

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ การดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

Factors Related to Shared Decision Making Needs Regarding Medical Treatments of Critically Ill Neurological Patients' Families

จิตาภา	พลายกล้า *	Jidapa	Plyklum *
นิตยา	ภิญโญคำ **	Nittaya	Pinyokum **
มยุลี	สำราญญาติ ***	Mayulee	Somrarnyart ***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจะมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมองและไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกการดูแลรักษาตนเอง ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 85 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม 2558 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และ 3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96, .94, .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 91.80 (= 93.52, S.D. = 12.79)
2. ความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันในทางสถิติ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
* Professional Nurse, Chiangmai Neurological Hospital, Chiang Mai, maeaewja@gmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 18 กุมภาพันธ์ 2559 วันที่แก้ไขบทความ 1 มิถุนายน 2559 วันตอบรับบทความ 14 กันยายน 2559

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา, ความต้องการ, การได้รับข้อมูล, ทัศนคติ, ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

Abstract

Critically ill patients with neurological disorders have trouble with their brain function and may be unable to share the decision making regarding their medical treatment. Therefore, their families must make these decisions on their behalf. The purpose of this descriptive correlational study was to explore the shared decision making needs regarding medical treatment of families of critically ill patients with neurological disorders

and related factors. The participants were family members of 85 critically ill patients with neurological disorders admitted to the surgical and medical intensive care units at Chiangmai Neurological Hospital, from July to October 2015. The participants were selected by purposive sampling. Data were collected using three Questionnaires: 1) Shared Decision Making Needs of Family Regarding Medical Treatment Questionnaire, 2) Information Receiving Regarding Shared Decision Making Needs Related to Medical Treatment Questionnaire, and 3) Attitudes Regarding Shared Decision Making Needs for Medical Treatment Questionnaire. Content validity of the questionnaires were determined by five experts in the field. Overall internal reliability of three Questionnaires tested by Cronbach alpha were .96, .94, and .80 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The shared decision making needs regarding medical treatment of critically ill neurological patients' families were at a high level (90.18%)($\bar{x}$ = 93.52, S.D. = 12.79); and
2. There were no statistically significant correlation found among shared decision making needs of families, information receiving regarding shared decision making related to medical treatment, and attitudes regarding shared decision making related to medical treatment.

Keywords: *shared decision making, needs, information receiving, attitude, Critically Ill Neurological*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพและการบาดเจ็บรุนแรงของระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกรู้ตัว มีปัญหาการหายใจต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ มีภาวะชัก เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่างเฉียบพลันและต้องการการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (Kitchener & Hashem, 2012) ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้

ป่วยวิกฤตระบบประสาทนั้นไม่ได้มีเฉพาะตำแหน่งของโรคแต่กระทบต่อระบบประสาททั้งหมดและอวัยวะระบบอื่นๆ ด้วย (Kumwilaisak, Kyokong, & Indrambarya, 2008) นอกจากนี้ยังมีการดำเนินของโรคเข้าสู่วาระสุดท้ายภายในเวลาไม่นาน มีอัตราตายสูง มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและผลลัพธ์ในการดูแลรักษาไม่แน่นอน (Bernardini, 2013) ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการให้แก่บุคคลอื่น

ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยตนเอง (Huang, Huang, & Ko, 2010) ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงต้องมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแทนผู้ป่วย

การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทโดยครอบครัว เป็นการตัดสินใจที่มีความยุ่งยาก มีปัญหาซับซ้อนและมีความท้าทาย ลักษณะการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีความเกี่ยวข้องกับวิธีการดูแลรักษาและเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงอันตรายต่อตัวผู้ป่วยมาก มีระยะเวลาน้อยในการตัดสินใจ และเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายมากที่สุด (Schaller & Kessler, 2006) นอกจากนี้ในการตัดสินใจจะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย และตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักจริยธรรม (Berger, DeRenzo, & Schwartz, 2008) ซึ่งลักษณะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก

ผลกระทบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เกิดต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ด้านร่างกาย ทำให้มีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป รับประทานอาหารได้น้อยลง มีความสนใจที่จะดูแลตนเองน้อยลง ทำให้สุขภาพอ่อนแอ (Day, Haj-Bakri, Lubchansky, & Mehta, 2013) ด้านจิตใจและอารมณ์ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจเมื่อต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย มีความเครียดสูง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เกิดความรู้สึกผิดหลังการตัดสินใจเป็นระยะๆ (Wendler & Rid, 2011) ด้านความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความขัดแย้งในกระบวนการตัดสินใจ (Abbott, Sago, Breen, Abernethy, & Tulskey, 2001) ด้านเศรษฐกิจ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ไม่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Restrepo et al., 2010) การตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงมีความสำคัญมาก และมีความจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว (Muller-Engelmann et al., 2011)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะต้องเกิดจากความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว เพื่อเลือกวิธีการดูแลรักษาตามความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยวิกฤต หรือประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Elwyn et al., 2012) ได้บูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษามาสู่การปฏิบัติเพื่อให้ง่ายแก่การนำมาใช้และปฏิบัติในทางคลินิก โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน (three-step model) คือ ขั้นตอนที่ 1 การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา (choice talk) ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือกวิธีการดูแลรักษาเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ (option talk) และขั้นตอนที่ 3 การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (decision talk)

ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นความปรารถนาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเลือกวิธีการดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัยโรคและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง โดยการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ครอบครัว (Jacobsen, O'Connor, & Stacey, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีหลายประการ ซึ่งปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลของครอบครัว

เกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและปัจจัยด้านทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลของครอบครัว การได้รับข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลด้านอารมณ์และสังคมของครอบครัวผู้ป่วย (Chatgaew, 2005) จากการศึกษาของ White, Engelberg, Wenrich, Lo, and Curtis (2007) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลและการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .15, p = .03$)

ปัจจัยด้านทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตและสภาพแวดล้อมของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (Curtis & Vincent, 2010) ทัศนคติเชิงบวกของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาจะมีการรับรู้บทบาท และมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับสูง (Frivold, Dale, & Slettebo, 2015) และทัศนคติเชิงลบของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา จากการศึกษาของ Azouley et al. (2004) ที่ศึกษาทัศนคติของแพทย์และครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลประเทศฝรั่งเศส 78 แห่ง พบว่าร้อยละ 53 มีความคิดเห็นเชิงลบ โดยมีความคิดเห็นอย่างไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเพราะคิดว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักซึ่งจะเป็นการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยวิกฤต

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวทั้งหมดเป็นงานวิจัยของต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างในด้านสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย อาจจะมีการแตกต่างในความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในคนไทย โดยใช้แนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมรวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การได้รับข้อมูลของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา เนื่องจากปัจจัยทั้งสองนี้พยาบาลมีบทบาทในกระบวนการให้ข้อมูลและสร้างเสริมทัศนคติที่ดีแก่ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาโดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การได้รับข้อมูลของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและทัศนคติของครอบครัวเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา (choice talk) ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือกวิธีการดูแลรักษาเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ (option talk) และขั้นตอนที่ 3 การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (decision talk) ซึ่งมีปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ต้องการศึกษา ได้แก่ การได้รับข้อมูลของครอบครัว และทัศนคติของครอบครัว ซึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ทั้ง 3 ขั้นตอน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตคัดลยกรรมประสาทจะต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการนี้ จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้เหมาะสมและลดผลกระทบต่อครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 85 ราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ

2. ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้ง 23 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 ค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 0-115 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตาม ช่วงคะแนน 3 อันดับ ดังนี้

คะแนน 0-38.33 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับต่ำ

คะแนน 38.34-76.67 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับปานกลาง

คะแนน 76.68-115 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ได้แก่ 1) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้ง 21 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 0-105 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตาม ช่วงคะแนน 3 อันดับ ดังนี้

คะแนน 0-35 คะแนน หมายถึง ครอบครัวได้รับข้อมูลในระดับต่ำ

คะแนน 36-70 คะแนน หมายถึง ครอบครัวได้
รับข้อมูลในระดับปานกลาง

คะแนน 71-105 คะแนน หมายถึง ครอบครัว
ได้รับข้อมูลในระดับสูง

2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งหมด
15 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรง คุณวุฒิ ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 ได้ค่าความเชื่อมั่น
เท่ากับ .80 ค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 15-75 คะแนน
การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตาม
ช่วงคะแนน 3 อันดับ ดังนี้

คะแนน 15-34 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมี
ทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับต่ำหรือมีทัศนคติ
ทางลบหรือมีทัศนคติที่ไม่ดี

