-	/	/	/
Hudak, Gallo and Morton (1998)	/	/	/	/	/	/	/
Miracle (2006)	/	/	/	/	/	/	-

ตารางที่ 2 ตารางวิเคราะห์แนวคิดตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากงานวิจัย

แนวคิด	การสื่อสาร ระหว่าง ครอบครัวกับ พยาบาล	การดูแล ครอบครัว ด้านจิตใจและ อารมณ์	การดูแล ครอบครัว ด้านด้านจิต วิญญาณ	การดูแล ครอบครัว ด้านกายภาพ	การดูแลที่เน้น ความร่วมมือ กันระหว่างทีม สุขภาพกับ ครอบครัว	การดูแลที่ ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับตาม ความแตกต่าง ของครอบครัว	การดูแลเพื่อ เสริมสร้าง ความเข้มแข็ง ของครอบครัว
Molter (1979)	/	/	-	/	-	/	-
Gaglione (1984)	/	/	/	/	-	-	-
Perry (1995)	/	/	-	/	/	-	-
Eggenberger and Nelms (2005)	/	/	/	/	/	/	-
CCFAP (Lederer et al, 2005)	/	/	/	/	/	/	/
McAdam et al. (2008)	/	/	-	-	/	/	-

การทบทวนวรรณกรรมจากตำราและงานวิจัย ได้องค์ประกอบการดูแลครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤต ได้แก่ 1) การสื่อสารระหว่างครอบครัวกับพยาบาล 2) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของ
ครอบครัว 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณของครอบครัว 4) การดูแลด้านกายภาพของครอบครัว
5) การดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว 6) การดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพ
และยอมรับความแตกต่างของครอบครัว 7) การดูแลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว
ผู้วิจัยสรุปเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ดังภาพประกอบ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเบื้องต้น (Hypothetical framework) ขององค์ประกอบดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

6. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ตัวประกอบ

การวิเคราะห์ตัวประกอบหรือการวิเคราะห์ปัจจัย เป็นการวิเคราะห์และจำแนก ลักษณะเฉพาะของตัวแปร เพื่อจัดกลุ่มของตัวแปรตามน้ำหนักของผลกระทบและความสำคัญต่อ ตัวแปร สามารถลดจำนวนตัวแปรที่จะนำมาวิเคราะห์ได้ อธิบายตัวแปรจำนวนมากด้วย องค์ประกอบหรือส่วนประกอบ (Factor or components) ที่น้อยลง จัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูง และแยกออกจากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันต่ำ ระบุแบบแผนของความสัมพัทธ์ใช้การบรรยาย (Principal components analysis) หรือบ่งชี้ทฤษฎีที่อยู่เบื้องหลัง (Factor analysis) นิยามของโครงสร้างตัวแปรแฝงด้วยสมการถดถอย

สำหรับการวิจัยทางการแพทย์ การวิเคราะห์องค์ประกอบได้ถูกนำมาใช้เพื่อให้อธิบาย พฤติกรรมต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ด้วยการลดจำนวนตัวแปรให้เป็นองค์ประกอบหรือลักษณะร่วม ใช้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทางการแพทย์ แก้ปัญหาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันสูงและใช้ตรวจสอบหรือยืนยันทฤษฎีทางการแพทย์

6.1 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ 1) สืบหาารูปแบบการรวมกลุ่ม ตัวแปรให้ได้องค์ประกอบภายใต้ความสัมพันธ์ของตัวแปร ทำให้สามารถลดตัวแปรลง ได้องค์ประกอบที่ทำให้เข้าใจลักษณะข้อมูล ง่ายต่อการแปลความหมาย ทราบแบบแผนและ โครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูล 2) ทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับแบบแผนและโครงสร้าง ความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีหรือไม่ 3) เป็นเครื่องมือสร้าง ตัวแปรใหม่ (กาญจนา วัฒนสุนทร, 2553)

6.2 ประเภทของการวิเคราะห์องค์ประกอบ ประกอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์การตรวจสอบโมเดลการวัดตาม ทฤษฎี (Froman, 2001) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อตอบคำถาม การวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอรายละเอียดเฉพาะการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เป็นการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสำรวจ ระบุ และสร้างองค์ประกอบจากชุดของตัวบ่งชี้ เพื่อสำรวจและระบุ

องค์ประกอบร่วมที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สังเกตได้ เป็นการลดจำนวนตัวแปรที่สังเกตได้ในการวิเคราะห์ต่อไปโดยการสร้างตัวแปรใหม่ในรูปขององค์ประกอบร่วม การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 รูปแบบคือ

6.2.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal components analysis) เป็นการนำตัวแปรที่เหมือนกันมาผสมเป็นสมการเส้นตรง เพื่อจัดกลุ่มของตัวแปรอิสระตามน้ำหนักของผลกระทบและความสำคัญที่มีต่อตัวแปรตาม วิธีนี้จะมีจำนวนตัวประกอบมากกว่า 1 แกน แกนแรกที่ได้เป็นแกนที่อธิบายความแปรปรวนร่วมของตัวประกอบแรกสูงสุด เรียกว่าแกนหลัก แกนต่อมาจะอธิบายได้ลดลงตามลำดับ มีจุดเด่น คือ ได้ตัวประกอบที่สร้างง่าย มีข้อตกลงน้อย ไม่ต้องมีทฤษฎีสันนิษฐาน และตัวประกอบมีค่าคงที่ แม้ที่กำหนดจำนวนตัวประกอบต่างกัน จุดด้อยคือ สเกลของตัวประกอบขึ้นอยู่กับตัวแปรที่สังเกตได้ การแปลความหมายยากกว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553)

6.2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม (Common factor) เป็นการลดตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกันให้เหลือน้อยลง โดยการคำนวณหาองค์ประกอบที่ละตัว นำค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาคูณภายในได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ นำไปลบออกจากเมทริกซ์เดิม สกัดตัวประกอบที่ 2 จากเมทริกซ์ที่เหลือไปเรื่อย ๆ จนค่าใกล้เคียงศูนย์ ได้องค์ประกอบที่มีสเกลเป็นอิสระไม่ขึ้นกับตัวแปรที่สังเกตได้ แปลความหมายองค์ประกอบด้วยการอิงกับทฤษฎีสันนิษฐาน มีจุดด้อยคือ องค์ประกอบไม่คงที่ ค่าเปลี่ยนแปลงเมื่อกำหนดองค์ประกอบต่างกัน การสกัดองค์ประกอบและหมุนแกนที่ต่างกัน ค่าองค์ประกอบที่ประมาณค่าได้แตกต่างกัน

6.3 ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบสำหรับการวิจัย

ทางการพยาบาล (เพชรน้อย ช่างสิงห์ชัย, 2549)

6.3.1 ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องหรืออยู่ในมาตราวัดระดับช่วง และมาตราอัตราส่วน

6.3.2 ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r = 0.30 - 0.70$) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและตัวแปรอยู่ในรูปเชิงเส้น (Linear) เท่านั้น (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

6.3.3 จำนวนตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีมากกว่า 30 ตัวแปร

6.3.4 กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่และควรมีมากกว่าจำนวนตัวแปร Gorsuch (1983 cited in Froman, 2001) เห็นว่าควรมีกกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 รายต่อ 1 ตัวแปรและต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 100 ราย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุด 10 รายต่อ 1 องค์ประกอบ (Nunnally, 1994 cited in Froman, 2001) Tinsley (1987 cited in Froman, 2001) ให้ข้อสรุปในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ควรมีจำนวน 5-10 รายต่อ 1 องค์ประกอบและมีจำนวนรวมอย่างน้อย 300 ราย นอกจากนี้ยังมีการประมาณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนองค์ประกอบ 2-3 องค์ประกอบและ/ หรือมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำมาก ให้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 รายจำนวน 5- 10 เท่าของตัวแปร (Guadagnoli and Velicer, 1998 อ้างถึงใน เพชรน้อย ช่างสิงห์ชัย, 2549) จำนวนองค์ประกอบมากกว่า 10 องค์ประกอบหรือมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า 0.4 กลุ่มตัวอย่างควรมากกว่า 150 ราย หรือขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับการกำหนดน้ำหนักตัวประกอบ (Factor loadings) ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่อจำนวนตัวอย่าง (Hair et al., 2006) อย่างไรก็ตามการเลือกใช้แนวคิดในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างต้องสอดคล้องกับหลักการทางสถิติและต้องมีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ศึกษา

6.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาการวิจัย ทบทวนตัวประกอบย่อยจากวรรณกรรมและการศึกษาในสภาพจริง เก็บข้อมูล และเลือกวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย (Burns and Grove, 2005) การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อสำรวจข้อมูลการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและกำหนดจำนวนองค์ประกอบนำมาอธิบายความแปรปรวนร่วมระหว่างตัวแปรที่มีอยู่

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ให้เป็นไปตามข้อตกลงและสร้างเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix) ตัวแปรต้องมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือมีตัวประกอบร่วมกัน สถิติที่ใช้ทดสอบคือ 1) สถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's test of sphericity) เพื่อทดสอบความเป็นเอกภาพของเมตริกซ์สหสัมพันธ์ ถ้าผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นเมตริกซ์เอกภาพ ถือว่าตัวแปรเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์ตัวประกอบ 2) สถิติไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser-Meyer-Olkin: KMO) เป็นดัชนีเปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้และขนาดของสหสัมพันธ์พาร์เชียล (Partial correlation) ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เมื่อขจัด

ความแปรปรวนของตัวแปรอื่นแล้ว โดยค่า $KMO > 0.90$ ข้อมูลมีความเหมาะสมมากที่สุด 0.80 - 0.89 ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับมาก 0.70-0.79 ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับปานกลาง 0.60 - 0.69 ข้อมูลมีความเหมาะสมระดับน้อย 0.50 -0.59 ข้อมูลมีความเหมาะสมน้อยมาก 3) ค่าการร่วมกันของตัวแปร (Communality) ได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอื่น ๆ หรือองค์ประกอบที่สกัดได้กับตัวแปรนั้น แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรและตัวแปรอื่น ค่าที่สามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้คือค่าที่มากกว่า 0.2 (เพชรน้อย ช่างสิงห์ชัย, 2549)

ขั้นตอนที่ 3 การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) เพื่อหาจำนวนองค์ประกอบที่สามารถใช้แทนตัวแปรได้ทุกตัว ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ ความเป็นไปได้มากที่สุด (Maximum likelihood method หรือ canonical factoring) วิธีกำลังสองน้อยที่สุด (Least-squares method หรือ principle axis factoring) วิธีอัลฟา (Alpha factoring) วิธีภาพลักษณ์ (Image factoring) และวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle components analysis) เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากช่วยลดตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุดแต่อธิบายความหมายได้มากที่สุด และค้นหาจำนวนองค์ประกอบที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สังเกตได้ ตามความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรที่เป็นข้อมูลการคำนวณค่าความร่วมกัน (Communality) ผลจากการสกัดองค์ประกอบจะได้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรกับแต่ละตัวประกอบที่ได้จากการสกัดองค์ประกอบ

ขั้นตอนที่ 4 วิธีการหมุนแกน (Method of rotation) หลังการสกัดองค์ประกอบ จำนวนองค์ประกอบที่น้อยที่สุด อาจทำให้การแปลความหมายได้ยาก หรืออาจพบความซับซ้อนขององค์ประกอบโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแปรมีน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) บนองค์ประกอบมากกว่า 1 องค์ประกอบ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากการหมุนแกนจะทำให้ตัวแปรที่เคยเป็นสมาชิกหลายองค์ประกอบ กลายเป็นสมาชิกขององค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเด่นชัดมากขึ้น (Devellis, 2003) โดยตัวแปรส่วนประกอบตัวแรกต้องอธิบายความแปรปรวนตัวแปรที่สังเกตได้มากที่สุด ต่อมาจึงสร้างตัวแปรส่วนประกอบที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรแรกให้อธิบายความแปรปรวนของตัวแปรที่สังเกตที่เหลืออยู่ได้มากที่สุดเรื่อย ๆ ผลรวมความแปรปรวนของตัวแปรส่วนประกอบทุกตัวอธิบายความแปรปรวนเดิมได้ร้อยละ 100 (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) การหมุนแกนทำได้ 2 วิธี ได้แก่

1) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal rotation) แกนองค์ประกอบตั้งฉากกันและกัน แสดงถึงความเป็นอิสระขององค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย วิธีหมุนแกนแบบแวนิแมกซ์ (Varimax) ทำให้ผลรวมของความแปรปรวนระหว่างองค์ประกอบมีค่าสูงสุด แต่ละองค์ประกอบแยกกันอย่างชัดเจน เหมาะกับการหมุนแกนที่เป็นอิสระจากกัน วิธีหมุนแกนแบบควอติแมกซ์ (Quartimax) ทำให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงบนองค์ประกอบหนึ่ง และมีค่าต่ำบนองค์ประกอบอื่น ๆ เน้นความง่ายของการอธิบายความหมายของตัวแปร และวิธีอีควิแมกซ์ (Equimax) เป็นการผสมผสานระหว่างวิธี แวนิแมกซ์กับวิธี ควอติแมกซ์ เพื่อให้ได้องค์ประกอบที่เข้าใจง่าย

2) แบบเออบลิค (Oblique rotation) เป็นการหมุนแกนที่องค์ประกอบไม่ต้องตั้งฉากกัน ยอมให้องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันได้ ด้วยการกำหนดองศาของมุมแหลมตั้งแต่ 0-90 องศา กำหนดองศาต่ำ ๆ ถ้าต้องการให้มีความสัมพันธ์กันสูง วิธีหมุนแกนแบบเออบลิคประกอบด้วยการหมุนแกนแบบควอติมิน (Quartimin rotation) มีหลักการเดียวกับควอติแมกซ์ ที่ตัวประกอบแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันได้ วิธีการหมุนแกนแบบโคแวริมิน (Covarimin rotation) หลักการเดียวกับวิธีแวนิแมกซ์และการหมุนแกนแบบเออบลิมิน (Oblimin rotation) เป็นการผสมผสานเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของวิธีควอติมินและวิธีโคแวริมิน เป้าหมายคล้ายกับวิธีหมุนแกนแบบออร์โธโกนอล ซึ่งการหมุนแกนแบบเออบลิค ถ้ากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กอาจมีข้อจำกัดด้านความตรงและการสรุปอ้างอิง

6.5. เลือกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เพื่อจัดกลุ่มตัวแปรว่าควรอยู่ในองค์ประกอบใด พิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากการหมุนแกนแล้ว เกณฑ์ในการกำหนดองค์ประกอบคือ ต้องมีค่า Eigen value มากกว่าหรือเท่ากับ 1 มีตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนั้นมากกว่า 3 ตัวแปร แต่ละตัวแปรต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า 0.4 และถ้าตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่มากกว่า 1 องค์ประกอบ พิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างน้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละปัจจัยต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.2 ด้วย (Polit, 2010)

6.6. ตั้งชื่อองค์ประกอบ โดยพิจารณาความคล้ายคลึงกันระหว่างตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ และมีความหมายสอดคล้องกับโครงสร้างขององค์ประกอบนั้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้วิธีวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โดยเสนอขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากแนวคิดทฤษฎี ประมวลสรุปเป็นแนวคิดองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโดยสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้เป็นหลักการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต นำมาวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นที่ 3 กำหนดกรอบแนวคิดตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์

ขั้นที่ 4 การสร้างเครื่องมือ

ขั้นที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ขั้นที่ 6 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

ข้อมูล

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์ตัวประกอบและตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากแนวคิดทฤษฎี ประมวลสรุปเป็นแนวคิดองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551), วิจิตรา กุสุมภ์ (2553), Molter (1979), Perry (1995), Gaglione (1984), Johnson (1986), Hudak et al. (1998), Lederer et al. (2005), Eggenberger and Nelms (2007), Miracle (2006) และ McAdam and Arai (2008) วิเคราะห์สรุปการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ตามกรอบแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived idea) ดังนี้

1. การได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคและพยาธิสภาพที่เหลืออยู่
2. การได้รับข้อมูลความก้าวหน้าของโรคตามความเป็นจริง
3. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่ชัดเจน ง่ายต่อการทำความเข้าใจอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
4. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้าเยี่ยม
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมและบริการของหน่วยงาน
6. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติเพื่อการฟื้นฟู
7. การได้รับข้อมูลทันทีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง
8. การได้รับข้อมูลการรักษาและผลการรักษาที่เสร็จสิ้น
9. การได้รับคำอธิบายการใช้เครื่องมือกับผู้ป่วย
10. การได้รับการประเมินความรู้สึกของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย
11. หน่วยวิกฤตมีนโยบายการเยี่ยมที่ยืดหยุ่น
12. ช่องทางในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ
13. ความมั่นใจต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
14. โอกาสในการระบายความรู้สึกด้านลบของครอบครัว
15. ครอบครัวได้รับกำลังใจ ปลอบใจเมื่อเสียใจ
16. หน่วยงานมีสถานที่เฉพาะให้ครอบครัวได้อยู่ตามลำพัง

17. หน่วยงานมีการประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัว
18. หน่วยงานร่วมแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัว
19. การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของครอบครัว
20. การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน
21. การยอมรับความเชื่อด้านจิตวิญญาณของครอบครัว
22. การช่วยให้ครอบครัวเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ
23. การสนับสนุนให้ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อ
24. การช่วยเหลือ ปฏิบัติแทน ทำตามกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเมื่อครอบครัวร้องขอ
25. การช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้จัดการกับภารกิจที่ค้างคาได้เสร็จสิ้น
26. การช่วยให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
27. การช่วยครอบครัวแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่ามีความหมายความสำคัญต่อครอบครัว
28. หน่วยงานจัดให้มีห้องน้ำใกล้หอผู้ป่วยวิกฤต
29. ครอบครัวมีที่พักหรือเยี่ยมที่เป็นสัดส่วนมีความเป็นส่วนตัว
30. หน่วยงานจัดให้มีเครื่องอำนวยความสะดวกในที่พักรอเยี่ยม
31. หน่วยงานอำนวยความสะดวกในการแสวงหาเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นในโรงพยาบาล
32. การดูแลสุขภาพของครอบครัว
33. การประเมินปัญหาร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมผู้ดูแล
34. การกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมผู้ดูแล
35. การร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับขอบเขตการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
36. การยอมรับการตัดสินใจที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว
37. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
38. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมประเมินอาการของผู้ป่วย
39. การประเมินบทบาท หน้าที่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
40. การส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมั่นใจกล้ายืนยันสิทธิของตัวเอง

41. การพิทักษ์สิทธิของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
42. การปฏิบัติต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างเท่าเทียมกัน
43. การส่งเสริมสัมพันธภาพเชิงบวกระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้การดูแล
44. การสื่อสารกระบวนการแก้ไขปัญหาของครอบครัวภายในทีมผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ
45. การกำหนดลักษณะและมอบหมายงานของทีมสุขภาพในการร่วมแก้ปัญหา

ครอบครัว

46. การระบุนสมาชิกครอบครัวที่จะประสานงานแทนสมาชิกครอบครัวทั้งหมด
47. การประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ
48. การประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้ดูแลเมื่อมีความขัดแย้ง
49. ระบบการดูแลครอบครัวต่อเนื่องจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
50. การส่งเสริมให้ครอบครัวรับรู้บทบาทของครอบครัวตามความเป็นจริง
51. การส่งเสริมให้ครอบครัวได้ค้นหาส่วนที่ดี ความสามารถของตนเอง
52. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีความมั่นคงในอารมณ์เมื่อเผชิญกับอุปสรรค
53. การช่วยเหลือและสนับสนุนให้ครอบครัวเชื่อมั่นในการเผชิญอุปสรรค
54. การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวแสดงความรับผิดชอบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น
55. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวได้ทำประโยชน์กับบุคคลอื่น

ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต เป็นคำถามปลายเปิดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา ภาษาและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสัมภาษณ์

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโดยสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต นำมาวิเคราะห์เนื้อหา

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย (Key informants) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามความสัมพันธ์ของครอบครัวเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรกลุ่มละ 2 คน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษซึ่งเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ รวมผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งสิ้น 12 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้
 - 1.1 สมาชิกครอบครัวมีอายุ 18-59 ปี
 - 1.2 เป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.3 สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
 - 1.4 ผู้ป่วยวิกฤตมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

อย่างน้อย 3 วัน กำหนดเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้ข้อมูล หรือไม่พร้อมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมข้อคำถามการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า (Guided question) โดยนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดเป็นกรอบในการสัมภาษณ์ ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย

2.1 ท่านคิดว่าการดูแลที่บุคคลในครอบครัวของท่านได้รับขณะเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดประเด็นที่ให้สัมภาษณ์ด้วยลักษณะทั่ว ๆ ไป ตรวจสอบประสบการณ์ที่ได้รับขณะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.2 เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ท่านมีการเตรียมตัวอย่างไร เพื่อตั้งประเด็นที่สนใจ ผู้การให้รายละเอียดจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

2.3 กรุณาเล่าเหตุการณ์ในแต่ละวันของท่าน เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่าประสบการณ์การดูแลที่ครอบครัวได้รับเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.4 ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลของพยาบาลต่อครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการบอกเล่ามุมมองต่อการดูแลที่ครอบครัวได้รับเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.5 นอกจากสิ่งที่สมาชิกครอบครัวได้รับจากการดูแลแล้ว ท่านคิดว่าครอบครัวควร จะได้รับการดูแลอย่างไร เพราะเหตุใด เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของการดูแลที่ตรงและครอบคลุมกับความต้องการของครอบครัว

3. การเตรียมการสัมภาษณ์ เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ติดต่อกลุ่มการพยาบาลและหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง

เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดบริเวณที่พักรอเยี่ยมของหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

4. การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive interview) ด้วยตนเอง เริ่มจากการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกับผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งเดียว คนละ 45-60 นาที หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ทำบันทึกภาคสนาม (Field note) และถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหา ความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ ตามวิธีของ Strauss and Corbin (1988) ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ ดังนี้

4.1 หลังสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2 รายแรก ผู้วิจัยถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ แยกย่อยตรวจสอบข้อมูลและเปรียบเทียบข้อมูล พิจารณาประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อสร้างข้อคำถามกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

4.2 นำข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์ของรหัส (Axial coding) โดยกำหนดคุณสมบัติและมิติของข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์และหมวดหมู่ที่เป็นตัวประกอบย่อย

4.3 บูรณาการหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อย เข้ากระบวนการคัดเลือกรหัส (Selective coding) เลือกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันเข้าหมวดหมู่หลักอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบความสัมพันธ์และเสริมสร้างหมวดหมู่ที่ต้องการพัฒนาให้สมบูรณ์มากขึ้น รายละเอียดการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดปรากฏในรายงานการศึกษา ประสพการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย ดังแสดงในภาคผนวก ข

ขั้นที่ 3 กำหนดกรอบแนวคิดตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันให้เป็นหมวดหมู่ นำมาเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived idea) การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้การดูแลครอบครัวจำนวน 103 รายการ จำแนกเป็นการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเดียว 6 รายการ รายการดูแลครอบครัวจากการสัมภาษณ์ 26 รายการ และการดูแลครอบครัวที่สอดคล้องกันระหว่างการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาสภาพจริงจากการสัมภาษณ์ครอบครัว 71 รายการ พิจารณาความสอดคล้องร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำมาบูรณาการกับการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สรุปเป็นคำนิยามศัพท์การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การดูแลจิตวิญญาณ 4) การใช้อำนาจความสะอาด 5) การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ 6) การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบเนื้อหาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการทบทวนวรรณกรรมกับการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

เนื้อหาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการทบทวนวรรณกรรม	เนื้อหาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย	สรุปการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต
<p>การสื่อสารระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับพยาบาล</p> <p>หมายถึง การที่ครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยที่เพียงพอและชัดเจน รวมถึงการใช้สื่อต่างๆ ในการส่งสารด้วย เช่น เอกสาร คู่มือ แผ่นพับ วีดิทัศน์ โทรศัพท์ เป็นต้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย - ข้อมูลความก้าวหน้าของโรค - ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล - ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษา - ข้อมูลการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย - ข้อมูลกฎระเบียบของหน่วยงานและการเยี่ยมผู้ป่วย - ข้อมูลช่องทางติดต่อกับทีมผู้ให้การดูแล 	<p>การให้ข้อมูล หมายถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวให้ทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์การรักษา ความก้าวหน้าของโรค กฎระเบียบของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลจากญาติ โดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูล วิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง</p>
<p>การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว</p> <p>หมายถึงการดูแลของพยาบาลที่กระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ถ่ายทอดความคิด ความคาดหวัง ความเข้าใจ ความรู้สึกและอารมณ์ รับฟังปัญหา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การเปิดโอกาสให้ครอบครัวระบายความรู้สึกด้านลบ - การให้กำลังใจปลอบโยนเมื่อเสียใจ - การให้ครอบครัวบอกเล่าปัญหาและความต้องการ - การมีนโยบายการเยี่ยมที่ยืดหยุ่น 	<p>การดูแลจิตใจและอารมณ์</p> <p>หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่กระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง รับฟังปัญหาชี้แนะให้คำแนะนำ ความมั่นใจ ความหวัง</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

เนื้อหาการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤตจากการ ทบทวนวรรณกรรม	เนื้อหาการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤตจากการ สัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย	สรุปการดูแลครอบครัวของ ผู้ป่วยวิกฤต
ด้วยความเห็นใจเอื้ออาทร รวมถึงการชี้แนะ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจ และมีความหวัง ตามความเป็นจริง	- การให้ความมั่นใจในบริการ ที่มีคุณภาพ - การให้การดูแลอย่างเอื้อ อาทรต่อผู้ป่วยและครอบครัว - การระบายความรู้สึกกับ บุคคลที่ไว้วางใจ	ตามความเป็นจริง และ ช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงความพร้อมและ ความต้องการของครอบครัว
การดูแลด้านจิตวิญญาณของ ครอบครัว หมายถึง การดูแล ของพยาบาลที่ช่วยให้ครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตแต่ละครอบครัวได้ ปรับตัวขณะเผชิญกับความ เจ็บป่วยวิกฤตสอดคล้องตาม ความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึด เหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรม และ การปฏิบัติตามหลักศาสนา	- การประเมินความต้องการ ด้านจิตวิญญาณของสมาชิก ครอบครัว - การดูแลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วย เจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน - การปฏิบัติกิจกรรมตาม ความเชื่อ - การปฏิบัติภารกิจที่ค้างคา ให้เสร็จสิ้น-การช่วยให้ ครอบครัวได้ร่วมดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด - การช่วยให้ครอบครัวได้ แสดงออกว่าผู้ป่วยมีความ หมายและความสำคัญ	การดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การดูแลของ พยาบาลที่ช่วยครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตเผชิญและปรับตัวต่อ ภาวะวิกฤตอย่างเหมาะสม ตามความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรม และการปฏิบัติตาม หลักศาสนา
การดูแลด้านกายภาพของ ครอบครัว หมายถึง การดูแล ของพยาบาลต่อครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตด้านการจัดการ	- ที่พักรอเยี่ยม - ที่พักอาศัย - ห้องน้ำ - ความสะดวกในการจัดหา	การเอื้ออำนวยความสะดวก หมายถึง การดูแลและชี้แนะ เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของญาติ ประกอบด้วยการรับประทาน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

เนื้อหาการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤตจากการ ทบทวนวรรณกรรม	เนื้อหาการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤตจากการ สัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย	สรุปการดูแลครอบครัวของ ผู้ป่วยวิกฤต
สิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้การ ดำเนินชีวิตประจำวันของ ครอบครัวใกล้เคียงกับปกติ	เครื่องอุปโภคบริโภค -สุขภาพของครอบครัว	อาหาร การพักผ่อน การนอน หลับในช่วงเวลาที่เยี่ยมผู้ป่วย รวมถึงภาวะสุขภาพของ สมาชิกครอบครัว เพื่อให้การ ดำเนินชีวิตประจำวันของ ครอบครัวใกล้เคียงกับปกติ
<p>การดูแลผู้ป่วยที่เน้นความ ร่วมมือกันระหว่างทีม สุขภาพกับครอบครัว</p> <p>หมายถึง การดูแลของ พยาบาลที่ส่งเสริม และ ช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตได้เรียนรู้เพื่อดูแล ผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกันกับ ทีมผู้ดูแลรวมถึงทีมสหสาขาที่ ร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์ เภสัชกร โภชนากร นักกาย ภาพบำบัด นักจิตวิทยา และ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น</p>	<p>-การร่วมกันประเมินปัญหา ผู้ป่วย อาการ การตอบสนอง ต่อการรักษาระหว่างครอบครัว และทีมผู้ให้การดูแล</p> <p>- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกแผนการรักษา</p> <p>- การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแล</p> <p>- การมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุนให้ครอบครัวมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>หมายถึง การส่งเสริม และ ช่วยเหลือของพยาบาลเพื่อให้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เรียนรู้และดูแลผู้ป่วยใน กิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก มีส่วนร่วม ในการวางแผนดูแล แลกเปลี่ยน ข้อมูล การตัดสินใจ และตั้ง เป้าหมายร่วมกับทีมผู้ดูแล รวมถึงทีมสหสาขาที่ร่วมดูแล ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความพร้อม และความต้องการของ ครอบครัว</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

เนื้อหาการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤตจากการ ทบทวนวรรณกรรม	เนื้อหาการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤตจากการ สัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย	สรุปการดูแลครอบครัวของ ผู้ป่วยวิกฤต
<p>การดูแลที่ยืดหยุ่น เคารพ และยอมรับความแตกต่างของครอบครัว หมายถึงการดูแลของพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามความต้องการที่ความสำคัญสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อการเป็นที่ต้องการหรือมีความหมาย มีความสำคัญต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นและทีมผู้ดูแล</p> <p>การดูแลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การดูแลของพยาบาล เพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต รวมถึงส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่และความไว้วางใจ เป็นที่ต้องการและพึ่งพาของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและบุคคลอื่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การให้เกียรติ ยอมรับความเป็นบุคคลของครอบครัว - การส่งเสริมให้ครอบครัวมั่นใจ กล้ายืนยันสิทธิตนเอง - การพิทักษ์สิทธิของครอบครัว - การสื่อสารความต้องการระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว - การส่งเสริมให้ครอบครัวรับรู้บทบาทที่เป็นจริง - การค้นหาส่วนที่ดี ความสามารถตนเองของครอบครัว - การเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและบุคคลอื่นของครอบครัว - การได้ทำประโยชน์ต่อบุคคลอื่นของครอบครัว - ความเชื่อมั่นในการเผชิญอุปสรรคของครอบครัว - การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ การดำเนินชีวิตของครอบครัวเพื่อมาเยี่ยมหรือเฝ้าดูอาการผู้ป่วย 	<p>การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว หมายถึง การที่พยาบาลส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับความไว้วางใจ มีความหมาย มีความสำคัญ เป็นที่ต้องการ เป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและบุคคลอื่น เพื่อให้ครอบครัวสามารถควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับกับสถานการณ์ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความพร้อมและบริบทของครอบครัว</p>

ขั้นที่ 4 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตตามกรอบโครงสร้างที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาสภาพจริงจากการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้ แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ลักษณะเครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทของหน่วยงานวิกฤต และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อความในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์เอกสาร ตำราและงานวิจัยการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตและการศึกษาสภาพจริงจากการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โดยสร้างเป็นแบบสอบถามจำนวน 103 รายการของการดูแลครอบครัว ดังนี้

การให้ข้อมูล	20 รายการ
การดูแลจิตใจและอารมณ์	18 รายการ
การดูแลจิตวิญญาณ	11 รายการ
การเฝ้าอำนวยความสะดวก	11 รายการ
การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	18 รายการ
การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว	26 รายการ

ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีลักษณะเชิงบวกทั้งหมด คิดค่าคะแนนตามระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

มาตรวัด	ความหมาย
เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ (76-100%) ระดับคะแนน 5	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด
เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ (51-75%) ระดับคะแนน 4	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมาก
เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง (26-50%) ระดับคะแนน 3	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตปานกลาง
เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน (1-25%) ระดับคะแนน 2	รายการนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตน้อย
ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น (0%) ระดับคะแนน 1	รายการนั้นไม่มีความสำคัญหรือไม่มีจำเป็นต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาจำนวน 103 ข้อให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านวิชาการด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ และ/หรือด้านการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา รวมถึงความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา ถูกระบุความเห็นสอดคล้องกันและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80

2. กำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

2.1 อาจารย์พยาบาล 2 คน มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป มีประสบการณ์การสอนการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์และ/หรือการวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ของผู้ป่วยวิกฤต

2.2 พยาบาลประจำการ 2 คน มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต 10 ปีขึ้นไป และ/หรือมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

2.3 แพทย์ 1 คน มีคุณวุฒิวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัวและวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป มีประสบการณ์การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 10 ปีขึ้นไป

3. นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามศัพท์หรือตามแนวคิดทฤษฎี กำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4. กำหนดเกณฑ์พิจารณาความตรงตามเนื้อหา จากค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีค่า CVI = 0.8 ขึ้นไป (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) นำระดับความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาตามสูตรคำนวณ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ระดับความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

5. นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยคงรายการดูแลครอบครัวเดิมไว้ 37 รายการ ปรับปรุงแก้ไขเล็กน้อย 12 รายการ และมีรายการดูแลครอบครัวที่ซ้ำซ้อนถามในประเด็นเดียวกัน 41 รายการ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ยุบรวมรายการดูแลครอบครัวเหลือ 13 รายการ จำแนกเป็นด้านการให้ข้อมูล 5 รายการ ยุบรวมเป็น 2 รายการ ด้านจิตใจและอารมณ์ 7 รายการ ยุบรวมเป็น 2 รายการ ด้านการอำนวยความสะดวก 6 รายการ ยุบรวมเป็น 1 รายการ ด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว 10 รายการ ยุบรวมเป็น 4 รายการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 13 รายการ ยุบรวมเป็น 3 รายการ ได้แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งสิ้นจำนวน 62 รายการ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (CVI) = 0.92

การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

นำแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการปรับแก้แล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 30 คนซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ได้ถูกสุ่มเป็นตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 (ค่าแสดงการวิเคราะห์ทางสถิติของการทดลองใช้เครื่องมือ ในตารางที่ 20 ภาคผนวก)

ขั้นที่ 6 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 69 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่งจำแนกตามการแบ่งเขตนิเทศงาน 18 เขต สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนประชากรรวม 2,381 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, มกราคม 2553; ข้อมูลเชิงประจักษ์ สำนักงานพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เดือนมกราคม 2554)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ 300-500 ราย (Macnee and McCabe, 2008; Polit, 2010) การวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 ราย

2. แบ่งกลุ่มสุ่มเลือก (Cluster Sampling) เขตบริหารราชการหน่วยงานส่วนภูมิภาคของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 18 เขตจำแนกเป็นรายภาคได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จับฉลากเลือกเขตบริหารราชการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคละ 1 เขตและโรงพยาบาลทั่วไปภาคละ 3 เขต ในอัตราส่วน

1 ต่อ 3 ได้เขตบริหารราชการส่วนภูมิภาค 4 เขตสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ และ 12 เขต สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป

3. จับฉลากเลือกโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งต่อ 1 เขตการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ได้โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 16 โรงพยาบาล

4. สุ่มกลุ่มตัวอย่างรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยผู้รับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล รวมตัวอย่างทั้งหมด 418 ราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข 18 เขต

โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยาบาลศูนย์		
ภาค / เขต / โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	ภาค / เขต/โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
ภาคกลาง					
1. โรงพยาบาล			1. โรงพยาบาล		
พระนั่งเกล้า	22	-	พระนครศรีอยุธยา	22	-
โรงพยาบาลปทุมธานี	26	-	โรงพยาบาลสระบุรี	46	-
โรงพยาบาลเสนา	18	-			
โรงพยาบาลพุทธบาท	19	-			
2. โรงพยาบาลลพบุรี	28	-			
โรงพยาบาลบ้านหมี่	24	-			
โรงพยาบาลสิงห์บุรี	22	-			
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	22	-			
โรงพยาบาลชัยนาท	20	-			
โรงพยาบาลอ่างทอง	18	-			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยาบาลศูนย์		
ภาค / เขต / โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	ภาค / เขต/โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
ภาคกลาง					
3. โรงพยาบาล			3. โรงพยาบาลเจ้าพระยา		
สมุทรปราการ	24	-	อภัยภูเบศร์		
โรงพยาบาลเมือง			ปราจีนบุรี	26	-
ฉะเชิงเทรา	24	22			
โรงพยาบาลนครนายก	14	-			
โรงพยาบาลสมเด็จพระ					
พระยุพราชสระแก้ว	16	-			
4. โรงพยาบาลดำเนิน			4. โรงพยาบาลนครปฐม	25	-
สระแก้ว	17	15	โรงพยาบาลราชบุรี	40	36
โรงพยาบาลบ้านโป่ง	26	-			
โรงพยาบาลโพธาราม	22	-			
โรงพยาบาล					
พหลพลพยุหเสนา	28	-	โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลมะการักษ์	23	-	เจ้าพระยายมราช		
โรงพยาบาลสมเด็จพระ			สุพรรณบุรี	38	-
พระสังฆราชองค์ที่ 17	14	-			
5. โรงพยาบาล					
สมุทรสาคร	22	20			
โรงพยาบาลสมเด็จพระ					
พระพุทธเลิศหล้า					
นภาลัย	20	-			
โรงพยาบาลสมเด็จพระ					
พระจอมเกล้า	20	-			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยาบาลศูนย์		
ภาค / เขต / โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	ภาค / เขต/โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
5. โรงพยาบาล					
ประจวบคีรีขันธ์	18	-			
โรงพยาบาลหัวหิน	16	-			
9. โรงพยาบาลตราด	12	-	9. โรงพยาบาล		
			พระปกเกล้า	32	-
			จันทบุรี	60	-
			โรงพยาบาลชลบุรี	47	-
			โรงพยาบาลระยอง		
ภาคใต้					
6. โรงพยาบาลชุมพร			6. โรงพยาบาล		
เขตรุดมศักดิ์	14	-	สุราษฎร์ธานี	26	24
โรงพยาบาลเกาะสมุย	13	-	โรงพยาบาลมหาราช		
โรงพยาบาลพัทลุง	24	-	นครศรีธรรมราช	30	-
7. โรงพยาบาลระนอง	26	23	7. โรงพยาบาลตรัง	25	-
โรงพยาบาลกระบี่	20	-			
โรงพยาบาลพังงา	18	-			
โรงพยาบาลตะกั่วป่า	14	-			
โรงพยาบาล					
วชิระภูเก็ต	22	-			
8. โรงพยาบาลสงขลา	20	18	8. โรงพยาบาล ยะลา	26	-
โรงพยาบาลสตูล	18	-	โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลปัตตานี	13	-	หาดใหญ่	42	-
โรงพยาบาลเบตง	12	-			
โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก	14	-			
โรงพยาบาลนราธิวาส					
ราชนครศรีพนม	27	25			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยาบาลศูนย์		
ภาค / เขต / โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	ภาค / เขต/โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ					
10. โรงพยาบาล หนองบัวลำภู	14	-	10. โรงพยาบาล อุดรธานี	38	-
โรงพยาบาลเลย	29	-			
โรงพยาบาล หนองคาย	13	27			
11. โรงพยาบาลสกลนคร	24	-			
โรงพยาบาลนครพนม	20	-	-		
โรงพยาบาลมุกดาหาร	16	-			
12. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	22	-	12. โรงพยาบาล ขอนแก่น	48	-
โรงพยาบาล มหาสารคาม	28	-			
โรงพยาบาลสรีนคร	15	-			
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	21	-			
13. โรงพยาบาล ศรีสะเกษ	36	-	13. โรงพยาบาล สรรพสิทธิ์		
โรงพยาบาลยโสธร	29	27	ประสงค์		
โรงพยาบาล อำนาจเจริญ	21	-	อุบลราชธานี	48	-
14. โรงพยาบาลชัยภูมิ	17	15	14. โรงพยาบาล มหาสาร		
			นครราชสีมา	60	55
			โรงพยาบาล บุรีรัมย์	34	-
			โรงพยาบาล สุรินทร์	39	-

ตารางที่ 4 (ต่อ)

โรงพยาบาลทั่วไป			โรงพยาบาลศูนย์		
ภาค / เขต / โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	ภาค / เขต / โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
ภาคเหนือ					
15. โรงพยาบาลลำพูน	27	25	15. โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลนครพิงค์	24	-	ลำปาง	48	-
โรงพยาบาล					
ศรีสังวาลย์	12	-			
16. โรงพยาบาลแพร่	20	-	16. โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลน่าน	40	-	เชียงราย		
โรงพยาบาลพะเยา	18	-	ประชานุเคราะห์	49	45
โรงพยาบาลเชียงคำ	18	-			
17. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน			17. โรงพยาบาล		
มหาราช	12	-	พิษณุโลก	34	-
โรงพยาบาลแม่สอด	16	-	โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลสุโขทัย	15	-	อุตรดิตถ์	40	-
โรงพยาบาล					
ศรีสังวร	18	16			
โรงพยาบาล					
เพชรบูรณ์	15	-			
18. โรงพยาบาล			18. โรงพยาบาล		
อุทัยธานี	28	-	นครสวรรค์	28	-
โรงพยาบาล					
กำแพงเพชร	27	25			
โรงพยาบาลพิจิตร	20	-			
รวมโรงพยาบาลทั่วไป	1,405	258	รวมโรงพยาบาลศูนย์	976	160
รวมประชากร	2,381		รวมกลุ่มตัวอย่าง	418	

การเตรียมตัวของผู้วิจัย

1. ผู้วิจัยลงทะเบียนเรียนนิเทศศาสตรบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการจัดโดยศูนย์การเรียนรู้ สภาวิจัยแห่งชาติ เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 6 ชั่วโมง การใช้สถิติขั้นสูงในการวิจัยและการวิเคราะห์ปัจจัยจำนวน 12 ชั่วโมง
2. ผู้วิจัยลงทะเบียนเรียนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดโดยศูนย์การเรียนรู้ สภาวิจัยแห่งชาติ เรื่อง การสร้างเครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ 4 ชั่วโมง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอข้อมูลคุณลักษณะและจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขจากสำนักการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอทราบขั้นตอนการขอเก็บข้อมูลการวิจัย สรุปเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
 - 2.1 โรงพยาบาลที่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ที่ต้องนำโครงร่างวิจัยเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน 4 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
 - 2.2 โรงพยาบาลที่มีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนที่ผู้วิจัยต้องนำไปอนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อประกอบการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ขอเก็บข้อมูล 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
 - 2.3 โรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 11 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาส

ราชนครินทร์ โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลลำพูน และ
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

3. ผู้วิจัยได้ปฏิบัติเพื่อพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

3.1.1 ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เสนอเพื่อเข้ารับการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ
และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

3.1.2 แสดงหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลแสดง
รายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย

3.1.3 สิทธิของผู้ให้ข้อมูล หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธ
ไม่ตอบคำถามและยุติการให้ข้อมูลได้ทันที

3.1.4 กรณีที่สมัครใจให้ข้อมูล ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลทั้งของ
ตนเอง ผู้ป่วยและหน่วยงานที่เข้ารับการรักษา

3.1.5 การป้องกันผลกระทบทางลบต่อครอบครัว ผู้ป่วย หน่วยงานวิกฤตและ
ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในสถานที่จัดเตรียมไว้เฉพาะ
ไม่เปิดเผยตัวผู้ให้ข้อมูลและข้อความขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์ต่อบุคคลอื่น ๆ คำตอบที่ได้จะถูก
นำไปวิเคราะห์และแปลข้อมูล โดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงานและโรงพยาบาลไม่ว่า
กรณีใด ๆ ทั้งสิ้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

3.1.6 เทปบันทึกเสียงและเอกสารที่ใช้บันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายเมื่อ
เสร็จสิ้นการวิจัย

3.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.2.1 นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเชียงใหม่
พระชนุเคราะห์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุโขทัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลราชบุรี

3.2.2 แนบหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลต่อ
กลุ่มประชากรในซองบรรจุแบบสอบถามทุกฉบับ แสดงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อไม่เป็นการเปิดเผยข้อมูล ให้ผู้ตอบปิดผนึกของแบบสอบถามที่ตอบเสร็จสิ้นแล้ว ก่อนนำส่ง
กลุ่มการพยาบาล

3.2.3 สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถ
ปฏิเสธไม่ตอบแบบสอบถามและคืนแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยได้ทันที

3.2.4 กรณีที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถาม
ไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุล

3.2.5 การป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล
คำตอบที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และแปลข้อมูล โดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลและ
โรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

4. ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แจกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัย และการส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่งและโรงพยาบาลทั่วไป
12 แห่งและสำเนาอีก 1 ฉบับเพื่อเรียนรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุมัติในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถาม และแนบหนังสือชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่
ต้องการ จำนวนกลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล พร้อมซองใส่เอกสาร
เจ้าหน้าที่ของ ชื่อและที่อยู่ สำหรับส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ

7. ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้อัตราการตอบกลับแบบสอบถามมากกว่า ร้อยละ 85 (วิภา
บำเรอจิตร, 2542) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบด้วยความจริงใจให้ตัวประมาณค่า
ทุกตัวปราศจากความลำเอียง ด้วยการขอความร่วมมือให้กลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รวบรวม
แบบสอบถามทั้งหมดนำส่งผู้วิจัยตามระยะเวลา (14 วัน) ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อชี้แจงและสอบถาม
กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้รับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาลหลังส่งเอกสาร 2 วัน ผู้วิจัย
โทรศัพท์สอบถาม ปัญหาและอุปสรรคสำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับแบบสอบถามกลับภายหลัง
เวลาที่กำหนด 1 สัปดาห์ และติดตามครั้งที่ 2 หลังจากครั้งแรกอีก 1 สัปดาห์ (ปรีดา เบ็ญคาร,
2539) จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 350 ฉบับ

8. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 จนถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2554 เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในโรงพยาบาล 2 แห่งได้ คงเหลือโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล 14 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลดำเนินสะดวกโรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุโขทัย และโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้กลุ่มตัวอย่าง 327 คน ซึ่งเพียงพอต่อการนำมาวิเคราะห์ ปัจจัย

9. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทั้งสิ้น 418 คน ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในโรงพยาบาล 2 แห่งซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 86 คน จึงคงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างสุทธิของการวิจัยนี้ 327 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน 327 ฉบับ มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 100 เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลมีแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ทั้งสิ้น 324 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.08 นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนและร้อยละดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ วุฒิการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลทั่วไป	260.0	80.2
โรงพยาบาลศูนย์	64.0	19.8
เพศ		
หญิง	316.0	97.5
ชาย	8.0	2.5
อายุ		
20-25 ปี	29.0	9.0
26-30 ปี	47.0	14.5
31-35 ปี	125.0	38.6
36-40 ปี	68.0	21.0
41-45 ปี	32.0	9.9
46-50 ปี	18.0	5.6
51-55 ปี	5.0	1.5
อายุเฉลี่ย 34.69 ปี(S.D. 0.58)		
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	300.0	92.6
ปริญญาโท	24.0	7.4

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยวิกฤตรวม	159.0	49.1
อายุกรรม	84.0	25.9
ศัลยกรรม	50.0	15.4
ศัลยกรรมระบบประสาท	9.0	2.8
อายุกรรมหัวใจ	9.0	2.8
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	7.0	2.2
ศัลยกรรมหลอดเลือดและทรวงอก	6.0	1.9
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต		
1-5 ปี	119.0	36.7
6 -10 ปี	87.0	27.0
11-15 ปี	72.0	22.2
16-20 ปี	30.0	9.0
21-25 ปี	10.0	3.0
26-30 ปี	6.0	2.0
อายุงานเฉลี่ย 8.99 ปี (S.D. 0.35)		

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 80.2) มากกว่าในโรงพยาบาลศูนย์ และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 92.6) มีอายุ 31-35 ปี (ร้อยละ 33.8) อายุเฉลี่ย 34.69 ปี (S.D. 0.58) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมมากที่สุด (ร้อยละ 49.1) และช่วงเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด 1-5 ปี (ร้อยละ 36.7) โดยเฉลี่ย 8.99 ปี (S.D. 0.35)

ขั้นที่ 7 วิเคราะห์ข้อมูล องค์ประกอบและตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. แบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ (Check list) ผู้วิจัยนำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ นำเสนอในรูปตารางและความเรียง

2. แบบสอบถามตอนที่ 2 องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

2.1 ค่าเฉลี่ยของแต่ละข้อคำถามตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญหรือความจำเป็นในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ตามเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด
3.50 – 4.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมาก
2.50 – 3.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตปานกลาง
1.50 – 2.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตน้อย
1.0 – 1.49	การดูแลนั้นมีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตน้อยที่สุด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละข้อคำถาม แสดงลักษณะการกระจายของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

3. วิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัว โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) แสดงผลในรูปแบบเมทริกซ์สหสัมพันธ์ พร้อมกับทดสอบความมีนัยสำคัญของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ ตัวแปรแต่ละตัวควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.30 ขึ้นไป ($r > 0.30$) เพื่อให้ได้ตัวแปรที่สกัดได้มีความร่วมกันสูง นำไปวิเคราะห์ปัจจัยซึ่งค่าความร่วมกัน (Communality) เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างตัวแปรหนึ่ง ๆ กับตัวแปรอื่น ๆ ทุกตัว (บุญใจ ศรีสถิตยน์รางกูร, 2550) แสดงผลในรูปแบบเมทริกซ์สหสัมพันธ์แสดงความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร ผลการวิจัยนี้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ขนาด 62 X 62 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยรายข้อ 0.17 - 0.51 โดยมีรายการดูแลที่ 47 (Par 8) มีค่า 0.17 แสดงว่ารายการที่ 47 เป็นรายการการดูแลครอบครัวสอดคล้องกับรายการอื่นน้อย และรายการดูแลอีก 61 รายการ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ย 0.31 - 0.52 แสดงถึงรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่สอดคล้องกันทั้ง 61 รายการ

3.2 การตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแปรเพื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.2.1 การทดสอบ Bartlett's test of sphericity เพื่อทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณะของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ ประเมินความเหมาะสมของข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการทดสอบพบว่าค่า Chi-square เท่ากับ 16381.221 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .000 ซึ่งน้อยกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมติฐาน แสดงถึงเมทริกซ์สหสัมพันธ์ไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ กล่าวคือตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันจึงเหมาะในการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.2.2 หาค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ซึ่งเป็นดัชนีเปรียบเทียบขนาดของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สังเกตได้และขนาดค่าของสหสัมพันธ์พหุเชิงระหว่างตัวแปรแต่ละคู่เมื่อขจัดความแปรปรวนของตัวแปรอื่น ๆ ออกไปแล้ว บอกให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้มีความเหมาะสมสำหรับการนำมาวิเคราะห์ตัวประกอบหรือไม่ ซึ่งผลการวิจัยค่า KMO เท่ากับ 0.96 แสดงถึงข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดีมากต่อการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.3 นำตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นอย่างมีนัยสำคัญไปสกัดตัวประกอบ (Factor extraction) โดยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal component analysis) การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย 9 ตัวประกอบมีค่าความแปรปรวนที่อธิบายตัวประกอบ

27.00 4.11 2.61 1.92 1.39 1.34 1.14 1.11 และ 1.04 ตามลำดับ มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายคุณลักษณะของแต่ละตัวประกอบได้ร้อยละ 43.54 6.64 4.20 3.10 2.24 1.84 1.79 และ 1.68 ตามลำดับ และมีค่าความแปรปรวนสะสมที่นำมาอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 43.54 50.18 54.38 59.72 61.88 63.71 65.50 และ 67.18 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 24 ภาคผนวก จ)

3.4 การหมุนแกน (Factor rotation) โดยหมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิเมกซ์ (Varimax) เพื่อให้ได้ตัวประกอบแต่ละตัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้ค่าความแปรปรวนของแต่ละตัวประกอบทั้ง 9 ตัวประกอบดังนี้ ค่าความแปรปรวนที่อธิบายคุณลักษณะของแต่ละตัวประกอบ 11.93 7.33 4.92 4.53 4.21 3.93 2.25 1.38 และ 1.17 ตามลำดับ มีค่าความแปรปรวนที่อธิบายคุณลักษณะของแต่ละตัวประกอบได้ร้อยละ 19.24 11.83 7.94 7.31 6.79 6.34 3.62 2.23 และ 1.89 ตามลำดับ และมีค่าความแปรปรวนสะสมที่นำมาอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 19.24 31.07 39.01 46.32 53.11 59.45 63.07 65.30 และ 67.18 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 24 ภาคผนวก จ)

3.5 แปรผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเลือกตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักของปัจจัย (Factor loading) มากที่สุดในองค์ประกอบนั้น ผู้วิจัยพิจารณาค่าไอเกนเท่ากับหรือมากกว่า 1.0 และมีตัวประกอบที่อธิบายองค์ประกอบนั้นๆ ตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป โดยในแต่ละตัวประกอบมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 0.40 (Polit, 2010) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย 6 ตัวประกอบ บรรยายด้วย 59 ตัวแปร และอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 59.45 (ดังแสดงในตารางที่ 24 ภาคผนวก จ)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 324 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญของตัวแปรการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตรายด้าน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ทางสถิติและอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงความหมายดังนี้

N	จำนวนประชากร
n	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต
r	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ตอนที่ 1 ผลการประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญของตัวแปรการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างให้ค่าคะแนนใน 62 รายข้อคำถามโดยเฉลี่ย 3.51-4.82 (S.D. 0.41-1.20) ซึ่งมีระดับความสำคัญมากถึงมากที่สุด มีระดับความสำคัญมากที่สุด 12 ข้อ และสำคัญมาก 50 ข้อ (ดังแสดงในตารางที่ 23 ภาคผนวก จ) เมื่อจำแนกข้อมูลตามระดับความคิดเห็นรายด้านประกอบด้วย การให้ข้อมูล การดูแลจิตใจและอารมณ์ การดูแลจิตวิญญาณ การใช้อำนาจความสะกดก การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 6-11

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการให้ข้อมูล

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับความสำคัญ
1	ท่านแจ้งระเบียบการเยี่ยมของหน่วยงานให้ครอบครัวรับทราบตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย	4.82	0.41	มากที่สุด
2	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การจำกัดการเข้าเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังจับต้องผู้ป่วย เป็นต้น	4.75	0.50	มากที่สุด
3	ท่านให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อครอบครัวทันทีเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง	4.70	0.52	มากที่สุด
4	ท่านได้ชี้แจงให้ครอบครัวทราบถึงวิธีการติดต่อกับหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูลความเจ็บป่วย	4.61	0.55	มากที่สุด
5	ท่านชี้แจง ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของหน่วยงานให้ครอบครัวทราบ	4.58	0.59	มากที่สุด
6	ท่านให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสียของการใช้เครื่องมือแพทย์ตามความต้องการของครอบครัว	4.52	0.60	มากที่สุด

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
7	ท่านได้ประสานงานกับแพทย์และทีมผู้ดูแลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลต่อครอบครัว ดังต่อไปนี้ ความก้าวหน้าของโรค การรักษา ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การพยากรณ์โรค และ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย	4.50	0.68	มากที่สุด
8	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อ และการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น	4.49	0.64	มาก
9	ท่านสอบถามพื้นฐานความรู้ที่สมาชิกครอบครัว รับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าได้รับข้อมูล ถูกต้องหรือไม่ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติม	4.42	0.68	มาก
10	ท่านประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง	4.39	0.71	มาก
11	ท่านสอบถามความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หลังการให้ข้อมูล และอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่ สงสัยทุกครั้ง	4.35	0.72	มาก
12	ท่านอธิบายให้ครอบครัวได้เข้าใจว่าแผนการดูแลผู้ป่วย จะจัดให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมาก ที่สุด	4.30	0.74	มาก
13	ท่านใช้สื่อในการให้ข้อมูลที่เหมาะกับความเข้าใจของ สมาชิกครอบครัวแต่ละราย เช่น ภาพพลิก คู่มือ สื่อวีดิทัศน์ หรือการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยรายอื่นที่ เจ็บป่วยคล้าย ๆ กัน เป็นต้น	3.86	0.92	มาก

จากตารางที่ 6 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้านการให้ข้อมูลมีรายการดูแล 13 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.86 – 4.82 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.41 – 0.92 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด 7 รายการ รายการดูแลที่มีความสำคัญมาก 6 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 11 เป็นการแจ้งระเบียบการเยี่ยมของหน่วยงานให้ครอบครัวรับทราบตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย(ค่าเฉลี่ย 4.82) รองลงมาคือรายการที่ 12 เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การจำกัดการเข้าเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังจับต้องผู้ป่วย เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 4.75) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 3 เป็นการใช้สื่อในการให้ข้อมูลที่เข้ากับความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวแต่ละราย เช่น ภาพพลิก คู่มือ สื่อวีดิทัศน์ หรือการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยรายอื่นที่เจ็บป่วยคล้าย ๆ กัน เป็นต้น(ค่าเฉลี่ย 3.86)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านอนุญาตให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลาที่กำหนดตามความจำเป็น	4.50	0.65	มากที่สุด
2	ท่านอธิบายกระบวนการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ครอบครัวมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.48	0.62	มาก
3	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติใกล้ชิดของตนเอง	4.46	0.66	มาก
4	ท่านปลอบใจเมื่อเห็นครอบครัวแสดงอาการท้อแท้กับอาการผู้ป่วย	4.44	0.68	มาก
5	ท่านได้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือหน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามความเหมาะสม	4.38	0.74	มาก
6	ท่านให้เวลากับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วย	4.29	0.74	มาก
7	ท่านให้กำลังใจครอบครัวให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย	4.24	0.75	มาก
8	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจเพื่อลดความตึงเครียด	4.18	0.77	มาก
9	ท่านกระตุ้นให้ครอบครัวระบายความรู้สึกคับข้องใจที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	4.10	0.84	มาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
10	ท่านอยู่เป็นเพื่อนเมื่อครอบครัวเศร้าโศก เสียใจ	4.04	0.81	มาก
11	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึกกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอื่นที่มี ประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นทางเลือกในการ เผชิญปัญหา	3.97	0.84	มาก
12	ท่านแนะนำให้ครอบครัวได้ทำความคุ้นเคยกันเพื่อให้ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	3.96	0.84	มาก
13	ท่านจัดหาสถานที่เฉพาะสำหรับครอบครัวได้อยู่ตาม ลำพังเพื่อปรับอารมณ์ให้เป็นปกติก่อนเข้าเยี่ยม ผู้ป่วย	3.64	0.99	มาก
14	ท่านประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัว เช่น ฝ่ายปกครองส่วน ท้องถิ่น สำนักงานจัดหางาน สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น	3.51	1.04	มาก

จากตารางที่ 7 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านจิตใจและอารมณ์ มีรายการดูแล 14 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.62 – 1.04 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด 1 รายการ ตัวแปรที่มีความสำคัญมาก 13 รายการ รายการดูแลที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ รายการที่ 6 เป็นการอนุญาตให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลาที่กำหนดตามความจำเป็น (ค่าเฉลี่ย 4.50) รองลงมาคือรายการที่ 4 เป็นการอธิบายกระบวนการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ครอบครัวมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย 4.48) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ รายการที่ 14 เป็นการประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล

เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัว เช่น ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานจัดหางาน สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 3.51)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลจิตวิญญาณ

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับความสำคัญ
1	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวได้พูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกรังเกียจ	4.71	0.53	มากที่สุด
2	ท่านยอมรับกิจกรรมของครอบครัวที่ได้ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย เช่น การให้ครอบครัวได้ร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ตามความเหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	4.56	0.61	มากที่สุด
3	ท่านอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ภาวนา การทำบุญตักบาตร เป็นต้น	4.56	0.63	มากที่สุด
4	ท่านอนุญาตให้ครอบครัวจัดทำพิธีกรรมตามความศรัทธาของครอบครัว เช่น การสวดมนต์ภาวนา การนำพระพุทธรูปมาไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วย เป็นต้น	4.55	0.65	มากที่สุด
5	ท่านเคารพการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัวนอกเหนือจากแพทย์แผนปัจจุบัน	4.38	0.67	มาก
6	ท่านยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความเชื่อของครอบครัวที่ทำให้กับผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขออภัยต่อสิ่งที่ไม่ดีพลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น	4.35	0.81	มาก

จากตารางที่ 8 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้านจิตวิญญาณ มีรายการดูแล 6 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.35 – 4.71 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.53 – 0.81 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากถึงสำคัญมากที่สุดสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โดยรายการดูแลที่มีความสำคัญมากที่สุด 4 รายการ รายการที่มีความสำคัญมาก 2 รายการ รายการที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 4 เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวได้พูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึ (ค่าเฉลี่ย 4.71) รองลงมา คือ รายการดูแลที่ 3 เป็นการยอมรับกิจกรรมของครอบครัวที่ได้ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ที่ตนเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย เช่น การให้ครอบครัวได้ร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อันดับที่ 3 เป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ตามความเหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย 4.51) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ รายการที่ 1 เป็นการยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความเชื่อของครอบครัวที่ทำให้กับผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขออภัยต่อสิ่งที่ผิดพลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 4.35)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการเอื้ออำนวยความสะดวก

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านสอบถามความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวขณะที่มีญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	4.16	0.78	มาก
2	ท่านบอกทิศทางของสถานที่ในโรงพยาบาลที่ครอบครัวต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ห้องน้ำ ร้านอาหาร ร้านค้า โทรศัพท์สาธารณะ เป็นต้น	4.15	0.82	มาก
3	ท่านได้จัดให้มีที่พักรอยเยี่ยมที่เป็นสัดส่วนเท่าที่จะมีสถานที่เอื้ออำนวย	4.05	0.92	มาก
4	ท่านได้ประเมินสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยวิกฤต	3.92	0.91	มาก
5	ท่านให้ข้อมูลสถานที่พักอาศัยใกล้โรงพยาบาล	3.73	1.00	มาก
6	ท่านแนะนำสถานที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวคลายความกังวลขณะรอเยี่ยมผู้ป่วย เช่น สวนหย่อมของโรงพยาบาล พื้นที่สำหรับสันทนาการ เป็นต้น	3.66	0.95	มาก

จากตารางที่ 9 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการเอื้ออำนวยความสะดวก มีรายการดูแล 6 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.66 – 4.16 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.78 – 1.00 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต รายการที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 1 เป็นการสอบถามความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวขณะที่มีญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ค่าเฉลี่ย 4.16) รองลงมาคือรายการที่ 4 เป็นการบอกทิศทางของสถานที่ในโรงพยาบาลที่ครอบครัวต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ห้องน้ำ ร้านอาหาร ร้านค้า โทรศัพท์สาธารณะ เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 4.15) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 6 เป็นการแนะนำสถานที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวคลายความกังวลขณะรอเยี่ยมผู้ป่วย เช่น สวนหย่อมของโรงพยาบาล พื้นที่สำหรับสันทนาการ เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 3.66)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจากครอบครัวมาวางแผน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม	4.41	2.92	มาก
2	ท่านประสานงานให้ครอบครัวได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และร่วมตัดสินใจในแผนการรักษาพยาบาลกับทีมผู้ดูแล	4.33	0.72	มาก
3	ท่านสนับสนุนการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	4.33	0.75	มาก
4	ท่านช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อนเช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า เครื่องนอน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยตามความเหมาะสม	4.31	0.81	มาก
5	ท่านสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็นต่อทีมผู้ดูแลทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความคาดหวังต่อการเจ็บป่วย ขอบเขตการรักษา เป็นต้น	4.27	0.79	มาก
6	ท่านส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	4.26	0.73	มาก
7	ท่านได้บันทึกปัญหาของครอบครัว รวมถึงการส่งต่อปัญหาพร้อมการแก้ไขต่อทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการแพทย์และการรับส่งเวร	4.10	0.92	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
8	ท่านได้สอบถามปัญหาการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย วิกฤตของครอบครัว	4.06	0.83	มาก
9	ท่านนำเสนอปัญหาของครอบครัวในการประชุม ปรึกษาทางการแพทย์มาก่อนและหลังปฏิบัติงาน	3.98	0.89	มาก

จากตารางที่ 10 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีรายการดูแล 9 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.98 – 4.41 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.72 – 2.92 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่สำคัญมากสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต รายการที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 8 เป็นการนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจากครอบครัว มาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 4.41) รองลงมาคือรายการที่ 6 เป็นการประสานงานให้ครอบครัวได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและร่วมตัดสินใจในแผนการรักษาพยาบาลกับทีมผู้ดูแล (ค่าเฉลี่ย 4.33) ส่วนรายการที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 2 เป็นการนำเสนอปัญหาของครอบครัวในการประชุมปรึกษาทางการแพทย์มาก่อนและหลังปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 3.92)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว

ลำดับที่	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
1	ท่านตระหนักถึงการดูแลที่ไม่ละเมิดสิทธิรวมถึงปฏิบัติต่อครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน	4.48	0.65	มากที่สุด
2	ในกรณีที่สามารสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ท่านช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความต้องการระหว่างกัน	4.42	0.71	มาก
3	ท่านช่วยให้ครอบครัวได้สื่อสารสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องต่อกัน	4.32	0.75	มาก
4	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าใจและมั่นใจในการพิทักษ์สิทธิของตนเอง	4.23	0.75	มาก
5	ท่านเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแลเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	4.17	0.85	มาก
6	ท่านประเมินการปรับตัวต่อการยอมรับความเจ็บป่วยของครอบครัว	4.16	0.78	มาก
7	ท่านช่วยให้ครอบครัวบอกความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการและความจำเป็นของแต่ละครอบครัว	4.14	0.84	มาก
8	ท่านช่วยให้ครอบครัวค้นหาปัญหาที่แท้จริงต่อการเผชิญภาวะวิกฤต	4.12	0.86	มาก
9	ท่านส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงบทบาทความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ	4.05	0.87	มาก
10	ท่านให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	4.02	1.02	มาก

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลำดับที่	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
11	เมื่อเกิดความขัดแย้งในการดูแลครอบครัวในความ รับผิดชอบ ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษากับทีม ผู้ดูแล เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างสม่ำเสมอ	4.00	0.93	มาก
12	ท่านกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวถ่ายทอดความต้องการ ของตนรวมถึงความต้องการของสมาชิกคนอื่น ๆ ใน ครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต	3.96	0.93	มาก
13	ท่านแนะนำครอบครัวถึงวิธีที่เหมาะสมในการระบาย ความรู้สึกด้านลบ	3.90	0.94	มาก
14	ท่านเป็นผู้ประสานงานให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ที่ อ่อนแอกว่า หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ตามความพร้อมและความเหมาะสม	3.90	0.96	มาก

จากตารางที่ 11 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการสนับสนุนการปรับตัวของ
ครอบครัว มีรายการดูแล 14 รายการ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.90 – 4.48 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อยู่ระหว่าง 0.65 – 1.02 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ารายการดูแลทั้งหมดเป็นการดูแลที่
สำคัญมากสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต รายการที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือรายการที่ 5 เป็นการ
ตระหนักถึงการดูแลที่ไม่ละเมิดสิทธิรวมถึงปฏิบัติต่อครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน (ค่าเฉลี่ย 4.48)
รองลงมาคือรายการที่ 8 เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความ
ต้องการระหว่างกัน ในกรณีที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ (ค่าเฉลี่ย 4.42) ส่วนรายการที่กลุ่ม
ตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือรายการที่ 14 เป็นการประสานงานให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ที่
อ่อนแอกว่า หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ตามความพร้อมและความเหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 3.90)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

วิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีตัวประกอบหลัก (Principle component analysis) และหมุนแกนแบบอโรทอนอล (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) แสดงค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละความแปรปรวนสะสมของแต่ละตัวประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวน ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ตัวประกอบที่	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
1	11.93	19.24	19.24
2	7.33	11.83	31.07
3	4.92	7.94	39.01
4	4.53	7.31	46.32
5	4.21	6.78	53.11
6	3.93	6.34	59.44
7	2.25	3.62	63.07
8	1.38	2.23	65.30
9	1.17	1.89	67.18

จากตารางที่ 12 ผลการสกัดปัจจัยได้ตัวประกอบทั้งหมด 9 ตัวประกอบ มีค่าไอเกน 1.17 - 11.93 มีค่าร้อยละความแปรปรวน 1.89 - 19.24 และอธิบายคุณลักษณะของการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 67.18 เมื่อพิจารณาเกณฑ์ที่ใช้จัดหมวดหมู่ตัวประกอบ อันได้แก่ มีค่าน้ำหนักตัวแปรมากกว่า 0.4 และต้องมีตัวแปรอย่างน้อย 3 ตัวแปรใน 1 ตัวประกอบ พบว่า มีตัวแปรที่ไม่เข้าเกณฑ์ 2 กลุ่ม 4 รายการ ได้แก่ 1) รายการที่ 47 (Par 8) ไม่ถูกนำเข้ามาวิเคราะห์ เนื่องจากมีค่าความร่วมกันเท่ากับ 0.17 แสดงถึงรายการดูแลนี้ถูกอธิบายโดยปัจจัยอื่นๆ ได้น้อย

2) รายการที่ 43 (Par 4) รายการที่ 3 (Infor3) และรายการที่ 26 (Emo13) เป็นรายการเดี่ยวที่เป็นสมาชิกของตัวประกอบที่ 7 8 และ 9 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 25 ภาคผนวก จ)

ผู้วิจัยจึงตัดรายการที่ 3 (Infor3) และรายการที่ 26 (Emo13) ออก อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักการดูแลที่ 43 (Par 4) ในตัวประกอบที่ 1 เท่ากับ 0.49 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์และจัดตัวแปรที่ 43 เข้าเป็นสมาชิกของตัวประกอบที่ 1 ดังนั้นจากการวิเคราะห์ทางสถิติสามารถจัดการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้ 6 ตัวประกอบด้วย 59 รายการและอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 59.45

ผู้วิจัยประมวลผลค่าสถิติจากการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วมกับแนวคิดเบื้องต้นของการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาตามบริบทของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ได้องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 6 องค์ประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 13 -18

ตารางที่ 13 ตัวประกอบที่ 1 การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว

ลำดับที่	การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว	น้ำหนักการดูแล
1	ท่านส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ	0.81
2	ท่านเป็นผู้ประสานงานให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ตามความพร้อมและความเหมาะสม	0.77
3	ท่านกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวถ่ายทอดความต้องการของตนเอง รวมถึงสมาชิกคนอื่น เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต	0.76
4	ท่านช่วยให้ครอบครัวค้นหาปัญหาที่แท้จริงของภาวะวิกฤต	0.75
5	ท่านช่วยให้ครอบครัวบอกความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของแต่ละครอบครัว	0.74
6	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าใจและมีความมั่นใจในการพิทักษ์สิทธิของตน	0.72
7	ท่านเป็นผู้ประสานให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	0.71
8	เมื่อเกิดความขัดแย้งการดูแลครอบครัวในความรับผิดชอบ ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้ดูแล เพื่อแก้ไขปัญหาของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	0.71
9	ท่านแนะนำวิธีที่เหมาะสมต่อครอบครัวในการระบายความรู้สึกด้านลบ	0.70
10	ท่านประเมินการปรับตัวต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว	0.70
11	ท่านช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้สื่อสารสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องระหว่างกัน	0.67
12	ท่านส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	0.66

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ลำดับที่	การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว	น้ำหนักการดูแล
13	ท่านให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	0.65
14	ในกรณีที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ท่านช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกและความต้องการระหว่างกัน	0.57
15	ท่านได้สอบถามปัญหาการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัว	0.54
16	ท่านได้บันทึกปัญหาของครอบครัว รวมถึงการส่งต่อปัญหาพร้อมการแก้ไข ต่อทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการพยาบาลและการรับส่งเวร	0.52
17	ท่านประสานงานให้ครอบครัวได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวัง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษาพยาบาลกับทีมผู้ดูแล	0.50
18	ท่านสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็นต่อทีมผู้ดูแลทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความคาดหวังต่อการเจ็บป่วย การตัดสินใจต่อขอขเขตการรักษาพยาบาล เป็นต้น	0.49
19	ท่านสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	0.48
20	ท่านตระหนักถึงการดูแลที่ไม่ละเมิดสิทธิรวมถึงปฏิบัติต่อทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน	0.47
21	ท่านช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อนเช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า เครื่องนอน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายตามความเหมาะสม	0.41
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (Eigen value)		11.93
ร้อยละของความแปรปรวน		19.24

จากตารางที่ 13 การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 11.93 อธิบายคุณลักษณะการการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวร้อยละ 19.24 จากการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด บรรยายได้ด้วย 21 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแล ตั้งแต่ 0.41 - 0.81 การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว 3 ลำดับแรกที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ (0.81) รองลงมา เป็นการประสานงานให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ตามความพร้อมและความเหมาะสม (0.77) และลำดับที่ 3 เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวถ่ายทอดความต้องการของตนรวมถึงสมาชิกคนอื่น เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต (0.77)

ตารางที่ 14 ตัวประกอบที่ 2 การอำนวยความสะดวก

ลำดับที่	การอำนวยความสะดวก	น้ำหนักการดูแล
1	ท่านแนะนำสถานที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวคลายความกังวลขณะรอเยี่ยมผู้ป่วย เช่น สวนหย่อมของโรงพยาบาล พื้นที่สำหรับสันทนากการ เป็นต้น	0.68
2	ท่านประเมินสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วย	0.63
3	ท่านได้จัดให้มีที่พักรอเยี่ยมที่เป็นสัดส่วนเท่าที่จะมีสถานที่เอื้ออำนวย	0.62
4	ท่านให้ข้อมูลสถานที่พักอาศัยใกล้โรงพยาบาล	0.61
5	ท่านแนะนำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ทำความคุ้นเคยกันเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อต้องการ	0.60
6	ท่านประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เช่น ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานจัดหางาน สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น	0.60
7	ท่านสอบถามความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวขณะมีญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	0.60

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ลำดับที่	การอำนวยความสะดวก	น้ำหนักการดูแล
8	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึกกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอื่นที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นทางเลือกในการเผชิญปัญหา	0.59
9	ท่านบอกทิศทางของสถานที่ในโรงพยาบาลที่ครอบครัวต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ห้องน้ำ ร้านอาหาร ร้านค้า โทรศัพท์ สาธารณะ เป็นต้น	0.59
10	ท่านจัดหาสถานที่เฉพาะสำหรับครอบครัวได้อยู่ตามลำพังเพื่อปรับ อารมณ์ให้เป็นปกติก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	0.56
11	ท่านนำเสนอปัญหาของครอบครัวในการประชุมปรึกษาทางการ พยาบาลก่อนและหลังปฏิบัติงาน	0.53
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (Eigen value)		7.33
ร้อยละของความแปรปรวน		11.83
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน		31.07

จากตารางที่ 14 การอำนวยความสะดวกต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 7.33 บรรยายได้ด้วย 11 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.53 - 0.68 อธิบายคุณลักษณะของการอำนวยความสะดวกได้ร้อยละ 11.83 และอธิบายคุณลักษณะ ร่วมกับการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวได้ร้อยละ 31.07 การอำนวยความสะดวกที่สำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การแนะนำสถานที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวคลายความกังวลขณะรอเยี่ยมผู้ป่วย เช่น สวนหย่อมของโรงพยาบาล พื้นที่สำหรับสนทนาการ เป็นต้น (0.68) รองลงมาเป็นการ ประเมินสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วย (0.63) และลำดับที่ 3 เป็นการจัดให้มีที่พักรอ เยี่ยมที่เป็นสัดส่วนเท่าที่จะมีสถานที่เลือกอำนวยความสะดวก (0.62)

ตารางที่ 15 ตัวประกอบที่ 3 การดูแล จิตวิญญาณ

ลำดับที่	การดูแล จิตวิญญาณ	น้ำหนักการดูแล
1	ท่านอนุญาตให้ครอบครัวจัดพิธีกรรมตามความศรัทธา เช่น การสวดมนต์ภาวนา การนำพระพุทธรูปมาไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วย เป็นต้น	0.76
2	ท่านอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติกิจตามหลักศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ภาวนา การทำบุญตักบาตร เป็นต้น	0.74
3	ท่านยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความเชื่อของครอบครัวที่ทำให้กับผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขออภัยต่อสิ่งที่ผิดพลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น	0.71
4	ท่านเคารพในความเชื่อตามท้องถิ่นของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากแพทย์แผนปัจจุบัน	0.63
5	ท่านยอมรับกิจกรรมของครอบครัวที่ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย เช่น ครอบครัวได้ร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน ตามความเหมาะสม และไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	0.63
6	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว	0.61
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (Eigen value)		4.53
ร้อยละของความแปรปรวน		7.94
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน		46.32

ตารางที่ 15 การดูแลจิตวิญญาณของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 4.53 บรรยายได้ด้วย 7 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.61 - 0.76 อธิบายคุณลักษณะการดูแลจิตวิญญาณได้ร้อยละ 7.94 และอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวและการอำนวยความสะดวกได้ร้อยละ 46.36 การดูแลจิตวิญญาณที่สำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การอนุญาตให้ครอบครัวจัดพิธีกรรมตามความศรัทธา เช่น การสวดมนต์ภาวนา การนำพระพุทธรูปมาไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วย เป็นต้น (0.76) รองลงมาเป็นการอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติกิจตามหลักศาสนา เช่น การละหมาด การสวดมนต์ภาวนา การทำบุญตักบาตร เป็นต้น (0.74) และลำดับที่ 3 เป็นการยอมรับการทำกิจกรรมตามความเชื่อของครอบครัวที่ทำให้กับผู้ป่วย เช่น

การสะเดาะเคราะห์ การขออภัยต่อสิ่งที่ไม่ดีพลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น เป็นต้น (0.71)

ตารางที่ 16 ตัวประกอบที่ 4 การเอาใจใส่ครอบครัว

ลำดับที่	การเอาใจใส่ครอบครัว	น้ำหนักการดูแล
1	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การจำกัดการเข้าเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังจับต้องผู้ป่วยของครอบครัว เป็นต้น	0.77
2	ท่านแจ้งระเบียบการเยี่ยมของหน่วยงานให้ครอบครัวรับทราบตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย	0.76
3	ท่านได้ชี้แจงให้ครอบครัวรับทราบถึงวิธีการติดต่อกับหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย	0.68
4	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อของผู้ป่วย การพักผ่อนของผู้ป่วย เป็นต้น	0.51
5	ท่านให้เวลากับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วย	0.47
6	ท่านให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อครอบครัวทันทีเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง	0.46
7	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดีผลเสียของการใช้เครื่องมือแพทย์ต่อผู้ป่วยตามความต้องการของครอบครัว	0.46
8	ท่านชี้แจงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของหน่วยงานให้ครอบครัวทราบ	0.44
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (Eigen value)		4.53
ร้อยละของความแปรปรวน		7.31
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน		46.32

จากตารางที่ 16 การเอาใจใส่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.53 บรรยายได้ด้วย 8 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.44 - 0.77 อธิบายคุณลักษณะการดูแลด้วยการเอาใจใส่ครอบครัวได้ร้อยละ 7.31 และอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตรวมกับการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว การอำนวยความสะดวกและการดูแลจิตวิญญาณได้ร้อยละ 46.31 การเอาใจใส่ครอบครัวที่สำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การจำกัดการเข้าเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังจับต้องผู้ป่วยของครอบครัว เป็นต้น (0.77) รองลงมาเป็นการแจ้งระเบียบการเยี่ยมของหน่วยงานให้ครอบครัวรับทราบตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย (0.76) และลำดับที่ 3 เป็นการชี้แจงให้ครอบครัวรับทราบถึงวิธีการติดต่อกับหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย (0.68)

ตารางที่ 17 ตัวประกอบที่ 5 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล

ลำดับที่	การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล	น้ำหนักการดูแล
1	ท่านประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง	0.80
2	ท่านสอบถามพื้นฐานความรู้ที่สมาชิกครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่ ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติม	0.75
3	ท่านสอบถามความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการให้ข้อมูลและอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง	0.63
4	ท่านได้ประสานงานกับแพทย์และทีมผู้ดูแลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลต่อครอบครัว ดังต่อไปนี้ ความก้าวหน้าของโรค การรักษา ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การพยากรณ์โรค และแผนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย	0.41
5	ท่านอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจว่าแผนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจะจัดให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด	0.41
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (Eigen value)		4.21
ร้อยละของความแปรปรวน		6.78
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน		53.11

จากตารางที่ 17 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.21 บรรยายด้วย 5 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.41 - 0.80 อธิบายคุณลักษณะของการให้ข้อมูลได้ร้อยละ 6.78 และอธิบายคุณลักษณะร่วมกับการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว การอำนวยความสะดวก การดูแลจิตวิญญาณ และการเอาใจใส่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 53.11 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่สำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง (0.80) รองลงมาเป็นการสอบถามพื้นฐานความรู้ที่สมาชิกครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติม (0.75) และลำดับที่ 3 เป็นการสอบถามความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการให้ข้อมูลและอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง (0.63)

ตารางที่ 18 ตัวประกอบที่ 6 การดูแล จิตใจและอารมณ์

ลำดับที่	การดูแลจิตใจและอารมณ์	น้ำหนักการดูแล
1	ท่านอยู่เป็นเพื่อนเมื่อครอบครัวเศร้าโศก เสียใจ	0.60
2	ท่านปลอบใจเมื่อเห็นครอบครัวแสดงความท้อแท้กับอาการผู้ป่วย	0.60
3	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติใกล้ชิด ของท่านเอง	0.59
4	ท่านให้กำลังใจให้ครอบครัวคิดเชิงบวกเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย	0.58
5	ท่านกระตุ้นให้ครอบครัวระบายความรู้สึกคับข้องใจที่เกิดขึ้นใน ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	0.49
6	ท่านอนุญาตให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลาที่กำหนดได้ตาม ความจำเป็น	0.48
7	ท่านอธิบายกระบวนการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ครอบครัว มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	0.45
8	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายความรู้สึกกับ บุคคลที่ไว้วางใจเพื่อลดความตึงเครียด	0.44
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ (Eigen value)		3.93
ร้อยละของความแปรปรวน		6.34
ร้อยละสะสมของความแปรปรวน		59.44

จากตารางที่ 18 การดูแลจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 3.93 บรรยายได้ด้วย 8 รายการดูแล มีค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.44 – 0.60 อธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ได้ร้อยละ 6.34 และอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว การอำนวยความสะดวก การดูแล จิตวิญญาณ การเอาใจใส่ครอบครัว และการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ได้ร้อยละ 59.44 การดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนเมื่อครอบครัวเศร้าโศก เสียใจ (0.60) รองลงมาเป็นการปลอบใจเมื่อเห็นครอบครัวแสดงความท้อแท้กับอาการของผู้ป่วย (0.60) และลำดับที่ 3 เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติใกล้ชิดของท่านเอง (0.59)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย วิกฤต

ผู้วิจัยนำข้อมูลการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังวิเคราะห์องค์ประกอบมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค รายด้านและโดยรวมทั้งฉบับเพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมือการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตหลัง วิเคราะห์องค์ประกอบ

องค์ประกอบการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha)	จำนวนรายการ ดูแล
การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว	0.97	21.0
การอำนวยความสะดวก	0.92	11.0
การดูแลจิตวิญญาณ	0.88	6.0
การเอาใจใส่ครอบครัว	0.87	8.0
การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล	0.82	5.0
การดูแลจิตใจและอารมณ์	0.90	8.0
รวมทั้งฉบับ	0.98	59.0

จากตารางที่ 19 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ประกอบด้วย 6 ตัวประกอบ บรรยายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวด้วย 59 รายการ มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 จำแนกรายเป็นรายด้านพบว่า ด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวมีค่าความเที่ยงสูงสุด (0.97) ขณะที่ด้านประสิทธิผลของการให้ข้อมูล (0.82) มีค่าความเที่ยงต่ำที่สุด อย่างไรก็ตามถือว่าเป็นค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีสำหรับเครื่องมือใหม่ (DeVellis, 2003)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป 14 โรงพยาบาล จำนวน 324 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ชุด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 62 ข้อ สร้างจากรายละเอียดตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมเป็น 6 ตัวประกอบคือ 1) การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว 2) การอำนวยความสะดวก 3) การดูแล จิตวิญญาณ 4) การเอาใจใส่ครอบครัว 5) การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล และ 6) การดูแล จิตใจและอารมณ์ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.92 คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าความเที่ยงจากการทดลองใช้เครื่องมือ 0.98 เท่ากับค่าความเที่ยงของกลุ่มตัวอย่าง 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบ สอบถามรายข้อ วิเคราะห์ตัวประกอบด้วยการสกัดตัวประกอบหลักและหมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax)

1. สรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

หลังการสกัดตัวประกอบและหมุนแกนตัวประกอบแล้ว องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย 6 ตัวประกอบ ตั้งชื่อตามกลุ่มรายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบดังนี้

1.1 ตัวประกอบด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว

- 1.2 ตัวประกอบด้านการอำนวยความสะดวก
- 1.3 ตัวประกอบด้านจิตวิญญาณ
- 1.4 ตัวประกอบด้านการเอาใจใส่ครอบครัว
- 1.5 ตัวประกอบด้านประสิทธิผลของการให้ข้อมูล
- 1.6 ตัวประกอบด้านจิตใจและอารมณ์

ตามลำดับค่าผลรวมความแปรปรวนของตัวประกอบจากมากไปน้อย ซึ่งทั้ง 6 ตัวประกอบ มีค่าความแปรปรวนรวมคิดเป็นร้อยละ 59.54

2. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่อธิบายแต่ละองค์ประกอบ

2.1 ตัวประกอบด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว

ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวสามารถอธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวได้มากที่สุด มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 11.93 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 19.24 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบ พบว่ารายการดูแลครอบครัวทั้ง 21 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแล 2 กลุ่ม กล่าวคือ การดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และการดูแลที่ช่วยในการแสวงหาทางเลือกในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตามบริบทของครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 การดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤต รายการดูแลที่อธิบายคุณลักษณะดังกล่าวมีทั้งหมด 16 รายการ เรียงตามน้ำหนักรายการจากมากไปน้อย คือ การประสานงานให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือตามความพร้อมและความเหมาะสม การกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวถ่ายทอดความต้องการของตนรวมถึงสมาชิกคนอื่นเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต การช่วยให้ครอบครัวค้นหาปัญหาที่แท้จริงในการเผชิญภาวะวิกฤต การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าใจและมั่นใจในการพิทักษ์สิทธิของตน การช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การร่วมประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้ดูแลเมื่อเกิดข้อขัดแย้งเพื่อแก้ไขปัญหาของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ การแนะนำวิธีที่เหมาะสมในการระบายความรู้สึกด้านลบ การประเมินการปรับตัวของครอบครัวต่อการยอมรับการเจ็บป่วย การช่วยให้ครอบครัวได้สื่อสารสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องระหว่างกัน การส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

จนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกและความต้องการระหว่างกัน ในกรณีที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ การสอบถามปัญหาการเผชิญภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัว การบันทึก ส่งต่อปัญหาของครอบครัวพร้อมการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ในแบบบันทึกทางการแพทย์และการรับส่งเวร การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็นต่อทีมผู้ดูแลทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และการตระหนักถึงการดูแลที่ไม่ละเมิดสิทธิ รวมถึงปฏิบัติต่อครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน

2.1.2 การดูแลที่ช่วยแสวงหาทางเลือกในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตามบริบทของครอบครัว มีรายการของดูแลที่อธิบายคุณลักษณะดังกล่าว 5 รายการ เรียงตามน้ำหนัก รายการจากมากไปน้อย คือ การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ การช่วยให้ครอบครัวบอกความช่วยเหลือที่ต้องการตามความจำเป็นของแต่ละครอบครัว การประสานงานให้ครอบครัวได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษาพยาบาลกับทีมผู้ดูแล การสนับสนุนการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน

จะเห็นว่าการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวอธิบายถึง การที่ครอบครัวได้รับการเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และได้แสดงความเป็นผู้ที่มีความหมาย ความสำคัญ เป็นที่ต้องการที่พึ่งพาของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และบุคคลอื่น เพื่อให้ครอบครัวสามารถควบคุมตนเองได้เมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสมตามความพร้อมและบริบทของครอบครัว ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อว่าตัวประกอบด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว

2.2 ตัวประกอบด้านการอำนวยความสะดวก

การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการอำนวยความสะดวก อธิบายคุณลักษณะการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เป็นลำดับที่ 2 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.33 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 11.83 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบนี้ พบว่ารายการดูแลครอบครัวทั้ง 11 รายการเป็นแหล่งรวมของรายการดูแลเพียงกลุ่มเดียว กล่าวคือเป็นกลุ่มรายการที่บรรยายถึงคุณลักษณะของการดูแลเพื่อบรรเทาผลจากการมีสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว เรียงลำดับน้ำหนักรายการดูแลครอบครัวจากมาก

ไปน้อย คือ การแนะนำสถานที่สำหรับครอบครัวคลายความกังวลขณะรอเยี่ยม การประเมินสุขภาพสมาชิกครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยวิกฤต การจัดให้มีที่พักรอเยี่ยมที่เป็นสัดส่วนเท่าที่จะมี สถานที่เฝ้าอำนวยความสะดวก การให้ข้อมูลสถานที่พักอาศัยใกล้โรงพยาบาล การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ทำความคุ้นเคยกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การประสานงานกับหน่วยงานนอกโรงพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การสอบถามความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวขณะที่มีญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึกกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอื่นที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นทางเลือกในการเผชิญปัญหา การบอกทิศทางของสถานที่ในโรงพยาบาลที่ครอบครัวต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การจัดหาสถานที่เฉพาะสำหรับครอบครัวได้อยู่ตามลำพังเพื่อปรับอารมณ์ให้เป็นปกติก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการนำเสนอปัญหาของครอบครัวในการประชุมปรึกษาทางการแพทย์ก่อนและหลังปฏิบัติงาน

จะเห็นว่ารายการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนี้โดยรวมอธิบายถึง การจัดหา หรือ จัดสรรแหล่งทรัพยากรให้กับครอบครัว ในการบรรเทาผลอันเกิดจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อสมาชิกครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่และด้านเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ครอบครัวดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อตัวประกอบรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการอำนวยความสะดวก

2.3 ตัวประกอบด้านการดูแล จิตวิญญาณ

ตัวประกอบรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแล จิตวิญญาณ อธิบายคุณลักษณะรายการดูแลครอบครัวได้เป็นลำดับที่ 3 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.53 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 7.31 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่เป็นรายการดูแลครอบครัวนี้ พบว่ารายการดูแลครอบครัวทั้ง 6 รายการ เป็นแหล่งรวมของการดูแลครอบครัวกลุ่มเดียวบรรยายถึงคุณลักษณะของครอบครัวที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธา ตามหลักศาสนาและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เรียงลำดับน้ำหนักการดูแลจากมากไปน้อย คือ การอนุญาตให้ครอบครัวจัดทำพิธีกรรมตามความศรัทธา การอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมตามหลักศาสนา การยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความเชื่อของครอบครัวที่ทำให้กับผู้ป่วย การเคารพการดูแลตามความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัวนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน การยอมรับกิจกรรมของ

ครอบครัวที่ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับความรัก ความเมตตาและการให้อภัย ที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว

จะเห็นว่ารายการดูแลครอบครัวนี้โดยรวมอธิบายถึงการดูแลที่ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเผชิญและปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตามความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรมและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อตัวประกอบรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านจิตวิญญาณ

2.4 ตัวประกอบด้านการเอาใจใส่ครอบครัว

ตัวประกอบรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการเอาใจใส่ครอบครัว อธิบายรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้เป็นลำดับที่ 4 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.53 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 7.31 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลครอบครัวที่อธิบายตัวประกอบนี้ พบว่าทั้ง 8 รายการ เป็นแหล่งรวมของการดูแลครอบครัวที่บรรยายถึงการดูแลของพยาบาลที่เข้าใจและรับรู้ความรู้สึก ความต้องการเมื่อเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตเสมือนเป็นบุคคลในครอบครัว เรียงลำดับน้ำหนักรายการดูแลจากมากไปน้อย คือ การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวของครอบครัวที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล การแจ้งระเบียบการเยี่ยมให้ครอบครัวรับทราบตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้ป่วย การชี้แจงให้ครอบครัวรับทราบถึงวิธีการติดต่อกับหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย การให้เวลาครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตบอกเล่าความรู้สึกต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย การให้ข้อมูลต่อครอบครัวทันทีที่อาการเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเฉพาะกรณี และการชี้แจงขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานให้ครอบครัวรับทราบ

จะเห็นว่ารายการดูแลครอบครัวนี้โดยรวมแสดงถึง การดูแลอย่างเป็นกัลยาณมิตรของพยาบาล ที่เข้าใจ เข้าถึงความรู้สึกของครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และข้อจำกัดของครอบครัว เพื่อตอบสนองของความต้องการที่สมเหตุสมผลตามสถานการณ์ที่ครอบครัวเผชิญอันได้แก่ การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การติดต่อกับหน่วยงาน ความเสี่ยงในการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวต่อการเข้า

รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการเอาใจใส่ครอบครัว

2.5 ตัวประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล

ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล อธิบายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้เป็นลำดับที่ 5 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.21 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 6.78 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่เป็นอธิบายตัวประกอบนี้ พบว่าทั้ง 5 รายการดูแลเป็นแหล่งรวมของกลุ่มรายการที่บรรยายถึงการได้รับข้อมูลสภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัว เรียงลำดับน้ำหนักตัวประกอบจากมากไปน้อย คือ การประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัวก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง การสอบถามพื้นฐานความรู้ที่ครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูลเพิ่ม การสอบถามความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการให้ข้อมูลและอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง การประสานงานให้ทีมผู้ดูแลให้ข้อมูลในส่วนที่รับผิดชอบต่อครอบครัว เช่น ความก้าวหน้าของโรค การรักษา ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรค การพยากรณ์โรคและแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการอธิบายแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

จะเห็นว่าตัวแปรเหล่านี้โดยรวมอธิบายถึงรายละเอียดของการให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรค โดยคำนึงถึงความต้องการข้อมูล ความพร้อม และวิธีการสื่อสารกับครอบครัว เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัว ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล

2.6 ตัวประกอบด้านการดูแล จิตใจและอารมณ์

ตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้าน จิตใจและอารมณ์ อธิบายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตได้เป็นลำดับที่ 6 มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.93 คิดเป็นร้อยละความแปรปรวนหลังการหมุนแกนของตัวประกอบเท่ากับ 6.34 ของความแปรปรวนทั้งหมด เมื่อพิจารณารายการดูแลที่อธิบายตัวประกอบนี้ พบว่าทั้ง 8 รายการดูแลเป็นแหล่งรวมของกลุ่มการดูแลครอบครัวที่บรรยายถึงการช่วยเหลือระดับประคับประคองจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว เรียงลำดับการดูแลจากมากไปน้อย คือ การอยู่เป็นเพื่อนเมื่อครอบครัวเศร้าโศก

เสียใจ การปลอบใจเมื่อครอบครัวแสดงความท้อแท้กับอาการผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เสมือนเป็นญาติใกล้ชิด การให้กำลังใจครอบครัวให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การกระตุ้นให้ครอบครัวระบายความรู้สึกคับข้องใจที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การอนุญาตให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลาได้ตามความจำเป็น การอธิบายกระบวนการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ครอบครัวมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจเพื่อลดความตึงเครียด

จะเห็นว่ารายการดูแลครอบครัวโดยรวม อธิบายถึงรายละเอียดของการดูแลที่กระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง รับฟังปัญหาด้วยความเห็นใจ เอื้ออาทร รวมถึงการชี้แนะ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจและความหวังตามความเป็นจริง ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อตัวประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้านจิตใจและอารมณ์

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายผลจากค่าสถิติใน 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 ความสอดคล้องของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการทบทวนเอกสารร่วมกับการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต และข้อมูลเชิงประจักษ์จากความเห็นของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1.1.1 ตัวประกอบที่ 1 การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว สอดคล้องกับรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว ประกอบด้วย Ad13, Ad14, Ad12, Ad10, Ad4, Ad3, Ad2, Ad6, Ad11, Ad1, Ad9, Ad7, Ad8 และ Ad5 และด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย Par9, Par1, Par3, Par6, Par5 และ Par7

1.1.2 ตัวประกอบที่ 2 การอำนวยความสะดวก สอดคล้องกับรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 3 ด้าน ได้แก่ การอำนวยความสะดวก ประกอบด้วย Fa6, Fa2, Fa3, Fa5, Fa1 และ Fa4 ด้านจิตใจ

และอารมณ์ Emo11, Emo14, Emo12 และ Emo3 และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย Par 2

1.1.3 ตัวประกอบที่ 3 การดูแล จิตวิญญาณ สอดคล้องกับรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านการดูแลจิตวิญญาณ ทั้ง 6 ข้อ ประกอบด้วย Sp2, Sp6, Sp1, Sp5, Sp3 และ Sp4

