

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง และศึกษาเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง
ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย
การรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว
ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย
ปฏิกิริยาต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก
2. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย

ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย

มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายไว้หลายท่าน ดังนี้

เคค และวอลเทอร์ (Keck & Walther, 1977) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตายหมายถึงบุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ลอง (Long, 1979) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งความตายได้เข้ามาคุกคามชีวิตของเขา ในบางครั้งระยะสุดท้ายจะชัดเจนขึ้นเมื่อแพทย์บอกผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

สมิท และ โบทเน็ต (Smith & Bohnet, 1983) ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายว่าเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย เป็นภาวะเจ็บป่วยในอาทิตย์สุดท้าย หรือเดือนสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลรักษาในระยะนี้เป็นการดูแลเพื่อประคับประคองเท่านั้น (palliative care)

และสันต์ หัตถิรัตน์ (2521) ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายคือ ผู้ป่วยที่เจ็บหนักมีอาการรุนแรง ร้ายแรง อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หมดหวังในการรักษา หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และได้กล่าวถึงประเภทของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายไว้ 3 ประเภท คือ

1. ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก (serious ill patient) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่อวัยวะจำเป็นแก่การดำรงชีวิตถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจ ซึ่งหมดหวังที่จะมีชีวิตรอด

2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminal ill patient) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดหรือไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

3. ผู้ป่วยที่หมดหวัง (hopeless patient) คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้รักษาให้ความเห็นว่าเป็นโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งผู้ป่วยที่หมดหวังในที่นี้จึงหมายถึงผู้ป่วยที่หมดหวังในความคิดเห็นของแพทย์เท่านั้น ตัวผู้ป่วยและญาติอาจไม่รู้สึหมดหวังก็ได้

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บหนักมีอาการรุนแรง ร้ายแรง หมดหวังในการรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน

การเจ็บป่วยรุนแรง ร้ายแรงของผู้ป่วยอาจมาจากสาเหตุหลายประการ ซึ่งอาจมาจากการเกิดอุบัติเหตุ หรือจากโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไม่ทราบมาก่อน จึงอาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ร้ายแรง หมดหวังในการรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งมีสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยอาจมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โรคที่คุกคามอย่างกะทันหัน หรือโรคที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาอยู่เป็นประจำ (Meissner, et al., 1994) นอกจากนี้สาเหตุของภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยอาจเกิดจากการเจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ร้ายแรง หดห้วงในการรักษา อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หรือมีอาการแสดงที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งมีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน หรือมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลอย่างค่อเนื่องนานมากกว่า 1 เดือน (Richie, et al., 1984)

การรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญยิ่งต่อบุคคล เนื่องจากเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลเจริญเติบโตพัฒนาและมีความสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาของการดำเนินชีวิต (รุจา ภูโพนุลย์, 2534)

เบอร์เกส และบาลวิน (Burgess & Balwin, 1981) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ดังนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่รวมกันด้วยความผูกพัน และมีความเกี่ยวพันโดยการสมรส สายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย
2. สมาชิกของครอบครัวจะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน
3. สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัวในสังคม เช่น บทบาทสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อกันตามสถานภาพของคนในครอบครัว
4. ครอบครัวจะมีการเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ได้รับจากสังคมมาอยู่ในรูปแบบลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว

แรนกิน (Rankin, 1989) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคล 2 คนขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในสถานที่เดียวกัน มีความผูกพันใกล้ชิดกันด้านอารมณ์ ความรู้สึกและมีการตอบสนองความต้องการในด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความต้องการทางเพศ นอกจากนี้บาสคอม และทอลเล (Bascom & Tolle, 1995) ได้กล่าวว่าครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ตามกฎหมาย เช่น คู่สมรส หรือเป็นเครือญาติ ซึ่งจะมีความรักใคร่ผูกพัน ห่วงใย และดูแลซึ่งกันและกัน

สมาชิกในครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส หรือเป็นเครือญาติของผู้ป่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การอบรมเลี้ยงดูและดูแลบุคคลตั้งแต่ปฐมวัย ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นหน่วยในสังคมที่มีความสำคัญยิ่งต่อความผาสุก และสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (Wright & Leahcy, 1994) ซึ่งครอบครัวจะช่วยดูแลบุคคลทั้งที่อยู่ในสภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย อีกทั้งยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือบุคคลให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ให้ผ่านไปได้อย่างดี (รุจา ภูไพบูลย์, 2534) เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ถือเป็นภาระที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแล (Craven & Sharp, 1972) และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่เพียงมีผลกระทบต่อผู้ป่วย แต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งบางครั้งอาจมีความเครียดมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง (Rukholm, et al., 1991)

การประเมินสถานการณ์สภาพอาการของผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวจะเกิดขึ้นตามความคิด ความเชื่อ และจากประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน (Molzahn & Northcott, 1989) ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดการรับรู้ขึ้นภายในตัวบุคคล (Hudak, Gallo & Morton, 1998) โดยอาศัยประสาทสัมผัส ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น ข้อมูลที่ได้รับโดยสมองจะมีการจัดหมวดหมู่ส่งผ่านข้อมูล และตีความออกมา การตีความต่างๆ ต้องอาศัยการเรียนรู้ ประสบการณ์และความรู้ของสมาชิกในครอบครัวคนนั้นๆ (วัชรวิ ทรัพย์มี, 2533) สลิต วงศ์สุวรรณค์ (2525) กล่าวว่ากระบวนการรับรู้ในบุคคลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การรับรู้ความรู้สึกหรือการสัมผัส (sensation) เป็นการที่ระบบประสาทรับข้อมูลที่ได้มาจากภายนอกตัวบุคคล
2. การเลือก (selection) เป็นการเลือกที่จะรับรู้ข้อมูลบางส่วน จากบรรดาข้อมูลมากมาย เนื่องจากบุคคลไม่สามารถรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการเลือกรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งเท่านั้น
3. การแปลความ (interpretation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการรับรู้ เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจ ตีความและให้ความหมายของข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งถ้าข้อมูลนั้นเป็นสิ่งใหม่ บุคคลก็จะบันทึกหรือจดจำไว้ อันจะส่งผลต่อการรับรู้และการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต

การรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นการรับรู้ตามความคิด ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับอาการความรุนแรงในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลของสมาชิกในครอบครัว และตีความจากประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ ค่านิยม และความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

อาการที่รุนแรงของผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวจะต้องเผชิญกับสภาพอาการของผู้ป่วยที่ร้ายแรง ส่งผลกระทบกับอวัยวะสำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยอาจหมดสติไม่รู้สีกตัว หายใจเองไม่ได้จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ หรือผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น สภาพหอผู้ป่วยที่ซับซ้อนและสับสน เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย การรบกวนจากกลิ่นและเสียงต่างๆ ตลอดจนสภาพร่างกายผู้ป่วยอื่นที่อยู่เตียงข้างเคียง และการต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของโรงพยาบาล ก็เป็นส่วนหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว (Hampe, 1975; Kleinpell & Powers, 1992) การมีความจำกัดเคร่งครัดเกี่ยวกับเวลาเยี่ยมและจำนวนบุคคลเข้าเยี่ยม เช่น อนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาเยี่ยมเพียงวันละ 2 ครั้ง คือ ระหว่างเวลา 12.00 น. ถึง 13.00 น. และ 15.00 น. ถึง 19.00 น. และการให้เข้าเยี่ยมเพียงครั้งละ 2 คน สิ่งเหล่านี้จะทำให้ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกถูกพลัดพรากจากกันทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ขาดการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างกัน จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว (Breu & Dracup, 1978) ซึ่งในสถานการณ์นี้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองที่บอกลถึงการเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย

ภาวะสูญเสีย มีผู้ให้ความสนใจศึกษาและให้ความหมายไว้ ดังนี้

โรบินสัน (Robinson, 1971) กล่าวว่า การสูญเสีย หมายถึง การสูญสิ้น หรือการขาดบางสิ่งบางอย่างที่มีคุณค่าของบุคคล อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือค่อยเป็นค่อยไป จากสิ่งที่คาดการณ์ไว้ หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก็ตาม

พรานูลิส (Pranulis, 1972 cited in Dracup & Breu, 1978) กล่าวว่า การสูญเสีย หมายถึง ความรู้สึกสูญเสียบุคคล ทรัพย์สิน หรือสิ่งมีค่าในชีวิต

