



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม*

ชฎารัตน์	ไชยตัน**	Chadarat	Chaitan**
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช***	Chiraporn	Techaodomdach***
มยุลี	สำราญญาติ****	Mayulee	Somrarnyart****

Abstract

Patients admitted to the medical intensive care unit (MICU) include severely ill persons with acute multiple organ failure and uncertain progression. Most of them are unable to make decisions by themselves, meaning that families have to take part in decision-making. The aim of this descriptive-correlational study was to examine factors related to shared decision-making needs for treatment in the MICU. Eighty-five families of critically ill persons were recruited from the MICU, Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital using a simple random sampling technique. Research instruments were composed of four parts, 1) the family's information, 2) needs of family regarding the medical treatment questionnaire, 3) Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), and 4) Consumer Quality Index Relative in Intensive Care Unit. Descriptive and Pearson's correlational analysis were used to analyze data.

The results showed that:

1. The shared decision-making needs regarding medical treatment of critically ill patients' families were at a high level (94.11%).
2. Severity of illness in medical care units was at a high level (77.59%).
3. Quality of care, according to family's perceptions, was at a good level (91.76%).
4. The shared decision-making needs regarding medical treatment of critically ill patients' families had a small positive significant relationship with severity of illness ($r = .023$, $p < .05$).
5. The shared decision-making needs regarding medical treatment of critically ill patients' families had a small positive significant relationship with quality of care according to families' perceptions ($r = .120$, $p < .05$).

The results of this research provide foundational information to promote quality of care so that critically ill patients' families can share decision-making needs regarding medical treatment.

Keywords: Shared decision-making needs; Severity of illness; Critical illness; Quality of care; Medical intensive care unit

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: chadar1580@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 April 2023; Revised 20 November 2023; Accepted 23 November 2023



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญอย่างเฉียบพลันหลายอวัยวะ มีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเองได้ ดังนั้นครอบครัวต้องมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 85 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วย 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว 3) แบบประเมินความเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและภาวะสุขภาพเรื้อรังฉบับที่ 2 และ 4) แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlational analysis

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 94.11
2. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 77.59
3. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 91.76
4. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .023, p < .05$)
5. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .120, p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแล ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยหนักสามารถมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

คำสำคัญ: ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยหนัก
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: chadar1580@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นหอผู้ป่วยที่จัดไว้เพื่อรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักด้านอายุรกรรม โดยเฉพาะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ด้วยเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพที่ละเอียดตลอดเวลา สาเหตุการเจ็บป่วยอาจเกิดจากโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลันของผู้ป่วย ผู้ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจะมีความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน รวมถึงการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต (Azoulay et al., 2014) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีภาวะไตวายเรื้อรังหรือไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ และ มีภาวะช็อก (Marshall et al., 2017) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ในร่างกาย ร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ และสายสวนหลอดเลือด เป็นต้น

ผู้ป่วยหนักมีภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้นต้องมีผู้แทนหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทางกฎหมายเข้ามาเพื่อกระทำหน้าที่ดูแล และช่วยตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วย บ่อยครั้งพบว่า เป็นการตัดสินใจในสถานการณ์ที่มีการวินิจฉัยและการดำเนินของโรคที่ไม่มีความแน่นอน หรือในกรณีที่อาการป่วยของผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การตัดสินใจในการรักษาโดยครอบครัวจะครอบคลุมไปถึงการตัดสินใจเพื่อเริ่มต้นการรักษา กระทำการรักษาต่อ ระบุ หรือตัดสินใจสิ้นสุดการรักษาโดยไม่ยืดชีวิต (Trees et al., 2017) ซึ่งการตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วยของครอบครัวเป็นการตัดสินใจที่ยากลำบากทางอารมณ์ โดยเฉพาะการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต นับเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ตัดสินใจได้ลำบาก และต้องการความเห็นจากสมาชิกของครอบครัวหลายคน

จากการศึกษาสถานการณ์การตัดสินใจในหอผู้ป่วยหนักพบว่า การตัดสินใจในระยะวิกฤตในอดีตที่ผ่านมา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์มักเป็นผู้ตัดสินใจจากข้อดี ข้อจำกัดของการรักษา แล้วทำการตัดสินใจการตรวจวินิจฉัย การบริหารยา หรือการทำหัตถการต่าง ๆ ส่วนการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การรักษาด้วยยากระตุ้นความดันโลหิต การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การให้เลือด การใส่สายสวนหลอดเลือดดำแบบชั่วคราว และการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง (Azoulay et al., 2014) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีประสบการณ์ หรือความเชี่ยวชาญจะเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกหัตถการหรือการรักษา มากกว่าครอบครัวหรือผู้ป่วย (Kon et al., 2016) แต่ในปัจจุบันการแพทย์ทั่วโลกหันมาสนใจสิทธิของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการรักษา และระบบบริการสุขภาพทั่วทุกแห่งให้ความสำคัญกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย (Kon et al., 2016) โดยมีหลักการหรือแนวคิดมาจากการยึดความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient center preference) หากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตไม่รู้สึกรู้ตัว พร่องความสามารถในการตัดสินใจ ครอบครัวจะมีบทบาทในการเป็นตัวแทนทำหน้าที่ในการตัดสินใจหลัก

