

ความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน

Needs of Family Caregivers of Patients during Emergency Unit Visits

อินทร์ฉัตร รุ่งพิพัฒน์กุล* ทานตะวัน ปราณพนิชเลิศ**
Inchat Rungpiputtanapudol* Thantawan Pranpanitlert**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 437 คน และได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลหลัก เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และค่า CVI = 1 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย คือบุตร ร้อยละ 51.9 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 44.9 และ 2) พบว่าความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.43, SD = 0.64) วิเคราะห์ความต้องการรายด้าน พบว่า ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.83

Received: July 26, 2023

Revised: January 19, 2024

Accepted: January 23, 2024

* Corresponding Author, พยาบาลปฏิบัติการระดับ 6 หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
E-mail: patt.225@hotmail.com

* Corresponding Author, Nurse Practitioner Level 6, The Emergency Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross. E-mail: thanoop26@gmail.com

** พยาบาลปฏิบัติการระดับ 6 หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

** Nurse Practitioner Level 6, The Emergency Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society. E-mail: thanoop26@gmail.com

(SD = 0.41) และอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.57, SD = 0.55) สำหรับความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการด้านความสะดวกสบาย ความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.43, SD = 0.64; Mean = 3.25, SD = 0.78; Mean = 3.08, SD = 0.83) ผลการศึกษาสะท้อนว่านโยบายความปลอดภัยที่เน้นความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ (2P safety) ควรขยายการสื่อสารให้ครอบคลุมถึงความต้องการของญาติผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล ภายใต้แนวคิดที่ครอบคลุมเป็นศูนย์กลางซึ่งมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้ดูแลหลัก การปรับปรุงการสื่อสารเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเติมเต็มความมั่นใจมากขึ้นในบริการด้านสุขภาพ ป้องกันผลกระทบทางอารมณ์ และเสริมสร้างความร่วมมือกับการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก (Mean = 3.83, SD = 0.41) รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูล (Mean = 3.57, SD = 0.55) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 3.43, SD = 0.64) ความต้องการด้านความสะดวกสบายในระดับปานกลาง (Mean = 3.25, SD = 0.78) และความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.08, SD = 0.83)

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่านโยบายความปลอดภัย 2P ที่เน้นความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพต้องมีการขยายให้ครอบคลุมถึงความต้องการของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้แนวคิดที่ครอบคลุมเป็นศูนย์กลางซึ่งมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้ดูแลหลัก การเพิ่มระยะเวลาการนัดตรวจตามเกณฑ์เฉพาะและการปรับปรุงการสื่อสารเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเติมเต็มความมั่นใจมากขึ้นในบริการด้านสุขภาพ ป้องกันผลกระทบทางอารมณ์ และเสริมสร้างความร่วมมือกับการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความต้องการ ญาติผู้ดูแลหลัก หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

Abstract

Providing health services from health care providers in the emergency department, If they know the needs of caregivers who wait for patients while receiving services, Information received and understood can lead to the development of service quality to meet the needs of both patients and relatives. This descriptive research aimed to investigate the needs of family caregivers of patients during critical illness in the Emergency Department of a university hospital and tertiary

care service in Bangkok. The sample was 437 primary caregivers and were purposively selected based on the inclusion criteria. Data were collected using a questionnaire consisting of 2 parts: personal information and a needs assessment form for the primary caregiver. The instrument was validated by three experts, with a content validity index (CVI) of 1. Cronbach's alpha coefficient reliability was .92 and data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that most primary caregivers of the patients visiting the emergency department were female (72.3%), The relationship between the caregivers and the patients was their children. (51.9%), aged between 21-40 years (44.9%). It was found that the average scores for the total needs of primary caregivers were at a moderate level (Mean = 3.43, SD = 0.64). Analysis of needs in each aspect found that needs for confidence and anxiety reduction have the highest mean score and are at a high level (Mean = 3.83, SD = 0.41). The following, the need for information was at a high level (Mean = 3.57, SD = 0.55), and for being close to patients, comfort aspect, support had the average score at the moderate level (Mean = 3.43, SD = 0.64; Mean = 3.25, SD = 0.78; Mean = 3.08, SD = 0.83).

The study results indicate that the 2P safety policy which focuses on patients and health care providers may require expansion to cover family needs. Specifically, a family-centered approach involving closer interaction with primary caregivers is highly recommended. Increasing the duration of visits based on specific criteria and improving communication are key strategies to fulfill greater confidence in health services, prevent emotional impacts, and enhance cooperation with medical treatment and care for patients.

