



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบ
ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ฉัตร ภูผาลี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

2567

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย



Factors Associated with Family Member's Confidence in Decision-Making
to Choose Palliative Care for Patients in Critical Care Units

Tanyatorn Poohpalee

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

2024

Copyright of Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัว
ผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับ
การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

นักศึกษา

นาย ธียุทธ ภูผาลี

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

ปีการศึกษา

2567

สำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย อนุมัติให้รับ
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ นະແສ
คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ นະແສ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด)

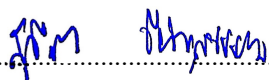
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริตสกุล)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริตสกุล)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม)

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิก ครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
นักศึกษา	นายธัญธร ภูผาลี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือญาติของผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 105 คน จากโรงพยาบาลเอกชนเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 6 ฉบับ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทุกฉบับ เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (KR-20) เท่ากับ .64 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามแบบสอบถามการได้รับข้อมูล แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนของครอบครัว แบบประเมินความมั่นใจในการตัดสินใจของครอบครัว เท่ากับ .94 .98 .98 และ .91 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 .90 .71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.27, SD = 3.10) โดยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล และการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .196$, $r = .225$,

$r = .295$, $r = .345$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติ ($r = -.024$, $p > .05$)

ผลการศึกษาเสนอแนะให้มีการพัฒนาบริการสนับสนุนครอบครัวที่ต้องตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดี การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ญาติสามารถตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมั่นใจ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ความมั่นใจในการตัดสินใจ ครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต

Thesis Title	Factors Associated with Family Member's Confidence in Decision-Making to Choose Palliative Care for Patients in Critical Care Units.
Student	Mr. Tanyatorn Poohpalee
Major Advisor	Associate Prof. Dr.Johnphajong Phengjard
Minor Advisor	Assistant Prof. Dr.Rotsukon Varitsakul
Major Program	Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Academic Year	2024

ABSTRACT

This descriptive correlation research examined the confidence of family members acting as surrogate decision-makers in choosing palliative care for relatives receiving treatment in intensive care units and its related factors, including knowledge and attitudes toward palliative care, receiving of information, perception of patient needs, and family support. The sample consisted of 105 relatives of patients, involved in decision-making for palliative care from private hospitals under the Phyathai and Paolo Hospital networks, selected according to purposive sampling. Data were collected using six questionnaires, each of which had a content validity index (CVI) 1. The reliability of the palliative care knowledge questionnaire was tested, using the Kuder-Richardson (KR-20) a value of .64. The Cronbach's alpha coefficient of the Palliative Care Knowledge Questionnaire, the Information Received Questionnaire, the Perception of Patient Needs Questionnaire, the Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Family Decision Making Self-Efficacy Scale (5-item) were .94, .98, .98, and .91, respectively. The Attitudes Toward Palliative Care Scale, including emotional, cognitive, and behavioral aspects, had Cronbach's alpha coefficients of .94, .90, and .71, respectively. Data were analyzed using Pearson correlation statistics.

The results indicated that the sample had a moderate level of confidence in decision-making for palliative care (Mean = 10.27, *SD* = 3.10), knowledge and attitudes

toward palliative care, the receipt of information, and perception of patient needs were positively correlated with the family decision making confidence, with statistically significant ($r = .196, r = .225, r = .295, r = .345, p < .05$, respectively). Conversely, family support showed no correlation with the relatives' confidence ($r = -.024, p > .05$)

The study suggests the development of support services for families making decisions regarding palliative care, enhancing knowledge and positive attitudes, providing information about patient conditions, and promoting advance care planning, so that relatives can confidently choose palliative care options for their loved ones.

Keywords: palliative care, decision-making confidence, family, critical care patient

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาและเสียสละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแส ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม ที่ได้ขอเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณอาจารย์ แพทย์หญิง พรชนิตว์ เขียวรุ่งสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เจริญกุล และพว.จิตาภา ศรีพรเทพ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ออกแนะแนะให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ทุกๆ ท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รังสิตวิจัยและนวัตกรรมเอ็กซเรย์ โรงพยาบาลพญาไท-เปาโล (CPRIA) ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนขอขอบคุณรุ่นพี่และเพื่อนร่วมรุ่นที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ และคอยให้กำลังใจกันเสมอมาตลอดการศึกษา

ขอขอบคุณสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา เพื่อน พี่ น้อง และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งที่ได้เอื้อนามก็ดี ไม่ได้เอื้อนามก็ดี ที่อยู่เคียงข้างในทุกช่วงเวลาของชีวิต ที่ได้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ท้ายนี้ขอมอบคุณความดีและประโยชน์ทั้งหลายอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นความกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
รายการตาราง.....	ณ
รายการภาพประกอบ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
สมมุติฐานการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
การดูแลแบบประคับประคอง.....	15
ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง.....	15
สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคอง.....	16
การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย.....	17
หลักการดูแลแบบประคับประคอง.....	18
การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	26
การจำแนกประเภทผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	30
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	31
บทบาทญาติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	34
การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง.....	35
แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy theory).....	35
บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง.....	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความมั่นใจของญาติในการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง.....	40
ผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง.....	43
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแล แบบประคับประคอง.....	43
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง.....	44
การได้รับข้อมูล.....	47
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง.....	51
การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย.....	55
การสนับสนุนของครอบครัว.....	58
บทสรุป.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
รูปแบบการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	75
ผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	92
เอกสารอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก.....	107
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	108

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ค เอกสารการอนุญาตใช้เครื่องมือ.....	124
ง เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	130
จ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยจากแหล่งเก็บข้อมูล.....	137
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	139
ช ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	150

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ป่วย.....	76
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....	79
3 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนเฉลี่ย ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง.....	81
4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย.....	82
5 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	109
6 ระดับมาตรวัดตัวแปร.....	142
7 Test of Normality ทดสอบโดยใช้ค่า Skewness และ Kurtosis.....	143

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.....	108
3 ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	145
4 ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการได้รับข้อมูลกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	146
5 ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	147
6 ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	148
7 ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	149

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าประชากรในประเทศไทยและทั่วโลกมีแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังและไม่เรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยสถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยจากการศึกษาโดยเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองแห่งประเทศไทย ที่ศึกษาในรูปแบบ point prevalence ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จำนวน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 5,763 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.7 (จำนวน 1,079 ราย) โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวนร้อยละ 55.6 และผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนร้อยละ 44.4 และพบว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนร้อยละ 45 ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้มีเพียงร้อยละ 17.3 เท่านั้นที่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองจากผู้เชี่ยวชาญ (Pairojkul et al., 2021)

สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองทั่วโลกพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยระยะท้ายประมาณ 40 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 39 รองลงมาคือ โรคมะเร็งร้อยละ 34 (World Health Organization [WHO], 2020) จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการแพร่ระบาดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ.2562 โดยมีตัวเลขผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น จำนวน 29,681 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอาการรุนแรงเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2565) การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตหากการเจ็บป่วยนั้นเข้าสู่ระยะท้ายและผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะดีขึ้น ควรต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากการรักษาที่ยื้อชีวิตมาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายที่ดี โดยควบคุมอาการทางกาย ความปวด ความทุกข์ทรมาน การดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วย ให้สามารถยอมรับต่อการเจ็บป่วยและการสูญเสียได้ (กรมการแพทย์, 2559; WHO, 2020)

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่สามารถสื่อสารกับญาติหรือตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาได้เอง ในกรณีที่ญาติไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะท้ายได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะยังคงได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไปจนกระทั่งเสียชีวิต (วราภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2555) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพของมอส และคณะ (Moss et al., 2019) ที่ศึกษาประสบการณ์ตัดสินใจในญาติผู้ป่วยวิกฤตเรื้อรังที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะมีความรู้สึกยากลำบาก

สับสน และเครียด ซึ่งการที่จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการรักษาให้แก่ผู้ป่วยนั้นมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ คือ 1) การสื่อสารที่ดีช่วยในการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาและการสนับสนุนจากแพทย์และพยาบาล การได้พูดคุยปรึกษากับคนในครอบครัวและทำตามความต้องการของผู้ป่วย 2) การใช้ประสบการณ์ในอดีตช่วยให้เกิดการเรียนรู้และนำมาใช้ในการตัดสินใจและ 3) การสนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตั้งนั้นการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากสำหรับญาติผู้ตัดสินใจแทน

การศึกษาของ ลาตีเฟห์ เจ๊ะเลาะ และคณะ (2562) พบว่าญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะมีความต้องการสอบถามบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมากที่สุด ($M = 3.28, SD = 1.06$) ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย ($M = 3.94, SD = .06$) รวมทั้งในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วยนี้ ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะพิจารณาอีกว่าแผนการรักษาที่ได้เลือกให้ผู้ป่วยนั้นจะเป็นแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับความสะดวกสบาย ความสงบมากที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ฟิลิซฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ, 2560) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจนั้นต้องเป็นสิ่งที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวเห็นชอบร่วมกัน จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้ายโดย มัลคาฮี และคณะ (Mulcahy et al., 2022) พบว่า ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเลือกการรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยซึ่งขัดแย้งกับความต้องการของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่แล้วจะเลือกการรักษาที่ไม่ยื้อชีวิตและเป็นการรักษาเพื่อให้ตนเองเจ็บปวดและทุกข์ทรมานน้อยที่สุด จากการศึกษาวิจัยพบอีกว่าญาติของผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ญาติใช้ความความคิดเห็นของตนเองในการตัดสินใจมากกว่าความต้องการของผู้ป่วย แต่ความสอดคล้องของการตัดสินใจของญาติและผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อมีเงื่อนไข 3 ข้อดังนี้ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและทางเลือกการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย 2) เมื่อญาติรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย 3) มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ซึ่งหากญาติต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมักจะต้องพบกับความยากลำบาก ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับการตัดสินใจของตนเอง ดังนั้นการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นเรื่องยาก มีความซับซ้อนและท้าทายรวมทั้งในการตัดสินใจครั้งนี้เป็นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นบนสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย มีความคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นและความตายของบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยต้องตกอยู่ในภาวะกดดัน เกิดความเครียด ความทุกข์ และความวิตกกังวล ในสถานการณ์นี้ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจึงไม่ทราบว่าจะตัดสินใจอย่างไรดี และต้องทำอะไรต่อไป (ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน และคณะ 2563)

การทบทวนวรรณกรรมการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย มีการศึกษาของ ปวันนุช กลิ่นมาลี และคณะ (2559) พบว่าความต้องการของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจ

เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ญาติต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการในปัจจุบันของผู้ป่วยมากที่สุดถึงร้อยละ 94.2 ต้องการทราบแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันร้อยละ 74.2 และต้องการทราบเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 70 โดยญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่เป็นสามีจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจมากกว่าภรรยาแต่กลับพบว่าในกรณีเดียวกันนั้นภรรยาที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกแนวทางแผนการรักษาที่มีความเที่ยงตรงมากกว่าสามี ในการศึกษาของ ซอง และคณะ (Song et al., 2012) พบว่า ความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการที่ญาติของผู้ป่วยได้ซักถามบุคลากรสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประโยชน์หรือความเสี่ยงของการรักษาทางการแพทย์ในแต่ละทางเลือก ($M = 3.47, SD = .88$) รองลงมาคือ การที่ได้สื่อสารกับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้าย ($M = 3.38, SD = .95$) และในการศึกษาคั้งนี้พบว่าญาติของผู้ป่วยนั้นมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายอยู่ในระดับสูง ($M = 3.23, SD = .82$)

ความมั่นใจในการตัดสินใจนั้นเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) โดยบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นๆ และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายมาก ($r = 0.27, p < .01$) การตอบสนองด้านอารมณ์ ($r = -.26, p < .01$) กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.20, p = 0.17$) การรับรู้ผลกระทบของโรค ($r = -.39, p < 0.01$) และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เผชิญอยู่ ($r = -.27, p < .01$) (Bonsaksen et al., 2012) การศึกษาของ ดิออน-โอดอม และคณะ (Dionne-Odom et al., 2018) เป็นการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ญาติของผู้ป่วยแม้ว่าจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองก็ยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.12, p = .049$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง คือ 1. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 2. การได้รับข้อมูล 3. ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 4. การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและ 5. การสนับสนุนของครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองพบการศึกษาของ เวสต์ และคณะ (West et al., 2021) เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลและสถานที่ดูแลและเสียชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบปัจจัยที่มีความสำคัญในการตัดสินใจเลือกการรักษาของญาติผู้ป่วย ได้แก่ 1) ระดับการศึกษา 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 3) การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ 4) ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ในการศึกษาของอุลลริช และคณะ (Ullrich et al., 2021) เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการใช้บริการระหว่างการดูแลแบบประคับประคองของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความต้องการของญาติในการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ($\beta = -.144, p = 0.037$) โดยญาติที่มีรับรู้เกี่ยวกับผลดีของการดูแลแบบประคับประคองน้อยจะมีความต้องการการสนับสนุนมาก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ โดเชอร์ตี และคณะ (Docherty et al., 2008) ศึกษาความต้องการความรู้และข้อมูลของญาติที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้ผู้ป่วย

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะท้ายอาการของผู้ป่วย และแผนการรักษาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นโดย ทานากะ และคณะ (Tanaka et al., 2021) พบว่าปัจจัยที่ญาติผู้ป่วยใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ได้แก่ 1) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 91.1 2) ปัจจัยด้านความพึงพอใจของผู้ตัดสินใจ ร้อยละ 89.3 3) ปัจจัยด้านการฟื้นกลับมาเป็นปกติของผู้ป่วย ร้อยละ 88.5 และ 4) ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น คำแนะนำจากครอบครัว ร้อยละ 42.8 คำแนะนำจากแพทย์ ร้อยละ 30.7 เป็นต้น มีการศึกษาเชิงคุณภาพในญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยโดยเฉพาะการได้รับข้อมูลเรื่องโรค ความรุนแรง และการรักษา ญาติผู้ป่วยที่มีความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้จะมีความยากลำบากในการตัดสินใจ (Moss et al., 2019) การศึกษาของอุลลริช และคณะ (Ullrich et al., 2021) ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่าญาติต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ($\beta = 0.150, p = 0.033$) ความพึงพอใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ($\beta = 0.580, p < 0.001$) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะร่วมกันทำนายได้ว่าสามารถส่งผลให้ญาติมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ และ พิน่า เอ็สคูเดโร และคณะ (Piña-Escudero et al., 2019) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงภาวะโรคของผู้ป่วย ($\beta = 0.268, p = 0.001$) จะทำนายได้ว่าญาติของผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา การศึกษาของดิออน-โอดอม และ

คณะ (Dionne-Odom et al., 2018) พบว่า แม้ญาติของผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองแล้ว แต่ยังคงแสดงออกถึงความไม่มั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ($\beta = -.12, p = .049$)

การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบการศึกษาของชาร์ และคณะ (Shah et al., 2020) สํารวจความรู้และทัศนคติต่อการดูแลแบบประคับประคองในญาติของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศปากีสถานพบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสูง ($F = 4.13; df = 2247; p = 0.017$) ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.8 มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองน้อยและมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ญาติมีความรู้สึกไม่ดีหากเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การศึกษาของอิสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ในบุคลากรสุขภาพ พบว่า ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ($r = 0.43, p = .00$)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย พบว่ามีการศึกษาของสุปรีดา มั่นคง และคณะ (2559) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายจะช่วยให้ญาติลดความวิตกกังวลและความเครียดที่ตนนั้นได้เลือกแผนการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยและการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยนี้จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะไม่มีคามทุกข์ทรมาน จากการศึกษาของจिरพันธ์และปีตานุงศ์ (Jiraphan & Pitanupong, 2022) พบว่า ความต้องการในการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความปรารถนาและอาการของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 93.8 การศึกษาของพิน่า เอ็สคูเดโร (Piña-Escudero et al., 2019) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า การที่ผู้ป่วยบอกความต้องการของตนเองเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายแก่ญาติจะสามารถร่วมกันทำนายกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = -.230, p = .014$) โดยญาติของผู้ป่วยที่รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ ซึ่งการตัดสินใจนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะท้ายที่มีคุณภาพมากที่สุด และจากการศึกษาของ มัลคาฮี และคณะ (Mulcahy et al., 2022) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ญาติของผู้ป่วยต้องการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย

ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนของครอบครัว มีความสำคัญกับญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วย โดยจะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดลงได้ โดยความต้องการของญาติผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ใกล้ๆผู้ป่วยในช่วงระยะ

สุดท้าย ร้อยละ 98.2 ความต้องการให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน ร้อยละ 96.8 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 96.3 ความต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย และอาการของผู้ป่วย ร้อยละ 93.8 (Jiraphan & Pitanupong, 2022)

การศึกษาของ ไอเวอร์สัน และคณะ (Iverson et al., 2014) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ทำหน้าที่ตัดสลิใจแทนผู้ป่วยที่ประสบกับภาวะวิกฤตพบว่า การสนับสนุนของครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดของผู้ทำหน้าที่ตัดสลิใจแทนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้ทำหน้าที่ตัดสลิใจแทนผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าระดับความเครียดจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.25, p < .05$) การศึกษาของอุลริช และ คณะ (Ullrich et al., 2021) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถทำนายได้ว่าญาติของผู้ป่วยจะเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ($\beta = -.168, p = 0.017$)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยในระยะท้ายในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย แต่พบว่ามีส่วนใหญ่นั้นเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศและเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพรวมทั้งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยพบว่าไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับการรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและบริบทการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม เครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล โดยส่วนใหญ่แล้วจะดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตตั้งแต่ระยะแรกจนวาระสุดท้ายของชีวิตแม้ว่าผู้ป่วยจะเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเองหรือการตัดสินใจแทนจากญาติผู้ป่วยก็ตาม ซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งด้านระบบการดูแล การสนับสนุนครอบครัว สถานที่ในการดูแลผู้ป่วย และด้านทรัพยากร ส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายและเลือกการดูแลแบบประคับประคองยังคงได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งเสียชีวิต

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นใจของญาติในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจของญาติในการเลือกแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยในระยะท้ายได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับใด
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. คะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. คะแนนเฉลี่ยทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
4. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

5. คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีของ แบนดูรา (Bandura, 1997) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แนวคิดของอัลเบิร์ต แบนดูรา เชื่อว่าบุคคลนั้นสามารถกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ด้วยความสามารถของตนเองโดยการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกันและในแต่ละบุคคลยังมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้นจะต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล (behavior personal factor) 2) ปัจจัยด้านเงื่อนไขพฤติกรรม (behavior condition) และ 3) ปัจจัยด้านเงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (environment condition) โดยทั้ง 3 ปัจจัย มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมอย่างเท่าเทียมกันและมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน แต่ทั้ง 3 ปัจจัย นั้นก็ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน เพียงแต่จะมีสถานการณ์หรือเวลาในการกำหนดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมีผลต่อปัจจัยอื่นๆ สุดท้ายแล้วจะส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในที่นี้คือความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย

ดังนั้นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายของตนตามที่กำหนดไว้จะต้องอาศัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม (Bandura et al., 1997) สอดคล้องกับความมั่นใจของญาติผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองนั้น ญาติของผู้ป่วยจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่มีความเกี่ยวข้องกับ 3 ปัจจัยเช่นกัน ดังนั้นสิ่งที่กำหนดความมั่นใจในการตัดสินใจ จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในภาวะการณ่นั้นๆ โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจเลือกการดูแลที่เหมาะสมได้นั้นต้องเกิดจากการรับรู้และมั่นใจว่าตนเองสามารถเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกการดูแลที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง 3 ปัจจัยดังนี้

ปัจจัยด้านตัวบุคคล (behavior personal factor) ได้แก่ ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยนั้นมีเพียงการศึกษาของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2561) ในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ของ อีสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศนั้นพบว่ามีการศึกษาของ เวสต์ และคณะ (West et al., 2021) เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาของ ซาห์ และคณะ (Shah et al., 2020) ศึกษาความรู้ต่อแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย การศึกษาของชาเวร์ส และคณะ (Chaves et al., 2021) ที่ศึกษาความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ปัจจัยการได้รับข้อมูล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยนั้นเป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยเป็นการศึกษาของ ปริญา แร่ทอง (2559) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต ความต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ส่วนการศึกษาในต่างประเทศนั้นพบว่ามี การศึกษาเชิงคุณภาพของ มอร์ส และคณะ (Moss et al., 2019) ที่ทำการศึกษากาวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคร้ายแรงและเรื้อรัง การศึกษาของ พิน่า เอ็สคูโร และคณะ (Piña-Escudero et al., 2019) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาของ อีสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ศึกษาความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มของญาติผู้ป่วย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาของ ยูส์ว และคณะ (Yoo et al., 2018) ศึกษาทัศนคติต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยในประเทศเกาหลี

ปัจจัยเงื่อนไขพฤติกรรม (behavior condition) ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามี การศึกษาของ สุปรีดา มั่นคง และคณะ (2559) พบว่า การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยนี้จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะไม่มี ความทุกข์ทรมาน การศึกษาในต่างประเทศนั้นพบว่ามี การศึกษาของ พิน่า เอ็สคูโร และคณะ (Piña-Escudero et al., 2019) พบว่า การที่ผู้ป่วยบอกความต้องการของตนเองเกี่ยวกับการดูแลในระยยะท้ายแก่ญาติจะสามารถร่วมกันทำนายกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติในการตัดสินใจการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = -.230, p = .014$) โดยญาติของผู้ป่วยที่รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และการศึกษาของ มัลคาฮี และคณะ (Mulcahy et al., 2022) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ

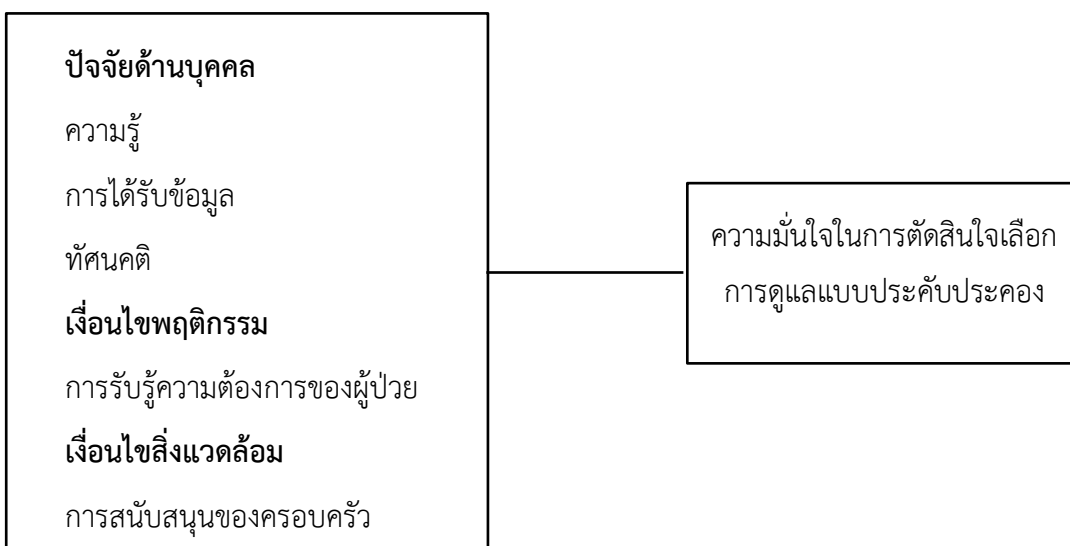
การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ญาติของผู้ป่วยต้องการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย

ปัจจัยเงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (environment condition) ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสำคัญกับญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วย การศึกษาของไอเวอร์สัน และคณะ (Iverson et al., 2014) พบว่าการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา ข้อมูลอาการผู้ป่วยและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา และจากการศึกษาของอุลริช และคณะ (Ullrich et al., 2021) ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถทำนายได้ว่าญาติของผู้ป่วยจะเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ($\beta = -.168, p = 0.017$)

โดยสรุปแล้วองค์ประกอบทั้ง 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล (behavior personal factor) ได้แก่ ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และปัจจัยการได้รับข้อมูล 2) ปัจจัยเงื่อนไขพฤติกรรม (behavior condition) ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย 3) ปัจจัยเงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (environment condition) ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยที่กล่าวมานั้นจะส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยที่มีหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย โดยการที่แต่ละปัจจัยมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงรวมจะส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในที่นี้คือความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองทรمانน้อยที่สุด ซึ่งสามารถเขียนแผนผังได้ดังภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ

นิยามตัวแปร

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ความหมาย เป้าหมายการดูแล วิธีการดูแลรักษา แนวทางการดูแลรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ระยะท้าย ซึ่งเป็นการดูแลที่ญาติของตนจะได้รับหากตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากค่านิยามและหลักการดูแลแบบประคับประคองที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก

การได้รับข้อมูล หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจ หรือการได้รับฟังข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับ การพยากรณ์โรค แผนการรักษา อาการของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วย จากทีมบุคลากรสุขภาพ ประเมินโดยแบบสอบถามการได้รับข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อหรือความคิดเห็นที่สมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีต่อการดูแลแบบประคับประคอง อาจเป็นทั้งด้านที่ดีหรือด้านลบก็ได้ ประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ของ แพรรี่ และคณะ (Perry et al., 2020)

การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย โดยยอมรับและเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาและต้องการ การยอมรับนี้เกิดขึ้นจากการบอกกล่าวล่วงหน้าหรือจากการมองย้อนกลับไปยังสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือเคยทำในอดีต ประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย ของ พิมพ์พนิต ภาศรี (2557)

การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านร่างกาย การช่วยเหลือหรือเป็นผู้ให้คำปรึกษารับฟัง ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) พัฒนาโดย วงศ์ปการันย์ และคณะ (Wongpakaran et al., 2011)

ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย รับรู้และยอมรับความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้และเข้าใจในแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ สามารถวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ในการตัดสินใจเลือกการดูแล

แบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยได้ และมีความมั่นใจว่าการตัดสินใจในครั้งนี้จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและสมาชิกอื่นในครอบครัว ประเมินโดยแบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจของครอบครัวพัฒนาโดยซอง และคณะ (Song et al., 2012)

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการใช้ชีวิต โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายของโรคและเป็นผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลให้ครอบคลุมในทุกด้านแบบองค์รวม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตโดยมีเป้าหมายสูงสุดของการดูแลคือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยอย่างสูงสุด และยังคงคำนึงถึงการดูแลญาติของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วยได้อย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจสูงสุดที่จะปฏิบัติสิ่งนั้นให้แก่ผู้ป่วยและในท้ายที่สุดญาติจะสามารถเผชิญต่อการสูญเสียผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

สมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวให้มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยระยะท้ายที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย หรือเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยผู้ตัดสินใจจะทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ตัดสินใจแทนในที่นี้อาจเป็น สามีภรรยา คู่ชีวิต บุตร หรือญาติผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกันทางสายเลือด มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย ประเพณีวัฒนธรรม บุคคลที่ไว้วางใจ ในงานวิจัยนี้แต่ละครอบครัวสามารถมีได้ไม่เกิน 2 บุคคล

การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ผลของการกระทำหรือการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดจากหลายทางเลือกจนเหลือเพียงทางเลือกเดียว โดยทางเลือกนี้เกิดผลประโยชน์ทางบวกต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด โดยการเลือกการดูแลแบบประคับประคองนี้ญาติของผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ

การเจ็บป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือ ผู้ป่วยนั้นไม่มีการตอบสนองต่อแผนการรักษาด้วยวิธีใดเลย ซึ่งการรักษาให้หายขาดไม่สามารถทำได้เลย ผู้ป่วยจะดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายและเสียชีวิตได้ในท้ายที่สุด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เคอรี่ โรงพยาบาลพญาไทและเปาโล ที่รักษาผู้ป่วยประกันสังคม จำนวน 105 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง เดือน สิงหาคม 2567

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัว
2. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลที่จะพัฒนาการบริการการสนับสนุนญาติผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย อย่างมีความมั่นใจ และอาจช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ของญาติในระหว่างการเป็นผู้ตัดสินใจ รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.1 ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.2 สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.3 การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย
 - 1.4 หลักการดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.5 การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.6 การจำแนกประเภทของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.8 บทบาทญาติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.1 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
 - 2.2 บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.3 ความมั่นใจของญาติในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.4 ผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
 - 3.2 การได้รับข้อมูล
 - 3.3 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
 - 3.4 การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย
 - 3.5 การสนับสนุนของครอบครัว
4. บทสรุป

การดูแลแบบประคับประคอง

ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึง รูปแบบการดูแล สุขภาพในผู้ที่ทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและไม่มีหนทางในการรักษาให้หายขาดได้ โดยมี เป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ จะทำได้ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด อาการทุกข์ทรมาน ด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลญาติของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้ โดยการให้คำนิยามขององค์การอนามัยโลกได้มีการนิยามให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นจึงแบ่งการนิยาม หลักออกเป็น 4 ประการหลักดังนี้

ประการที่ 1 การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังและ ภาวะคุกคามถึงชีวิตหรือภาวะจำกัด โดยการดูแลแบบประคับประคองนี้ถือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่กำลังป่วยด้วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยทั่วโลกให้การยอมรับว่าการได้รับการ ดูแลแบบประคับตั้งแต่วินิจฉัยจะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยอย่างสูงสุด

ประการที่ 2 ไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาหรือการพยากรณ์โรคที่จะได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง การดูแลแบบประคับประคองสามารถเป็นการดูแลแบบกว้างๆ ไม่ได้ถูกจำกัดเพียง ด้านของเวลา การพยากรณ์โรคหรือการวินิจฉัยโรค

ประการที่ 3 การดูแลแบบประคับประคองมีความจำเป็นกับการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ การดูแล แบบประคับประคองนั้นไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นแต่เป็นการดูแลผู้ป่วยในทุกระดับของผู้ ให้บริการ โดยมีการแบ่งระดับของผู้ให้บริการออกเป็น 3 ระดับคือ 1) ผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการ อบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) ผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มี ความรู้และสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองได้ในระดับต้น และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่มี ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ประการที่ 4 การดูแลแบบประคับประคองไม่ได้มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ในการดูแล โดยการ ดูแลแบบประคับประคองนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ ไม่ว่าจะเป็นบ้านของผู้ป่วย สถานดูแลผู้ป่วย และ โรงพยาบาล

ดังนั้นในคำจำกัดความการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก จึงเป็นการให้ นิยามการดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่ม และไม่มีข้อจำกัดว่าผู้ป่วยนั้นจะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร เจ็บป่วย มานานมากน้อยเพียงใด ไม่จำกัดด้วยว่าสถานที่ดูแลนั้นเป็นที่ใด การดูแลแบบประคับประคองมุ่งให้ผู้ ที่เจ็บป่วยและทุกข์ทรมานได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต นอกจากนี้แล้วการดูแล

แบบประคับประคองยังรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้รับรู้ข่าวสาร อาการ หรือแม้กระทั่ง เพื่อให้ญาติได้รับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วย และปรับตัวกับการสูญเสียผู้ป่วยได้ (WHO, 2020)

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มที่กำลังประสบกับโรคร้ายแรง โรคเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการใช้ชีวิต โดยการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงแต่มุ่งเน้นไปที่การดูแลด้านความเจ็บปวด การควบคุมและการจัดการอาการเท่านั้น แต่ยังตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดเวลาที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วย (Ferrell & Coyle, 2001)

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ ทางกาย ทางจิตใจ ทางอารมณ์ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

โดยสรุปการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ถูกคุกคามด้วยโรคร้ายแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการใช้ชีวิต โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายของโรคและเป็นผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลให้ครอบคลุมในทุกด้านแบบองค์รวม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตโดยมีเป้าหมายสูงสุดของการดูแลคือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายและจากไปอย่างสงบ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยอย่างสูงสุดเช่นกัน อีกทั้งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้ยังคำนึงถึงการดูแลญาติของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วยได้อย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจสูงสุดที่จะปฏิบัติสิ่งนั้นให้แก่ผู้ป่วยและในท้ายที่สุดญาติจะสามารถเผชิญต่อการสูญเสียผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

สถานการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลก จากการเก็บรวบรวมข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ประมาณการไว้ว่า ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายจำนวน 40 ล้านคนทั่วโลก โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 78 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของการรักษาที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง

ซึ่งระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศเหล่านั้นสามารถเข้าถึงได้ยากและมีข้อจำกัดที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองหลายด้าน (WHO, 2020) โดยในปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายทั่วโลกในแต่ละปีเพิ่มขึ้นเป็น 56.8 ล้านคน รวมทั้งมีการรายงานเพิ่มเติมอีกว่ามีผู้ป่วยจำนวนกว่า 25.7 ล้านคน ที่มีชีวิตอยู่ในช่วงระยะปีสุดท้ายของชีวิตซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2020)

ในจำนวนผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวนร้อยละ 40 รองลงมาเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 50-69 ปี ร้อยละ 27.1 และเป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20-49 ปี ร้อยละ 25.9 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 22.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 14.4 และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 12.2 ตามลำดับ (Connor, 2014)

จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี พ.ศ.2555 มีจำนวน 98.5 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 110 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2558 ขณะที่โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3.7 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 เป็น 48.7 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงเพิ่มมากขึ้นซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความจำเป็นและความต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทย มีการศึกษาโดยเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองแห่งประเทศไทยที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จำนวน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ พบว่ามีผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 18.7 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร้อยละ 55.6 และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 44.4 ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้มีเพียงร้อยละ 17.3 เท่านั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (Pairojkul et al., 2021)

การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยนั้นเริ่มมีการพัฒนาและดำเนินการขึ้นตั้งตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2533 ซึ่งในช่วงแรกของการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองเป็นไปด้วยความล่าช้า แต่ในระยะหลังมานี้มีการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องซึ่งได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐโดยการผลักดันของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2558 สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้แต่งตั้งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจากทั้งภาคคลินิกและวิชาการขึ้น เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อีกทั้งยังมีการพัฒนาหลักสูตรการ

ฝึกอบรมสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองขึ้น และในปีเดียวกันนี้สภาการพยาบาลได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ใหญ่และเด็กและคู่มือการพัฒนาทักษะในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพยาบาลขึ้นอีกด้วย (Nilmanat, 2016)

การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย จากข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ให้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลรักษาในทุกช่วงชีวิต ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 67 ปี พ.ศ. 2557 (WHO, 2020) ทำให้มีการตื่นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ครั้งที่ 15 ได้ประกาศนโยบายว่า การดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการแบบไร้รอยต่อเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต โดยให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นระบบ สนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญเกี่ยวกับการบริหารจัดการแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต การพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข การพัฒนาสถานบริการ และการส่งเสริมการเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

หลักการดูแลแบบประคับประคอง

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยหลักคือทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโดยอาศัยหลักการ การพยาบาลแบบองค์รวมในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยนอกจากจะให้การพยาบาลที่เป็นองค์รวมแก่ผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังยึดหลักการที่ว่าพยาบาลคือศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย แพทย์ และญาติของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองนั้นได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดและสมศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ (จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร, 2555) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยนั้นจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมและต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วย ยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (เกษร เกตุชู และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เวชประสิทธิ์ และพระสุทธิสารเมธี (2564) พบว่าการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยนั้นพยาบาลจะต้องมีการใช้ หลักพรหมวิหาร 4 สังคหวัตถุ 4 และหลักไตรลักษณ์ มาเป็น

แนวทางให้พยาบาลได้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในมิติทางกายและมิติทางใจเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วย

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสามารถลดอาการที่ไม่สุขสบายลงและเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ (Tanaka, Bito, et al., 2021) รวมทั้งในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายที่รับได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต นั้นเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยี การทำหัตถการต่างๆ ดังนั้นแล้วในการดูแลผู้ป่วยนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้เช่นกัน ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลที่สงบและลดการรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้วาระสุดท้ายของชีวิตนี้อย่างสงบ (Metaxa et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลแบบประคับประคองมีแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันและเป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยสรุปหลักการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองนั้นยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนี้

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย แนวคิดการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยถือเป็นแนวคิดแรกๆ ที่มีความสำคัญ เนื่องจากการเจ็บป่วยระยะท้ายผู้ป่วยทุกซ์ทรมาณกับอาการรบกวนต่างๆ พบว่าอาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูงในการช่วยพยุงชีวิตของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความเจ็บปวดและทุกซ์ทรมาณขึ้นได้ (ฉวีวรรณ ชงชัย และสมจิต หนูเจริญกุล, 2556) ดังนั้นในปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความหลากหลาย มีการคิดค้นเทคนิคการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายอย่างสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกซ์ทรมาณจากความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (จินตนา อาตจสันเทียะ, 2556) จากการศึกษาของ ฤชุตตา โมเหล็ก และคณะ (2558) พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่ทุกซ์ทรมาณจากอาการปวด ($p = .000$) อาการหอบ ($p = .000$) อาการเหนื่อยล้า ($p = .000$) อาการคลื่นไส้ อาเจียน ($p = .004$) อาการไม่ยอมอาหารลดลงได้ ($p = .001$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รวมทั้งในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้ยังส่งผลต่อความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย เนื่องจากญาติของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์ และสหวิทย์ จันทรมณี (Pitanupong & Janmanee, 2022) ที่ทำการศึกษาคำความต้องการ การดูแลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ของประเทศไทยแบบสำรวจภาคตัดขวางตามโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าญาติของผู้ป่วยมีความต้องการให้ผู้ป่วย

ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและการบรรเทาภาวะหอบเหนื่อยสูงถึง ร้อยละ 96.8 และ ญาติของผู้ป่วยยังมีความต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความต้องการและอาการของป่วยสูงถึง ร้อยละ 93.8

ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านร่างกายแบบประคับประคองนั้นนอกจากพยาบาลจะต้องมีความใส่ใจพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงตามความต้องการของผู้ป่วยที่เคยบอกกล่าวไว้หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกกล่าวไว้แต่ผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและไม่สามารถรักษาให้หายได้ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องตระหนักถึงความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน จากแผนการรักษาหรือจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้มักบอกกล่าวว่าจะไม่ ยากให้ตนทุกข์ทรมานเช่นนั้น ซ้ำยังเป็นการสิ้นเปลืองและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยเหล่านั้นเพียงต้องการความสงบของช่วงชีวิตสุดท้าย (ปนัดดา สุวรรณ และคณะ, 2560)

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วย การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในด้านนี้ได้อย่างสูงสุด โดย เอียน และคณะ (Hien et al., 2017) ได้ทำการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในประเทศเวียดนาม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวของผู้ป่วยเองมากที่สุด ($M = 26.17, SD = 3.10$) สืบเนื่องมาจากในสังคมของชาว เวียดนามให้ความสำคัญกับความกตัญญู ความผูกพัน ของสมาชิกในครอบครัว โดยในการศึกษานี้ยัง พบอีกว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบ ประคับประคอง ($r = -.307, p < .05$) ญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย จะมีความต้องการใช้เวลา ที่เหลืออยู่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเต็มที่ภายหลังได้มีการตัดสินใจเลือกแนวทางแผนการ รักษาให้แก่ผู้ป่วยแล้ว แต่ในบางกรณียังพบปัญหาว่าการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในด้านเวลา สถานที่เข้าเยี่ยม ที่ในแต่ละโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยแต่ละแห่งอาจมีข้อกำหนดในการเข้าเยี่ยมอย่าง เข้มงวด (ปริญญา แร่ทอง, 2559) ดังนั้นในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการเปิดโอกาสให้ญาติของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม และเปิดโอกาสให้ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวาระสุดท้ายมากขึ้น ทั้งนี้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากทีม สุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ได้ใช้ช่วงเวลาในวาระสุดท้ายของชีวิตร่วมกันได้ อย่างมีความสุข

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการด้านจิตใจและของผู้ป่วยนั้นเป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายและได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตบางส่วนอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ใกล้ชิดมีการทำหัตถการหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบ่อยครั้ง การใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ขั้นสูงหรือในบางกรณีผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับยาระงับปวด ยานอนหลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีการจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวล สับสน (วิจิตรรา กุสุมภ์ และสุนันทา ครองยุทธ, 2563)

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงบไม่วิตกกังวล ดูแลให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของตนเอง การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณนี้พยาบาลสามารถใช้เทคนิค การนวด การสัมผัส ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายลดอัตราการเต้นของหัวใจ เกิดความอบอุ่นทางด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ไม่มีความทุกข์ทางด้านจิตใจ อีกทั้งในการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้ ญาติผู้ป่วยก็มีบทบาทในการช่วยสนับสนุนพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน โดยอาจจัดเตรียมสิ่งของ เพลง หรือสิ่งที่ผู้ป่วยชอบไว้ให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยพยาบาลในการเป็นศูนย์กลางในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ญาติเตรียมการไว้ให้ผู้ป่วย หรือในบางกรณีพยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกันในวาระสุดท้าย (จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร, 2555)

ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมนี้จะเป็นการเตรียมให้ทั้งผู้ป่วยและญาติจัดการกับสิ่งที่ค้างคาในจิตใจของตน ปลงใจและทำจิตให้นิ่ง ให้ทั้งผู้ป่วยและญาติพร้อมที่เผชิญกับการสูญเสียและคิดว่าการสูญเสียนั้นเป็นเรื่องธรรมชาติมนุษย์ทุกคนต้องมีการจากลา การเตรียมความพร้อมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในขณะที่ทำได้ในระยะเวลาที่เหลืออยู่จนวาระสุดท้าย (จินตนา อาจสันเทียะ, 2556)

การดูแลเพื่อการตอบสนองผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณนั้นพยาบาลต้องมีสมรรถนะ ทักษะ มีความเอาใจใส่ผู้ป่วย และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณเพื่อให้การดูแลนั้นตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด (Azarsa et al., 2015; Gijsberts et al., 2019)

การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการดูแลแบบประคับประคองนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสามารถจำแนกออกตามความต้องการหลัก 3 ประการดังนี้

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ญาติของผู้ป่วยจะมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น ในการได้รับข้อมูลนั้น สิ่งที่ญาติของผู้ป่วยต้องการมีทั้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วย จากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งญาติของผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยมีความต้องการให้มีการตอบคำถามที่ตรงกับความจริง การมีผู้ให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆ ของผู้ป่วยจะส่งผลให้

ญาติของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยคลายความสงสัย ความกังวลใจ ความทุกข์ใจ ลงได้ จากการศึกษาที่เกี่ยวกับความต้องการ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย พบว่า ความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งข้อมูลด้านแผนการรักษา ข้อมูลการพยากรณ์โรค ข้อมูลด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมาก ($M = 3.29$, $SD = 1.71$) การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนั้นจะสามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ญาติของผู้ป่วยได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ปลอดภัย สุขสบาย ทุกข์ทรมานน้อยที่สุด (ทองเปลว ชมจันทร์ และปาริชาติ ลิ้มเจริญ, 2562)

การศึกษาความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยหนักพบว่า ญาติของผู้ป่วยนั้นมีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยสูงถึง ร้อยละ 95.6 จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า อายุและระดับของการศึกษาของญาติผู้ป่วยที่แตกต่างกันญาติจะมีความต้องการทราบข้อมูลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.71$, $F = 3.85$, $p < .05$) โดยในญาติของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและมีระดับการศึกษาที่สูงจะมีความต้องการทราบข้อมูลสูง ซึ่งญาติของผู้ป่วยเหล่านี้จะสามารถหาความรู้ได้ดีกว่าญาติที่มีอายุมากและระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นแล้ว บุคลากรทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างมากในการสื่อสารให้กับญาติของผู้ป่วยให้ได้รับทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่รวมทั้งแผนการรักษาแก่ญาติ เพื่อให้ญาติผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวล (รุ่งนภา เขียวช่อ และคณะ, 2556) การศึกษาของ วรวิษา สำราญเนตร และคณะ (2559) ที่ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในปัจจุบันหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่เข้าเยี่ยม ($\bar{X} = 3.65$, $SD = .62$) ความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนี้เนื่องจากว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มักจะเกิดภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ครอบครัวของผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น กลัวว่าจะมีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยจึงต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยยังคงปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมพร อรุณสัมฤทธิ์ และคณะ (2561) กล่าวว่า ในการให้ข้อมูลแก่ญาตินั้นบุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีการให้ข้อมูลมากกว่าหนึ่งครั้งเพื่อให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ โดยในการให้ข้อมูลนี้ถ้ามีการตอบคำถามที่ชัดเจนจะช่วยให้ญาติเข้าใจมากขึ้นและช่วยลดความวิตกกังวลหรือความตึงเครียดลง

การศึกษาในต่างประเทศยังพบข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วย เกิดความเครียด และความวิตกกังวลลดน้อยลง โดยญาติของผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจและสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลหรือแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้ง่ายและไม่เกิดความเครียด ความวิตกกังวลซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ในการดูแล

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้โดยเร็ว มีประสิทธิภาพ และตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (Iverson et al., 2014) ในบางกรณีของการให้ข้อมูลแก่ญาตินั้นยังพบปัญหาและอุปสรรคเช่นกัน ในบางกรณีที่ช่วงแรกพยาบาลอาจให้ข้อมูลแก่ญาติได้เพียงเล็กน้อยหรือไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับญาติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้นเนื่องจากในช่วงแรกของการได้รับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย ทั้งผู้ป่วยและญาติจะมีภาวะช็อคและเศร้าโศกเสียใจในการที่จะต้องเผชิญกับภาวะโรคที่เกิดขึ้น โดยทั้งผู้ป่วยและญาติอาจยังไม่พร้อมที่จะรับฟังข้อมูลหรือการพยากรณ์โรคในช่วงเวลานั้นและยังขาดประสบการณ์หรือขาดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยจึงส่งผลให้การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเหล่านี้เกิดความล่าช้าขึ้นได้ (Skorpen Tarberg et al., 2020)

ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีวิธีการรับมือและเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติโดยเร็วเพื่อลดความตึงเครียดและช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ วีร์ก และคณะ (Vig et al., 2007) พบว่าในการช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยนั้นบุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติและผู้ป่วย ในการให้ข้อมูลที่จำเป็นนั้นต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ชัดเจน เช่น อาการของผู้ป่วย แผนการรักษา ระยะของโรค เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในการให้ข้อมูลนี้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักและเคารพญาติของผู้ป่วย มีการตอบคำถามในสิ่งที่ญาติผู้ป่วยเกิดความสงสัยอย่างลึกซึ้งและทอ้งแท้เพื่อให้ญาติผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรับรู้ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องรับรู้ถึงความต้องการนี้ เพื่อประกอบการตัดสินใจ เพื่อเลือกแนวทางในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างตรงตามความต้องการหรือเพื่อการจัดเตรียมในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือต้องการให้แก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ (จารุวรรณ บุณรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร, 2555) การที่ญาติจะรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้นั้นอาจเกิดจากการบอกกล่าวจากตัวผู้ป่วยเอง จากการเตรียมการล่วงหน้าหรือในบางกรณีมาจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการบอกกล่าวความต้องการของผู้ป่วยสู่ญาติ เพื่อให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและตอบสนองต่อความต้องการนั้นอีกประการหนึ่งเมื่อญาติของผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไรแล้วจะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง เกิดความผ่อนคลายขึ้น เนื่องจากทราบว่าสิ่งที่ตนทำนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อตัดสินใจทำในสิ่งนั้นแล้วผู้ป่วยจะได้รับความสุขสบายทั้งทางกายและทางจิตใจ (กนกพร จิวประสาท, 2558) การรับรู้ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจะส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยสามารถที่จะตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจรวมถึงในการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยนั้นญาติจะสามารถทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการได้อย่างมั่นใจและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางกาย ทางจิตใจและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของมิติจิตวิญญาณนั้นเป็นการตอบสนองเพื่อให้ตรงตามความ

ต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาของตน การสะสางสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วยการโศกเศร้า ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ (อรวิธ กัญจนจารี และคณะ, 2560)

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การรับรู้ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติจะมีระยะเวลาในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วยน้อย ญาติมักจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน มีความเครียด ความวิตกกังวลเกิดขึ้น อันเนื่องมาจากไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยนั่นเอง (Iverson et al., 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Piña-Escudero และคณะ (Piña-Escudero et al., 2019) พบว่าในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นจะคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษานั้นตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด และการศึกษาของ Vig และคณะ (Vig et al., 2007) พบว่าญาติของผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้โดยง่ายและเกิดความรู้สึกว่าการตัดสินใจนี้เป็นภาระที่หนักและเกินกว่ากำลังของตน โดยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยนี้สิ่งที่ญาติพึงกระทำคือการเลือกแนวทางตาม que ผู้ป่วยเคยบอกกล่าวหรือทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ในกรณี que ผู้ป่วยไม่ได้มีการทำหนังสือหรือบอกเจตนาของตนไว้ล่วงหน้าว่าต้องการรับการรักษาอย่างไร

ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนี้จะมองย้อนกลับในอดีตหรือช่วงชีวิตที่ได้อยู่กับผู้ป่วยและตัดสินใจเลือกการรักษาที่คิดว่าตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด แต่จากการศึกษาของ Sun และคณะ (Sun et al., 2020) ที่ทำการศึกษา กระบวนการตัดสินใจในผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยหนักประเทศไต้หวัน กลับพบว่าในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการเขียนเอกสารที่บอกถึงความต้องการของตนเองในวาระสุดท้ายแล้ว ญาติของผู้ป่วยกลับรู้สึกว่าการเลือกที่ไม่ดีอันเนื่องมาจาก วัฒนธรรม ความเชื่อ ที่ได้หล่อหลอมมา ญาติของผู้ป่วยจะมองว่าการปล่อยให้บุคคลที่ตนรักและเคารพ จากไปโดยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างสุดความสามารถนั้นเป็นสิ่งที่ผิดบาป ญาติของผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้จึงมักต้องการให้ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างสุดความสามารถก่อน ซึ่งนั่นเป็นสิ่งที่ไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในด้านจากไปอย่างสงบ แต่ในด้านความต้องการด้านอื่นๆ ญาติของผู้ป่วยนั้นยินดีให้ผู้ป่วยได้รับในสิ่งที่ตนต้องการอย่างเต็มที่

ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายและมีการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองส่วนมากนั้นจะมี

อาการวิตกกังวล เครียด ในสิ่งที่ได้ตัดสินใจลงมือไปอันเนื่องมาจากสาเหตุที่ว่าสิ่งที่ตนได้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้กับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องและสมควรทำหรือไม่ สิ่งที่ได้ตัดสินใจลงมือไปนั้นจะตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานได้มากน้อยเพียงใดสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นกับญาติของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Iverson et al., 2014)

การที่ญาติของผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ญาติจำเป็นที่จะต้องมีการปรึกษาหารือถึงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งในการปรึกษาหารือของสมาชิกในครอบครัวนั้นในบางกรณีก็จะมีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในครั้งนี้ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วย คือ การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางครอบครัวและการได้รับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Dionne-Odom et al., 2018) และจากการศึกษาของ Skorpen et al., (2020) พบว่าการให้ข้อมูลของบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยแก่ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นจะช่วยให้ญาติสามารถเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Donlan et al., (2021) พบว่า ในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยนั้น ญาติจะมีความต้องการรู้ถึงความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบใด รวมถึงการที่ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจได้ว่าการที่ตนตัดสินใจเลือกการดูแลในแบบนั้นให้แก่ผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

การดูแลญาติผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองนั้นนอกจากจะให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานแล้ว การดูแลญาติของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเผชิญต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักก็ถือเป็นอีกหนึ่งส่วนของการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2020) การดูแลญาติผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นส่วนแรกคือการให้คำปรึกษาแก่ญาติของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติของผู้ป่วยได้ซักถามในข้อสงสัยที่มี และเป็นการให้กำลังใจแก่ญาติของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับการสูญเสีย อีกทั้งในการให้คำปรึกษานี้ยังมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ญาติของผู้ป่วยอีกด้วย โดยข้อมูลที่ให้แก่ญาติ อาทิเช่น อาการของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย แนวทางแผนการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (ปริญา แร่ทอง, 2559) โดยในการให้ข้อมูลเหล่านี้จะมีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลและติดต่อประสานแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลแก่ญาติเช่นกัน รวมทั้งพยาบาลยังเป็นผู้ติดต่อประสานระหว่างผู้ป่วยและญาติเช่นกันในกรณีที่ญาติต้องการให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งต่างๆที่ผู้ป่วยชอบหรือสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ (สุปริดา มั่นคง และคณะ, 2559)

ในการดูแลญาติของผู้ป่วยนี้พยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยและแพทย์ โดยในการติดต่อประสานงานและเป็น

ศูนย์กลางนี้เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้รับรู้ถึงข้อมูลที่มีความจำเป็น ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติของผู้ป่วยสามารถที่จะตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้ (กนกพร จิวประสาท, 2558) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตของ เกษร เกตุชู และคณะ (2559) พบว่า พยาบาลนั้นมีบทบาทในการดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเป็นผู้สามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย สามารถให้ข้อมูลแผนการรักษา อาการของผู้ป่วยแก่ญาติได้ รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้ประสานงานให้เกิดการประชุมครอบครัวเกิดขึ้นได้ ซึ่งในการดำเนินการดังกล่าวจะช่วยให้ญาติได้รับข้อมูลที่มีความจำเป็น อันจะส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติของผู้ป่วยนั้นมีความต้องการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แผนการรักษา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติของผู้ป่วยเหล่านี้สามารถตัดสินใจเลือกการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้ข้อมูลเหล่านี้แก่ญาติอย่างเพียงพอ (Manjavong et al., 2019)

