

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่างๆ ได้พัฒนาขึ้นอย่างมาก รวมถึงการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่พยายามค้นคว้าหาวิธีการรักษาโรคเพื่อชะลอความตาย และช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวออกไป แต่ความตายก็ยังคงเป็นกฎของธรรมชาติ และเป็นวัฏจักรของชีวิตที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังตัวอย่างสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2540 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการ 44,381 ราย มีผู้ตาย 2,280 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.14, พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการ 41,144 ราย มีผู้ตาย 1,916 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.66 และ พ.ศ. 2542 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 41,035 ราย มีผู้ตาย 1,810 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.41 (หน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์, 2540-2542) ความตายจึงเป็นสิ่งที่มนุษย์เกือบทุกคนไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุนี้เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย และหากการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดกับอวัยวะสำคัญต่อการดำรงชีวิต เช่น อวัยวะของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท ผู้ป่วยอาจหมดสติไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถหายใจได้เอง หรือการทำงานของหัวใจล้มเหลว จนต้องให้การรักษาและใช้อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ เพื่อช่วยชีวิต โดยอาจมีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคที่เป็นอยู่เดิมหรือจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีอาการที่รุนแรง ร้ายแรง หมดหวังในการรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน คือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย (สันต์ หัตถิรัตน์, 2521) สถานการณ์เหล่านี้เป็นการเผชิญระหว่างการใช้ชีวิตอยู่กับความตายของผู้ป่วย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อสถานการณ์นั้นมักจะเป็นความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจและทุกข์ทรมานอย่างมากต่อการสูญเสียที่จะมาถึง (Davis, Cowley & Ryland, 1996) ผลกระทบที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเหล่านี้ ระหว่างการเจ็บป่วยก่อนการตายของผู้ป่วยจะมาถึงคือ การเผชิญกับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายและจะต้องสูญเสียผู้ป่วยไป จึงเกิดความเศร้าโศกขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย แม้การสูญเสียผู้ป่วยจะยังไม่เกิดขึ้นจริง (Watson, 1988) ทำให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะความสมดุล และต้องการการ

สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้าเผชิญกับภาวะสูญเสียและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น (Dracup & Breu, 1978)

ครอบครัวมีโครงสร้างเป็นระบบปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่ง (Fawcett, 1975) การเจ็บป่วยร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวย่อมทำให้วิถีการดำเนินชีวิต บรรยากาศภายในครอบครัวของสมาชิกทุกคนเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และหากการเจ็บป่วยนั้นถึงขั้นคุกคามต่อชีวิต ผลกระทบสำคัญที่เกิดแก่สมาชิกในครอบครัวจากที่กล่าวมาคือ ความรู้สึกสูญเสีย (Kozier, Erb & Bufalino, 1989) และการจะต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรักผูกพัน สมาชิกในครอบครัวจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง คือ ความเศร้าโศก ซึ่งเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดจากความผูกพันรักใคร่กับผู้ป่วยได้ถูกแยกจาก หรือถูกตัดออกไปจนไม่สามารถกลับคืนมาได้ (Taylor, Lillis & Mone, 1989) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกจะแสดงปฏิกิริยาใน 5 ระยะ (Kubler-Ross, 1969) คือ 1) ระยะปฏิเสธและแยกตัว ในช่วงแรกจะพบอาการช็อคและไม่เชื่อ ต่อมาเมื่อรับรู้การสูญเสีย ที่จะเกิดขึ้นจะปฏิเสธและแยกตัวจากสังคม 2) ระยะโกรธ เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้ จะมีความรู้สึกโกรธที่จะต้องสูญเสียและถูกทอดทิ้ง 3) ระยะต่อรองเป็นระยะที่สมาชิกในครอบครัวยอมรับการสูญเสียมากขึ้น แต่ยังต่อรองด้วยการแสดงความหวัง เพื่อยืดระยะเวลาการสูญเสียที่จะมาถึงออกไป 4) ระยะซึมเศร้า เป็นช่วงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกเสียใจอย่างรุนแรง ซบเซาอยู่เฉยๆ ร้องไห้ เศร้าโศกคนเดียว และ 5) ระยะยอมรับ สมาชิกในครอบครัวสามารถยอมรับการสูญเสียได้ เข้าใจความจริงว่าความตายและการแยกจากเป็นสัจธรรมของชีวิต ดังนั้นตลอดกระบวนการของภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่เกิดขึ้นจึงเป็นช่วงเวลาที่แตกต่างไปจากการดำเนินชีวิตตามปกติของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะรุนแรงมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นกับปัจจัยสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความหมายของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้สูญเสีย ลักษณะของสัมพันธภาพ บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว วุฒิภาวะและเขาว์ปัญญาของผู้สูญเสีย บริบทของการสูญเสียที่สถานการณ์การสูญเสียเกิดขึ้น อาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบมีโอกาศคาดคิดมาก่อน ประสบการณ์และการเผชิญการสูญเสียในครั้งก่อน และการสนับสนุนระดับประคองจากคนรอบข้างภายหลังการสูญเสีย เป็นต้น (Parkes, 1980; Raphael, 1983 cited in Canine, 1996; Rando, 1984 cited in Canine, 1996) ซึ่งการอยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่รุนแรงต่างกันนี้ อาจส่งผลต่อความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่แตกต่างกันของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้