Keywords: needs, primary caregivers, Emergency Department

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงินของสถานพยาบาลของรัฐในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนั้นเป็นหน่วยงานซึ่งให้บริการรูปแบบวิกฤต จุกเงิน และกึ่งจุกเงินแก่ผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งด้วยทั้งสิทธิการรักษา มีทั้งสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคมและสิทธิบัตรทอง ที่เบิกค่ารักษาได้และผู้ไม่มีรายได้ การมารับบริการเกิดจากความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์ (excellent center) และบุคลากรในทีมสุขภาพจากสถิติระหว่าง พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2562 พบสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน มีจำนวนทั้งสิ้น 45,977 ราย¹ (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562)

ลักษณะการใช้บริการของผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และแผนกผู้ป่วยนอก สามารถนำส่งได้หลายแบบ อาทิเช่น มาด้วยตนเอง ถูกนำส่งโดยผู้อื่น เช่น เจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ภัย พลเมืองดี จ้างรถพยาบาลเอกชนนำส่ง เพื่อนร่วมงาน ลูกจ้างที่จ้างมาดูแล และคนในครอบครัว เป็นต้น ผู้นำส่งเป็นบุคคลสำคัญทั้งในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพบผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดภาวะเจ็บป่วยที่ต้องนำมารักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ญาติของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักอาจไม่ได้เป็นผู้นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลด้วยตนเอง แต่ตามมากในภายหลังเมื่อได้รับแจ้งข่าวหรือข้อมูลการเจ็บป่วย ทั้งบาดเจ็บและเจ็บป่วยวิกฤตต่าง ๆ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน ไม่ทราบล่วงหน้า สร้างความรู้สึกวิตกกังวลให้แก่ญาติ ส่งผลให้เกิดความต้องการข้อมูล อันเนื่องจากการไม่รู้หรือการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง หรือรับรู้ข้อมูลที่ไม่แน่นอนต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ² การแจ้งให้ญาติรับรู้ถึงการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นทั้งความสำคัญกับผู้ป่วยที่ต้องมีบุคคลในครอบครัวรับรู้ และยังเป็นการช่วยให้ทราบข้อมูลเพิ่มเติม หรือช่วยในการติดต่อประสานงานเพื่อการดำเนินการรักษาในทุกด้าน ผู้ป่วยอาจได้กลับบ้าน หรืออยู่เพื่อสังเกตการณ์ต่อที่โรงพยาบาล

หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ มีทีมบุคลากรสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพสนับสนุน ดำเนินกระบวนการวินิจฉัยและควบคุมไปกับการรักษาพยาบาลในเบื้องต้น ในอดีตก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 ระบบการบริการของหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ จัดเวลาให้แก่ผู้รับบริการ (ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล) สามารถเดินเข้าออกในหน่วยได้อิสระตลอดเวลาและไม่ต้องขออนุญาต แต่จำกัดเฉพาะช่วงเวลาที่แพทย์และพยาบาลทำการเปลี่ยนเวรปฏิบัติงาน ต่อมาระบบการให้บริการต้องปรับให้มีความสอดคล้องกับนโยบายผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพปลอดภัย (patient and personal safety: 2P safety) เป็นสำคัญ³ จึงเริ่มมีการจำกัดการเยี่ยม เป็น 3 ช่วงเวลาในรอบเช้า รอบเที่ยงและตอนค่ำ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ระหว่างเวลา 06.00 - 07.00 น. 13.00 - 14.00 น. และ 19.00 - 20.00 น. และมีการจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ครั้งละ 2 ท่าน รวมทั้งมีการจัดที่นั่งสำหรับญาติไว้ให้บริเวณโถงด้านหน้าหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อย่างไรก็ตามในช่วงของการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงแรกของการระบาด หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ได้รับการปรับระบบการเยี่ยมชมตามนโยบายความปลอดภัยอีกครั้ง โดยไม่อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมในทุกกรณี ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 - 2565 ได้ปรับเปลี่ยนให้มีการเข้าเยี่ยม เป็น 1 ช่วงเวลา คือเวลา 13.00 - 14.00 น. เข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 1 ท่าน รวมทั้งประกาศดัดแปลงตามสถานการณ์ในแต่ละวัน สำหรับในปี พ.ศ. 2566 มีการปรับเวลาเยี่ยมใหม่เป็น 2 ช่วงเวลา คือ เวลา 13.00 - 14.00 น. และเวลา 19.00 - 20.00 น. และจำกัดการเยี่ยมผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าหน่วย ฯ ได้ครั้งละ 2 ท่าน

จากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเข้าเยี่ยมดังกล่าว ทำให้เกิดข้อร้องเรียน มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในรูปแบบเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านทางหัวหน้าหอผู้ป่วย และจากการสังเกต สัมภาษณ์

จากบุคลากรในทีมสุขภาพ (เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง พ.ศ. 2561 - 2562 และ 2564 - 2565) โดยสรุปข้อร้องเรียนที่พบบ่อยที่สุดเป็นเรียงของการถูกจำกัดการเยี่ยมมากเกินไป รู้สึกกังวล ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับประทานอาหารหรือไม่ หรือรับประทานอาหารได้มากนักน้อยอย่างไร ไม่สามารถเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น ช่วยทำความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่ายหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม การไม่มีข้อมูลการเข้ามาตรวจรักษาของแพทย์ รวมไปถึงไม่ทราบข้อมูลเวลาการห้ามเข้าเยี่ยม ผู้ป่วยตำหนิญาติของตนเองว่าเหมือนถูกละเลยหรือเหมือนถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อญาติได้ทราบข่าวแล้วตามมาโรงพยาบาลในภายหลัง และไม่สามารถเดินเข้าไปพบผู้ป่วยได้ในทันที จากการถูกจำกัดเวลาในการเยี่ยม ทำให้ญาติผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงขึ้น จึงเกิดความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลและการสื่อสารในขณะนั้น และส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการให้บริการ⁴

นอกจากนี้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการเข้าตรวจ ณ หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ (ห้องฉุกเฉิน) มีการคัดแยกอาการตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับตามระดับความรุนแรง (Emergency Severity Index, ESI) Version 4^{5,6} แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ESI ลำดับที่ 1 การกู้ชีพ (resuscitation) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตต้องการรักษาในทันที ลำดับที่ 2 ฉุกเฉิน (emergency) มีภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องการการดูแลอย่างรีบด่วน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะคุกคามต่อชีวิต และสูญเสียอวัยวะสำคัญหากได้รับการช่วยเหลือล่าช้า อาการซึมระดับอาการปวดมากกว่า 7 หรือมีความเสี่ยงหากให้อนอนโร เช่น กลุ่ม Fast Track ต่าง ๆ หรือกลุ่มที่มีสัญญาณชีพอยู่ในช่วงกลุ่มที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เป็นต้น ทั้ง 2 ระดับที่กล่าวนี้ จัดเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต⁵⁻⁷ จะได้รับการรับไว้ตรวจในหน่วยนี้ ร้อยละ 100 สำหรับ ESI ลำดับที่ 3 ความเร่งด่วน (urgency) แบ่งย่อยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วนที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด มีความต้องการการใช้เครื่องให้ออกซิเจน (Oxygen) ใช้เครื่องดูดเสมหะ และได้รับการคัดกรองให้เข้าตรวจในหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วนที่สามารถนั่งรอตรวจได้ ดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องให้ออกซิเจน (Oxygen) หรือใช้เครื่องดูดเสมหะ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ช่วงนอกเวลาราชการจะได้รับการส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน ESI ลำดับที่ 4 กึ่งเร่งด่วน (semi - urgent) และ ESI ลำดับที่ 5 คือ ไม่เร่งด่วน (non-urgent) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ หรือห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่ระดับ ESI ลำดับที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (critical illness)⁷ อาจก่อให้เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน และผู้มารับบริการกลุ่มนี้ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่ผู้ป่วยและญาติ เกิดภาวะทางอารมณ์รวมถึงผลกระทบกับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงาน ประกอบกับแพทย์ พยาบาลใน

ขณะนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นลำดับแรก จึงต้องการจำนวนบุคลากรช่วยชีวิตและการรักษาเร่งด่วนจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาดูแลญาติ การตอบคำถามหรือข้อสงสัยของญาติมีจำกัด จนเป็นเหตุให้ผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยอาจไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ดูแลเมื่อพาผู้ป่วยเด็กมารับการบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 30 มีความต้องการทางอารมณ์ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และมากกว่าร้อยละ 15 มีความต้องการด้านการสื่อสารที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และร้อยละ 15 รู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการดูแลลูกไม่เพียงพอ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลครอบครัวในการดูแลและการสื่อสารที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปรับปรุงประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม⁸ และพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกายอย่างเต็มที่และทันท่วงทีก็ตาม โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรก พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต (Critical illness) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความเครียดสูง⁹ และมีความต้องการอันดับแรก คือ การได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง และข้อมูลที่ต้องการทราบมากที่สุดเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงลึกในต่างประเทศซึ่งศึกษาความต้องการของครอบครัวต่อการดูแลเมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต¹⁰ ได้สะท้อนมุมมองต่อการดูแลใน 6 ด้านประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4) การได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และ 6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว และพบว่าความต้องการดังกล่าวมีทั้งได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนองและมีบางครอบครัวเท่านั้นที่จะบอกการดูแลที่ต้องการต่อพยาบาล