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การดูแลญาติผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การดูแลเพื่อให้การตอบสนองทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ญาติของผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยมีญาติเป็นบุคคลที่ให้การจัดเตรียมสิ่ง ที่ผู้ป่วยต้องการ ญาติของผู้ป่วยเมื่อได้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือบอกกล่าวไว้อย่างดีที่สุด ก็จะลดความวิตกกังวลและความเครียดลงได้ ส่งผลให้ญาติเผชิญหน้าต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้อย่างเหมาะสม (Moss et al., 2019) ความต้องการของญาติเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลผู้ป่วย อาการผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยของญาตินั้นจะมีมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ความต้องการที่มากขึ้นเป็นผลมาจากการที่ทั้งผู้ป่วยและญาติถูกจำกัดการสื่อสารระหว่างกัน การสื่อสารที่เกิดขึ้นส่วนมากจะเป็นการสื่อสารผ่านบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ญาติเพื่อให้ญาติของผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสามารถเลือกแนวทางแผนการรักษาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ (Quinn et al., 2012)

การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นการดูแลที่ยึดหลักการที่ว่าดูแลให้ผู้ป่วยสงบและเตรียมพร้อมสู่การตายดี การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีหลักการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีการเจาะ

คอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น หรือความทุกข์ทรมานจากโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ การทำหัตถการทางการแพทย์ ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตคือการดูแลให้ผู้ป่วยได้หลับพักผ่อนอย่างสงบ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด การให้ยาบรรเทาความปวดหรือการใช้เทคนิควิธีการนวดผ่อนคลาย การฟังเพลงบรรเลง การฟังบทสวด เป็นต้น

การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกรู้สียง ไม่สามารถสื่อสารได้ รวมทั้งผู้ป่วยเหล่านี้ที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะถูกจำกัดการเข้าเยี่ยมจากญาติ (Pairojkul et al., 2021) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นศูนย์กลางในการติดต่อญาติและผู้ป่วย รวมถึงเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเปิดโอกาสให้ญาติของผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตนี้ และพยาบาลยังมีบทบาทในการเป็นสื่อกลางในการนำสิ่งของที่ญาตินำมาให้แก่ผู้ป่วย อันเป็นสิ่งของที่ญาติคิดว่าจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยชอบมากที่สุด (เกษร เกตุชู และคณะ, 2559)

ในบางกรณีพยาบาลยังมีส่วนช่วยในกระบวนการ บอกกล่าวความต้องการของผู้ป่วยให้แก่ญาติรับรู้ได้เช่นกันเนื่องจากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยมักจะไว้วางใจและบอกกล่าวแก่พยาบาลว่าตนนั้นต้องการสิ่งใดในช่วงที่ผู้ป่วยยังสื่อสารได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและเป็นศูนย์กลางในการสื่อสาร บอกกล่าวความต้องการของผู้ป่วยให้ญาติทราบเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยตามที่หวังไว้ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่ตนต้องการ และอยู่กับสิ่งที่ตนเองชอบและรักในวาระสุดท้าย (ชโลธร ชาวบ้านกว้าง, 2564) และจากการศึกษาของ ทองเปลว ชมจันทร์ และปาริชาติ ลิ้มเจริญ (2562) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ในระดับสูง ($M = 2.50, SD = 1.32$) ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการทำตามความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งครอบครัวใช้เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและช่วยให้ญาติของผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมิตรา ติระพงศ์ประเสริฐและคณะ (2564) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมีความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ($M = 2.67, SD = 0.12$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .001; r = .36, p < .01; r = .25, p < .05$ ตามลำดับ)

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของการรักษามีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณสูง สาเหตุเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถใน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองกำลังเผชิญกับโรคร้ายและอาจมีชีวิตรอยู่ได้ไม่นาน เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้เช่นนั้นผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า คือ การนำสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญในชีวิต (patient preference) การตัดสินใจเลือกยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา (advance decisions/ advance directive) และการมอบหมายผู้ที่ จะกระทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยกรณีที่ไม่รู้สึกตัว (proxy nomination) มาเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า ซึ่งเป้าหมายหลักของการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า คือการหาข้อสรุปในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาโดยการตัดสินใจนั้นจะต้องเกิดขึ้นโดยเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในการเลือกแผนการรักษาจะเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ตัดสินใจแทน โดยญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นอาจเป็นผู้ที่ถูกเลือกไว้โดยผู้ป่วยหรือถูกแต่งตั้งในภายหลังโดยสมาชิกในครอบครัวเอง (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ, 2560) ซึ่งกระบวนการในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าโดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมดังนี้

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวนั้นมีความจำเป็นอันดับแรกเนื่องจากต้องภายหลังการแจ้งผลการวินิจฉัยหรือแนวทางการรักษาให้แก่ญาติและผู้ป่วยทราบแล้วต้องใช้เวลาแก่พวกเขาเหล่านั้นทั้ง 2 ฝ่าย ได้ปรึกษาหารือทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ในช่วงเวลานี้หากผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยหรือข้อซักถาม พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะสามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อแผนการรักษาได้หรือพยาบาลอาจเป็นศูนย์กลางในการติดต่อกับแพทย์เพื่อช่วยให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (ธานี เพชรรัตน์ และคณะ, 2560) จากการศึกษาของ ฟิรด์ และคณะ (Fried et al., 2017) การสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแนวทางแผนการรักษาได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในญาติของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะทำให้ญาติเข้าใจถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น รวมทั้งญาติจะยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ได้วางแผนการดูแลตนเองไว้ล่วงหน้าแล้วสอดคล้องกับการศึกษาของ บัตเลอร์ และคณะ (Butler et al., 2014)

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้านั้นบุคลากรจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ประกอบไปด้วย โรคที่ผู้ป่วยเผชิญ อาการของผู้ป่วย แนวทางแผนการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าให้แก่ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับญาติผู้ป่วยถึงความเข้าใจในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าของผู้ป่วยนี้.

เปิดโอกาสให้ทั้งญาติและผู้ป่วยได้วางแผนร่วมกัน ซึ่งในกระบวนการวางแผนนี้หากทั้งญาติและผู้ป่วยได้พูดคุยและได้ทราบถึงความต้องการซึ่งกันและกันจะส่งผลให้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามที่ตนเองวางแผนไว้และญาติผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจว่าสิ่งที่ได้กระทำนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

การเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ ในการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์นั้นสิ่งที่สำคัญคือการเตรียมความพร้อมในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูล อาการ แผนการรักษา หรือการบอกข่าวร้าย ซึ่งในระยะแรกทั้งผู้ป่วยและญาติอาจเกิดภาวะปฏิเสธ หรือเกิดความเศร้าโศกเกิดขึ้นและยังพบว่า ในการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์อาจมีคำศัพท์เฉพาะหรือการใช้คำที่ญาติหรือผู้ป่วยอาจเกิดความสับสน ไม่เข้าใจ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสาร และยังคงเป็นผู้ที่ให้การปลอบโยนทั้งผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีการแจ้งข่าวร้าย (สายฝน ไทยประดิษฐ์, 2560)

การเตรียมองค์กร เพื่อให้มีการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติที่กำลังปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า รวมทั้งในการเตรียมองค์กรนั้นยังรวมถึงการให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยและญาติว่าผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลเช่นเดิม (ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร และคณะ, 2564) ในการเตรียมความพร้อมขององค์กรนอกจากจะเป็นการอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างทั่วถึงแล้วนั้น การเตรียมความพร้อมด้านองค์กรสามารถส่งผลให้มีการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสม และลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ, 2560) ผลดีอีกประการในการเตรียมองค์กรให้พร้อมต่อการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าคือผู้ป่วยและญาติจะไม่รู้สึกว่าการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ผู้ป่วยและญาติจะได้ใช้เวลาในช่วงชีวิตสุดท้ายร่วมกันอย่างสงบ และเพื่อให้บุคคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยได้เกิดความตระหนักว่าผู้ป่วยเหล่านั้นยังคงมีความต้องการ การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น (ธานี เพชรรัตน์ และคณะ, 2560)

โดยสรุปแล้วกระบวนการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่สำคัญต้องอาศัยองค์ประกอบทางด้าน ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ในการประกอบองค์ประกอบที่ตัดสินใจวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ซึ่งกระบวนการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้านั้นยังต้องอาศัยการเตรียมความพร้อม การยอมรับการเจ็บป่วย และการยอมรับการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในกระบวนการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าเป็นอย่างมาก

การจำแนกประเภทของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการแบ่งประเภทการจำแนกผู้ป่วยที่หลากหลายโดยอาศัยเครื่องมือที่จะประเมินภาวะและความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อจัดประเภทของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินที่ใช้ในการจำแนกประเภทของผู้ป่วยดังนี้

แบบประเมิน APACHE (acute physiology and chronic health evaluation) เป็นเครื่องมือใช้ประเมินและจัดแบ่งประเภทของผู้ป่วยโดยปัจจุบันมีการพัฒนาจนถึงรุ่น APACHE IV ซึ่งสามารถจำแนกผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำมากขึ้นซึ่งความสามารถในการทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในแต่ละรุ่นของแบบประเมิน มีการใช้มาตรวัดที่ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด การนำเครื่องมือไปใช้จึงมักขึ้นอยู่กับความแพร่หลาย ความสะดวกของผู้ประเมิน ลักษณะทางพยาธิสภาพของผู้ป่วย (ปราณี แก้วสิงห์ และคณะ, 2555) โดยการวิจัยให้ คะแนนทางด้านสรีรวิทยาและสถานะความเรียบร้อยทางด้านสุขภาพ คะแนนของตัวบ่งชี้ทางสรีรวิทยาทั้ง 8 ระบบ ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ในแต่ละระบบทั้งหมด 34 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรง ของความเจ็บป่วยและความสามารถวินิจฉัยอัตราการตาย (Mortality rate) ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ (ศศิกัญจน์ นามิ่ง และคณะ, 2560) ค่าคะแนนของการประเมินภาวะของผู้ป่วยที่ประเมินมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-71 ซึ่งค่าของคะแนนยิ่งสูงจะหมายถึงผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยจากการศึกษาของ ยูพิน ตันอนุชิตติกุล (2557) พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ICU ทั่วไป ปี 2554 จากการประเมินด้วย APACHE II พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน มากกว่า 34 คะแนนขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 69.04 สอดคล้องกับการศึกษาของ ซีไซการ์ และคณะ (Czajka et al., 2020) พบว่าการใช้คะแนนการประเมินภาวะของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบประเมิน APACHE II สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้แม่นยำกว่าการใช้แบบประเมิน APACHE III และ แบบประเมิน SAPS II โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมิน 19 คะแนน ผู้ป่วยจะมีโอกาสที่จะเสียชีวิต 25.8%

แบบประเมิน TISS (therapeutic intervention score system) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้คะแนนผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งการใช้แบบประเมินนี้ในการประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นมีความจำเพาะและเจาะจงมากกว่า โดยแบบประเมินนี้มีการประเมินโดยการให้คะแนนจากการทำกิจกรรม 76 กิจกรรม ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินนี้หากคะแนนยิ่งสูง หมายความว่าผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤตและมีความต้องการ การดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด (ศศิกัญจน์ นามิ่ง และคณะ, 2560) โดยคะแนน ที่ประเมินได้ในผู้ป่วย อัมพาตไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ใช้ท่อช่วยหายใจ หรือมีการให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจและโลหิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีค่าคะแนน TISS ตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป (Lee et al., 2017)

แบบประเมิน SAPS (simplified acute physiology score) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเช่นเดียวกับแบบประเมิน APACHE เพียงแต่การใช้แบบประเมิน SAPS ในปัจจุบันยังไม่ได้ได้รับความนิยมเท่าแบบประเมิน APACHE การคำนวณค่าคะแนนที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโดยประเมินจาก 12 กิจกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบบประเมินมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-163 คะแนน สามารถทำนายอัตราความรุนแรงและการเสียชีวิต โดยทำนายได้ตั้งแต่ 0-100% (Godinjak et al., 2016) ค่าคะแนนตั้งแต่ 64 คะแนน ขึ้นไป คือผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงที่ต้องได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลานาน และผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงถึง 37.5% (Chinachoti et al., 2016)

โดยสรุปการประเมินและการจำแนกประเภทผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น APACHE, TISS และ SAPS ถือเป็นรากฐานสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้สามารถช่วยให้ทีมบุคลากรสุขภาพสามารถวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย วางแผนการดูแลที่เหมาะสมและสื่อสารข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา อาการของผู้ป่วยกับครอบครัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นหลักค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินด้วยเครื่องมือเหล่านี้ยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือแก่ครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วย

ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตจึงไม่ได้มุ่งเพียงการจัดการอาการทางกาย เช่น ความเจ็บปวดหรือภาวะหายใจลำบาก แต่ยังคงครอบคลุมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ การประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินที่แม่นยำและมีความเหมาะสมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของการเจ็บป่วย รวมทั้งรู้หลักการการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความ

เจ็บปวดหรืออาการของโรค ให้การสนับสนุนให้ความมั่นใจและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับกระบวนการสูญเสียได้อย่างสงบ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

บทบาทการเป็นศูนย์กลางผู้ประสานงาน บทบาทการเป็นผู้ประสานงานในการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่มีความจำเป็นจากแพทย์ เช่น การพยากรณ์โรค แผนการรักษา อาการของผู้ป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้เวลาาร่วมกันในการวางแผนการรักษา (สายฝน ไทยประดิษฐ์, 2560) ในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยนี้ พยาบาลจะต้องมีการบันทึกและรายงานความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและค้นหาอุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายมักมีปัญหาและความต้องการหลายด้าน การประสานความช่วยเหลือต่างๆ จึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง โดยมุ่งหวังว่าการดูแลนั้นจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการและสามารถวางแผนการรักษาได้ตรงตามความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติ (นิตยา ทรัพย์วงศ์ เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563)

บทบาทในการให้การพยาบาล การให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นเป็นการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยนั้น เกิดได้ทั้งจากโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ การดูแลรักษาที่มีการทำหัตถการเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่สงบ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนี้

การดูแลด้านร่างกาย การจัดการด้านความปวดของผู้ป่วยวิกฤตเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย อาทิเช่น การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ด้านพฤติกรรม อาทิเช่น ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและอาจกระทบต่อแบบแผนการนอนหลับได้ ซึ่งในการจัดการด้านความปวดในผู้ป่วยวิกฤตนั้นเป็นเรื่องยาก เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารได้ (นิตยา ทรัพย์วงศ์ เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563) พยาบาลต้องอาศัยทักษะการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทั้งที่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถสื่อสารได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและไม่เกิดผลกระทบต่อร่างกายตามที่กล่าวมาข้างต้น (วรางคณา อ่ำศรีเวียง, 2558) การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลต้องอาศัยการประเมินความเจ็บปวดเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพราะในหอผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งบทบาทในการประเมินความปวดนี้พยาบาลสามารถประเมินระดับของความปวดในผู้ป่วยได้แม่นยำมากที่สุดและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดได้ดีที่สุดตามบทบาทหน้าที่ (Rababa & Al-Sabbah, 2022) นอกจากนี้แล้วการ

ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะท้ายนั้นยังต้อง คำนึงถึงการดูแลด้านอื่นๆ อีก ทั้งการดูแล ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณพยาบาลต้องมีแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้โดยพยาบาลสามารถส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย (สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ และคณะ, 2564)

การดูแลด้านสังคม พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้มีเพียงบทบาทในการดูแลด้านสังคมของผู้ป่วย เพียงด้านเดียวแต่ยังเป็นการดูแลถึงสังคมของญาติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยนี้เป็นไปอย่างมีคุณภาพมากที่สุด โดยพยาบาลต้องเปิดโอกาสให้มีเพื่อนบ้าน คนในชุมชน บุคคลในครอบครัว เข้ามาเยี่ยม พูดคุย ให้กำลังใจ ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญา แร่ทอง (2559) พบว่าญาติของผู้ป่วยเองมีความต้องการในการเข้าเยี่ยมและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตามที่จะสารททำได้โดยต้องการให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้ทั้งญาติและผู้ป่วยได้ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตร่วมกัน

การดูแลด้านจิตใจ พยาบาลนอกจากจำเป็นที่จะต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีความสุขสบายแล้ว การดูแลด้านจิตใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สงบ ก็ถือเป็นบทบาทที่สำคัญเช่นเดียวกัน นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีข้อจำกัดในด้านการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วย ทั้งระยะเวลา จำนวนบุคคลที่เข้าเยี่ยมได้ หรือทั้งจากตัวผู้ป่วยเองที่มีข้อจำกัดในด้านการให้ญาติเข้าเยี่ยมอาจเนื่องมาจากภาวะโรค ของตน หรือในบางกรณีที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ โรงพยาบาลหลายแห่งจะไม่อนุญาตให้ ญาติของผู้ป่วยเข้าเยี่ยม พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีปฏิสัมพันธ์ กันซึ่งถือเป็นการดูแลด้านจิตใจและสังคมเช่นเดียวกัน (ศิริลักษณ์ เมืองไทย และ ชุติพร หิตอักษร, 2564)

การดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยต้องการเครื่องยึดเหนี่ยว จิตใจ หรือเพื่อการต่อรองจากสิ่งที่มองไม่เห็น อาจเป็นปาฏิหาริย์จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้านอกเหนือจากสิ่งที่มนุษย์ธรรมดาจะทำได้ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายใน สามารถค้นพบ ความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยได้ ทำให้ปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่กำลังเผชิญได้ (ชุนกร แก้วมณี, 2563) และจากการศึกษาของ อาซาณซา และคณะ (Azarsa et al., 2015) พบว่าในการดูแลผู้ป่วย วิกฤตด้านจิตวิญญาณนี้พยาบาลจะต้องมีทัศนคติที่ดี และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ใน หอผู้ป่วยวิกฤตจึงจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ดี ซึ่งเมื่อพยาบาลให้การดูแลที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณได้ตรงตามความ ต้องการของผู้ป่วยผู้ป่วยจะเกิดความสงบ และญาติของผู้ป่วยจะคลายความวิตกกังวลลง

บทบาทญาติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่า ญาติของผู้ป่วยนั้นมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย บทบาทการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติของผู้ป่วยนั้นสามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้จากการบอกกล่าวของผู้ป่วยที่ได้มีการบอกกล่าวไว้ หรือจากการบอกกล่าวของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นญาติจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณมากกว่าด้านร่างกาย ญาติผู้ป่วยมักต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ ได้ฟังบทเพลงหรือบทสวดตามความเชื่อของศาสนาของตน (ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน และคณะ, 2562)

การเป็นผู้ประสานงานและจัดการภายในครอบครัว บทบาทนี้เป็นบทบาทที่บุคคลในครอบครัวมีการจัดการ ให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยหรือการบริหารจัดการให้สมาชิกในครอบครัวได้ให้ได้เข้ารับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวจะมีการจัดสรรแบ่งเวรกันในการเข้าเยี่ยมหรือการจัดหาสิ่งของให้ผู้ป่วย และในกรณีสมาชิกในครอบครัวมีความเห็นไม่ตรงกันจำเป็นจะต้องมีการประสาน พูดคุยซึ่งกันและกัน เพื่อให้ได้ข้อตกลงที่ตรงกันและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวทุกคน (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559) ในกรณีที่เกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยมีความเห็นเกี่ยวกับการเลือกแนวทางการดูแลรักษาไม่ตรงกันส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดความตระหนักและการสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นหากการที่ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะส่งผลให้ลดความขัดแย้งในการเลือกแผนการรักษาระหว่างญาติผู้ป่วยลงได้ (Mulcahy Symmons et al., 2022)

การเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย บทบาทการตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเป็นผู้ตัดสินใจได้เองจากการที่สื่อสารไม่ได้ ซึ่งเกิดขึ้นจากภาวะโรคของผู้ป่วย ดังนั้นญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่เป็นคู่สมรส บุตรหรือผู้สนิทใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ได้ลงความเห็นกันและเลือกตัวแทนผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในบางกรณีผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้หรือยังคงมีสติสัมปชัญญะจะแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนไว้ก่อน การตัดสินใจนี้เป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาของผู้ป่วย (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559) ในการดูแลแบบประคับประคอง ญาติของผู้ป่วยต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกว่าผู้ป่วยต้องได้รับสิ่งใดบ้างในการเลือกสิ่งเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย ญาติมักเกิดความเครียด ความกังวล ญาติของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการให้ข้อมูลจากทีมสุขภาพ (Fumaneeshoat, 2021) ดังนั้นญาติของผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกว่าการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องที่ยุ้งยากและมีกระบวนการที่ซับซ้อนการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นญาติของผู้ป่วยต้องการ

คำแนะนำจากทีมบุคลากรสุขภาพว่า ควรให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรต่อไป รวมทั้งในการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยญาติของผู้ป่วยจะมั่นใจและมีความพร้อมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้นถ้าทราบว่าผู้ป่วยต้องการสิ่งใด (Edwards et al., 2012) รวมทั้งในการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นยังรวมถึงการแจ้งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาจากทีมสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ได้ทราบ การเป็นผู้บอกกล่าวผู้ป่วยต้องการสิ่งใดให้แก่ทีมบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย (Reigada et al., 2015)

การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองเป็นกระบวนการวิเคราะห์และพิจารณาเพื่อเลือกแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยระยะท้าย โดยการตัดสินใจนี้มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตระยะท้ายแก่ผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองนี้ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย มีความต้องการปรึกษาทีมบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย หรือ ปรึกษาสมาชิกคนอื่นๆ ความต้องการรับรู้ถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลแบบใด ความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยว่าตอบสนองต่อการรักษาอย่างไร เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ว่าเป็นการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในวันสุดท้ายของชีวิต โดยงานวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy theory) มาอธิบายสถานการณ์การตัดสินใจของบุคคล

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy theory)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social learning theory: SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ชาวแคนาดา Albert Bandura โดยแบนดูราได้ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยในตัวบุคคล (behavior personal factor) คือ ความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวัง ความรู้สึก 2) เงื่อนไขพฤติกรรม (behavior condition) คือ การกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลนั้นปฏิบัติ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environment condition) คือ บทบาทและอิทธิพลทางสังคม

จากที่กล่าวถึงองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นเมื่อทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวข้องกับความมั่นใจของญาติในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองแล้วนั้นพบว่า ปัจจัยในตัวบุคคล (behavior personal factor) คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการได้รับข้อมูล 2) เงื่อนไขพฤติกรรม (behavior condition) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environment condition) การสนับสนุนของครอบครัว โดยทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่จะเป็นการ อาศัยซึ่งปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีอิทธิพลและกำหนดปัจจัยอื่นๆ

โดย Bandura ได้เสนอแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ขึ้นว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้น จากแนวคิดดังกล่าวอธิบายได้ดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การตัดสินใจ ความสามารถของตนว่าจะสามารถกระทำสิ่งนั้นได้ในระดับใด อาจเป็นความเชื่อ ความรู้ ความคิด ความรู้สึก การจูงใจ ของบุคคลที่จะกระทำในสิ่งนั้นและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม

2) ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่า พฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะ เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

องค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ กล่าวคือหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะ แสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดง พฤติกรรมนั้น (ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา, 2562)

ดังนั้นการที่บุคคลสามารถตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนด ภายใต้อาณัติที่มีความจำเพาะได้ ซึ่งในที่นี้คือการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง จะ เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ปัจจัยในตัวบุคคล เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะเชิงบวกต่อการดูแลดังกล่าว และการได้รับ ข้อมูลที่เพียงพอจากทีมสุขภาพ เงื่อนไขพฤติกรรม เช่น การรับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และ เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์และการช่วยเหลือจากครอบครัว ทั้งสามองค์ประกอบนี้มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของบุคคล ซึ่งความตระหนักรู้ถึงความสามารถดังกล่าวทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้อย่างมั่นใจและเหมาะสม

บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ในทางทฤษฎีแล้วนั้นผู้ป่วยเองควรเป็นผู้แสดงเจตนาใช้สิทธิเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ตนพึงได้รับแต่ในทางปฏิบัติจริงนั้นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอยู่ในระยะวิกฤต ไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาจึงมักตกเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ป่วยโดยมีทีมแพทย์พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องการความเข้าใจทั้งทางการแพทย์และกฎหมาย ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการวางแผน Living Will อาศัย มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิทำหน้าที่แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยที่มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าจะสามารถช่วยให้การตัดสินใจเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและลดความขัดแย้งระหว่างญาติและทีมสุขภาพ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2558)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังพบว่าประชากรส่วนใหญ่อยังขาดความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมักไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะที่ไม่สามารถแสดงเจตนาได้เอง จึงเกิดปัญหาว่าใครในครอบครัวมีสิทธิแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยและแพทย์ควรรับฟังความคิดเห็นของใคร ในข้อกฎหมายปัจจุบันนี้ยังไม่มีข้อกำหนดลำดับของญาติที่มีอำนาจในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างชัดเจนชัดเจน (สุร์ชากมล สว่างกมล และไพโรจน์ บุญศิริคำชัย, 2567) ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังนี้

ผู้ป่วย การตัดสินใจเลือกแผนการดูแลแบบประคับประคอง การตัดสินใจเลือกแผนการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นได้จากสองกรณีคือ กรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ไว้แล้วและในกรณีที่ผู้ป่วยบอกความต้องการของตนเองแก่ญาติแล้ว (Tanaka, Ohnishi, et al., 2021) ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยที่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้นั้นผู้ป่วยต้องการ การจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ต้องการมีเครื่องมือที่ทำให้ตนเองเจ็บปวด (ขุนกร แก้วมณี, 2563) ซึ่งในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกแนวทางแผนการรักษาของตนเองนั้นดีที่สุดในความเป็นจริงผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถบอกกล่าวถึงความต้องการและไม่สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาให้กับตนเองได้ (Pairojkul et al., 2021) ดังนั้นบทบาทการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นบทบาทของญาติผู้ป่วย

ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมักจะเป็น คู่สมรส คู่ชีวิต บุตร ผู้ที่สนิทใกล้ชิด และดูแลผู้ป่วย หรืออาจเป็นบุคคลผู้ที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกไว้แล้วว่าเป็นผู้ตัดสินใจแทนตนเอง ทั้งหมดที่กล่าวมานั้นล้วนเป็นบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟูมณีโชติ (Fumaneeshoat, 2021) พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย มักจะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดรวมทั้งในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยส่วนมากนั้นญาติผู้หญิงจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมากกว่าญาติผู้ชาย แต่ในการศึกษาของ ทานากะ และคณะ (Tanaka et al., 2021) ที่ทำการสำรวจกระบวนการตัดสินใจเลือกการดูแลให้กับผู้ป่วยระยะท้ายในญี่ปุ่นกลับพบว่า ครอบครัวของชาวญี่ปุ่นนั้นมักจะทำให้บุตรชายคนโตเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ถึงแม้ว่าบุตรชายคนโตนั้นจะไม่ได้เป็นผู้ใกล้ชิดหรือดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาก็ตาม หรือในกรณีของการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในบางครอบครัวกลับพบว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นไม่ได้มีเพียง 1 คน แต่กลับเป็นการตัดสินใจร่วมกันของญาติผู้ป่วยโดยกระบวนการตัดสินใจแทนผู้ป่วยนี้เป็นการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อหารือและตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วยร่วมกัน (Quinn et al., 2012)