การรับรู้ถึงภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวจะประเมินจากอาการของผู้ป่วยตามความคิด ความเชื่อและจากประสบการณ์ของตนเอง (Molzahn & Northcott, 1989) ภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาระยะ

เวลาที่ต้องเผชิญกับการตายของผู้ป่วยได้ การอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน สมาชิกในครอบครัวจะต้องปรับตัวเข้าเผชิญกับสถานการณ์อย่างทันทีทันใด ทำให้สมาชิกในครอบครัวพบกับภาวะช็อกและสับสนอย่างรุนแรง (Family Caregiver Alliance, 1999) จากการศึกษาของเดวิส และคณะ (Davis, et al., 1996) พบว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล ในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน จำนวน 118 คน สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง สำหรับการอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีลักษณะแตกต่างจากโรคเฉียบพลัน เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีระยะเวลาการเจ็บป่วยติดต่อกันนาน ผลกระทบที่เกิดแก่สมาชิกในครอบครัว จึงเป็นการเผชิญปัญหาที่ยาวนาน (Bascom & Tolle, 1995) ปัญหาที่เห็นได้เด่นชัด คือปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่ต้องมีรายจ่ายสูงขึ้น ปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากการเป็นบุตรอาจต้องเปลี่ยนมาเป็นผู้ให้การดูแลบิดาหรือมารดาที่เจ็บป่วย และปัญหาด้านอารมณ์ที่อาจพบความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และหมดหวังในการดูแลผู้ป่วย (Eckberg & Foxel, 1986) สิ่งเหล่านี้จะมีส่วนทำให้ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดความรุนแรงและใช้ระยะเวลาในการผ่านกระบวนการความเศร้าโศกน้อยลง และสมาชิกในครอบครัวจะมีเวลาในการปรับตัวต่อสถานการณ์การสูญเสียที่จะมาถึงได้มากกว่าการอยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลัน (Rando, 1984 cited in Canine, 1996)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย เป็นการต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว สมาชิกในครอบครัวยังจะต้องเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลง ความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย และการไม่สามารถคาดเดาระยะเวลาตายของผู้ป่วยได้ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยภายในหอผู้ป่วยหนักที่มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างมากมาย และสภาพที่ไม่น่าดูของผู้ป่วยที่อยู่เตียงข้างเคียง ทำให้เกิดผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น (Rukholm, Bailey, Coutu-Wakulczk & Bailcy, 1991) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ของตนเอง เพิ่มจากภาระงานตามปกติ เพื่อรับภาระหรือทดแทนบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย ภาระในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพิ่มมากขึ้นจากปกติ (Craven & Wald, 1975) เพื่อปรับระบบโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวให้อยู่ในภาวะสมดุลตามเดิม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้การพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย กล่าวคือ พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย และให้การสนับสนุน

ช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวในการเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่จะมาถึง ให้สามารถผ่านกระบวนการไปได้โดยมีประสิทธิภาพ