สถานการณ์การมีส่วนร่วมตัดสินใจรักษา ได้รับการส่งเสริมและกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 เพื่อการพัฒนาประชากรทางสุขภาพและลดต้นทุนทรัพยากรทางการแพทย์ (Légare et al., 2018) ซึ่งองค์กรและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ได้แนะนำการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ให้เป็นองค์ประกอบหลักของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในหอผู้ป่วยหนัก (Kon et al., 2016) จากการศึกษาในงานวิจัยก่อนหน้านี้ (White et al., 2007) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยหนักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาร้อยละ 31 และเข้าใจในกระบวนการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาเพียงร้อยละ 25 และพบว่า ครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจรักษามีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการส่งเสริมการ



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ร่วมตัดสินใจในการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แต่ยังพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมในการตัดสินใจได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามีความยุ่งยาก ซับซ้อน และครอบครัวผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ (Azoulay et al., 2014)

การตัดสินใจในการรักษามีรูปแบบด้วยกัน 3 ด้าน คือ 1) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กำหนดหรือชี้นำการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (the paternalistic model) เป็นรูปแบบที่พบเห็นเป็นหลัก โดยแพทย์เป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่เพียงฝ่ายเดียว 2) ผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาเอง (the informed choice model) เป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถเลือกวิธีการรักษาหรือตัดสินใจในการรักษาเองอย่างอิสระ และ 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (shared decision making) เป็นรูปแบบที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยหรือครอบครัว ในทุกระยะของกระบวนการตัดสินใจ มีลักษณะที่เป็นพลวัตและสามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้ตลอดเวลา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลแบบสองทาง โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลในส่วนของคุณค่า ข้อจำกัด และความเสี่ยง ในวิธีการรักษาต่าง ๆ ซึ่งความสำคัญของการร่วมตัดสินใจในการรักษา คือ เป็นการรักษาโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว ที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาหรือทำหัตถการที่ตรงตามความต้องการของตน โดยคงความสมดุลระหว่างข้อดี ข้อเสียของการรักษาแต่ละด้านไว้เพื่อเป้าหมาย คุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมากที่สุด (Charles et al., 1997) ดังนั้นรูปแบบการตัดสินใจที่เหมาะสม คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว หมายถึง ความปรารถนาของครอบครัวในการเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเลือกวิธีการดูแลรักษาพยาบาล และวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยวิกฤต โดยกระบวนการนี้สามารถทำได้หลายครั้งในกระบวนการรักษา เพื่อเลือกวิธีการรักษา การทำหัตถการ การให้ยา หรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต หรือเป็นการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อคงประโยชน์ เป้าหมาย คุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมากที่สุด (Elwyn et al., 2012; Kon et al., 2016)

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามี 3 ขั้นตอน คือ 1) การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางสุขภาพทำงานร่วมกันอธิบายทางเลือก เสนอแนวทางการสนับสนุน และสอบถามถึงเป้าหมายในการดูแล 2) การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือก วิธีการดูแลรักษา อภิปรายถึงแนวทางการเลือก ผลดี ผลเสีย และเปรียบเทียบถึงความเป็นไปได้ และ 3) การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษา เลือกทางเลือกที่เป็นไปได้แล้วทำการตัดสินใจเลือกการรักษา (Elwyn et al., 2012) ความต้องการการมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษามีผลดี คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงตามความต้องการของตนเอง ครอบครัวพึงพอใจต่อการให้การรักษา หากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผลกระทบที่ตามมามักเป็นความไม่พึงพอใจต่อวิธีการรักษาของแพทย์ ความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยหนักและการฟ้องร้อง (Kon et al., 2016; Thompson-Leduc et al., 2016)

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ป่วยหรือครอบครัวโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Légaré et al., 2018) เป็นการลดตัวเลือกที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่มีผลต่อการรักษา รวมทั้งเพิ่มการใช้ตัวเลือกที่มีประโยชน์ให้ชัดเจนเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วย ลดการทำหัตถการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น การใส่สายสวนเพื่อฟอกไตชั่วคราว การฟอกไตแบบต่อเนื่อง การใส่เครื่องช่วยพยุงการทำงานของหัวใจและปอด (Extracorporeal Membrane Oxygenation: ECMO) เนื่องจากในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมส่วนใหญ่ให้การดูแลรักษาแบบเชิงรุก



(aggressive care) และลดรูปแบบการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพที่ไม่มีเหตุผล เช่น การตรวจวินิจฉัย การให้ยา หรือหัตถการต่าง ๆ ที่เกินความจำเป็น มีลักษณะของการดูแลรักษาหรือหัตถการที่มีอันตรายและความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มความพึงพอใจ เพิ่มความเสมอภาคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ ในการเลือกวิธีการรักษาร่วมกัน และลดการฟ้องร้อง และช่วยเพิ่มประสบการณ์รวมถึงความสัมพันธ์กันในทีมสหสาขาวิชาชีพของบุคลากรทีมสุขภาพ (Légaré et al., 2018; Müller-Engelmann et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นการตอบสนองของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการให้ข้อมูลพฤติกรรม การดูแล ความต่อเนื่องในการดูแล 2) ด้านผู้ตัดสินใจหรือเป็นตัวแทนในการตัดสินใจ เช่น ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ลักษณะของโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การตัดสินใจรับการรักษาหรือการป้องกันในการรักษาและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (Müller-Engelmann et al., 2011) และ 3) ปัจจัยด้านอื่น ๆ หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษา คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและผลเสียแก่ครอบครัวน้อย และการอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับแนวโน้มและการดูแลรักษาโรค ระยะเวลาในการทำกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ความหลากหลายของสถานการณ์การรักษาหรือตัวเลือกในการรักษา (Légaré et al., 2018) ซึ่งปัจจัยที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษานั้น เป็นระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและคุณภาพในการดูแลรักษาตามการรับรู้ของครอบครัว

ปัจจัยด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสำคัญต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยระดับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายมีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแตกต่างกัน สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินสรีรวิทยาเฉียบพลันและภาวะสุขภาพเรื้อรัง 2 หรือ Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE II) เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อใช้ประเมินโอกาสที่จะเสียชีวิต และความจำเป็นของการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น มีการศึกษาโดยใช้ APACHE II พบว่า เป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหนัก จากคะแนนรวมที่ประเมินได้อย่างแม่นยำ (Sadaka et al., 2017)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง และทำให้ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการดูแลรักษาของครอบครัวโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Lissauer et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมมากกว่า 2 โรค หรือมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้สูง ครอบครัวสามารถตัดสินใจได้ง่ายว่าจะยื้อชีวิต หรือยุติการรักษา (Skjaker et al., 2017) และเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษามากขึ้น (Gualano et al., 2019) ดังนั้นความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย

คุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วย เป็นการรับรู้การให้บริการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย องค์กรของหอผู้ป่วยหนัก 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การสื่อสาร การดูแลครอบครัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วม และ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย การตัดสินใจทั่วไป (Rensen et al., 2017) คุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลรวมถึงการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามากขึ้น (Latif et



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

al., 2016) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะทางของบุคลากรทางการแพทย์มาส่งเสริมคุณภาพการดูแล

การประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยหนัก มีการประเมินจากความต้องการการตอบสนองของญาติในหอผู้ป่วยหนัก และประเมินจากการรับรู้ของครอบครัว จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาและคุณภาพในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยซึ่งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาไม่ได้รายงานถึงคุณภาพการดูแลที่ดีเยี่ยมจากบุคลากรทางสุขภาพ (Kehl et al., 2015) เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวต้องใช้เวลามากอยู่ในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลานาน อาจตัดสินใจหรือประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามช่วงเวลาเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์เข้าไปดูแลผู้ป่วย ประเด็นที่ครอบครัวกังวลในการดูแลคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีม เช่น การจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ หอบเหนื่อย การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีความก้าวร้าว บรรยากาศในหอผู้ป่วยหนักและการเปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ง่ายจากบุคลากร (Jensen et al., 2017)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนด้านจิตใจของครอบครัว การให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนระหว่างการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาดังเช่นการศึกษาของ เจนเซน และคณะ (Jensen et al., 2017) พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหนักมีความพึงพอใจในระดับกลางถึงสูง เมื่อได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางสุขภาพในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย การดูแลครอบครัว การให้ข้อมูล และการตัดสินใจในการรักษา นอกจากนี้มีการศึกษาในสาธารณรัฐเช็ก (Pavla et al., 2017) ศึกษาในเรื่องปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยหรือครอบครัวในเรื่องความรวดเร็วและทักษะในการให้การรักษายังไม่ได้แตกต่างกัน แต่ปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างหรือโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์ คือ คุณภาพในการให้บริการหรือคุณภาพการดูแลในด้านการบริการด้วยความเป็นมนุษย์ เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล ผู้ป่วยคาดหวังถึงการให้บริการในระดับสูง ให้ความสนใจและเอาใจใส่ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยคือ คุณภาพในการดูแลซึ่งผู้ป่วยจะประเมินจากปัจจัยหลายด้านรวมถึงความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าคุณภาพในการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ความยุ่งยากและความซับซ้อนในการตัดสินใจมักขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติตามวัฒนธรรมองค์กรนั้น ๆ รวมไปถึงการศึกษาด้านการมีความต้องการในการมีส่วนร่วมตัดสินใจรักษาของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในไทย มีเพียงการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งครอบครัวต้องการให้มีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (Chatrkaw et al., 2012) และครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในการเข้าร่วมตัดสินใจรักษา แต่ยังไม่มีการศึกษากับปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อนำไปสู่การศึกษาถึงการคาดเดาปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2. เพื่อศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
3. เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ ทำการศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว หมายถึง ความปรารถนาของครอบครัวในการเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเลือกวิธีการดูแลรักษาพยาบาล และวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยวิกฤต โดยกระบวนการนี้สามารถทำได้หลายครั้งในกระบวนการรักษาเพื่อเลือกวิธีการรักษา การทำหัตถการ การให้ยา หรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต หรือเป็นการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อคงประโยชน์ เป้าหมาย คุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยหนักกับบุคลากรทางสุขภาพตามแนวคิดของ เอลวิน และคณะ (Elwyn et al., 2012) ใน 3 ขั้นตอน คือ 1) การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกการดูแลรักษา ซึ่งในการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวจะรวมไปถึงการพูดคุย สนทนากับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ 2) การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือกแต่ละวิธี ผลดี ผลเสีย และเปรียบเทียบถึงความเป็นไปได้ของผลการรักษา ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา และความเป็นไปได้ของผลการรักษา และ 3) การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษา และให้ครอบครัวผู้ป่วยหนัก ตัดสินใจเลือกการรักษาหรือปฏิเสธ

ความรุนแรง หมายถึง ระดับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหนัก มีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยระดับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหนักแต่ละรายมีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแตกต่างกัน และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว หมายถึง ระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหนักจากบุคลากรทางสุขภาพตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลสมาชิกในครอบครัว 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย มีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) เป็นบุคคลผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง มีสิทธิชอบธรรมตามกฎหมายในการเป็นผู้แทนตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก เช่น คู่สมรสตามกฎหมาย บุตรหรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย บิดา มารดา พี่ น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน 3) เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจในการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยการใช้แบบคัดกรองครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การตัดสินใจ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าด้วยการสุ่มอย่างง่าย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ให้อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

และกำหนดการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effected size) เนื่องจากไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้มาก่อน จึงไม่มีงานวิจัยอื่น ๆ ที่นำมากำหนดค่าขนาดอิทธิพลได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์จึงใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Polit & Beck, 2008) และสามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เท่ากับ 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแทนบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย พัฒนาโดย จิตภา พลากกล้า (Plyklum et al., 2020) ตามแนวคิดของ เอลวิน และคณะ (Elwyn et al., 2012) ครอบคลุมองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3 ขั้นตอน การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา จำนวน 8 ข้อ การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือก วิธีการดูแลรักษาเพื่อประกอบการตัดสินใจ จำนวน 10 ข้อ และการสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลรักษาจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 23 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมิน 6 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 0-5 โดย 0 หมายถึง ท่านไม่มีความต้องการตามข้อความนั้น 5 หมายถึง ท่านต้องการตามข้อความนั้นมากที่สุด มีค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 0-115 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณของอันตรภาคชั้น 3 อันดับ โดย 0-38.33 คะแนน หมายถึง ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับต่ำ 38.34-76.67 คะแนน หมายถึง ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับปานกลาง 76.68-115 คะแนน หมายถึง ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน APACHE II พัฒนาโดย คนอส และคณะ ในปี ค.ศ. 1985 (Knaus et al., 1985) เป็นการแยกระดับความรุนแรงของโรค ใช้ระยะเวลาในการประเมินตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก คะแนนรวมเท่ากับ 0-71 คะแนน โดยคะแนน 0-10 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยเล็กน้อยคะแนน 11-20 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยปานกลาง คะแนนมากกว่า 20 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Knaus et al., 1985; Sadaka et al., 2017)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว (Consumer Quality Index Relative in Intensive Care Unit: CQI) พัฒนาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพลูกค้า (Consumer Quality Index: CQI) และดัดแปลงตามแนวคิดการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยโดย ซิกม่า และคณะ (Sixma et al., 1989) พัฒนาโดย แวน โมล และคณะ (Van mol et al., 2014) มีทั้งหมด 58 ข้อ 7 ด้าน คือ คำถามทั่วไป 4 ข้อ (ข้อ 1-4) ลักษณะคำตอบเป็น เลือกตอบและคำตอบ ใช่/ไม่ใช่ คำถามปฏิสัมพันธ์และการให้คำปรึกษา 16 ข้อ (ข้อ 5-20) ลักษณะคำตอบเป็น ใช่/ไม่ใช่และมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1= ไม่เคย 2= บางครั้ง 3= บ่อย ๆ 4= เสมอ) คำถามเกี่ยวกับการรักษา 10 ข้อ (ข้อ 21-30) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1= ไม่เคย 2= บางครั้ง 3= บ่อย ๆ 4= เสมอ) คำถามด้านองค์การหอผู้ป่วยหนัก 12 ข้อ (ข้อ 31-42) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1= ไม่เคย 2= บางครั้ง 3= บ่อย ๆ 4= เสมอ) และ ใช่/ไม่ใช่ ด้านทั่วไป 4 ข้อ (ข้อ 43-46) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-10 โดย 0 = แย่มาก 10 = ดีมาก



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว 9 ข้อ ข้อ 47-51 เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ, ข้อ 52-55 ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับภูมิลำเนาของครอบครัว และข้อ 56-58 ลักษณะเป็นคำถามเกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือในการทำแบบประเมิน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงคุณภาพการดูแลที่ดี คะแนนรวมต่ำหมายถึงคุณภาพที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว และแบบประเมิน APACHE II ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขออนุญาตทำการแปลแบบประเมินจากผู้พัฒนาแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 2) แปลแบบประเมินจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 3) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาในการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาในการแปล 4) ผู้วิจัยนำฉบับภาษาไทยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปลเป็นภาษาอังกฤษโดยใช้การแปลย้อนกลับ (back translation) 5) ผู้วิจัยเปรียบเทียบแบบประเมินต้นฉบับกับฉบับภาษาอังกฤษที่ผ่านการแปลย้อนกลับจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทั้งภาษาและวัฒนธรรม จากนั้นได้ส่งฉบับที่ได้รับการแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษส่งกลับไปให้ผู้พัฒนาแบบประเมินเพื่อพิจารณาความเหมาะสมอีกครั้งหนึ่งก่อนการปฏิบัติ ซึ่งทางผู้พัฒนาแบบประเมินไม่มีข้อแก้ไขหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหนักจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงด้านพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจำนวน 2 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91

แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว และแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) กับครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ที่มีคุณลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Pearson' product moment correlation coefficient โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of stability) ได้ค่า $r = 0.90$ และแบบประเมิน APACHE II ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้บันทึก 2 คน (interrater reliability) คือ ผู้วิจัยกับพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยทำการจดบันทึกในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับตามหนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 109/2564 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองที่



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จนครบ 85 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วย ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlational analysis ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.80 อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 74 ปี มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.90 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.70 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.87 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.30 อาชีพทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.60 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 76.50 มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.60
2. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 75-115 คะแนน หรือระดับสูง และมีความต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.11
3. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.59
4. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว
กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม อยู่ในช่วง 83-157 คะแนน หรือระดับดี และรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 91.76
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .023, p < .05$) ดังตารางที่ 1
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r =$



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

.120, $p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว ($n = 85$)

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของ ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	ค่า สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p- value
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	.023	.001
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว	.120	.003

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

การศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 75-115 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 94.11 โดยข้อคำถามที่ครอบครัวของผู้ป่วยให้คะแนนมากที่สุด 5 ข้อ คือ ต้องการทราบประเด็นปัญหาการดูแลรักษาที่สำคัญซึ่งจะต้องทำการตัดสินใจ ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลรักษาทั่วไปในแต่ละวิธี ต้องการให้ทีมสุขภาพอธิบายรายละเอียดของวิธีการดูแลรักษาและวิธี (โดยชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของแต่ละวิธีการ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการรักษาโดยการให้ยา) และต้องการให้ทีมสุขภาพให้คำแนะนำเพิ่มเติมด้วยความเต็มใจ ในกรณีที่ยังไม่สามารถตัดสินใจได้

สำหรับข้อคำถามที่ได้คะแนนน้อย (3 คะแนน) คือ ต้องการให้ทีมสุขภาพเข้าใจความลำบากในการตัดสินใจ ต้องการให้ทีมสุขภาพรับรู้ว่าจะเกิดความเครียดและมีความวิตกกังวลในการตัดสินใจครั้งนี้ ต้องการให้ทีมสุขภาพใช้อุปกรณ์ที่ช่วยประกอบคำอธิบายข้อมูล เช่น รูปภาพ หรือแผนผัง วิธีการดูแลรักษาแต่ละวิธี แผ่นพับคำแนะนำ ต้องการให้ทีมสุขภาพสรุปและทบทวนทางเลือกการดูแลรักษา และ ต้องการให้ทีมสุขภาพคอยเตือนเมื่อถึงกำหนดระยะเวลาในการตัดสินใจ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนั้นมีระดับความรู้สึกรู้ตัวและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 77.59 เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนั้น มีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตและการคงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพที่ละเอียดตลอดเวลา (Haupt et al., 2003) ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยอาจเกิดจากโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันของผู้ป่วย มีความรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนหลอดเลือดดำชั่วคราวและการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการช่วยฟื้นคืนชีพ (Marshall et al., 2017) ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาของตนเองเนื่องจากความรุนแรงของตัวโรค ครอบครัวผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ตัดสินใจแทน ทั้งการตัดสินใจในการรักษาทั่วไปและการตัดสินใจเพื่อไม่ยื้อชีวิตของ



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังซึ่งทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยมีความยาก (Chang et al., 2015; Grignoli et al., 2018; Naef et al., 2021)

ครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีสิทธิชอบธรรมตามกฎหมายในการเป็นผู้แทนตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก เช่น คู่สมรสตามกฎหมาย บุตร หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย บิดา มารดา พี่ น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน เป็นต้น บทบาทของครอบครัวตามความคาดหวังของสังคมที่ต้องแสดงออกต่อผู้ป่วยหนักนั้นคือความรัก ความเอาใจใส่ ความวิตกกังวล เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย เนื่องจากการเข้ารับการรักษาทัวของผู้ป่วย (Singdong & Jitpanya, 2011) และการที่ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาอยู่ในระดับสูง มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของครอบครัวซึ่งเป็นคู่สมรส ร้อยละ 37.60 และบุตรชายหรือบุตรสาว ร้อยละ 35.30 ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักเรียงลำดับขั้นของความสัมพันธ์ในครอบครัวจากมากไปน้อย เช่น คู่สมรส บุตร (Harvey et al., 2021) ซึ่งมีความวิตกกังวลสูงเมื่อบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสองในสามต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย รวมไปถึงครอบครัวมักมีบทบาทเชิงรุกในการตัดสินใจระหว่างกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา (Hopkins, 2018)

ด้านระดับการศึกษาของครอบครัวผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับสูงถึงร้อยละ 77.59 มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 55.30 และระดับสูงกว่าอุดมศึกษา ร้อยละ 9.40 ซึ่งระดับการศึกษาสูงจะทำให้ครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลการรักษาได้ง่าย เมื่อครอบครัวมีข้อมูลในการตัดสินใจในระดับหนึ่งแล้วจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาในระดับสูง (Dijkman et al., 2022) และครอบครัวผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามากกว่าครอบครัวผู้ป่วยหนักที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Waddell et al., 2021)

ด้านภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีรายได้สูงกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 76.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและรับราชการร้อยละ 30.60 และ 28.20 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงขึ้น มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและประสบการณ์เชิงบวกในอดีตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา (Waddell et al., 2021)

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับปานกลาง ร้อยละ 22.41 และมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากร้อยละ 77.59 โดยประเมินจากแบบประเมินความเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและภาวะสุขภาพเรื้อรังฉบับที่ 2 (APACHE II) แปลผลได้ว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการสูญเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้ครอบครัวผู้ป่วยรับทราบระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ และ พยาบาลในหอผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกิดความเครียด ในช่วง 2-3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีผลกระทบทางจิตใจต่อครอบครัว คือ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความวิตกกังวลยังเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Iglesias et al., 2022) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง และทำให้ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาสูง (Lissauer et al., 2011)



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีการรับรู้คุณภาพการดูแลของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในช่วง 83-157 คะแนน และรับรู้คุณภาพการดูแลของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 91.76 การศึกษาครั้งนี้ ครอบครัวรับทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย รับทราบถึงบทบาทเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกครั้งที่มาติดต่อที่หอผู้ป่วย รับทราบถึงการจดบันทึกทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก รับทราบเกี่ยวกับที่จอดรถและการเสียค่าบริการที่จอดรถ รับทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่นหรือให้การดูแลในสถานการณ์อื่น ครอบครัวมีโอกาสได้อยู่กับผู้ป่วยแบบเป็นส่วนตัวทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วย และถูกรบกวนจากผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพียงอื่นเป็นครั้งคราว ช่วงเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตอบสนองความต้องการได้ดี

ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาสูง โดยแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญต่อครอบครัวในเรื่องการให้ข้อมูลที่ครอบครัวสามารถเข้าใจได้ มีเวลารับฟังครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยให้คะแนนในด้านการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลในระดับดีเยี่ยม และให้คะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนัก และการให้คำปรึกษาในหอผู้ป่วยในระดับดีเยี่ยมเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เจนเซน และคณะ (Jensen et al., 2017) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยให้คะแนนในระดับยอดเยี่ยมและดีมาก โดยหัวข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ ความห่วงใยผู้ป่วย บรรยากาศในหอผู้ป่วย โอกาสที่จะอยู่ข้างเตียง และความสะดวกในการรับข้อมูล หัวข้อที่มีโอกาสปรับปรุง ได้แก่ การจัดการความปวดของผู้ป่วย การสนับสนุนทางอารมณ์ของครอบครัว ความสม่ำเสมอของข้อมูล การรวบรวมข้อมูลและการสนับสนุนในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

การศึกษานี้พบว่า ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกันในระดับต่ำกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยและมีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมง (Iglesias et al., 2022) พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนัก 2-3 วันแรก มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับสูง ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูง และความวิตกกังวลยังเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง และทำให้ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาที่สูงตาม (Lissauer et al., 2011) หากผู้ป่วยมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค หรือมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตที่สูง ครอบครัวจะสามารถตัดสินใจได้ง่ายว่าจะเสียชีวิต หรือยุติการรักษา (Skjaker et al., 2017)

เมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษามากขึ้น (Gualano et al., 2019) โดยสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนัก มีความต้องการตัดสินใจในระดับที่สูง และต้องการความมั่นคงทางจิตใจ ความใกล้ชิด และข้อมูลที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และความร่วมมือที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การดูแลและการสนับสนุนที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย (Alsharari, 2019) และพบว่า ครอบครัวต้องการข้อมูลที่ทันเวลาที่ ชัดเจน และเข้าใจได้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แต่ไม่ต้องการความหวังที่ไม่เป็นจริง (Scott et al., 2019)

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (ตารางที่ 1) ซึ่งคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนั้นเป็นการรับรู้ 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย องค์การของหอผู้ป่วยหนัก 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การสื่อสาร การดูแลครอบครัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วม และ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย การตัดสินใจทั่วไป (Rensen et al., 2017) คุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลรวมถึงการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามากขึ้น (Latif et al., 2016)

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. โครงสร้าง ซึ่งเป็นกล่าวถึงองค์การของหอผู้ป่วยหนักพบว่า ครอบครัวรับทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย รับทราบถึงบทบาทเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกครั้งที่มาติดต่อที่หอผู้ป่วย รับทราบถึงการจัดบันทึกทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก รับทราบเกี่ยวกับที่จอดรถและการเสียค่าบริการที่จอดรถ รับทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่นหรือให้การดูแลในสถานการณ์อื่น ครอบครัวมีโอกาสได้อยู่กับผู้ป่วยแบบเป็นส่วนตัวทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วย และถูกรบกวนจากผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเตียงอื่นเป็นครั้งคราว ช่วงเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตอบสนองความต้องการได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้หญิงหรือคู่สมรสของผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงคุณภาพหรือการสนับสนุนจากทางหอผู้ป่วยหนักและครอบครัวส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้วยข้อจำกัดในการเยี่ยม พอใจกับจำนวนข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ไว้ และในสถานการณ์ที่เกิดโรคระบาด การติดต่อระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและแพทย์ (Suh et al., 2023) ถือเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความหวังและความมั่นใจในการรักษาและกระบวนการฟื้นฟู

2. ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การสื่อสาร การดูแลครอบครัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วม ในการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาสูง โดยแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญต่อครอบครัวในเรื่องการให้ข้อมูลที่ครอบครัวสามารถเข้าใจได้ มีเวลารับฟังครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลที่เหมาะสมที่สุด การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ การปฏิบัติตามนโยบายของหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการดูแลคุณภาพในระดับสูง (Jeitziner et al., 2023) นอกจากนี้ครอบครัวจะประสบความสำเร็จทางจิตใจอย่างมากจากการถูกแยกจากครอบครัวที่ป่วยหนัก ไม่ได้สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้โดยตรงและควรหาทางเลือกที่ดีกว่าในการสื่อสารแบบเผชิญหน้าเพื่อจำกัดผลกระทบของการแยกครอบครัว เช่น การสนทนาทางวิดีโอและเว็บไซต์แทนการเข้าเยี่ยมตามปกติถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยและความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะไม่เปลี่ยนแปลงก็ตาม (Digby et al., 2023)

3. ด้านผลลัพธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ครอบครัวผู้ป่วยให้คะแนนในด้านการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลในระดับดีเยี่ยม และให้คะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักและการให้คำปรึกษาในหอผู้ป่วยในระดับดีเยี่ยมเช่นกัน กล่าวได้ว่า หากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยในทางที่ดี เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความต้องการการตัดสินใจมากขึ้น โดยครอบครัวมักคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ต้องการและการสื่อสารอย่างจริงใจกับบุคลากรทางการแพทย์ และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่พอใจกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลครอบครัว ข้อมูล และการตัดสินใจในระดับปานกลางหรือมาก (Fotunatti, 2014)



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำผลงานวิจัยดังกล่าวใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลด้วยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (high quality communication) ที่อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

References

- Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer and Adherence*, 13, 465-473. <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>
- Azoulay, E., Chaize, M., & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: Fine-tuning the partnership. *Annals of Intensive Care*, 4, 37. <https://doi.org/10.1186/s13613-014-0037-5>
- Chang, L. F., Zeng, W. P., Hung, P. S., Wu, L. F., & Pan, H. H. (2015). Factors related to do-not-resuscitate directives among critically ill patients in a medical intensive care unit. *Journal of Medical Sciences*, 35(3), 100-104.
- Chatrkaw, P., Champunot, R., & Riyakul, W. (2012). Family meetings and end-of-life decision-making in Thai critically ill patients. *Critical Care*, 16(Suppl 1), 489. <https://doi.org/10.1186/cc11096> (in Thai)
- 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.
- Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J., & Bucknall, T. K. (2023). Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*, 36(3), 350-360. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.003>
- Dijkman, B. L., Luttik, M. L., Van der Wal-Huisman, H., Paans, W., & van Leeuwen, B. L. (2022). Factors influencing family involvement in treatment decision-making for older patients with cancer: A scoping review. *Journal of Geriatric Oncology*, 13(4), 391-397.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rolnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367.
- Fotunatti, C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigacion Y Educacion Enfermeria*, 32(2), 303-316.



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

- Grignoli, N., Di Bernardo, V., & Malacrida, R. (2018). New perspectives on substituted relational autonomy for shared decision-making in critical care. *Critical Care*, 22(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2187-6>
- Gualano, M. R., Bert, F., Passi, S., Stillo, M., Brescia, V., Scaioli, G., Thomas, R., Voglino, G., Minniti, D., Boraso, F., & Siliquini, R. (2019). Could shared decision making affect staying in hospital? A cross-sectional pilot study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4002-8>
- Harvey, S. V., Adenwala, A. Y., & Lane-Fall, M. B. (2021). Defining familial interactions and networks: An exploratory qualitative study on family networks and surrogate decision-making. *Critical Care Explorations*, 3(8), e0504. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000504>
- Haupt, M. T., Bekes, C. E., Brilli, R. J., Carl, L. C., Gray, A. W., Jastremski, M. S., Naylor, D. F., Pharm, M. R., Md, A. S., Wedel, S. K., & Md, M. H. (2003). Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Critical Care Medicine*, 31(11), 2677-2683.
- Hopkins, R. O. (2018). Emotional processing/psychological morbidity in the ICU. In G. Netzer (Ed.), *Families in the intensive care unit: A guide to understanding, engaging, and supporting at the bedside* (pp. 31–48). Springer Nature.
- Iglesias, J., Martín, J., Alcañiz, M., Ezquiaga, E., & Vega, G. (2022). The psychological impact on relatives of critically ill patients: The influence of visiting hours. *Critical Care Explorations*, 4(2), e0625. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000625>
- Jeitziner, M. M., Jenni-Moser, B., Zante, B., Erne, K., Brauche, M., Moser, S. A., Schefold, J. C., Amrein, K., & Hoffmann, M. (2023). Family support in intensive care units during COVID-19 visit ban: A multinational Delphi study during first COVID-19 wave. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103308. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103308>
- Jensen, H. I., Gerritsen, R. T., Koopmans, M., Downey, L., Engelberg, R. A., Curtis, J. R., Spronk, P. E., Zijlstra, J. G., & Ording, H. (2017). Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: The euroQ2 project. *Critical Care*, 21(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1826-7>
- Kehl, K. L., Landrum, M. B., Arora, N. K., Ganz, P. A., Van Ryn, M., Mack, J. W., & Keating, N. L. (2015). Association of actual and preferred decision roles with patient-reported quality of care: Shared decision making in cancer care. *JAMA Oncology*, 1(1), 50-58. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2014.112>
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-829.