ญาติของผู้ป่วยต้องมีความพร้อมในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วย อาทิเช่น การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ว่าเป็นการดูแลแบบใดเหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างไร การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจากการประสานงานกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (จุฬาลักษณ์ แก้วมะไฟ และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2557) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เพื่อใช้วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้การตัดสินใจนี้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีก้าวและไม่ได้บอกกล่าวถึงความต้องการของตนเองไว้ ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยการปรึกษาหารือในครอบครัว หรือจากการบอกกล่าวความชอบ ความต้องการของผู้ป่วยในอดีตที่ผ่านมา นำมาประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย (ลาตีพะห์ เจ๊ะเลาะ และคณะ, 2562)

การเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย บุคคลนั้นอาจต้องเลื่อนสถานะของตนเองมาเป็นเสาหลักของครอบครัว ต้องมีบทบาทในการช่วยประคับประคองจิตใจของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว คอยดูแลให้สมาชิกของครอบครัวที่เหลือสามารถดำเนินบทบาทของตนเองต่อไปให้ได้ใกล้เคียงเดิมมากที่สุด รวมทั้ง บุคคลที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนี้ จะต้องคำนึงถึงภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยและการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวที่เหลืออยู่ (ปฐมวดี สิงห์ดง และชนกพร จิตปัญญา, 2555)

ทีมบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์นั้นมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและญาติ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยคือการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย การเป็นศูนย์กลาง

ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย โดยเฉพาะการที่เป็นผู้ให้ข้อมูลของผู้ป่วย แผนการรักษา การสื่อสารระหว่างครอบครัวที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล สามารถช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วย โดยแพทย์จะเป็นบุคคลที่ให้ความชัดเจนในการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาของผู้ป่วยในระยะท้าย พยาบาลจะเป็นศูนย์กลางการติดต่อ อำนวยความสะดวกและการขยายความให้ชัดเจนในการเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย (กนกพร จิวประสาธ, 2558) การศึกษาของ สกอร์เพน ทาร์เบิร์ก และคณะ (Skorpen Tarberg et al., 2020) พบว่า พยาบาลนั้นมีบทบาทเป็นศูนย์กลางของการให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การรักษา ผ่านแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลต้องตระหนักว่าในช่วงแรกของการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยและญาติอาจเกิดภาวะเศร้าโศกเสียใจอยู่ พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่เหมาะสม ให้ความรู้และการแบ่งปันประสบการณ์แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อช่วยให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจและยอมรับกับภาวะเจ็บป่วยนั้นได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วราภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2555) ในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วย ทีมบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการบอกความต้องการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค แผนการรักษา อาการของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการรับรู้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งยืนยันว่า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาารมณ์และความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในอนาคตได้ โดยเฉพาะในช่วงท้ายของชีวิต กระบวนการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการเท่านั้น แต่ยังช่วยลดความสับสนและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัวและทีมสุขภาพได้อีกด้วยการวางแผนล่วงหน้าครอบคลุมถึงการทำเอกสารแสดงเจตนาารมณ์ล่วงหน้า (advance directives: AD) ซึ่งเอกสารนี้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ทีมสุขภาพในการตัดสินใจรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง (Sedini et al., 2020)

ดังนั้นทีมบุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งการเตรียมการที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความตระหนักและยอมรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต การสื่อสารที่ชัดเจนและการเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวและครอบครัวของผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามความต้องการที่ได้บอกกล่าวไว้ (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2563)

ความมั่นใจของญาติในการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าในการให้ความหมายความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองนั้นพบแต่เพียงในการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งพบว่าการให้ความหมายและการอธิบายถึงความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองนั้นมีอยู่อย่างจำกัดและยังขาดความชัดเจน โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและพบว่ามีงานวิจัยที่ได้ให้ความหมายความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ไว้ดังนี้

ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความเชื่อมั่น แน่ใจว่าตนเองจะเลือกแผนการดูแลที่ดี และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ไม่มีความลังเลว่าสิ่งที่ตนเองได้เลือกให้แก่ผู้ป่วยนั้นจะเป็นสิ่งไม่ดีหรือไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยไม่ปรารถนา โดยมีความตั้งใจว่าการตัดสินใจนี้จะทำให้ทั้งผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวมีความพึงพอใจ (Song et al., 2012)

ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความแน่วแน่ ความเชื่อมั่นในตนเอง ในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นญาติของตนเอง ซึ่งความมั่นใจนี้รวมไปถึงการตัดสินใจในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยด้วย (Piña-Escudero et al., 2019)

โดยสรุป ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง คือ ญาติผู้ป่วยรับรู้และยอมรับความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้และเข้าใจในแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ สามารถวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยได้ และ มีความมั่นใจว่าการตัดสินใจในครั้งนี้จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและสมาชิกอื่นในครอบครัว

ญาติที่มีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการรับรู้ถึงความต้องการและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ความมั่นใจยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนจากทีมสุขภาพ และความสามารถในการพิจารณาผลกระทบของการตัดสินใจที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความสงบสุขในระยะสุดท้าย ทั้งนี้ญาติที่มีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและส่งผลให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโดยเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองจะเกิดความไม่มั่นใจขึ้นอันเนื่องมาจากความกังวลในผลการตัดสินใจของตนเองที่ว่าการตัดสินใจนั้นตรงตามความต้องการผู้ป่วยหรือไม่ อีกทั้งการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองก็เป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยขึ้น (West et al., 2021) ในการศึกษาของ Song และคณะ (Song et al., 2012) พบว่าความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการที่

ญาติของผู้ป่วยได้ซักถามเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประโยชน์หรือความเสี่ยงของการรักษาทางการแพทย์ในแต่ละทางเลือก ($M = 3.47, SD = .88$) รองลงมาคือ การที่ได้สื่อสารกับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้าย ($M = 3.38, SD = .95$) และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติของผู้ป่วยนั้นมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายอยู่ในระดับสูง ($M = 3.23, SD = .82$) และความมั่นใจของญาติ เกิดขึ้นได้เมื่อได้รับทราบข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจากที่ได้รับข้อมูลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นจะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ความต้องการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค แผนการรักษา อาการของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การตัดสินใจของญาตินั้นเกิดขึ้นบนความถูกต้อง และอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (Briggs, 2017) ในการช่วยให้ญาติของผู้ป่วยผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมญาติของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลแบบประคับประคองและส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจร่วมกันจะช่วยให้ญาติมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย แต่ในบางกรณีที่ญาติยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและยังไม่ทราบถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองนั้นจะส่งผลต่อความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ($\beta = -.12, p = 0.049$) (Dionne-Odom et al., 2018)

ดังนั้นญาติของผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับผลดีของการดูแลแบบประคับประคองจะต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ($\beta = -.144, p = 0.037$) ในการที่ญาติได้รับทราบผลดีและผลเสียนั้นจะช่วยให้การตัดสินใจนั้นเกิดขึ้นอย่างมั่นใจ (Ullrich et al., 2021) รวมทั้งการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\beta = .305, p < 0.001$) การรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย ($\beta = -.171, p = 0.037$) จะสามารถช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจการเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย (Piña-Escudero et al., 2019) และในการศึกษาของ โนแลน และคณะ (Nolan et al., 2008) ศึกษาการตัดสินใจเลือกการดูแลสุขภาพครอบครัวและการรับรู้ความสามารถของตนเองกับผู้ป่วย ALS ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ญาติของผู้ป่วยนั้นต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลด้านอาการ แผนการรักษา หรือแม้กระทั่งความต้องการของผู้ป่วย โดยการได้รับข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ญาติสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้ โดยในกระบวนการตัดสินใจนี้ญาติของผู้ป่วยยังต้องการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจในการเลือกการดูแลอย่างสูงสุด

แบบประเมินความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือในการประเมินความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วย พัฒนาโดย โนแลนด์ และคณะ (Nolan et al., 2009) แบบสอบถามนี้นำไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนและโรคลำไส้เนื้ออ่อนแรง จำนวน 30 คน โดยแบ่งแบบประเมินออกเป็น 2 แบบประเมินคือ 1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยที่ยังมีสติรู้ตัวอยู่ มีข้อความจำนวน 13 ข้อคำถาม เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคะแนน 1 คะแนน หมายถึง ฉันไม่สามารถตัดสินใจเรื่องนั้นให้แก่ผู้ป่วยได้เลย คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ฉันสามารถตัดสินใจเรื่องนั้นแทนผู้ป่วยได้แน่นอน การตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีสติรู้ตัว มีข้อความจำนวน 13 ข้อคำถาม เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคะแนน 1 คะแนน หมายถึง ฉันไม่สามารถตัดสินใจเรื่องนั้นให้แก่ผู้ป่วยได้เลย คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ฉันสามารถตัดสินใจเรื่องนั้นแทนผู้ป่วยได้แน่นอน การตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

2. แบบประเมินความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย พัฒนาโดย ซอง และคณะ (Song et al., 2012) แบบสอบถามนี้นำไปใช้ในกลุ่มของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 58 คน มีข้อความจำนวน 5 ข้อคำถาม เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลยในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย คะแนน 4 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย การตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

ดังนั้นในการศึกษารังนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยของ ซอง และคณะ (Song et al., 2012) เนื่องจากเนื้อหาของข้อคำถามมีความครอบคลุมและแบบสอบถามใช้ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งในแบบสอบถามนี้ยังมีจำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไปและลักษณะของข้อคำถามเข้าใจง่ายไม่มีความซับซ้อน โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการใช้หรือดัดแปลงเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการแปลเครื่องมือตามกระบวนการ back translation โดยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาทำการตรวจสอบการแปล จากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่พัฒนาหรือดัดแปลงนี้ต้องมีค่า $\geq .80$ (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

ผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ญาติของผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นญาติของผู้ป่วยนอกจากจะมีความไม่มั่นใจแล้วยังมีผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในด้าน การเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองนี้ด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตญาติจะถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม (Chen et al., 2021; Sun et al., 2020) และในบางกรณีญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองอาจเกิดความรู้สึกผิดต่อการตัดสินใจขึ้นอันเนื่องมาจากการคิดว่าตนเองนั้นยังไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมักเกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารและไม่สามารถบอกในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ซึ่งในระยะดังกล่าวผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย จึงต้องทำความเข้าใจตนเอง ให้กำลังใจตนเองและให้อภัยตนเอง ในความรู้สึกที่ติดค้างอยู่ (พวงพยอม จุลพันธ์ และคณะ, 2563) รวมทั้งการเกิดความเครียดของญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยนั้นก็ส่งผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเช่นกัน ความเครียดนี้เกิดขึ้นได้จากการที่ญาติต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือต้องมาเฝ้าและสอบถามอาการผู้ป่วยจากแพทย์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นแก่ผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร และคณะ, 2563) และจากการศึกษาของ มิสตาคิสตุ และคณะ (Mystakidou et al., 2013) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.25, p < 0.05$) ดังนั้นบทบาทการทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองจึงทำให้ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองอันจะส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติพบว่าปัจจัย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว มีความเชื่อมโยงและมีอิทธิพลส่งผลต่อกัน โดยปัจจัยข้างต้นทั้ง 5 ปัจจัยนี้หากบุคคลมีการรับรู้และมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งความสามารถของตนเองสูงก็จะตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ตามแนวทางทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไว้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความเข้าใจ ความสามารถ รู้เป้าหมาย ในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ, 2561)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การมีความรู้ ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย สามารถให้การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (อิสริยา รักเสนาะ และคณะ, 2561)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย ผลดีหรือผลเสียเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Dionne-Odom et al., 2019)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การเข้าใจในความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ถึงผลดี ผลเสีย เป้าหมาย ของการดูแลแบบประคับประคอง (Collins et al., 2020)

โดยสรุป ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง คือ ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ความหมาย เป้าหมายการดูแล วิธีการดูแล รักษา แนวทางการดูแลรักษา สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ซึ่งเป็นการดูแลที่ญาติของตนจะได้รับ หากตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองนี้ ญาติของผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการรักษารูปแบบใด มีแนวทางการดูแลอย่างไรผู้ป่วยและญาติจะได้รับผลประโยชน์อย่างไรจากการเลือกแนวทางการดูแลนี้ หากญาติของผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือไม่เข้าใจแนวทางเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองก็จะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจและเกิดทัศนคติในด้านลบเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (Tanaka et al., 2021) โดยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองจะ ช่วยส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองได้และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม (West et al., 2021)

ญาติของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยส่วนมากนั้นมักมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยจากการสำรวจความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยใน

ประเทศปากีสถาน พบว่าญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยร้อยละ 54.8 ยังขาดความรู้และไม่เข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองคืออะไร และยังพบอีกว่าญาติของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และมีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมปลายจะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า โดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย โรคที่ผู้ป่วยเผชิญ และความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ที่มีอายุน้อยและมีการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมปลายมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า เนื่องจากการเสาะแสวงหาความรู้จากการใช้เทคโนโลยีมากกว่าในกลุ่มคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีอายุเยอะ ในการที่ญาติของผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสูงก็จะสามารถตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บรรเทาความทุกข์ทรมาน (Shah et al., 2020) ข้อมูลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ดิออน-โอดอม และคณะ (Dionne-Odom et al., 2019) ที่ทำการสำรวจความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า มากกว่าร้อยละ 55 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายไม่รู้จักการดูแลแบบประคับประคองและในทำนองเดียวกันญาติของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร้อยละ 40 เมื่อได้ยินคำว่าดูแลแบบประคับประคองมักจะคิดว่าผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในเวลาอันใกล้นี้เท่านั้น

ในการศึกษาของ อุลชลิค และคณะ (Ullrich et al., 2021) เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการใช้บริการระหว่างการดูแลแบบประคับประคองของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับผลดีของการดูแลแบบประคับประคองจะสามารถทำนายได้ว่าญาติของผู้ป่วยจะมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ($\beta = -.144, p = 0.037$) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ โดเชอร์ตี และคณะ (Docherty et al., 2008) เป็นการศึกษาความต้องการความรู้และข้อมูลของญาติที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่ายังไม่มีงานวิจัยใดทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย มีเพียงการศึกษาในต่างประเทศของ ชาเวส และคณะ (Chaves et al., 2021) ที่ศึกษา ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าญาติของผู้ป่วยมะเร็งไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มากถึงร้อยละ 63 รวมถึงมากกว่า ร้อยละ 81 เข้าใจความหมายของคำว่า “living will” หรือ “advance directives of will” และ ร้อยละ 75 ไม่เข้าใจคำสั่งห้ามช่วยชีวิต ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน จากการศึกษาของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2561) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของบุคลากรสุขภาพจากการศึกษาของ อีสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ศึกษาความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ($r = .23, p = .004$) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง และการศึกษาของ คอลลินส์ และคณะ (Collins et al., 2020) เป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสูงจะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ($r = .314, p < .001$)

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีเครื่องมือในการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พัฒนาโดย แสงวรรณ ตั้งแสงสกุลและคณะ (2561) แบบสอบถามนี้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 583 คน มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR - 20 ได้เท่ากับ .89

2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของ อีสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) แบบสอบถามนี้ใช้ในกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 126 คน แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก, ผิด, ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนนคือ คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน แบ่งระดับคะแนนความรู้ระดับมาก เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมระหว่าง 20-24 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง เมื่อได้คะแนนรวมระหว่าง 15-19 คะแนน และความรู้ระดับน้อย เมื่อได้คะแนนรวมน้อยกว่า 15 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR - 20 ได้เท่ากับ .69

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแบบประเมินที่มีอยู่เป็นการประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายที่ใช้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและใช้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ซึ่งไม่ตรงกับ การประเมินความรู้ในบริบทของญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยจึงพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและจากคำนิยามและหลักการดูแล

แบบประคับประคอง กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) แบบวัดความรู้เป็นข้อคำถาม เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ให้ตอบแบบถูกผิด ที่ตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้คะแนน 0 คะแนน ระหว่าง 0 - 10 คะแนน การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับรู้ต่ำ ปานกลาง และสูง แบ่งระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1997) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0 – 5 หมายถึง มีความรู้การดูแลแบบประคับประคองระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 6 – 10 หมายถึง มีความรู้การดูแลแบบประคับประคองระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 11 – 15 หมายถึง มีความรู้การดูแลแบบประคับประคองระดับสูง

จากนั้นผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและให้นำเครื่องมือ ดังกล่าวไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่พัฒนาใหม่นี้ต้องมีค่า $\geq .70$

การได้รับข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายการได้รับข้อมูลไว้ดังนี้

การได้รับข้อมูล หมายถึง การได้รับฟัง รับรู้ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค แผนการรักษา แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การได้รับข้อมูลนี้มาจากการรับฟังจากทีมสุขภาพ

การได้รับข้อมูล หมายถึง ญาติของผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจ หรือการได้รับฟังข้อมูลที่มีความ เกี่ยวข้องกับ การพยากรณ์โรค แผนการรักษา อาการของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วย จากทีม บุคลากรสุขภาพ (ปริญญา แร่ทอง, 2559)

การได้รับข้อมูล หมายถึง การได้รับรู้ถึงอาการ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยจากแพทย์ตลอดจน ทางเลือกในการรักษาที่เป็นประโยชน์ในอนาคต (ปิยรัตน์ รุ่งเรือง, 2565)

การได้รับข้อมูล หมายถึง การรับรู้และเข้าใจอาการและความรุนแรงของโรคที่กำลังเกิดขึ้นใน ปัจจุบันและอนาคต แนวทางการรักษา ผลดีผลเสียของแนวทางการรักษา ที่จะเลือกในอนาคต (Piña-Escudero et al., 2019)

การได้รับข้อมูล หมายถึง ความเข้าใจ รับรู้โรค แผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันรวมทั้งการ พยากรณ์โรคแผนการรักษาในอนาคตที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผลลัพธ์หรือความแตกต่างที่จะเกิดขึ้นเมื่อเลือก แผนการรักษาในรูปแบบนั้น (Ulrich et al., 2021)

โดยสรุป การได้รับข้อมูล คือ ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจ หรือการได้รับฟังข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับ การพยากรณ์โรค แผนการรักษา อาการของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วย จากทีมบุคลากรสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับ การพยากรณ์โรค แผนการรักษา อาการของผู้ป่วย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากทีมบุคลากรสุขภาพ จะส่งผลต่อความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่ามีการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลด้าน อาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วย จากทีมสุขภาพ ในประเทศไทยนั้นเป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยจากการศึกษาของปริญา แร่ทอง (2559) ที่ทำการศึกษา พบว่า ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และความจำเป็นในการ ทำหัตถการอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนร่วมกับญาติคนอื่นๆที่ต้องร่วมตัดสินใจ รวมทั้งเพื่อให้ตนเองสามารถตัดสินใจได้ง่ายขึ้นว่าจะยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือไม่ และการศึกษาของ นริสา สะมาแอะ และคณะ (2557) ทำการศึกษา ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู พบว่าการให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกิดความสับสนและตัดสินใจผิด สุดท้ายทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การศึกษาของ สุมิตรา ทิระพงษ์ประเสริฐ และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง พบว่า พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองมี การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .001$)

การศึกษาในต่างประเทศนั้นพบว่ามีการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น โดย ทานากะ และคณะ (Tanaka et al., 2021) พบว่าปัจจัยที่ญาติผู้ป่วยใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ได้แก่ 1) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 91.1 2) ปัจจัยด้านความพึงพอใจของผู้ตัดสินใจ ร้อยละ 89.3 3) ปัจจัยด้านการฟื้นกลับมาเป็นปกติของผู้ป่วย ร้อยละ 88.5 และ 4) ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น คำแนะนำจากครอบครัว ร้อยละ 42.8 คำแนะนำจากแพทย์ ร้อยละ 30.7 และการศึกษาของ พิน่า เอ็สตูโร และคณะ (Piña-Escudero et al., 2019) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายพบว่า การได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นต้องได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = -.210, p = 0.014$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุลริช

และคณะ (Ullrich et al., 2021) ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าญาติต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ($\beta = 0.150, p = 0.033$) การรับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ($\beta = -.144, p = 0.037$) ความพึงพอใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ($\beta = 0.580, p < 0.001$) และการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.168, p = 0.017$) ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งมีการศึกษาเชิงคุณภาพของ มอร์ส และคณะ (Moss et al., 2019) ทำการศึกษาการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคร้ายแรงและเรื้อรัง พบว่าการให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ญาติของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และรู้ว่าการเลือกตัดสินใจนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นจะส่งผลให้ญาติมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ

แบบประเมินการได้รับข้อมูล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือในการประเมินการได้รับข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤต ของ ศรญา ยังเจริญและวาสนี วิเศษฤทธิ์ (2558) แบบสอบถามใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ด้านความต่อเนื่องจำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 1-7) ด้านการได้รับข้อมูลจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 8-15) และด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร จำนวน 11 ข้อ (ข้อที่ 16-26) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของญาติน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของญาติมากที่สุด โดยมีการแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00-1.49	หมายถึง	ญาติมีความพึงพอใจน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50-2.49	หมายถึง	ญาติมีความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50-3.49	หมายถึง	ญาติมีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50-4.49	หมายถึง	ญาติมีความพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50-5.00	หมายถึง	ญาติมีความพึงพอใจมากที่สุด

โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 เมื่อจำแนกตามรายด้าน ด้านความเชื่อ เท่ากับ .89 ด้านการได้รับข้อมูลเท่ากับ .81 ด้านพฤติกรรมบริการดูแลของบุคลากรเท่ากับ .75

2. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ซึ่ง แปลเป็นภาษาไทยโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ (2559) แบบสอบถามใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของ

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบาย จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการให้ข้อมูลและการดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ และ 3) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก ถึง 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก โดยมีการแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00-1.50	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.51-2.50	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.51-3.50	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.51-4.50	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.51-5.00	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด

โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

3. แบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ของ ชุลินดา ทิพย์เกษร (2560) แบบสอบถามใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แบบสอบถามมีจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูล ข่าวสาร จำนวน 17 ข้อ 2) ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านอารมณ์ จำนวน 11 ข้อ และ 4) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ถึง 4 คะแนน หมายถึง ได้รับการตอบสนองความต้องการมาก แบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0-160 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนความต้องการ แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย โดยคำนวณจากค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2550) โดยมีการแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ความต้องการ	พิสัย	ไม่ได้รับ	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	0-68	0-17.99	18-34.99	35-51.99	52-68
2. ด้านร่างกาย	0-20	0-5.99	6-10.99	11-15.99	16-20
3. ด้านอารมณ์	0-44	0-11.99	12-22.99	23-33.99	34-44
4. ด้านจิตวิญญาณ	0-28	0-7.99	7-14.99	15-21.99	22-28
โดยรวม	0-160	0-40.99	41-80.99	81-120.99	121-160

โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแบบประเมินที่มีอยู่เป็นการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยเมื่อพิจารณาข้อคำถามแล้ว ไม่ตรงกับการประเมินการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยตามที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมไว้แล้วนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลของญาติผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็น rating scale 4 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูล ถึง 4 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลมาก โดยมีการแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0-20	หมายถึง	ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อย
คะแนน 21-40	หมายถึง	ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลปานกลาง
คะแนน 41-60	หมายถึง	ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลมาก

จากนั้นผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่พัฒนาใหม่นี้ต้องมีค่า $\geq .70$

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ความหมายทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหมายทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไว้ดังนี้

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ที่มีต่อแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นด้วยตัวบุคคลเอง โดยความรู้สึก ความเชื่อที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นได้ด้วยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ, 2561)

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง บุคคลมีความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสิ่งนั้น ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดนี้อาจมีทั้งด้านที่ดีและด้านที่ไม่ดี เกิดขึ้นได้ ทัศนคตินี้อาจเปลี่ยนแปลงได้หากมีการชักนำได้โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกัน (Yoo et al., 2018)

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การแสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นหรือเผชิญอยู่ สิ่งนั้นเกิดขึ้นได้จากการได้รับรู้เหตุการณ์ หรือข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน (Collins et al., 2020)

โดยสรุป ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อหรือความคิดเห็นที่ญาติผู้ป่วยมีต่อการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งทักษะคิดที่ญาติของผู้ป่วยมีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอาจเป็นทั้งด้านที่ดีหรือด้านลบก็ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองนี้จากทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่สนใจเกี่ยวกับทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2561) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะคิดในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ระดับปานกลาง ($M = 2.39, SD = 0.23$) และในงานวิจัยของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จากการศึกษาของ อิศริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ศึกษาความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่า ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ($r = .43, p = .00$)

การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและญาติพบการศึกษาของ ธิดาวรรณ สาลีผล และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ (2563) พบว่า ญาติของผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยนั้นแม้ว่าจะมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย แต่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมาก มักเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นคู่สมรส บุตร ซึ่งมีทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ 2 หลักคือ 1) ความยืดหยุ่นในการดูแลผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาเพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวมักจะมีปัญหาทั้งทางกายทางจิตใจมาเกี่ยวข้องเนื่องจากภาระงานการดูแลผู้ป่วยหนักและเหนื่อยล้า ในการเผชิญปัญหาเหล่านี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มักจะเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยเหล่านี้มองว่าแม้การดูแลผู้ป่วยจะเป็นงานหนักแต่พวกเขาพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเนื่องจากความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมที่เชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญู 2) การแก้ปัญหา ญาติของผู้ป่วยมีความกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าการที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตยืนยาว ครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการให้มีการจัดการกับความปวด การดูแลด้านจิตใจ ของผู้ป่วยเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาในต่างประเทศจากการศึกษาในเชิงสำรวจของ ชูวส์ และคณะ (Yoo et al., 2018) ศึกษาทักษะคิดต่อการดูแลประคับประคองในระยะเริ่มต้นในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลแบบสำรวจทั่วประเทศเกาหลี ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 89.5% มีทักษะคิดเชิงบวกต่อการดูแลแบบประคับประคองซึ่งญาติของผู้ป่วยมองว่าการดูแลแบบประคับประคองนั้นไม่ได้ขัดต่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งและเป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาร์ และคณะ (Shah et al., 2020) สำรวจความรู้และทักษะคิดต่อการดูแลแบบประคับประคองในญาติของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศปากีสถาน พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มี

การศึกษาสูงจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสูง ($F = 4.13$; $df = 2247$; $p = 0.017$) ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.8 มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองน้อยและมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ญาติมีความรู้สึกไม่ดีหากเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยและการศึกษาของ คอลลินส์ และคณะ (Collins et al., 2020) เป็นการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการบุคคลใดควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ($r = .247$, $p < .001$) จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นจึงยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มญาติผู้ป่วย

แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือในการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองดังนี้

1. แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (2554) เป็นแบบประเมินความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ จาก 1 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยจะกลับคะแนนข้อที่เป็นด้านลบก่อนรวมคะแนน คะแนนรวม มีตั้งแต่ 25-125 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน ≤ 59 คะแนน หมายถึง ทัศนคติระดับต่ำหรือทางลบ

คะแนน 60-92 คะแนน หมายถึง ทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนน 93-125 คะแนน หมายถึง ทัศนคติระดับดีหรือทางบวก

โดยความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84

2. แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2561) แบบประเมินใช้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และคำถามเชิงลบ 8 ข้อ รวม 20 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองต่ำ

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสูง

โดยเครื่องมือนี้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .73

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ของ เพอร์รี่ และคณะ (Perry et al., 2020) แบบสอบถามใช้ในผู้ป่วยจำนวน 3 กลุ่มคือ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หรือ โรคไตวาย (Kidney Failure) มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน 2 ชุดแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดที่ 1 ด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามข้อที่ 1-3 แบบประเมินลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เครียดแน่นอน ถึง 6 คือ เครียดมากที่สุด

รวมคะแนนแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มีคะแนนรวม 9-60 คะแนน โดยค่าคะแนนยิ่งสูง หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่ดี โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

คะแนน 9-29 หมายถึง มีการต่อต้าน/ปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง

คะแนน 30-43 หมายถึง มีความรู้สึกเป็นกลางเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

คะแนน 44-52 หมายถึง มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

คะแนน 53-60 หมายถึง มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

โดยเครื่องมือนี้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินชุดที่ 1 ด้านอารมณ์ เท่ากับ .84 แบบประเมินชุดที่ 2 ด้านการรับรู้เท่ากับ .70 ด้านพฤติกรรม เท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมเท่ากับ .84

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ของ เพอร์รี่ และคณะ (Perry et al., 2020) แบบสอบถามใช้ในผู้ป่วยจำนวน 3 กลุ่มคือ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), โรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หรือ โรคไตวาย (Kidney Failure) เนื่องจากแบบสอบถามมีความครอบคลุมถึงทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองทั้ง ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม โดยผู้วิจัยจะดัดแปลงให้มีความสอดคล้องทางภาษาและบริบทให้ตรงตามกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือนี้มีการตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84 เป็นค่าที่ผู้วิจัยยอมรับได้ ข้อคำถามร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย

ความหมายการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยไว้ดังนี้

การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยรับรู้เข้าใจ ในความปรารถนา ความต้องการ ความเชื่อ สิ่งที่เราพบนับถือของผู้ป่วย (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559)

การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาของผู้ป่วยทั้งที่เคยบอกไว้หรือไม่ก็ตาม ทั้งในด้านแนวทางการรักษา ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งบุคคลในครอบครัวที่รับรู้และเข้าใจในความประสงค์ของผู้ป่วยจะให้การตอบสนองตามความต้องการนั้น (Symmons et al., 2022)

การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้เข้าใจถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทั้งด้านการรักษา ความเชื่อ สังคม ทั้งที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้หรือการรับรู้โดยมองย้อนกลับไปยังอดีตในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวของผู้ป่วยให้การยอมรับและช่วยเหลือเพื่อให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Piña-Escudero et al., 2019)

โดยสรุป การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย คือ ญาติผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย ญาติของผู้ป่วยยอมรับและเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาและต้องการ โดยการยอมรับนี้เกิดขึ้นจากการบอกกล่าวล่วงหน้า หรือจากการมองย้อนกลับไปยังสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือเคยทำในอดีต

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจ
แทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย
วิกฤต การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ญาติของผู้ป่วยได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยนั้นได้บอกไว้หรือจากการคิดวิเคราะห์ถึงเรื่องราวในอดีตที่ผู้ป่วยได้บอกในสิ่งที่ตนเองต้องการ (Donlan et al., 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยในประเทศนั้นพบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแผนการรักษาแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจเนื่องจากการตัดสินใจนี้เป็นการตัดสินใจเลือกการดูแลที่เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยและเป็นการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานมากที่สุด (ปริญญา แร่ทอง, 2559) และจากการศึกษาของ พิสิษฐ์ พิริยาพรณ และคณะ (2560) ศึกษา กระบวนการตัดสินใจของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความ

พร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล พบว่า ลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.66, p < .001$)

การศึกษาในต่างประเทศพบการศึกษาของ มัลคาฮี และคณะ (Mulcahy et al., 2022) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ญาติของผู้ป่วยต้องการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยและการศึกษาของพิน่า เอ็สคูโร (Piña-Escudero et al., 2019) เป็นการศึกษาในกลุ่มญาติของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย จำนวน 124 ราย พบว่า การบอกกล่าวความต้องการของผู้ป่วยแก่ญาติสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = -.230, p = 0.014$) จากงานวิจัยการที่ญาติได้พูดคุยกับผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกแผนการรักษาได้อย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยก็จะมี ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย

แบบประเมินการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยดังนี้

1. แบบสอบถามความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ของ ลักษณะ สุวรรณ และคณะ (2555) แบบประเมินนี้ใช้ใน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่อยู่ในระยะท้ายและญาติผู้ตัดสินใจแทน จำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า rating Scale 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ตัดสินใจแทนไม่มีความต้องการตามข้อนั้นเลย ถึง 5 คะแนน คือ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการตามข้อนั้นมากที่สุด โดยมีการแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนช่วง 0.00-1.66 หมายถึง ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับน้อย

คะแนนช่วง 1.67-3.33 หมายถึง ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 3.34-5.00 หมายถึง ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง

โดยเครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

2. แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ของ วณิชา รัชวัตร์ และคณะ (2562) จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน แบบประเมินนี้ใช้ใน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า rating Scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่ได้รับการตอบสนอง ถึง 4 คะแนน คือ ได้รับการตอบสนองมาก โดยมีการแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การได้รับการตอบสนอง	น้อย	ปานกลาง	มาก
ความต้องการการดูแล			
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	15.00-29.99	30.00-44.99	45.00-60.00
2. ด้านร่างกาย	6.00-11.99	12.00-17.99	18.00-24.00
3. ด้านอารมณ์	11.00-21.99	22.00-32.99	33.00-44.00
4. ด้านจิตวิญญาณ	1.00-1.99	2.00-2.99	3.00-4.00
โดยรวม	33.00-65.99	66.00-98.99	99.00-132.00

โดยเครื่องมือนี้มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัว เท่ากับ .87 และ .91 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย (living will and advance directive survey) ของ พิมพ์พนิต ภาศรี (2557) ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินแบบ (rating Scale) จำนวน 10 ข้อคำถาม แบบประเมินลักษณะ เป็นแบบ rating Scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ผู้ป่วยไม่ต้องการการดูแลเลย ถึง 4 คะแนน คือ ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนน 0 – 12 หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ความปรารถนาของผู้ป่วยน้อย

คะแนน 13 – 25 หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ความปรารถนาของผู้ป่วยปานกลาง

คะแนน 26 – 40 หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ความปรารถนาของผู้ป่วยมาก

โดยเครื่องมือนี้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยของ พิมพ์พนิต ภาศรี (2557) แบบสอบถามใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีการตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 อีกทั้งในข้อคำถามในแบบสอบถามยังครอบคลุมเนื้อหาที่แสดงถึงการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงของญาติ โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้และดัดแปลงปรับข้อคำถามร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

การสนับสนุนของครอบครัว

ความหมายการสนับสนุนของครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายการสนับสนุนของครอบครัวไว้ดังนี้

การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง ความต้องการที่พึงของครอบครัวผู้ป่วย ที่สิ่งนี้จะเป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนในด้านอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจหรือสบายใจขึ้นในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน และคณะ, 2563)

การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือจากเพื่อน เพื่อให้การสนับสนุนทางด้าน การตัดสินใจ การให้ข้อมูล หรือการรับฟังปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Piña-Escudero et al., 2019)

การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การได้รับการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัว จากเพื่อน การช่วยเหลือทั้งด้านจิตใจ สังคม หรือการช่วยเหลือด้านข้อมูลที่มีความจำ คณะ (Moss et al., 2019)

โดยสรุป การสนับสนุนของครอบครัว คือ ญาติของผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านร่างกาย การช่วยเหลือหรือเป็นผู้ให้คำปรึกษา รับฟัง เพื่อให้ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทน ในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับการสนับสนุนของครอบครัวนั้นคือการที่บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีบทบาทในการตัดสินใจในแทนผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ในด้านของอารมณ์ ข้อมูล มีการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในระยะท้ายพบว่าญาติของผู้ป่วยมีความต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความต้องการและอาการของผู้ป่วย ร้อยละ 93.8 (Jiraphan & Pitanupong, 2022) และจากการศึกษาของ ไอเวอร์สัน และคณะ (Iverson et al., 2014) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ประสบกับภาวะวิกฤตพบว่า ญาติที่ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกิดความเครียดเนื่องจากในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้กับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นเกิดขึ้นอย่างกระชั้นชิด ดังนั้นญาติของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนั้นพบว่าการศึกษาในประเทศไทยนั้นเป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ จากการศึกษาของ ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน และคณะ (2563) พบว่าญาติของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเข้าสู่ระยะท้าย ช่วงเวลาของการตัดสินใจนั้นญาติของผู้ป่วยต้องการที่พึ่ง ซึ่งที่พึ่งของญาติผู้ปวยนั้นมีที่พึ่งด้านศาสนาความเชื่อ หรือด้านการปรึกษาหารือพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ มอร์ส และคณะ (Moss et al., 2019) ที่ทำการศึกษาการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคร้ายแรงและเรื้อรังพบว่า ญาติผู้ป่วยเมื่อได้รับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมักจะเกิดความเครียดซึ่งญาติของผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนต้องการ การสนับสนุนทั้งจากสมาชิกในครอบครัว จากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกิดความเครียดน้อยที่สุดและเกิดความมั่นใจในการเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาพบว่ายังมีความขัดแย้งกัน โดยการศึกษาของ พิน่า เอ็สคูเดโร (Piña-Escudero et al., 2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในญาติของผู้ป่วยจำนวน 124 คน พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = 0.121, p = 0.199$) แต่จากการศึกษาของ อุลริช และคณะ (Ulrich et al., 2021) ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ($\beta = -.168, p = 0.017$) และในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายมาก ($r = 0.27, p < .01$) การตอบสนองด้านอารมณ์ ($r = -.26, p < .01$) กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.20, p = 0.17$) การรับรู้ผลกระทบของโรค ($r = -.39, p < 0.01$) และความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค ($r = -.27, p < .01$) (Bonsaksen et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับการสนับสนุนของครอบครัวกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติในหอผู้ป่วยวิกฤต

แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือในการประเมินการสนับสนุนของครอบครัวดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นแบบสอบถาม ที่พัฒนาโดย ซิมเมท และคณะ (Zimet et al., 1990) แปลเป็นภาษาไทย วงศ์ปการันย์ และคณะ (Wongpakaran et al., 2011) ดัดแปลงและนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ในระยะประคับประคอง โดย สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ และคณะ (2564) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ

2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน จำนวน 4 ข้อ และ 3) การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลสำคัญ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ rating scale 7 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วย อย่างมากที่สุด จนถึง 7 คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด แบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน นำคะแนนรวมทั้งชุดแบบสอบถามหารด้วยจำนวนข้อ จะได้ค่าเฉลี่ยเพื่อมาแปลผลคะแนน ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยจะอยู่ระหว่าง 1-7 คะแนน โดยช่วง ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก คือการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำ คือการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	12 – 35	หมายถึง	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนน	36 – 59	หมายถึง	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน	60 – 84	หมายถึง	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83

2. แบบสอบถามแอปการของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) พัฒนาโดย สมิลส์ไตน์ และคณะ (Smilkstein et al., 1982) แปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม (Malathum, 2001) แบบสอบถามใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่เคยพอใจ จนถึง 4 คะแนน คือ พอใจเสมอ แบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน	0-6	คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจการได้รับการสนับสนุนต่ำ
คะแนน	7-13	คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจการได้รับการสนับสนุนปานกลาง
คะแนน	14-20	คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจการได้รับการสนับสนุนสูง

โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นแบบสอบถาม ที่พัฒนาโดย ซิเมส และคณะ (Zimet et al., 1990) แปลเป็นภาษาไทย (Wongpakaran et al., 2011) ดัดแปลงโดย สุมิตรา ทิระพงศ์ประเสริฐ และคณะ (2564) แบบสอบถามใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีการตรวจสอบคุณภาพค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 อีกทั้งในข้อคำถามในแบบสอบถามยังครอบคลุมเนื้อหาที่แสดงถึงการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญของโดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้

และดัดแปลงปรับข้อความร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นพบว่า ในการศึกษาในประเทศไทยนั้นยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้ มีเพียงการศึกษาที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังไม่พบการศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ และในการศึกษาในต่างประเทศนั้นพบว่า มีการศึกษาในงานวิจัยเชิงคุณภาพและความสัมพันธ์แต่ยังคงเป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาว่าปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาคั้งนี้ทั้ง 5 อันได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว จะเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กันในการช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพจะสามารถที่จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชน ที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม เครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล โดยมีรายละเอียดวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติของผู้ป่วยที่รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ในเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 5 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยที่รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม ในเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Purposive sampling) จำนวน 105 คน ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ญาติผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้กับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีการดำเนินของโรคและการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะท้ายที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองครบถ้วนละไม่เกิน 2 คน
2. ญาติผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ให้ข้อมูลมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง
3. ญาติผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้กับผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่าคุณป่วยอยู่ในระยะท้ายและควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ญาติผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนหรือหยุดให้ข้อมูลระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.2 (Faul et al., 2009) กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดค่า ขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใกล้เคียงมากที่สุด ได้แก่ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตน ($r = .43, p = .00$) (อิสริยา รักเสนา และคณะ, 2561) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .27, p = .002$) (Bonsaksen et al., 2012) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 105 คน โดยปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (West et al., 2021) การได้รับข้อมูล (ปริญา แร่ทอง และคณะ, 2559 ; Moss et al., 2019; Piña-Escudero et al., 2019) และการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย (ปริญา แร่ทอง และคณะ, 2559; Piña-Escudero et al., 2019; Mulcahy et al., 2022) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพไม่สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดคือ 105 คน (ภาคผนวก ก)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม ในเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4 โรงพยาบาลเปาโลเกษตร โรงพยาบาลเปาโลพระประแดง โรงพยาบาลเปาโลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลพญาไทนวนินทร์ โดยเลือกเก็บข้อมูลตามความพร้อมกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล กำหนดช่วงระยะเวลาเข้าเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.00-17.00 น. ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง เดือน สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลา 9 เดือน คัดเลือกญาติของผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Purposive Sampling) เชิญเข้าร่วมวิจัยตามกระบวนการขอความยินยอมเก็บข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถามโดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ครอบครัวละไม่เกิน 2 คน และเก็บข้อมูลต่อเนื่องจนได้จำนวนครบตามที่กำหนด จำนวน 105 คน ทั้งหมด 64 ครอบครัว ซึ่งในบริบทการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง เครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล พบว่ายังขาดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกันรวมทั้งในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาใครแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้วญาติของผู้ป่วยจะมีการปรึกษากันมากกว่า 1 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตครอบครัวละไม่เกิน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลญาติและผู้ป่วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อคำถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ระยะเวลาที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สิทธิการรักษาและภาพผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อคำถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย สถานะทางการเงินของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของญาติต่อครอบครัว ประสบการณ์ตัดสินใจเลือกการดูแลให้ผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยต่อครอบครัว การบอกความต้องการของผู้ป่วย การขอคำปรึกษาและเหตุผลที่ถูกเลือกให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากคำนิยามและหลักการดูแลแบบประคับประคองที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความที่ให้ตอบแบบถูกผิด ที่ตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้คะแนน 0 คะแนน ระหว่าง 0 - 15 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ ต่ำ ปานกลาง และ สูง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1997) ดังนี้

คะแนน 0 – 5 หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้การดูแลแบบประคับประคองระดับต่ำ

คะแนน 6 – 10 หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้การดูแลแบบประคับประคองระดับปานกลาง

คะแนน 11 – 15 หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้การดูแลแบบประคับประคองระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยข้อคำถามมีความครอบคลุมข้อมูลที่ญาติของผู้ป่วยต้องได้รับ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล อาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ การตอบสนองกับการรักษา แผนการรักษา และแนวทางการดูแลระยะท้าย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูล ถึง 4 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลมาก แบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคขึ้นโดยใช้ค่าพิสัย โดยคำนวณจากค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2550) โดยมีการแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 15-29 หมายถึง ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อย

คะแนน 30-44 หมายถึง ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลปานกลาง

คะแนน 45-60 หมายถึง ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยขออนุญาตและดัดแปลงจากแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ของ เพอร์รี่ และคณะ (Perry et al., 2020) โดยปรับข้อความให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามส่วนที่ 1 ด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามข้อที่ 1-3 แบบสอบถามลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ เครียดรุนแรง ถึง 6 คือ ไม่เครียดเลย มีคะแนนระหว่าง 3 - 18 คะแนน การแปรผลคะแนนดังนี้

1	เครียดรุนแรง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกว่ามีความเครียดรุนแรง
2	เครียดมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกว่ามีความเครียดมากที่สุด
3	เครียดมาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกว่ามีความเครียดมาก
4	ค่อนข้างเครียด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าค่อนข้างเครียด
5	เครียดเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกว่ามีความเครียดเล็กน้อย
6	ไม่เครียดเลย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าไม่มีความเครียดเลย

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ด้านการรับรู้ จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่อย่างแน่นอน ถึง 7 คือ ใช้อย่างแน่นอน มีคะแนน ระหว่าง 6 - 42 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้

- | | | | |
|---|--------------|---------|--|
| 1 | ไม่ใช่แน่นอน | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความน้อยที่สุด |
| 2 | ไม่น่าจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นน้อยมาก |
| 3 | อาจจะไม่ใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นน้อย |
| 4 | ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น |
| 5 | อาจจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกที่ข้อความนั้นตรงกับความคิดปานกลาง |
| 6 | น่าจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกที่ข้อความนั้นตรงกับความคิดมาก |
| 7 | ใช่แน่นอน | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกที่ข้อความนั้นตรงกับความคิดมากที่สุด |

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่อย่างแน่นอน ถึง 7 คือ ใช้อย่างแน่นอน มีคะแนน ระหว่าง 6 - 42 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้

- | | | | |
|---|--------------|---------|--|
| 1 | ไม่ใช่แน่นอน | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความน้อยที่สุด |
| 2 | ไม่น่าจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นน้อยมาก |
| 3 | อาจจะไม่ใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นน้อย |
| 4 | ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น |
| 5 | อาจจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกที่ข้อความนั้นตรงกับความคิดปานกลาง |
| 6 | น่าจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกที่ข้อความนั้นตรงกับความคิดมาก |
| 7 | ใช่แน่นอน | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกที่ข้อความนั้นตรงกับความคิดมากที่สุด |

รวมคะแนนแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน มีคะแนนรวม 9-60 คะแนน โดยค่าคะแนนยิ่งสูงหมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่ดี โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

- | | | |
|-------------|---------|---|
| คะแนน 9-29 | หมายถึง | มีการต่อต้าน/ปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง |
| คะแนน 30-43 | หมายถึง | มีความรู้สึกเป็นกลางเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง |
| คะแนน 44-52 | หมายถึง | มีความรู้สึกดีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง |
| คะแนน 53-60 | หมายถึง | มีความรู้สึกชื่นชมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง |

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยขออนุญาตและดัดแปลงจากแบบสอบถามความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย (Living will and advance directive survey) ของ พิมพ์พนิต ภาศรี (2557) ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ

ผู้ป่วยไม่ต้องการการดูแลเลย 0 คะแนน ถึง ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากที่สุด 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0 – 12	หมายถึง	ญาติผู้ป่วยรับรู้ความปรารถนาของผู้ป่วยน้อย
คะแนน 13 – 25	หมายถึง	ญาติผู้ป่วยรับรู้ความปรารถนาของผู้ป่วยปานกลาง
คะแนน 26 – 40	หมายถึง	ญาติผู้ป่วยรับรู้ความปรารถนาของผู้ป่วยมาก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นแบบสอบถาม ที่พัฒนาโดย ซิมเมส และคณะ (Zimet et al., 1990) แปลเป็นภาษาไทย (Wongpakaran et al., 2011) ดัดแปลงและนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะประคับประคอง โดย สุมิตรา ติระพงศ์ประเสริฐ และคณะ (2564) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ 2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน จำนวน 4 ข้อ และ 3) การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลสำคัญ จำนวน 4 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด ถึง 7 คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด แบบสอบถามมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 12 - 84 คะแนน โดยแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 12 – 35	หมายถึง	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนน 36 – 59	หมายถึง	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน 60 – 84	หมายถึง	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยขออนุญาตและดัดแปลงจากแบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย ของ ซอง และคณะ (Song et al., 2012) แปลเป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีแปลย้อนกลับ (back-translation) เป็นแบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต แบบ (Likert Scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่มั่นใจ ถึง 4 คะแนน คือ มั่นใจมากที่สุด แบบสอบถามมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนน ออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0 – 5	หมายถึง	ญาติไม่มีความมั่นใจ
คะแนน 6 – 12	หมายถึง	ญาติมีความมั่นใจปานกลาง
คะแนน 13 – 20	หมายถึง	ญาติมีความมั่นใจมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย และส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน
- 2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน
- 3) พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะและปรับให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย โดยการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity: CVI) ที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .70 สำหรับเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ค่า CVI เท่ากับ .98 และสำหรับเครื่องมือเก่าที่มีการดัดแปลงและพัฒนา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity: CVI) ที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .80 คือ แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และแบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ได้ค่า ICVI ทุกฉบับเท่ากับ 1.0 (Polit & Beck, 2021; Gray & Grove, 2016)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ภายหลังการปรับแก้เนื้อหาของเครื่องมือตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน จำนวน 20 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของทำการหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบด้วยค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูล แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวและ

แบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ความเชื่อมั่นสำหรับเครื่องมือที่ดัดแปลง ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2021 p. 319) มีรายละเอียดดังนี้

- 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของทำการหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบด้วยค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .64
- 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94
- 3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้
 - 3.1) ทัศนคติด้านอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94
 - 3.2) ทัศนคติด้านการรับรู้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90
 - 3.3) ทัศนคติด้านพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71
- 4) แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98
- 5) แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98
- 6) แบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลกับผู้วิจัยแล้วโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดี สำนักวิชาบัณฑิตศึกษาเพื่อเสนอโครงการวิจัยขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ศูนย์เร่งรัดวิจัยและนวัตกรรม เอกชน (CPRIA)

2. หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์เร่งรัดวิจัยและนวัตกรรมเอกชน (CPRIA) ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีสำนักบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม ในเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 5 โรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และผู้จัดการหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม ในเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 5 โรงพยาบาล ในพื้นที่ ทำการเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4 โรงพยาบาลเปาโลเกษตร โรงพยาบาลเปาโลพระประแดง โรงพยาบาลเปาโลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลพญาไทนวนิพันธ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4 โรงพยาบาลเปาโลเกษตร โรงพยาบาลเปาโลพระประแดง โรงพยาบาลเปาโลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลพญาไทนวนิพันธ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ที่คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการอบรมผู้ช่วยวิจัย ให้เข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การขอความยินยอม การเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าร่วมเก็บข้อมูลกับผู้วิจัยจนแน่ใจว่าสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

ระยะเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง และดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม ในเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล ดังกล่าวเพื่อขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยประชาสัมพันธ์แจ้งญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโครงการวิจัยและแนะนำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เมื่อมีญาติของผู้ป่วยที่ทำตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อทำการขออนุญาตและให้พยาบาลหัวหน้าเวรแจ้งแก่ญาติของผู้ป่วยเพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. การคัดเลือกญาติผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างว่าบุคคลที่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการรักษาคือบุคคลใดบ้าง โดยมีเกณฑ์กำหนดครอบครัวละไม่เกิน 2 ท่าน และผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเชิญญาติผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเข้าร่วมในการวิจัย โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูล

เกี่ยวกับวัตถุประสงค์รายละเอียดวิจัยและประโยชน์ที่อาจได้รับ ข้อปฏิบัติขณะร่วมโครงการวิจัย การรักษาความลับ การมีอิสระในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมให้เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอ่านพิจารณาโดยไม่เร่งรัดกลุ่มตัวอย่างขณะตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย และใช้เวลาในการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว

3. เมื่อญาติผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเพื่อความยินยอมร่วมมือด้วยความสมัครใจในการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน อย่างละเอียดแบบสอบถามมีทั้งหมด 86 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30 – 45 นาที แบบสอบถามเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และญาติ จำนวน 1 ชุด จำนวน 19 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย จำนวน 6 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 15 ข้อ 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูล จำนวน 15 ข้อ 3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 9 ข้อ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 12 ข้อ และ 6) แบบสอบถามความมั่นใจการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ โดยในระยะเวลาเตรียมการผู้วิจัยจะจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามนอกเหนือจากเวลาที่ได้กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อมีญาติของผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

6. กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางการมองเห็นหรือไม่ต้องการอ่านแบบสอบถามเอง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบอย่างอิสระไม่มีการชักจูง และกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบหรือปฏิเสธการตอบข้อคำถามใดๆ ในแบบสอบถามก็ได้

7. ในระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หากมีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเครียดหรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างว่าหากกลุ่มตัวอย่างอาการทุเลาลงและพร้อมตอบแบบสอบถามต่อ สามารถแจ้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งพบจำนวน 1 ราย

8. หลังจากเสร็จการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและมอบของที่ระลึกให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความ

เรียบร้อยสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ ซึ่งจะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย ดังนี้

1. หลักการเคารพในบุคคล โดยเริ่มจากแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนระยะเวลาการวิจัยสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องปฏิบัติ โดยเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อบริการพยาบาลและการรักษาแต่อย่างใด ให้ปรึกษากัน และให้เวลาในการตัดสินใจ แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและไม่มีการบันทึกชื่อ ผลการศึกษานำเสนอข้อมูลในภาพรวมเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ขอให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. หลักคุณประโยชน์ การเข้าร่วมวิจัยนี้มีความเสี่ยงระดับน้อยในด้านการรักษาและระยะเวลาในการประเมินแบบสอบถาม มีความเสี่ยงระดับน้อยในด้านการกระทบต่อจิตใจผู้วิจัย รมัตถะวังการเก็บข้อมูลไม่ให้รบกวนญาติของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มากเกินไป โดยสอบถามถึงความพร้อมในการตอบแบบสอบถามก่อนและให้เวลาพักในการทำแบบสอบถาม การเข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมเพื่อความก้าวหน้าทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