นอกจากนี้ เทเลอร์ และคณะ (Taylor, et al., 1989) ได้กล่าวไว้ว่า การสูญเสีย หมายถึง การต้องสูญเสีย ถูกแยกจาก ถูกพรากไปจากบุคคลที่ตนรัก หรือสิ่งของที่มีค่าสูญหายไป

โคซิเออร์ และคณะ (Kozier, et al., 1989) กล่าวถึงแหล่งของการสูญเสียไว้ 4 ชนิด คือ

1. การสูญเสียลักษณะของบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของบุคคล เป็นการสูญเสียที่มองเห็นและสังเกตได้ เช่น การประสบอุบัติเหตุทำให้เกิดแผลเป็น สูญเสียอวัยวะเกิดความพิการ การสูญเสียที่สังเกตไม่ได้ เช่น การสูญเสียอวัยวะภายใน และการสูญเสียทางอารมณ์

2. การสูญเสียวัตถุภายนอก เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ไฟไหม้บ้าน หรือสูญเสียสัตว์เลี้ยง
3. การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความปลอดภัย เช่น การย้ายที่อยู่ หรือเด็กที่เริ่มเข้าโรงเรียนครั้งแรก ต้องแยกจากครอบครัวและบ้านจะเกิดความรู้สึกสูญเสีย
4. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกจากกัน หรือการตาย ซึ่งเป็นการสูญเสียอย่างสมบูรณ์และถาวร

สำหรับความหมายของความเศร้าโศกได้มีผู้สนใจศึกษา และให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้ คาร์ลสัน (Carlson, 1970) กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง กลุ่มของอารมณ์ตอบสนองที่เกิดขึ้นตามหลังการรับรู้การสูญเสียบุคคล หรือสิ่งที่มีค่ามีความสำคัญ การตอบสนองเหล่านี้ได้แก่ ความเจ็บปวด เดียวดาย หมดหวัง ความรู้สึกผิด หรือความโกรธ

วัตสัน (Watson, 1988) กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง ปฏิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเอง ตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่องภายหลังการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพัน ใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง

โคซิเออร์ และคณะ (Kozier, et al., 1989) ได้กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อสนองตอบการสูญเสีย และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีสุขภาพกายและจิตดี ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับการสูญเสียและสามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ ทั้งยังเป็นกระบวนการทางสังคมที่ได้รับการยอมรับ

และสุภาพร ดาวดี (2537) กล่าวว่า ความเศร้าโศก เป็นกลุ่มอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคล ซึ่งการตอบสนองนี้จะแสดงออกในความเจ็บปวด ลึนหวัง ความเศร้า ความรู้สึกผิด หรือความโกรธ

จากความหมายดังที่ได้กล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกัน จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพัน ใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น จึงแสดงความรู้สึกออกมา

ปฏิริยาต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ด้วยโรคเนื้องอกและโรคเรื้อรัง

การศึกษาเกี่ยวกับปฏิริยาในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกจากการต้องสูญเสียบุคคลที่รัก ผูกพัน ใกล้ชิดนั้น กูเบลอร์รอส (Kubler-Ross, 1969) ได้กล่าวว่า ปฏิริยาที่เกิดขึ้นทั้งของผู้ป่วยที่

กำลังจะต้องจากไปกับปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยนั้น จะมีปฏิกิริยาไม่แตกต่างกัน 5
ระยะ คือ

1. ระยะปฏิเสธและแยกตัว (stage of denial & isolation) เป็นการเผชิญต่อการรับรู้ว่าการสูญเสียและความตายกำลังจะเกิดขึ้น ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นคือ ซ้อคและไม่เชื่อ ต่อมาเมื่อยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วจะปฏิเสธและแยกตัวจากสังคม

2. ระยะโกรธ (stage of anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้แล้ว จะมีความรู้สึกโกรธที่ตนเองจะต้องเป็นผู้สูญเสีย

3. ระยะต่อรอง (stage of bargaining) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึงได้มากขึ้น แต่ยังคงต่อรองด้วยการแสดงความหวัง เพื่อยืดระยะเวลาการสูญเสียออกไปอีก

4. ระยะซึมเศร้า (stage of depression) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลเกิดความรู้สึกเสียใจอย่างรุนแรง ซบอยู่เงียบๆ ไม่พูดคุย ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว

5. ระยะยอมรับ (stage of acceptance) เป็นระยะที่บุคคลยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ เข้าใจความจริงว่าความตายและการแยกจาก เป็นสัจธรรมของชีวิต

จากการศึกษาที่ผ่านมามีผลสรุปได้ว่า เมื่ออยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศก สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะแสดงปฏิกิริยาที่คล้ายคลึงกันคือ ซ้อคและไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยในครั้งแรก ต่อมาอาจแสดงความโกรธที่จะต้องเป็นผู้สูญเสีย แล้วอาจมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น เพื่อเป็นการต่อรองและยืดระยะเวลาการสูญเสียออกไป และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ได้ สมาชิกในครอบครัวจะมีอาการซึมเศร้า ซบอยู่คนเดียวเงียบๆ ต่อมาเมื่อสมาชิกในครอบครัวเริ่มรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิเสธภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยได้แล้ว เข้าใจว่าความตายเป็นสิ่งไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ สมาชิกในครอบครัวจะปรับตัวและยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึงได้

การศึกษาของดัก (Duke, 1998) เกี่ยวกับประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มสมรสผู้ป่วยจำนวน 24 คน พบว่า ขณะที่กลุ่มสมรสต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกนั้น เขามีความรู้สึกโดดเดี่ยว เหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องอยู่กับความทรงจำเก่าๆ อยู่ท่ามกลางความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และต้องการคนดูแลเอาใจใส่ คอยให้การช่วยเหลืออย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สตีล (Steele, 1990) เกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย จำนวน 60 คน โดยการตอบแบบสอบถามประสบการณ์ความเศร้าโศก พบว่า ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับความรู้สึกผิด เสียการควบคุมตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง ซ้อคและไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น และรู้สึกต้องการพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างมาก

การสูญเสียที่จะเกิดขึ้นทำให้ระบบครอบครัวขาดภาวะสมดุล สมาชิกในครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ของแต่ละบุคคล โดยสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ จะต้องช่วยรับภาระและทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (Potter & Perry, 1993) ผลกระทบที่เกิดแก่สมาชิกในครอบครัวคือ การเสียความสมดุลทางอารมณ์และโครงสร้างทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายมีความเครียดในการเผชิญปัญหา และต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือมากขึ้นกว่าปกติ (Davis, et al., 1996) เพื่อให้สามารถคงความสมดุลของระบบครอบครัวไว้ได้

การศึกษาของเดวิส และคณะ (Davis, et al., 1996) ที่ศึกษาถึง ผลกระทบของการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล ในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน จำนวน 118 ราย พบว่า สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง การศึกษาของบาสคอม และทอลลี (Bascom & Tolle, 1995) ที่ศึกษาถึง การดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย กล่าวไว้ว่า กลุ่มสมรสของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายที่มีปัญหาความเศร้าโศกผิดปกติ มักจะมาจากการต้องสูญเสียผู้ป่วยไปด้วยโรคเฉียบพลัน โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน และจากข้อมูลของสมาคมครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกา (Family Caregiver Alliance, 1999) ได้กล่าวถึง ผลกระทบของภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันต่อสมาชิกในครอบครัวว่า ทำให้สมาชิกในครอบครัวพบกับภาวะช็อกและสับสนที่รุนแรง ต้องพบกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ พร้อมกับความรู้สึกผิดต่อสิ่งที่เกิดขึ้นทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเศร้าโศกมากขึ้น

การอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีลักษณะแตกต่างไปจากโรคเฉียบพลันที่กล่าวมา เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวล คับข้องใจ สิ้นหวัง และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จนอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเศร้าโศกและซึมเศร้าได้มากขึ้น (Herth, 1993) การศึกษาผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวที่เห็นได้ชัดเจน คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่ต้องมีรายจ่ายสูงขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากการเป็นบุตรอาจต้องมาเป็นผู้ให้การดูแลบิดามารดา หรือต้องทำหน้าที่ดูแลครอบครัว ปัญหาด้านอารมณ์ ที่อาจพบความรู้สึกเหนื่อยหน่ายท้อแท้จากภาระการดูแลที่ได้รับ เป็นต้น (ฉันทิชัย ตันติสุข, 2528)

