ความต้องการและความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม: การศึกษาแบบผสานวิธี*

Needs and Preparedness of Caregivers to care for Medical Critically-Ill Patients: A Mixed-Method Study*

มลธิรา อุดชุมพิสัย นันทิยา แสงทรงฤทธิ์*****

Monthira Udchumpisai Nantiya Sangsongrit*****

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสานวิธีครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด Timing It Right (TIR) เพื่อศึกษา 1) ระดับและชนิดความต้องการของญาติ 2) ระดับความพร้อม อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติและลักษณะผู้ป่วย แบบประเมินความต้องการของญาติ แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม และการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของ Schreier เพื่อตีความปรากฏการณ์ความต้องการและความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมร่วมกัน

ผลการศึกษาพบความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.57 (S.D .49) โดยความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.99 (S.D .12) ทั้งนี้ญาติต้องการทราบอาการและการรักษาของผู้ป่วย โอกาสในการเสียชีวิต และอยากให้โรงพยาบาลช่วยค่าใช้จ่ายในการรักษา ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.91 (S.D .64) โดยความพร้อมที่จะทำให้ทั้งตนเองและผู้ป่วยมีความ

Received: February 18, 2020 Revised: May 29, 2020 Accepted: June 10, 2020

* โครงการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย: รหัสสัญญา 016203-2

* This Research Project was Supported by Research and Development Fund of Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

** Corresponding Author, อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E-mail: monthira.u@stin.ac.th

** Corresponding Author, Lecturer in Adult and Geriatric Nursing Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

*** Lecturer in Adult and Geriatric Nursing Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

พึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.07 (S.D .76) อุปสรรคของผู้ดูแล คือไม่มีเวลาดูแลเต็มที่เพราะต้องทำงานหารายได้ รองลงมาคือไม่ทราบว่าจะเตรียมตัวเป็นผู้ดูแลอย่างไร ปัจจัยสนับสนุนความพร้อมในการดูแลคือความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่และความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย และการได้รับการสอนวิธีการดูแล

ผลการวิจัยช่วยให้เข้าใจความต้องการของญาติ และความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมและนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อตอบสนองความต้องการและส่งเสริมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

สำคัญ: ความต้องการของญาติ ความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม การวิจัยแบบผสานวิธี

Abstract

This mixed-method study was conducted employing Timing It Right (TIR) as its conceptual framework. It aimed to study 1) the level and types of caregiver needs, and 2) the level of preparedness, barriers, and supporting factors promoting the preparedness of caregivers in caring for medical critically-ill patients. Seventy participants who met the inclusion criteria were enrolled in the study. Data collection involved questionnaires inquiring about the caregivers' personal information, needs, and preparedness, as well as interviews with open-ended questions. Descriptive statistical and content analyses using Schreier's method were used to scrutinize and interpret the data and to describe the phenomena related to needs and preparedness of caregivers to medical critically-ill patients.

The findings revealed that the needs of caregivers to medical critically-ill patients were at a moderate level (average score 3.57) (S.D .49), and the dimension of needs regarding confidence and the reduction of anxiety had the highest scores (3.99) (S.D .12). In addition, the caregivers needed to know about the symptoms and treatment of patients, chance of patient death, and receipt of financial assistance from hospitals to support the cost of care. The preparedness of caregivers to care for medical critically-ill patients was also at a moderate level (average score 2.91) (S.D .64); the dimension of preparedness to make caregiving activities pleasant for both the caregiver and the patient exhibited the highest score (3.07) (S.D .76). Barriers to caregiving included lack of time to take full care due to work, and lacking confidence about how to prepare to be a caregiver. Meanwhile, the feeling of duty, the love for and attachment to patients, and receipt of instruction on how to provide care were supporting factors for caregiving preparedness.

The results of this study highlight the needs and levels of preparedness of caregivers to medical critically-ill patients. Further research is recommended to develop programs aimed at responding to the caregiver needs and promoting preparedness of caregivers to medical critically-ill patients.

Keywords: caregiver need, caregiver preparedness, medical critically-ill patients, mixed-method study

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอาจส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดและมีความวิตกกังวลอย่างมากเพราะผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างกะทันหัน และมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา[1] การที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะฟื้นหายจากโรคและมีอาการดีขึ้นได้ต้องใช้เวลาค่อนข้างนานและทำนายได้ยากว่าจะกลับเป็นปกติเมื่อใด บางรายอาจต้องใช้เวลาเป็นปี[2] และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ญาติในฐานะผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือฟื้นหายได้เร็วขึ้น ดังนั้นการทำความเข้าใจความต้องการของญาติและความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมผู้ดูแลให้เกิดความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ[3]

ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม เป็นความประสงค์ของญาติที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวและเป็นความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากทีมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณในการเผชิญกับความทุกข์ ความกระวนกระวายใจและอาการเจ็บป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาของผู้ป่วย[4] นอกจากนั้นความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตยังประกอบด้วย การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับข้อมูล การได้รับความสุขสบายและการได้รับกำลังใจ และได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ[5] หากความต้องการดังกล่าวได้รับการตอบสนอง ญาติก็จะมีกำลังใจ มีความหวังและสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ด้านได้มากขึ้น การประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น

นอกจากความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีความสำคัญแล้ว ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของญาติก็เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นสำหรับบุคลากรสุขภาพ เพราะเป็นการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับความพร้อมในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีหลายด้านประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล[6] การประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติตั้งแต่แรกเริ่มระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล[7] โดยเฉพาะขั้นตอนการรักษา เทคนิคการดูแลที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลและการช่วยเหลือที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มความมั่นใจและพร้อมของญาติที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการเพิ่มผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้[7]

แม้ว่าความต้องการของญาติและความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะเป็นเรื่องที่สำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ และไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีพอ ส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยเหล่านั้นมีความวิตกกังวล และรู้สึกกดดันทางจิตใจ[8] ในขณะที่ผลการศึกษาของ Czerwonka et al.[9] ระบุว่าการเตรียมตัวที่ดีของญาติในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะลดความกดดัน และความเครียดจากการต้องทำ