คะแนน 35-54 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมี
ทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับปานกลาง

คะแนน 55-75 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมี
ทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับในระดับสูงหรือ
มีทัศนคติทางบวกหรือมีทัศนคติที่ดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำโครงร่าง
วิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรง
พยาบาลประสาทเชียงใหม่ หลังจากได้รับอนุญาตให้
ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั
นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย
พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการ
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิก
การเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อ
การให้บริการของทีมนุภาพหรือการดูแลรักษา ข้อมูล
ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำ

เสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย
ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ผู้วิจัยถามถึง
ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัย
พร้อมเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยหลังจากโครง
ร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
และโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่าน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้
อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เพื่อชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อ
ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่าย
การพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลพร้อม
แบบสอบถาม เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัย
ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่
กำหนด สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง
วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัยและขอความร่วมมือ
ในการวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิก่อนการรวบรวม
ข้อมูล มีการอธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบ
ประสาททราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ สามารถ
ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ และสอบถาม
ความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างยินยอมขอความร่วมมือให้
เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเชิญไปในห้องประชุมที่
เตรียมไว้ให้และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม
ประมาณ 30 นาที การวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ
การให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 85 ราย ภายหลัง
จากผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความ
สมบูรณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์โดยวิธีทาง
สถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต
ระบบประสาทและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท นำมาวิเคราะห์
ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนความต้องการการมีส่วนร่วม

ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยใช้สถิติพรรณนาแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์คะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยใช้สถิติพรรณนาแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการได้รับข้อมูลของครอบครัว และทัศนคติของครอบครัวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) หลังจากที่ได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) แล้วพบว่ามีการกระจายของข้อมูลทั้ง 3 ชุด มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

โดยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุดกับผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและเป็นผู้ที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการลงนามยินยอมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีสิทธิตามกฎหมายในการให้ความยินยอมในการดูแลรักษา เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์

ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถใช้ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลได้เหมาะสม (Polit, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย

ผลการวิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.52 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 58.82 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.29 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.29 มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 41.17 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.23 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 62.35 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 47.05 ไม่เคยมีบทบาทเป็นผู้การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแทนบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 52.94 ครอบครัวมีความเห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความเจ็บป่วยรุนแรงในระดับมาก ร้อยละ 47.05 ครอบครัวมีความเห็นว่าไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีโอกาสหายจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ร้อยละ 36.47

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ศึกษาเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 61.20 มีอายุอยู่ในช่วง 46-65 ปี ร้อยละ 51.76 สถานภาพสมรสมีคู่ ร้อยละ 58.82 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.47 สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 69.41 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 41.17 รายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 78.82 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ร้อยละ 48.23 มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 58.82 เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 60.00 ได้รับการรักษาทางยา ร้อยละ 60.00 ได้รับการใส่ท่อหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 62.35 ได้รับการผ่าตัดสมอง ร้อยละ 40.00 ได้รับการหัตถการเจาะคอ ร้อยละ 11.76 มีคะแนนระดับความรู้สึกรู้ตัวในปัจจุบัน (Glasgow Coma Scale [GCS])

อยู่ช่วง 9-12 คะแนน ร้อยละ 54.11 ส่วนใหญ่ไม่มีการแสดง
เจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาไว้ล่วงหน้า ร้อยละ 91.76

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความต้องการการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
อยู่ในช่วง 39-111 คะแนน (= 93.52, S.D = 12.79)
และมีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
ระดับสูง ร้อยละ 91.80 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.20

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

ข้อมูลการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยว
กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ
การดูแลรักษาอยู่ในช่วง 41-103 คะแนน (= 75.97,
S.D = 13.74) และมีคะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ
ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
ดูแลรักษาในระดับสูง ร้อยละ 65.90 ระดับปานกลาง

ร้อยละ 34.10

ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วน
ร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับความ
ต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล
รักษาอยู่ในช่วง 40-62 คะแนน (= 51.21, S.D = 4.75)
และมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วน
ร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับ
สูง ร้อยละ 12.9 และระดับปานกลางร้อยละ 87.1

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบ
ประสาท

ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยว
กับการดูแลรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา
และทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันทาง
สถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยว
กับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การได้รับข้อมูล	.183	.094 ^{ns}
ทัศนคติ	-.040	.719 ^{ns}