จากข้อความข้างต้น แสดงถึงแนวคิดที่ผู้ให้บริการเน้นไปที่ 2P safety และการมุ่งเป้าหมายที่ผู้ป่วยเป็นหลักในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การศึกษายังมีข้อจำกัด ยังขาดความครอบคลุมถึงครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลใกล้ชิดซึ่งเป็นส่วนสำคัญทั้งด้านการเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ความรักความผูกพันและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย และจากการศึกษาวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือมากที่สุดโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง รางวัลใด ๆ ภายใต้การนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family centered care and crisis) เป็นกรอบในการทำการศึกษาเพื่อให้ได้ทราบความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักที่มาใช้บริการของหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และสามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาระบบบริการที่ให้เกิดประสิทธิภาพ ลดข้อร้องเรียน สร้างความประทับใจเกิดความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการของหน่วยงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ นำแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของ Hill¹¹ มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการวิจัย โดยได้อธิบายกลไกการเกิดภาวะวิกฤตครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวจะเกิดภาวะวิกฤตได้ 4 ปัจจัย หรือที่เรียกว่า ABCX คือ 1) ปัจจัย A หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกในครอบครัวเป็นได้ทั้งปัจจัยภายนอกและภายในครอบครัว เช่น ภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว 2) ปัจจัย B หมายถึง แหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่นำมาช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ในปัจจัย A เช่น ความช่วยเหลือ การได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้อง บุคลากรทางสุขภาพ หรือบุคลากรอื่น หรือสถาบันต่าง ๆ 3) ปัจจัย C การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันกับที่เคยได้รับมาแล้วในอดีต มีผลต่อครอบครัวแตกต่างกัน 4) ปัจจัย X เป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต

ในการศึกษานี้ ตัวแปรด้านปัจจัย A ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต คือ ความเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน นำปัจจัย B และปัจจัย C มาทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักที่มาใช้บริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน ส่วนปัจจัยภายนอก คือความต้องการบริการสุขภาพขณะรอรับการรักษาในแต่ละด้านที่ทั้งความต้องการโดยรวม และในรายด้านซึ่งครอบคลุมความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบไปด้วย ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านความสุขสบาย ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ทั้งนี้ ด้วยการวิจัยนี้มุ่งเพื่อการสำรวจข้อมูลความต้องการการบริการสุขภาพเป็นเบื้องต้น จึงมิได้มุ่งไปในการหาความสัมพันธ์และภาวะวิกฤตของครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. เพื่อสำรวจความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยรวม และในด้านความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านความสุขสบาย ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยซึ่งมารับบริการการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน ณ โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาศัยอยู่กับผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และไม่จำเพาะเจาะจงว่าจะต้องเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยในการมาโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องเป็นผู้ที่มาติดต่อขอเข้าเยี่ยมผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมงแรก มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อ่าน เขียน หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 4) เป็นผู้ให้ความดูแลช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ไม่ได้รับค่าตอบแทน/ค่าจ้าง/รางวัล 4) มาติดต่อขอเข้าเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังเข้ารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน ภายใน 72 ชั่วโมงแรก 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane¹² กรณีทราบจำนวนประชากร ซึ่งจำนวนประชากร คือ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักซึ่งมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 45,977 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (e) เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนเท่ากับ 397 คน และป้องกันการสูญหายของข้อมูลด้วยการเพิ่มจำนวน ร้อยละ 10 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็น 437 คน

เครื่องมือการวิจัย พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน อาชีพ บทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว วิธีเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย วิธีติดต่อที่สะดวกเพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เวลาที่สะดวกในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ข้อเสนอแนะที่ต้องการให้นำไปพัฒนาการให้บริการต่อ

ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทยของ อิสริย์ ศรีสุขโฮฟาร์⁴ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) ความต้องการด้านความสบาย (Comfort) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 4 คือ มาก ระดับที่ 3 ปานกลาง ระดับที่ 2 เล็กน้อย ระดับที่ 1 น้อยที่สุด กำหนดการแปลผลคะแนนเป็นช่วง ๆ ตามหลักการของ Best¹³ คือ

3.51 - 4.50 หรือ 3.51 - 4.00 หมายความว่า มีความต้องการในระดับมาก

2.51 - 3.50 หมายความว่า มีความต้องการในระดับปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายความว่า มีความต้องการในระดับน้อย

0.51 - 1.50 หรือ 1.00 - 1.50 มีความต้องการในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ต้นฉบับมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93 ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขอ
อนุญาตให้แบบสอบถามฉบับภาษาไทย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยพยาบาลวิชาชีพหน่วย
อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ 5 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า Content Validity Index: CVI =1
และข้อคำถามในการศึกษานี้ เหลือเพียง 43 ข้อ และยังคงแบ่งเป็นความต้องการเป็น 5 ด้าน เช่นเดิม คือ
ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (assurance and anxiety reduction) 7 ข้อ ด้านความสบาย
(Comfort) 6 ข้อ ด้านข้อมูล (information) 8 ข้อ ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility)
10 ข้อ ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (support) 12 ข้อ ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด และนำมาทดสอบค่า
ความเที่ยง (reliability) จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) $r = 0.92$

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย ภายหลังโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย
ในคนของสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้
ใบอนุญาต IRB No.401/64 วันที่ 23 มิถุนายน 2564 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัย
และผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยประมาณ
15-20 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิเสธหรือยกเลิกการ
เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งไม่มีผลกระทบกับการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือ
ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่าง
ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการอนุมัติ
ตามระบบของโรงพยาบาลและได้รับอนุญาตให้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และอธิบาย
รายละเอียดในการแจกแบบสอบถามและวัตถุประสงค์ของงานวิจัยให้แก่พยาบาลซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยใน
หน่วยงานรับทราบโดยทั่วกัน โดยวางไว้ ณ จุดคัดกรอง หน้าห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้ได้ขอความร่วมมือให้พยาบาล
ประจำจุดคัดกรองในแต่ละเวร ในแต่ละวันเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อมีญาติผู้ดูแลหลักซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ณ จุดคัดกรอง จะชี้แจงและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อญาติยินดีเข้าร่วม จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้พยาบาล ณ จุดคัดกรอง และแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างว่า ผู้วิจัยได้ขออนุญาตติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการโทรศัพท์ไปสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หากมีข้อสงสัยในแบบสอบถามและซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งนโยบายของทางโรงพยาบาลได้มีมาตรการงดเยี่ยมในบางช่วงเวลา

3. ภายหลังผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างที่บริเวณหน้าหน่วยอุบัติเหตุ จุกเงินแล้ว และให้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกกล่าวข้อมูลด้วยคำพูดตามความต้องการที่อยากสื่อสารเพิ่มเติม และมีช่องทางการเขียนตอบในแบบสอบถามแต่ละด้านโดยเพิ่มหัวข้อคำถามอื่น ๆ ให้ตอบความต้องการต่าง ๆ เพิ่มเติมได้โดยอิสระ

4. ภายหลังได้รับแบบสอบถามกลับมา พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ณ จุดคัดกรอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีข้อสงสัยในแต่ละด้านหรือหัวข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ สามารถโทรศัพท์กลับไปสอบถามเพิ่มเติมตามเบอร์ที่กลุ่มตัวอย่างได้อนุญาตไว้แล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 3 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 22 มิถุนายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์เป็นความถี่และร้อยละ
2. แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักซึ่งมารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุ จุกเงิน นำมาแจกแจงโดยนำเสนอในรูปตารางแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการ

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยและมาเยี่ยมในช่วง 72 ชั่วโมงแรกภายหลังเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.3) มีอายุในช่วง 21 - 40 ปี (ร้อยละ 44.9) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ในฐานะบุตร (ร้อยละ 51.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 49) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.8) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.1) รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 68.6) อาชีพอิสระ (ร้อยละ 31.6) เดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้รถส่วนตัว (ร้อยละ 74.8) ใช้เวลาในการเดินทาง อยู่ในช่วงเวลา 31 - 60 นาที (ร้อยละ 56.5) มีวิธีติดต่อที่สะดวกเพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (ร้อยละ 49.9) และเวลาที่สะดวกมาเยี่ยมผู้ป่วยอยู่ในช่วงเวลา 13.00 - 14.00 น. (ร้อยละ 45.8) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน (ร้อยละ 68.4) และใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 - 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 52.4) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลัก (n = 437 คน)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	27.7
หญิง	316	72.3
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย		
บิดา - มารดา	78	17.8
สามี - ภรรยา	50	11.4
น้อง	33	7.6
บุตร	227	51.9
อื่นๆ	49	11.2
อายุ		
21 – 40 ปี	196	44.9
41 – 60 ปี	191	43.7
61 – 80 ปี	43	9.8
81 – 100 ปี	7	1.6
สถานภาพสมรส		
โสด	193	44.2
คู่	214	49
หม้าย /หย่า/แยกกันอยู่	30	6.9
ศาสนา		
พุทธ	401	91.8
คริสต์	10	2.3
อิสลาม	18	4.1
อื่นๆ	8	1.8
ระดับการศึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	24	5.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	2.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	45	10.3
อนุปริญญา/ปวส.	29	6.6

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลัก (n = 437 คน) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	245	56.1
มากกว่า ปริญญาตรี	85	19.4
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	16	3.7
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	0.9
5,001 – 10,000 บาท	42	9.6
10,001 – 15,000 บาท	25	5.7
15,001 – 20,000 บาท	50	11.4
มากกว่า 20,000 บาท	300	68.6
อาชีพ		
ไม่มี	41	9.4
มี	396	90.6
เกษตรกรรม	3	0.70
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	109	24.9
รับจ้าง	91	20.8
ค้าขาย	55	12.6
อื่น ๆ (อาชีพอิสระ)	138	31.6
บทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	173	39.6
สมาชิกในครอบครัว	255	58.4
อื่น ๆ	9	2.1
วิธีเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย		
รถประจำทาง/รถสาธารณะ	45	10.3
รถส่วนตัว	327	74.8
รถรับจ้าง	35	8
ใช้วิธีการเดินทางมากกว่า 1 วิธี	30	6.9
เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย		
ไม่เกิน 30 นาที	76	17.4
31 – 60 นาที	247	56.5
เกิน 60 นาที	110	25.2
ตอบมากกว่า 2 ข้อ	4	0.9

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลัก (n = 437 คน) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
วิธีติดต่อที่สะดวกเพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย		
มาติดต่อด้วยตนเอง	130	29.7
โทรศัพท์	218	49.9
ถามข่าวจากญาติ	0	0
ตอบมากกว่า 1 วิธี	89	20.4
เวลาที่สะดวกในการมาเยี่ยมผู้ป่วย		
06.00 - 07.00 น.	18	4.1
13.00 - 14.00 น.	200	45.8
19.00 - 20.00 น.	139	31.8
ตอบมากกว่า 1 ข้อ	80	18.3
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน		
มี	138	31.6
ไม่มี	299	68.4
ระยะเวลาที่ทําใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมงต่อวัน)		
1 - 8 ชั่วโมงต่อวัน	229	52.4
9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน	85	19.5
17 - 24 ชั่วโมงต่อวัน	51	11.7
ไม่ระบุ	72	16.5

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน

ความต้องการของญาติโดยรวมและแยกรายด้านทั้ง 5 ด้าน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 2 พบว่า ความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยและมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.43, SD = 0.64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความต้องการด้านความเชื่อมั่น และลดความวิตกกังวล มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83, SD = 0.41) รองลงมาคือ ค่าเฉลี่ยความต้องการด้านข้อมูลและอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.57, SD = 0.55) สำหรับความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการด้านความสะดวกสบาย และความต้องการด้านความช่วยเหลือ และสนับสนุน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.43, SD = 0.64; Mean = 3.25, SD = 0.78; Mean = 3.08, SD = 0.83) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงระดับความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักโดยรวมและค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน

ตัวแปร	ช่วง คะแนน	จำนวนข้อ (ข้อ)	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความ ต้องการ
ความต้องการโดยรวมของญาติผู้ดูแลหลัก	1-4	43	3.43	0.64	ปานกลาง
ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล	1-4	7	3.83	0.41	มาก
ด้านความสะดวกสบาย	1-4	6	3.25	0.78	ปานกลาง
ด้านข้อมูล	1-4	8	3.57	0.55	มาก
ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย	1-4	10	3.43	0.64	ปานกลาง
ด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน	1-4	12	3.08	0.83	ปานกลาง