3. หลักความยุติธรรม โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เลือกปฏิบัติกับญาติหรือผู้ป่วยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (IBM SPSS Statistics Authorized User Version 27) License Code; 704fb2646c79e60d7127 มีการกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ระยะเวลาที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สิทธิการรักษาและภาพผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย สถานะทางการเงินของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของญาติต่อครอบครัว ประสบการณ์ตัดสินใจเลือกการดูแลให้ผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยต่อครอบครัว การบอกความต้องการของผู้ป่วย การขอคำปรึกษาและเหตุผลที่ถูกเลือกให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคติ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ตัดสินใจ กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และเปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (DeVellis, 2012, p. 439 อ้างตาม รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่ามากกว่า 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า 0.3 – 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า 0.01 – 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน ถ้าเป็น - แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงข้ามกัน

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าวได้แก่ Pearson product-moment correlation เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear relationship) ระหว่างตัวแปร 2 ตัวหรือข้อมูล 2 ชุด โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ

1) ข้อมูลแจกแจงปกติ (Normal bivariate distribution)

2) ข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาคหรืออัตราส่วน (Measurement level are interval or ratio)

3) ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่มระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกัน (Linear relationship between the variables)

4) ข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรได้มาโดยการสุ่มและข้อมูลแต่ละคู่เป็นอิสระต่อกัน

จากผลการทดสอบการกระจายของข้อมูล (normality distribution) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบแจกแจงปกติ (ภาคผนวก ข)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ปัจจัยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูลที่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ ญาติของผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม เครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 105 คน วิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการอธิบาย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง
- ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัวกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย (N = 105)

เพศ	ข้อมูลส่วนบุคคล (ญาติผู้ป่วย)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	ชาย	46	43.8
	หญิง	59	56.2
อายุ (ปี)	18-59	73	69.5
	60-69	23	21.9
	70-79	8	7.6
	≥ 80	1	1.0
	(M = 49.97, SD = 14.6, Min = 21, Max = 80)		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	21	20.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	22	21.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	8.6
	อนุปริญญา	21	20.0
	ปริญญาตรี	31	29.5
	อื่นๆ (สูงกว่าระดับปริญญาตรี)	1	0.9
ศาสนา	พุทธ	98	93.3
	อิสลาม	5	4.8
	คริสต์	2	1.9
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บิดา/มารดา	11	10.5
	สามี/ภรรยา หรือ คู่ชีวิต	34	32.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล (ญาติผู้ป่วย)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ต่อ)		
บุตร	47	44.7
พี่/น้อง	13	12.4
สถานะทางการเงินของครอบครัว		
เพียงพอและเหลือเก็บ	56	53.3
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	36	34.3
ไม่เพียงพอ	13	12.4
บทบาทหน้าที่ของญาติในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	28	26.7
ผู้หารายได้หลักของครอบครัว	29	27.6
สมาชิกในครอบครัว	48	45.7
ประสบการณ์การตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย		
ไม่เคยมีประสบการณ์	102	97.1
เคยมีประสบการณ์	3	2.9
ผู้ป่วยบอกความต้องการการดูแลระยะท้าย		
ผู้ป่วยไม่เคยบอกความต้องการ	101	96.2
ผู้ป่วยเคยบอกความต้องการ	4	3.8
การปรึกษาก่อนการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง		
ปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว	59	56.2
แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย (เพียงอย่างเดียว)	28	26.7
สมาชิกในครอบครัว (เพียงอย่างเดียว)	18	17.1
เหตุผลที่ท่านถูกเลือกให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	11	10.5
สามี/ภรรยา หรือ คู่ชีวิต	34	32.4
บุตร	47	44.7
พี่/น้อง	13	12.4

จากตาราง 1 พบว่า ญาติผู้ป่วยเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-80 ปี อายุเฉลี่ย 49.9 ปี ($SD = 14.56$) พบมากในช่วงอายุระหว่าง 18-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.5 กลุ่มตัวอย่างเรียนจบระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 29.5 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 21.0 ระดับประถมศึกษาและระดับอนุศึกษามีสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างนับถือ ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 4.8 และนับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 1.9 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 32.4 และพี่/น้อง คิดเป็นร้อยละ 12.4 สถานะทางการเงินของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งพบว่า เพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 34.3 และไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 12.4 ญาติของผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาคือเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัวและเป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 27.6 และ 26.7 ตามลำดับ

สำหรับประสบการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาให้กับคนในครอบครัวมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 97.1 มีญาติเพียง 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.9 ที่เคยมีประสบการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยในครอบครัว ญาติที่ทำหน้าที่ตัดสินใจร้อยละ 96.2 ไม่เคยได้รับการบอกกล่าวจากผู้ป่วยถึงความต้องการการดูแลระยะท้าย มีเพียง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 ที่ผู้ป่วยเคยบอกความต้องการ

การปรึกษาก่อนการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ญาติของผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกปรึกษาแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและปรึกษาสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 56.2 รองลงมาคือ ปรึกษาเฉพาะแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 26.7 และปรึกษาเฉพาะสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 17.1

เหตุผลที่ญาติของผู้ป่วยถูกเลือกให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมากที่สุดคือ มีฐานะเป็นบุตรของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 32.4 ญาติ/พี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 12.4 บิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 10.5

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (N=64)

ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ป่วย)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	53.1
หญิง	30	46.9
อายุ (ปี)		
18-59	29	45.3
60-69	13	20.3
70-79	13	20.3
≥ 80	9	14.1
(M = 60.95, SD = 18.12, Min = 18, Max = 98)		
การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย		
โรคมะเร็ง	19	29.7
โรคหลอดเลือดสมอง	10	15.6
การติดเชื้อในกระแสเลือด	9	14.1
โรกระบบทางเดินหายใจ	7	10.9
โรคหัวใจและหลอดเลือด	7	10.9
โรคเอดส์	6	9.4
โรคไตวายเรื้อรัง	4	6.3
อุบัติเหตุ	2	3.1
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	42	65.6
โรคเบาหวาน	24	37.5
โรคไขมันในเลือดสูง	35	54.7
โรคไต	16	25.0
โรคมะเร็ง	8	12.5
โรคซิฟิลิส	2	3.1

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ป่วย)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (วัน)		
1-7	28	43.7
8-14	25	39.1
>14	11	17.2
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	59	92.2
ประกันสุขภาพ	2	3.1
ชำระเงินสด	2	3.1
ข้าราชการ	1	1.6
สภาพผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล		
ทำงานได้	17	26.5
ทำกิจวัตรประจำวันได้	27	42.2
นอนติดเตียง	20	31.3
บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยต่อครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	20	19.0
ผู้หารายได้หลักของครอบครัว	3	2.9
สมาชิกในครอบครัว	82	78.1

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.1 มีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 60.95 ปี ($SD = 18.12$) ผู้ป่วยกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 60-69 ปี และช่วงอายุ 70-79 ปี มีสัดส่วนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 20.3 และมีอายุมากกว่า 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.1 และช่วงอายุระหว่าง 18-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.3 สำหรับการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยระยะท้าย 3 อันดับแรกได้แก่ คือ โรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 29.7 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 15.6 และติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 14.1 และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 65.6 มากกว่าหนึ่งในสามมีระยะเวลาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในช่วงระหว่าง 1-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 43.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 92.2 และก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ คิดเป็นร้อยละ 42.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว คือ เป็นสมาชิกใน

ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 19.0 และเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 2.9

ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ตาราง 3 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่ได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนเฉลี่ย ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง (N = 105)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่ได้	M	(SD)	ระดับ
ความมั่นใจในการตัดสินใจ	0 – 20	2 – 18	10.27	3.10	ปานกลาง
ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง	0 – 15	2 – 11	6.33	1.81	ปานกลาง
การได้รับข้อมูล	15 – 60	31 – 57	43.04	4.93	มาก
ทัศนคติการดูแลแบบประคับประคอง	9 – 60	24 – 46	35.00	4.87	เป็นกลาง
การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย	0 – 40	9 – 40	27.48	7.89	มาก
การสนับสนุนของครอบครัว	12 – 84	36 – 81	63.44	10.94	สูง

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 10.27 คะแนน (SD = 3.10) คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 6.33 คะแนน (SD = 1.81) การได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 43.04 คะแนน (SD = 4.93) ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับเป็นกลาง คะแนนเฉลี่ย 35.00 คะแนน (SD = 4.87) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 27.48 คะแนน (SD = 7.89) การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 63.44 คะแนน (SD = 10.94)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย (N = 105)

ตัวแปร	ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติ		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	.196	.045*	ต่ำ
การได้รับข้อมูล	.225	.021*	ต่ำ
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	.295	.002**	ต่ำ
การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย	.345	.000**	ปานกลาง
การสนับสนุนของครอบครัว	-.024	.808 ^{ns}	ต่ำ

** p < .01, * p < .05, ns = not statistically significant p > .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .196, p < .05$) การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .225, p < .05$) ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .295, p < .01$) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับปานกลางกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .345, p < .01$) ในขณะที่การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.024, p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ปัจจัยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูลที่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ ญาติของผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม เครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 105 คน ผลการศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 10.27 คะแนน ($SD = 3.10$) (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 20 คะแนน) ผลการศึกษาแสดงว่าญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้าย มีความมั่นใจในการตัดสินใจของตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าญาติมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในระยะในระดับสูง ได้แก่ การศึกษาของ ซอง และคณะ (Song et al., 2012) พบว่าญาติของผู้ป่วยนั้นมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายอยู่ในระดับสูง ($M = 3.23, SD = .82$) โดยความมั่นใจที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการได้สื่อสารและการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงได้มีการรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย การศึกษาของ โนแลตัน และคณะ (Nolan et al., 2008) พบว่าญาติของผู้ป่วยจะเกิด

ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแนวการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยนั้นต้องมีการได้รับข้อมูล การได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ รับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ญาติเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ พิน่า เอ็สคูโร และคณะ (Piña-Escudero et al., 2019) พบว่าญาติของผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับผลดีของการดูแลแบบประคับประคองจะต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเลยมีจำนวนมากถึง ร้อยละ 97.1 รวมถึงผู้ป่วยส่วนมากแล้ว ร้อยละ 96.2 ไม่เคยบอกถึงความต้องการของตนเองให้ญาติรับรู้เมื่อต้องเข้าสู่การเจ็บป่วยระยะท้าย และยังมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้มีความมั่นใจในการตัดสินใจในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.33 คะแนน ($SD = 1.81$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดิออน-โอดอม และคณะ (Dionne-Odom et al., 2019) ที่ทำการสำรวจความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า มากกว่าร้อยละ 55 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายไม่รู้จักรูปการดูแลแบบประคับประคอง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .196, p < .05$) สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายโดยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self-efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าบุคคลจะสามารถกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ด้วยความสามารถของตนเอง โดยบุคคลมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้นจะต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยด้านตัวบุคคล (behavior personal factor) ได้แก่

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ในสถานการณ์ที่ญาติต้องตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ให้กับญาติของตนเองที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้าย การที่ญาติผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จะทำให้ญาติรู้สึกมั่นใจในความสามารถ ของตนว่าเลือกแนวทางการรักษาที่ดีและเหมาะสมกับญาติของตนเอง ทำให้มีความมั่นใจในการ ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ญาติมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ ตัดสินใจแทนผู้ป่วย มีเพียงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ เวสต์ และคณะ (West et al., 2021) พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญในการตัดสินใจเลือกการรักษาของญาติผู้ป่วยคือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการศึกษาความต้องการการดูแลแบบ ประคับประคองและการใช้บริการระหว่างการดูแลแบบประคับประคองของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม ของ อุลลริช และคณะ (Ullrich et al., 2021) พบว่า ญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับ ผลดีของการดูแลแบบประคับประคองจะมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่นเดียวกัน ($\beta = -.144, p = 0.037$)

การได้รับข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมาก มีคะแนน เฉลี่ย 43.04 คะแนน ($SD = 4.93$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ทานากะ และคณะ (Tanaka et al., 2021) พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านปัจจัยด้านการฟื้นกลับมาเป็น ปกติของผู้ป่วย ร้อยละ 88.5 และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ร้อยละ 30.7 และการศึกษาของ มอร์ส และคณะ (Moss et al., 2019) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าการให้ข้อมูลแก่ญาติของ ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ญาติของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและ รับรู้ว่าการเลือกตัดสินใจนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นจะส่งผลให้ญาติผู้ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติ ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .225, p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การดำเนินโรค อาการ และแนวทางการรักษา ทำให้ญาติที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าคุณเองมีข้อมูลที่ นำไปใช้ในการตัดสินใจและมีความมั่นใจเกี่ยวกับการเลือกการดูแลแบบประคับประคองว่าเหมาะสม สำหรับผู้ป่วย (Bandura, 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิน่า เอ็สคูโร และคณะ (Piña-Escudero et al., 2019) พบว่าการได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมี

ความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = -.210, p = 0.014$)

การศึกษาของ ปริญา แร่ทอง (2559) พบว่าญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการวิเคราะห์และเกิดกระบวนการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ นริสา สะมาแอ และคณะ (2557) พบว่าญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมักเกิดความสับสนและขัดแย้งขึ้นในใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยว่าควรเลือกตัดสินใจอย่างไรให้แก่ผู้ป่วย ญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจึงมีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ มาเป็นปัจจัยพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ผู้ป่วย จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่าญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจะทำให้มีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยสูงเช่นเดียวกัน

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับเป็นกลาง (คะแนนเฉลี่ย 35.00, $SD = 4.87$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยู และคณะ (Yoo et al., 2018) ศึกษาทัศนคติต่อการดูแลประคับประคองในระยะเริ่มต้นในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลแบบสำรวจทั่วประเทศเกาหลี ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 89.5% มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลแบบประคับประคองซึ่งญาติของผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้ขัดต่อแนวทางการรักษาแต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย

ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .295, p < .05$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 หมายความว่า ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่ดีจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ตนเองสามารถเลือกการดูแลที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ของ อีสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) พบว่า ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ($r = .43, p = .00$) จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่าญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่ดีจะส่งผลให้มีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 27.48 คะแนน ($SD = 7.89$) มีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ ปริญญา แร่ทอง (2559) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .345, p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 4 อธิบายได้ว่าการที่ญาติรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ญาติมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลือกการดูแลแบบประคับประคองที่มีแนวทางในการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจะส่งผลให้มีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ญาติมากขึ้น (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ โดแลน และคณะ (Donlan et al., 2021) ที่พบว่า การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อญาติในการดูแลและวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย และการศึกษาของ พิน่า เอ็สคูเดโร (Piña-Escudero et al., 2019) พบว่า การบอกความต้องการของผู้ป่วยแก่ญาติสามารถทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = -.230, p = 0.014$) จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยสูงจะทำให้มีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วยสูงเช่นเดียวกัน

การสนับสนุนของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 63.44 คะแนน ($SD = 10.94$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน และคณะ (2563) พบว่าญาติของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเข้าสู่ระยะท้าย ช่วงเวลาของการตัดสินใจนั้นญาติของผู้ป่วยต้องการปรึกษาหารือพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว แต่การศึกษานี้ พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวของมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.024, p = .808$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 โดยผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในระดับมาก แต่พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยของญาติผู้ตัดสินใจแทน ดังนั้นการที่ญาติของผู้ป่วยมีการสนับสนุนของครอบครัวสูงก็ยังคงมีความไม่มั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเช่นเดิม

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าบุคคลนั้นสามารถกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ด้วยความสามารถของตนเองโดยการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกันและในแต่ละบุคคลยังมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้นจะต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง ปัจจัยด้านเงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (environment condition) ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น ในที่นี้คือการสนับสนุนจากครอบครัวแม้ว่าจะมีการสนับสนุนในระดับมากก็ไม่อาจส่งผลให้เกิดความมั่นใจขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆได้ ตามเงื่อนไขที่ว่าปัจจัยแต่ละด้านนั้นก็ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน เพียงแต่จะมีสถานการณ์หรือเวลาในการกำหนดให้ปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งมีผลต่อปัจจัยอื่นๆ สุดท้ายแล้วจะส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเช่นกัน

จากผลการศึกษาดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นนั้นพบว่า มีความสอดคล้องกับ การศึกษาของ พิน่า เอสคูโร (Piña-Escudero et al., 2019) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ($\beta = 0.121, p = 0.199$) แต่พบว่ามีความขัดแย้งกับการศึกษาของ บอลเซอร์เคน (Bonsaksen et al., 2012) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้นั้นคือการสนับสนุนของครอบครัว ($r = 0.20, p = 0.17$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ อุลริช และ คณะ (Ullrich et al., 2021) ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย ($\beta = -.168, p = 0.017$)

สรุปผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับญาติของตนเองที่เจ็บป่วยระยะท้ายในหน่วยวิกฤต มีความมั่นใจในการตัดสินใจในระดับปานกลาง และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และที่สำคัญคือการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันส่งผลให้ญาติเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ปัจจัยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 86 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 1 ชุด แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 6 ชุด คือ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูล 3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 4) แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย 5) แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว และ 6) แบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ ญาติของผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม เครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 105 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ตัดสินใจ กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-80 ปี อายุเฉลี่ย 49.9 ปี ($SD = 14.56$) พบมากในช่วงอายุระหว่าง 18-59 ปี ร้อยละ 69.5 ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนจบปริญญาตรี ร้อยละ 29.5 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.0 ส่วนระดับประถมศึกษาและระดับอนุปริญญา มีสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างนับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 รองลงมา นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 4.8 และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.9 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ บุตร ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 32.4 และ พี่/น้อง ร้อยละ 12.4 สถานะทางการเงินของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งพบว่า เพียงพอ และเหลือเก็บ ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 34.3 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 12.4 ญาติของผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัว มากที่สุด ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัวและเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 27.6 และ 26.7 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว คือ เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 26.7 และเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว ร้อยละ 27.6 ในส่วนของประสบการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ร้อยละ 97.1 และ กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ร้อยละ 2.9 การบอกความต้องการเกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่เคยบอกความต้องการ ร้อยละ 96.2 และผู้ป่วยบอกความต้องการ ร้อยละ 3.8

การปรึกษาก่อนการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกปรึกษาแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและปรึกษาสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย ร้อยละ 56.2 รองลงมาคือ ปรึกษาเฉพาะแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 26.7 และ ปรึกษาเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 17.1 เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมากที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 32.4 ญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 12.4 บิดา/มารดา ร้อยละ 10.5

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.1 มีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 60.95 ปี ($SD = 18.12$) พบมากในช่วงอายุระหว่าง 18-59 ปี

ร้อยละ 45.3 รองลงมา ช่วงอายุ 60-79 ปี และ ช่วงอายุ 70-79 ปี มีสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 20.3 และ ช่วงอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 14.1 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็ง ร้อยละ 29.7 และมากกว่าครึ่งของกลุ่ม ตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.6 มากกว่าหนึ่งในสามมีระยะเวลาเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในช่วงระหว่าง 1-7 วัน ร้อยละ 43.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา ประกันสังคม ร้อยละ 92.2 และก่อนเข้ารับการรักษามือผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ ร้อยละ 42.2

ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแล แบบประคับประคอง ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ ความต้องการของผู้ป่วยและการสนับสนุนของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบ ประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 10.27 คะแนน ($SD = 3.10$) มีคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 6.33 คะแนน ($SD = 1.81$) การได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 43.04 คะแนน ($SD = 4.93$) ทศนคติ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมีข้อสงสัย คะแนนเฉลี่ย 35.00 คะแนน ($SD = 4.87$) การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 27.48 คะแนน ($SD = 7.89$) และการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 63.44 คะแนน ($SD = 10.94$)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทศนคติเกี่ยวกับการ ดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุน ของครอบครัว กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .196, p < .05$) การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจ เลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r = .225, p < .05$) ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับต่ำกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับ ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .295, p < .01$) การรับรู้ความ

ต้องการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความมั่นใจของของสมาชิกครอบครัว ผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .345, p < .01$) ในขณะที่การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.024, p > .05$)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการ ดังนี้

1. จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ญาติของผู้ป่วยมีความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง
2. พัฒนาระบบบริการที่ส่งเสริมให้ญาติของผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาอาการ ของผู้ป่วย ได้อย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาหรือการบอกความต้องการเกี่ยวกับการได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยระยะท้ายให้กับญาติได้รับทราบ

ด้านการวิจัย

ผลการวิจัยนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ญาติของผู้ป่วยมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางที่สามารถให้การสนับสนุนแก่ญาติของผู้ป่วย รวมทั้งอาจมีการพัฒนานวัตกรรมหรือกิจกรรมอื่นๆที่จะช่วยให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการพัฒนาเครื่องมือวิจัยชิ้นใหม่คือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่วัดโดยค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .64 อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ของตัวแปร รวมถึงการเลือกที่ดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ให้มีข้อความที่เฉพาะกับบริบทที่ศึกษามากขึ้น การใช้ข้อความทั่วไปที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างก็อาจส่งผลต่อค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร จิวประสาท. (2558). บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 15-24.
- กรมการแพทย์. (2559). *List disease of palliative care and functional unit*. บริษัท อาร์ตควอลิไฟท์.
- กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. ฉบับที่ 731. วันที่ 7 มกราคม 2565.
- กฤษณาพรพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาสิทธิ์, นิภาพร อภิสถิธาสนา, และมนีรัตน์ เทียมหมอก. (2560). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(3), 138-145
- เกษร เกตุชู, พิภูล นันทชัยพันธ์, และสุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2559). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลสาร*, 43(ฉบับพิเศษ), 1-10.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉรียา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ีย์, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2554). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลรามา*, 17(1), 126-140.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2563. *นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓*. (2563, พฤศจิกายน,6). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 137. ตอนพิเศษ 261 ง. หน้า 1-22
- จารุวรรณ บุญรัตน์, และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 1-13.
- จินตนา อาจสันเทียะ. (2556). การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนแนวพุทธ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(2), 9-16
- จุรลักษ์ณ์ แก้วมะไฟ, และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 127-136.

- ฉวีวรรณ ชงชัย, และ สมจิต หนูเจริญกุล. (2556). ประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการให้บริการ ผู้ป่วยวิกฤต: กรณีศึกษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 80-94.
- ชนุกร แก้วมณี. (2563). แนวคิดและวิธีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 1-10.
- ชุลินดา ทิพย์เกสร, วัลภา คุณทรงเกียรติ, & สุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2560). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา).
- ชโลธร ชาวบ้านกร่าง. (2564). การศึกษาลักษณะผู้ป่วยระดับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(3), 119-127.
- ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา สีนมั่นคง, และนุชนาฏ สุทธิ. (2563). ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 116-131.
- ทองเปลว ชมจันทร์, และ ปาริชาติ ลิ้มเจริญ. (2562). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(1), 15-29.
- นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล.(2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 26-34.
- ธิดาวรรณ สาสิทธิ์, และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2563). ทักษะคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2(3), 66-76.
- ธานี เพชรรัตน์, กนกกาญจน์ กองพิธิ, ดารณี แสนสุขทวี, ศศิธร ดวงมัน, ราตรี พรหมหลวงศรี, สุอังคณา สุพรรณเกษัช, พลากร สุรกุลประภา, วินัย ศิริชาติวาปี, และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2560). ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกพยาบาล ศัลยกรรมและออโรโธปิดิกส์. *ครีโนครินทร์เวชสาร*, 32(3), 269-275.
- นริสรา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานันต์, และวราภรณ์ คงสุวรรณ.(2557). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 16(1), 48-59
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

- ปฐมวดี สิงห์ตง, และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วย
วิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ, *วารสารรามธิบดีสาร*, 18(3), 404-417.
- ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2563). การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า: ประเด็นสำคัญในการดูแล
แบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(3), 12-23
- ปทุมพร สุรอรุณสัมฤทธิ์, สุธีระ ทองประไพ, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, และวาราลักษณ์
ศรีนนท์ ประเสริฐ. (2561). การสำรวจความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอ
ผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ*, 17, 37-45.
- ปนัดดา สุวรรณ, ลดารัตน์ สาภินันท์, ธนพัฒน์ ไชยป้อ, ตุลา วงศ์ปาลี, นันทนีย์ แสงวัฒนรัตน์,
เรไร พงศ์สถาพร, จิตราวดี จิตจันทร์, ชยุต ใหม่เขียว, อุบล บัวชุม, นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช,
สุกัญญา งามสกุลรัตน์, และมนัสสา สิงห์เฉลิม. (2560). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
ในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, *วารสารพยาบาลสาร*, 44(2), 89-103
- ปิยารัตน์ รุ่งเรือง, ปรานทิพย์ ฉายพุทธ และวัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์.(2565). ผลของโปรแกรมการให้
ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน
แผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง, *วารสารสภาการ
พยาบาล*, 37(4), 95-110
- ปริญญา แร่ทอง. (2559). ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติการ
รักษาเพื่อยืดชีวิต: ความต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล, *วารสารสภาการ
พยาบาล*, 31(4), 122-133.
- ปรานี แก้วสิงห์, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, ขวัญจิตต์ ประเสริฐทรง, และ ทรงวุฒิ ปานนาค. (2555).
การประเมินสมรรถนะของหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตทางศัลยศาสตร์ด้วย Acute Physiology
and Chronic Health Evaluation II (APACHE) III. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาล
ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(3), 206-215
- ปิยนัยต์ วัฒนประสาน, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2563). ประสบการณ์ของ
สมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้ง หรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของ
ชีวิต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(4), 51-62.
- ปวันนุช กลิ่นมาลี, วราภรณ์ คงสุวรรณ, จารุวรรณ มานะสุรการ, และบุศรา หมั่นศรี.(2559). การ
ตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทย
พุทธในระยะท้ายของชีวิต [หมายเลขตีพิมพ์ 03T08:25:37Z] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS).

- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หักกิต.(2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4), 57-71
- พวงพยอม จุลพันธ์, พรพรรณ มนัสจกุล, และสุพรรณิ สุตสา.(2563). ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ, *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 33-43.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, เวธกา กลิ่นวิชิต, พวงทอง อินใจ และสิริลักษณ์ โสमानุสรณ.(2560). กระบวนทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 10(2), 1-18.
- ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร, เพชรรัตน์ บุณนาค, และสวณี เต็งรังสรรค์.(2564). ความรู้ ประสบการณ์ และอุปสรรคในกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(4), 46-468.
- ภาสิต ศิริเทศ, และณพวิทย์ ธรรมสีหา.(2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?wpdmpro=รายงานสถานการณ์ผู้สูง-10>
- ยุพิน ตันอนุชิตติกุล. (2557). ผลการใช้คะแนน APACHE II ในการบริหารเตียงหอผู้ป่วย ICU ทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(2), 298-304
- รุ่งนภา เขียวขำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรมะชากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร, และสาคร พร้อมเพระ. (2556). ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 24-34
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักษณะ สุวรรณนิล, อรัญญา เขาวลิต และทัศนีย์ นະແສ.(2555). ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ติดตามใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย [หมายเลขตีพิมพ์ 31T06:50:31Z] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLIS).
- ลาตีพะห์ เจ๊ะเลาะ, กิตติกร นิลมานันต์, และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2562). กระบวนการตัดสินใจของผู้ติดตามใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(3), 82-92.