จากการศึกษาของ แวกซอน และคณะ (Vachon, et al., 1977) ซึ่งศึกษาถึงการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่นๆ ตามการรับรู้ของภรรยาผู้ป่วย พบว่า ภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายจะมีปัญหาสุขภาพร่างกายจากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน และจะมีความทุกข์ทรมานมากกว่าภรรยาของผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาน้อยกว่า นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวยังพบอีกว่า สมาชิกในครอบครัวจะมีสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ที่แสดงอาการบ่งบอกถึงภาวะท้อแท้ หดหู่กำลังใจ (burnout syndrome) (Eckberg & Foxel, 1986) และเกิดความเหนื่อยหน่าย (burden) (Bascom & Tolle, 1995) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิตเพื่อรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจทำให้การทำงานของร่างกายบกพร่อง การรับรู้ลดลง ความคิดสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาจมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป (Selye, 1976) สิ่งเหล่านี้อาจมีส่วนทำให้ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวต่อการตายของผู้ป่วยลดความรุนแรงลง และใช้ระยะเวลาสั้นลง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อการตายของผู้ป่วยจะเปลี่ยนเป็นความรู้สึกโล่งใจ และทุกข์ทรมานน้อยลง ที่ไม่ต้องเห็นการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวได้มีเวลาในการปรับตัวต่อการสูญเสียที่จะมาถึงมากกว่าการอยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลัน (Rando, 1984 cited in Canine, 1996)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

บุคคลจะสามารถผ่านระยะต่างๆ ของกระบวนการความเศร้าโศกไปจนถึงระยะสิ้นสุดได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านบวกและด้านลบ ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากสำหรับบุคคลหนึ่งอาจจะมีอิทธิพลน้อยหรือไม่มีอิทธิพลใดๆ เลยสำหรับอีกบุคคลหนึ่งในที่นี้จะขอกกล่าวถึงปัจจัยที่ควรพิจารณาเมื่อต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศก จากการศึกษที่ผ่านมาดังนี้ คือ (Parkes, 1980 ; Raphael, 1983 cited in Canine, 1996; Rando, 1984 cited in Canine, 1996)

1. ปัจจัยภายใน

1.1 ความหมายของสิ่งที่จะสูญเสีย (meaning of the loss) หากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมากความเศร้าโศกก็จะรุนแรงมาก

1.2 ลักษณะของสัมพันธภาพ (qualities of the relationship) หากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันมาก การจะตัดขาดหรือแยกจากจะยากมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือบิดามารดากับบุตร

1.3 บทบาทของผู้ป่วย (roles of the patient) เมื่อเกิดภาวะใกล้ตายขึ้น ย่อมทำให้ครอบครัว เพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสียสมดุล หากผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบสิ่งต่างๆ มาก ก็จะส่งผลกระทบต่อมาก เช่น การจะต้องสูญเสียผู้นำครอบครัว หรือผู้หาเลี้ยงครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยจะต้องมีผู้รับหน้าที่แทน การแบกรับหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้นของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อกระบวนการเศร้าโศกและระยะเวลาในการปรับคืนสู่ภาวะสมดุลของสมาชิกในครอบครัว

1.4 อายุของผู้เศร้าโศก (age of the griever) ผู้มีอายุแตกต่างกันจะมีมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ความตาย และการจัดการกับความเศร้าโศกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูญเสียที่มีอายุน้อยจะจัดการกับความเศร้าโศกได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่มียุมากกว่า

1.5 เพศของผู้เศร้าโศก (griever's sex-role conditioning) ตั้งสมมติฐานว่าผู้ชายจะต้องรักษาบุคลิกภาพภายนอกให้ดูสุภาพและควบคุมตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยอมให้ผู้หญิงแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้ บทบาททางเพศจึงเป็นตัวกำหนดการรับรู้ของบุคคลให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมว่าควรจะทำอย่างไร ดังนั้นการแสดงออกของผู้เศร้าโศกอาจมีบางอย่างซ่อนเร้นไว้เพราะถูกกำหนดด้วยบทบาททางเพศในสังคม

1.6 สภาพจิตของผู้เศร้าโศก (griever's mental state) สมาชิกในครอบครัวที่มีบุคลิกภาพเก็บกด ซึมเศร้า จะมีอาการเศร้าโศกที่รุนแรงกว่า

1.7 วุฒิภาวะและเขาว์ปัญญาของผู้เศร้าโศก (griever's maturity & intelligence) หากมีวุฒิภาวะและเขาว์ปัญญาดีก็จะสามารถปรับตัวโดยใช้กลไกการปรับตัวได้ดี

1.8 ประสบการณ์การสูญเสียในครั้งก่อน (previous experience with loss) การจัดการกับการสูญเสียครั้งก่อน หากสมาชิกในครอบครัวสามารถผ่านความเศร้าโศกในครั้งก่อนได้ดีก็จะสามารถเผชิญและจัดการกับการสูญเสียและความเศร้าโศกครั้งนี้ได้ดีเช่นกัน

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่

2.1 ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย (patient's unique characteristic) สังคมโดยทั่วไปเชื่อว่า ตามธรรมชาติผู้สูงอายุควรจะต้องถึงแก่กรรมก่อนคนหนุ่มสาว ฉะนั้นการจะต้องสูญเสียเด็กหรือผู้มีอายุน้อย ทำให้เกิดความเศร้าโศกมากกว่าการต้องสูญเสียผู้สูงอายุ

2.2 บริบทของภาวะใกล้ตาย (context of the dying) สภาพแวดล้อมขณะอยู่ในภาวะใกล้ตายมีอิทธิพลต่อกระบวนการเศร้าโศก เช่น สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเตรียมใจก่อนสำหรับการตายที่จะมาถึงหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุของการตาย การตายจะเกิดขึ้นที่ใด ถ้าเป็น

การอยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวจะมีเวลาในการเตรียมตัวและปรับตัวให้ยอมรับ แต่ถ้าเป็นการอยู่ในภาวะใกล้ตายอย่างเฉียบพลัน หรือในเหตุการณ์รุนแรงได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน สมาชิกในครอบครัวจะปรับตัวยอมรับ และสิ้นสุดกระบวนการความเศร้าโศกได้ยากกว่า

2.3 ระบบสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ (available support system) สัมพันธภาพที่มีมานานจะช่วยให้อุทิศสนใจที่จะดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าสัมพันธภาพที่เพิ่งจะเริ่มขึ้น ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือประคับประคองในเครือญาติและในสังคม จึงช่วยให้ความเศร้าโศกผ่านไป得更เร็วขึ้น

2.4 พื้นฐานทางวัฒนธรรม (cultural background) แต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมการแสดงออกถึงความเศร้าโศก ถ้าสังคมยอมรับการแสดงออกได้ จะช่วยได้มากกว่าการต้องเก็บกดความรู้สึกต่างๆ เอาไว้

2.5 สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic status) การต้องสูญเสียผู้หาเลี้ยงครอบครัว ส่งผลกระทบต่อระบบการเงินและการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาความเศร้าโศกจะรุนแรงมาก

2.6 พิธีกรรมเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการตาย (funerary rituals) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยให้เกิดการยอมรับการตายที่จะมาถึง โดยมีสังคมเข้ามาช่วยให้ยอมรับได้เร็วขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าปัจจัยแวดล้อมหลายปัจจัยที่ควรคำนึงถึงเมื่อเกิดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลทำให้ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน สำหรับการศึกษที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกร่วมกับผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้น พบเพียงการศึกษาของไมล์ส (Miles, 1985) ที่ศึกษาปัจจัยในเรื่องของบทบาทของผู้ป่วย ลักษณะของสัมพันธภาพ และบริบทของภาวะใกล้ตายหรือการสูญเสีย ที่มีผลต่อสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์และการเจ็บป่วยทางกายของสมาชิกในครอบครัว ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสียผู้ป่วยเด็กของสมาชิกในครอบครัวที่สูญเสียผู้ป่วยเด็กด้วยโรคเฉียบพลันจำนวน 31 คน โรคเรื้อรัง 30 คน เปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวที่มีเด็กอยู่ในภาวะปกติจำนวน 81 คน พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่สูญเสียผู้ป่วยเด็กด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ คือมีอาการซึมเศร้า วิดกกังวล มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่สอดคล้องกับความเครียด มีอาการย้ำคิดย้ำทำ และที่เห็นได้ชัดเจนคือ อาการนอนไม่หลับ และความอยากอาหารลดลง โดยสมาชิกในครอบครัวที่สูญเสียผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 กลุ่ม จะมีความเครียดอยู่ในระดับสูงมากกว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีเด็ก