การอภิปราย

จากการศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักซึ่งมีผู้ป่วยมารับบริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน พบผลการศึกษาด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{14,15} ซึ่งพบว่า ญาติของผู้ป่วยที่มาดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม ส่วนใหญ่เป็นหญิง มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ใช้รถยนต์ส่วนตัว มีอาชีพ มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี สามารถอธิบายได้ว่า โดยบริบททางสังคมไทยยังคงมีความเชื่อว่า การทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นหน้าที่ของผู้หญิง^{7,16} ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยอยู่ในฐานะบุตร สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเนื่องจากในบริบทสังคมไทย เมื่อพ่อแม่เจ็บป่วยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นลูกหรือบุตร^{7,17} นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติซึ่งมาใช้บริการที่หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงินมีระดับการศึกษาที่มีรายได้ย่อมต้องการข้อมูลด้านต่าง ๆ สำหรับการแก้ไขหรือเผชิญปัญหา เวลาในการเข้าเยี่ยม ส่วนใหญ่ คือ เวลา 13.00-14.00 น. และเวลา 19.00-20.00 ซึ่งเป็นเวลาเพียง 1 ชั่วโมงที่บุคลากรในหน่วยอนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ และอาจเป็นข้อจำกัดในการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพในหน่วยและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยโดยรวม พบว่า มีความต้องการในระดับปานกลาง (จากตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่า ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูล ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลต้องการการการแน่ใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ได้รับการตอบคำถามด้วยความซื่อสัตย์ ทราบผลการรักษาที่คาดหวังได้ คำอธิบายที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ความต้องการได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการของผู้ป่วย ความต้องการรู้ถึงว่าบุคลากรของโรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย สะท้อนความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างแท้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{4-7,14,18,19} และความต้องการของญาตินอกจากจะเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นความต้องการการปรับประครองทางด้านจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตฉุกเฉินของบุคคลอื่นเป็น

ที่รัก ทั้งการได้รับความสุขสบายและการได้รับกำลังใจ^{20,21} สำหรับความต้องการด้านข้อมูล ด้านแนวทางการรักษา ต้องการให้มีการเพิ่มเติมข้อมูลอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ วัน สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลในระดับมาก^{9,16,18} ซึ่งไม่สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของบริบทงานของห้องฉุกเฉิน ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานรีบเร่งอยู่กับการช่วยเหลือผู้ป่วย บุคลากรมีไม่เพียงพอ มีการสลับและเปลี่ยนเวรของบุคลากร และมีผู้ป่วยรายใหม่มารับบริการหลากหลายระดับตามความรุนแรงเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ส่งผลต่อการติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอ ไม่ต่อเนื่องหรือการได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัว สามารถก่อให้เกิดความไม่เข้าใจ นำไปสู่ข้อร้องเรียนได้ง่ายขึ้น²⁰ สะท้อนความต้องการการปรับปรุงและการจัดระบบการสื่อสารให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความต้องการด้านความสะดวกสบาย ด้านความใกล้ชิดผู้ป่วยและด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายว่า ในสถานการณ์เร่งด่วน ที่หน่วยอุบัติเหตุ จุกเงินนี้ผู้ป่วยไม่สามารถครองเตียงได้นาน และมุ่งการรักษาให้รอดชีวิต ญาติผู้ดูแลจึงมิได้แสดงข้อมูลความต้องการเป็นลำดับต้น ๆ ซึ่งแตกต่างจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยในซึ่งครองเตียงนานกว่า^{5,14,21,22} จึงพบว่าสมาชิกครอบครัวต้องการได้รับข้อมูลในการแนะนำสถานที่บริการทั้งทางด้านอุปโภคและบริโภค เช่น สถานที่นั่งรอ ร้านอาหาร เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจคลายความตึงเครียด ดังนั้นความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมจึงมีความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุนมากกว่า นอกจากนี้อาจอธิบายถึงสถานการณ์การเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงและผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยอื่นและเป็นสถานบริการของรัฐที่ค่าใช้จ่ายต่ำกว่าของโรงพยาบาลเอกชน^{23,24}