1.1.4 ตัวประกอบที่ 4 การเอาใจใส่ครอบครัว สอดคล้องกับรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูล ประกอบด้วย Infor12, Infor11, Infor13, Infor8, Infor10, Infor5 และ Infor6 และด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ Emo1

1.1.5 ตัวประกอบที่ 5 การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านการให้ข้อมูลเพียงด้านเดียว ประกอบด้วย Infor2, Infor4, Infor9 และ Infor7 เมื่อพิจารณารายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในตัวประกอบที่ 4 และ 5 มีคุณลักษณะของการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใกล้เคียงกัน ในทางปฏิบัติอาจผนวกรายการดูแลในตัวประกอบที่ 4 และ 5 เป็นกลุ่มการดูแลเดียวกันได้

1.1.6 ตัวประกอบที่ 6 การดูแลจิตใจและอารมณ์ สอดคล้องกับรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์เพียงด้านเดียว ประกอบด้วย Emo8, Emo7, Emo5, Emo9, Emo2, Emo6, Emo4 และ Emo10

1.2 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 3 รายการ ที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

1.2.1 รายการที่ 47 (Par 8) การนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจากครอบครัว มาวางแผนเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม เป็นรายการดูแลในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เมื่อพิจารณาข้อคำถามพบว่าเป็นรายการดูแลที่อาจนำไปปฏิบัติในระยะวิกฤตได้น้อยกว่าเมื่อพ้นจากระยะวิกฤต หรือในระยะประคับประคองอาการหรือวาระสุดท้าย จึงมีผลให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สอดคล้องกับการดูแลรายการอื่นในระดับต่ำ

1.2.2 รายการที่ 3 (Infor 3) เป็นรายการดูแลครอบครัวรายการเดี่ยวของตัวประกอบที่ 8 (ดังแสดงในภาคผนวก จ) ด้วยค่าน้ำหนักรายการดูแล 0.53 เป็นการให้สื่อในการให้ข้อมูลที่เหมาะกับความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวแต่ละราย เช่น ภาพพลิก คู่มือ สื่อวีดิทัศน์ หรือการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยรายอื่นที่เจ็บป่วยคล้าย ๆ กัน เป็นต้น ข้อความ “สื่อในการให้ข้อมูล” มีความแตกต่างกับรายการดูแลอื่น จึงเป็นรายการดูแลครอบครัวเพียงรายการเดี่ยวของตัวประกอบที่ 8 ผู้วิจัยจึงพิจารณาค่าน้ำหนักของรายการดูแลเมื่อเป็นสมาชิกของตัวประกอบอื่นพบว่ารายการที่ 3 (Infor3) มีค่าน้ำหนักรายการดูแลเท่ากับ 0.38 เมื่อเป็นสมาชิกของตัวประกอบที่ 4 ดังนั้นรายการดูแลที่ 3 (Infor3) อาจนำไปผนวกเป็นการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในด้านการเอาใจใส่ครอบครัว

1.2.3 รายการที่ 26 (Emo 13) เป็นรายการดูแลครอบครัวรายการเดี่ยวของตัวประกอบที่ 9 (ดังแสดงในภาคผนวก จ) ด้วยค่าน้ำหนักรายการดูแล 0.41 เป็นการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือหน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามความเหมาะสม มีข้อความ “การประสานงาน” แตกต่างจากการดูแลครอบครัวรายการอื่น ทำให้รายการดูแลนี้เป็นสมาชิกของตัวประกอบที่ 9 เพียงรายการเดียว เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักของรายการดูแลเมื่อเป็นสมาชิกของตัวประกอบอื่น พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.34 เมื่อเป็นสมาชิกของตัวประกอบที่ 1 ดังนั้นรายการดูแลที่ 26 (Emo13) อาจนำไปผนวกเป็นการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในด้านการส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว

2. องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

จากผลการวิจัยองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 6 ตัวประกอบคือ ตัวประกอบด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว ตัวประกอบด้านการอำนวยความสะดวก ตัวประกอบด้านการดูแล จิตวิญญาณ ตัวประกอบด้านการเอาใจใส่ครอบครัว ตัวประกอบด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล และตัวประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ มีค่าความแปรปรวนจากมากไปน้อยตามลำดับดังนี้ 11.93, 7.33, 4.92, 4.53, 4.21 และ 3.93 ตามลำดับผู้วิจัยวิเคราะห์ตัวประกอบด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลัก และหมุนแกนแบบออร์โธโกนอลด้วยวิธีแวนเดอร์เวท เพื่ออธิบายความแปรปรวนของตัวประกอบ โดยองค์ประกอบท้าย ๆ จะอธิบายความแปรปรวนได้น้อยลงตามลำดับ และทุกตัวประกอบเป็นอิสระต่อกัน

องค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยนี้บางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ Leske (1992) วิเคราะห์องค์ประกอบเครื่องมือการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory: CCFNI) Leske จัดความต้องการของครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความต้องการให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการได้รับความสุขสบาย ความต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และความมั่นใจต่อคุณภาพการดูแล กล่าวคือตัวประกอบของการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นหนึ่งในตัวประกอบด้านที่ 1 การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว รายการที่ 17 การแสดงความคิดเห็น ความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษากับทีมผู้ดูแล (น้ำหนักการดูแล 0.50) และรายการที่ 21 เป็นการช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน (น้ำหนักการดูแล 0.41) ส่วนความมั่นใจต่อคุณภาพการดูแลเป็นตัวแปรของตัวประกอบที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 6 ซึ่งเป็นลำดับสุดท้าย กล่าวคือเป็นสมาชิกของตัวประกอบด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ในลำดับที่ 7 (น้ำหนักการดูแล 0.45) อย่างไรก็ตามการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในสังคมไทยให้ความสำคัญกับกระบวนการที่นำไปสู่การปรับตัวของครอบครัวด้วยการประคับประคองช่วยเหลือทั้งจากสมาชิกภายในครอบครัวด้วยตนเอง ครอบครัวผู้ป่วยอื่น พยาบาลทีมหรือผู้ให้การดูแลในหน่วยวิกฤต เพื่อให้ก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วยการปรับตัวที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาการศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในทศวรรษหลัง การศึกษาเชิงคุณภาพที่สัมภาษณ์เชิงลึกต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในสหรัฐอเมริกา McAdam et al. (2008) พบว่าการได้อยู่เคียงข้างเพื่อประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน การเป็นตัวแทนเพื่อสื่อสารความต้องการและข้อมูลของผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแล การได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือด้านจิตใจจากทีมผู้ดูแล และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการดูแลที่สอดคล้องกับรายการดูแล ด้านการส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Söderström et al. (2009) พบว่าครอบครัวต้องการความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต และการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นรายการดูแลด้านการปรับตัวของครอบครัว และด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mitchell and Chaboyer (2010) เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้นำหนักกับการมี

ส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และการร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งเป็นรายการดูแล ด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการพัฒนารูปแบบการดูแลครอบครัว พบว่า โปรแกรมการช่วยครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (The Critical Care Family Assistance: CCFAP) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เน้นการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแผนการดูแล ทำให้หน่วยงานมีรูปแบบการรักษาที่ชัดเจนทั้งในระยะวิกฤต ระยะประคับประคองอาการ หรือระยะสุดท้ายของชีวิต คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ครอบครัวมีความเครียดลดลง ผู้วิจัยไม่ได้รายงานตัวชี้วัดที่แสดงถึงความพึงพอใจหรือรายละเอียดของการดูแลที่ตอบสนอง หรือไม่ตอบสนองต่อปัญหาของครอบครัว จึงพออนุมานได้ว่าโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบรรลุผลที่น่าพอใจต่อครอบครัวด้านจิตใจ ซึ่งเป็นหนึ่งในรายการดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Yang (2008) ผสมผสานการศึกษาเชิงปริมาณร่วมกับการศึกษาคุณภาพ ตามแนวคิดของแบบประเมินความต้องการของครอบครัว (CCFNI) พบว่าครอบครัวต้องการได้รับความมั่นใจต่อคุณภาพการดูแลมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร และความต้องการได้อยู่เคียงข้างผู้ป่วย ซึ่งเป็นรายการดูแลของตัวประกอบที่ 6 การดูแลครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ ตัวประกอบที่ 5 การให้ข้อมูลที่มี ประสิทธิภาพ และตัวประกอบที่ 1 ด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว อย่างไรก็ตามมีข้อค้นพบเพิ่มจากการศึกษาของ Yang (2008) คือ รายการดูแลครอบครัว ด้านการอำนวยความสะดวก และการเอาใจใส่ครอบครัว

เมื่อนำคุณลักษณะของตัวแปรในแต่ละตัวประกอบมาพิจารณาเปรียบเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนักของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) อันเป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายรวมถึงการดูแลต่อที่บ้าน ผนวกการดูแลครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 8 มาตรฐานจากทั้งหมด 11 มาตรฐาน ประกอบด้วย มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การจัดสถานที่สำหรับครอบครัวหรือผู้เข้าเยี่ยมเพื่อผ่อนคลายหรือระบายความรู้สึก ความเครียด ต่อภาวะความเจ็บป่วย 2) การจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้าย มาตรฐานที่ 5 การประเมิน ผลการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การประเมินความสามารถการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยและ

ครอบครัว 2) การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกำหนดแผน เป้าหมายของการดูแลในแต่ละช่วงเวลาและแต่ละวัน 3) การจัดกิจกรรม การสร้างเสริม การดูแลสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การนำข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกและต่อเนื่องมาวินิจฉัยความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ 1) การประเมินการรับรู้ความเข้าใจ ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ 2) จัดระบบการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเตรียมตัวเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และความสำคัญในการผูกยึด การบริจาคอวัยวะ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง 3) การจัดโปรแกรมปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ ประกอบด้วย สิทธิที่พึงมีพึงได้จากโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้สถานที่ แหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล และสิทธิผู้ป่วย 4) การอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล ก่อนตัดสินใจลงนามยินยอมรับการรักษา 5) คำแนะนำกรณีผู้ป่วยกลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการรักษา 6) แนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย 7) การบันทึกการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องครบถ้วน มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้แก่ 1) มีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูล แผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาลต่อผู้ป่วยและครอบครัว 2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ / วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 3) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจน (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) และมาตรฐานที่ 11 การบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในที่มการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ผู้วิจัยพบว่ารายการดูแลครอบครัวในตัวประกอบที่ 1 - 6 ของการศึกษานี้ เป็นการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตตาม 8 มาตรฐานข้างต้น อย่างไรก็ตามมีการดูแลครอบครัวที่พบเพิ่มจากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก (2551) ประกอบด้วย ตัวประกอบที่ 1 การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ (น้ำหนักการดูแล 0.81) 2) การประสานงานให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือตามความพร้อมและความเหมาะสม (น้ำหนักการดูแล 0.77) 3) การช่วยให้ครอบครัวได้สื่อสารสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่

ถูกต้องต่อกัน (นำหน้าการดูแล 0.67) ตัวประกอบที่ 2 การอำนวยความสะดวก 1) การแนะนำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ทำความคุ้นเคยกันเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อต้องการ (นำหน้าการดูแล 0.60) 2) การสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระบายความรู้สึกกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอื่นที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นทางเลือกในการเผชิญปัญหา (นำหน้าการดูแล 0.59)

ส่วนการดูแลตามมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนักที่ผู้วิจัยไม่นำเข้ามาเป็นตัวแปรในการศึกษานี้ คือการให้ข้อมูลการบริจาคอวัยวะ ด้วยเหตุผล 3 ประการ ประการแรก การขอรับบริจาคอวัยวะจากญาติผู้ป่วยสมองตายต้องกระทำโดยผู้มีความรู้มีทักษะและผ่านการอบรมโดยเฉพาะ (วิศิษฎ์ ฐิตวัฒน์ และยุวดี อรรถจารุสิทธิ์, 2554) และโดยจาริตประเพณีของทางตะวันออกที่ให้ความสำคัญกับศพ มีกราบไหว้บูชาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว ทำให้ศพมีคุณค่าทางจิตใจแก่บรรดาญาติพี่น้อง จึงเป็นความรู้สึกอึดอัดใจของทีมผู้ดูแลที่จะต้องเข้าไปปฏิสัมพันธ์เพื่อขออวัยวะกับญาติผู้ตายที่กำลังเศร้าโศก (ณัฐวสา ฉัตรไพฑูรย์, 2547) ประการที่ 2 การรักษาสภาพอวัยวะไว้ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการปลูกถ่ายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีผลเสมือนผู้ป่วยยังหายใจอยู่การผ่าตัดเอาอวัยวะไปใช้กับผู้ป่วยอื่น อาจก่อความรู้สึกว่าเป็นการยึดเยียดความตายให้คนไข้ ทำให้ครอบครัวเข้าใจผิดและระแวงสงสัยในกระบวนการตัดเอาอวัยวะไปใช้ อาจส่งผลถึงความไว้วางใจต่อระบบสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายอวัยวะ และประการสุดท้าย มีประชาชนเพียงร้อยละ 56 เท่านั้น ที่ยินยอมบริจาคอวัยวะของญาติหากเสียชีวิตด้วยภาวะสมองตาย จากความเชื่อเกี่ยวกับชาติหน้ากลัวอวัยวะไม่ครบ และยังทำใจไม่ได้กับการเสียชีวิต (วิศิษฎ์ ฐิตวัฒน์ และยุวดี อรรถจารุสิทธิ์, 2554) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่มีภาวะสมองตายในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในรอบ 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 มีจำนวน 219 คน ซึ่งในปี 2553 มีผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตายซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 54 คน (รายงานประจำปี 2553 ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย, 2554) จะเห็นว่าจำนวนครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในกระบวนการบริจาคอวัยวะมีไม่มากนัก หน่วยงานต้องจัดระบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะ และใส่ใจกับการรับรู้และความรู้สึกของครอบครัวเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าการบวนการบริจาคอวัยวะควรเป็นความพร้อมและความตั้งใจของครอบครัวที่จะบอกความต้องการต่อทีมผู้ดูแลมากกว่าเป็นการเสนอข้อมูลขอรับ

บริจาคทั่ว ๆ ไปจากทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งอาจก่อให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับทีมผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงไม่นำเข้ามาเป็นตัวแปรในการศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษานี้แสดงถึงรายการ การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลสามารถนำไปประเมินเพื่อจัดลำดับความสำคัญการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตตามในสถานะที่เร่งรีบเพื่อดูแลผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤตพร้อม ๆ กับการคงไว้ซึ่งสมดุลของครอบครัว ด้วยการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะของครอบครัวที่เชื่อมโยงผูกพันในครอบครัวหรือชุมชน แม้จะไม่ผูกพันโดยสายเลือดหรือด้วยกฎหมาย เป็นเสมือนครอบครัวขนาดใหญ่ช่วยประคับประคอง เป็นที่ปรึกษา มาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวมีแหล่งทรัพยากรใกล้ตัวที่คอยสนับสนุน เกื้อกูล คอยช่วยเหลือตามบริบทของครอบครัว

โดยสรุปจากการเทียบเคียงผลการวิจัยกับการศึกษาการดูแลครอบครัวในรูปแบบอื่น ๆ พบว่าความเหมือนและความแตกต่างกันในหลายประเด็น แม้จะศึกษาในวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน และด้วยข้อจำกัดของการศึกษา ที่ศึกษาการดูแลครอบครัวผ่านทัศนคติของพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยตรง เพื่อนำผลการศึกษามาประมวลเปรียบเทียบกับทัศนคติของพยาบาล รวมถึงขยายขอบเขตศึกษาในหน่วยงานที่มีบริบทแตกต่างออกไป จะทำให้ผลการศึกษาคอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ตัวแปรย่อยที่อธิบายลักษณะตัวประกอบ

3.1 ตัวประกอบที่ 1 ด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว มีค่า

ความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 11.93 คิดเป็นร้อยละ 19.24 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.41 – 0.81 จำนวน 21 รายการ

การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่ส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และแสดงออกถึงการเป็นผู้ที่มีความหมาย มีความสำคัญ เป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวและบุคคลอื่น เพื่อให้ครอบครัวสามารถควบคุมตนเองได้เมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสมตามความพร้อมและบริบทของครอบครัว

การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัว ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและเครือญาติใกล้ชิด ครอบครัวอาจารเป็นที่พักพิง ให้การดูแล เลือกรักษาการเยียวยา และปรับตัวเพื่อดูแลผู้ป่วย (ภาวิณี เสาะสืบ, 2552) ด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือและควบคุม

สถานการณ์เท่าที่จะสามารถทำได้ (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541) ทั้งในด้านบวก เช่น การมองภาวะเจ็บป่วยในด้านบวก หรือการตำหนิตนเองและระบายความเครียดกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นเลือกการเผชิญปัญหาด้านลบ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) การก้าวผ่านภาวะวิกฤตที่กระทบต่อครอบครัว มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง (กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) หนึ่งในจำนวนนั้นที่พยาบาลสามารถนำมาจัดกระทำเพื่อให้การดูแลครอบครัวได้คือ การรับรู้ของครอบครัวต่อสถานการณ์วิกฤตและการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมภายนอก (Hickey, 1993) เป็นทางเลือกที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทและความรับผิดชอบ (Hudak et al., 1998) การยอมรับความเป็นปัจเจกและเคารพสิทธิของแต่ละครอบครัว สร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและทีมผู้ดูแล (Auerbach et al., 2005) รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวมีตัวตน มีความสำคัญต่อผู้อื่น รวมถึงการเป็นผู้ให้ต่อผู้ที่อ่อนแอกว่า ตามรายงานการศึกษามุมมองของครอบครัวในภาคผนวก ข. ส่งผลให้ครอบครัวตระหนักถึงคุณค่าความสามารถของตนเองที่ได้ทำประโยชน์ต่อครอบครัวอื่น (รัตรรัตนา อัญญ, 2545) ขณะเดียวกันผู้ที่เผชิญกับภาวะวิกฤตคล้ายกันยอมเข้าใจความรู้สึกและความต้องการดีกว่าผู้อื่น พยาบาลควรเป็นผู้ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอื่นที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และให้ความสำคัญกับการสอบถามความถูกต้องของคำแนะนำและการช่วยเหลือระหว่างครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วย

3.2 ตัวประกอบที่ 2 ด้านการอำนวยความสะดวก มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 7.33 คิดเป็นร้อยละ 11.83 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.53 – 0.68 จำนวน 11 รายการ

การอำนวยความสะดวก หมายถึง การจัดหา หรือจัดสรรแหล่งทรัพยากรให้กับครอบครัวเพื่อบรรเทาผลอันเกิดจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ของครอบครัวและด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ครอบครัวดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับวิถีชีวิตปกติ

วิถีชีวิตที่ใกล้เคียงกับปกติสื่อถึงการปรับสมดุลในการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด McMaster Model of Family Functioning (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เป็นสิ่งที่ครอบครัวปรารถนาไม่ว่าจะเผชิญภาวะวิกฤตแบบใด ผลที่เกิดกับครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์ อันประกอบด้วยความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย อาทิ ความ

อยากอาหาร การนอนหลับ และก่อให้เกิดความเจ็บป่วย นอกจากนั้นความไม่ลงตัวของ การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ทำให้ผลกระทบข้างต้น ทวีความรุนแรงขึ้น การช่วยให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ ครอบครัวผู้ป่วยอื่น แนะนำแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาล รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพของ สมาชิกครอบครัวของพยาบาล เป็นทางเลือกให้ครอบครัวนำไปปรับเปลี่ยนบทบาทการเฝ้าดูหรือ เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อจากญาติที่ห่างไกล เพื่อเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำเป็นที่หน่วยงานต้องจัดสรร สถานที่สำหรับครอบครัวได้หย่อนใจผ่อนคลายจากความเครียด เพื่อบรรเทาผลต่อจิตใจ (อุบล วรณ กิติรัตน์ตระการ, 2543; Bailey, Coutu-Wakulczyk, and Bailey, 1991) และอำนวยความสะดวกด้านปัจจัยพื้นฐาน (Leske, 1992; O'Connell and Landers, 2008) อาทิ การ แนะนำทิศทางของ ห้องน้ำ สถานที่จำหน่ายเครื่องอุปโภค บริโภคที่จำเป็น ข้อมูลของสถานที่พัก ใกล้โรงพยาบาล การมีที่พักหรือเยี่ยมที่เป็นสัดส่วน เพื่อให้ครอบครัวดำรงชีวิตใกล้เคียงกับปกติ เท่าที่สามารถจะทำได้

3.3 ตัวประกอบที่ 3 ด้านการดูแล จิตวิญญาณ มีค่าความแปรปรวนของ ตัวประกอบเท่ากับ 4.92 คิดเป็นร้อยละ 7.94 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วย ค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.61 – 0.76 จำนวน 6 รายการ

การดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตเผชิญและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตอย่างเหมาะสม ตามความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ วัฒนธรรมและการปฏิบัติตามหลักศาสนา

จิตวิญญาณเป็นแก่นที่บุคคลยึดเหนี่ยว หมายถึง ศรัทธา ความเชื่อ วัฒนธรรมและศาสนาที่ถือปฏิบัติ เมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต บางครอบครัวเชื่อมั่นกับ รูปแบบการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่บางครอบครัวต้องการรับรู้ช่วงเวลาก่อนสูญเสีย (Eggenberger and Nelms, 2005) เพื่อได้อยู่เคียงข้างกับบุคคลที่รัก วงรันต์ ไสสุข (2544) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการปานกลาง ขณะที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง ดังนั้นการดูแลด้านจิตวิญญาณจึงเป็นการดูแล ที่พยาบาลส่งเสริม เชื้ออำนาจให้ครอบครัวได้ปฏิบัติสอดคล้องกับความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ความศรัทธา บริบทของวัฒนธรรม และหลักศาสนา (Chan and Twinn, 2007) ทุกระยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟู หรือในระยะสุดท้าย

3.4 ตัวประกอบที่ 4 ด้านการเอาใจใส่ครอบครัว มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.53 คิดเป็นร้อยละ 7.31 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.44 – 0.77 จำนวน 8 รายการ

การเอาใจใส่ครอบครัว หมายถึง การดูแลอย่างเป็นกัลยาณมิตรของพยาบาล ที่เข้าใจเข้าถึงความรู้สึกของครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต และข้อจำกัดของครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการที่สมเหตุสมผลตามสถานการณ์ที่ครอบครัวเผชิญ

การเข้าถึงความรู้สึกของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล ทำให้ภาพของการดูแลแบบเป็นองค์รวมชัดเจนมากขึ้น กล่าวคือพยาบาลดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเสมือนมีญาติใกล้ชิดอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ประเด็นสำคัญคือการเข้าถึงความรู้สึกของครอบครัว ชัดเจนต่อความต้องการทราบข้อมูลภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย (Molter, 1979; Ganglion, 1984; Lederer et al., 2005) รวมทั้งสื่อความต้องการนั้นต่อทีมผู้ดูแล ด้วยการเอาใจใส่ครอบครัวของพยาบาล ทำให้การให้ข้อมูลและการดูแลมีมิติสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว อาทิ การปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับการรักษาพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม การได้บอกเล่าความรู้สึกต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย และข้อมูลการรักษาพยาบาลได้ผู้ป่วยได้รับเฉพาะกรณี เช่นการตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

3.5 ตัวประกอบที่ 5 ด้านการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.53 คิดเป็นร้อยละ 7.31 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.41 – 0.80 จำนวน 5 รายการ

การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัวให้ทราบเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของโรคโดยคำนึงถึงความต้องการข้อมูล ความพร้อม และวิธีการสื่อสารกับครอบครัว เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัว

การบกพร่องด้านการสื่อสารเกิดกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง หรืออยู่ในระยะแรกของการเผชิญภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวเลือกที่

จะรับสารที่พยาบาลสื่อ นำไปตีความให้ความหมายตามประสบการณ์และความเข้าใจของตนเอง
 งเสนอในรายงานการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองของครอบครัวในภาคผนวก ข
 Evan et al. (2009) พบว่าครอบครัวต้องการได้รับข้อมูลที่เปิดเผยและตรงกับความเป็นจริงจากทีม
 ผู้ดูแล แต่ด้วยภาระงานของพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต ทำให้ภาพที่ปรากฏต่อ
 สายตาของครอบครัวคือพยาบาลมีภาระงานมาก ยุ่งอยู่ตลอดเวลา ไม่มีช่องทางให้สอบถาม
 อากาการผู้ป่วย (Yang, 2009) ดังนั้นการคำนึงถึงประสิทธิผลของการให้ข้อมูลกับครอบครัวจึงจำเป็น
 ที่พยาบาลต้องใช้กระบวนการสอบถามความเข้าใจกับครอบครัว ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติมและหลังให้
 ข้อมูลทุกครั้ง

3.6 ตัวประกอบด้านที่ 6 การดูแลจิตใจและอารมณ์ ค่าความแปรปรวนของ
 ตัวประกอบเท่ากับ 3.93 คิดเป็นร้อยละ 6.34 ของจำนวนความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วย
 ค่าน้ำหนักการดูแลตั้งแต่ 0.44 – 0.60 จำนวน 8 รายการ

การดูแลจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การดูแลของพยาบาลที่กระตุ้น เปิดโอกาส
 ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง รับฟังปัญหาด้วย
 ความเห็นใจ เอื้ออาทร รวมถึงการชี้แนะ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจและความหวัง
 ตามความเป็นจริง

นักวิชาการให้ความสนใจจัดโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาล (อรัญญา
 ศรีคำชาว, 2548; Chien et al., 2005) เพื่อบรรเทาผลด้านจิตใจและอารมณ์ต่อครอบครัวของ
 ผู้ป่วยวิกฤต อย่างไรก็ตามนอกจากผลลัพธ์จากโปรแกรมที่พยาบาลจัดให้กับครอบครัวแล้ว
 สิ่งหนึ่งที่ช่วยบรรเทาผลด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว คือความผูกพันและแหล่งช่วยเหลือ
 ภายในครอบครัว ในชุมชน รวมถึงครอบครัวอื่นในโรงพยาบาลที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดังรายละเอียด
 ในรายงานการศึกษา การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองของครอบครัวในภาคผนวก ข
 ภาพที่พบน้อยมากคือสมาชิกครอบครัวนั่งรอเยี่ยมหรือเฝ้าดูอาการผู้ป่วยตามลำพัง โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งเมื่อมีการสูญเสีย สมาชิกครอบครัวจะได้รับการประคับประคองทางจิตใจจากบุคคลรอบ ๆ
 ข้าง รวมถึงการให้ความช่วยเหลือเท่าที่จะสามารถทำได้จากครอบครัวผู้ป่วยรายอื่น

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นความเห็นต่อการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในมุมมองของพยาบาล ผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤต อาจมีความแตกต่างถ้านำไปศึกษากับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 17.55 ของประชากรทั้งหมด การนำผลการศึกษาไปใช้ ต้องพิจารณาบริบทของการศึกษานี้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุน การปรับตัวของครอบครัว การอำนวยความสะดวก การดูแลจิตวิญญาณ การเอาใจใส่ครอบครัว การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลจิตใจและอารมณ์ นำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดรูปแบบการดูแลครอบครัวและใช้ประเมินคุณภาพการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในหน่วยงานวิกฤตได้
2. ตัวประกอบความเอาใจใส่ของพยาบาลต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ทำให้มิติของการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความลุ่มลึกเฉพาะครอบครัว ลดภาพการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ ให้ความสำคัญกับการช่วยผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ซับซ้อน เป็นการดูแลอย่างเอื้ออาทรซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ จึงควรส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักและนำมาใช้ในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่
3. การส่งเสริมให้ครอบครัวได้ทำความรู้จักรับกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายอื่น ๆ และการส่งเสริมให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า เป็นรายการดูแลในตัวประกอบการปรับตัวของครอบครัวสอดคล้องกับคุณลักษณะของสังคมและครอบครัวไทยที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และความกตัญญู การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต นำมาซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตั้งแต่การเป็นที่พึ่งในระยะแรกที่เข้ารับการรักษา จนถึงเป็นเครือข่ายให้ความช่วยเหลือเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตตามทัศนะของครอบครัวผู้เผชิญกับภาวะวิกฤต เพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตครอบคลุมมากขึ้น
2. ด้านวิชาการนำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อยอดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัณษัณธ์ โคตรประทุม. (2546). การศึกษาการปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับ
บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะครอบครัวของฮิลล์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
กาญจนา วัฒนสุนทร. (2553). เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการวิเคราะห์ปัจจัย.
กรุงเทพมหานคร: ส่วนส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย ภารกิจการจัดผลงานวิจัย สำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (อัดสำเนา).
- คะเนิงนิตย์ นุรีเทศน์. (2540). ผลการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต
ต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2547).
การเสวนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครั้งที่ 2 เรื่อง “การใช้เทคโนโลยีเพื่อยืด
ชีวิตผู้ป่วยในไอซียู”[ออนไลน์]. (2547). แหล่งที่มา: [http://web1.peacefuldeath.
info/files/word/2-18-9-47\(2\).doc](http://web1.peacefuldeath.info/files/word/2-18-9-47(2).doc)[2553, มิถุนายน 1]
- จรรยา คมพยัคฆ์, อุษภาพร ชวลิตนิกุล, ชุติมา อัดถากรโกวิท, ราตรี โอบาสและอรชร ณ ระนอง.
(2540). การรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และ
ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: รายงานการวิจัยจากทุนสนับสนุนของโครงการวิจัยและ
พัฒนาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ทบวงมหาวิทยาลัย ปีงบประมาณ 2537. (อัดสำเนา).
- จอนณะจ พึ่งจาด. (2546). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาล
52,1: 11-15.

- ณัฐวสา ฉัตรไพฑูริย์. (2547). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามโครงการการรับ
 ปรึกษาและการปลูกถ่ายอวัยวะให้แก่ผู้ป่วย: ประเด็นปัญหาที่น่าสนใจ เรื่อง การนำเอา
 อวัยวะของผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ควรมีหลักเกณฑ์อย่างไร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
 อัยการสูงสุด มูลนิธิพัฒนากระบวนการยุติธรรมแลศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย.
 (อัดสำเนา).
- คุณดา จามจุรีและคนอื่นๆ. ผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัด
 กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2550[ออนไลน์]. สำนักงานพยาบาล
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2551). แหล่งที่มา:
www.dms.moph.go.th/nurse[2552, มิถุนายน 6]
- ดุสิต สถาวร. (2545). การจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยขั้นวิกฤต ใน อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย,
 อติสร วงษา, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และ อุษณา ลูวีระ (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤต,
 หน้า 6-12. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ทัศนีย์ ขุนพัฒนานกุล, สุดศิริ หิรัญชุนหะ และ กิตติกร นิลมานันต์. (2551). ความต้องการและการ
 ตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ :
 กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 28,2: 1-21.
- ธารินี ปกาสิทธิ์. (2545). Listening to ICU experiences การสื่อสารกับผู้ป่วยมุมมองจาก
 ประสบการณ์จริง ใน อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, อติสร วงษา, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และ
 อุษณา ลูวีระ(บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤต. หน้า 351-355. พิมพ์ครั้งที่ 2.
 กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ธิติมา วทานีเวช. (2540). ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของ
 ตนเองและของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2553). เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบ.
 กรุงเทพมหานคร: ส่วนส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย ภารกิจการจัดผลงานวิจัย สำนักงาน
 คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (อัดสำเนา).
- นันทนา มาระเนตร. (2543). เวชบำบัดวิกฤต Current concept in critical care 2000.
 กรุงเทพมหานคร: ฮั้วน้ำพริ้นติ้ง.