อยู่ในภาวะปกติ ดังนั้นการพิจารณาปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความรุนแรงของภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่จะเกิดขึ้น และช่วยในการแสวงหาแนวทางการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคลมากยิ่งขึ้น

ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติมีอยู่ในบุคคลทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติและเมื่อเจ็บป่วย ความต้องการที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความต้องการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล (สุชา จันทน์เอม, 2538) ซึ่งอาจพบการแสดงออกในรูปของ ความวิตกกังวล ความหวั่นไหว ความเศร้าเสียใจ ความว้าวุ่น เป็นต้น ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย เกิดความทุกข์ และความกระวนกระวายใจ แต่ถ้าความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนองจะทำให้ชีวิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความสุข สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ โดยความต้องการต่างๆ เหล่านี้อาจแสดงออกทางการบอกล่าทางพฤติกรรม หรือบางครั้งอาจซ่อนเร้น (Johnson & Johnson, 1976)

ในภาวะที่เกิดความรู้สึกว่าต้องสูญเสียและมีความเศร้าโศกเป็นสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากภาวะปกติของชีวิตประจำวัน บุคคลที่จะต้องเผชิญกับความสูญเสียและเศร้าโศกถือเป็นบุคคลที่ถูกคุกคามขาดความสมดุลในชีวิต พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการให้การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การประเมินความต้องการจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการที่แท้จริง เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Orlando, 1982)

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายไว้ดังนี้ แฮมพ์ (Hampe, 1975) ศึกษา ความต้องการของกลุ่มสมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมองความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของกลุ่มสมรส จำนวน 27 คน สามารถสรุปเป็นความต้องการ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และความต้องการเกี่ยวกับตัวกลุ่มสมรสเอง ซึ่งพบความต้องการประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) ต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย 3) ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย 4) ต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 5) ต้องการได้รับแจ้งเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น

6) ต้องการได้ระบายความรู้สึก 7) ต้องการความสุขสบาย และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว 8) ต้องการการยอมรับและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพ จากการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทำให้พยาบาลทราบถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ดราคูป และบรู (Dracup & Breu, 1978) จึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาใช้ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มสมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงจนอาจตายได้ จำนวน 26 คน โดยแบ่งกลุ่มสมรสออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้การดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย กลุ่มที่สองให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการตามการศึกษาของแฮมป์ คือ โทรศัพท์บอกอาการของผู้ป่วยแก่กลุ่มสมรสที่บ้านวันละ 2 ครั้ง จัดพยาบาลให้การดูแลและให้ข้อมูลแก่กลุ่มสมรสเป็นกรณีพิเศษ ยืดหยุ่นเวลาการเข้าเยี่ยมตามความต้องการของกลุ่มสมรส ให้เวลาแก่กลุ่มสมรสวันละประมาณ 15 นาที ในการพูดคุยและให้กลุ่มสมรสได้ระบายความรู้สึก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสมรสที่ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาดังกล่าวทำให้ ดราคูป และบรู (Dracup & Breu, 1978) ได้สรุปรวมความต้องการจากการศึกษาของ แฮมป์ (Hampe, 1975) บางข้อที่ซ้ำซ้อนกันเข้าด้วยกัน และเพิ่มความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล จากการศึกษารวมของตนเองอีก 1 ด้าน รวมเป็นความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 5 ด้าน สรุปได้ดังนี้

1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่างๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก มีผู้แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวล และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ

2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่างๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล

3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ชิดๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือได้รออยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด

4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการพยาบาล ได้พูดคุย

เพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วย

5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเอง ได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย การมีคนคอยให้กำลังใจ คอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่างๆ และมีแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่นๆ

จากนั้น บรู และคราคูพ (Breu & Dracup, 1978) ได้นำความต้องการเหล่านี้มาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นเวลา 2 ปี พบว่า สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาล และตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้มากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ซึ่งสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต โดยสร้างแบบสำรวจความต้องการตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต เพื่อศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 40 คน พบว่าความต้องการซึ่งสมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญมาก 10 ลำดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ต้องการทราบข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ

การศึกษาของเคลียนเพล และพาวเวอร์ส (Kleinpell & Powers, 1992) เรื่องความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 64 คน โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการ 5 อันดับแรก คือ การตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การโทรศัพท์บอกเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และบอกเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะให้ผู้ป่วยต่อไป

มาลาคริดา และคณะ (Malacrida, et al., 1998) ได้ศึกษาถึงสิ่งที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนักไม่พอใจขณะที่เข้ารับการรักษา ในช่วงปี 1981-1989 จำนวน 390 คน โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า สมาชิกในครอบครัวไม่พึงพอใจต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเมื่อความตายใกล้เข้ามา และมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่บอกข้อมูลอย่างละเอียดและชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์น และโคลวิน (Bems & Colvin,

1998) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขณะให้การดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย โดยการสัมภาษณ์ พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการให้บอกข้อมูลเกี่ยวกับความตายที่จะมาถึง และบอกอย่างตรงไปตรงมา

สำหรับการศึกษาของมาทิส (Mathis, 1984) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน 11 ราย และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน 15 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนามาจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน แตกต่างจากความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน โดยความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน 5 อันดับแรก คือ ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ต้องการให้โทรศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบแผนการรักษาผู้ป่วย ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และต้องการได้รับคำอธิบายที่ตรงตามความเป็นจริง ส่วนความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันมีความต้องการ 5 อันดับแรก คือ ต้องการความรู้สึกว่ายังมีความหวัง ต้องการให้โทรศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบแผนการรักษาผู้ป่วย ต้องการทราบความจริงว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง และต้องการได้รับคำอธิบายที่ตรงตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบของเองกลี และไครสิวาลิ-ฟาร์เมอร์ (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของมาทิส นั่นคือ พบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน แตกต่างจากความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน โดยกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันมีความต้องการ 5 อันดับแรก คือ ต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการได้รับโทรศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการมีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันมีความต้องการ 5 อันดับแรก คือ ต้องการทราบแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ต้องการมีคนสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ต้องการได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย ต้องการได้รับโทรศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับอาการที่ดีขึ้นหรือเลวลงของผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทยการศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายยังไม่พบรายงาน พบเพียงการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก และศึกษานุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพริ จำนวน 60 ราย กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้ป่วยมีความต้องการแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน โดยความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความต้องการมีความรู้สึกเป็นเจ้าของหน้าที่ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วย และได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการที่ให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล สำหรับบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้มากที่สุดคือ พยาบาล

ธิติมา วทานิยเวช (2540) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 คน และพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) แบ่งความต้องการออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด และพยาบาลรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเช่นกัน

และการศึกษาของอุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) ซึ่งศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวและการรับรู้ของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 123 ราย และ

พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 107 ราย ของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) แบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุดในเรื่องของการลดความวิตกกังวล และความต้องการในอันดับสุดท้ายคือ ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก สำหรับพยาบาลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรกคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และอันดับสุดท้ายคือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเองสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาล โดยความต้องการของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองและบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุดคือ พยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก ภาวะลูกคามดังกล่าวทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดความสมดุลในการดำเนินชีวิต สมาชิกในครอบครัวจึงต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังนั้นพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงความต้องการการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว และผู้วิจัยเชื่อว่าการนำผลการวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันมาใช้ในครอบครัวไทยอาจมีข้อจำกัด ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้จึงมุ่งศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งศึกษาเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย

การเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง ร้ายแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และถึงขั้นที่สมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่าเป็นภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างยิ่ง การอยู่ในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับตัวเข้าเผชิญกับสถานการณ์อย่างทันทีทันใด ต้องพบกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะเกิดภาวะช็อกและสับสนที่รุนแรง ส่วนการอยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวจะมีเวลาในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ยาวนานกว่า และผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เหนื่อยหน่ายในการดูแล ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจลดความรุนแรงลง จากการเผชิญกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะขาดสมดุลในการดำเนินชีวิต จึงเกิดความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ ขึ้น การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยอาศัยกรอบแนวคิดของดราคูป และบรู (Dracup & Breu, 1978) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยมีความเชื่อว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังมีความต้องการในด้านต่างๆ แตกต่างกัน