ข้อจำกัดของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยเพียงหนึ่งโรงพยาบาล จึงอาจมีความแตกต่างจากสถานบริการอื่นในการให้บริการ ทั้งระดับการบริการและจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ จึงไม่สามารถขยายผลไปสู่ประชากรระดับประเทศได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทางด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรนำข้อมูลความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล และด้านข้อมูล ไปวางแผนปรับปรุงการสื่อสารกับญาติผู้ดูแล และเสริมสร้างความร่วมมือกับการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ปรับปรุงข้อคำถามของเครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากคณาจารย์ บุคลากรหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุหงา ตโนภาส ซึ่งให้ข้อเสนอแนะ เรียบเรียงบทความวิจัยให้สำเร็จลุล่วงขอขอบคุณคณะผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยทุกท่านและขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทุก ๆ ท่านซึ่งให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Medical Records and Statistics Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chulalongkorn Hospital Statistics 2021. Bangkok: King Chulalongkorn Memorial Hospital. (in Thai)
2. FongKerd S, Himananto S, Tantalanukul S. Family-centered care: from theory to practice for ends of life care of critical patients in intensive care unit based on Thai context. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016;27(1):170-7. (in Thai)
3. Klaisuban C, editor. Guideline for ER service delivery. 2nd ed. Nonthaburi: Department of Medical services; 2018. (in Thai)
4. Srisupha-olarn I, Ua-kit N. The Effect of meeting family-needs program on anxiety of family members of critically ill patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2016;36(3):77-93. (in Thai)
5. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency severity index, version4: implementation handbook. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
6. Buriwong R, editor. MOPH ED. Triage. 2nd ed. Nonthaburi: Department of Medical services; 2018. (in Thai)
7. Yildirim T, Özlü ZK. Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. Nurs Midwifery Stud 2018;7(1):33-8. doi: 10.4103/nms.nms_100_17.

8. Ali S, Maki C, Rahimi A, Ma K, Yaskina M, Wong H, et al. Family caregivers' emotional and communication needs in Canadian pediatric emergency departments. PLoS One 2023;18(11):e0294597. doi: 10.1371/journal.pone.0294597.
9. Aguilera DC. Crisis intervention: theory and methodology. 7th ed. St Louis, MO: Mosby; 1994.
10. Singdong P, Jitpanya C. Caring for relatives of critically ill patients: relatives' perspectives. Princess of Naradhiwas University Journal 2011;3(3):17-32.
11. Hill R. Family under stress: adjustment to the crises of war separation and reunion. New York: Harper Row; 1949.
12. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
13. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
14. Udchumpisai M, Sangsongrit N. Needs and preparedness of caregivers to care for medical critically-ill patients: a mixed-method study. TRC Nurs J 2020;13(1):261-81. (in Thai)
15. Monkong S, Sirapongam Y, Wongvatunya S. Roles of family caregivers of palliative care patients: preliminary qualitative study. Thai Journal of Thailand Nursing Council 2016;31(4):104-21. (in Thai)
16. Sasat S, Lertrat P, Choowattanapakorn T. Research report on model of institutional long-term care practice of olders persons in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010. (in Thai)
17. Phupaiboon R, Jongudomkarn D, Niamsap Th, Dechakupt Ch, Khamhom R, Watcharasin J, et al. Changes in Thai family structure according to the life cycle: a preliminary study. Journal of Demography 2018;34(1):56-71. (in Thai)
18. Jampawal T. State anxiety. Buddhist Psychology Journal 2018;3(1):13-20. (in Thai)
19. Pansiri B, Nanthaitaweekul P. The effect of family supportive need-based program on anxiety and satisfaction among family members of head injury patients, Accident and Emergency Department. Kuakarun Journal of Nursing 2021;28(2):36-47. (in Thai)

20. Vichitragoonthavon S, Imsa-njuan K, Sucamvang K. Needs and received need responses among elderly patients and families in surgical intensive care unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Nursing Journal* 2013;40(Suppl):35-45. (in Thai)
21. Thongrat N, Pradubpoth K, Khanom S. The satisfaction of patients and relatives from services of in-patient department, Phrom Khiri Hospital Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Sciences and Pedagogy* 2023;3(1):69-83. (in Thai)
22. Monthira N, Thanyaluk T, Wassana D, Kannika C, Wasinee A, editors. Guidelines for good service under knowledge management process. Bangkok: Rajamangala University of Technology Krungthep; 2012. (in Thai)
23. Panchuay W, Soontorn T, Songwathana P. Effect of AIDET communication of registered nurses on family responses at emergency department. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2022;14(3):105-20. (in Thai)
24. Sukkasi S, Rujiranakul P. The development of participation for development basic moral for students in honor border patrol police schools [Research]. Chanthaburi: Rambhai Barni Rajabhat University; 2018. (in Thai)