- นาฏยา เอื้องไพโรจน์. (2535). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 6,3: 40-54.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญส่ง พັນสุนทร. (2550). Health Status Assessment in Critically ill patients. ขอนแก่น: เอกสารประกอบการบรรยายเวชบำบัดวิกฤตสำหรับพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัดสำเนา).
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดา เบ็ญคาร. (2539). การวิเคราะห์ห่อภิมานปัจจัยที่มีผลต่อการตอบกลับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล ดันดิธรรม. (2533). ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ภาวินี เสาะสืบ. การพยาบาลครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: www.scribd.com[2553, เมษายน1].
- รวมพร หลาวเพชร. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อความผาสุกของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน อัญเปลา. (2543). ผลของการสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนธนา อัญ. (2545). ความเข้มแข็งอดทน และความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูโพนธ์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- รุจี รัตนเสถียร. (2550). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วารุณี บัวมีรูป. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรดิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2533). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- วิภา บำเรอจิตร. (2542). อัตราการตอบกลับขั้นต่ำของแบบสอบถามทางไปรษณีย์ซึ่งตอบด้วยความจริงใจที่ทำให้ตัวประมาณค่าไม่ลำเอียง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิไลลักษณ์ ประยูรพงษ์. (2543). รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิศิษฐ์ ฐิตวัฒน์ และ ยุวดี อรรถจารุสิทธิ์. คนไทย คิดเห็นอย่างไรกับการบริจาคอวัยวะ [ออนไลน์]. (2554). แหล่งที่มา: <http://www.organdonate.in.th/Download/pdf/thai.pdf>. [2554, เมษายน 11].
- ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย. รายงานประจำปี 2553. [ออนไลน์]. (2554). แหล่งที่มา: <http://www.organdonate.in.th/Download/pdf/annual.pdf> [2554, เมษายน 11].
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์. (2541). บทบาทของพยาบาลในการให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาล 48,1: 23-34.
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553 [ออนไลน์]. (2553). แหล่งที่มา: <http://www.spkomoph.go.th>[2553, มิถุนายน1].
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักปลัดกระทรวง สำนักงานการพยาบาล. ผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2551 [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: www.dmsmoph.go.th/nurse[2553, มิถุนายน10].
- สาธารณสุข,กระทรวง.กรมการแพทย์ สำนักงานการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สิวลี ศรีไธ. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบ. อุดรราชธานี: เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุดรราชธานี. (อัดสำเนา).
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต: Critical Care Nursing. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัดสำเนา).
- สุทิตี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวพีร์ จันทรเจษฎา. (2547). ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดรูปแบบของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ คล้ายพยัคฆ. (2549). การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรัญญา เชาวลิต. (2548). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน ลักษณะมี ชาญเวช. (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. หน้า 147-165. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรัญญา ศรีคำขาว. (2548). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. (2548). ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัย และจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล. (2538). ความกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).

- อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระการ. (2543). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บสมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครอบครัว (Family therapy of family counseling). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและบำบัดครอบครัว.

ภาษาอังกฤษ

- Agard, A. S., and Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-finding a place in a world of uncertainty. Intensive Critical Care Nurses 23,3: 170-177.
- Al-Hassan, M. A., and Hweidi, I. M. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. International Journal of Nursing Practice 10,2: 64-71.
- Atkinson, J. H., Jr., Stewart, N., and Gardner, D. (1980). The family meeting in critical care settings. Journal of Trauma 20,1: 43-46.
- Auerbach, S. M., et al. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. American Journal of Critical Care 14,3: 202-210.
- Azoulay, E., and Pochard, F. (2003). Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. Current Opinion in Critical Care 9(6): 545-550.
- Azoulay, E., et al. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 163,1: 135-139.
- Azoulay, E., et al. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 171: 987-994.

- Badger, J. M. (2005). Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. American Journal of Critical Care 14,6: 513-522.
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., and McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of information support, anxiety, and satisfaction with care. Intensive and Critical Care Nursing 26: 114-122.
- Bailey, P., Coutu-Wakulczyk, G., and Bailey, W. B. (1991). Need and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. Journal of Advanced Nursing 16: 920-928.
- Blanchard, D., and 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.
- Booth, M.G., Doherty, P., and Fairgrieve, R. (2004). Relatives' knowledge of decision making in intensive care. Journal of Medical Ethics 30,5: 459-461.
- Breu, C., and Dracup, K. (1978). Helping the spouses of critically ill patients. American Journal of Nursing 78,1: 50-53.
- Burns, N., and Grove, S.K. (2005). The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 5th ed. Missouri: Elsevier.
- Carter, P. A., and Clark, A. P. (2005). Assessing and treating sleep problems in family caregivers of intensive care unit patients. Critical Care Nurse 25,1: 16.
- Casarini, K. A., Gorayeb, R. and Filho, A. B. (2009). Coping by relatives of critical care patients. Heart and Lung 38,3: 217-227.
- Celik, S., Ugras, G. A., Durdu, S., Kubas, M., and Aksoy, G. (2008). Critical care nurses' knowledge about the care of deceased adult patients in an intensive care unit. Australian Journal of Advanced Nursing 26,1: 53-58.
- Chan, K., and Twinn, S. (2007). An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: An exploratory study. Journal of Clinical Nursing 16,1: 185-193.

- Chang, L-Y. (2001). Family at the bedside: Strength of the chinese family or weakness of hospital care. Current Sociology 49,3: 155-173.
- Chien, W., Chiu, Y. L., Lam, L., and Ip, W. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies 43,1: 39-50.
- Chiu, Y., Chien, W., and Lam, L. (2004). Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. Journal of Clinical Nursing 13,5: 655-656.
- Corrigan, I., Samuelson, K. A., Fridlund, B., and Thome, B. (2007). The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. Intensive and Critical Care Nursing 23,4: 206-215.
- Coyer, F., Courtney, M., and O'Sullivan, J. (2007). Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. International Journal of Nursing Practice 13: 14-23.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. Heart and Lung 13,3: 231-237.
- 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.
- DeVellis, R. F. (2003). Scale development. 2nd ed. California: Sage.
- Eggenberger, S. K., and 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.
- Evans, L. R., et al. (2009). Surrogate decision-makers' perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 179,1: 48-53.
- Foster, M., and Chaboyer, W. (2003). Family carers of ICU survivors: A survey of the burden they experience. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17,3: 205-214.

- Fridh, I., Forsberg, A., and Bergbom, I. (2007). Family presence and environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 51,4: 395-401.
- Froman, R. D. (2001). Elements to consider in planning the use of actor analysis. Journal of Nursing Research 5,2: 1-20.
- Gaglione, K. M. (1984). Assessing and Intervening with Families of CCU.Patients. Nursing Clinics of North America 19,3: 427-433.
- Garrouste-Orgeas, et al. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units Journal of Critical Care (2010) xx, xxx-xxx Published by Elsevier Inc. doi:10.1016/j.jcrc.2010.03.001
- Gomez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., and de Andres, J. (2007). Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit. Medicina Intensiva 31,6: 318-325.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R.E., and Tatham, R. L. (2006). Multivariate Data Analysis. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Hickey, M. B. (1990). What are the needs of families of critically ill patients : A review of literature since 1976. Heart and Lung 19,4: 401-415.
- Hickey, M. B. (1993). Psychosocial needs of families. In Clochesy, J. M., Breu, C., Cardin, S., Rudy, E. B., and Whittaker, A. A.(eds.), Critical Care Nursing. pp. 91-101. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Høye, S., and Severinsson, E. (2010). Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. Intensive and Critical Care Nursing 26,1: 24-32.
- Hudak, C. M, Gallo, B. M., and Morton, P. G. (1998). Critical Care Nursing : A Holistic Approach. 7th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Kelleher, S. (2006). Providing patient-Centred care in an intensive care unit. Nursing Standard 21,13: 35-40.

- Kleinpell, R. M., and Powers, M. J. (1992). Needs of family members of intensive care unit patients. Applied Nursing Research 5,1: 2-8.
- Lederer, M. A., Goode, T. and Dowling, J. (2005). Original and development: The critical care family assistance program. Chest 128: 65S-75S
- Lee, L. Y. K., and Y. L., Lau. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing 12,4: 490-500.
- Leske, J. (1992). Need of family members after critical illness: Prescriptions for Interventions. Critical Care Nurse Clinic North American 4: 587-596.
- Macnee, C. L., and McCabe, S. (2008). Understanding nursing research : Reading and using research in Evidenec – based practice. 2nd ed. China: R.R. Donnelley.
- McAdam, J. L., Arai, S., and Puntillo, K. A. (2008). Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. Intensive Care Medicine 34,6: 1097-1101.
- Miracle, V. A. (2006). Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. Dimensions of Critical Care Nursing 25(3): 121-125.
- Mitchell, M.L.,and Chaboyer, M. (2010). Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. Intensive and Critical Care Nursing 26: 154-160.
- Mitnick, S., Leffler, C., and Hood, V. L. American College of Physicians.Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Family Caregivers, Patients and Physicians: Ethical Guidance to Optimize Relationships. Journal General Intern Medicine [Online]. (2010). Aviliable from: SpringerLink <http://www.springerlink.com/openurl.aspMgenre=article&id=doi:10.1007/s11606-009-1206-3> [2010, January 10].
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients : A descriptive study. Heart and Lung 8,2: 322-339.

- Neabel, B., Fothergill-Bourbonnais, F., and Dunning, J. (2000). Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. Heart and Lung 29,2: 196-209.
- Nelson, D. P., and Plost, G. (2009). Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit. Critical Care Nurse 29,3: 46-53.
- O'Connell, E., and Landers, M. (2008). The importance of critical care nurses 'caring behaviors as perceived by nurses and relatives. Intensive and Critical Care Nursing 24: 349-358.
- Pang, P. S. K., and Suen, L. K. P. (2009). Stressors in the intensive care unit: Comparing the perceptions of Chinese patients and their family. Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress 25,2: 151-159.
- Paparrigopoulos, T., et al. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. Journal of Psychosomatic Research 61,5: 719-722.
- Perry, M. E. (1995). Needs of family members of adult major surgery patients. Master's Thesis Department of nursing faculty of graduate studies. University of British Columbia.
- Polit, D. F. (2010). Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. New Jersey: Edwards Brothers.
- Price, D. M., Forrester, D. A., Murphy, P. A., and Monaghan, J. F. (1991). Critical care family needs in an urban teaching medical center. Heart and Lung 20: 183-188.
- Skilman, J. J. (1975). Intensive care. Boston: Little, Brown.
- Söderström, I, K., Saveman, B., Hagberg, M. S., and Benzein, E. G. (2009). Family adaptation in relation to family member's stay in ICU. Intensive and Critical Care Nursing 25: 250-357.
- Strauss, A., and Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.

- Townsend , S., and Bekes, C. (2008). Intensive care unit administration and performance improvement. In Parrillo, J., and Dellinger, R. P.(eds.), Critical care medicine: Principles of diagnosis and management in the adult, pp. 1495-1507. 3rded. China: Mosby.
- Van Horn, E., and Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. Dimensions Critical Care Nursing 19,4: 40-49.
- Vandiick, D. M., et al. (2010). An evaluation of family-centered care services and organization of visiting polices in Belgian intensive care unit: A multicenter survey. Heart and Lung 39,2: 137-146.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnstee, M., and Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 14,4: 501-509.
- Wall, R. J. (2009). The one thing certain in the ICU Is uncertainty. Critical Care Alert[®] 17,2: 9-16.
- 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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้าง
และการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.พวงผกา กวีทอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแล
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การสร้างเครื่องมือ
วิจัยทางการพยาบาล ภาควิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร
3. พ.ต.อ.หญิง ยุภาวดี วงศ์ประสิทธิ์ พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาล
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หัวหน้าหอผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
4. นางนิตยา รัตนโชติมณี พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาล
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หัวหน้าหอผู้ป่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. นายแพทย์นพพล บัวสี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤต กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาล
ศรีสะเกษ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ฯ โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/ ๐๐๑๖ วันที่ 11 มกราคม 2554
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมคานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คัง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
 ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154
 นางสาวปฐมวดี สิงห์คัง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศบ 0512.11/0052



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงผกา กรีทอง อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงผกา กรีทอง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศธ 0512.11/ 0052



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|| มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจเอกหญิง ยุภาวดี วงศ์ประสิทธิ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

พันตำรวจเอกหญิง ยุภาวดี วงศ์ประสิทธิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศร 0512.11/ 0052



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนิตยา รัตนโชติมณี หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 4 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางนิตยา รัตนโชติมณี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศธ 0512.11/ 00๑๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ นพพล บัวสี แผนกอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ นพพล บัวสี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศษ 0512.11/ ๒๐๖๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์เพื่อนำไปใช้ในการสร้างแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่อายุ 16-59 ปี มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา คู่สมรส และพี่น้องจำนวนกลุ่มละ 2 คน รวม 6 คน เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ข้อมูลติดต่อ

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศธ 0512.11/ 2071



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์เพื่อนำไปใช้ในการสร้างแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาของคัมภีระการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่อายุ 16-59 ปี มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา คู่สมรส และพี่น้องจำนวนกลุ่มละ 2 คน รวม 6 คน เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศธ 0512.11/ 0๑0๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอดความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปฐมวดี สิงห์คง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศธ 0512.11/๐๒๐๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๔๒ กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระนอง

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 18 คน โดยใช้แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปฐมวดี สิงห์คง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๙๐๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร

เนื่องด้วย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปฐมวดี สิงห์คง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1139, 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวปฐมวดี สิงห์คง โทร. 08-4519-1036

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเลขที่ □□

**แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวปฐมวดี สิงห์ดง นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามดังกล่าวและขอความกรุณาท่านช่วยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อนำข้อมูลวิจัยไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ และขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่ได้มีการเปิดเผยหรือมีผลเสียต่อท่านแต่ประการใด คำตอบของท่านจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนากระบวนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นางสาวปฐมวดี สิงห์ดง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนี้มีคุณค่าต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ผู้ตอบแบบสอบถามฉบับนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
3. ผู้วิจัยขอรับรองว่า คำตอบของท่านจะไม่ได้รับการเปิดเผยที่ใด ๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น จะไม่เกิดผลเสียต่อท่านและหน่วยงานของท่านแต่ประการใด
4. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตผู้บังคับบัญชาของท่านเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านโปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความ เป็นจริงมากที่สุด เพื่อความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามในการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ
5. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อคำถาม 62 ข้อ

เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของท่าน
 กรุณานำแบบสอบถามที่ตอบเสร็จสิ้นแล้ว ใส่ซองที่จัดให้
 และปิดผนึกซอง ก่อนรวบรวมส่งกลับคืนผู้วิจัย
 เพื่อป้องกันข้อมูลของท่านถูกเปิดเผย

กรุณาเก็บเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วม
 โครงการวิจัย **ฉบับสีเขียว** ไว้เป็นหลักฐาน
 และกรุณาส่งใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและแบบสอบถามองค์ประกอบการดูแล
 ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต **ฉบับสีชมพู** คืนให้ผู้วิจัย
 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับความร่วมมือจากท่าน

กรุณาอ่านข้อความนี้ก่อนตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ท่านแสดงความคิดเห็นตามทัศนคติของท่านว่ารายการใดในแต่ละข้อคำถามเป็นรายการที่มีความสำคัญหรือความจำเป็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ที่จะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต (มิใช่เป็นการมองว่าคุณภาพการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร) ซึ่งในการตอบคำถามนั้นถือเกณฑ์ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมากที่สุด ในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต (76-100 %) |
| 4 | หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมาก ในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต (51-75 %) |
| 3 | หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นปานกลาง ในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต (26-50 %) |
| 2 | หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นน้อย ในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต (1-25 %) |
| 1 | หมายถึง | รายการนั้นท่านเห็นว่า ไม่มีความสำคัญหรือไม่จำเป็น ในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต (0 %) |

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย \surd ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ(ปี) (นับจำนวนเต็ม)
3. ระดับการศึกษา () 1. ปริญญาเอก
() 2. ปริญญาโท
() 3. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() 4. อื่น ๆ ระบุ.....
4. ประเภทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ท่านปฏิบัติงาน
() 1. หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
() 2. หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหัวใจ
() 3. หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
() 4. หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด
() 5. หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ
() 6. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง

ข้อความในแบบสอบถามเป็นการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่สะท้อนให้เห็นการดูแลที่สำคัญหรือที่มีความจำเป็นต่อครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความตามความสำคัญหรือจำเป็นต่อการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โดยพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ จากสำคัญหรือจำเป็นมากที่สุดถึงไม่สำคัญหรือไม่จำเป็น หรือ 5 4 3 2 1

ระดับความสำคัญหรือความจำเป็นในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

5	4	3	2	1
สำคัญหรือจำเป็นมากที่สุด	สำคัญหรือจำเป็นมาก	สำคัญหรือจำเป็นปานกลาง	สำคัญหรือจำเป็นน้อย	ไม่สำคัญหรือไม่จำเป็น

ตัวอย่าง

ข้อความคำถาม	ระดับความสำคัญ/ความจำเป็น				
	5	4	3	2	1
0. ท่านสอบถามพื้นฐานความรู้ที่สมาชิกครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติม	✓				
00.					

จากตัวอย่าง 0 ที่ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับความสำคัญ/ความจำเป็นมากที่สุด แสดงว่าผู้ตอบมีความเห็นว่า “การสอบถามพื้นฐานความรู้ที่สมาชิกครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติม” เป็นตัวประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุดหรือมีความจำเป็นมากที่สุดในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ข้อความคำถาม	ระดับความสำคัญ/ความจำเป็น				
	5	4	3	2	1
1. ท่านสอบถามพื้นฐานความรู้ที่สมาชิกครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าได้รับข้อมูลถูกต้องหรือไม่ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติม					
2. ท่านประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง					
3. ท่านใช้สื่อในการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวแต่ละราย เช่น ภาพพลิก คู่มือ สื่อวีดิทัศน์ หรือการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยรายอื่นที่เจ็บป่วยคล้าย ๆ กัน เป็นต้น					
4. ท่านสอบถามความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการให้ข้อมูลและอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง					
5. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสียของการใช้เครื่องมือแพทย์ต่อผู้ป่วยตามความต้องการของครอบครัว					
6.					
7.					
8.					
9.					
.....					
.....					
61. ท่านส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงบทบาทความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ					
62. ท่านเป็นผู้ประสานงานให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ตามความพร้อมและความเหมาะสม					

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์



รหัสเอกสารรับรอง 006/2554

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ชื่อโครงการ การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต
A FACTOR ANALYSIS OF CARING FOR CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILY

ผู้วิจัยหลัก นางสาวปฐมวดี สิงห์ดง

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้

(ทพญ.ชนิษฐา ดาโรจน์)

รองประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

(นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 17 ส.ค. 2554

วันหมดอายุของการรับรอง: 16 ส.ค. 2555

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล



ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องยอมตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงร่างงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัย

เรื่อง การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัย/เจ้าของผลงาน คือ นางสาวปฐมวดี สิงห์คง

สถาบัน / หน่วยงาน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษแล้ว

เห็นชอบ ให้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สามารถดำเนินการวิจัยได้ และเห็นว่า

ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่กำหนดไว้ หากจะมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใดๆ ควรผ่านความ

เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2554

ลงชื่อ 

(นายสุที วงศ์ละคร)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ลงชื่อ 

(นายชาย ธีระสุด)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย


ชื่อโครงการ การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต
A FACTOR ANALYSIS OF CARING FOR CRITICALLY ILL
PATIENTS' FAMILY

ชื่อผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวปฐมวดี สิงห์คง
ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา

เลขที่โครงการ 2 /2554

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรับรอง ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
เมื่อวันที่ 21 ก.พ. 2554

ลงนาม 
(นพ.วิวัฒน์ วิวัฒน์คุณูปการ)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัย คือ นางปฐมวดี สิงห์คง

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 10 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2554

ลงชื่อ

(นายตามพ์ มุกต์มณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายธรรมบุญ สุขุมานันท์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 9/2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทร. (077) 272231 ต่อ2464, โทรสาร (077) 283257

AF 01-11



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 053/2554

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 036.1/54 : การศึกษาองค์ประกอบการดูแลรอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปฐมวดี สิงห์คง
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*วิภาดา อธิมา*..... ลงนาม.....*นิพนธ์ ชัยชนะวงศาโรจน์*.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิพนธ์ ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 18 มีนาคม 2554 วันหมดอายุ : 17 มีนาคม 2555

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง


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



เลขที่โครงการวิจัย..... 036.1/54
วันที่รับรอง..... 18 มี.ค. 2554
วันหมดอายุ..... 17 มี.ค. 2555

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ออกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา

เลขที่หนังสือรับ... ๓๕๐

ว.ค.ป. ๘ มี.ย. ๕๕

ที่ ขร ๐๐๒๗.๑๐๒/ ๐)๐ ๙๖๕

๗ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณา

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างอิง หนังสือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศร ๐๕๑๒.๑๑/๐๕๐๕ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕


ตามที่นางสาวปฐมวดี สิงห์ดง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต” ความละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ ได้พิจารณาเอกสารดังกล่าวในการประชุม ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๕ โดยมีมติที่ประชุมเห็นชอบอนุญาตโดยหลักการให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลฯ ได้ เนื่องจากเป็นโครงการที่มีประโยชน์ และไม่ก่ออันตรายใดๆ ต่อตัวอาสาสมัคร

ทั้งนี้คณะกรรมการฯ ได้ส่งเอกสารรับรองเชิงจริยธรรมโดยมีช่วงเวลาการรับรอง ระหว่างวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ถึง วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ตามหนังสือโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ ขร ๐๐๒๗.๑๐๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๕ แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปอีกเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุทัศน์ ศรีวิไล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ส่ง... 1366

ว.ค.ป. ๘ มี.ย. ๕๕

เวลา ๙.๕๑ น.

งานวิจัยเพื่อการพัฒนา และการจัดการความรู้
กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
โทร ๐ ๕๓๗ ๑๑๓ ๐๐ ต่อ ๒๑๔๕ E-mail: crh-research@hotmail.com

ภาคผนวก ง

ผลการวิจัย: การทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคการทดลองใช้เครื่องมือ

	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
การให้ข้อมูล	0.88	0.89	13
การดูแลจิตใจและอารมณ์	0.91	0.91	14
การดูแลจิตวิญญาณ	0.92	0.93	6
การใช้อำนาจความสะกด	0.88	0.88	6
การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วย	0.93	0.94	9
การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว	0.95	0.96	14
รวมทั้งฉบับ	.980	0.98	62

ตารางที่ 21 ค่าสถิติรายข้อคำถาม

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Infor1	52.23	26.12	0.70	0.82	0.87
Infor2	52.10	27.33	0.72	0.92	0.87
nfor3	52.80	26.51	0.50	0.76	0.88
Infor4	52.33	25.61	0.72	0.86	0.87
Infor5	51.97	27.62	0.58	0.85	0.87
Infor6	52.07	27.24	0.54	0.83	0.88
Infor7	52.43	25.63	0.78	0.83	0.86
Infor8	52.10	27.82	0.46	0.77	0.88

ตารางที่ 21 (ต่อ)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha Deleted
Infor9	51.87	28.33	0.53	0.090	0.88
Infor10	51.97	28.79	0.35	0.80	0.89
Infor11	51.77	29.70	0.32	0.80	0.80
Infor12	51.93	27.86	0.70	0.83	0.87
Infor13	52.03	27.62	0.58	0.79	0.87
Emo1	52.73	46.41	0.72	0.73	0.90
Emo2	52.93	45.79	0.76	0.76	0.90
Emo3	53.40	44.59	0.69	0.80	0.90
Emo4	52.40	49.49	0.43	0.89	0.91
Emo5	52.27	50.62	0.33	0.79	0.92
Emo6	52.27	50.20	0.43	0.62	0.91
Emo7	52.40	46.87	0.80	0.89	0.90
Emo8	52.97	46.52	0.66	0.72	0.91
Emo9	52.93	45.24	0.68	0.73	0.90
Emo10	52.53	47.78	0.61	0.85	0.91
Emo11	52.90	46.65	0.64	0.83	0.91
Emo12	52.87	45.02	0.63	0.79	0.91
Emo13	52.40	47.01	0.71	0.89	0.90
Emo14	52.97	43.83	0.69	0.77	0.90
Sp1	22.10	11.06	0.81	0.76	0.90
Sp2	21.77	13.43	0.83	0.92	0.90

ตารางที่ 21 (ต่อ)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sp3	21.87	13.85	0.74	0.83	0.91
Sp4	21.70	14.01	0.70	0.60	0.91
Sp5	22.10	10.71	0.80	0.84	0.91
Sp6	21.97	11.76	0.90	0.87	0.89
Fa1	19.57	13.22	0.62	0.54	0.87
Fa2	19.77	13.77	0.63	0.62	0.88
Fa3	19.73	13.03	0.66	0.63	0.87
Fa4	19.33	13.61	0.62	0.54	0.87
Fa5	20.23	10.19	0.87	0.83	0.83
Fa6	20.20	11.96	0.81	0.80	0.84
Par1	33.87	29.00	0.63	0.72	0.93
Par2	33.83	27.94	0.88	0.81	0.92
Par3	33.60	28.66	0.73	0.74	0.93
Par4	33.60	28.46	0.80	0.76	0.92
Par5	33.80	28.79	0.76	0.77	0.92
Par6	33.47	31.29	0.79	0.80	0.93
Par7	33.57	28.81	0.71	0.68	0.93
Par8	33.53	29.09	0.91	0.87	0.92
Par9	33.67	30.23	0.65	0.59	0.93
Ad1	52.60	75.83	0.78	0.85	0.95

ตารางที่ 21 (ต่อ)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ad2	52.97	72.79	0.80	0.87	0.95
Ad3	52.70	75.46	0.69	0.90	0.95
Ad4	52.80	72.79	0.89	0.95	0.95
Ad5	52.67	76.92	0.71	0.83	0.95
Ad6	53.27	73.79	0.67	0.66	0.95
Ad7	53.27	70.89	0.77	0.73	0.95
Ad8	52.50	79.43	0.62	0.83	0.93
Ad9	52.73	75.51	0.80	0.90	0.95
Ad10	52.87	77.22	0.73	0.83	0.95
Ad11	53.13	72.19	0.89	0.95	0.95
Ad12	52.90	71.61	0.85	0.92	0.95
Ad13	53.07	74.55	0.71	0.92	0.95
Ad14	53.10	74.16	0.72	0.76	0.95

ภาคผนวก จ

ผลการวิจัย: การวิเคราะห์องค์ประกอบ

ตารางที่ 22 การทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ปัจจัย

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.962
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	16381.221
	Df	1891
	Sig.	.000

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสำคัญของรายการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

ลำดับที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับความสำคัญ
1	Infor 11	ท่านแจ้งระเบียบการเยี่ยมของหน่วยงานให้ครอบครัวรับทราบตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย	4.81	0.42	มากที่สุด
2	Infor 12	ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การจำกัดการเข้าเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังจับต้องผู้ป่วย เป็นต้น	4.73	0.50	มากที่สุด
3	Sp4	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรักตัว	4.69	0.53	มากที่สุด
4	Infor 10	ท่านให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อครอบครัวทันทีเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง	4.68	0.54	มากที่สุด
5	Infor 13	ท่านได้ชี้แจงให้ครอบครัวทราบถึงวิธีการติดต่อกับหน่วยงานเพื่อสอบถามข้อมูลความเจ็บป่วย	4.65	0.61	มากที่สุด
6	Infor6	ท่านชี้แจง ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของหน่วยงานให้ครอบครัวทราบ	4.56	0.60	มากที่สุด
7	Sp2	ท่านอนุญาตให้ครอบครัวจัดทำพิธีกรรมตาม			

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
8	Sp3	ความศรัทธาของครอบครัว เช่น การสวดมนต์ ภาวนา การนำพระพุทธรูปมาไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วย เป็นต้น	4.54	0.65	มากที่สุด
9	Sp6	ท่านยอมรับกิจกรรมของครอบครัวที่ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความ เมตตาและการให้อภัย เช่น การดูแลเพื่อ บรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานตาม ความเหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	4.54	0.61	มากที่สุด
10	Infor5	ท่านอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวได้ปฏิบัติ กิจตามหลักศาสนา เช่น การละหมาด การสวด มนต์ภาวนา การทำบุญตักบาตร เป็นต้น	4.54	0.65	มากที่สุด
11	Infor9	ท่านให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เฉพาะกรณี เช่น การตรวจพิเศษ การใช้เครื่อง มือทางการแพทย์ และผลดี ผลเสียของการใช้ เครื่องมือแพทย์ตามความต้องการของ ครอบครัว	4.52	0.62	มากที่สุด
12	Emo6	ท่านได้ประสานงานกับแพทย์และทีมผู้ดูแลที่มี หน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลต่อครอบครัว ดังต่อไปนี้ ความก้าวหน้าของโรค การรักษา ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การพยากรณ์โรค และการฟื้นฟูสภาพของ ผู้ป่วย	4.51	0.67	มากที่สุด
13	Infor8	ท่านอนุญาตให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วย นอกเวลาที่กำหนดได้ตามความจำเป็น	4.50	0.64	มากที่สุด
		ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแล ผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อ และการพักผ่อนไม่ เพียงพอ เป็นต้น	4.48	0.65	มาก

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
14	Emo4	ท่านอธิบายกระบวนการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ครอบครัวมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการ ดูแลที่มีคุณภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.47	0.62	มาก
15	Emo5	ท่านให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย เสมือนเป็นญาติใกล้ชิดของตนเอง	4.46	0.66	มาก
16	Ad5	ท่านตระหนักถึงการดูแลที่ไม่ละเมิดสิทธิรวมถึง ปฏิบัติต่อทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน	4.46	0.65	มาก
17	Emo7	ท่านปลอบใจเมื่อเห็นครอบครัวแสดงความ ท้อแท้กับอาการผู้ป่วย	4.44	0.67	มาก
18	Ad8	ในกรณีที่สามารสื่อสารกับผู้ป่วยได้ ท่านช่วย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้สึก และความต้องการต่อกัน	4.43	0.70	มาก
19	Infor1	ท่านสอบถามพื้นฐานความรู้ที่สมาชิกครอบครัว รับทราบเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าได้รับ ข้อมูลถูกต้องหรือไม่ก่อนให้ข้อมูลเพิ่มเติม	4.41	0.68	มาก
20	Par8	ท่านนำข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับจาก ครอบครัวมาวางแผนร่วมกับทีมผู้ดูแลเพื่อให้ การดูแลที่เหมาะสม	4.40	2.78	มาก
21	Infor2	ท่านประเมินความพร้อมในการรับทราบข้อมูล เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวก่อน ให้ข้อมูลทุกครั้ง	4.39	0.69	มาก
22	Emo 13	ท่านได้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือ หน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามความเหมาะสม	4.38	0.75	มาก

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
23	Sp5	ท่านเคารพความเชื่อท้องถิ่นของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากแพทย์แผน ปัจจุบัน	4.36	0.72	มาก
24	Infor4	ท่านสอบถามความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตหลังการให้ข้อมูลและอธิบายเพิ่มเติม ในรายละเอียดที่สงสัยทุกครั้ง	4.34	0.72	มาก
25	Par6	ท่านประสานงานให้ครอบครัวได้ร่วมแสดง ความคิดเห็น ความคาดหวังเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษา กับทีมผู้ดูแล	4.34	0.71	มาก
26	Sp1	ท่านยอมรับการทำกิจกรรมที่เกิดจากความเชื่อ ของครอบครัวที่ทำให้กับผู้ป่วย เช่น การสะเดาะเคราะห์ การขออภัยต่อสิ่งที่ไม่ดี พลาดในอดีต การจัดการกับภารกิจที่ค้างคา ให้เสร็จสิ้น เป็นต้น	4.33	0.83	มาก
27	Ad9	ท่านช่วยให้ครอบครัวได้สื่อสารสถานการณ์ ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องระหว่างกัน	4.32	0.74	มาก
28	Par7	ท่านช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมที่ไม่ ซับซ้อนเช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยน เสื้อผ้า เครื่องนอน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ร่างกายของผู้ป่วยตามความเหมาะสม	4.31	0.81	มาก
29	Par5	ท่านสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว	4.31	0.77	มาก
30	Infor7	ท่านอธิบายให้ครอบครัวได้เข้าใจว่าแผนการ ดูแลผู้ป่วยจะจัดให้สอดคล้องกับกิจวัตร			

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
		ประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด	4.27	0.74	มาก
31	Par4	ท่านสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวแสดง ความคิดเห็นต่อทีมผู้ดูแลทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย เช่น ความคาดหวังต่อการเจ็บป่วย ขอบเขตการรักษาพยาบาล เป็นต้น	4.27	0.79	มาก
32	Emo1	ท่านให้เวลากับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตบอกเล่า ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์เจ็บป่วย	4.26	0.73	มาก
33	Par9	ท่านส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	4.25	0.74	มาก
34	Ad3	ท่านช่วยให้ครอบครัวบอกความช่วยเหลือที่ตรง กับความต้องการ	4.24	0.76	มาก
35	Emo9	ท่านให้กำลังใจครอบครัวให้คิดเชิงบวกเกี่ยวกับ อาการผู้ป่วย	4.21	0.76	มาก
36	Emo 10	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ ระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อลดความตึงเครียด	4.18	0.76	มาก
37	Ad1	ท่านประเมินการปรับตัวของสมาชิกครอบครัว ต่อการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	4.18	0.77	มาก
38	Fa4	ท่านบอกทิศทางของสถานที่ในโรงพยาบาลที่ ครอบครัวต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ห้องน้ำ ร้านอาหาร ร้านค้า โทรศัพท์สาธารณะ เป็นต้น	4.17	0.82	มาก
39	Fa1	ท่านสอบถามความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิต ของครอบครัวขณะที่มีญาติเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต	4.17	0.78	มาก
40	Ad2	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าใจ และมีความมั่นใจในการพิทักษ์สิทธิของตนเอง	4.16	0.85	มาก