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการ
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการ
วิจัย ดังนี้

1 ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยว

กับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบ
ประสาท ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน
ความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ
ดูแลรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.80 สอดคล้องกับการ
ทบทวนวรรณกรรมเรื่องความต้องการการมีส่วนร่วมเกี่ยว
กับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้

ป่วยวิกฤตระบบประสาทของ Muehlschlegel, Shutter, Col, and Goldberg (2015) พบว่ามีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยวิกฤตระบบประสาททำให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องการรับรู้ มีความผิดปกติด้านการหายใจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Lazaridis et al., 2012) ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองและไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้เอง ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นตัวแทนการตัดสินใจแทนผู้ป่วยและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Lam & Beaulieu, 2004)

เมื่อวิเคราะห์ด้านการศึกษาลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 41.17 ซึ่งระดับการศึกษาสูงจะทำให้ครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้ง่าย ทำให้มีระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาอยู่ในระดับสูงซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Anderson, Arnold, Angus, and Bryce (2009) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับการศึกษาต่ำ ด้านเศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 47.05 ดังนั้นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังในรายที่ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทรอดชีวิตและมีความพิการหลงเหลืออยู่มากคือ ค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลต่อเนื่องระยะยาว หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Braun, Beuth, Ford, MC Cullough, 2008)

ด้านการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ร้อยละ 91.76 ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่ไม่ได้มีการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาล่วงหน้า เนื่องจากในสังคมและวัฒนธรรมไทย คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาล่วงหน้า จากการศึกษาของ Huang et al. (2010) พบว่าคำสั่งการรักษาที่แพทย์ลงความเห็นว่าจะไม่ต้องการทำฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยศัลยกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยซึ่งต้องการให้มีการลงนามยินยอมในช่วงหลังของการ

รักษาเมื่อพบว่าทางเลือกในการรักษาให้หายนั้นได้พยายามจนสุดความสามารถแล้ว กลุ่มผู้วิจัยมีความเห็นว่า การปรึกษารื้อกับครอบครัวในการไม่ฟื้นคืนชีพแต่นั้นๆ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะสุดท้ายของชีวิตนั้นดีขึ้นและช่วยลดการรักษาที่ไม่ได้ผลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งหมายถึงครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ร่วมกับแพทย์และพยาบาล

2. ความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาและทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 แนวคิดของ Elwyn et al. (2012) ที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดนั้น เป็นการอธิบายกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและไม่ได้อธิบายครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา กับปัจจัยในเรื่องการได้รับข้อมูลและทัศนคติเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อีกทั้งยังอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่นอีกหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง

2.2 การได้รับข้อมูลของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท อาจเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจรับกับเหตุการณ์มาก่อน อาจทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลสูง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลลดลง (Gay, Pronovost, Basset, & Nelson, 2009) ครอบครัวจึงรายงานผลว่าได้รับข้อมูลในระดับมากเพียงร้อยละ 65.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong, Liamputtong, Koch, and Rawson (2015) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับจากทีมสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าจะไม่ได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่าง

เพียงพอ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจ และมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

2.3 ทศนคติของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท เนื่องจากลักษณะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความยุ่งยากซับซ้อน เป็นการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาไม่แน่นอน (Adelman & Zuhurance, 2012) ซึ่งจากพื้นฐานวัฒนธรรมดั้งเดิม และรูปแบบการปฏิบัติของสังคมไทยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมักยกย่องและให้เกียรติแก่บุคลากรทางการแพทย์ คนส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติว่าใน

การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา แพทย์ผู้ที่ทำการรักษาควรจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแต่เพียงผู้เดียวเนื่องจากแพทย์เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ (Satawon, 2011)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นแนวทางในการปรับรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

เอกสารอ้างอิง

- Abbott, K. H., Sago, J. G., Breen, C. M., Abernethy, A. P., & Tulskey, J. A. (2001). Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Critical Care Medicine Journal*, 29(1), 197-201.
- Adelman, E. E., & Zahuranec, D. B. (2012). Surrogate decision making in neurocritical care. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 18(3), 655-658.
- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., & Bryce, C. L. (2009). Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care units. *Journal of Critical Care*, 24(2), 249-254.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Aaric, C., Annane, D., Bleichner, G., ... Schlemmer, B. (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to shared in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Critical Care Medicine*, 32(9), 1832-1838.
- Berger, J. T., DeRenzo, E. G., & Schwartz, J. (2008). Surrogate decision making: reconciling ethical theory and clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, 149(1), 48-53.
- Bernardini, G. L. (2013). *Prognostic assessment in neurocritical care*. Retrieved from <http://www.neurocriticalcare.org/sites/default/files/pdfs/20.Prognosis.final.pdf>
- Braun, U. K., Beyth, R. J., Ford, M. E., & McCullough, L. B. (2008). Voices of African American, Caucasian, and Hispanic surrogates on the burdens of end-of-life decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 23(3), 267-274.

