

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลา จำนวน 64 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2546 – เดือน มิถุนายน 2547 โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย
2. ความคาดหวังการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย
3. การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย
4. เปรียบเทียบความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย
5. คำถามปลายเปิด

1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 64 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 และเพศชาย ร้อยละ 17.2 มีอายุระหว่าง 21-40 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.3 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.6 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.5 รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.9 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อรายได้ไม่เพียงพอจะใช้วิธีการกู้ยืมมากที่สุด ร้อยละ 71.9 รองลงมา คือขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ร้อยละ 21.8 ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 53.1 และผู้ดูแลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 46.9 สิทธิบัตรในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบัตรทองจากโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 67.5

กลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ พี่-น้อง ร้อยละ 25 โดยมีระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อของผู้ป่วยมา

13-36 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 31.3 รองลงมาคือ 7-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.6 ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าได้ให้การดูแลผู้ป่วย มาเป็นเวลา 2-6 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 65.6 รองลงมาคือน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 18.8 โดยความถี่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุกวันร้อยละ 92.2 และพบว่าระยะเวลาที่ให้การดูแลที่โรงพยาบาล 2-4 วันร้อยละ 40.6 รองลงมา 5-7 วัน ร้อยละ 32.8 ซึ่งส่วนใหญ่มีความถี่ในการดูแลผู้ป่วยทุกวัน ร้อยละ 89.1 โดยพบว่าผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 65.6 และเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร/มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ร้อยละ 78.1 ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 64)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	17.2
หญิง	53	82.8
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	1.6
21 - 40 ปี	35	62.5
41 - 60 ปี	20	31.2
60 ปีขึ้นไป	3	4.7
สถานภาพสมรส		
โสด	8	12.5
คู่	50	78.1
หย่าร้าง	2	3.1
ม่าย	4	6.3
ศาสนา		
พุทธ	60	93.8
อิสลาม	4	6.3

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	29	45.3
เกษตรกรรม	4	6.3
รับราชการ	5	7.8
ค้าขาย	14	21.9
อื่นๆ	2	3.1
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.6
ประถมศึกษา	33	51.6
มัธยมศึกษา	24	37.5
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	4	6.3
ปริญญา	2	3.1
ภูมิลำเนา		
อ.เมืองสงขลา	16	25
อ.หาดใหญ่	13	20.3
อ.อื่นๆในจังหวัดสงขลา	20	31.3
ต่างจังหวัด	15	23.4
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
น้อยกว่า 3,000 บาท	10	15.3
3,001 - 6,000 บาท	30	46.9
6,001 - 9,000 บาท	6	9.4
9,001 - 12,000 บาท	6	9.4
12,001 บาท ขึ้นไป	12	18.8

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
--------	-------	--------

ความเพียงพอของรายได้		
เหลือเก็บ	8	12.5
เพียงพอ	24	37.5
ไม่เพียงพอ	32	50
กรณีไม่เพียงพอ		
กู้ยืม	23	71.9
ขายทรัพย์สิน	2	6.25
ขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง	7	21.8
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย		
ผู้ดูแลเองทั้งหมด	30	46.9
ญาติพี่น้องช่วยเหลือ	34	53.1
สิทธิบัตรในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย		
เบิกจากราชการ	2	3.1
บัตรทอง	43	65.7
ประกันสังคม	11	11.2
จ่ายเอง	6	9.4
อื่นๆ	2	3.1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา / มารดา	12	18.8
คู่สมรส	28	43.8
พี่น้อง	16	25
บุตร	5	7.8
อื่นๆ	3	4.7

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ	7	

น้อยกว่า 1 เดือน	7	10.9
2-6 เดือน	17	10.9
7-12 เดือน	20	26.6
13-36 เดือน	10	31.3
37-72 เดือน	3	15.6
72 เดือนขึ้นไป		4.7
ระยะเวลาที่ให้การดูแลที่บ้าน	12	
1 เดือน	42	18.8
2-6 เดือน	8	65.6
7-12 เดือน	2	12.5
13 เดือนขึ้นไป		3.1
ความถี่ในการให้การดูแลที่บ้าน	59	
ทุกวัน	3	92.2
วันเว้นวัน	2	4.7
เสาร์-อาทิตย์		3.1
ระยะเวลาที่ให้การดูแลที่โรงพยาบาล	26	
2-4 วัน	21	40.6
5-7 วัน	8	32.8
8-10 วัน	9	12.5
10 วันขึ้นไป		14.1
ความถี่ในการดูแลที่โรงพยาบาล	57	
ทุกวัน	7	89.1
วันเว้นวัน		10.9

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
เคยให้การดูแล	42	65.6

ไม่เคยให้การดูแล	22	34.1
การได้รับข้อมูลข่าวสาร/ความรู้เรื่องโรคเอดส์		
เคยได้รับ	50	78.1
ไม่เคยได้รับ	14	21.9