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
41	Ad4	ท่านตระหนักถึงการดูแลที่ไม่ละเมิดสิทธิรวมถึง ปฏิบัติต่อทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมกัน	4.14	0.84	มาก
42	Ad10	ท่านช่วยให้ครอบครัวค้นหาปัญหาที่แท้จริงต่อ การเผชิญภาวะวิกฤต	4.12	0.85	มาก
43	Par3	ท่านบันทึกปัญหาของครอบครัว รวมถึงการส่ง ต่อปัญหาพร้อมการแก้ไข ต่อที่มพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องในแบบบันทึกทางการพยาบาลและการ รับส่งเวร	4.11	0.92	มาก
44	Emo2	ท่านกระตุ้นให้ครอบครัวระบายความรู้สึก คับข้องใจที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	4.08	0.83	มาก
45	Par1	ท่านได้สอบถามปัญหาการเผชิญกับภาวะ เจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัว	4.06	0.84	มาก
46	Fa3	ท่านได้จัดให้มีที่พักผ่อนเยี่ยมที่เป็นสัดส่วนเท่าที่ จะมีสถานที่เอื้ออำนวย	4.04	0.92	มาก
47	Ad13	ท่านส่งเสริมให้ครอบครัวได้แสดงความ รับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว คนอื่น	4.04	0.87	มาก
48	Emo8	ท่านอยู่เป็นเพื่อนเมื่อครอบครัวเศร้าโศก เสียใจ	4.01	0.80	มาก
49	Ad7	ท่านให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่าง ต่อเนื่องจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	3.99	1.02	มาก
50	Par2	ท่านนำเสนอปัญหาของครอบครัวในการ ประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลัง ปฏิบัติงาน	3.98	0.88	มาก

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
51	Ad12	ท่านกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวถ่ายทอดความต้องการของตนรวมถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวคนอื่นเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต	3.98	0.92	มาก
52	Ad6	เมื่อเกิดความขัดแย้งการดูแลครอบครัวในความรับผิดชอบ ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้ดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	3.97	0.95	มาก
53	Emo 12	ท่านสนับสนุนให้ครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึกกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอื่นที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นทางเลือกในการเผชิญปัญหา	3.96	0.85	มาก
54	Emo 11	ท่านแนะนำให้ครอบครัวได้ทำความคุ้นเคยกัน เพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	3.95	0.83	มาก
55	Fa2	ท่านได้ประเมินสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยวิกฤต	3.93	0.89	มาก
56	Ad11	ท่านแนะนำวิธีที่เหมาะสมต่อครอบครัวเพื่อระบายความรู้สึกด้านลบ	3.90	0.93	มาก
57	Ad14	ท่านเป็นผู้ประสานงานให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือตามความพร้อมและความเหมาะสม	3.90	0.95	มาก
58	Infor3	ท่านใช้สื่อในการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวแต่ละราย เช่น ภาพพลิก คู่มือ สื่อวิดีโอทัศน์หรือการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยรายอื่นที่เจ็บป่วยคล้าย ๆ กัน เป็นต้น	3.84	0.93	มาก
59	Fa5	ท่านให้ข้อมูลสถานที่พักอาศัยใกล้โรงพยาบาล	3.71	1.01	มาก

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	รายการการดูแลครอบครัว ของผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับ ความสำคัญ
60	Fa6	ท่านแนะนำสถานที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัว คลายความกังวลขณะรอเยี่ยมผู้ป่วย เช่น สวนหย่อมของโรงพยาบาล พื้นที่สำหรับ สันตนาการ เป็นต้น	3.63	0.96	มาก
61	Emo3	ท่านจัดหาสถานที่เฉพาะสำหรับครอบครัวได้ อยู่ตามลำพังเพื่อปรับอารมณ์ให้เป็นปกติก่อน เข้าเยี่ยมผู้ป่วย	3.61	0.99	มาก
62	Emo 14	ท่านประสานงานกับหน่วยงานนอก โรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต เช่น ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น สำนัก จัดหางาน สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น	3.53	1.04	มาก

ตารางที่ 24 ค่าสถิติเบื้องต้นก่อนทำการสกัดปัจจัยโดยวิธีองค์ประกอบหลัก

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	27.00	43.54	43.54	27.00	43.54	43.54	11.93	19.24	19.24
2	4.11	6.64	50.18	4.11	6.64	50.18	7.33	11.83	31.07
3	2.61	4.20	54.38	2.61	4.20	54.38	4.92	7.94	39.01
4	1.92	3.10	57.48	1.92	3.10	57.48	4.53	7.31	46.32
5	1.39	2.24	59.72	1.39	2.24	59.72	4.21	6.79	53.11
6	1.34	2.16	61.88	1.34	2.16	61.88	3.93	6.34	59.44
7	1.14	1.84	63.71	1.14	1.84	63.71	2.25	3.62	63.07
8	1.11	1.79	65.50	1.11	1.79	65.50	1.38	2.23	65.30
9	1.04	1.68	67.18	1.04	1.68	67.18	1.17	1.89	67.18
10	0.97	1.57	68.75						
11	0.92	1.48	70.23						
12	0.86	1.39	71.62						
13	0.83	1.34	72.96						
14	0.81	1.31	74.27						
15	0.76	1.22	75.49						
16	0.71	1.16	76.65						
17	0.68	1.09	77.74						
18	0.65	1.05	78.78						
19	0.62	1.00	79.78						
20	0.61	0.98	80.76						
21	0.57	0.92	81.68						
22	0.54	0.87	82.54						
23	0.53	0.85	83.40						
24	0.51	0.81	84.21						
25	0.48	0.77	84.98						
26	0.47	0.75	85.73						
27	0.46	0.73	86.46						
28	0.43	0.69	87.15						
29	0.42	0.67	87.82						
30	0.41	0.66	88.48						
31	0.39	0.63	88.11						
32	0.38	0.61	89.72						

ตารางที่ 24 (ต่อ)

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
33	0.38	0.61	90.33						
34	0.36	0.58	90.91						
35	0.36	0.57	91.48						
36	0.34	0.55	92.03						
37	0.32	0.52	92.54						
38	0.31	0.50	93.04						
39	0.30	0.48	93.52						
40	0.28	0.45	93.97						
41	0.27	0.43	94.40						
42	0.26	0.42	94.82						
43	0.25	0.40	95.21						
44	0.23	0.37	95.58						
45	0.22	0.36	95.94						
46	0.21	0.34	96.28						
47	0.20	0.32	96.61						
48	0.20	0.32	96.93						
49	0.19	0.31	97.23						
50	0.18	0.30	97.52						
51	0.17	0.28	97.80						
52	0.17	0.27	98.07						
53	0.16	0.26	98.32						
54	0.15	0.25	98.57						
55	0.14	0.23	98.79						
56	0.14	0.22	99.01						
57	0.13	0.20	99.23						
58	0.11	0.18	99.40						
59	0.11	0.17	99.57						
60	0.10	0.15	99.72						
61	0.09	0.15	99.87						
62	0.08	0.13	100.00						

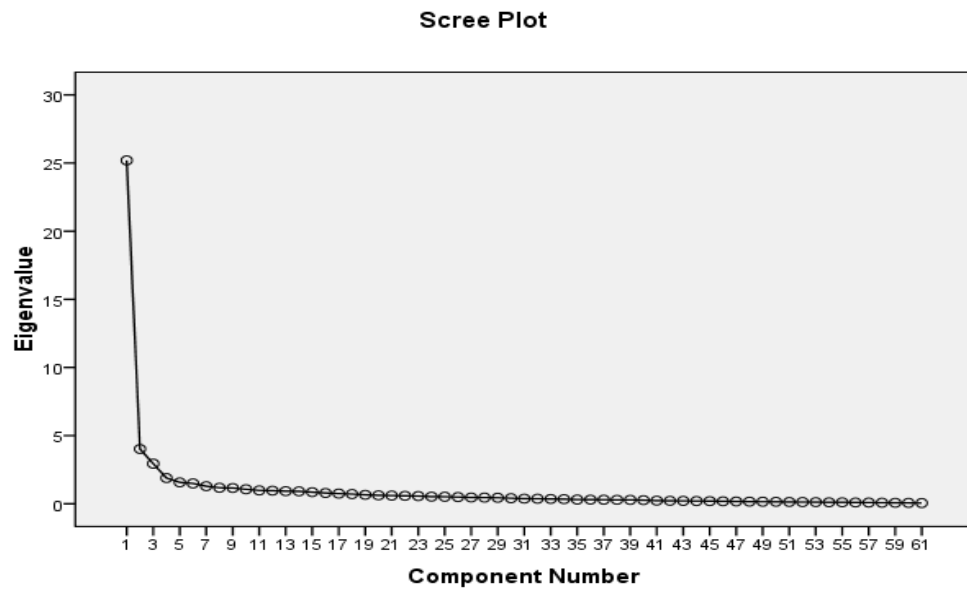
ตารางที่ 25 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบภายใต้การหมุนแกน

Rotated Component Matrix ^a									
	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ad13	0.81								
Ad14	0.77								
Ad12	0.76								
Ad10	0.75								
Ad4	0.74								
Ad3	0.72								
Ad2	0.71								
Ad6	0.71								
Ad11	0.70								
Ad1	0.70								
Ad9	0.67								
Par9	0.66								
Ad7	0.65								
Ad8	0.57								
Par1	0.54	0.53							
Par3	0.52	0.42					0.45		
Par6	0.50								
Par5	0.48						0.44		
Ad5	0.47		0.43						
Par7	0.41								
Fa6	0.46	0.68							
Fa2		0.63							
Fa3		0.62							0.43
Fa5		0.61							

ตารางที่ 25 (ต่อ)

Rotated Component Matrix ^a									
	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Emo11	0.43	0.60							
Emo14		0.60							
Fa1		0.60							
Emo12		0.59							
Fa4		0.59							
Emo3		0.56							
Par2	0.50	0.53							
Sp2			0.76						
Sp6			0.74						
Sp1			0.71						
Sp5			0.63						
Sp3			0.63						
Sp4			0.61						
Infor12				0.77					
Infor11				0.76					
Infor13				0.68					
Infor8				0.51					
Emo1				0.47					
Infor10				0.46	0.40				
Infor5				0.46					
Infor6				0.44	0.41				
Infor2					0.80				
Infor1					0.75				

แผนภาพที่ 3 แผนภาพสกรีนพลอตแสดงจำนวนองค์ประกอบ



ตารางที่ 26 ค่าสถิติรายการ การดูแลครอบครัวหลังวิเคราะห์องค์ประกอบ

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Infor1	246.10	894.70	0.47	0.98
Infor2	246.13	893.04	0.49	0.98
Infor4	246.17	889.02	0.57	0.98
Infor5	246.00	893.64	0.54	0.98
Infor6	245.94	894.39	0.55	0.98
Infor7	246.22	887.71	0.58	0.98
Infor8	246.02	892.82	0.55	0.98
Infor9	246.02	887.72	0.64	0.98
Infor10	245.82	898.75	0.48	0.98
Infor11	245.70	904.53	0.38	0.98
Infor12	245.77	898.99	0.49	0.98
Infor13	245.90	898.50	0.46	0.98
Emo1	246.23	884.60	0.66	0.98
Emo2	246.41	879.22	0.68	0.98
Emo3	246.88	880.54	0.55	0.98
Emo4	246.04	890.39	0.63	0.98
Emo5	246.06	888.32	0.64	0.98
Emo6	246.02	894.42	0.49	0.98
Emo7	246.08	883.80	0.74	0.98
Emo8	246.48	880.52	0.69	0.98
Emo9	246.27	884.68	0.65	0.98
Emo10	246.34	880.16	0.73	0.98
Emo11	246.56	879.13	0.68	0.98
Emo12	246.55	880.79	0.65	0.98
Emo14	247.01	874.32	0.63	0.98

ตารางที่ 26 (ต่อ)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Sp1	246.17	887.07	0.55	0.98
Sp2	245.97	893.97	0.50	0.98
Sp3	245.96	890.91	0.63	0.98
Sp4	245.81	896.33	0.56	0.98
Sp5	246.14	890.89	0.57	0.98
Sp6	245.96	894.13	0.52	0.98
Fa1	246.36	880.78	0.71	0.98
Fa2	246.60	876.31	0.69	0.98
Fa3	246.47	882.57	0.56	0.98
Fa4	246.37	883.60	0.61	0.98
Fa5	246.79	873.14	0.68	0.98
Fa6	246.85	872.48	0.72	0.98
Par1	246.46	874.79	0.79	0.98
Par2	246.54	872.81	0.77	0.98
Par3	246.42	874.88	0.71	0.98
Par5	246.19	879.21	0.77	0.98
Par6	246.19	880.81	0.77	0.98
Par7	246.21	887.74	0.54	0.98
Par9	246.26	882.51	0.72	0.98
Par4	246.25	878.67	0.75	0.98
Ad1	246.35	877.60	0.78	0.98
Ad2	246.35	874.57	0.77	0.98
Ad3	246.29	878.50	0.78	0.98
Ad4	246.38	874.17	0.79	0.98
Ad5	246.04	888.39	0.66	0.98

ตารางที่ 26 (ต่อ)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ad6	246.52	872.21	0.74	0.98
Ad7	246.50	874.20	0.65	0.98
Ad8	246.10	886.44	0.64	0.98
Ad9	246.20	881.67	0.72	0.98
Ad10	246.40	871.73	0.82	0.98
Ad11	246.62	871.89	0.74	0.98
Ad12	246.56	871.62	0.76	0.98
Ad13	246.47	875.42	0.74	0.98
Ad14	246.62	871.68	0.73	0.98

ภาคผนวก ฉ

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต : การวิจัยเชิงคุณภาพ
การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต : การวิจัยเชิงคุณภาพ*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลเป็นบิดา มารดา คู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2554 โดยการสัมภาษณ์แบบเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า พร้อมทั้งบันทึกเทปและบันทึกภาคสนาม ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวได้สะท้อนประสบการณ์เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ อันได้แก่ ความวิตกกังวล รู้สึกสับสน หมดหวังและกลัวว่าผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต 2) ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ต้องช่วยประคับประคองจิตใจ ดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นให้ดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับปกติ รวมถึงการวางแผนดำเนินชีวิตในอนาคตถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องดิ้นรนหาทรัพย์สินมาใช้จ่ายขณะที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัวคนอื่น และ 4) ด้านร่างกาย การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัว ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การนอนหลับ บางรายเกิดความเจ็บป่วยต้องกลับไปพักที่บ้านแม้ว่าจิตใจยังเปี่ยมไปด้วยความกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ครอบครัวให้น้ำหนักต่อประสบการณ์และแสวงหาการดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งบางครอบครัวเท่านั้นที่บอกเล่าความรู้สึก และความต้องการให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทราบ ครอบครัวให้น้ำหนักต่อประสบการณ์และแสวงหาการดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งบางครอบครัวเท่านั้นที่บอกเล่าความรู้สึก และความต้องการให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทราบ ดังนั้นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยแล้วพยาบาลควรสนใจและดูแลครอบครัวผู้ป่วยด้วย เช่น การสอบถาม พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึก ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตท่ามกลางภาวะวิกฤตต่อไปได้

คำสำคัญ : ประสบการณ์ของครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่

*กำลังอยู่ระหว่างการตีพิมพ์ วารสารรามามาธิบดีพยาบาลสาร

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง จากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญด้วยสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ควาไว้ในร่างกายร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

ครอบครัวมักรับรู้และเข้าใจเหตุผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคาบเกี่ยวระหว่างการรอดชีวิตและสูญเสียชีวิต จึงคาดการณ์สิ่งที่ไม่ดีที่จะเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าไว้เสมอ นอกจากนั้นการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การจำกัดเวลาเยี่ยม การสื่อสารและความสัมพันธ์ที่ถูกปิดกั้นจากผู้ป่วย (Eggenberger and Nelms, 2007) การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard and Alavi, 2008) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสาร รับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Yang, 2008; Wall, 2009) ครอบครัวต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (Agard and Harder, 2007) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพร่างกาย (Pryzby, 2005) ด้านจิตใจ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2548; Carter and Clark, 2005) ด้านบทบาทหน้าที่ (McAdam, Arai, and Puntillo, 2008) และด้านเศรษฐกิจ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550)

ครอบครัวไทย มีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันกัน เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวมีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย นอกจากจะเป็นผู้คุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่นแล้ว ยังส่งผ่านความรักและเชื่อมโยงความห่วงใยระหว่างกันด้วย สำหรับสมาชิกครอบครัวการได้ร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของตนเอง ส่วนผู้อ่อนอาวุโสกว่าถือว่าการปฏิบัติเพื่อทดแทนบุญคุณของผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความวิตกกังวล กระวนกระวายใจ จากการไม่รู้หรือรับรู้ที่ไม่ถูกต้องต่อภาวะเจ็บป่วย ทวีความกลัวและความวิตกกังวลเมื่อต้องพบทีมสุขภาพเพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ครอบครัวเร่งรีบเพื่อมาพบกับทีมผู้ให้การดูแลด้วยความหวังจะได้รับข่าวดี (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) แม้ว่าจะคาดการณ์ภาวะความเจ็บป่วยในด้านลบ เมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ครอบครัวจะช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หรือแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากภายนอก อาจตอบสนองด้วยความบกพร่องด้านการสื่อสาร อาจมอบภาระการตัดสินใจแผนการรักษาให้ทีมผู้ดูแลตัดสินใจแทนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ

เปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะประคับประคอง อาการหรือในวาระสุดท้าย (Gries, Curtis, Wall, and Engelberg, 2008) อย่างไรก็ตามการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวเสี่ยงต่อการปรับตัวต่อความสูญเสียอย่างไม่เหมาะสม (สุนิศา สุขตระกูล, 2544) ซึ่งส่งผลถึงการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, and Ivatury, 2005)

การศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศมีแนวโน้มมุ่งเน้นที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังมีประเด็นที่ถูกมองข้ามไม่ได้นำมาเข้ามาเพื่อให้การดูแลครอบครัว อาทิ การร่วมดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตของครอบครัว การส่งเสริมและอ้างไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในภาวะวิกฤต การบำบัดรักษาอย่างเพียงพอที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวในระยะสุดท้าย (Mitnick, Leffler, and Hood, 2010) สำหรับประเทศไทย มีผู้ศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในรูปแบบงานวิจัยเชิงปริมาณ มุ่งเน้นการลดผลกระทบทางด้านจิตใจในระยะวิกฤต (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) การปรับตัวของครอบครัว (อรุณรัตน์ โยธิน วัฒนบำรุง, 2548) และผนวกการดูแลครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย (อรุณรัตน์ คล้ายพยัฒ, 2549) ซึ่งเป็นการศึกษาจากมุมมองของผู้ให้บริการผู้วิจัยไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการสอบถามประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวลเป็นการดูแลครอบครัวที่ตรงกับความจำเป็นเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวตามวัฒนธรรมและสังคมไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อบรรยายประสบการณ์เมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวตามบริบทของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของสตรูเบิร์ตและคาร์เพนเตอร์ (Streubert and Carpenter, 1995) เป็นการแบ่งปันบอกเล่าประสบการณ์ชีวิต

สะท้อนแก่นแท้และทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์นั้นและบรรยายตามคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ตรงโดยสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

การเตรียมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งได้แก่ศรีสะเกษ และตัวแทนของโรงพยาบาลศูนย์ได้แก่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยพบผู้ให้สัมภาษณ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดที่หอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive interview) ด้วยตนเองแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 30-40 นาที หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน มีการทำบันทึกภาคสนาม (Field note) และถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหา ความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน ตรวจสอบซ้ำโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Criterion sampling) เพื่อให้ได้ผู้ที่ให้ข้อมูลที่กำลังอยู่ในเหตุการณ์ สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์นั้นได้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ผู้ให้ข้อมูลที่ดีที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร กลุ่มละ 2 คนรวม 12 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) สมาชิกครอบครัวมีอายุ 18-59 ปี 2) เป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 3) เข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมออย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง 4) ผู้ป่วยวิกฤตมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยเองด้วยข้อคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (Guided question) ดังนี้

1.1 ท่านคิดว่าการดูแลที่บุคคลในครอบครัวของท่านได้รับขณะเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไรบ้าง เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดประเด็นที่ให้สัมภาษณ์ด้วยลักษณะทั่ว ๆ ไป ตรวจสอบประสบการณ์ที่ได้รับขณะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ท่านมีการเตรียมตัวอย่างไร เพื่อตั้งประเด็นที่สนใจ สู่การให้รายละเอียดจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

1.3 กรุณาเล่าเหตุการณ์ในแต่ละวันของท่าน เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่าประสบการณ์ที่ปรากฏต่อครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4. แบบบันทึกช่วยจำในภาคสนาม

3. แบบบันทึกการถอดความให้สัมภาษณ์ และ 6. แบบบันทึกการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาฯ แล้ว ผู้วิจัยแสดงหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงข้อมูลการวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูลทุกราย หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามและยุติการให้ข้อมูลได้ทันที กรณีที่สมัครใจให้ข้อมูล ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลทั้งของตนเอง ผู้ป่วยรวมถึงหน่วยงานที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยป้องกันผลกระทบทางลบต่อครอบครัว ผู้ป่วย หน่วยวิกฤตและภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ด้วยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมการวิเคราะห์และแปลข้อมูล โดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงานและโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น แบบบันทึกเสียงและแบบบันทึกข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพตามขั้นตอนของ สเตรสส์และคอร์บิน (Strauss and Corbin, 1998) ดังนี้

1. หลังสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2 รายแรก ผู้วิจัยถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ แยกย่อย ตรวจสอบและเปรียบเทียบข้อมูล พิจารณาประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อสร้างข้อคำถามกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
2. นำข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์ของรหัส (Axial coding) โดยกำหนดคุณสมบัติและมิติของข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์และหมวดหมู่ที่เป็นตัวประกอบย่อย
3. บูรณาการหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อยจากขั้นตอนที่ 2 เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกรหัส (Selective coding) เลือกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันเข้าหมวดหมู่หลักอย่างเป็นระบบตรวจสอบความสัมพันธ์และสร้างหมวดหมู่ที่ต้องการพัฒนาให้สมบูรณ์มากขึ้น
4. รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันเพื่อบรรยายความสัมพันธ์และแก่นแท้ของประสบการณ์ของครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยวิกฤต

ผลการวิจัย

1. **บริบทของหน่วยงานที่ศึกษา** ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งทั้งสองโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 2

1.1 ลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลขนาด 550 เตียง มีหอผู้ป่วยวิกฤต 2 แห่งรับผู้ป่วยผู้ใหญ่จากทุกแผนก อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 2-3 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.5 วัน อายุผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉลี่ย 57.3 ปี อัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 98 อัตราตายเฉลี่ยร้อยละ 38 หน่วยงานได้รับตรวจเยี่ยมและการนิเทศงานจากกลุ่มการพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง มีการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้

โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1069 เตียง มีหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 16 แห่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 แห่ง ซึ่งมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 2 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.1 วัน อัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 107.5 อัตราตายเฉลี่ยร้อยละ

7.35 หน่วยงานได้รับการตรวจเยี่ยมและกำกับการทำงานจากพยาบาลผู้ตรวจการแต่ละสายงานทุกวัน มีการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้

1.2 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีการปฐมนิเทศผู้ป่วย (กรณีสามารถทำได้) และครอบครัว ด้วยการอธิบายและให้คู่มือครอบคลุมถึง สาเหตุของการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น การดูแลที่ได้รับรวมทั้งการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมในหน่วยงานรวมถึงสถานที่พักรอเยี่ยมและสิ่งอำนวยความสะดวก ใกล้หน่วยงานการติดต่อกับพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ ชื่อพยาบาลที่ดูแลในแต่ละเวร ระเบียบการเยี่ยมที่ยืดหยุ่นตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปลี่ยนผ่านรูปแบบการดูแลเป็นการดูแลแบบประคับประคองอาการหรือเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลแผนการรักษาและการพยากรณ์โรครวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย การดูแลและการตอบสนองต่อการรักษาเมื่อเข้าเยี่ยมในแต่ละเวร หลังจากนั้นจะให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และขอหมายเลขโทรศัพท์ของครอบครัว เพื่อติดต่อกับหน่วยงาน สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป มีระบบการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ที่ให้แก่เฉพาะผู้ที่ระบุชื่อไว้ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์มีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากทีมสหสาขาอาทิ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และมีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอาทิ ร่วมกับครอบครัวจัดการกับภารกิจที่ค้างคาของผู้ป่วยให้เสร็จสิ้น การบอกกล่าวและขออโหสิกรรมต่อผู้ป่วยตามความพร้อมและความต้องการของครอบครัว เป็นต้น

1.3 สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน หอผู้ป่วยวิกฤตทุกแห่งมีที่พักรอเยี่ยมเพียงพอสำหรับครอบครัว 5-10 คนเท่านั้น บางแห่งไม่มีที่พักรอเยี่ยม ซึ่งจากสภาพจริงพบว่าครอบครัวรวมถึงญาติมิตรและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมารอเยี่ยมจำนวน 5 - 10 คนต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ทำให้เกิดความแออัดบริเวณพื้นที่หน้าหน่วยวิกฤต ดังนั้นโรงพยาบาลจึงจัดพื้นที่สำหรับพักผ่อนรอเยี่ยมสำหรับครอบครัวในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะอยู่รวมกันกับครอบครัวรายอื่น ๆ และเลือกพักรอเยี่ยมในบริเวณที่ใกล้หอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุดแม้ว่าจะมีความไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้วยข้อจำกัดของโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถจัดหาที่พักให้ครอบครัวผู้ป่วย ที่มาจากต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดได้ ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่พักอาศัยบริเวณพื้นที่ว่างใกล้หน่วยวิกฤต เช่นเดียวกับบางครอบครัวเลือกเช่าที่พักที่ใกล้โรงพยาบาลมากที่สุดเพื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วย

2. **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ให้ข้อมูลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 12 คน ทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ 5 รายถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในวันเดียวกัน และ 1 ราย มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นจากการเข้ารับการรักษาเมื่อ 1 เดือนก่อนในหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย มีอายุระหว่าง 27 – 65 ปี มีความสัมพันธ์เป็น บุตรสาว 2 ราย (S1D1; SP2D1) บุตรชาย 2 ราย (S2S1; SP3S1) ภรรยา 4 ราย (S3W1; S4W2; SP5W1; SP6W2) สามี 1 ราย (S6H1) มารดา 2 ราย (S5M1; SP1M1) และเป็นน้องชาย 1 ราย (SP4B1) ในจำนวนนี้ผู้ดูแลหลักต้องการให้สมาชิกครอบครัวรายอื่นร่วมข้อมูลด้วย 3 ราย (SP1M1; SP3S1; SP5W1) ผู้ให้ข้อมูลอายุมากที่สุด 65 ปี เป็นภรรยาผู้ป่วย (SP6W2) ส่วนผู้ป่วยมีอายุ 32-74 ปี ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงวันที่ให้ข้อมูล 4 -14 วัน และมีรูปแบบการจำหน่ายดังแสดงในตารางที่ 1

3. **ประสบการณ์ของครอบครัวเมื่อการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต** ครอบครัวผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สะท้อนประสบการณ์ต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกัน ประกอบด้วย

ประสบการณ์ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย (SP1M1) ความกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาและจากการดำเนินของโรค (S1D1; S2S1; SP2D1; SP3S1; SP5W1) ตลอดจนกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต (S4W2; S5M1; SP1M1; SP4B1; SP5W1; SP6W2) ดังเช่น

ก็ใจหาย ใจไม่ดีนะ เพราะไม่เคยมีใครเคยเป็นจะมีโอกาสได้ออก [จากไอซียู]หรือเปล่านั้นไม่รู้ ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไง ไม่รู้ว่าจะตายหรือจะอยู่ (SP1M1)

เข้าไปเห็นพ่อตอนไหนออกมาหนูก็ได้ร้องไห้ตลอดช่วงแรก หนูว่าแก คงเจ็บคงปวด คงทรมาน หนูไม่เคยเห็นพ่อใส่สายปาก สายคอ แล้วเวลาเขาดูดเสลด ร้องให้ทุกวัน(S1D1)

ตอนนั้นผมคิดอะไรไม่ออกหรือคิดไม่ออก บอกไม่ได้ ปกติหมดทุกสิ่งทุกอย่าง มันหายทุกอย่างแล้วครับ แต่ไปชั่วโง่งหนึ่งก็มาน็อค เป็นใครก็รับไม่ได้แหละครับ ต้องใช้เวลา หมดครับ หมดลมแล้ว ผมคิดในใจคนเดียวว่า ยังไงก็เอาศพคืนมา กลับบ้านเท่านั้นแหละครับ(S6H1)

นอกจากนั้นสมาชิกในครอบครัวยังสะท้อนประสบการณ์ด้านจิตใจและอารมณ์ อันเกิดจากการได้รับข้อมูลของภาวะเจ็บป่วย ดังเช่น

ก็เชื่อว่าอาการหนัก หนักจะยาย ออกมาได้ยินว่าอาการหนัก ยายก็นั่งร้องไห้ ถ้าเขาอธิบายให้ฟังว่าคนเป็นหนัก ยายกลับไปก็นอนไม่หลับ คิดหนัก (S5M1)

คงจะไม่รอดแน่นอน เพราะเขาก็ให้ข้อมูลมา ก็ต้องทำใจ ญาติต้องทำใจ ก็เข้าใจอยู่ แต่จะช่วยขนาดไหน แบบไหน เราก็ไม่รู้ว่าเกิดภาวะอะไร กับคนไข้ (SP4B1)

อย่างไรก็ตามลักษณะงานของหอผู้ป่วยวิกฤตมีผลต่อความวิตกกังวล อันเนื่องจากการไม่รู้หรือรับรู้ไม่ถูกต้องของสมาชิกในครอบครัว

ก็อยากรู้ค่ะ แต่ว่ามองดูการทำงานเหมือนวุ่นวาย ก็เลยไม่อยากถามเขา แบบว่าคนไข้เราไม่ดีขึ้น เราก็ทั้งเครียดทั้งกังวล อยากรู้ว่าอะไรดีขึ้นตอนไหน หรือมีอะไรผิดปกติ (SP1M1)

ตอนนี้ญาติเข้าไปเยี่ยมมองหน้าคนไข้ก็ดีขึ้น เลยไม่อยากจะกวนพยาบาล ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับพยาบาล เพราะว่างานพยาบาลก็มาก (SP2W1)

เราไม่ได้เข้าไปอยู่ด้วยเพราะคำพูดของหมอเราก็ไม่เข้าใจ ไม่เข้าใจตรงนั้น จะให้ถามเยอะหมอก็บอกว่าคนไข้เยอะ อยากโทรมาถามว่าเป็นยังไง เชื่อใจได้ขนาดไหน (SP2D1)

เราอยู่แบบนี้ อยู่ก็ไม่ได้เข้าไป ก็ไม่ได้ไปเห็น ไปรับรู้ ทำอะไรเราก็ไม่รู้ (SP3S1)

อย่างไรก็ตาม ความทุกข์ใจและสับสนกับทางเลือกในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลักยังปรากฏกับผู้ให้ข้อมูล 3 ราย (S2S1; S3W1; S4W2) อาทิ บุตรชายไม่สามารถบอกเล่าการพยากรณ์โรคให้มารดาและน้องสาว ที่ร้องไห้ทุกครั้งทีเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทราบ รวมถึงการประคับประคองจิตใจของบิดาที่บอกเล่าความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและความต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (S2S1) สามีต้องดูแลประคับ ประคองจิตใจบุตรที่เป็นผู้เยาว์ขณะที่ภรรยาอยู่ในระหว่างความเป็นความตายในหอผู้ป่วยวิกฤตและภรรยาที่เฝ้ารอเวลาเยี่ยมสามีที่อวัยวะสำคัญเริ่มไม่ตอบสนองต่อการรักษา (S4W2)

แต่ถ้าพ่ออาการหนักหรือว่าอาการแยกลง ให้บอกผมก่อนไม่อยากจะให้แม่รู้เลยไม่อยากให้แม่อยู่ตรงนี้ กลัวแม่จะรับไม่ได้ แม่จะซี๊ด ผมรู้เลยแกจะเป็นแบบไหน แกสงสารพ่อ เห็นสายนั้น สายนี้ เจ็บปวด ทรมาน ผมมั่นใจว่าพ่อจะไม่รอด หนักครับ น่าจะเป็นครั้งสุดท้ายที่ได้เข้าโรงพยาบาล ผมถึงไม่อยากจะให้แม่รู้ โทรมาผมได้เลย อย่างไรก็ตามก็ไม่ให้รู้เด็ดขาด น้องสาวผมคนที่อยู่บ้าน โทรมาหาที่ไรร้องไห้ทุกที ครั้งแรกผมก็รับไม่ได้เหมือนกัน แต่ว่าผมเป็นลูกคนโต มันก็ต้องทำให้ได้ (S2S1)

ผมขอให้แกอยู่ต่อ ในโรงพยาบาลผมก็ซื้อดอกไม้ธูปเทียนขอชีวิตเขา ขอให้เขากลับมาเป็นปกติ ได้เลี้ยงดูลูกอยู่ต่อไป ลูกยังเล็กอยู่ครับ(S6H1)

ยายคงจะตายก่อน ยายไม่รู้ว่าจะคิดอย่างไร บอกลูกว่าดูพ่อนะ (S4W2)

ชนบจาริตของสังคมไทย เพื่อนบ้านในชุมชนมีความหมายและความสำคัญอย่างยิ่งกับครอบครัว เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับแผนการรักษาระหว่างครอบครัวกับเพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัวเลือกที่จะหันหน้าปรึกษากัน ก่อนขอคำแนะนำจากทีมผู้ดูแลเพื่อประกอบการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแล

คนใกล้กันนะคนในหมู่บ้านไม่ใช่ญาติหรือ เออ [ผู้ป่วย] กลับบ้านซะไม่รู้สายอะไรต่อสายอะไร แกทรมานมากนะนั่น เออสายออกแกอาจจะพูดได้ เขาว่า เขากลับมาให้แกหมด [เสียชีวิต] ที่บ้านซะ จะเขากลับยังงี้ ก็เลยโทรถามลูกหลาน เขาก็ว่าถามหมอก่อน ยายก็ไม่อยากเขากลับหรือ ยายก็คิดว่ารอหมอแค่นั้น จะรอถามหมอก่อน (SP4W1)

ประสบการณ์ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลทุกครอบครัวต้องปรับวิถีชีวิต ผัดเปลี่ยนกันเฝ้าดูอาการ รวมถึงรับภาระแทนสมาชิกที่เฝ้าดูอาการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วย

ตอนนี้ หนูจะอยู่ดูแลประจำ คนอื่น ๆ ลำบากทำมาหากิน ทำสวน กรีดยาง ทำนา มีหนูคนเดียววิ่งรถรับจ้าง ตอนนี้ให้แฟนทำคนเดียวไปก่อน (S1D1)

นี่ก็ขอหัวหน้าหยุดจันทร์อังคาร พรุ่งนี้ก็ต้องกลับไปทำงาน แม่ก็รอผม ผมเลิกงานห้าโมง เลิกงานผมก็ขับรถมอเตอร์ไซด์มา แม่ก็รอผม เลิกงานก็ขี่มอเตอร์ไซด์[จากที่ทำงาน] มาหาพ่อ ผมก็เป็นห่วงแม่อยู่ว่าถ้ามีอะไรแล้วผมไม่อยู่ แม่จะเป็นยังไง (S2S1)

ถ้ามีงาน ก็คนอยู่ก็อยู่ คนไปก็ไป รับภาระใครภาระมัน (SP4W2)

ช่วงที่งานเสร็จก็มาเฝ้า ผัดกัน วันนี้พี่ชายมา พรุ่งนี้ให้น้องมา

(SP2D1)

นอกจากนั้นบางครั้งครอบครัวหลีกเลี่ยงความขัดแย้งในครอบครัว ด้วยการสื่อให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจตรงกันกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย (S2D1; SP2D1) อาทิ การสื่อสารข้อมูลความเจ็บป่วยระหว่างสมาชิกครอบครัว (SP1M1; SP5W1) หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยรายอื่น (SP4B1)

หนูก็ตัดสินใจเองไม่ได้ เพราะหนูเป็นลูกคนเล็ก ต้องโทรถามพี่ชาย พี่สาวเดี๋ยวจะว่าพ่ามาตาย (S1D1)

ลูกทั้งสิบคน มีอยู่สามคน มาคุยกัน ไข่แบ่งหน้าที่กัน อย่าเพิ่งพูดไป จะบอกน้องสาวไว้เลย คนที่เหลือยังรู้ไม่ได้ ใจยังไม่หนักพอ พูดมากไปจะเป็นเรื่อง (SP2D1)

ออกจากนี้ไป เราก็จะไปโทร ถ้าทางนี้ไม่โทรไป ทางบ้านก็โทรมาถาม (SP1M1)

โทรคุยกับทางบ้านตลอด ในบรรดาพี่น้องจะคุยกับน้องที่เฝ้าประจำ ช่วงนี้พี่น้องจะโทรคุยกันหมดทุกคนตลอด ทุกเวลา เข้า เทียง เย็น 3 เวลา เช้าทุกวัน (SP2D1)

ยายอยู่ตลอด โทรถามเอาก็ได้ ลูกชายคนกลางโทรถามตลอด (SP5W1)

บางทีกลับบ้านไปแล้ว ก็โทรมาถามข่าวคราวกัน [ญาติผู้ป่วยรายอื่น] เป็นญาติกันเลยครับ ถ้าผมไม่อยู่ก็สบายใจครับ ก็ฝากกันได้ ฝากกันได้ มีอะไรก็ติดต่อโทรหากัน(SP4B1)

อย่างไรก็ตาม ภรรยาที่สิ้นหวังต่อการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของสามีขณะที่ต้องนำบุตรมาดูแลในโรงพยาบาลด้วย มีความหวุ่นวิตกต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต เนื่องจากสามีเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว บอกเล่าความรู้สึกว่าไม่มีวิธีการดูแลใดที่ช่วยลดผลกระทบจากภาวะวิกฤตนี้ลงได้ (S3W1) ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกราย (S6H1) แม้ว่าจะหมดหวังจากการรักษาจากการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของภรรยา การดูแลรักษาเต็มความสามารถของทีมผู้ดูแลที่ปรากฏให้เห็นเมื่อเข้าเยี่ยมและการได้อยู่เคียงข้างภรรยาในวาระสุดท้ายทำให้สามีภูมิใจว่าได้ทำหน้าที่เต็มที่และดีที่สุดแล้ว แม้ยังกังวลถึงผลที่จะเกิดกับลูกทั้งสองคนเมื่อภรรยาเสียชีวิต

เฉพาะข้างใน ผมไม่รู้หรอกครับ บางทีเขาก็ทำงานเขาอยู่ ผมแหกคอกเข้าไปดู เห็นเขาทำงานตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมงเหมือนกัน (S6H1)

ก็คิด คิดว่าลูกก็ยังไม่โต จะอยู่กับลูกอย่างไร ลูกก็ยังเล็ก คนที่หาเรียนปอหนึ่ง คนสุดท้ายได้สองปี (S3W1)

ตอนนี้ห่วงลูก ไม่ให้ใครเอาลูกไปเพราะเป็นสายเลือดผมกับเขาจะดูแลให้ดีที่สุด พี่น้องบางคนทำไม่ดี บางทีมาเยี่ยมแล้วก็ไปบอกลูก ลูกก็โทรมาถาม แม่ล้มตาหรือยัง หัวใจปกติไหม แม่ขยับตัวไหม ไปพูดกับเด็กมันทำไม มันกำลังจะรู้เรื่อง ผมกลัวว่าเวลาไปบ้าน บางบ้านก็จะพูดว่าน้องออ.

[นามสมมุติ] ไม่มีแม่ เด็กมันจะแยเอา (S6H1)

ประสบการณ์ด้านสุขภาพร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดไม่มีบ้านพักอยู่ใกล้โรงพยาบาล ระยะทางทางเฉลี่ยจากบ้านถึงโรงพยาบาล 53.75 กิโลเมตร (5-100 กิโลเมตร) ในจำนวนนี้ 2 ราย (SP1D1; SP2S1) เดินทางจากบ้านระยะทางประมาณ 70 กิโลเมตร มาเยี่ยมผู้ป่วยในรอบเช้าและกลับบ้านหลังการเยี่ยมในช่วงเย็น ผู้ให้ข้อมูลอีก 10 ราย ฝ้าดูอาการผู้ป่วยใกล้หน่วยวิกฤตตลอดเวลา ในจำนวนนี้ 3 ราย พักค้างคืนที่ห้องเช่าใกล้โรงพยาบาล อีก 7 ราย พักค้างคืนตามพื้นที่ว่างใกล้หน่วยงาน แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อกับหน่วยวิกฤตและหน่วยงานจะมีบริการให้ครอบครัวสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยแจ้งชื่อหน่วยงานไว้ล่วงหน้าก็ตาม ครอบครัวยังให้ความสำคัญกับการฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและการเข้าเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากกว่าการสอบถามอาการทางโทรศัพท์ หรือให้หน่วยงานแจ้งเมื่อมีความผิดปกติ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย อาทิ ภรรยาผู้มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง (S4W2) ไม่สามารถฝ้าดูอาการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ ต้องเช่ารถมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน บางรายมีปัญหาสุขภาพร่างกายขณะมาฝ้าดูอาการผู้ป่วย (S5M1; SP5W1; SP6W2)

อยู่ 12 วันกินข้าวไม่ได้ กินลงไปก็ติดคอ หลับบ้างไม่หลับบ้างคะพี่

(S1D1)

แบ่งไปอยู่ตามชั้นบันได นอนตรงช่องบันได คนขึ้นลงก็ขอหน่อยนะ
เกาะอยู่ได้ตรงนั้น ก็จำเป็นต้องอยู่ ไม่มีที่อยู่ ไกลก็ไม่อยากไปอยู่ ถ้ามีอะไร
เรียกกันก็ไม่ทัน (SP1M1)

วันที่แสบมาก ๆ หนะ ก็ว่าแสบจะไม่หาย เขาซื้ออะไรมาให้กิน ก็ไม่กิน
กินไม่ได้หรอก (SP5W1)

มาทุกวัน ยากลำบาก [ค่าใช้จ่าย, ความเจ็บป่วย] ปานไหนก็จะมา
(S4W2)

มาอยู่ที่นี่ด้วย ใจด้วย (S5M1)

ไม่อยากห่างเลย [อยากเข้าไปดู อยากเห็น หัวใจเต้นครั้งสุดท้าย
อยากไปพูดด้วยก่อนจะหมดลมหายใจ] อดหลับอดนอนอย่างไรก็ช่าง (S6H1)

ประสบการณ์ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดได้รับสิทธิจากการ
ประกันสุขภาพ ทำให้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป
รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ค่าใช้จ่ายของผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นค่าใช้จ่าย
ในการดำเนินชีวิตในโรงพยาบาล บางรายต้องใช้จ่ายเพื่อเลี้ยงดูญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยด้วย ผู้วิจัยไม่
พบการปรับเปลี่ยนงานประจำ และการร้องขอเพื่อให้โรงพยาบาลความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย
ของครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามครอบครัวสะท้อนว่าปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ไม่เป็น
อุปสรรคต่อเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจรวมถึงการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยแต่อย่างใด

มากับรถ พยาบาลก็มาส่ง ส่งมาก็ไม่รู้จะทำยังไง ไทรศัพทยายก็
ไม่ได้ถือ ไม่ได้อะไรมาเลย ได้แต่กระเป๋าตั้งค์มาแค่นั้นแหละ กระเป๋าตั้งค์ก็มี
บัตรทอง กับบัตรแก็ ก็ได้อันนั้นแหละ ดีที่มีบัตรทอง ถ้าไม่มีบัตรทองแล้วยุ่งเลย
(SP6W2)

ทุกข์หลายอย่าง ทั้งญาติป่วย ทั้งเรื่องเงินเรื่องทอง ไม่มีเงินนะ
เวลาญาติมาเยี่ยมก็ต้องหาข้าวหาน้ำให้เขากิน หมดมี้อละ 200 มี้อละ 100
(SP5W1)

เหมามาทุกวัน วันละสามร้อย สามร้อยอย่างว่า เงินทองก็ไม่มี
 ขายข้าวได้งานหนึ่งก็ขายได้รักษาเขาอยู่ พวกอยู่กรุงเทพฯมาเฝ้าพ่อสอง
 สาม สี่ วัน ก็บอกแม่ว่าไม่มีเงิน ก็กลับไปทำงาน ตอนนั้นก็มอบให้ยาย
 (S4W2)

ประสบการณ์ต่อการเผชิญภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวโดยรวม พบว่าสมาชิก
 ในครอบครัวให้ความสำคัญกับผลต่อจิตใจและอารมณ์มากที่สุด โดยให้น้ำหนักกับสภาพอารมณ์
 จิตใจและความเป็นอยู่ของสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆเป็นลำดับแรก รองลงมาจะคำนึงถึงบทบาท
 หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดโดยคำนึงถึงความสะดวก
 ความสุขสบายของตนเองน้อยที่สุด ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีมากกว่า 1 คน
 มีบทบาทในการจัดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว การประคับประคอง
 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อบรรเทาผลกระทบอันอาจจะเกิดกับสมาชิก
 ครอบครัวคนอื่นๆ

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าครอบครัวได้สะท้อนสิ่งที่ปรากฏกับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการ
 รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในด้านจิตใจและอารมณ์สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (นิตยา
 เวียงพิทักษ์, 2548; Carter and Clark, 2005) ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว (McAdam, Arai,
 and Puntillo, 2008) ด้านเศรษฐกิจ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2550) และด้านสุขภาพร่างกาย
 (Pryzby, 2005)

ปรากฏการณ์ของครอบครัว ประกอบด้วยความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วย
 ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและการดำเนินของโรค (Davidson, 2009) คลายความวิตก
 กังวลเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และความทุกข์ทรมานเมื่ออาการผู้ป่วยทรุดหนัก (Wartella, Auerbach,
 and Ward, 2009) หรือเมื่อได้รับการบอกเล่าจากผู้ป่วยถึงความทุกข์ทรมาน รวมถึงสิ่งที่สมาชิก
 ในครอบครัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการนั้นได้ (Hoye and Severinsson, 2010) การให้
 ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอในเวลาที่เหมาะสมช่วยลดผลต่อจิตใจ และอารมณ์ได้มากที่สุด (กิติมา
 วทานีย์เวช, 2540) ครอบครัวจึงแสวงหาข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยการสอบถามกับสมาชิก
 ครอบครัวคนอื่นๆ และบางรายสอบถามข้อมูลจากพยาบาล อย่างไรก็ตามครอบครัวสะท้อน
 ความรู้สึกต่อการทำงานของพยาบาลว่า มีภาระงานมาก เร่งรีบเกือบตลอดเวลา (Vandall-

Walker, Jensen, and Oberle, 2007) ทำให้ไม่กล้าสอบถาม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจกับข้อมูล ที่คลุมเครือ สมาชิกในครอบครัวจึงเลือกรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความเข้าใจของตนเอง (Chang, 2001) ดังนั้นการดูแลของพยาบาลที่ใส่ใจ เชื้ออาหารจะทำให้ครอบครัวกล้าบอกเล่า ความรู้สึก ปัญหาและความช่วยเหลือตรงกับความต้องการ นอกจากนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลต่อ ภาวะความเจ็บป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อคุณภาพการดูแล ไม่ว่าจะการเจ็บป่วยนั้นอยู่ใน ระยะเวลาวิกฤต เปลี่ยนผ่านเป็นการประคับ ประคองอาการจนถึงระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษา ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะแรกของ Molter (1979) และการศึกษาเชิง คุณภาพ (Hoye and Severinsson, 2010) ในทศวรรษหลัง

คุณลักษณะเฉพาะของครอบครัวในสังคมไทย ที่ให้การอบรมเลี้ยงดู ส่งผ่านความรัก ความผูกพันความเคารพ ความกตัญญู และคำแนะนำจากผู้อาวุโสในครอบครัวสู่สมาชิกคนอื่น ๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกใน ครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วย ปรับใจให้ยอมรับกับข้อจำกัด เรียนรู้ที่จะร่วมตัดสินใจเลือกการรักษา และหันหน้าเข้าหากันเพื่อร่วมกันเผชิญกับภาวะวิกฤต ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกมักจะ คำนึงถึงปัญหาและความต้องการของสมาชิกครอบครัวคนอื่นก่อนเสมอ (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) กล่าวคือให้ความสำคัญต่อผลที่จะเกิดกับสมาชิกครอบครัวอื่นมากกว่าที่จะเกิดกับตนเอง (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2543) ครอบครัวมีการบริหารจัดการให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นร่วม รับรู้สถานการณ์เจ็บป่วยปัจจุบัน การพยากรณ์โรค การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและเลือกรู ปแบบการรักษา ดังนั้นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ส่งเสริม ให้เกิดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นระหว่างกัน จะช่วยบรรเทาอุปสรรคและสร้างสมดุลการ ดำเนินชีวิตท่ามกลางภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่ มีภูมิลำเนาที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล จึงจำเป็นที่หน่วยงานต้องจัดหาปัจจัยพื้นฐาน อันประกอบด้วย ห้องน้ำ สถานที่จำหน่ายเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น สถานที่พักรอเยี่ยม รวมถึง พื้นที่สำหรับครอบครัวใช้สำหรับสันทนากการเพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวลด้วย

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

การเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับการดูแล อย่างใส่ใจและเชื้ออาหารของพยาบาลต่อปัญหา ความต้องการ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละ ครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวกล้านำเสนอสิ่งที่ต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลืออย่างสมเหตุสมผลตาม

สถานการณ์ที่เผชิญ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตในภาวะวิกฤตได้อย่างราบรื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ทองประทีป.(2552). จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ธิดิมา วทานิเยเวช. (2540). ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของ ตนเองและของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วย ระยะเวลาวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจิตรา ลีมอำนาจลาภ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต: Critical Care Nursing. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัตสำเนา).
- สุทธินี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบ แแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิศา สุขตระกุล. (2544). ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- อรวรรณ คล้ายพยัคฆ์. (2549). การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. (2548). ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระการ. (2543). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บสมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care: Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nurse*, 23(3), 170-177.
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., and Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 202-210.
- Blanchard, D. and 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.
- Carter, P. A. and Clark, A. P. (2005). Assessing and treating sleep problems in family caregivers of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 25(1), 16.
- Chang, L-Y. (2001). Family at the bedside: strength of the Chinese family or weakness of hospital care. *Current Sociology*, 49(3), 155-173.
- 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.
- Gries, J., C, Curtis, J. R., Wall, J. R., and Engelberg, A.R. (2008). Family member satisfaction with end- of-life decision making in the ICU*. *Chest 133*, 704-712.
- Hoye, S. & Severinsson, E. (2010). Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing, 26*,24-32
- 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.
- Mitnick, S., Leffler, C., and Hood, V. L. (2010). American College of Physicians .Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Family Caregivers, Patients and Physicians: Ethical guidance to optimize relationships. *Journal General Intern Medicine*[online]. Available from: SpringerLink
<http://www.springerlink.com/openurl.aspMgenre=article&id=doi:10.1007/s11606-009-1206-3> [2010, January 10]
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients : A descriptive study. *Heart & lung, 8*(2), 322-339.
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing, 21*, 16-23.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Streubert, H. L.& Carpenter, D. R. (1995). *Qualitative research in nursing : Advancing in the humanistic imperative*. Philadelphia: J. B. Lippincott Williams & Wilkins.
- Vandall-Walker, V., Jensen,L., and Oberle, K. (2007). Nursing support for family members of critically ill adults. *Qualitative Health Research, 17*(9), 1207-1218.
- Wall, R. J. (2009). The one thing certain in the ICU is uncertainty. *Critical Care Alert, 17*(2 May), 9-16.

Wartella, J. E., Auerbach, S.M. & Ward, K. R. (2009). Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients.

Journal of Psychosomatic Research, 66, 503-509

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.

ตารางที่ 27 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับที่	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง				ลักษณะผู้ป่วย			
	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์	อายุ (ปี)	เพศ	จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต (วัน)		การจำหน่าย
						วันสัมพัทธ์	วันนอนรวม	
1.S1D1	27	หญิง(F)	บุตรสาว(D10/10) *	71	ชาย (M)	7	7	ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
2.S2S1	29	ชาย(M)	บุตรชาย (S1/3) *	58	ชาย(M)	4	10	เสียชีวิต (ระดับประคองอาการ)
3.S3W1	45	หญิง(F)	ภรรยา(W)	47	ชาย(M)	3	3	เสียชีวิต
4.S4W2	59	หญิง(F)	ภรรยา(W)	62	ชาย(M)	14	16	ทุเลา
5.S5M1	58	หญิง(F)	มารดา(M)	40	ชาย(M)	5	7	เสียชีวิต
6.S6H1	38	ชาย(M)	สามี(H)	32	หญิง(F)	5	6	เสียชีวิต
7.SP1M1	59	หญิง(F)	มารดา	34	ชาย (M)	6	9	ทุเลา
8.SP2D1	45	หญิง(F)	บุตรสาว(D3/9)*	78	ชาย(M)	5	10	เสียชีวิต (ระดับประคองอาการ)
9.SP3S1	47	ชาย(M)	บุตรชาย(S2/9) *	78	ชาย(M)	5	10	เสียชีวิต (ระดับประคองอาการ)
10.SP4B1	47	ชาย(M)	น้องชาย (B2/3) *	56	ชาย(M)	6	7	ทุเลา
11.SP5W1	60	หญิง(F)	ภรรยา(M)	65	ชาย(M)	7	11	เสียชีวิต
12.SP6W2	65	หญิง(F)	ภรรยา(W)	72	หญิง(F)	3	4	ทุเลา

* (ลำดับที่ /จำนวนพี่น้องทั้งหมด)

Relatives' experiences in intensive care units: A qualitative study

Abstract: The aim of this paper was to reflect experiences of family members whose their loved ones were admitted in intensive care units in hospitals. Data were collected by using a criterion sampling in General Hospitals, and Regional Hospitals in Thailand through guided question interviews (n = 12) from December 2010 to February 2011. All interviews were transcribed verbatim by coding data using the constant comparative method as proposed by descriptive phenomenology. Relatives' experiences were understood into four themes: 1) Psychological impact including anxiety, blurring, hopeless, and fear; 2) Roles and responsibilities 3) Financial resources; and 4) Physically episodes. Psychological impact was the most prominent theme. However, we found that only a small number of relatives were provided care by nurse in order to meet their expectations in a respectful way. Encouragement to engage in caring with relatives should be offered. Family assessment and caring behavior should be employed.

Keywords: Critically relatives, relatives experience, phenomenology

การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต : มุมมองจากญาติผู้ป่วย*

Caring for relatives of critically ill patients: Relatives' perspectives

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายมุมมองของครอบครัวต่อการดูแลเมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัว 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวได้สะท้อนความรู้สึกต่อการดูแลจากพยาบาลทั้งในแง่มุมที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับความต้องการ 6 ด้านประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ 3) ด้านจิตวิญญาณ 4) การเอื้ออำนวยความสะดวก 5) ด้านส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ 6) ด้านการปรับตัวของครอบครัว ผู้วิจัยพบว่าบางครอบครัวจะบอกการดูแลที่ต้องการต่อพยาบาล ขณะที่บางครอบครัวไม่กล้าร้องขอการดูแลดังกล่าว ดังนั้นการเติมเต็มทักษะ การประเมินบทบาทหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวแต่ละราย รวมถึงการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล จะส่งผลให้ครอบครัวกล้านำเสนอปัญหาและสิ่งที่ต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลตามสถานการณ์ที่เผชิญ อันจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในภาวะวิกฤตได้อย่างราบรื่น

คำสำคัญ : การดูแลครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

The aim of this paper was to reflect perspectives from family members whose their loved ones were admitted in intensive care units in hospitals. A qualitative phenomenological was employed. Data were collected in General Hospitals and Regional Hospitals through guided question interviews ($n = 12$) from January to February 2011. Findings: Families' members reflect their met or unmet caring as 6 categories: 1) Information, 2) Emotional support, 3) Spiritual support, 4) Facilitation care, 5) Family participation in care, and 6) Coping support. Families wanted to tell their stories and clearly have a need for nurses to develop relationships with them while

*กำลังอยู่ระหว่างการตีพิมพ์ วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนรินทร์

caring for their ill loved ones. However, we found that only a small number of family members were provided care by nurses in order to meet their expectations in a respectful way. Encouragement to engage in caring with critically families' members should be offered following family assessment skill and caring behaviors

Keyword: Critically patient, qualitative study, family

บทนำ

ครอบครัวมักรับรู้เกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่อาการคาบเกี่ยวระหว่างการรอดและสูญเสียชีวิต จึงคาดการณ์สิ่งไม่ดีที่จะเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าไว้เสมอ นอกจากนี้การดำเนินของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard and Alavi, 2008) การจำกัดเวลาเยี่ยม รูปแบบการดูแลที่ปิดกั้นความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Eggenberger and Nelms, 2007) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถสื่อสารและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Yang, 2008; Wall, 2009) ต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย (Agard and Harder, 2007) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก

การศึกษาเชิงคุณภาพมีแนวโน้มมุ่งเน้นที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังมีประเด็นที่ถูกละเลยไม่ได้นำมาเข้ามามีการดูแลครอบครัว และยังเป็นมุมมองของผู้ให้บริการ ไม่พบการศึกษาผ่านมุมมองของญาติ ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้เกิดคำถามว่าพยาบาลดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ครอบคลุมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของครอบครัวหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการสะท้อนความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวลเป็นการดูแลครอบครัวที่ตรงกับความต้องการเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตามบริบทของสังคมไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายมุมมองของครอบครัวต่อการดูแลจากพยาบาลเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตามบริบทของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Streubert and Carpenter (1995) สัมภาษณ์แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive interview) ด้วยตนเองกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 30-40 นาที บันทึกภาคสนาม (Field note) และถอดเทป การสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหา ความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน ตรวจสอบซ้ำโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร จำนวน 12 คน มีคุณสมบัติ (Criterion sampling) (อารีย์วรรณ อ่วมตानी, 2553) ดังนี้ 1) สมาชิกครอบครัวมีอายุ 18-59 ปี 2) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย 3) เข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 4) ผู้ป่วยวิกฤตมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองโดยเตรียมข้อคำถามไว้ล่วงหน้า (Guided question) ดังนี้
 - 1.1 ท่านคิดว่าการดูแลที่บุคคลในครอบครัวของท่านได้รับขณะเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไรบ้าง เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดประเด็นที่ให้สัมภาษณ์ด้วยลักษณะทั่วไป
 - 1.2 เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ท่านมีการเตรียมตัวอย่างใด เพื่อตั้งประเด็นที่สนใจ สู่การให้รายละเอียดจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล
 - 1.3 กรุณาเล่าเหตุการณ์ในแต่ละวันของท่าน เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.4 ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลครอบครัวของพยาบาลเพื่อสอบถามความรู้สึกของครอบครัว

1.5 นอกจากสิ่งที่ครอบครัวได้รับจากการดูแลแล้ว ท่านคิดว่าครอบครัวควรจะได้รับ การดูแล อย่างไร เพราะเหตุใด เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของการดูแลที่ตรงและครอบคลุมกับ มุมมองของครอบครัว

2. เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4. แบบบันทึกช่วยจำในภาคสนาม 5. แบบบันทึกการถอดความให้สัมภาษณ์ และ 6. แบบบันทึกการวิเคราะห์เนื้อหาจากการ สัมภาษณ์

การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผู้วิจัยมีการป้องกัน ผลกระทบทางลบต่อครอบครัว ผู้ป่วย หน่วยวิกฤตและภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล คำตอบที่ได้จะ ถูกนำไปวิเคราะห์และแปลข้อมูล โดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงานและโรงพยาบาลไม่ว่า กรณีใด ๆ ทั้งสิ้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพตามขั้นตอนของ Strauss and Corbin (1988)

ผลการวิจัย

บริบทของหน่วยงาน

1. ลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน

โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 550 เตียง มีหอผู้ป่วยวิกฤต 2 แห่งรับผู้ป่วยผู้ใหญ่จากทุก แขนง อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 2-3 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.5 วัน อายุผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉลี่ย 57.3 ปี อัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 98 อัตราตายเฉลี่ยร้อยละ 38 หน่วยงานได้รับตรวจเยี่ยม และการนิเทศงานจากกลุ่มการพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง มีการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้

โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1069 เตียง มีหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 16 แห่ง ในการศึกษา ครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 แห่ง ซึ่งมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 2 จำนวน วันนอนเฉลี่ย 3.1 วัน อัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 107.5 อัตราตายเฉลี่ยร้อยละ 7.35

หน่วยงานได้รับการตรวจเยี่ยมและกำกับการปฏิบัติงานจากพยาบาลผู้ตรวจการแต่ละสายงานทุกวัน มีการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้

2. สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน หอผู้ป่วยวิกฤตทุกแห่งมีที่พักรอเยี่ยมเพียงพอสำหรับครอบครัว 5-10 คนเท่านั้น บางแห่งไม่มีที่พักรอเยี่ยม ซึ่งจากสภาพจริงพบว่าครอบครัวรวมถึงญาติมิตรและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมารอเยี่ยมจำนวน 5 – 10 คนต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ทำให้เกิดความแออัดบริเวณพื้นที่หน้าหน่วยวิกฤต ดังนั้นโรงพยาบาลจึงจัดพื้นที่สำหรับพักผ่อนรอเยี่ยมสำหรับครอบครัวในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม ครอบครัวเลือกพักรอเยี่ยมในบริเวณที่ใกล้หอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด แม้ว่าจะมีความไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่วนใหญ่พักอาศัยบริเวณพื้นที่ว่างใกล้หน่วยวิกฤตเช่นเดียวกับบางครอบครัวเลือกเช่าที่พักที่ใกล้โรงพยาบาลมากที่สุด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 12 คนทั้งหมดเป็นครอบครัวผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ 5 รายได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในวันเดียวกัน และ 1 รายมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญเมื่อ 1 เดือนก่อน ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 รายมีอายุระหว่าง 27 – 65 ปี มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว 2 ราย(S1D1; SP2D1) บุตรชาย 2 ราย (S2S1; SP3S1) ภรรยา 4 ราย(S3W1; S4W2; SP5W1; SP6W2) สามี 1 ราย(S6H1) มารดา 2 ราย(S5M1; SP1M1) และเป็นน้องชาย 1 ราย (SP4B1) ในจำนวนนี้ผู้ดูแลหลักร้องขอให้สมาชิกครอบครัวรายอื่นร่วมข้อมูลด้วย 3 ราย (SP1M1; SP3S1; SP5W1) ผู้ให้ข้อมูลอายุมากที่สุด 65 ปีเป็นภรรยาผู้ป่วย (SP6W2) ส่วนผู้ป่วยมีอายุ 32-74 ปี ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 -14 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ครอบครัวก็ให้ความสำคัญกับการเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือการเข้าเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แม้ที่บ้านพักอยู่ไกลจากโรงพยาบาล (ระยะทางทางเฉลี่ย 53.75 กิโลเมตร) ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องพักค้างคืนที่ในโรงพยาบาลหรือห้องเช่าใกล้โรงพยาบาล นอกจากนั้นมีสมาชิกครอบครัวบางรายประสบปัญหาด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย อาทิ ภรรยา (S4W2) ไม่สามารถเฝ้าดูอาการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้เนื่องจากมีสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีรายได้ แต่มีค่าใช้จ่ายในการเช่ารถมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน หรือเจ็บป่วยขณะมาเฝ้าอาการผู้ป่วย (S5M1; SP5W1; SP6W2) อย่างไรก็ตามครอบครัวเห็นว่าปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกของสถานที่พักและผลที่เกิดต่อสุขภาพของครอบครัว ไม่เป็นอุปสรรคต่อเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย

มุมมองต่อการดูแลครอบครัว ผู้วิจัยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันให้เป็นหมวดหมู่ นำมาเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived idea) การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าครอบครัวสะท้อนมุมมองต่อการดูแลดังนี้

ด้านการให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับ แผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์การรักษา ความก้าวหน้าของโรค กฎระเบียบของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมถึง รวมถึงสอบถามความต้องการข้อมูลจากญาติโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูล วิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