เกรเวน และวาลด์ (Craven & Wald, 1975) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการหนักจนหมดหวังในการรักษา แต่การช่วยเหลือก็จะยังไม่สิ้นสุดพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวต่อเนื่องกันไป เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวดำเนินชีวิตต่อไปได้ แต่จากการศึกษาของดุก (Duke, 1998) ที่ศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย กลุ่มสมรสของผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมุ่งที่จะให้ความสนใจดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าให้ความสำคัญกับความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอาจเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสูญเสียและเศร้าโศก และความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่สามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kleinpell & Powers, 1992; Palma, 1996)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายนั้น พบการศึกษาของแฮมป์ (Hampe, 1975) ที่ศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า สิ่งที่คุณสมรสของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จำนวน 27 คน ต้องการมาก ประกอบด้วยความต้องการ 8 ด้าน คือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยสุขสบาย ความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ความต้องการได้รับแจ้งเกี่ยวกับการตายที่อาจจะเกิดขึ้น ความต้องการได้ระบายความรู้สึก ความต้องการความสบายและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว และความต้องการการยอมรับและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ ต่อมาดราคุพ และบรู (Dracup & Brey, 1978) ได้นำผลการศึกษาของแฮมป์ มาใช้ในการให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มสมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ด้วยอาการรุนแรงจนอาจตายได้ จำนวน 26 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการตามการศึกษาของแฮมป์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการตอบสนองความต้องการมีความพึงพอใจสูงต่อบริการที่ได้รับ และจากการศึกษาครั้งนี้ ดราคุพและบรู ได้รวมความต้องการบางข้อของแฮมป์ ที่มีความซ้ำซ้อนเข้าด้วยกันและเพิ่มความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล ที่ได้จากผลการศึกษาของคนอื่นอีก 1 ด้าน รวมเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร 3) ด้าน

ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ผลการศึกษาด้านความต้องการทั้ง 5 ด้าน ของดราคุพและบรู (Dracup & Breu, 1978) ซึ่งมีความครอบคลุมความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายโดยตรง พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของอุไรพร พงศ์พัฒนานวุฒิ (2532) ซึ่งศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลแพ่ง จำนวน 60 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) มาดัดแปลง ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร และจิตนิวา วทานิชเวช (2540) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 55 คน และพยาบาลจำนวน 51 คน โดยดัดแปลงแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ และแบ่งความต้องการออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร มากกว่าด้านอื่นๆ และพยาบาลรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ตรงกัน ผู้วิจัยเชื่อว่าการนำผลการวิจัยความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายที่ศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันมาใช้ในครอบครัวไทยอาจมีข้อจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายในสังคมและวัฒนธรรมของไทย ในกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งศึกษาเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเนื้องอกและโรคเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเนื้องอกและโรคเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเนื้องอกและโรคเรื้อรัง เป็นอย่างไร
2. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเนื้องอกและโรคเรื้อรัง แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเนื้องอกและโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเนื้องอกและโรคเรื้อรัง โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 9 หอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1, 2 และ 3 หอผู้ป่วยหนักกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยหนักกึ่งวิกฤตอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือด ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2543

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง บุคคลที่ป่วยหนัก มีอาการรุนแรง ร้ายแรง หดหวังในการรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และเป็นผู้ป่วยภาวะใกล้ตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 9 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย 2 กลุ่ม คือ

1) **ผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลัน** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ร้ายแรง หดหวังในการรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งมีสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยอาจมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โรคที่คุกคามอย่างกะทันหัน หรือโรคที่ไม่เคยได้รับการตรวจรักษา อยู่เป็นประจำ

2) **ผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ร้ายแรง หดหวังในการรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งมีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน หรือมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 1 เดือน

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส หรือเป็นเครือญาติของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายที่มีความผูกพันใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนัก 9 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศก หมายถึง ความประสงค์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายที่จะได้รับการช่วยเหลือดูแล ในขณะที่เกิดความเศร้าโศกจากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรักผูกพันใกล้ชิด ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ที่สร้างโดยผู้วิจัยตามการศึกษาของดราคุพและบรู (Dracup & Breu, 1978) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