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692.
- ChatGaew, P. (2005). Holistic End of Life Care in the ICU. In Chairat Pempikul & Dusit Satawon (Eds.), *Disasters Roles of Critical Care* (p. 160-166). Bangkok: BeYond Enterprice Co, Ltd. (In Thai)
- Curtis, J. R., & Vincent, J-L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, 376(9749), 1347-1353. doi:10.1016/S0140-6736(10)60143-2
- Day, A., Haj-Bakri, S., Lubchansky, S. A., & Melrta, S. (2013). Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*, 17(R91), 1-7. doi:10.1186/cc12736
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
- Frivold, G., Dale, B., & Slettebo, A. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 232-240.
- Gay, E. B., Pronovost, P. J., Bassett, R. D., & Nelson, J. E. (2009). The intensive care unit family meeting: making it happen. *Journal of Critical Care*, 24(4), 629e1-629e12.
- Huang, Y-C., Huang, S-J., & Ko, W-J. (2010). Survey of do-not-resuscitate orders in surgical intensive care units. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(3), 201-208.
- Jacobsen, M. J., O'Connor, A. M., & Stacey, D. (2013). Decisional needs assessment in populations. *A workbook for assessing patients' and practitioners' decision making needs*. Retrieved from http://med.dartmouth-itchcock.org/documents/population_needs.pdf
- Kitchener, N., & Hashem, S. (2012). Assessment of patients in neurological emergency. In Kitchener, N., Hashem, S., Wanba, M., Khalaf, M., Zarife, B., & Mansoor, S (Eds.), *The Flying publisher guide to critical care in neurology*.
- Kumwilaisak, K., Kyokong, O., & Indrambarya, T. (2008). Factors influencing length of stay in neurosurgical intensive care unit. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(6), 875-881.
- Lam, P., & Beaulieu, M. (2004). Experiences of families in the neurological ICU: a bedside phenomenon. *Journal of Neuroscience Nursing*, 36(3), 142-152.
- Lazaridis, C., DeSantis, S. M., McLawhorn, H., & Krishna, V. (2012). Liberation of neurosurgical patients from mechanical ventilation and tracheostomy in neurocritical care. *Journal of Critical Care*, 27(4), 417e1-417e8.
- Muehlschlegel, S., Shutter, L., Col, N., & Goldberg, R. (2015). Decision aids and shared decision making in neurocritical care: An unmet need in our Neuro ICUs. *Neurocritical Care*, 23(1), 127-130.

- Muller-Engelmann, M., Keller, H., Donner-Banzhoff, N., & Krones, T. (2011). Shared decision making in medicine: The influence of situational treatment factors. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 240-246. doi:10.1016/j.pec.2010.04.028
- Restrepo, M. I., Anzueto, A., Arroliga, A. C., Afessa, B., Atkinson, M. J., Ho, N. J., ... Kollef, M. H. (2010). Economic burden of ventilator-associated pneumonia based on total resource utilization. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(5), 509-515.
- Schaller, M., & Kessler, M. (2006). On the difficult of neurosurgical end of life decisions. *Journal of Medical Ethics*, 32(2), 65-69.
- Satawon, D. (2011). Palliative Care in the ICU Setting. In Dusit Satawon, Anan Wattanatham, & Akarin Phumpichet (Eds.), *Critical Care Medicine: Make it Easy* (p. 527-536). Bangkok: BeYond Enterprice Co, Ltd. (In Thai)
- Wendler, D., & Rid, A. (2011). Systematic review: the effect on surrogate of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine Journal*, 154(5), 336-351.
- White, D. B., Engelberg, R. A., Wenrich, M. D., Lo, B., & Curtis, J. R. (2007). Prognostication during physicianfamily discussions about limiting life support in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 35(2), 442-448.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), 51-63.