เราให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ ก็กลับมาอยู่บ้าน ระยะเวลา 50 โล เวลามีปัญหาเขาถึงจะโทรตาม ก็ได้เหมือนกัน แต่ว่ามันเป็นอย่างไงนะ มันไกล แต่ถ้าเราอยู่แบบนี้ อยู่ก็ไม่ได้เข้าไป ไม่ได้เห็น ไปรับรู้ ก็ไม่ต่างกับการได้อยู่เฝ้าทำอะไรเราก็ไม่รู้ (SP3S1)

ถ้าไม่มีทางรอดก็บอกว่าไม่รอดมันจะได้ตัดใจไว้ สมมุติหมอบอกว่าอาการดีขึ้นไปเรื่อย ๆ เกิดคนไข้ไม่อยู่ขึ้นมา เสียใจมาก ๆ เลย อยากให้หมอบอกตรงๆ(S5M1)

ผมถามนะ คืออาการโดยรวมเป็นอย่างไร เขาก็บอกว่าดี แต่โดยแท้จริงแล้วผมก็ไม่รู้หรือว่าดีเป็นแบบไหน(SP3S1)

การอธิบายแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน ญาติจะรับได้แค่ไหน คนในครอบครัวคนไหนจะเป็นคนรับรู้ บางคนก็จะไม่รับฟัง ไม่เข้าใจ อย่างตอนนี้กำลังดูเรื่องหัวใจเต้น เรื่องสติคนไข้ เรื่องการให้อาหารตามขั้นตอน ให้ข้อมูลต่อเนื่องไม่ใช่ให้ครั้งเดียวเสร็จ(SP4B1)

เครื่องด้านบนก็แดงวาบ ๆ แดงเขียว แดงเขียว บางทีก็แดงตลอด เหมือนรถส่งคนไข้มันก็แดงวาบ ๆ เปิดไฟเร่งความเร็วขทางเลย ก็ไม่รู้จะเป็นเหมือนกันหรือเปล่า เรามานั่งคิดเอาเองว่าไฟแดงท่าจะอันตรายเต็มที่ไฟเขียวน่าจะดีกว่า อยากให้เขามาอธิบายให้ฟัง จะได้รู้วันนะครับ ตัวเลขเขียวขึ้น เดียวลง เดียวแรง เดียวค่อย เป็นยังไงอาการ ดีขึ้นสักหน่อยไหมวนไปวนมา(SP3S1)

คนไข้เราไม่ดีขึ้น เราก็อยากถามนะ อยากรู้ว่าอะไรดีขึ้นตอนไหน หรือมีอะไรผิดปกติ ตอนนี้อาตมาเข้าไปเยี่ยมมองหน้าคนไข้ก็ดีขึ้น เลยไม่อยากจะกวนพยาบาล เพราะงานพยาบาลก็มาก(SP1M1)

ด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการดูแลของพยาบาลที่กระตุ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวถ่ายทอดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ความเข้าใจ รับฟังปัญหาและให้การช่วยเหลือด้วยความเห็นใจ เอื้ออาทร ชี้แนะให้คำแนะนำ ความมั่นใจ ความหวังตามความเป็นจริง ตามความพร้อมและความต้องการของครอบครัว

พี่ชายบอกว่าเกรงใจเจ้าหน้าที่ คนไข้ก็มาก เราก็เข้าใจอยู่ แต่เราต้องถามพ่อเราเป็นแบบนี้วันหนึ่ง ๆ อาการเป็นยังไง ช่วงไหนเป็นแบบไหน มันดีขึ้นไหม เครียดมาก คนเป็นลูกโทรคุยกันทุกวัน เราก็ไม่รู้ว่าเป็นยังไง ช่างในเป็นแบบไหนเราก็ไม่รู้ พอถามหมอ หมอก็บอกว่าช่วยเต็มที่ ก็ไม่รู้ว่าจะเต็มที่คืออะไร(SP2D1)

พยาบาลก็มาบอกทุกวันหละคะ หมอประจำเตียงเป็นใคร ถามญาติคนอื่นหลายคนก็เป็นแบบนี้ เวลาเยี่ยมก็จะมาบอกให้ฟังว่าวันนี้ดูหนองออกได้เยอะ คุณตาเลยสบายขึ้น หรือบางทีตาก็จะบอกหนูว่าหิว เพราะปกติตาเป็นคนกินเก่ง วันละหลายครั้ง ชอบกินขนม ผลไม้ หนูก็บอกพยาบาล พยาบาลก็จะคุยกับตาวาให้ทางสายยางวันละ 5 ครั้ง ได้ครั้งละครึ่งขวดแม่โขง ได้ทั้งนม พักทอง ไข่ เปลี่ยนไปทุกวัน แต่ตาอาจจะไม่หายหิว เพราะไม่ได้ผ่านทางปาก ตาก็มีสีหน้าดีขึ้นหนูก็สบายใจว่าพ่อไม่อดไม่อยาก หรือบางวันก็เขียนบอกว่าอยากกินน้ำ พอบอกพยาบาล พยาบาลก็มาบอกตาวาหนูก็ส่งสารตาอยากให้ตาได้กินน้ำแต่ว่าตอนนี้ยังกินไม่ได้เพราะถ้าตากลืนจะเจ็บคอตรงต่อหายใจ พ่อก็พยักหน้ารับ พยาบาลบอกว่ากลัวตาอาจจะสำลักน้ำลงไปปอด เดี่ยวตาจะฟื้นตัวช้า พยาบาลก็มาช่วยให้ตาฝึกออกกำลังปอดเตรียมหายใจเอง จะได้เอาที่ออกได้ พ่อก็ทำตาม หนูเห็นก็มีแรง มีกำลังใจว่าพ่อหนูจะหาย บางวันก็มาบอกว่าดูตาอย่างเดียวนะ วันนี้อ่าให้ตาคุยจะเหนื่อยเดี๋ยวอาการจะแย่(S1D1)

เขาก็ให้เยี่ยมเป็นเวลาจะเข้าไปยังไง ไม่มีคนกล้าเข้าหอรอก ก็กลัวเขาวา(SP6W2)

บอกเป็นการสันนิษฐาน อาจจะเป็นโรคนี้โรคนั้น ทำให้ญาติคลาย
ความกังวล(SP4B1)

หมอบอกว่าห้าสิบห้าสิบ ยายคิดเกินห้าสิบแล้ว ญาติทำใจ
(SP5W1)

ญาติมาเยี่ยมเห็นสายโน้นสายนี้เขาก็ว่าใกล้ตายแล้ว อาการหนัก
นะ สายเยอะแยะไม่รู้ว่าเป็นสายอะไรเป็นสายอะไร ส่วนมากคนจะกลัวสาย
มากกว่า ถ้าสายน้อยคนที่มาดูแลจะมีกำลังใจเพราะว่าสายน้อยคงจะหนัก
น้อยกว่า ตรงนี้ก็ช่วยได้ ให้ญาติคนป่วยสบายใจ(S5M1)

ด้านจิตวิญญาณ การดูแลของพยาบาลที่ช่วยครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเผชิญและ
ปรับตัวต่อภาวะวิกฤตตามความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรม และการปฏิบัติ
ตามหลักศาสนา

ยายเข้าไปก็ไปจับมือแก บอกแกว่าคนนั้นคนนี้โทรมาอยู่นะ แกก็
อยากสื่อสารกับเราอยู่ บอกแกว่าซองผ้าป่าให้ลูกก็เอาไปส่งแล้ว เอาซอง
ผ้าป่ามาให้เอาไปส่งเขา(SP5W1)

แกก็บอกพี่ชายว่ามีผี พี่ชายก็บอกแกว่าไม่มีผีหรือบอกแก หนูก็แก
ว่าหัวเตี๋ยก็มีพระพุทธรูป ขอเข้ามาผูกแขนให้ หมอโบราณให้มาผูกแขน
เอาแหวนข้างเบื้องซ้าย พยาบาลก็ให้ทำคะ(S1D1)

พ่อน้องไปสะเดาะเคราะห์ น้องบอกว่าขอย่าให้พ่อเจ็บ ถ้ายังงี้ก็ให้
พ่อหลับไปเลยไม่ต้องทรมาน เพราะว่าแกเจ็บมานานแล้ว ให้พ่อไปสบาย
ไม่ยากให้พ่อเจ็บ แต่ว่าเลือกไม่ได้ (SP3S1)

ไปดูหมอฟันบ้านเรา ผมยอมแล้ว บอกพี่บอกน้องทางโน้น ปะไว้
ติดไว้ก่อน) ถ้าหายจริงผมก็จะทำให้ ถ้าไม่หายผมก็ไม่ทำให้ ผมขอให้แก
อยู่ต่อ ในโรงบาลผมก็ซื้อดอกไม้ธูปเทียนขอชีวิตเขา ขอให้เขากลับมาเป็น
ปกติ ได้เลี้ยงดูลูกอยู่ต่อไป ลูกยังเล็กอยู่ครับ(S6H1)

นี่แกไม่ตาย แต่ยายนี่หละตมาปีนี้จะไม่ดี แกจะเป็นอะไร ถ้าไม่เอา
ค้อนตี แกไม่ตายหรอก ก็กำลังใจดีขึ้น ตัวเองก็ข้างมันเถอะ ห่วงแต่แก
แกเป็นคนดี (SP5W1)

ครึ่งวาระสุดท้าย ผมอยากไปเฝ้าเขา ผมอยากเข้าไปกอด ผมอยากไปพูดกับแกหน่อย ก่อนแกจะหมดลมหายใจ วาระสุดท้ายของเขา ผมก็เข้าใจ อยู่ครับ กฎก็คือกฎ แต่ผมก็แหกกฎแบบเมื่อคืน เพราะไปหมดแล้วนะ ใจผมอยากไปอยู่ใกล้ ๆ ได้กอดเขา ได้พูดกับเขา ผมก็เกรงใจคุณหมอ แต่ผมก็ตื้อนะผมพูดแบบซื่อ ๆ ผมไปมองเห็นตัวคนไข้ ได้ดู ผมก็รู้ว่ามันผิดกฎเขา ผมขอบคุณที่หมอไม่ว่าอะไรผม(S6H1)

ด้านการเอื้ออำนวยความสะดวก เป็นการดูแลและชี้แนะของพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของญาติประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การพักอาศัย การนอนหลับในช่วงเวลาที่มาเยี่ยมผู้ป่วย รวมถึงภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัวเพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวใกล้เคียงกับปกติ

ตรงไหนว่างก็นอนเลย แต่ตรงข้างเตียงนี้ เจ้าหน้าที่ลื้อมเชือกเอาไว้ไม่ให้เข้า(SP1M1)

บ้านห้องเช่า ห้องเล็ก ๆ คั้นละ 80 บาทให้แต่มีมุ้งมีหมอนไปเอง ไม่หลับหรอก พอซุกหัวนอนนะ วันนี้ยายจะลงไปนอนชั้นสอง ชั้นสองญาตินอนเป็นแถวอยู่พื้น อยู่แถวนั้น (SP6W2)

เรื่องห้องน้ำสำคัญ ญาติมาวุ่นกันอยู่หน้าห้องน้ำ ไปเข้าคิวกันทั้งวัน ห้องน้ำไม่เพียงพอ ยิ่งตอนตีสี่ตีห้า อันอื่นก็เตรียมมาจากบ้านหมดแล้ว อย่างผ้าห่ม หมอนอย่างนี้ เอามาจากบ้าน ของก็เตรียมมาหมด อยากให้มีแต่ห้องน้ำเพิ่มขึ้น แล้วก็ปลั๊กไฟไว้ชาร์จโทรศัพท์ (SP1M1)

ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมและช่วยเหลือของพยาบาลเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมผู้ดูแลรวมถึงทีมสหสาขาที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการของครอบครัว

ญาติเองก็ขาดความเข้าใจเรื่องการดูแล ขั้นตอนการรักษา ไม่รู้ว่าได้ทำหรือไม่ได้ทำ คือเราไม่เข้าใจขั้นตอนการรักษา อย่างตอนนี้ต้องกายภาพบำบัดหรือต้องฟื้นฟูก็ช่วยลดความกังวลเรื่องอนาคตได้ ก็ขึ้นกับอาการเหมือนกัน (SP4B1)

หน้าตาสดชื่นขึ้น ดีกว่าวันนั้น ก็ปลอบใจเขาอยู่ว่าจะอะไรอะไรก็ให้ทำตามคุณหมอบอกนะ ให้ทำตามคุณหมอบอก หายใจใหญ่ หายใจน้อยเข้า (ฝึกหายใจเข้าออก) จะได้กลับบ้านเร็วๆ (S4W2)

การที่เราอยู่กับแกตลอดเวลา ก็จะเป็นผลเสียแบบว่าบางที่เราก็มีความสงสารมากกว่าหมอ หนูก็เอาหัวอกลูกมาเปรียบเทียบกัน รักพ่อแต่ว่าบางที่เราทำไม่ได้ บางที่เรานั่งเฝ้าเดี่ยวก็เอนั้น เดี่ยวก็เอนี้ บางที่มันจะเป็นการทำให้แกแย่ง เป็นคาบสองคมเลย อยู่หน้าห้องดีกว่า ไม่ใช่ว่าไม่อยากจะเก็บถ่าย ทำความสะอาดให้พ่อ ไม่ได้รังเกียจคะ พ่อเลี้ยงเรามา พ่อก็ทำให้เรามาก่อนกว่าเราจะโต หนูรู้ว่าพ่อเป็นคนเอาแต่ใจ (S1D1)

กลัวเขาเจ็บ ไม่อยากเช็ดให้ วันนั้นก็ใช้ ก็เข้ามาดู คุณหมอก็มาดู ก็บอกว่ายายเช็ดตัวให้น้องหน่อย คุณหมอย่าว่าอย่างนั้นอย่างนี้เลย ยายทำใจไม่ได้ ยายเช็ดไม่ได้(S5M1)

ตอนแรกเข้าไปว่าตัวร้อน เลยไปหาผ้ามา อยากเอาน้ำมาเช็ดพยาบาลบอกว่าไม่ต้องจะทำเอง กลัวน้ำจะถูกแผล ก็เลยไม่กล้าทำ ก็อยากทำครับ ถ้ามีคนมาบอก เข้าไปก็อยากทำไปยกแขนยกขา ไปจับ แต่ช่วงเที่ยงเข้าไปก็ทำให้จับ ให้นวด ก็นวดให้ตามไปด้วยบีบไปด้วยนวดไปด้วย (SP3S1)

ไม่ได้ห้ามไปทุกอย่างหรอก แต่ไม่ได้บอกว่าจะให้ทำยังไง อยากให้เขาบอก อะไรทำให้ตาได้ ทำไม่ได้ ใจอยากเข้าไปดูแลอยากทำ ตาจะได้หายเร็วขึ้น หรือว่ามันจะเป็นอันตรายเพราะสายเยอะ อยากพลิกให้ แต่กลัวสายหลุด กลัวมีแผล คิดว่าหมอมาดูอยู่แล้วแหละ อยากให้ดูอยู่เรื่อย คงไม่มีอะไรหรอก (SP5W1)

ยายเข้าไปเวลาคนป่วยต้องการ คุณตาก็ว่าหิวก็หิว ไม่เห็นเข้ามาเลยพยาบาลเอานม เอาขนมมาให้กิน ไม่ถึงเวลาเยี่ยม ตาแกก็ว่าญาติคนอื่นยังเข้าได้ แกก็น้อยใจ ยายก็เกรงใจเขา(SP6W2)

ด้านการปรับตัวของครอบครัว เป็นการศึกษาที่พยาบาลส่งเสริมให้ครอบครัวยอมรับและเผชิญกับสถานการณ์ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับความไว้วางใจ สามารถควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต มีความหมาย มีความสำคัญเป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวรวมถึงบุคคลอื่น โดยคำนึงถึงความพร้อมและบริบทของครอบครัว

ยายก็ถามแกอยู่ว่าเป็นอย่างไร แกก็บอกว่าอยู่ว่างสบาย มาอย่างนี้ ก็ค่อยมีกำลังใจ แกพูดไม่ได้แต่แกรู้วิธีบอกนะ วันนี้แข็งแรงขึ้นมาก ไม่สลดใจ ไม่มีอะไรคิดเลยคุณหมอ ก็บอกกันว่าให้ตาหายไว ๆ นะ จะได้กลับบ้าน สงสารตา ค่อยมาให้แกเห็นหน้าเห็นตา อยู่ที่นี่พูดก็เพราะ หมอก็เอาใจ คนไข้ ยายมาเห็นกับตา พวกที่มาด้วยกันก็ว่า หมอทำอะไรให้แกให้ถามแก ทุกอย่าง เหมือนกับที่ยายดูทุกวัน (S4W2)

แม้ผม เวลาพูดเรื่องอาการของพ่อแกจะเครียดมาก นี่ผมยังอยากให้ แกกลับไปอยู่บ้าน แต่ผมก็ไม่รู้จะทำอย่างไร (S2S1)

มีคนมาพูดคุยด้วย ได้ปรึกษา ญาติคนป่วยก็ดีทุกคน แนะนำดีทุกคน มีญาติคนอื่นคอยถามคอยช่วยก็ดีขึ้นจะ ใจดีขึ้น มันไม่มีที่ปรึกษานะ ยายมาคนเดียวนะนาง ก็ไม่รู้จะทำยังไง (SP6W2)

มันก็ต้องผ่านไปได้ เกิดอะไรขึ้นก็ตาม ก็ได้พูดคุยกัน ไม่ต้องเก็บไว้คนเดียว(SP1M1)

ก็พยายามทำความรู้จักกัน อย่างผมไม่อยู่ที่โทรมาหา คุยกัน ก็เลยชวนกันไปนอนห้องตรงนั้น ก็เลยรู้จักกัน ได้ฟังพา ได้ช่วยกัน ได้เล่าให้กันฟัง ปลอดภัย อากาศคนนี้เป็นยังไง อย่างคุณยายที่มานั่งตรงนี้ คุณตา ต้องพอกไต ก็ไม่เป็นอะไรหรอกมีวิธีการรักษาอยู่ ก็คุยกัน กลับบ้านไปแล้ว ก็โทรมาถามข่าวคราวกัน เป็นญาติกันเลยครับ ถ้าผมไม่อยู่ที่สบายใจครับ ญาติคนมาก่อน ก็บอกกันอยู่ คุยกับหมอใหม่ คนจะกลับไปทำงานก็สบายใจ ก็ฝากกันได้ ฝากกันได้ มีอะไรก็ติดต่อโทรหากันเวลากลับบ้าน(SP4B1)

ครอบครัวสังเกตอาการและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับทุกครั้งที่ผ่านมา บางรายให้น้ำหนักกับการสังเกตอาการและคำบอกเล่าของผู้ป่วย (S1D1; S2S1; S3W1; S4W2; S6H1; SP1M1; SP4B1; SP6W2) ขณะที่บางรายให้ความสนใจกับการทำงานของเครื่องมือแพทย์ข้างเตียง (S5M1; SP2D1; SP3S1; SP5W1) ส่วนใหญ่แปรผลอาการและการทำงานของเครื่องมือแพทย์ตามความเข้าใจของตน เมื่อสอบถามสาเหตุที่ครอบครัวไม่ขอคำอธิบายจากพยาบาล ครอบครัวให้เหตุผลว่าพยาบาลทำงานหนัก และยุ่งอยู่ตลอดเวลา ไม่ทราบจะหาช่องทางสอบถามในช่วงเวลาไหน (S5M1; SP1M1; SP2D1; SP3S1; SP4B1; SP5W1) ครอบครัวมักรับรู้อาการผู้ป่วยด้านลบซึ่งไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ครอบครัวจึงยินดีเป็นอย่างยิ่งเมื่อพยาบาลได้อธิบาย แนะนำการสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วย (S5M1; SP1M1; SP2D1;

SP3S1; SP4B1; SP5W1) นอกจากนั้นการจัดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และระดับประคอง ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก มีส่วนสำคัญในการบรรเทาผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วย ให้มีผลต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นน้อยที่สุด ในทางกลับกันก็เป็นการสะท้อนถึงภาวะและ ผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักเป็นทวีคูณ อย่างไรก็ตามการปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรายอื่นช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจ (SP4B1; SP6W2) ช่วยให้การดำเนินชีวิตในโรงพยาบาลใกล้เคียงกับปกติได้ (SP6W2) ทั้งยังช่วยให้ ครอบครัวตระหนักถึงคุณค่าของตนที่ได้ทำประโยชน์ต่อผู้อื่น (SP4B1; SP5W1)

โดยรวมแล้วผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พอใจต่อการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการเกือบ ทั้งหมด ในส่วนที่ไม่เป็นไปตามความต้องการ ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่กล้าร้องขอที่จะบอกความ ต้องการนั้น อาทิ ความชัดเจนของข้อมูลของการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค และความก้าวหน้าของ โรค(SP2D1; SP3S1;SP4B1; SP6W1) การรักษาและผลการรักษาที่เสถียรขึ้น (SP2D1; SP3S1;SP6W1) การดูแลที่ได้รับและผลการดูแลในแต่ละวัน (SP2D1; SP3S1) การใช้เครื่องมือ แพทย์และการแปรผลความผิดปกติ (SP1M1; SP2D1; SP3S1)การได้ร่วมดูแลกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย(SP1M1; SP2D1; SP3S1; SP5W1; SP6W2) การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย (SP4B1) การสอบถามอาการผู้ป่วยเมื่อครอบครัวไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล (SP1M1; SP2D1; SP3S1; SP4B1; SP5W1; SP6W2) และการปฏิบัติตามความเชื่อด้านจิตวิญญาณ (SP1M1) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะร้องขอเพื่อให้ได้รับการดูแลตามความต้องการนั้น ๆ เช่น การได้ทำ พิธีกรรมตามความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยว (S1D1) การได้อยู่เคียงข้างผู้ป่วยในวาระสุดท้าย (S6H1) การได้เยี่ยม นอกเหนือจากเวลาที่กำหนด (S1D1; S3W1;S4W2;S6H1;S5M1;SP1M1;SP5W1) การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคเมื่อไม่เข้าใจ (S1D1; S2S1; S4W2; S5M1;S6H1;SP1M1; SP5W1)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เชื่อมั่นต่อคุณภาพการดูแลและพอใจกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิสัมพันธ์เชิงบวกที่พยาบาลแสดงออก ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการ รักษาหรือภาวะเจ็บป่วยที่เผชิญ นอกจากนั้นยังต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู หายจากภาวะเจ็บป่วย โดยสรุปการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในมุมมองของญาติแสดงใน ตารางที่ 2

อภิปรายผล

การศึกษามุมมองของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามบริบทของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยพบว่าครอบครัวได้สะท้อนผลต่อจิตใจและอารมณ์ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2548; Carter and Clark, 2005) มากที่สุด รองลงมาเป็นด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว (Eggenberger and Nelms, 2007; McAdam, Arai, and Puntillo, 2008) ด้านเศรษฐกิจ (Hudak, Gallo, and Morton, 1998) และให้ความสำคัญน้อยที่สุดต่อผลกระทบด้านร่างกาย (Atkinson, Stewart, and Gardner, 1980) สิ่งที่ครอบครัวความต้องการมากที่สุดไม่ว่าการเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระยะวิกฤต ระยะประคับประคองอาการ จนถึงในวาระสุดท้าย คือความเชื่อมั่นต่อคุณภาพการดูแล (Molter, 1979) ด้วยพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล รวมถึงความชัดเจนของข้อมูลความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ความก้าวหน้าของโรค การรักษาและผลการรักษาที่เสร็จสิ้น (Leske, 1991) รองลงมาได้แก่ การดูแลและผลการดูแลในแต่ละวันของผู้ป่วย (Casarini, Gorayeb, and Filho, 2009) นอกจากนี้ครอบครัวยังให้ความสำคัญกับความสงบตาย ปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน (Eggenberger and Nelms, 2007) และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกอย่างที่สามารถทำได้ (Davidson, 2009) ส่วนการให้ข้อมูลจากการประชุมพิเศษของหน่วยงานตอบสนองความต้องการของครอบครัวบางด้านเท่านั้น (Lee and Lau, 2003) ครอบครัวประเมินอาการผู้ป่วยจากการสังเกตสีหน้าและการแสดงผลของเครื่องมือแพทย์ตามความเข้าใจซึ่งมักคลาดเคลื่อนกับความเป็นจริง อย่างไรก็ตามครอบครัวส่วนใหญ่มีญาติที่ห่างไกลจึงมักพักอาศัยอยู่ในโรงพยาบาล จำเป็นที่หน่วยงานต้องจัดหาปัจจัยพื้นฐาน อาทิ ห้องน้ำ สถานที่พักรอเยี่ยม สถานที่จำหน่ายเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงพื้นที่สำหรับกิจกรรมสันทนาการคลายความเครียดสำหรับครอบครัวด้วย

คุณลักษณะเฉพาะของครอบครัวในสังคมไทย ที่มีความผูกพัน รับผิดชอบซึ่งกันและกัน และยึดมั่นในความกตัญญู (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ทำให้ครอบครัวหันหน้าเข้าหากันเพื่อร่วมกันเผชิญกับภาวะวิกฤต การรับรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกของครอบครัวมักจะคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของสมาชิกครอบครัวคนอื่นก่อนเสมอ อย่างไรก็ตามครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะร่วมกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา รูปแบบการรักษา (Evan et al., 2009) การประสานงานให้สมาชิกภายในครอบครัวได้สื่อสารกันด้วยข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ครอบครัวได้พิทักษ์สิทธิของตน และการรับฟังความคิดเห็นของ

ครอบครัวจะสามารถลดข้อขัดแย้งได้ นอกจากนั้นความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และการช่วยเหลือผู้อื่น แม้ว่าตนเองยังต้องเผชิญภาวะวิกฤต ทำให้ภาพที่ปรากฏเสมอในบริเวณที่พักรอเยี่ยม คือ คำแนะนำและการช่วยเหลือจากครอบครัวผู้ป่วยรายอื่นในระยะแรกที่ต้องเฝ้าดูอาการผู้ป่วยตามลำพัง นับเป็นทางเลือกที่ครอบครัวใช้ในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เหมาะสมกับบริบทของตน (รัตนะธนา อัญญา, 2545) แม้จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วก็ยังติดต่อเป็นเครือข่ายพึ่งพาอาศัยกันได้

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การเติมเต็มด้วยทักษะและความเชี่ยวชาญในการประเมินบทบาทหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวแต่ละราย รวมถึงการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล จะส่งผลให้ครอบครัวกล้านำเสนอปัญหา ความต้องการ และสิ่งที่ต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลือที่สมเหตุสมผล ตามสถานการณ์ที่เผชิญ อันจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในภาวะวิกฤตได้อย่างราบรื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). **ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนะธนา อัญญา. (2545). **ความเข้มแข็งอดทน และความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). "Relatives' experiences in intensive care: finding a place in a world of uncertainty". **Intensive Critical Care Nurse** 23(3), p170-177.
- 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), p 225-231.
- 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), p16.
- Casarini, K. A., Gorayeb, R. & Filho, A. B. (2009). "Coping by relatives of critical care patients". **Heart & Lung** 38(3), p217-227.
- 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), p28-35.
- 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), p1618-1628.
- Evan, L.R., Boyd, E.A., Malvar, G., Apatira, L., Luec, J. M, Lo.B. et al. (2009). "Surrogate decision-maker's perspective on discussing prognosis in the face of uncertainty". **American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine** 179(1), p 48-53.
- Hudak, C. M, Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). **Critical Care Nursing : A Holistic Approach**. 7th ed. Philadelphia : Lippincott.
- Lee, L. Y. K. & Y. L. Lau. . (2003). "Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong". **Journal of Clinical Nursing** 12(4), p490-500.
- Leske, J. (1991). "Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory". **Heart & Lung** 20(3), p 236-243.
- McAdam, J. L., Arai, S., & Purtillo, K. A. (2008). "Unrecognized contribution of families in the intensive care unit". **Intensive Care medicine** 34(6), p 1097-1101.
- Molter, N. C. (1979). "Needs of relatives of critically ill patients : a descriptive study". **Heart & lung** 8(2), p 322-339.

- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks : Sage,
- Streubert, H. L.& Carpenter, D. R. (1995). **Qualitative research in nursing : Advancing in the humanistic imperative**. Philadelphia : J. B. Lippincott Williams & Wilkins.
- Wall, R. J. (2009). "The One Thing Certain in the ICU Is Uncertainty". **Critical Care Alert**[®] 17(2 May), p9-16.
- 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), p 25(4).

ตารางที่ 28 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับที่	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง			ลักษณะผู้ป่วย				
	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์	อายุ (ปี)	เพศ	จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต (วัน)		การจำหน่าย
						วันสัมพัทธ์	วันนอนรวม	
1.S1D1	27	หญิง(F)	บุตรสาว(D10/10)*	71	ชาย (M)	7	7	ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
2.S2S1	29	ชาย(M)	บุตรชาย (S1/3) *	58	ชาย(M)	4	10	เสียชีวิต (ระดับประคองอาการ)
3.S3W1	45	หญิง(F)	ภรรยา(W)	47	ชาย(M)	3	3	เสียชีวิต
4.S4W2	59	หญิง(F)	ภรรยา(W)	62	ชาย(M)	14	16	ทุเลา
5.S5M1	58	หญิง(F)	มารดา(M)	40	ชาย(M)	5	7	เสียชีวิต
6.S6H1	38	ชาย(M)	สามี(H)	32	หญิง(F)	5	6	เสียชีวิต
7.SP1M1	59	หญิง(F)	มารดา	34	ชาย (M)	6	9	ทุเลา
8.SP2D1	45	หญิง(F)	บุตรสาว(D3/9) *	78	ชาย(M)	5	10	เสียชีวิต (ระดับประคองอาการ)
9.SP3S1	47	ชาย(M)	บุตรชาย(S2/9) *	78	ชาย(M)	5	10	เสียชีวิต (ระดับประคองอาการ)
10.SP4B1	47	ชาย(M)	น้องชาย (B2/3) *	56	ชาย(M)	6	7	ทุเลา
11.SP5W1	60	หญิง(F)	ภรรยา(M)	65	ชาย(M)	7	11	เสียชีวิต
12.SP6W2	65	หญิง(F)	ภรรยา(W)	72	หญิง(F)	3	4	ทุเลา

* (ลำดับที่ /จำนวนพี่น้องทั้งหมด)

ตารางที่ 29 การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤติในมุมมองของญาติ

การดูแลครอบครัวในมุมมองของญาติ	การดูแลครอบครัวในมุมมองของญาติ
<p>ด้านการให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย ความก้าวหน้าของโรค การดูแลแผนการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษา การใช้เครื่องมือแพทย์ การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย กฎระเบียบของหน่วยงานและการเยี่ยม ช่องทางติดต่อกับทีมผู้ให้การดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง</p>	<p>ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ครอบครัวเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลการร่วมกับทีมผู้ดูแลประเมินปัญหา อาการและการตอบสนองต่อการรักษา ร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษา วางแผนการดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูล ตัดสินใจและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมผู้ดูแลตามความพร้อมและความต้องการของครอบครัว</p>
<p>ด้านจิตใจและอารมณ์ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวถ่ายทอดความคิด ความคาดหวัง การระบายความรู้สึกด้านลบ การให้กำลังใจปลอบโยนเมื่อเสียใจ รับฟังปัญหาและช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร มีการยืดหยุ่นระเบียบการเยี่ยม ได้รับความหวังตามความเป็นจริง และความมั่นใจในคุณภาพบริการ รวมถึงการช่วยให้ครอบครัวได้บอกปัญหา ความต้องการตามความพร้อมของครอบครัว</p>	<p>ด้านการปรับตัวของครอบครัว ครอบครัวได้รับยอมรับ การให้เกียรติ และมั่นใจในการพิทักษ์สิทธิของตน ได้แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่ามี ความหมายและความสำคัญต่อครอบครัว รับรู้บทบาทตามความเป็นจริง ความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่ การดำเนินชีวิต การช่วยค้นหาส่วนที่ดี คุณค่าและความสามารถ เป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่น การได้ทำประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และ ตามความพร้อมและบริบทของตน เพื่อให้ครอบครัวยอมรับและเผชิญกับสถานการณ์ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติ</p>
<p>ด้านจิตวิญญาณ การสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณ การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วัฒนธรรม และหลักศาสนา รวมถึงภารกิจที่ค้างคาให้เสร็จสิ้น</p>	
<p>ด้านการเอื้ออำนวยความสะดวก การดูแลความเป็นอยู่ของญาติ อาทิ จัดให้มีที่พัก รอยุ่ เยี่ยม แนะนำที่พักอาศัย จัดให้มีห้องน้ำเพียงพอ ความสะดวกในการจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภค รวมถึงภาวะสุขภาพของครอบครัวในช่วงเวลาที่เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันใกล้เคียงกับปกติ</p>	

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปฐมวดี สิงห์ตง เกิดวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2512 ที่จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จ การศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2533 สำเร็จหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2550 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงาน ที่หอผู้ป่วยวิกฤต 2 โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