- วิจิตรา กุสุมภ์, และสุนันทา ครองยุทธม. 2563. ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารพยาบาล*, 69(3), 53-61
- วรางคณา อ่ำศรีเวียงฒ. 2558. การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต : บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 8(2), 1-8.
- วรรณวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุกภาพ, พัทรี แวงวรรณ, ชนิสรา แสนยบุตร, และศิวพล ศรีแก้ว. (2559). ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตบริการสุขภาพที่ 7. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิทยราชวิทยาลัย*, 22(4), 510-524.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2555). การตัดสินใจในระยะสุดท้าย : สถานการณ์ตัวอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียู. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 32(2), 59-68.
- ศศิกัญจน์ นามิ่ง, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ, และ ศักดา ตรีเดช. (2560). การวิเคราะห์เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 104-115
- ศรญา ยิ่งเจริญ, และ วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2558). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 53-67
- ศิริลักษณ์ เมืองไทย, และชุลีพร หิตอักษร. (2564). ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิของญาติในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตแทนผู้ป่วย. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์*, 12(2), 112-125
- สุร์ชากมล สว่างกมล, และไพโรจน์ บุญศิริคำชัย. (2566). ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิของญาติในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตแทนผู้ป่วย. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์*, 12(2), 112-125
- สุณี เวชประสิทธิ์, และพระสุทธิสารเมธี. (2564). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยหลักพุทธจริยศาสตร์. *วารสารปัญญา*, 28(2), 1-14
- แสง บัญเฉลิมวิภาส. (2558). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 1(3), 241-253
- แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สุปรียญา สัมพันธ์รัตน์ และจุลจรรยาพร สิ้นสิริ. (2561). ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 38(1), 77-89

- สภาการพยาบาลและสมาคมแห่งประเทศไทย. (2558). *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และ ศุภร วงศ์วาทย์. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 104- 121.
- สมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และวิภา วิเสโส. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 67-79.
- สายฝน ไทยประดิษฐ์. (2560). บทบาทพยาบาลห้กรวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลสาร*, 44(4), 185-194.
- อรวิฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสุปรีดา มั่นคง. (2560). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *วารสารพยาบาลรามา*. 23(3), 328-343.
- อิสริยา รักเสนาะ, สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2561). ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 242-250.
- ฤชดา โมเหล็ก, วารินทร์ บินโฮเซ็น, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์, ความรุนแรงของอากาศในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(2), 102-109
- Azarsa, T., Davoodi, A., Khorami Markani, A., Gahramanian, A., & Vargaei, A. (2015). Spiritual wellbeing, Attitude toward Spiritual Care and its Relationship with Spiritual Care Competence among Critical Care Nurses. *Journal of Caring Sciences*, 4(4), 309-320. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.031>
- Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(8), 166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2012). Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(4), 333-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00959.x>

- Briggs, D. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nurs Stand*, 32(2), 41-48. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10812>
- Butler, M., Ratner, E., McCreedy, E., Shippee, N., & Kane, R. L. (2014). Decision aids for advance care planning: an overview of the state of the science. *Annals of internal medicine*, 161(6), 408-418. <https://doi.org/10.7326/m14-0644>
- Chaves, J. H. B., Angelo Neto, L. M., Tavares, V. M. C., Tuller, L. P. d. S., Santos, C. T., & Coelho, J. A. P. d. M. (2021). Palliative care: knowledge of cancer patients and their caregivers. *Revista Bioética*, 29, 519-529.
- Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A., & Chang, Y. P. (2021). The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(7), 869-876. <https://doi.org/10.1177/104990912111006914>
- Chinachoti, T., Jongthansesthakul, K., Limratana, P., & Toomtong, P. (2016). Predicted factors of prolonged postoperative ICU admission more than four days: Thai tertiary university hospital. *Siriraj Medical Journal*, 68(5) , 277– 283. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/69327>
- Collins, A., McLachlan, S. A., & Philip, J. (2020). Community knowledge of and attitudes to palliative care: A descriptive study. *Palliative medicine*, 34(2) , 245- 252. <https://doi.org/10.1177/0269216319888371>
- Connor, S., & Sepulveda, C. (2014). The global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.
- Czajka, S., Ziębińska, K., Marczenko, K., Posmyk, B., Szczepańska, A. J., & Krzych, Ł. J. (2020). Validation of APACHE II, APACHE III and SAPS II scores in in-hospital and one year mortality prediction in a mixed intensive care unit in Poland: a cohort study. *BMC anesthesiology*, 20(1) , 296. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01203-7>
- Dionne-Odom, J. N., Ejem, D., Azuero, A., Taylor, R. A., Rocque, G. B., Turkman, Y., Thompson, M. A., Knight, S. J., Martin, M. Y., & Bakitas, M. A. (2018). Factors Associated with Family Caregivers' Confidence in Future Surrogate Decision Making for Persons with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12) , 1705-1712. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0148>

- Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y. H. (2008). Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliative Medicine*, 22(2), 153-171. <https://doi.org/10.1177/0269216307085343>
- Donlan, J., Ufere, N. N., Indriolo, T., Jackson, V., Chung, R. T., El-Jawahri, A., & Traeger, L. (2021). Patient and Caregiver Perspectives on Palliative Care in End-Stage Liver Disease. *Journal of Palliative Medicine*, 24(5), 719-724. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0551>
- Edwards, S. B., Olson, K., Koop, P. M., & Northcott, H. C. (2012). Patient and Family Caregiver Decision Making in the Context of Advanced Cancer. *Cancer Nursing*, 35(3), 178-186. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822786f6>
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (Eds.). (2001). Oxford textbook of palliative nursing (2nd ed.). Oxford University Press.
- Fried, T. R., Zenoni, M., Iannone, L., O'Leary, J., & Fenton, B. T. (2017). Engagement in Advance Care Planning and Surrogates' Knowledge of Patients' Treatment Goals. *J Am Geriatr Soc*, 65(8), 1712-1718. <https://doi.org/10.1111/jgs.1485>
- Fumaneeshoat, O. (2021). Caregiver and Palliative Care. *PSU Medical Journal*. <https://doi.org/10.31584/psumj.2021247140>
- Gijsberts, M.-J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25. <https://www.mdpi.com/2076-3271/7/2/25>
- Hien, L. T., Chanruangvanich, W., & Thosingha, O. (2017). Factors Related to Needs in Palliative Care among Patients with Hepatocellular Carcinoma. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(3), 87-95. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/116714>
- Iverson, E., Celious, A., Kennedy, C. R., Shehane, E., Eastman, A., Warren, V., & Freeman, B. D. (2014). Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: implications for nursing practice. *Intensive Crit Care Nurs*, 30(2), 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.00>

- Jiraphan, A., & Pitanupong, J. (2022). General population-based study on preferences towards end-of-life care in Southern Thailand: a cross-sectional survey. *BMC Palliat Care*, 21(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00926-3>
- Lee, A., Cheung, Y. S. L., Joynt, G. M., Leung, C. C. H., Wong, W. T., & Gomersall, C. D. (2017). Are high nurse workload/ staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study. *Annals of intensive care*, 7(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0269-2>
- Malathum, P. (2001). *A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults* (Publication Number 3034979) [Ph.D., The University of Texas at Austin]. Nursing & Allied Health Premium. United States -- Texas. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/model-factors-contributing-perceived-abilities/docview/304721295/se-2?accountid=34902>
- Manjavong, M., Srinonprasert, V., Limpawattana, P., Chindaprasirt, J., Pairojkul, S., Kuichanuan, T., Kaiyakit, S., Juntararungtong, T., Yongrattanakit, K., Pimporm, J., & Thongkoo, J. (2019). Comparison of Thai older patients' wishes and nurses' perceptions regarding end-of-life care. *Nursing Ethics journal*, 26(7-8), 2006-2015. <https://doi.org/10.1177/096973301982>
- Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S., Arulkumaran, N., van Dusseldorp, I., Bensemmane, S., Aslakson, R., Davidson, J. E., Gerritsen, R., Hartog, C., & Curtis, R. (2019). Palliative care interventions in intensive care unit patients - a systematic review protocol. *Syst Rev*, 8(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1064-y>
- Moss, K. O., Douglas, S. L., Baum, E., & Daly, B. (2019). Family Surrogate Decision-making in Chronic Critical Illness: A Qualitative Analysis. *critical care nurse journal*, 39(3), e18-e26. <https://doi.org/10.4037/ccn2019176>
- Mulcahy Symmons, S., Ryan, K., Aoun, S. M., Selman, L. E., Davies, A. N., Cornally, N., Lombard, J., McQuillan, R., Guerin, S., O'Leary, N., Connolly, M., Rabbitte, M., Mockler, D., & Foley, G. (2022). Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative

- synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003525>
- Mystakidou, K., Parpa, E., Panagiotou, I., Tsilika, E., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2013). Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *Eur Journal of Cancer Care (Engl)*, *22*(2), 188-195. <https://doi.org/10.1111/ecc.12012>
- Nilmanat K. (2016). Palliative care in Thailand: Development and challenges. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, *26*(3), 262–264.
- Nolan, M. T., Hughes, M. T., Kub, J., Terry, P. B., Astrow, A., Thompson, R. E., Clawson, L., Texeira, K., & Sulmasy, D. P. (2009). Development and validation of the Family Decision-Making Self-Efficacy Scale. *Palliat Support Care*, *7*(3), 315-321. <https://doi.org/10.1017/s1478951509990241>
- Nolan, M. T., Kub, J., Hughes, M. T., Terry, P. B., Astrow, A. B., Carbo, C. A., Thompson, R. E., Clawson, L., Texeira, K., & Sulmasy, D. P. (2008). Family health care decision making and self-efficacy with patients with ALS at the end of life. *PalliatSupport Care*, *6*(3), 273-280. <https://doi.org/10.1017/s147895150800>
- Pairojkul, S., Thongkhamcharoen, R., Raksasataya, A., Sorasit, C., Nakawiro, P., Sudsa, S., Sattamai, C., Puripanpinyo, N., Oerareemit, N., Raksadaen, B., Apajitt, P., Santisant, B., Thammachote, P., Thunyawon, S., Rattanachun, V., & Fagcharoenpol, V. (2021). Integration of Specialist Palliative Care into Tertiary Hospitals: A Multicenter Point Prevalence Survey from Thailand. *Palliat Med Rep*, *2*(1), 272-279. <https://doi.org/10.1089/pmr.2021.0003>
- Perry, L. M., Hoerger, M., Malhotra, S., Gerhart, J. I., Mohile, S., & Duberstein, P. R. (2020). Development and Validation of the Palliative Care Attitudes Scale (PCAS-9): A Measure of Patient Attitudes Toward Palliative Care. *J Pain SymptomManage*, *59*(2), 293-301.e298. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.008>
- Piña-Escudero, S. D., García-Avilés, R. J., Fajardo-Juárez, A. I., López, C. U., Moral-Trejo, A. K. D., Ramírez-Ambriz, P. M., Tovar-Serrano, A., & Antonio, G. J. M. (2019). Factors Associated with Surrogate Self-Efficacy in Decision-Making for Patients

- with End- Stage Renal Disease. *Indian J Palliat Care*, 25(1) , 3- 8.
https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_147_18
- Pitanupong, J., & Janmanee, S. (2022). End-of-life care preferences among cancer patients in Southern Thailand: a university hospital-based cross-sectional survey. *BMC Palliat Care*, 20(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00775-6>
- Quinn, J. R., Schmitt, M., Baggs, J. G., Norton, S. A., Dombek, M. T., & Sellers, C. R. (2012). Family members' informal roles in end-of-life decision making in adult intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 21(1), 43-51. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012520>
- Rababa, M., & Al-Sabbah, S. (2022). Nurses' Pain Assessment Practices for Cognitively Intact and Impaired Older Adults in Intensive Care Units. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 12(2), 115–121. <https://doi.org/10.1159/000525477>
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J., Novellas, A., Tavares, M., & Gonçalves, E. (2015). The Caregiver Role in Palliative Care: A Systematic Review of the Literature.
- Sedini, C., Biotto, M., Crespi Bel'skij, L. M., Moroni Grandini, R. E., & Cesari, M. (2022). Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging clinical and experimental research*, 34(2) , 325– 330. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02001-y>
- Shah, S., Qaisar, F., Azam, I., & Mansoor, K. (2020). Perceptions, knowledge and attitudes towards the concept and approach of palliative care amongst caregivers: a cross-sectional survey in Karachi, Pakistan. *BMC Palliative Care*, 19(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00688-w>
- Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronaes, M., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4818-4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311.

- Song, M. K., Ward, S. E., & Lin, F. C. (2012). End-of-life decision-making confidence in surrogates of African-American dialysis patients is overly optimistic. *Journal of Palliative Medicine, 15*(4), 412-417. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0330>
- Sun, W. N., Hsu, H. T., Ko, N. Y., & Huang, Y. T. (2020). Decision-Making Processes in Surrogates of Cancer Patients in a Taiwan Intensive Care Unit. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(12) . <https://doi.org/10.3390/ijerph17124443>
- Tanaka, M., Bito, S., Enzo, A., Okita, T., & Atsushi, A. (2021). Cross-sectional survey of surrogate decision-making in Japanese medical practice. *BMC Med Ethics, 22*(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00698-0>
- Tanaka, M., Ohnishi, K., Enzo, A., Okita, T., & Asai, A. (2021). Grounds for surrogate decision-making in Japanese clinical practice: a qualitative survey. *BMC Med Ethics, 22*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00573-4>
- Ullrich, A., Marx, G., Bergelt, C., Benze, G., Zhang, Y., Wowretzko, F., Heine, J., Dickel, L. M., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2021). Supportive care needs and service use during palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study. *Support Care Cancer, 29*(3), 1303-1315. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05565-z>
- Vig, E. K., Starks, H., Taylor, J. S., Hopley, E. K., & Fryer-Edwards, K. (2007). Surviving surrogate decision-making: what helps and hampers the experience of making medical decisions for others. *Journal of General Internal Medicine, 22*(9), 1274-1279. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0252-y>
- West, E., Moore, K., Kupeli, N., Sampson, E. L., Nair, P., Aker, N., & Davies, N. (2021). Rapid review of decision-making for place of care and death in older people: lessons for COVID-19. *Age Ageing, 50*(2), 294-306. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa289>
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *ClinPractEpidemiolMentHealth, 7*, 161-166. <https://doi.org/10.2174/17450179011-07010161>

- World Health Organization (WHO). (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Yoo, S. H., Kim, M., Yun, Y. H., Keam, B., Kim, Y. A., Kim, Y. J., Shim, H. J., Song, E. K., Kang, J. H., Kwon, J. H., Lee, J. L., Lee, S. N., Kim, S. Y., Kang, E. J., Do, Y. R., Choi, Y. S., & Jung, K. H. (2018). Attitudes toward early palliative care in cancer patients and caregivers: a Korean nationwide survey. *Cancer Med*, 7(5), 1784-1793. <https://doi.org/10.1002/cam4.1441>
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 610-617. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 (Faul et al., 2009)

ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อเรื่องงานวิจัย/ผู้แต่ง	ค่าความสัมพันธ์ (r)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	1. West et al., 2021 Rapid review of decision-making for place of care and death in older people: lessons for COVID-19	งานวิจัยเชิงคุณภาพ	ไม่สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้
	1. ปริญญา แร่ทอง และคณะ, 2559 ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติการ รักษาเพื่อยืดชีวิต: ความต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล	งานวิจัยเชิงคุณภาพ	ไม่สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้
	2. Moss et al., 2019 Family Surrogate Decision making in Chronic Critical Illness: A Qualitative Analysis	งานวิจัยเชิงคุณภาพ	ไม่สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้
การได้รับข้อมูล	3. Piña-Escudero et al., 2019 Factors Associated with Surrogate Self-Efficacy in Decision-Making for Patients with End-Stage Renal Disease	$\beta = -.210 (p = 0.012)$	ไม่สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้
	1. อิศรียา รักเสนาะ และคณะ (2561) ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4	$r = .43 (p = .00)$	40

ตาราง 5 (ต่อ)

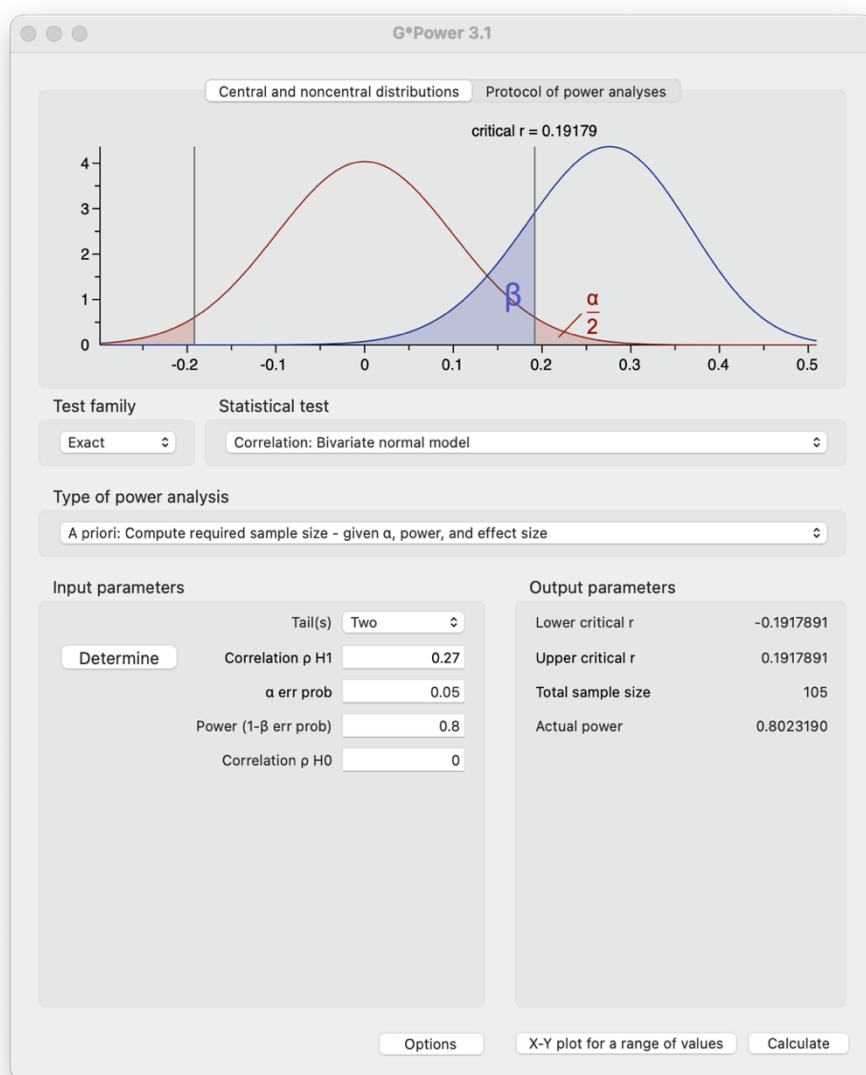
ตัวแปรที่ศึกษา	ชื่อเรื่องงานวิจัย/ผู้แต่ง	ค่าความสัมพันธ์ (r)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
การรับรู้ความ ต้องการของ ผู้ป่วย	1. ปริญญา แร่ทอง, 2559 ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติการ รักษา เพื่อยืดชีวิต: ความต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล	งานวิจัยเชิง คุณภาพ	ไม่สามารถคำนวณ กลุ่มตัวอย่างได้
	2. Piña-Escudero et al., 2019 Factors Associated with Surrogate Self-Efficacy in Decision-Making for Patients with End-Stage Renal Disease	$\beta = -.230$ ($p = 0.014$)	ไม่สามารถคำนวณ กลุ่มตัวอย่างได้
	3. Mulcahy et al., 2022 Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance systematic review and narrative synthesis	งานวิจัยเชิง คุณภาพ	ไม่สามารถคำนวณ กลุ่มตัวอย่างได้
การสนับสนุน ทางสังคม	1. Bonsaksen et al., 2012 Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness	$r = .27$ ($p = .002$)	105

กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดค่าความ เชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) กำหนดความสัมพันธ์แบบสองทาง (two-tailed-test)

กำหนดค่าขนาด อิทธิพล (effect size) = .27 ที่ได้จากงานวิจัยพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยในครั้งนี้นี้มากที่สุด จากการศึกษาของ บอลเซอร์เคน (Bonsaksen et al., 2012) Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness ศี กษาป้ จจ้ยการสนับสนุนทางสังคมกับสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 105

ภาพ 2

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้งานวิจัย Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness (Bonsaksen et al., 2012) ($r = .27$, $p = .002$)



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

1. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) เพื่อศึกษาความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว

2. แบบสอบถามฉบับนี้ มีทั้งหมด 13 หน้า แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จำนวน 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 6 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน

3.1 แบบสอบถามทัศนคติด้านอารมณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

3.2 แบบสอบถามทัศนคติด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

3.3 แบบสอบถามทัศนคติด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 6 ข้อ

กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเห็นของท่าน

ตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีผลต่อการรับบริการที่ท่านได้รับ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมีข้อความจำนวน 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน และกรอกข้อความให้ครบตามความจริง (แบบสอบถามนี้ให้บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูล)

ข้อมูลผู้ป่วย	รหัส (สำหรับวิจัย)
1. ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ.....ปี	(P)Age.....
2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	(P)Sex.....
3. การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย	Dx.....
.....	
.....	
.....	
7. สภาพผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ทำงานได้ <input type="checkbox"/> นอนติดเตียง <input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ <input type="checkbox"/> ไม่ตอบสนอง	(P) Status.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยมีข้อความจำนวน 12 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน และกรอกข้อความให้ครบตามความจริง

ข้อมูลญาติผู้ป่วย	รหัส (สำหรับวิจัย)
1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี	(F) Age.....
2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	(F) Sex
3. การศึกษาระดับสูงสุด <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> อนุปริญญา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	(F)ED.....
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
12. เหตุผลที่ท่านถูกเลือกให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน (เช่น เป็นภรรยา,บุตรเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้ใจ).....	Reason.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการ
เลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

คำชี้แจง แบบทดสอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบ
ประคับประคองของท่าน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่
ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด (1 คำตอบ เท่านั้น)

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ ทราบ	รหัส (สำหรับผู้วิจัย)
1. การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกการดูแลรักษา สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ ผู้เจ็บป่วยร้ายแรงและไม่มี โอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป				KPC1.....
2. การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลรักษาเพื่อให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต				KPC2.....
3. การดูแลแบบประคับประคองเหมาะสำหรับผู้ป่วยทุกช่วง วัย				KPC3.....
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
15. เมื่อเลือกการดูแลแบบประคับประคองแล้วไม่สามารถ ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้อีก				KPC15.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลจากทีมบุคลากรที่ให้การดูแลญาติของท่านที่เจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ ที่ครอบครัวของท่านตัดสินใจเลือกแผนการรักษาแบบการดูแลแบบประคับประคองให้กับญาติของท่าน มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด (1 คำตอบ เท่านั้น) ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

- | | | | |
|---|-----------|---------|--|
| 4 | มาก | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้นมาก |
| 3 | ปานกลาง | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้นมากปานกลาง |
| 2 | น้อย | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้นน้อย |
| 1 | ไม่ได้รับ | หมายถึง | ท่านไม่ได้หรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้นน้อยมาก |

ข้อความ	การได้รับข้อมูล				รหัส (สำหรับผู้วิจัย)
	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	ไม่ได้ รับ (1)	
1. ข้อมูลการเจ็บป่วย เช่น โรคหรือความผิดปกติ					INF1.....
2. ข้อมูลการดำเนินของโรค ระยะ และ ความรุนแรง ที่คุกคามต่อชีวิต					INF2.....
3. ข้อมูลอาการทุกข์ทรมานทางกาย เช่น อาการปวด อาการรบกวนอื่น ๆ					INF3.....
.....					
.....					
.....					
.....					
15. โดยรวมแล้วท่านได้รับข้อมูลที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอจากทีมสุขภาพ					INF15.....

ส่วนที่ 2 ด้านการรับรู้

มีคำตอบให้เลือกดังนี้

- | | | | |
|---|--------------|---------|--|
| 7 | ใช่แน่นอน | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดมากที่สุด |
| 6 | น่าจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดมาก |
| 5 | อาจจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดปานกลาง |
| 4 | ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น |
| 3 | อาจจะไม่ใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นน้อย |
| 2 | ไม่น่าจะใช่ | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความนั้นน้อยมาก |
| 1 | ไม่ใช่แน่นอน | หมายถึง | ผู้ตอบมีความรู้สึกกับข้อความน้อยที่สุด |

ด้านการรับรู้	ใช่ แน่นอน (7)	น่าจะ ใช่ (6)	อาจ จะใช่ (5)	ไม่ แน่ใจ (4)	อาจจะ ไม่ใช่ (3)	ไม่น่า จะใช่ (2)	ไม่ใช่ แน่นอน (1)	รหัส (สำหรับ ผู้วิจัย)
หากญาติของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยระยะวิกฤตมีโอกาสูงที่จะเสียชีวิตในที่สุด หรือมี อาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่จัดการได้ยาก								
1. ท่านคิดว่าการดูแลแบบ ประคับประคองจะสามารถ ช่วยให้ญาติของท่านมี คุณภาพชีวิตทางกายที่ดี หรือไม่								ATP1...
.....								
3. ท่านคิดว่าการดูแลแบบ ประคับประคองจะสามารถ ช่วยให้ญาติของท่านมีชีวิตอยู่ ได้นานขึ้น หรือไม่								ATP3...