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

- Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M., & White, D. B. (2016). Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *Critical Care Medicine*, 44(1). 188–201. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001396>
- Latif, A., Winters, B. D., Berenholtz, S., & Holzmüller, C. (2016). Improving the quality of care in the ICU. In *surgical intensive care medicine* (3rd ed., pp. 861-871). Springer International Publishing.
- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD006732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
- Lissauer, M. E., Naranjo, L. S., Kirchoffner, J., Scalea, T. M., & Johnson, S. B. (2011). Patient characteristics associated with end-of-life decision making in critically ill surgical patients. *Journal of the American College of Surgical*, 213(6), 766-770.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the world federation of societies of intensive and critical care medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07>
- Müller-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.
- Naef, R., von Felten, S., & Ernst, J. (2021). Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: A linear mixed-effects model. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00206-1>
- Pavla, S., Jana, H., Jana, L., Juliana, T., Sona, Z., & Jan, C. (2017). The key factors influencing clients' decision-making in the market of selected planned healthcare in the Czech Republic. *Journal of Competitiveness*, 9(4), 94-113.
- Plyklum, J., Pinyokum, N., & Somrarnyart, M. (2020). Factors related to shared decision making needs regarding medical treatments of critically ill neurological patients' families. *Nursing Journal*, 47(3), 97–108. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Wolters kluwer health/Lippincott Williams & wilkins.



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

- Rensen, A., van Mol, M. M., Menheere, I., Nijkamp, M. D., Verhoogt, E., Maris, B., Manders, W., Vloet, L., & Verharen, L. (2017). Quality of care in the intensive care unit from the perspective of patient's relatives: Development and psychometric evaluation of the consumer quality index 'R-ICU'. *BMC Health Services Research*, 17(1), Article 77. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1975-4>
- Sadaka, F., EthmaneAbouElMaali, C., Cytron, M. A., Fowler, K., Javaux, V. M., & O'Brien, J. (2017). Predicting mortality of patients with sepsis: A comparison of APACHE II and APACHE III scoring systems. *Journal of Clinical Medicine Research*, 9(11), 907-910. <https://doi.org/10.14740/jocmr3083w>
- Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 6(3), 698-712. <https://doi.org/10.1002/nop2.287>
- Singdong, P., & Jitpanya, C. (2011). Caring for relatives of critically ill patients: Relatives' perspectives. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 3(3), 17-32. (in Thai)
- Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. V., & Peters, L. (1989). Quality of care from the patients' perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1(2), 82-95.
- Skjaker, S. A., Hoel, H., Dahl, V., & Stavem, K. (2017). Factors associated with life-sustaining treatment restriction in a general intensive care unit. *PLOS ONE*, 12(7), e0181312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181312>
- Suh, J., Na, S., Jung, S., Kim, K. H., Choo, S., Choi, J. Y., & Kim, J. M., (2023). Family caregivers' responses to a visitation restriction policy at a Korean surgical intensive care unit before and during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Heart & Lung*, 57, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.08.015>
- Thompson-Leduc, P., Turcotte, S., Labrecque, M., & Légaré, F. (2016). Prevalence of clinically significant decisional conflict: An analysis of five studies on decision-making in primary care. *BMJ Open*, 6(6), e011490. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011490>
- Trees, A. R., Ohs, J. E., & Murray, M. C. (2017). Family communication about end-of-life decisions and the enactment of the decision-maker role. *Behavioral Sciences*, 7(2), 36. <https://doi.org/10.3390/bs7020036>
- Van mol, M. M. C., Bakker, E. C., Nijkamp, M. D., Kompanje, E. J. O., Bakker, J., & Verharen, L. (2014). Relatives' perspectives on the quality of care in an intensive care unit: The theoretical concept of a new tool. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 406-413.
- Waddell, A., Lennox, A., Spassova, G., & Bragge, P., (2021). Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: A systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01142-y>



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

White, D. B., Braddock, C. H. 3rd., Bereknyei, S., & Curtis, J. R. (2007). Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: Opportunities for improvement. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 461-467.