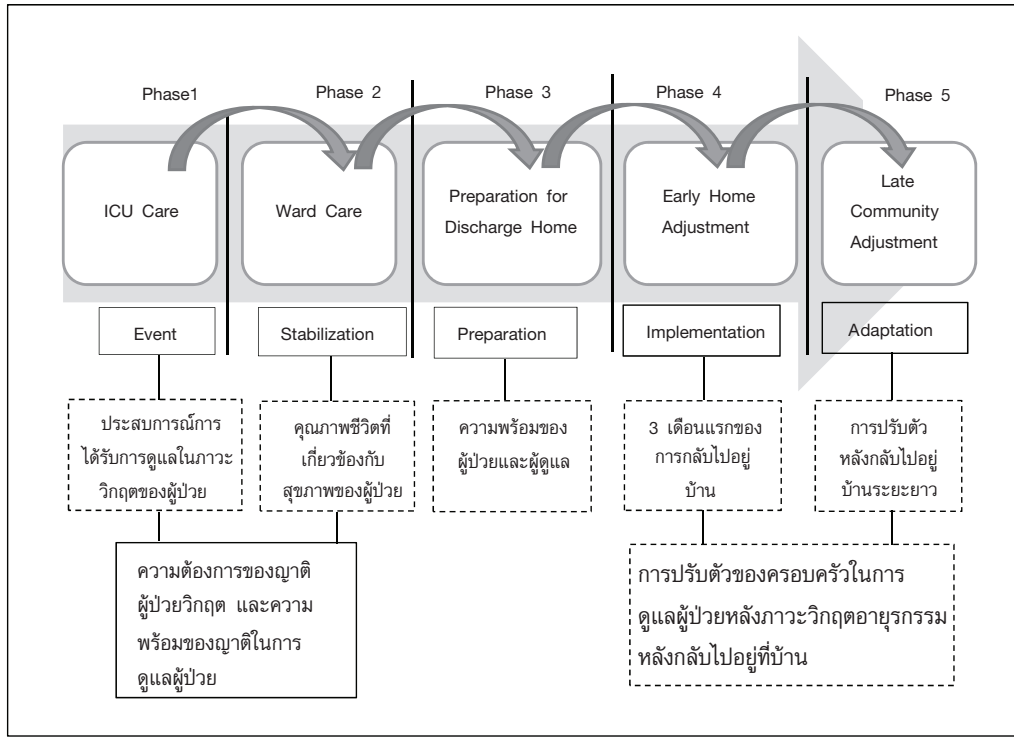
หน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ สำหรับประเทศไทยการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต ปัจจุบันยังพบน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผ่านมุมมองของผู้ให้บริการ และพบการศึกษา 1 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยตรง[10] ผลการศึกษาระบุว่าความต้องการที่สำคัญที่สุดคือ ต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือต้องการข้อมูลและต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการมากที่สุดคือพยาบาลรองลงมาคือแพทย์ แต่ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ระบุรายละเอียดของความต้องการในแต่ละด้าน ที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้อย่างครอบคลุม ในขณะที่มี 1 งานวิจัยศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม[11] และพบอีก 1 งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการร่วมประชุมระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต[12] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาดังกล่าวยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยนั้น ประกอบไปด้วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าว ทีมสุขภาพเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน กระบวนการดูแลทั้งหมดนี้จะเกิดผลดีเมื่อญาติของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลต่าง ๆ ร่วมกับทีมสุขภาพ ดังนั้นการค้นหาความต้องการและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าว จึงมีความสำคัญสำหรับทีมสุขภาพผู้ให้การดูแล เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตจนเมื่อย้ายออก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการและความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโดยการวิจัยแบบผสานวิธี (mixed method study) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผสานกันระหว่างการตอบแบบสอบถามกับการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และมีการผสานข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้[13] นอกจากนั้นการใช้กรอบแนวคิด Timing It Right (TIR)[14] จะอธิบายการฟื้นหายของโรคของผู้ป่วยวิกฤตตามระยะ (phase) ของการได้รับการดูแลแต่ละช่วงเวลา และมีความสอดคล้องกับความต้องการการดูแลที่เฉพาะกับช่วงเวลานั้น ๆ[14] ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจความต้องการและความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งย้ายออกไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ และส่งเสริมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิด Timing It Right (TIR) ซึ่งพัฒนาโดย Cameron และ Gignac[14] ที่อธิบายว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤตและญาติ มีความต้องการการดูแลที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเป็นไปตามระยะ (phase) ของการเจ็บป่วยแต่ละ

ช่วงเวลานั้น และมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลที่เฉพาะกับระยะของการเจ็บป่วยนั้น ๆ[14] กรอบแนวคิด TIR ประกอบไปด้วยการดูแลใน 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเจ็บป่วยภาวะวิกฤต และเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (event/ diagnosis) 2) ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stabilization) 3) ระยะการเตรียมตัวกลับบ้าน (preparation for discharge home) 4) ระยะแรกของการกลับไปอยู่ที่บ้าน (early home adjustment) ซึ่งเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วง 3 เดือนแรก และ 5) ระยะการปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านในระยะยาว (late community adjustment) ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยและญาติอีกครั้งเมื่อเข้าสู่ระยะการใช้ชีวิตอย่างปกติ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม และมีอาการคงที่แล้ว ซึ่งเป็นช่วงการดูแลต่อเนื่องจากระยะที่ 1 ไปสู่ระยะที่ 2 คือระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตจนกระทั่งเข้าสู่ช่วงที่มีอาการคงที่ กรอบแนวคิด Timing It Right ของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมแสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด Timing It Right ของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับและลักษณะความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

2. เพื่อศึกษาระดับความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย อุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความพร้อมของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการและความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม โดยการวิจัยแบบผสานวิธีชนิดคู่ขนานเข้าหากัน (convergent parallel mixed-method study) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อม ๆ กันในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน และนำผลที่ได้มาพิจารณา และตีความร่วมกันเพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์ สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้หลายมิติมากขึ้น[13] โดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ร่วมกับการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม และความพร้อมในการดูแล ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน-เดือนกันยายน 2562

ประชากร ที่ศึกษาครั้งนี้เป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งชนิด invasive ได้แก่การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) ผ่านทางท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) หรือท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis machine) การใส่สายสวนหัวใจและหลอดเลือด (cardiac catheter) เป็นต้น และการรักษาชนิด non-invasive เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (non-invasive mechanical ventilation) หรือการให้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนในร่างกาย (inotropic drug) เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าด้านญาติ

1. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย และไม่ได้มาจากการจ้าง ได้แก่ ภรรยา สามี บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง เป็นต้น

2. รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง และมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย

เกณฑ์คัดเข้าด้านผู้ป่วย

1. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม และอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติทางอายุรกรรมเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง อาการทางคลินิกคงที่ และแพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike[15] ซึ่งมีสูตรในการคำนวณคือ n = 10 k + 50 (n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา = 2)

ดังนั้น n = (10x2) + 50 = 70 จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 70 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติและลักษณะผู้ป่วย ข้อมูลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การจ้างผู้ดูแล ประสบการณ์การทำหน้าที่ผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว และข้อมูลลักษณะผู้ป่วยได้แก่ อายุ สาเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม และระดับการพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งประเมินจากระดับการพึ่งพาผู้ดูแล (modified Rankin Scale: mRS) มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 (0 คือไม่พึ่งพาผู้ดูแลเลย, 1 คือผิดปกติไม่รุนแรง ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ, 2 คือผิดปกติเล็กน้อย ทำกิจวัตรประจำวันได้เองเกือบทุกอย่าง, 3 คือผิดปกติพอควร ต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง, 4 คือเจ็บป่วยมาก ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ถ้าไม่มีคนช่วย, 5 คือเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง นอนกับเตียงหรือปัสสาวะราด, 6 คือเสียชีวิต)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต (critical care family need inventory: CCFNI) ที่พัฒนาโดย Molter และ Leske[16] ได้รับอนุญาตและแปลเป็นภาษาไทยโดย อิสรีย์ ศรีศุภโอฬาร และนรลักขณ์ เอื้อกิจจา[12] ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินนี้ฉบับภาษาไทยเพื่อเป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตนี้มีจำนวน 44 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (assurance and anxiety reduction) จำนวน 7 ข้อ ความต้องการด้านความสุขสบาย (comfort) จำนวน 6 ข้อ ความต้องการด้านข้อมูล (information) จำนวน 9 ข้อ ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (proximity and accessibility) จำนวน 9 ข้อ และความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (support) จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ (คะแนน 1-4) คือ ไม่มีความสำคัญ มีความสำคัญเล็กน้อย มีความสำคัญพอควร และมีความสำคัญมาก โดยคะแนนเฉลี่ยรวมในด้านใดมาก แสดงว่าญาติมีความต้องการในด้านนั้นสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย (The Preparedness for Caregiving Scale) แบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาโดย Archbold และ Stewart[17] ได้รับอนุญาตแปลเป็นภาษาไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์[18] และผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินนี้ แบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย เป็นการประเมินความพร้อมของญาติในหลายองค์ประกอบ เช่น ด้านกายภาพ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การจัดการกับความเครียด ด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แบบประเมินความพร้อมในการทำหน้าที่ผู้ดูแลประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับได้แก่ (0) หมายถึง ญาติไม่มีความพร้อมเลย (1) หมายถึงญาติมีความพร้อมน้อย (2) หมายถึงญาติมีความพร้อมปานกลาง (3) หมายถึงญาติมีความพร้อมมาก และ (4) หมายถึงญาติมีความพร้อมมากที่สุด คะแนนแต่ละด้านที่สูงบ่งบอกว่าญาติมีความพร้อมมาก

ส่วนที่ 4 แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความ

พร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้าน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเป็นแนวทางที่สามารถยืดหยุ่นและปรับไปตามบริบทของกระบวนการสนทนา และปฏิสัมพันธ์ของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลตามสถานการณ์ ตัวอย่างคำถามเช่น ท่านมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้อย่างไรบ้างเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล, ด้านความต้องการความสะดวกสบาย, ด้านข้อมูล, ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และด้านความช่วยเหลือสนับสนุน) ท่านอยากให้ทางโรงพยาบาลช่วยเหลืออย่างไรบ้างระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ท่านคิดว่าปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นอย่างไร เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตและแบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม จำนวน 2 คน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 คน หลังจากได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงด้านภาษาให้มีความชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น โดยมีดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.861 และ 0.746 ตามลำดับ ภายหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจคำถาม ระยะเวลาการตอบแบบสอบถาม จากนั้นทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีค่าความเชื่อมั่น 0.65 และแบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่น .85 และในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และ .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No. 257/62) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ ในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วม จะลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยและญาติตามคุณสมบัติที่กำหนด

2) เมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยและญาติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะเข้าพบญาติเพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อญาติยินดีเข้าร่วมจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เวลา 7.00-15.00 น. ทุกวันจันทร์-วันศุกร์

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคำถามปลายเปิด ร่วมกับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยจดบันทึกคำตอบ และบันทึกเสียงสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

4) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และลักษณะผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตและระดับความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

2. วิเคราะห์ลักษณะความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านจากบันทึกคำตอบที่ได้จากแนวคำถามปลายเปิด โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละของ คำตอบ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต และความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจากบทสัมภาษณ์ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ของ Schreier[19] โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interview) ทำความเข้าใจ วิเคราะห์จัดกลุ่มประเด็น จำแนกอย่างเป็นระบบ คัดเลือกข้อมูลของญาติที่มีความชัดเจนลึกซึ้ง และมีประเด็นที่น่าสนใจ จำนวน 1-2 ราย อ่านทบทวนซ้ำหลายรอบ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอีกครั้งกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์

4. นำผลการวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้มาพิจารณาและตีความร่วมกันเพื่ออธิบายความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

ผลการวิจัย

การศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติและลักษณะผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ระดับ และลักษณะความต้องการของ

ญาติ และส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ระดับ ลักษณะความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการทำหน้าที่ผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติและลักษณะผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18-73 ปี อายุเฉลี่ย 46.5 ปี (S.D 12.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.6 และเรียนจบชั้นปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 41.4 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.3 ญาติส่วนใหญ่ทำหน้าที่ผู้ดูแลและทำงานไปด้วยพร้อมกันคิดเป็นร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนที่ 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพญาติส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่มีโรคประจำตัวโดยคิดเป็นร้อยละ 61.4 ในขณะที่ญาติที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคเบาหวานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 22.9 รองลงมาคือโรคภูมิแพ้คิดเป็นร้อยละ 2.9 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยพบว่า ญาติส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาคือคู่สมรสร้อยละ 30.3 นอกจากนั้นญาติส่วนใหญ่ร้อยละ 55.7 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมาก่อน และส่วนใหญ่ไม่จ้าง ผู้ดูแลอื่นมาช่วยคิดเป็นร้อยละ 92.9 นอกจากนั้นญาติส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 ได้รับการช่วยเหลือ หรือได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัวเพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเช่น ช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย หรือช่วยเหลือกิจกรรมการดูแล

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยพบว่ามีอายุตั้งแต่ 18-86 ปี สาเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคือปัญหาการติดเชื้อในร่างกาย และปัญหาโรคทางระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 14.3 ตามลำดับ นอกจากนั้นระดับการพึ่งพาผู้ดูแล ณ วันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินจากแบบประเมินการพึ่งพาผู้ดูแล (ระดับ 0-6) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการพึ่งพาผู้ดูแลอยู่ในระดับ 3 (มีความผิดปกติพอควร คือต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วยพยุง) คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมามีการพึ่งพาอยู่ในระดับ 2 (เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเล็กน้อยคือสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง) คิดเป็นร้อยละ 34.3

ส่วนที่ 2 ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมมีช่วงคะแนน 1-4 และแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีความสำคัญ จนถึงมีความสำคัญมาก ผลการศึกษาพบว่าความต้องการของญาติโดยรวมทั้ง 5 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 (S.D .49) และอยู่ในระดับมีความสำคัญพอควร (ปานกลาง) โดยพบว่าความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 3.99 (S.D .12) รองลงมาคือ ความต้องการด้านข้อมูล คะแนนเฉลี่ย 3.83 (S.D .38) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย คะแนนเฉลี่ย 3.43 (S.D .55) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 3.41 (S.D .55) และความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.31 (S.D .52) ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาข้อคิดเห็นรายด้านซึ่งประเมินจาก การสัมภาษณ์พบว่า **ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล** ญาติของผู้ป่วยวิกฤตระบุว่า ต้องการทราบความคืบหน้าเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและการรักษาจากแพทย์ รวมทั้งความเสี่ยงหรือโอกาสในการเสียชีวิตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.7 ของจำนวนข้อคิดเห็นรายด้านทั้งหมด รองลงมาร้อยละ 6.5 เท่ากัน 3 ข้อคิดเห็นได้แก่ ต้องการคำแนะนำในการตัดสินใจการรักษาจากแพทย์ ต้องการให้แพทย์บอกอาการตรง ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และต้องการให้พยาบาลตอบสนองทันทีที่ญาติร้องขอความช่วยเหลือ ดังตัวอย่าง

อยากให้มีคนมาบอกว่าลงไป ICU กี่วัน เพราะรู้สึกไม่แน่นอนว่าจะอยู่ใน ICU กี่วันจะมียารักษาไหม กี่วันถึงจะดีขึ้น อยากได้พูดคุยกับแพทย์พยาบาลถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยในแต่ละวัน (ผู้ให้ข้อมูล 41)

ต้องการกำลังใจและคำพูดดี ๆ จากพยาบาลและหมอ ต้องการคำพูดที่เป็นความจริง อาการของผู้ป่วย ให้พูดออกมาทั้งหมดเพราะบางทีเขา (แพทย์และพยาบาล) ไม่ค่อยอธิบาย (ผู้ให้ข้อมูล 34)

อย่างไรก็ตามยังมีข้อคิดเห็นอีกจำนวนร้อยละ 32.3 ของจำนวนข้อคิดเห็นรายด้านทั้งหมด ที่ระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดีอยู่แล้ว และมั่นใจการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังตัวอย่าง

พยาบาลดูแลอย่างดีใกล้ชิดตลอด ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลดี...ที่ ไอซียู นี่ดี พยาบาลเฝ้าอยู่หน้าจอประกบ มีอะไรหลุดเขารู้เขาไปดูโดยที่เราไม่ต้องบอก เรามั่นใจ ปล่อยสบายใจ (ผู้ให้ข้อมูล 36)

ความต้องการด้านข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยวิกฤตต้องการให้ทีมสุขภาพอธิบายมากขึ้นเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.2 ของจำนวนข้อคิดเห็นรายด้านทั้งหมด รองลงมาร้อยละ 6.9 มี 2 ข้อคิดเห็นซึ่งมีจำนวนที่เท่ากันคือ ต้องการข้อมูลที่เป็นป้ายแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อ และวิธีการดูแลของญาติที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ให้ข้อมูลอีกร้อยละ 31.0 ที่ระบุว่าไม่มีข้อคิดเห็น

ตารางที่ 1 แสดงช่วงคะแนน ค่าที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) และระดับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าที่ได้	ค่าเฉลี่ย	S.D	ระดับ
ความต้องการของญาติผู้ป่วย	**1-4**	**3-4**	**3.57**	**.49**	**พอควร**
ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล	1-4	3-4	3.99	.12	พอควร
ด้านข้อมูล	1-4	3-4	3.83	.38	พอควร
ด้านความสะดวกสบาย	1-4	2-4	3.43	.55	พอควร
ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย	1-4	2-4	3.41	.55	พอควร
ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน	1-4	3-4	3.31	.52	พอควร

เนื่องจากรู้สึกว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยดีอยู่แล้ว ดังตัวอย่าง

อยากได้ข้อมูลเพิ่มในด้านการแพทย์ เช่น วันนี้ค่าไตเท่าไร ค่าตับเป็นเท่าไร เอ็คโค่ (Echo) ผลเป็นอย่างไร (ผู้ให้ข้อมูล 29)

อยากให้พยาบาลแนะนำเรื่องการดูแลช่วยเหลือคนไข้ว่าจะทำอะไรได้บ้าง เพราะไม่มั่นใจ จะต้องปฏิบัติอย่างไร กลัวทำแล้วมีผลกระทบกับผู้ป่วย... ให้ช่วยทำ (ดูแล) เล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ยังดี พอตอนที่ผู้ป่วยย้ายออกไปพี่ (ผู้ให้ข้อมูล) จะได้ดูแลได้ ไม่กลัว (ผู้ให้ข้อมูล 7)

ความต้องการด้านความสะดวกสบาย ญาติระบุความต้องการด้านความสะดวกสบาย โดยความคิดเห็นส่วนใหญ่ระบุว่า โรงพยาบาลอำนวยความสะดวกสบายดีอยู่แล้ว มีที่พัก ไม่แออัดและสะอาด คิดเป็นร้อยละ 70.3 จากจำนวนข้อคิดเห็นรายด้านทั้งหมด ดังตัวอย่าง

มีที่ให้ญาตินั่งพัก ไม่แออัด สะอาดสะอ้าน... ตึกก็ใหม่ (ตึกภูมิสิริมังคลานุสรณ์) สะดวกสบายดี เดินหาง่าย ร้านอาหารมีพอ...สะดวกสบายอยู่แล้ว ญาติเห็นผู้ป่วยได้อยู่แล้วจึงรู้สึกว่าสะดวกสบายอยู่แล้ว (ผู้ให้ข้อมูล 14)

ในขณะที่ข้อคิดเห็นอีกจำนวนร้อยละ 7.4 พบว่าญาติต้องการให้ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม และอีกร้อยละ 3.7 มีจำนวนข้อคิดเห็นเท่ากัน 6 ข้อคิดเห็นคือ ต้องการให้เพิ่มเก้าอี้ในห้องผู้ป่วยมากกว่า 2 ตัวเพื่อให้ญาตินั่งได้หลายคน ต้องการให้โรงพยาบาลเปิดใช้สัญญาณ wifi ฟรี ต้องการให้มีโทรทัศน์หน้าห้องรอเยี่ยมเพื่อให้ญาติผ่อนคลาย ต้องการตู้น้ำดื่มฟรี ต้องการตู้น้ำหยอดเหรียญที่ไม่ใช่น้ำเปล่าเพียงอย่างเดียว และต้องการให้มีร้านที่ขายอาหารสุขภาพเพิ่มขึ้น

เวลาการเยี่ยมอยากให้อลุ่มอล่วยกันได้ ถ้าหมดเวลาก็ขอให้ญาติเยี่ยมได้บ้างถ้าญาติมาไม่ทันเวลา ไม่ใช่ fix เวลาตลอด (ผู้ให้ข้อมูล 22)

อยากได้ wifi อยากได้ตู้กินน้ำฟรีที่ไม่ต้องไปกดซื้ออยากได้ที่นั่งพักผ่อนที่เอนกายหรือพักหลับได้... ตรงด้านหน้าบริเวณรอเยี่ยมควรมีทีวีสักเครื่องที่ผ่อนคลายความเครียด (ผู้ให้ข้อมูล 42)

ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ข้อคิดเห็นของญาติส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 ระบุว่าได้ใกล้ชิดผู้ป่วยดีอยู่แล้ว และบอกว่าช่วงเวลาที่ให้เข้าเยี่ยมก็เหมาะสม ไม่รบกวนผู้ป่วยและการทำงานของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นอีกจำนวนร้อยละ 20.0 ระบุว่าต้องการเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา และข้อคิดเห็นอีกจำนวนร้อยละ 10.0 ต้องการให้ห้อง ICU เป็นกระจกหรือมีจอทีวีด้านนอกเพื่อให้ญาติสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้

อยากให้ญาติเข้าได้ตลอด อยากได้ห้องที่สามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยอยากให้อยู่ใกล้ ๆ ถ้าลูก (ญาติ) กลับบ้านผู้ป่วยจะร้องไห้ (ผู้ให้ข้อมูล 55)

ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ญาติของผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ระบุว่า ต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือและสนับสนุนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือส่วนต่างจากสิทธิการรักษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.1 ของจำนวนข้อคิดเห็นรายด้านทั้งหมด รองลงมาคือต้องการให้ลดราคาห้องพัก และต้องการข้อมูลชนิดและราคาห้องพักตามสิทธิการรักษา ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากันคือร้อยละ 11.8 ในขณะที่ข้อคิดเห็นอีกร้อยละ 35.3 รู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำที่ดีจากโรงพยาบาลอยู่แล้ว

อยากให้ช่วยค่าใช้จ่ายเพราะเราไม่มีเงิน แม่ (ผู้ป่วย) ไม่ได้จ่ายค่ารักษาและใช้สิทธิ์ 30 บาท แต่มีค่าใช้จ่ายเรื่องค่าที่พัก ค่าเดินทาง...ช่วยให้มีช่วงเวลาของการผ่อนชำระ ถ้ามีค่าใช้จ่ายส่วนต่าง เช่น 5,000 บาท ขอผ่อนชำระครั้งละ 500-1,000 บาท ตามอัตภาพที่เรามี (ผู้ให้ข้อมูล 48)

ส่วนที่ 3 ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย มีช่วงคะแนน 0-4 โดยแบ่งเป็น 5 ระดับตั้งแต่ ไม่มีความพร้อมเลย จนถึงมีความพร้อมมากที่สุด ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 0-4 คะแนนเฉลี่ย 2.91 (S.D .64) คือมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง สำหรับความพร้อมในแต่ละด้านพบว่า ความพร้อมที่จะทำให้ทั้งญาติเองและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3.07 (S.D .76) รองลงมาคือความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาล คะแนนเฉลี่ย 3.0 (S.D .94) ความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ คะแนนเฉลี่ย 2.99 (S.D .84) ความพร้อมที่จะหาข้อมูลด้านบริการและจัดหาบริการคะแนนเฉลี่ย 2.97 (S.D .91) ความพร้อมในการดูแลความต้อง การด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ย 2.87 (S.D 1.08) ความพร้อมในการจัดการความเครียดคะแนนเฉลี่ย 2.71 (S.D .85) และความพร้อมในการจัดการภาวะ ฉุกเฉินมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.64 (S.D 1.05) ในขณะที่ญาติรู้สึกมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.06 (S.D .86) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงช่วงคะแนน ค่าที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าที่ได้	ค่าเฉลี่ย	S.D	ระดับ
ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย	**0-4**	**1-4**	**2.91**	**.64**	**กลาง**
ความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านร่างกาย	0-4	0-4	2.87	1.08	กลาง
ความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์	0-4	1-4	2.99	.84	กลาง
ความพร้อมที่จะหาข้อมูลด้านบริการและจัดหาบริการ	0-4	0-4	2.97	.91	กลาง
ความพร้อมในการจัดการความเครียด	0-4	1-4	2.71	.85	กลาง
ความพร้อมที่จะทำให้ทั้งตนเองและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ	0-4	2-4	3.07	.76	มาก
ความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉิน	0-4	0-4	2.64	1.05	กลาง
ความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทาง ร.พ./ศูนย์ฯ	0-4	0-4	3.00	.94	มาก
โดยรวมมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด	0-4	1-4	3.06	.86	มาก

สำหรับ**ปัญหาและอุปสรรคในการทำหน้าที่ผู้ดูแลของญาติ** และส่งผลให้รู้สึกไม่พร้อมที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติระบุว่าการไม่มีเวลาเพราะต้องทำงานหารายได้เป็นข้อคิดเห็นที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.0 ของจำนวนข้อคิดเห็นด้านปัญหาและอุปสรรคทั้งหมด รองลงมาคือไม่ทราบว่าจะเตรียมตัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไร กลัวว่าเวลาฉุกเฉินจะช่วยไม่ทันเพราะผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยหลายโรค คิดเป็นร้อยละ 19.4 ในขณะที่ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล และปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นข้อคิดเห็นที่มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 12.9 นอกจากนั้นปัญหาจากผู้ป่วยไม่เชื่อฟังคิดเป็นร้อยละ 9.7 และปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลลำบากคิดเป็นร้อยละ 6.4 ดังตัวอย่าง

หน้าที่การทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแล... ที่บ้านและที่ทำงานไกลเกิน ต้องออกมาทำงานแต่เช้า และกลับไปถึงบ้านเย็น ทำให้มีเวลาไม่พอที่จะดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ก็ต้องญาติ ๆ ผลัดกันมาช่วยดูให้ (ผู้ให้ข้อมูล 32)

กังวลเรื่องปัญหาฉุกเฉิน กลัวช่วยไม่ทัน...ไม่รู้การดูแลเบื้องต้นว่าต้องดูแลอย่างไร...ความรู้ อาการฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะสังเกตอะไรบ้าง (ผู้ให้ข้อมูล 9)

นอกจากนั้นแล้ว**ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย** ญาติของผู้ป่วยวิกฤตระบุข้อคิดเห็นโดยแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลักคือ 1) ปัจจัยจากตัวญาติ (ร้อยละ 57.6) ประกอบด้วยความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ ตอบแทนบุญคุณ และความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 30.2 ปัจจัยสนับสนุนต่อมาคือ ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลการดูแล คิดเป็นร้อยละ 9.1 และอีกร้อยละ 6.1 เท่ากัน 3 ข้อคิดเห็นได้แก่ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของญาติ การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์การดูแล ดังตัวอย่าง

เกิดจากความรักความผูกพัน ทำให้พร้อมที่จะดูแลเขา (ผู้ป่วย)... ท่าน (ผู้ป่วย) เลี้ยงดูเรามา เราอยากตอบแทนบุญคุณ...เป็นลูกสาวมีหน้าที่ต้องดูแลปะป๊า (ผู้ป่วย) เป็นพ่อแม่เรา เราต้องดูแลเต็มที่ ความสัมพันธ์ของการเป็นลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่ (ผู้ให้ข้อมูล 67)

การมีญาติพี่น้องคอยช่วยสนับสนุนช่วยกันดูแล...ญาติพี่น้องมาร่วมวางแผนการดูแล ตัดสินใจร่วมกัน ครอบครัวมาผลัดเปลี่ยนการดูแลช่วยได้เยอะ...จิตใจที่สู้ เตรียมพร้อม ให้กำลังใจตนเองเพื่อให้เราไปต่อได้ ตัวผู้ป่วยกินได้เราก็ดีใจ ครอบครัวเป็นกำลังใจให้กันและกัน (ผู้ให้ข้อมูล 28)

2) ปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ (ร้อยละ 42.4) ญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมระบุว่าปัจจัยสนับสนุนให้มีความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 21.2 รองลงมาคือได้รับเอกสารเกี่ยวกับการดูแลมาศึกษาด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 9.1 มีเบอร์โทรศัพท์สำหรับปรึกษาวิธีดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยให้ญาติตัดสินใจได้เมื่อผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตขณะอยู่ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.1 และปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมของญาติอีกร้อยละ 3.0 มีจำนวนเท่ากัน 2 ข้อคิดเห็นคือได้รับอุปกรณ์สำหรับดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับบ้าน และได้รับกำลังใจหรือความมั่นใจจากพยาบาลว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่าง

การที่พยาบาล หมอ มาคุยว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร สภาพผู้ป่วยที่จะกลับบ้าน และให้ข้อมูล

ว่าญาติต้องเตรียมอะไรบ้างที่จะกลับไปดูแลที่บ้าน สอนว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ได้รับเอกสารเกี่ยวกับการดูแลมาสำหรับศึกษาเอง... ความรู้ด้านโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วิธีการดูแลผู้ป่วย ถ้ามีคนแนะนำก็จะทำให้เราดูแลได้ เราจะพร้อม (ผู้ให้ข้อมูล 51)

การที่ ร.พ. ช่วยเรื่องอุปกรณ์ อย่างเตียง เครื่องออกซิเจน เครื่องหายใจ รถเข็น จะได้ช่วยลดค่าใช้จ่าย...อยากให้มีบริการยืมอุปกรณ์การแพทย์ เพราะไม่มีเงินซื้อ อย่าง ถังออกซิเจน เตียง เพราะมีราคาแพง ผู้ป่วยเราต้องใช้ (ผู้ให้ข้อมูล 36)

ควรจะมีเบอร์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด เช่น มีเบอร์โทรที่สามารถให้คำปรึกษาได้เวลามีอาการฉุกเฉินที่บ้านเพื่อสอนการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีฉุกเฉิน ว่าควรให้การช่วยเหลืออย่างไรกับผู้ป่วย (ผู้ให้ข้อมูล 18)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมจำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[20] ที่พบว่าญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมที่ต้องกลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าเป็นเพราะบริบทของสังคมไทยที่เชื่อว่าการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นหน้าที่ของผู้หญิง[21] และลูกต้องทำหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่เมื่อยามเจ็บป่วย นอกจากนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติส่วนใหญ่ต้องทำงานหารายได้พร้อมกับทำหน้าที่ผู้ดูแลด้วย อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวไทยในสังคม จากที่เคยเป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น[22,23] ส่งผลให้จำนวนสมาชิกในครอบครัวลดลง ในขณะที่การทำงานหารายได้ ก็เป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องทำเป็นประจำ เมื่อมีคนเจ็บป่วยในครอบครัว ญาติจึงต้องทำหน้าที่ทั้งผู้ดูแลและหารายได้ไปในเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด ความกดดันมากขึ้น[24] และอาจส่งผลกระทบกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญและประเมินปัญหา เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือและสนับสนุนญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะยาวภายใต้บริบทสังคมเมืองอย่างกรุงเทพมหานคร เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยวิกฤตเมื่อย้ายออกไปแล้ว จะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังระบุอีกว่าญาติส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก่อน และไม่ได้จ้างผู้ดูแลอื่นมาช่วยทำหน้าที่ผู้ดูแล ในขณะที่ผลการศึกษาในญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าประสบการณ์การทำหน้าที่ผู้ดูแลมีผลต่อความต้องการของผู้ดูแล[25] โดยญาติที่มีประสบการณ์จะมีความต้องการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยลดลง ดังนั้นประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากและควรเป็นในเชิงบวก ที่ทีมสุขภาพควรตระหนักและช่วยเตรียมญาติให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก่อน เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล และป้องกันผลกระทบจากการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย

ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมโดยรวม จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าญาติของผู้ป่วยสูงอายุ ในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง[11] อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้ง 2

เรื่องแตกต่างกันในประเภทของความต้องการ โดยการศึกษาของ Vichittragoonthavon[11] ผู้ดูแลต้องการมีแพทย์หรือพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและต้องการได้รับการเอาใจใส่จากพยาบาลมากที่สุด ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลต้องการทราบความคืบหน้าอาการและการรักษาของผู้ป่วย ทั้งความเสี่ยงหรือโอกาสในการเสียชีวิตมากที่สุด นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมมีความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการด้านข้อมูลการรักษาและอาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Leske[5] ที่สรุปความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตว่าประกอบด้วย การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับข้อมูล การได้รับความสุขสบายและการได้รับกำลังใจ และได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ เนื่องจากญาติรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและคุกคามชีวิต[8] มีการจำกัดเวลาเยี่ยมและไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ญาติจึงต้องการมั่นใจว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด การรับรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่พยาบาลและทีมสุขภาพควรตระหนัก และจัดกิจกรรมที่สนองความต้องการเหล่านี้ให้ครอบคลุมและเพียงพอกับความต้องการของครอบครัว[26]

นอกจากนั้นผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมด้านการช่วยเหลือสนับสนุน มีระดับคะแนนต่ำที่สุด แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงคุณภาพกลับพบว่าเป็นประเด็นที่สำคัญเนื่องจากญาติระบุว่าต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือและสนับสนุนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือส่วนต่างจากสิทธิการรักษาเป็นจำนวนมากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้จากข้อมูลรายได้ต่อเดือนของญาติผู้ป่วยที่พบว่าอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อต้องมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นหากพาผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน[27] ดังนั้นการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะยาวจึงอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของญาติ อันจะทำให้เกิดความเครียด และมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[28] ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยและญาติให้ครอบคลุม เพื่อหาแนวทางสนับสนุนเกี่ยวกับทรัพยากรการดูแล เพื่อลดความกดดันต่อญาติและครอบครัวในระยะยาวเมื่อต้องพาผู้ป่วยกลับบ้าน

ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความพร้อมรายด้าน พบว่าความพร้อมที่จะทำให้ทั้งตัวญาติเองและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ในขณะที่ความพร้อมของญาติในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[29] ที่พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความแตกต่างในความพร้อมรายด้านโดยการศึกษาดังกล่าว[29] พบว่าความพร้อมของญาติในการดูแลด้านร่างกายมีคะแนนสูงสุด และความพร้อมในการดูแลด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาลมีคะแนนต่ำสุด อธิบายได้ว่าญาติรับรู้เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมใกล้เคียงกันจึงทำให้ญาติรู้สึกว่ามีความพร้อมใน

การทำหน้าที่ผู้ดูแลอยู่ในระดับเดียวกัน ในขณะที่ความพร้อมรายด้านแตกต่างกัน อาจเป็นผลจากปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมของญาติทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันทั้งปัจจัยด้านตัวญาติเองและปัจจัยด้านการสนับสนุนของทีมสุขภาพและระบบของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ปัญหาและอุปสรรคของญาติในการทำหน้าที่ผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าข้อคิดเห็นที่ถูกระบุมากที่สุดคือ การไม่ทราบว่าจะเตรียมตัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไรและกลัวว่าเวลาฉุกเฉินจะช่วยไม่ทัน ทั้งนี้เป็นเพราะญาติรับรู้ว่าผู้ป่วยวิกฤตมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรง หลายโรค การทำหน้าที่ผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความสามารถสูงทำให้ญาติรู้สึกไม่พร้อม[30] นอกจากนั้นผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าญาติส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน จึงอาจรู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงควรสนับสนุนการทำหน้าที่ผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่ว่าจะป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการรักษา ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การบริการอื่นๆ ที่เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถจัดการภาระความรับผิดชอบนี้ได้ และควรเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโดยการให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาติเข้าใจและกล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนมากขึ้น

ปัจจัยสนับสนุนการทำหน้าที่ผู้ดูแลของญาติและส่งเสริมให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้ระบุว่าความรู้สึกเป็นหน้าที่และความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย เป็นปัจจัยสนับสนุนมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Udchumpisai[20] ที่พบว่าเหตุผลที่ญาติของผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ยังคงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแม้จะรับรู้ว่าเป็นงานที่หนักและลำบากเพราะญาติรู้สึกว่าเป็นหน้าที่และการมีความผูกพันกับผู้ป่วย นอกจากนั้นแล้วผลการศึกษาครั้งนี้ยังระบุว่าความสัมพันธ์ของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย จึงเป็นเหตุผลที่ต้องทำหน้าที่ผู้ดูแลและเป็นคุณค่าของสังคมไทยที่มีความเชื่อว่าลูกต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อ แม่ เมื่อยามเจ็บป่วย[20] สำหรับ**ปัจจัยสนับสนุนในการทำหน้าที่ผู้ดูแลที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลและทีมสุขภาพ**เพื่อช่วยให้ญาติมีความพร้อมในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุดคือได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับการสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความวิตกกังวลและความกดดันในจิตใจของผู้ดูแลได้[26] และเป็นการเพิ่มความพึงพอใจและส่งเสริมให้เกิดความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย และการประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลจะเพิ่มความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย[31] นอกจากนั้นแล้วถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และค่าใช้จ่ายสนับสนุน จะส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพของการดูแลที่หลากหลายและมีความซับซ้อนได้มากขึ้น

สรุป

จะเห็นได้ว่าการช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้นั้น จำเป็นต้องประเมินความต้องการของญาติ และเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อระยะการเจ็บ

ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนการส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด timing it right ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและญาติอย่างต่อเนื่องช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยตระหนักถึงความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะวิกฤตในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย จะเป็นการเพิ่มความมั่นใจแก่ญาติว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และเป็นสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตควรมีจุดเน้นในการวางมาตรฐานการพยาบาลที่ครอบคลุม และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ระหว่างพยาบาลกับญาติเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ครอบครัวปรับตัวและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องได้ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ญาติของผู้ป่วยวิกฤตควรได้รับการประเมินความต้องการและความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ และส่งเสริมให้ได้รับการตอบสนองในความต้องการแต่ละด้าน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของญาติสำหรับการทำหน้าที่ผู้ดูแล เพื่อให้ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว เพื่อให้เกิดความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเป็นองค์รวมตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งได้กลับไปอยู่ที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย สำหรับทุนอุดหนุนการวิจัย ขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med 2012;40(2):502-9.
2. Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. Intensive Care Med 2016;42(5):725-38.
3. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Crit Care Med 2017;45(1):103-28.
4. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung 1979;8:332-39.
5. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. Crit Care Nurs 2002;22(6):61-5.
6. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health 1990;13(6):375-84.
7. Brown SM, Rozenblum R, Aboumatar H, Fagan MB, Milic M, Lee BS, et al. Defining patient and family engagement in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med 2015;191(3):358-60.
8. Davidson JE, Harvey MA. Patient and family post-Intensive care syndrome. AACN Adv Crit Care 2016;27(2):184-6.
9. Czerwonka AI, Herridge MS, Chan L, Chu LM, Matte A, Cameron JI. Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of towards recover. J Crit Care 2015;30(2):242-9.
10. Chutitada C, Graisopa S, Wongsudta R. Need of critically ill patient's families. KKU Research Journal 1999;4(1):51-8. (in Thai)
11. Vichittragoonthavon S, Imsa-njuan K, Sucamvang K. Needs and received need responses among elderly patients and families in surgical intensive care unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Nursing Journal 2013;40:35-46. (in Thai)
12. Srisupha-olarn I, Ua-Kit N. The effect of meeting family-needs program on anxiety of family members of critically ill patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2016;36(3):77-93. (in Thai)

13. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE; 2018.
14. Cameron JI, Gignac MA. "Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. Patient Educ Couns 2008;70(3):305-14.
15. Prescott PA. Multiple regression analysis with small sample: cautions and suggestion. Nurs Res 1987;36(2):130-3.
16. Molter NC, Leske JS. Critical care family needs inventory [Internet]. 1983 [cited 2019 Mar 22] Available from: https://uwm.edu/nursing/wp-content/uploads/sites/287/2015/05/Lesketool.pdf
17. Archbold PJ, Stewart BJ. Fammily cargiving inventory. Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.
18. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [dissertation]. Portland: Oregon Health and Science University; 2002.
19. Schreier M. Qualitative content analysis in practice. London: Sage; 2012.
20. Udchumpisai M. Thriving in family caregiving: a grounded theory study of Thai family caregivers of patients with home mechanical ventilation (HMV) [dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018.
21. Sasat S, Lertrat P, Choowattanapakorn T. Research report on model of institutional long-term care practice for older persons in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010. (in Thai).
22. Peek C, Im-em W, Tangthanaseth R. The state of Thailand's population 2015: features of Thai families in the era of low fertility and longevity. Bangkok: Institute of Population and Social Research, Mahidol University; 2016. (in Thai)
23. Podhisita C. Thai family and household changes: what we don't know [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 4]. Available from: http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/Conference VII/Download/2011-Article-02-pdf (in Thai)
24. van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, Dongelmans DA, van der Schaaf M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. Crit Care 2016;20:16.

25. Chuaoupathum R. Nursing care need of caregivers for stroke patients at home [Thesis]. Nakhonpathom: Christian University of Thailand; 2010. (in Thai)
26. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Leelacharas S. Effects of a transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. Rama Nurs J 2016;22(1):65-80. (in Thai)
27. Menon B, Salini P, Habeeba K, Conjeevaram J, Munisusmitha K. Female caregivers and stroke severity determines caregiver stress in stroke patients. Ann Indian Acad Neurol 2017;20(4):418-24.
28. Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, Warrillow S, Berney S. Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. Crit Care Med 2015;43(5):1112-20.
29. Koonnarong O, Thaniwatananont P, Kitrungrote L. Caregiving preparedness, family relationships and role strain among caregivers of Muslim stroke patients. Prince of Naradhivas University Journal 2012;4(1):14-27. (in Thai)
30. Choi J, Lingler JH, Donahoe MP, Happ MB, Hoffman LA, Tate JA. Home discharge following critical illness: a qualitative analysis of family caregiver experience. Heart Lung 2018;47(4):401-7.
31. Hagedoorn EI, Keers JC, Jaarsma T, van der Schans CP, Luttik MLA, Paans W. The association of collaboration between family caregivers and nurses in the hospital and their preparedness for caregiving at home. Geriatr Nurs 2019:S0197-4572(18)30641-4. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.02.004.