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านมีการรับรู้ และความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลในระยะท้ายของชีวิตระดับใด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อ จะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อไปหรือไม่ และสอบถามถึงระดับของการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องนั้นๆ มากน้อยเพียงใด โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด

มีคำตอบให้เลือกดังนี้

- 4 รับรู้มากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยในข้อนั้นมากที่สุด
 3 รับรู้มาก หมายถึง ท่านรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยในข้อนั้นมาก
 2 รับรู้ปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยในข้อนั้นปานกลาง
 1 รับรู้เล็กน้อย หมายถึง ท่านรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยในข้อนั้นน้อย
 0 ไม่ทราบ หมายถึง ท่านทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยในข้อนั้นเลย

ท่านรับรู้เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษาต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

การดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย	ระดับของการรับรู้ของญาติถึงความต้องการของผู้ป่วย						ความต้องการของผู้ป่วย		
	รับรู่มาก ที่สุด (4)	รับรู่มาก (3)	รับรู้ ปานกลาง (2)	รับรู้ เล็กน้อย (1)	ไม่ ทราบ (0)	รหัส (สำหรับ ผู้วิจัย)	ต้องการ (1)	ไม่ ต้องการ (0)	รหัส (สำหรับ ผู้วิจัย)
ท่านรับรู้เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษาต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด									
1. การใส่สายยาง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับ อาหารและน้ำ						PNP1			PN1
2. การได้รับสารน้ำ และอาหารทางหลอด เลือดดำ						PNP2			PN2
3. การใส่ท่อทางเดิน หายใจและช่วยหายใจ ด้วยเครื่องช่วยหายใจ						PNP3			PN3
.....									
.....									
.....									
10. มีความประสงค์ที่ จะใช้ชีวิตในระยะ สุดท้ายที่บ้าน						PNP10			PN10

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับใด มีข้อความจำนวน 5 ข้อ โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด (1 คำตอบ เท่านั้น) ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้


- | | | | |
|---|-----------------|---------|------------------------------------|
| 4 | มั่นใจมากที่สุด | หมายถึง | มีความมั่นใจในการตัดสินใจมากที่สุด |
| 3 | มั่นใจมาก | หมายถึง | มีความมั่นใจในการตัดสินใจมาก |
| 2 | มั่นใจปานกลาง | หมายถึง | มีความมั่นใจในการตัดสินใจปานกลาง |
| 1 | มั่นใจน้อย | หมายถึง | มีความมั่นใจในการตัดสินใจน้อย |
| 0 | ไม่มั่นใจ | หมายถึง | ไม่มีความมั่นใจเลยในการตัดสินใจ |

ข้อความ	ระดับคะแนน					
	มั่นใจมากที่สุด (4)	มั่นใจมาก (3)	มั่นใจปานกลาง (2)	มั่นใจน้อย (1)	ไม่มั่นใจ (0)	รหัส (สำหรับผู้วิจัย)
1. ฉันรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร						CN1...
2. ฉันสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ว่าควรได้รับการดูแลรักษาแบบใด แม้ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดมาก						CN2...
3. ฉันสามารถสอบถามเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประโยชน์หรือความเสี่ยงของการรักษาแต่ละทางเลือกได้โดยไม่รู้สึกลังเล โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคอง						CN3...
.....						
.....						
6. โดยรวมแล้วท่านรู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับญาติของท่าน มากน้อยเพียงใด						CN6...

ขอขอบคุณ.....

ภาคผนวก ค

เอกสารการอนุญาตใช้เครื่องมือ

จาก: **Song, Mi-Kyung** mi-kyung.song@emory.edu 
ชื่อเรื่อง: Re: [External] Request for permission using the Decision making confidence scale.
วันที่: 30 ตุลาคม 2565 เวลา 20:38
ถึง: Tanyathorn Poohpalee 6444101@stin.ac.th

Yes, you may use the scale.

Mi-Kyung

On Oct 30, 2022, at 3:48 AM, Tanyathorn Poohpalee <6444101@stin.ac.th> wrote:

Dear Professor MI-Kyung Song, PhD, RN, FANN

Please let me introduce myself. My name is Tanyathorn Poohpalee. I am a nursing student, Master of Nursing in Adult and Gerontological Nursing program, at Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing in Thailand. I am working on my thesis about factors associated with surrogate decision-making confidence to choose palliative care for their family members in the intensive care unit” I found your publication “End-of-Life Decision-Making Confidence in Surrogates of African-American Dialysis Patients Is Overly Optimistic (2011)” I would like to ask for your permission to use your questionnaire in my research. I would appreciate your kind assistance. Any suggestion should be accepted.

Sincerely yours,

Palliative Care Attitudes Scale (PCAS-9)

Palliative care improves quality of life in the context of a serious illness, but misperceptions of palliative care lead patients and caregivers to fear it, clinicians to avoid making referrals, and administrators and policy makers to avoid programmatic development. The PCAS-9 measures the extent to which patients fear or are comfortable with palliative care (emotional subscale), believe it is beneficial (cognitive subscale), and would be willing to use it if referred (behavioral subscale). The measure is reliability, valid, and responsive to educational interventions.

Administration and Scoring

- The measure was originally published as the Palliative Care Preferences Scale (PCPS-14) |[Abstract](#)|
- Laura Perry, MS, has winnowed the scale down to 9 items, renamed it the PCAS, and conducted extensive validation studies in various samples of patients with serious illnesses (cancer, heart failure, kidney failure, advanced COPD, etc.). Please email her for a copy of the scale. A full psychometric evaluation of the PCAS-9 is now in press. |[Abstract](#)|

Evidence of Reliability and Validity

- As noted in the above publication, the original PCPS-14 demonstrated evidence of reliability, validity, factor structure, and responsiveness to an intervention. The PCAS-9 retains these characteristics and is shorter.

Permission to Use

- No permission is required to use our measures.
- Free! Our team has developed several survey measures over the years. Most of these measures were developed with the support of federal, state, intramural, and foundation funds, so they are available free of charge.
- Modifications? You are welcome to make modifications to "improve" our measures for your population and research question if under the guidance of a psychologist or other professional with expertise in psychometrics. Please note any changes in the methods section of resulting manuscripts.

จาก: **Zimet, Gregory D** gzimet@iu.edu
 ชื่อเรื่อง: RE: [External] Request for Permission to Use The Multidimensional Scale of Perceived Social Support
 วันที่: 1 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 03:19
 ถึง: Tanyathorn Poohpalee 6444101@stin.ac.th

Dear Tanyathorn Poohpalee,

You have my permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2nd page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale. In addition, the original 1988 article is attached.

Also attached is a Thai translation, which you may find helpful (and 2 published papers about the translation). The primary authors of the articles and translation are Tinakon Wongpakaran (tinakon.w@cmu.ac.th) and Nahathai Wongpakaran (nahathai.wongpakaran@cmu.ac.th).

I hope your research goes well.

Best regards,
 Gregory Zimet

Gregory D. Zimet, PhD, FSAHM
 Professor Emeritus of Pediatrics
 Division of Adolescent Medicine
 Indiana University School of Medicine
 He/Him
gzimet@iu.edu
<https://medicine.iu.edu/faculty/2816/zimet-gregory>

Zimet Research Consulting LLC
<https://www.zrc-consulting.com/>
ZRC-Consulting@outlook.com

From: Tanyathorn Poohpalee <6444101@stin.ac.th>
Sent: Wednesday, January 22, 2025 10:38 AM
To: Zimet, Gregory D <gzimet@iu.edu>; Zimet, Gregory D <gzimet@iupui.edu>
Subject: [External] Request for Permission to Use The Multidimensional Scale of Perceived Social Support

You don't often get email from 6444101@stin.ac.th. [Learn why this is important](#)
 This message was sent from a non-IU address. Please exercise caution when clicking links or opening attachments from external sources.

Dear Dr. Gregory D. Zimet, PhD,
 Professor Emeritus of Pediatrics and Clinical Psychology,
 Indiana University School of Medicine,
 Co-Director, Indianapolis Center for HPV Research,

Please let me introduce myself. My name is Tanyathorn Poohpalee, a Master's student in Adult and



ที่ อว ๖๘๐๑๘๘/๐๐๖๑๐

อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่ส่วนขยาย
ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัย

เรียน นายธัญธร ภูมาลี

ตามที่ นายธัญธร ภูมาลี มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือเรื่อง "แบบสอบถามความปรารถนา
ในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการช่วยเหลือ
ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย" ของ คุณพิมพ์พนิต ภาศิริ คณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการทำวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัว
ผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต" นั้น

ในกรณี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้
นายธัญธร ภูมาลี ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิ์ได้เฉพาะการทำวิจัยในเรื่องดังกล่าวข้างต้น
เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงาน
ดังกล่าวด้วย หากประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาต
และได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

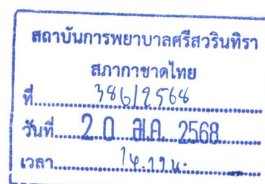
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจิตติยุทธ เยี่ยมยกกุล)

ผู้จัดการศูนย์ทรัพย์สินทางปัญญา อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/๕๕



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๐๐ ถ.อินทวิโรส
ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๕ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๓.๒๑๑๕ / ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบประเมิน A revised thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (rMSPSS) พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นายธัญธร ภูผาลี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแล แบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ” มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)” ของ ศ.นพ. ทินกร วงศ์ปการันย์ คลินิกและศูนย์การศึกษาทางจิตบำบัดและบุคลิกภาพแปรปรวน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.นพ. ทินกร วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมฉบับปรับปรุง และเอกสารอ้างอิง มาเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่อไป อนึ่งขอให้อนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒
E-mail: officepsy5422@gmail.com

ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.
+662617-2444



แบบเอกสารที่ PF 10_1(หน้า1/2)

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย

- ภาษาไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบ
ประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
- ภาษาอังกฤษ Factors Associated with Surrogate Decision-Making Confidence to Choose
Palliative Care for Family Member in Critical Care Units

ชื่อผู้ทำงานวิจัย

พว. ธัญธร ภูผาสี (หัวหน้าโครงการวิจัย) สังกัด โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4

ที่ปรึกษาโครงการ

1. รศ. ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด (ที่ปรึกษาโครงการวิจัยหลัก)
2. ผศ. ดร. รสสุคนธ์ วาริตสกุล (ที่ปรึกษาโครงการวิจัยร่วม)

สถานที่วิจัย

เครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล จำนวน 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4
โรงพยาบาลเปาโลเกษตร โรงพยาบาลเปาโลพระประแดง โรงพยาบาลเปาโลสมุทรปราการ และ
โรงพยาบาลพญาไทนวนิรินทร์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นายธัญธร ภูผาสี (หัวหน้าโครงการวิจัย) ฝ่ายการพยาบาล อาคาร 1 ชั้น 7 โรงพยาบาลเปาโล โชคชัย 4 ถนน
ลาดพร้าว-วังหิน เลขที่ 1 แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร 10230 โทรศัพท์: 093-223-5946
E-mail : tanyatorn_poo@paolohospital.com
2. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด (ที่ปรึกษาโครงการวิจัยหลัก) สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวันกรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 084-558-
9559 E-mail : jpj@stin.ac.th
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริตสกุล (ที่ปรึกษาโครงการวิจัยร่วม) สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวันกรุงเทพมหานคร 10330
โทรศัพท์ : 062-256-4092 E-mail : jpj@stin.ac.th

ความเป็นมาของโครงการวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบ
ประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการตัดสินใจเลือก
แผนการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยวิกฤต ญาติของผู้ป่วยที่มีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นต้องอาศัย
กระบวนการและปัจจัยอันได้แก่ การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล ที่สอดคล้องเกี่ยวกับการ
ดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ญาติ
ของผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลที่



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล

Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board

943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.

ISSUE 17 2010



สำคัญในการพัฒนาการบริการการสนับสนุนญาติผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยอย่างมีความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และความเครียด ของญาติในระหว่างการเป็นผู้ตัดสินใจ รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง และดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนที่รับการรักษาผู้ป่วยประกันสังคม ในเครือโรงพยาบาลพญาไทและเครือโรงพยาบาลเปาโล ดังกล่าว เพื่อขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำหน่วยประชาสัมพันธ์แจ้งญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโครงการวิจัยและแนะนำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เมื่อมีญาติของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบญาติของผู้ป่วยเพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. การคัดเลือกญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยของผู้ป่วย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยว่าบุคคลที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการรักษาคือผู้ใดโดยต้องเป็นบุคคลหลักเพียงผู้เดียว และผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเชิญญาติผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเข้าร่วมในการวิจัย โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์รายละเอียดวิจัยและประโยชน์ที่อาจได้รับ ข้อปฏิบัติขณะร่วมโครงการวิจัย การรักษาความลับ การมีอิสระในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ และการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมให้เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอ่านพิจารณาโดยไม่เร่งรัดกลุ่มตัวอย่างขณะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้เวลาในการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว

3. เมื่อญาติของผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอให้องนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเพื่อให้ความยินยอมร่วมมือน้อยด้วยความสมัครใจในการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดแบบสอบถามมีทั้งหมด 74 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย ในหน่วยวิกฤต จำนวน 6 ชุด ดังนี้

- 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 15 ข้อ
- 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูล จำนวน 15 ข้อ
- 3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 9 ข้อ
- 4) แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ
- 5) แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 12 ข้อ และ
- 6) แบบสอบถามความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phayathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.
: 662617 2444



โดยในระยะเตรียมการผู้วิจัยจะจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามนอกเหนือจากเวลาที่ได้กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อมีญาติของผู้ป่วยที่รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง

6. กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางการมองเห็นหรือไม่ต้องการอ่านแบบสอบถามเอง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบอย่างอิสระไม่มีการชี้แจง และกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบหรือปฏิเสธการตอบข้อคำถามใดๆ ในแบบสอบถามก็ได้

7. ในระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หากมีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเครียดหรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างว่าหากกลุ่มตัวอย่างอาการทุเลาลงและพร้อมตอบแบบสอบถามต่อ สามารถแจ้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา

8. หลังจากเสร็จการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและมอบของที่ระลึกให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัยผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ ซึ่งจะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล

ทั้งนี้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูลยังอยู่ในช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย และปฏิบัติตามแนวทางและมาตรการเพื่อป้องกันความรุนแรงของการแพร่ ระบาดระลอกใหม่ โดยผู้วิจัยสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร โดยที่กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยตลอดการ ตอบแบบสอบถามการวิจัยเช่นกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

2. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลที่จะพัฒนาการบริการการสนับสนุนญาติผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย อย่างมีความมั่นใจ และอาจช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียด ของญาติในระหว่างการเป็นผู้ตัดสินใจ รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่มียาหรือยาใดๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย เพียงแต่อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือเกิดความเศร้าโศกเสียใจขึ้น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะระมัดระวังการใช้คำพูดที่จะกระตุ้นให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจอย่างสูงสุด



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.
๖๕๕๕๖๖ ๖๖๖๖



แบบเอกสารที่ PF 10_1(หน้า 2/2)

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้สิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

หากท่านมีปัญหาสงสัย หรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ท่านสามารถติดต่อ

1. นายธัญธร ภูผาลี (หัวหน้าโครงการวิจัย) ฝ่ายการพยาบาล อาคาร 1 ชั้น 7 โรงพยาบาลเปาโล โชคชัย 4 ถนนลาดพร้าว-วังหิน เลขที่ 1 แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร 10230 โทรศัพท์: 093-223-5946 E-mail : tanyatorn_poo@paolohospital.com
2. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็ญจาด (ที่ปรึกษาโครงการวิจัยหลัก) สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 084-558-9559 E-mail : jpj@stin.ac.th
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ วาริทธิสกุล (ที่ปรึกษาโครงการวิจัยร่วม) สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ : 062-256-4092 E-mail : jpj@stin.ac.th

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
ชั้น 10 อาคารสำนักงาน โรงพยาบาลพญาไท 2 หมายเลขโทรศัพท์ 02-617-2444 ต่อ 1975



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.
+662617-2400



แบบเอกสารที่ PF 10_2

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ พว. ธัญธร ภูผาสี (หัวหน้าโครงการ) โดยมี รศ. ดร. จอนผะจง
เพ็งจาด เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัยหลัก และ ผศ. ดร. รสสุคนธ์ วาริษฐกุล เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัยร่วม
เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแลแบบประคับประคองของสมาชิก
ในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการ
ปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
การวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม
เป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออก
จากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติ ต่อข้าพเจ้าตาม
ข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ
โดยจะนำเสนอ ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่นายธัญธร ภูผาสี (หัวหน้าโครงการวิจัย) ฝ่ายการพยาบาล อาคาร 1 ชั้น 7 โรงพยาบาลเปาโล โชคชัย 4
ถนน ลาดพร้าว - วังหิน เลขที่ 1 แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว จังหวัด กรุงเทพมหานคร 1023
E-mail : tanyatorn_poo@paolohospital.com หมายเลข โทรศัพท์ : 093-223-5946 หรือ ดร.ประภาศรี
เบญจศิริลักษณ์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล ชั้น 10 อาคาร
สำนักงาน หมายเลขโทรศัพท์ 02-6172444 ต่อ 1975

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการ
วิจัย และสำเนานี้แสดงว่ายินยอมไว้แล้ว



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.
+662617-2400



ลงชื่อ.....

หัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ชื่อ-สกุลตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

อาสาสมัคร

(.....)

ชื่อ-สกุลตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

พยาน

(.....)

ชื่อ-สกุลตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยจากแหล่งเก็บข้อมูล



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax:



แบบเอกสารที่ PF 04_3

**เอกสารรับรองผลการพิจารณาโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์
เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล**

COA. 013/2023

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจของญาติผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการดูแล
แบบประคับประคองของสมาชิกในครอบครัวที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ชื่อหัวหน้าโครงการ:

พว. ธัญธร ภูผาลี

ฝ่ายการพยาบาล รพ.เปาโล โชคชัย 4

รหัสโครงการ : IRB 011-2566

สถานที่ศึกษาวิจัย : รพ.เปาโล โชคชัย 4, รพ.เปาโล เกษตร, รพ.เปาโล พระประแดง, รพ. เปาโล
สมุทรปราการ และรพ.พญาไท นวมินทร์

วันที่รับรอง : 30 ตุลาคม 2566

วันที่สิ้นสุดการรับรอง : 30 ตุลาคม 2567

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรม
งานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล ซึ่งได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์สากลเพื่อการคุ้มครอง
งานวิจัยของมนุษย์

(ผศ.นพ.วีระยะ เกาเจริญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์

เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล

วันที่ 31 / 10 / 2566

คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล

ที่อยู่ : อาคารสำนักงาน, ชั้น 10, โรงพยาบาลพญาไท 2 Tel: +662 617 2444 Ext. 1975, 5192 E-mail: prapasri_ben@phyathai.com

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
1. แพทย์หญิงพรชนิตว์ เขียรธำรงสุข	แพทย์เวชกรรมชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรม สังคมโรงพยาบาลยะลา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อารยา เจริญกุล	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
3. พว.จิตาภา ศรีพรเทพ	พยาบาลวิชาชีพ ผู้จัดการแผนกผู้ป่วยวิกฤตประกันสังคม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4

ภาคผนวก ช
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) มี 3 ข้อ ได้ผลดังนี้

1. ระดับมาตรวัดจากข้อมูลเชิงปริมาณมีการวัดอยู่ในช่วงมาตรา (Interval scale) หรือ ระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio)

ตาราง 6 ระดับมาตรวัดตัวแปร

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา	ระดับการวัด
1. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	Interval Scale
2. แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	Interval Scale
3. แบบประเมินความพึงพอใจการได้รับข้อมูล	Interval Scale
4. แบบประเมินการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย	Interval Scale
5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	Interval Scale
6. แบบประเมินความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วย	Interval Scale

จากตาราง 6 พบว่า ตัวแปรของงานวิจัยนี้มีระดับมาตรวัดมาตรวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมีการวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) ทั้ง 6 ตัวแปร ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

2. การแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution of the data)

ตาราง 7 Test of Normality ทดสอบโดยใช้ค่า Skewness และค่า Kurtosis

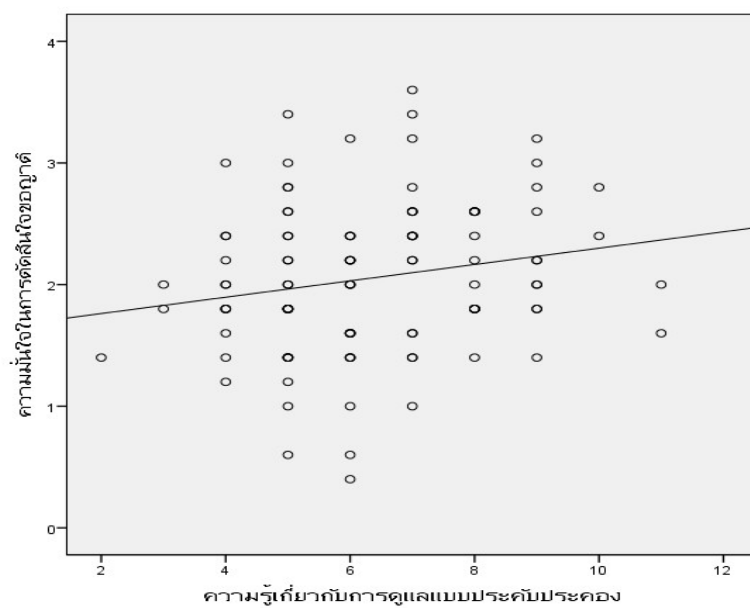
ตัวแปร	M	SD	Skewness	Std. Error of Skewness	Skewness Value	Kurtosis	Std. Error of Kurtosis	Kurtosis Value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบ ประคับประคอง	.633	1.812	.339	.236	1.436	-.257	.467	-.550
การได้รับข้อมูล	43.04	4.926	.331	.236	1.40	.036	.467	0.771
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบ ประคับประคอง	35.0	4.867	-.337	.236	-1.428	-.765	.467	1.638
การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย	2.75	.789	.022	.236	0.093	-.754	.467	-1.615
การสนับสนุนของครอบครัว	5.21	1.013	-.622	.236	- 2.636	.459	.467	0.983
ความมั่นใจในการตัดสินใจเลือก การดูแลแบบประคับประคอง ของญาติผู้ป่วย	2.05	.622	-.003	.236	-.013	.081	.467	0.1734

จากตาราง 7 พบว่าทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) โดยใช้ค่าความเบ้ (Skewness) และความโค้ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การได้รับข้อมูล ทักษะเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งมีค่า ไม่เกิน 3.29 (Kim, 2013) แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

3. ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง (Linear relationship)

ภาพ 3

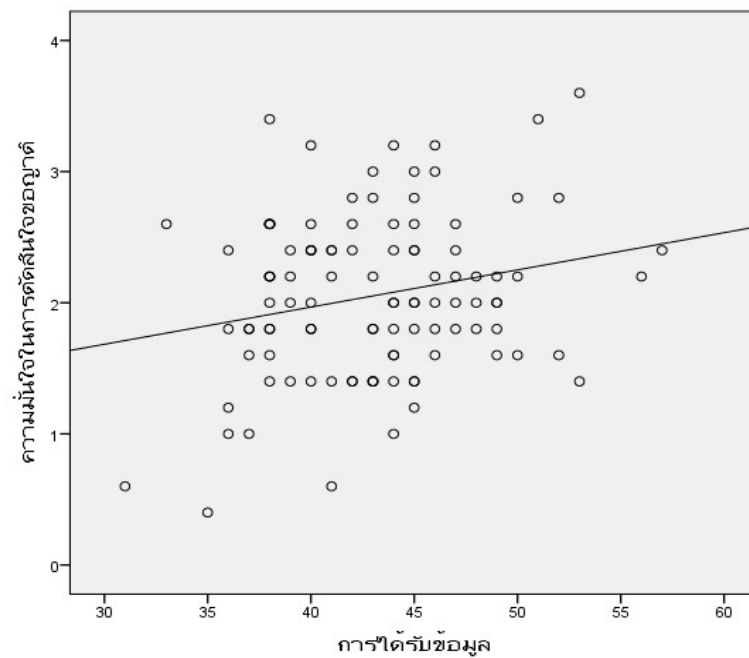
ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจของของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต



กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้น จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ภาพ 4

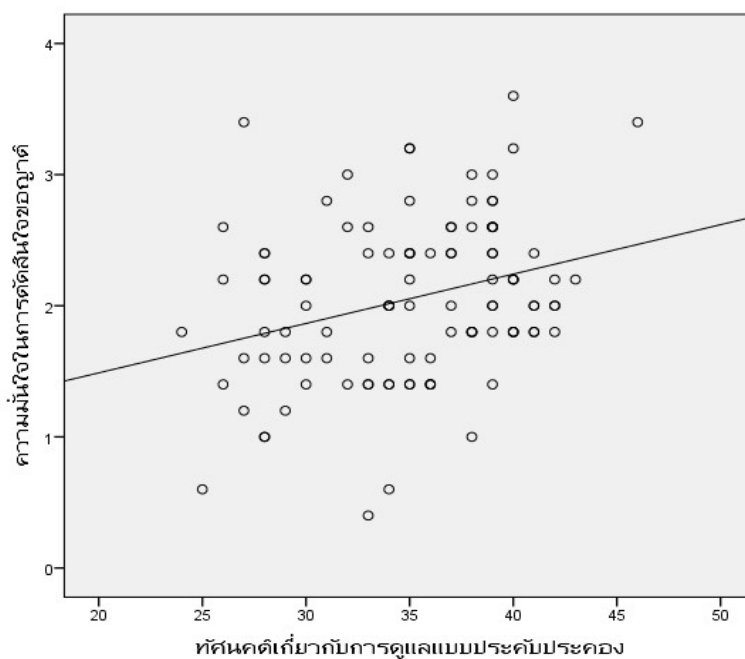
ความสัมพันธ์ *linearity* ระหว่างการได้รับข้อมูลกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต



กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการได้รับข้อมูลกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้น จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ภาพ 5

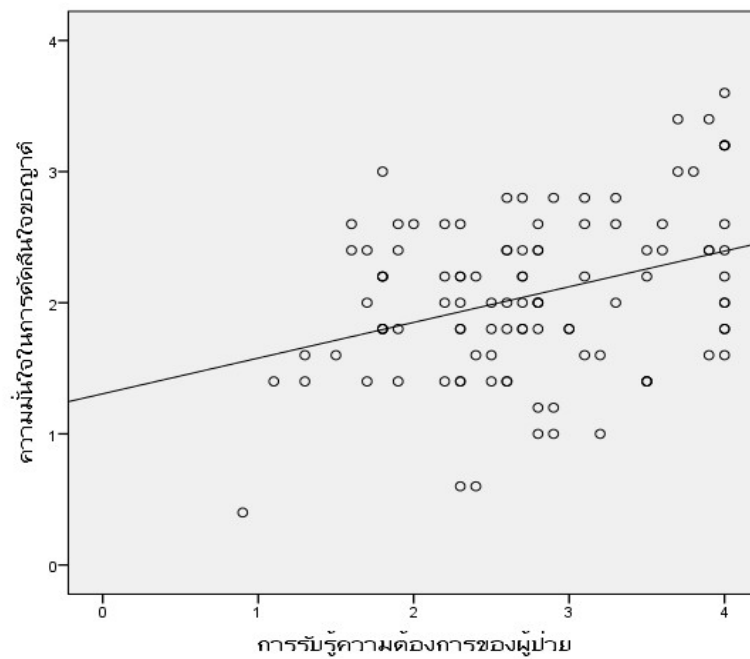
ความสัมพันธ์ *linearity* ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจของของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต



กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้น จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ภาพ 6

ความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต



กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยกับความมั่นใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ดังนั้น จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-นามสกุล นาย ธีรธร ภูผาลี
 รหัสนักศึกษา 6444101

วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสยาม	2561

ประวัติการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต	โรงพยาบาลบางมด	พ.ศ. 2561-2564
พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต	โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4	พ.ศ. 2564-2566
พยาบาลวิชาการ (Nurse Educator)	โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4	พ.ศ. 2566 - ปัจจุบัน

สถานที่ติดต่อ

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
 กทม. 10330 โทรศัพท์ 093-0492363 E-mail address: 6444105@stin.ac.th

ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษา

ทุนอุดหนุนทำวิทยานิพนธ์ โดยสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย