

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ*

ปฐมวดี สิงห์ดง** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ชนกพร จิตปัญญา*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลเป็นบิดา มารดา คู่สมรสของผู้ป่วยผู้ใหญ่เจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โดยการสัมภาษณ์แบบเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า พร้อมทั้งบันทึกเทปและบันทึกภาคสนาม ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวได้สะท้อนประสบการณ์เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล รู้สึกสับสน หมดหวัง และกลัวว่าผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต 2) ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ต้องช่วยประคับประคองจิตใจ ดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นให้ดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับปกติ รวมถึงการวางแผนดำเนินชีวิตในอนาคตถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องดิ้นรนหาทรัพย์สินมาใช้จ่ายขณะที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัวคนอื่น และ 4) ด้านร่างกาย การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การนอนหลับ บางรายเกิดความเจ็บป่วยต้องกลับไปพักที่บ้าน แม้ว่าจิตใจยังเปี่ยมไปด้วยความกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ครอบครัวให้น้ำหนักต่อประสบการณ์และแสวงหาการดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งบางครอบครัวเท่านั้นที่บอกเล่าความรู้สึก และความต้องการให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทราบ ดังนั้นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลควรสนใจและดูแลครอบครัวผู้ป่วยด้วย เช่น การสอบถาม พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึก ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตท่ามกลางภาวะวิกฤตต่อไปได้

คำสำคัญ: ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์ของครอบครัว การวิจัยเชิงคุณภาพ

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, หอผู้ป่วยวิกฤต 2 โรงพยาบาลศรีสะเกษ

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, E-mail: jchanokp@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญด้วยสื่อดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เอาไว้ในร่างกายร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

ครอบครัวมักรับรู้และเข้าใจหอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคาบเกี่ยวระหว่างการรอดชีวิตและสูญเสียชีวิต จึงคาดการณ์สิ่งที่ไม่ดีที่จะเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าไว้เสมอ นอกจากนี้การดำเนินของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การจำกัดเวลาเยี่ยม กฎระเบียบและข้อจำกัดในการเยี่ยมของหน่วยงาน ปิดกั้นการแสดงออกถึงความรู้สึกห่วงใย และการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ (Eggenberger & Nelms, 2007) การรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่คลุมเครือ (Blanchard & Alavi, 2008) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสาร รับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Wall 2009; Yang, 2008) ครอบครัวต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (Agard & Harder, 2007) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพร่างกาย (Pryzby, 2005) ด้านจิตใจ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546; Carter & Clark, 2005) ด้านบทบาทหน้าที่ (McAdam, Arai, & Puntillo, 2008) และด้านเศรษฐกิจ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550)

ครอบครัวไทย มีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันกันเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวมีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย นอกจากนี้จะเป็นผู้คุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่นแล้ว ยังส่งผ่านความรักและเชื่อมโยงความห่วงใย

ระหว่างกันด้วย สำหรับสมาชิกครอบครัวที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของตน ส่วนผู้อ่อนอาวุโสกว่าถือว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อทดแทนบุญคุณของผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความวิตกกังวล กระวนกระวายใจ จากการไม่รู้หรือรับรู้ที่ไม่ถูกต้องต่อภาวะเจ็บป่วย ทวีความกลัวและความวิตกกังวลเมื่อต้องพบที่มสุขภาพเพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ครอบครัวเร่งรีบเพื่อมาพบกับทีมผู้ให้การดูแลด้วยความหวังจะได้รับข่าวดี (วงรัตน์ โสสุข, 2544) เมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ครอบครัวจะช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หรือแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากภายนอก อาจตอบสนองด้วยความบกพร่องด้านการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว หรือที่มสุขภาพ ซึ่งบางครั้งจะมอบภาระการตัดสินใจแผนการรักษาให้ทีมผู้ดูแลตัดสินใจแทนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะประคับประคองอาการหรือในระยะสุดท้าย (Gries, Curtis, Wall, & Engelberg, 2008) อย่างไรก็ตามการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวเสี่ยงต่อการปรับตัวต่อความสูญเสียอย่างไม่เหมาะสม (สุนิสา สุขตระกูล, 2544) ซึ่งส่งผลถึงการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005)

การศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศมีแนวโน้มมุ่งเน้นที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่ายังมีประเด็นที่ถูกมองข้าม เช่น การร่วมดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตของครอบครัว การส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในภาวะวิกฤต การบำบัดรักษาอย่างเพียงพอที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย (Mitnick, Leffler, Hood, & American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee, 2010) สำหรับประเทศไทย มีผู้ศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในรูปแบบงานวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งเน้น

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ

การลดผลกระทบทางด้านจิตใจในระยะวิกฤต (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) การปรับตัวของครอบครัว (อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, 2548) และแผนกการดูแลครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย (อรวรรณ คล้ายพยอม, 2549) แต่เป็นการศึกษาจากมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้วิจัยไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการสอบถามประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวลเป็นการดูแลครอบครัวที่ตรงกับความต้องการเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวตามวัฒนธรรมและสังคมไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อบรรยายประสบการณ์เมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวตามบริบทของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของสตรีเบิร์ตและคาร์เพนเตอร์ (Streubert & Carpenter, 1995) เป็นการแบ่งปันบอกเล่าประสบการณ์ชีวิต สะท้อนแก่นแท้และทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์นั้นและบรรยายตามคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ตรง โดยสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

การเตรียมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยพบผู้ให้สัมภาษณ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดที่หอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล นัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive interview) ด้วยตนเอง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียง เปิดโอกาสให้ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 30-40 นาที หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน มีการทำบันทึกภาคสนาม (field note) และถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหา ความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ตรวจสอบซ้ำโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (criterion sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่กำลังอยู่ในเหตุการณ์ สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์นั้นได้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ผู้ให้ข้อมูลที่ดีที่สุดคือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร กลุ่มละ 2 คน รวม 12 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) สมาชิกครอบครัวมีอายุมากกว่า 18 ปี 2) เป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 3) เข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 4) ผู้ป่วยวิกฤตมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยเองด้วยข้อคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (guided question) ดังนี้

1.1 ท่านคิดว่าการดูแลที่บุคคลในครอบครัวของท่านได้รับขณะเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไรบ้าง เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดประเด็นที่ให้สัมภาษณ์ด้วยลักษณะต่างๆ ไปตรวจสอบประสบการณ์ที่ได้รับขณะมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ท่านมีการเตรียมตัวอย่างไร เพื่อตั้งประเด็นที่สนใจ สู่การให้รายละเอียดจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

1.3 กรุณาเล่าเหตุการณ์ในแต่ละวันของท่าน เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่าประสบการณ์ที่ปรากฏต่อครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. เครื่องบันทึกเสียง
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. แบบบันทึกช่วยจำในภาคสนาม
5. แบบบันทึกการถอดความให้สัมภาษณ์
6. แบบบันทึกการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการศึกษาพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยแสดงหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงข้อมูลการวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูลทุกราย หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามและยุติการให้ข้อมูลได้ทันทีเมื่อต้องการ กรณีที่สมัครใจให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลทั้งของตนเอง ผู้ป่วย รวมถึง

หน่วยงานที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยป้องกันผลกระทบทางลบต่อครอบครัว ผู้ป่วย หน่วยวิกฤต และภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ด้วยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมการวิเคราะห์และแปลข้อมูล โดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น แบบบันทึกเสียงและแบบบันทึกข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพตามขั้นตอนของ สเตราส์ และคอร์บิน (Strauss & Corbin, 1998) ดังนี้

1. หลังสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2 รายแรก ผู้วิจัยถอดเทปคำให้สัมภาษณ์แยกย่อยตรวจสอบและเปรียบเทียบข้อมูล พิจารณาประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อสร้างข้อคำถามกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียด นำเข้าสู่กระบวนการให้รหัสตามวิธีของ สเตราส์ และคอร์บิน ประกอบด้วย การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (open coding) การให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (axial coding) เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ใหญ่ (category) และหมวดหมู่ย่อย (subcategories)

3. บูรณาการหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อยจากขั้นตอนที่ 2 เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกรหัส (selective coding) เลือกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันเข้าหมวดหมู่หลัก (core category) อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบความสัมพันธ์และสร้างหมวดหมู่ที่ต้องการพัฒนาให้สมบูรณ์มากขึ้น

4. รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงและแตกต่างกันเพื่อบรรยายความสัมพันธ์และแก่นแท้ของประสบการณ์ของครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยวิกฤต

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (truthworthiness) ด้วยวิธีการ 1) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนยุติการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นสำคัญให้ตรงกับความรู้สึก ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (confirmability) 2) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อให้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ และ 3) ให้อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลครอบครัวผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยวิกฤต 1 คน ตรวจสอบความตรงของแนวคิดทฤษฎี (dependability) ความถูกต้องของการถอดเทป (confirmability) การให้รหัสข้อมูล (credibility) ความสอดคล้องของการให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (axial coding) และการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability)

ผลการวิจัย

1. บริบทของหน่วยงานที่ศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งทั้งสองโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 2

1.1 ลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน

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

โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,069 เตียง มีหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 16 แห่ง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 แห่ง ซึ่งมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 2 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.1 วัน อัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 107.5 อัตราตายเฉลี่ยร้อยละ 7.35 หน่วยงานได้รับการตรวจเยี่ยมและกำกับการทำงานจากพยาบาลผู้ตรวจการแต่ละสายงานทุกวัน มีการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้

1.2 การดูแลครอบครัวหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มีการปฐมนิเทศผู้ป่วย (กรณีสามารถทำได้) และครอบครัว ด้วยการอธิบายและให้คู่มือครอบคลุมถึงสาเหตุของการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น การดูแลที่ได้รับรวมทั้งการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมในหน่วยงานรวมถึงสถานที่พักรอเยี่ยมและสิ่งอำนวยความสะดวกใกล้เคียงหน่วยงานการติดต่อกับพยาบาลแพทย์เจ้าของไข้ ชื่อพยาบาลที่ดูแลในแต่ละเวร ระเบียบการเยี่ยมที่ยืดหยุ่นตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปลี่ยนผ่านรูปแบบการดูแลเป็นการดูแลแบบประคับประคองอาการหรือเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลแผนการรักษาและการพยากรณ์โรครวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย การดูแลและการตอบสนองต่อการรักษาเมื่อเข้าเยี่ยมในแต่ละเวร หลังจากนั้นให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และขอหมายเลขโทรศัพท์ของครอบครัว เพื่อติดต่อกับหน่วยงาน สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป มีระบบการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ที่เฉพาะผู้ที่ระบุชื่อไว้ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์มีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากทีมสหสาขา อาทิ เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และมีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย อาทิ ร่วมกับครอบครัวจัดการกับภาระกิจที่ค้างคาของผู้ป่วยให้เสร็จสิ้น การบอกกล่าวและขอโหสิกรรมต่อผู้ป่วยตามความพร้อมและความต้องการของครอบครัว เป็นต้น

ปฐมวดี สิ่งทง และชนกพร จิตปัญญา

1.3 สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน หอผู้ป่วยวิกฤตทุกแห่งมีที่พักรอเยี่ยมเพียงพอสำหรับครอบครัว 5-10 คนเท่านั้น บางแห่งไม่มีที่พักรอเยี่ยม ซึ่งจากสภาพจริงพบว่า ครอบครัวรวมถึงญาติมิตรและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมารอเยี่ยมจำนวน 5-10 คนต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ทำให้เกิดความแออัดบริเวณพื้นที่หน้าหน่วยวิกฤต ดังนั้นโรงพยาบาลจึงจัดพื้นที่สำหรับพักผ่อนรอเยี่ยมสำหรับครอบครัวในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะอยู่รวมกันกับครอบครัวรายอื่น ๆ และเลือกพักรอเยี่ยมในบริเวณที่ใกล้หอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุดแม้ว่าจะมีความไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้วยข้อจำกัดของโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถจัดหาที่พักให้ครอบครัวผู้ป่วย ที่มาจากต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดได้ ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่พักอาศัยบริเวณพื้นที่ว่างใกล้หน่วยวิกฤต ในขณะที่เดียวกันบางครอบครัวเลือกเช่าที่พักที่ใกล้โรงพยาบาลมากที่สุดเพื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วย

2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 12 ราย ทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ 5 ราย ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในวันเดียวกัน และ 1 ราย มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นจากการเข้ารับการรักษาเมื่อ 1 เดือนก่อนในหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย มีอายุระหว่าง 27-65 ปี มีความสัมพันธ์เป็น บุตรสาว 2 ราย (S1D1; SP2D1) บุตรชาย 2 ราย (S2S1; SP3S1) ภรรยา 4 ราย (S3W1; S4W2; SP5W1; SP6W2) สามี 1 ราย (S6H1) มารดา 2 ราย (S5M1; SP1M1) และเป็นน้องชาย 1 ราย (SP4B1) ในจำนวนนี้ผู้ดูแลหลักต้องการให้สมาชิกครอบครัวรายอื่นร่วมให้ข้อมูลด้วย 3 ราย (SP1M1; SP3S1; SP5W1) ผู้ให้ข้อมูลอายุมากที่สุด 65 ปี เป็นภรรยาผู้ป่วย (SP6W2) ส่วนผู้ป่วยมีอายุ 32-74 ปี ระยะเวลาที่เข้ารับ

การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงวันที่ให้ข้อมูล 4-14 วัน และมีรูปแบบการจำหน่ายดังแสดงในภาคผนวก

3. ประสบการณ์ของครอบครัวเมื่อการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ครอบครัวผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สะท้อนประสบการณ์ต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกัน ประกอบด้วย

ประสบการณ์ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย (SP1M1) ความกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาและจากการดำเนินของโรค (S1D1; S2S1; SP2D1; SP3S1; SP5W1) ตลอดจนกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต (S4W2; S5M1; SP1M1; SP4B1; SP5W1; SP6W2) ดังเช่น

ก็ใจหาย ใจไม่ดิ้น เพราะไม่เคยมีใครเคยเป็น จะมีโอกาสได้ออก [จากไอซียู] หรือเปล่าก็ไม่รู้ ไม่รู้ว่าจะเป็นยังไง ไม่รู้ว่าจะตายหรือจะอยู่ (SP1M1)

เข้าไปเห็นพ่อตอนไหนออกมาหนูก็ได้แต่ร้องไห้ ตลอดช่วงแรก หนูว่าแคงเจ็บ คงปวด คงทรมาน หนูไม่เคยเห็นพ่อใส่สายปาก สายคอ แล้วเวลาเขาดูตเสลด ร้องให้ทุกวัน (S1D1)

ตอนนั้นผมคิดอะไรไม่ออกหรอก คิดไม่ออก บอกไม่ได้ ปกติหมดทุกอย่างทุกอย่าง มันหายทุกอย่างแล้วครับ แต่ไปชั่วโมงหนึ่งก็มานิด เป็นใครก็รับไม่ได้ หละครับ ต้องใช้เวลา หมดครับ หมดลมแล้ว ผมคิดในใจคนเดียวว่า ยังไงก็เอาศพคืนมา กลับบ้านเท่านั้น หละครับ (S6H1)

นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยจากทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ชัดเจน และเพียงพอก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบอันเนื่องจากการไม่รู้หรือรับรู้ไม่ถูกต้องของสมาชิกในครอบครัวดังเช่น

ก็เขว่าอาการหนัก หนักนะยาย ออกมาได้ยืนว่าอาการหนัก ยายก็นั่งร้องไห้ ถ้าเขาอธิบายให้ฟังว่าคนเป็นหนัก ยายกลับไปก็นอนไม่หลับ คิดหนัก (S5M1)

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ

คงจะไม่รอดแน่นอน เพราะเขาก็ให้ข้อมูลมา ก็ต้องทำใจ ญาติต้องทำใจ ก็เข้าใจอยู่ แต่จะช่วยขนาด ไหน แบบไหน เราก็ไม่รู้ว่าจะเกิดภาวะอะไรกับคนไข้ (SP4B1)

ก็อยากรู้ค่ะ แต่ว่ามองดูการทำงานเหมือนวันวาย ก็เลยไม่อยากถามเขา แบบว่าคนไข้เราไม่ดีขึ้น เราก็ทั้ง เครียดทั้งกังวล อยากรู้ว่าจะดีขึ้นตอนไหน หรือมีอะไร ผิดปกติ (SP1M1)

ตอนนี้ญาติเข้าไปเยี่ยมมองหน้าคนไข้ก็ดีขึ้น เลยไม่ อยากจะกวนพยาบาล ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับพยาบาล เพราะว่างานพยาบาลก็มาก (SP2W1)

เราไม่ได้เข้าไปอยู่ด้วยเพราะคำพูดของหมอเราก็ไม่เข้าใจ ไม่เข้าใจตรงนั้น จะให้ถามเยอะหมอก็บอกว่าคนไข้เยอะ อยากรู้อาการว่าเป็นยังไง เชื่อใจได้ ขนาดไหน (SP2D1)

เราอยู่แบบนี้ อยู่ก็ไม่ได้เข้าไป ก็ไม่ได้ไปเห็น ไปรับรู้ ทำอะไรเราก็ไม่รู้ (SP3S1)

อย่างไรก็ตามความทุกข์ใจและสับสนกับทางเลือก ในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลักยังปรากฏกับ ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย (S2S1; S3W1; S4W2) อาทิ บุตรชาย ไม่สามารถบอกเล่าการพยากรณ์โรคให้มารดาและน้องสาว ที่ร้องไห้ทุกครั้งที่เขาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทราบ รวมถึงการประคับ ประคองจิตใจของบิดาที่บอกเล่าความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และความต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (S2S1) สามี ต้องดูแลประคับประคองจิตใจบุตรที่เป็นผู้เยาว์ขณะที่ ภรรยาอยู่ในระหว่างความเป็นความตายในหอผู้ป่วย วิกฤต และภรรยาที่เฝ้ารอเวลาเยี่ยมสามีที่อวัยวะสำคัญ เริ่มไม่ตอบสนองต่อการรักษา (S4W2)

แต่ถ้าถ้าพ่ออาการหนักหรือว่าอาการแยกลง ให้บอก หมอก่อน ไม่อยากให้แม่รู้เลยไม่อยากให้แม่อยู่ตรงนี้ กลัวแม่จะรับไม่ได้ แม่จะซัด ผมรู้เลยแม่จะเป็นแบบไหน แกงสารพ่อ เห็นสายนั้น สายนี้เจ็บปวด ทรมาน ผมมั่นใจ ว่าพ่อจะไม่รอด หนักครับ น่าจะเป็นครั้งสุดท้ายที่ได้เข้า โรงพยาบาล ผมถึงไม่อยากให้แม่รู้โทรมาหาผมได้เลย

อย่างไรก็ไม่ให้รู้เด็ดขาด น้องสาวผมคนที่อยู่บ้าน โทรมาหา ที่ไรร้องไห้ทุกที ครั้งแรกผมก็รับไม่ได้เหมือนกัน แต่ว่า ผมเป็นลูกคนโต มันก็ต้องทำให้ได้ (S2S1)

ผมขอให้แกอยู่ต่อ ในโรงพยาบาลผมก็ซื้อดอกไม้รูป เที่ยนขอชีวิตเขา ขอให้เขากลับมาเป็นปกติ ได้เลี้ยงดู ลูกอยู่ต่อไป ลูกยังเล็กอยู่ครับ (S6H1)

ยายคงจะตายก่อน ยายไม่รู้ว่าจะคิดอย่างไร บอกลูกว่าดูพ่อนะ (S4W2)

คนใกล้กันนะ คนในหมู่บ้านไม่ใช่ญาติหรอก เอา [ผู้ป่วย] กลับบ้านซะไม่รู้สายอะไรต่อสายอะไร แกทรมาน มากนะนั่น เอาสายออกแกอาจจะพูดได้ เขาว่า เขากลับ มาให้แกหมด [เสียชีวิต] ที่บ้านซะ จะเขากลับยังงัย ก็เลย โทรถามลูกหลาน เขาก็ว่าถามหมอก่อน ยายก็ไม่อยาก เขากลับหรอก ยายก็คิดว่ารอหมอก่อนนั่น จะรอถาม หมอก่อน (SP4W1)

ประสบการณ์ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลทุกครอบครัวต้องปรับวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง กันเผื่ออาการ รวมถึงรับภาระแทนสมาชิกที่เผื่ออาการ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วย

ตอนนี้ หนูจะอยู่ดูแลประจำ คนอื่น ๆ ลำบาก ทำมาหากิน ทำสวน กรีดยาง ทำนา มีหนูคนเดียววิ่งรถ รับจ้าง ตอนนี้ให้แฟนทำคนเดียวไปก่อน (S1D1)

นี่ก็ขอหัวหน้าหยุดจันทร์อังคาร พุธนี่ก็ต้องกลับไปทำงาน แม่ก็รอผม ผมเลิกงานทำโม่ง เลิกงานผมก็ ขับรถมอเตอร์ไซด์มา แม่ก็รอผม เลิกงานก็ขี่มอเตอร์ไซด์ [จากที่ทำงาน] มาหาพ่อ ผมก็เป็นห่วงแม่อยู่ว่าถ้ามี อะไรแล้วผมไม่อยู่ แม่จะเป็นยังไง (S2S1)

ถ้ามีงาน ก็คนอยู่ก็อยู่ คนไปก็ไป รับภาระใคร ภาระมัน (SP4W2)

ช่วงที่งานเสร็จก็มาเฝ้า ผลัดกัน วันนี่พี่ชายมา พุธนี่ให้น้องมา (SP2D1)

นอกจากนั้นบางครอบครัวเลือกที่จะใช้วิธีการ สื่อสารข้อมูลความเจ็บป่วยระหว่างสมาชิกครอบครัว (SP1M1; SP5W1) หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย

รายอื่น (SP4B1) เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจตรงกันกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย (S2D1; SP2D1)

หนูก็ตัดสินใจเองไม่ได้ เพราะหนูเป็นลูกคนเล็ก ต้องโทรถามพี่ชาย พี่สาว เดี่ยวจะว่าพาพ่อมาตาย (S1D1)

ลูกทั้งสิบคน มีอยู่สามคน มาคุยกัน ไข่แบ่งหน้าทีกัน อย่าฟังพูดไปจะบอกน้องสาวไว้เลย คนที่เหลือยังรู้ไม่ได้ ใจยังไม่หนักพอ พูดมากไปจะเป็นเรื่อง (SP2D1)

ออกจากนี้ไป เราจะไปโทร ถ้าทางนี้ไม่โทรไปทางบ้านก็โทรมาถาม (SP1M1)

โทรคุยกับทางบ้านตลอด ในบรรดาพี่น้องจะคุยกับน้องที่เฝ้าประจำ ช่วงนี้พี่น้องจะโทรคุยกันหมดทุกคนตลอด ทุกเวลา เช้า เที่ยง เย็น 3 เวลา เช็คทุกวัน (SP2D1)

ยายอยู่ตลอด โทรถามเอาก็ได้ ลูกชายคนกลาง โทรถามตลอด (SP5W1)

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

อย่างไรก็ตามภรรยาที่สิ้นหวังต่อการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของสามีขณะที่ต้องนำบุตรมาดูแลในโรงพยาบาลด้วย มีความหวั่นวิตกต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต เนื่องจากสามีเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว บอกเล่าความรู้สึกว่าไม่มีวิธีการดูแลใดที่ช่วยลดผลกระทบจากภาวะวิกฤตนี้ลงได้ (S3W1) ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกราย (S6H1) แม้ว่าจะหมดหวังจากการรักษาจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของภรรยา การดูแลรักษาเต็มความสามารถของทีมนักดูแลที่ปรากฏให้เห็นเมื่อเข้าเยี่ยมและการได้อยู่เคียงข้างภรรยาในระยะสุดท้ายทำให้สามีภูมิใจว่าทำได้ทำหน้าที่เต็มที่และดีที่สุดแล้ว แม้ยังกังวลถึงผลที่จะเกิดกับลูกทั้งสองคนเมื่อภรรยาเสียชีวิต

เฉพาะข้างในผมไม่รู้หรอกครับ บางทีเขาก็ทำงานเขาอยู่ ผมแหกคอก [หมายถึงเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลา que ผู้ป่วยกำหนดให้เยี่ยม] เข้าไปดู เห็นเขาทำงานตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมงเหมือนกัน (S6H1)

ก็คิด คิดว่าลูกก็ยังไม่ได้ จะอยู่กับลูกอย่างไร ลูกก็ยังเล็ก คนที่ทำเรียนปอหนึ่ง คนสุดท้ายได้สองปี (S3W1)

ตอนนี้ห่วงลูก ไม่ให้ใครเอาลูกไปเพราะเป็นสายเลือดผมกับเขา จะดูแลให้ดีที่สุด พี่น้องบางคนทำไม่ได้ บางทีมาเยี่ยมแล้วก็ไปบอกลูก ลูกก็โทรมาถาม แม่ลืมตาหรือยัง หัวใจปกติไหม แม่ขยับตัวไหม ไปพูดกับเด็กมันทำไม มันกำลังจะรู้เรื่อง ผมกลัวว่าเวลาไปบ้าน บางบ้านก็จะพูดว่าน้องอ. [นามสมมุติ] ไม่มีแม่ เด็กมันจะแยเอา (S6H1)

ประสบการณ์ด้านสุขภาพร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดไม่มีบ้านพักอยู่ใกล้โรงพยาบาล ระยะทางทางเฉลี่ยจากบ้านถึงโรงพยาบาล 53.75 กิโลเมตร (5-100 กิโลเมตร) ในจำนวนนี้ 2 ราย (SP1D1; SP2S1) เดินทางจากบ้านระยะทางประมาณ 70 กิโลเมตร มาเยี่ยมผู้ป่วยในรอบเช้าและกลับบ้านหลังการเยี่ยมในช่วงเย็น ผู้ให้ข้อมูลอีก 10 ราย เฝ้าดูอาการผู้ป่วยใกล้หน่วยวิกฤตตลอดเวลา ในจำนวนนี้ 3 ราย พักค้างคืนที่ห้องเช่าใกล้โรงพยาบาล อีก 7 ราย พักค้างคืนตามพื้นที่ว่างใกล้หน่วยงาน แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อกับหน่วยวิกฤตและหน่วยงานจะมีบริการให้ครอบครัวสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยแจ้งชื่อกับหน่วยงานไว้ล่วงหน้าก็ตาม ครอบครัวยังให้ความสำคัญกับการเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและการเข้าเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากกว่าการสอบถามอาการทางโทรศัพท์ หรือให้หน่วยงานแจ้งเมื่อมีความผิดปกติ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย อาทิ ภรรยาผู้มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง (S4W2) ไม่สามารถเฝ้าดูอาการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ ต้องเช่ารถมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน บางรายมีปัญหาสุขภาพร่างกายขณะมาเฝ้าอาการผู้ป่วย (S5M1; SP5W1; SP6W2)

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ

อยู่ที่ 12 วัน กินข้าวไม่ได้ กินลงไปก็ติดคอ กลับบ้างไม่หลับบ้างกะพี (S1D1)

แบ่งไปอยู่ตามชั้นบันได นอนตรงช่องบันได คนชั้นลงก็ขอลอยนะ เกาะอยู่ใต้ตรงนั้น ก็จำเป็นต้องอยู่ ไม่มีที่อยู่ โกลก็ไม่อยากไปอยู่ ถ้ามีอะไรเรียกกันก็ไม่ทัน (SP1M1)

วันที่แกเจ็บมาก ๆ หนะ ก็ว่าแกจะไม่หาย เขาซื้ออะไรมาให้กิน ก็ไม่กิน กินไม่ได้หรอก (SP5W1)

ไม่เลย มาทุกวัน ยากล้าปาก [ค่าใช้จ่าย, ความเจ็บป่วย] ปานไหนก็จะมา (S4W2)

มาอยู่ที่นี่ด้วย ไอด้วย (S5M1)

ไม่อยากห่างเลย [อยากเข้าไปดู อยากเห็น หัวใจเต้นครั้งสุดท้าย อยากไปพูดด้วยก่อนจะหมดลมหายใจ] อดหลับอดนอนอย่างไรก็ช่าง (S6H1)

ประสบการณ์ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับสิทธิจากการประกันสุขภาพ ทำให้ไม่มีความจำเป็นในการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปรวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ค่าใช้จ่ายของผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตในโรงพยาบาล บางรายต้องใช้จ่ายเพื่อเลี้ยงดูญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยด้วย ผู้วิจัยไม่พบการปรับเปลี่ยนงานประจำ และการร้องขอเพื่อให้โรงพยาบาลให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ครอบครัวสะท้อนว่าปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจรวมถึงการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยแต่อย่างใด

มากับรถ พยาบาลก็มาส่ง ส่งมาก็ไม่รู้จะทำยังไง โทรศัพทียายก็ไม่ได้ถือ ไม่ได้อะไรมาเลย ได้แต่กระเป๋าตั้งมาแค่นั้นแหละ กระเป๋าตั้งค้ก็มีบัตรทองกับบัตรแก ก็ได้อันนั้นแหละ ดีที่มีบัตรทอง ถ้าไม่มีบัตรทองแล้วยุ่งเลย (SP6W2)

ทุกข์หลายอย่าง ทั้งญาติป่วย ทั้งเรื่องเงินเรื่องทอง ไม่มีเงินนะ เวลาญาติมาเยี่ยมก็ต้องหาข้าวหาน้ำให้เขากินหมดม้อละ 200 ม้อละ 100 (SP5W1)

เหมามาทุกวัน วันละสามร้อย สามร้อยอย่างว่า เงินทองก็ไม่มี ชายข้าวได้งานหนึ่งก็ขายได้รักษาเขาอยู่ พวกอยู่กรุงเทพฯมาเผ่าพ่อสอง สาม สี่ วัน ก็บอกแม่ว่า ไม่มีเงิน ก็กลับไปทำงาน ตอนนั้นก็มอบให้ยาย (S4W2)

ประสบการณ์ต่อการเผชิญภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวโดยรวมพบว่า สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับผลต่อจิตใจและอารมณ์มากที่สุด โดยให้น้ำหนักกับสภาพอารมณ์จิตใจและความเป็นอยู่ของสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เป็นลำดับแรก รองลงมาจะคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดโดยคำนึงถึงความสะดวก ความสุขสบายของตนเองน้อยที่สุด ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีมากกว่า 1 คน มีบทบาทในการจัดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว การประคับประคองความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อบรรเทาผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวได้สะท้อนสิ่งที่ปรากฏกับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตดังนี้ ด้านจิตใจและอารมณ์ ครอบครัวมีความกังวลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ความทุกข์ใจและสับสนกับทางเลือกในการเผชิญภาวะวิกฤต กล่าวคือผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานและกล่าวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต สอดคล้องกับการผลการศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) ที่พบว่าครอบครัวกลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต กล่าวคือผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา (Carter & Clark, 2005) และมีความวิตกกังวลเนื่องจากความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค (Davidson, 2009) คลายความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และความทุกข์มากขึ้นเมื่ออาการผู้ป่วยทรุดหนัก (Wartella, Auerbach, &

Ward, 2009) หรือเมื่อได้รับการบอกเล่าจากผู้ป่วยถึงความทุกข์ทรมาน รวมถึงสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการนั้นได้ (Hoye & Severinsson, 2010)

นอกจากนั้น ยังสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนบทบาทและการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยพบว่าครอบครัวไทยมีการบริหารจัดการเพื่อผลิตกันใช้เวลาเฝ้าดูผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใกล้หอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุดเท่าที่เวลาจะเอื้ออำนวย แม้ว่าบางครอบครัวประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันต้องยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลาเยี่ยมของหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยพบว่าครอบครัวให้ความสำคัญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และความไม่สุขสบายของตนน้อยกว่าการได้เฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของชาง (Chang, 2001) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวผลิตเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตลอดเวลาแม้ว่าจะมีความเหนื่อยล้า ความอยากอาหารลดลง และมีการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ (Carter & Clark, 2005) ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่ครอบครัวเฝ้าดูอาการผู้ป่วยเฉพาะช่วงเวลาเยี่ยม และรอรับฟังข่าวสารภาวะความเจ็บป่วยนอกเวลาเยี่ยม ณ ที่พักอาศัย (McAdam et al., 2008) ทั้งนี้เป็นเพราะครอบครัวของต่างประเทศ โดยเฉพาะในสังคมตะวันตก มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกครอบครัวมักประกอบอาชีพอยู่ห่างไกลกัน ไม่สามารถจัดสรรเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ขณะที่คุณลักษณะของครอบครัวไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น การอบรมเลี้ยงดูส่งผ่านความรัก ความผูกพัน ให้มีความเคารพ ความกตัญญู และรับฟังคำแนะนำจากผู้อาวุโสในครอบครัว (ทัศนีย์ทองประทีป, 2552) ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความ

ผูกพัน ยึดเหนี่ยวซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วย ปรองดองให้ยอมรับกับข้อจำกัด เรียนรู้ที่จะร่วมตัดสินใจเลือกการรักษา และหันหน้าเข้าหากันเพื่อร่วมกันเผชิญกับภาวะวิกฤต ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกมักจะคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของสมาชิกครอบครัวคนอื่น (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) มากกว่าผลที่จะเกิดกับตนเอง (อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล, 2543)

ผลการศึกษานี้ยังพบว่า ครอบครัวแสวงหาข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยการสอบถามกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ แต่จะไม่กล้าซักถามขอความชัดเจนของความเจ็บป่วยจากพยาบาล เนื่องจากเห็นพยาบาลเร่งรีบทำงานเกือบตลอดเวลา ทำให้เกิดความเกรงใจไม่กล้ารบกวนเวลาการดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวบางรายเท่านั้นที่สอบถามข้อมูลจากพยาบาล ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่การให้คำแนะนำขั้นตอนการดูแล แหล่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาล การช่วยประคับประคองจิตใจและอารมณ์ รวมถึงช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องไปประกอบกิจธุระต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vandall-Walker, Jensen, & Oberle (2007) ที่ครอบครัวมีความเห็นว่าพยาบาลเร่งรีบปฏิบัติงานเกือบตลอดเวลา ทำให้ไม่กล้าสอบถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจกับข้อมูลที่คลุมเคลือ สมาชิกในครอบครัวจึงเลือกรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความเข้าใจของตนเอง (Chang, 2001) ซึ่งอิติมา วทานิยเวช (2540) พบว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอในเวลาที่เหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบต่องจิตใจ และอารมณ์ได้มากที่สุด

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตควรเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และสนใจปัญหา ความต้องการของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวกล้านำเสนอสิ่งที่ต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลืออย่าง

สมเหตุผลตามสถานการณ์ที่เผชิญ นอกจากนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลต่อภาวะความเจ็บป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อคุณภาพของการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่ว่าการเจ็บป่วยนั้นอยู่ในระยะเฉียบพลันหรือเปลี่ยนผ่านเป็นการประคับประคองอาการจนถึงระยะสุดท้าย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้อย่างราบรื่น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษาค้นคว้าพบว่าครอบครัวมีการบริหารจัดการให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นร่วมรับรู้สถานการณ์เจ็บป่วยปัจจุบัน การพยากรณ์โรค การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและเลือกรูปแบบการรักษา ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ทราบสิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสะท้อนปรากฏการณ์ที่เกิดจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของบุคคลอื่นเป็นที่รักของครอบครัว เพื่อนำไปสู่รูปแบบการดูแลที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่ชัดเจน เพียงพอ และได้สื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกต้องระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะช่วยบรรเทาอุปสรรคและสร้างสมดุลสำหรับการดำเนินชีวิตในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของครอบครัวได้

เนื่องจากการศึกษานี้ครอบครัวส่วนใหญ่มีภูมิสำเนาที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล จึงจำเป็นที่ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีนโยบายจัดหาปัจจัยพื้นฐานอันประกอบด้วย ห้องน้ำ สถานที่จำหน่ายเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น สถานที่พักรอเยี่ยม รวมถึงพื้นที่สำหรับครอบครัวไว้สำหรับสนทนากันเพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวลด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิติมา วาทยานิวเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). *ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต: Critical Care Nursing*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัครสำเน).
- สุธินี วิฒนกุล. (2547). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิศา สุขตระกูล. (2544). *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรวรรณ คล้ายพยอม. (2549). การศึกษางค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. (2548). ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล. (2543). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บสมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care: Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nursing, 23*(3), 170-177.
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care, 14*(3), 202-210.
- Blanchard, D., & Alavi, C. (2008). Asymmetry in the intensive care unit: Redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nursing in Critical Care, 13*(5), 225-231.
- Carter, P. A., & Clark, A. P. (2005). Assessing and treating sleep problems in family caregivers of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse, 25*(1), 16.
- Chang, L. (2001). Family at the bedside: Strength of the Chinese family or weakness of hospital care. *Current Sociology, 49*(3), 155-173.
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse, 29*(3), 28-35.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: The family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1618-1628.
- Gries, J., C, Curtis, J. R., Wall, J. R., & Engelberg, A. R. (2008). Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest, 133*, 704-712.
- Hoye, S., & Severinsson, E. (2010). Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing, 26*, 24-32.
- McAdam, J. L., Arai, S., & Purtillo, K. A. (2008). Unrecognized contribution of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine, 34*(6), 1097-1101.
- Mitnick, S., Lefler, C., Hood, V. L., & American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. (2010). Family caregivers, patients and physicians: Ethical guidance to optimize relationships. *Journal of General Internal Medicine, 25*(3), 255-60.
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing, 21*, 16-23.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Streubert, H. L., & Carpenter, D. R. (1995). *Qualitative research in nursing: Advancing in the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott Williams & Wilkins.
- Vandall-Walker, V., Jensen, L., & Oberle, K. (2007). Nursing support for family members of critically ill adults. *Qualitative Health Research, 17*(9), 1207-1218.
- Wall, R. J. (2009). The one thing certain in the ICU is uncertainty. *Critical Care Alert, 17*(2), 9-16.
- Wartella, J. E., Auerbach, S. M., & Ward, K. R. (2009). Emotional distress, coping, and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 503-509.
- Yang, S. (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 79-86.

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ

ภาคผนวก: ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

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

*(ลำดับที่/จำนวนพี่น้องทั้งหมด)

Relatives' Experiences in Intensive Care Units: A Qualitative Study*

Pathomwadee Singdong ** M.N.S. (Adult Nursing)

Chanokporn Jitpanya *** Ph.D. (Nursing)

Abstract: The aim of this paper was to reflect experiences of family members who their loved ones were admitted in intensive care units of Ministry of Public Health hospitals in Thailand. Data were collected using a criterion sampling in General and Regional hospitals through guided question interviews (n = 12) from December 2010 to February 2011. All interviews were transcribed verbatim by coding data using the constant comparative method as proposed by descriptive phenomenology. Relatives' experiences were categorized into four themes: 1) Psychological impact including anxiety, confusion, hopeless, and fear that the patient would encounter pain and suffering or die; 2) Roles and responsibilities impact including facing difficulty in assuming roles in order to run their family, providing emotional support to other relatives in order to maintain their usual life, and planning for family future in case of patient fatality; 3) Financial resource impact including income deficit and taking loan while the patient stayed in hospitals; and 4) Physically episodes including changes in eating and sleeping patterns resulting in relative's health. Psychological impact was the most prominent theme. However, it was found that only a small number of relatives communicated with intensive care unit nurses regarding their concerns, needs, and expectations. Therefore, besides caring for critically ill patients, nurses should be encouraged to extend their care to relatives by assessing family needs and expectations in order to help each family to adapt and live their lives through this crisis.

Keywords: Critical patient family, Relatives experience, Qualitative research

*A part of thesis entitled A factor analysis of caring for families of critically ill patients admitted in intensive care units, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Professional Nurse, Intensive Care Unit 2, Sisaket Hospital

***Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, E-mail: jchanokp@hotmail.com