2 ความคาดหวังการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

ความคาดหวังการดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.08$, $SD=.48$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในระดับปานกลางทุกด้าน แต่พบว่าระดับความคาดหวังด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X}=2.26$, $SD=.51$) รองลงมาคือความคาดหวังด้านร่างกาย ($\bar{X}=2.14$, $SD=.45$) ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X}=1.99$, $SD=.71$) และด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=1.94$, $SD=.62$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคาดหวังโดยรวมและรายด้าน (N = 64)

ความคาดหวังการดูแล	\bar{X}	SD	ระดับความคาดหวัง
ด้านจิตใจ	2.26	.51	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	2.14	.45	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	1.99	.71	ปานกลาง
ด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม	1.94	.62	ปานกลาง
ความคาดหวังการดูแลโดยรวม	2.08	.48	ปานกลาง

ความคาดหวังด้านจิตใจเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ให้โอกาสครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ($\bar{X}=2.67$, $SD=.67$) เจ้าหน้าที่ดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจและไม่พูดตำหนิตีติเตียนผู้ป่วย ($\bar{X}=2.67$, $SD=.59$) และเจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบเว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ ($\bar{X}=2.66$, $SD=.74$) ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุด คือเจ้าหน้าที่อนุญาตให้ผู้ป่วย ได้ทำในสิ่งที่

ต้องการโดยการให้จัดการกับภาระต่างๆที่ผู้ป่วยมีอยู่เช่น การฝากฝังบุคคลที่รัก การจัดการกับทรัพย์สินมรดก ($\bar{X}=1.52$, $SD=1.05$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ระบายความทุกข์และแสดงออกถึงความโศกเศร้า โดยการอยู่รับฟังให้เวลาผู้ป่วยพูดคุย ($\bar{X}=1.73$, $SD=1.07$) เจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจไปลอบใจแก่ท่านเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ($\bar{X}=1.73$, $SD=1.01$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังการดูแล ของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตใจ จำแนกเป็นรายชื่อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และน้อยที่สุด 3 อันดับ

ความคาดหวังด้านจิตใจ	\bar{X}	SD	ระดับความคาดหวัง
- เจ้าหน้าที่ให้โอกาสครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา	2.67	.67	มาก
- เจ้าหน้าที่ดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจและไม่พูดตำหนิติเตียนผู้ป่วย	2.67	.59	มาก
- เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบเว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ	2.66	.74	มาก
- เจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ไปลอบใจแก่ท่าน เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด	1.73	1.01	ปานกลาง

ตาราง 3

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังการดูแล ของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตใจ จำแนกเป็นรายชื่อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และน้อยที่สุด 3 อันดับ (ต่อ)

ความคาดหวังด้านจิตใจ	\bar{X}	SD	ระดับความคาดหวัง
- เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และแสดงออกถึงความโศกเศร้า	1.73	1.07	ปานกลาง

โดยการอยู่รับฟังให้เวลาผู้ป่วยพูดคุย			
- เจ้าหน้าที่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการ โดยการให้จัดการกับภาวะต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ เช่นการฝากฝังบุคคลที่รัก	1.52	1.05	ปานกลาง

**การจั ด กว ร กั บ
ท ร ี พ ย์ สึ น ม ร ด ก**

ความคาดหวังด้านร่างกาย เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังเกือบทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังที่อยู่ในระดับมาก 2 ข้อคือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่นให้ออกซิเจนให้ยาแก้ปวด ให้ยาลดไข้ ($\bar{X}=2.64$, $SD=.57$) และ เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ($\bar{X}=2.64$, $SD=.63$) รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังที่อยู่ในระดับปานกลางคือ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านในการดูแลผู้ป่วยเช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล อาหารที่ควรให้ผู้ป่วยรับประทานฯลฯ ($\bar{X}=2.44$, $SD=.79$) ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ช่วยผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ท่านได้พักผ่อนบ้าง ($\bar{X}=1.48$, $SD=1.10$) เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว รวมทั้งดูแลความสะอาดผิวให้แห้งไม่อับชื้น ($\bar{X}=1.52$, $SD=.99$) และเจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย เช่น จัดท่านอนที่เหมาะสม ($\bar{X}=1.80$, $SD=.89$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังการดูแล ของกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย จำแนกเป็นรายชื่อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ

ความคาดหวังด้านร่างกาย	\bar{X}	SD	ระดับความคาดหวัง
- เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น ให้ออกซิเจนให้ยาแก้ปวด ให้ยาลดไข้	2.64	.57	มาก

- เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือด้วยความ กระตือรือร้นและเต็มใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการ หนัก	2.64	.63	มาก
- เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านในการดูแล	2.44	.79	ปานกลาง
ผู้ป่วย เช่น การทำ ความสะอาดร่างกาย			
การทำแผล อาหารที่ควรให้ผู้ป่วยรับ ประทาน ฯลฯ	1.80	.89	น้อย
- เจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย เช่น จัดท่านอนที่เหมาะสม	1.52	.99	น้อย
- เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกาย ให้ผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว รวมทั้งดูแล ความสะอาดผิวให้แห้งไม่อับชื้นหรือมีแผล	1.48	1.10	น้อย
- เจ้าหน้าที่ช่วยผลักดันดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ ท่านได้พักผ่อนบ้าง			

ความคาดหวังด้านจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง
มากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก
($\bar{X} = 2.67$, $SD = .64$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ให้ความหวังและกำลังใจให้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงได้ ($\bar{X} = 2.66$, $SD = .82$) และเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างสมศักดิ์
ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.55$, $SD = .73$) ตาม
ลำดับ ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ตาม
ความเชื่อของผู้ป่วยหรือท่านเมื่อต้องการ ($\bar{X} = 1.24$, $SD = 1.08$) รองลงมาเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้
ผู้ป่วยหรือท่านพูดคุยถึงความเชื่อที่มี และสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องแนวความเชื่อของ
ท่านหรือผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.25$, $SD = 1.10$) และเจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและเป็นสุข เช่น สอน
วิธีทำสมาธิหรือปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ($\bar{X} = 1.44$, $SD = 1.17$) ตามลำดับ ดังแสดงราย
ละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง
ด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายข้อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ

ความคาดหวังด้านจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับความคาดหวัง
- เจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อ	2.67	.64	มาก
ผู้ป่วย เข้าเยี่ยม			
เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก	2.66	.82	มาก
- เจ้าหน้าที่ให้ความหวังและกำลังใจให้กับผู้ป่วย			
อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความ	2.55	.73	มาก
เป็นจริงได้			
- เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็น			
มนุษย์ โดยการเคารพในความเป็นบุคคลของ	1.44	1.17	น้อย
ผู้ป่วย			
- เจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและเป็นสุข			
เช่น สอนวิธีทำสมาธิ หรือปฏิบัติตามความ	1.25	1.10	น้อย
เชื่อทางศาสนา			
- เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านพูดคุย			
ถึงความเชื่อที่มี และสนทนาแลกเปลี่ยน			
ความคิดเห็นในเรื่องแนวความเชื่อของท่าน	1.24	1.08	น้อย
หรือผู้ป่วย			
- เจ้าหน้าที่ช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ตาม			
ความเชื่อของผู้ป่วยหรือท่านเมื่อต้องการ			

ความคาดหวังด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่จัดสถานที่พักให้ผู้ป่วยสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็นหรืออับชื้น ($\bar{X}=2.58$, $SD=.59$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยและท่านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ($\bar{X}=2.33$, $SD=.78$) และเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือโดยติดต่อสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลเมื่อท่านมีปัญหาการรักษาพยาบาล ($\bar{X}=2.29$, $SD=.94$) ตามลำดับ ส่วนลำดับที่

มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ที่แนะนำให้ท่านรู้จักกับญาติผู้ป่วยคนอื่นข้างเตียงเพื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{X}=0.92$, $SD=1.12$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่จัดหาข้อมูลข่าวสาร เช่น โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์เพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย ($\bar{X}=1.48$, $SD=1.14$) และเจ้าหน้าที่จัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและท่านรู้สึกเหมือนอยู่ที่บ้าน ($\bar{X}=1.53$, $SD=1.07$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 6

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคาดหวังการดูแลของกลุ่มตัวอย่างด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมจำแนกเป็นรายชื่อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ

ความคาดหวัง ด้าน สังคม เศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อม	\bar{X}	SD	ระดับความคาดหวัง
- เจ้าหน้าที่จัดสถานที่พักให้ผู้ป่วยสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น หรืออับชื้น	2.58	.59	มาก
- เจ้าหน้าที่จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วย และท่าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวก	2.33	.78	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือโดยติดต่อสังคมสงเคราะห์ จากโรงพยาบาลเมื่อท่านมีปัญหาการรักษาพยาบาล	2.29	.94	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่จัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย และท่านรู้สึกเหมือนอยู่ที่บ้าน	1.53	1.07	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่จัดหาข้อมูลข่าวสาร เช่น โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์เพื่อให้ท่านได้ผ่อนคลาย	1.48	1.14	ปานกลาง

ตาราง 6

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคาดหวังการดูแลของกลุ่มตัวอย่างด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมจำแนกเป็นรายชื่อเรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ (ต่อ)

ความคาดหวัง ด้าน สัง ค ม เศรษฐกิจ และ สิ่ง แวด ล้อม	\bar{X}	SD	ระดับ ความคาด หวัง
- เจ้าหน้าที่แนะนำให้ท่านรู้จักกับญาติผู้ป่วยคนอื่น ข้างเตียงเพื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	.92	1.12	น้อย

3 การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.71$, $SD=.40$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ในระดับปานกลางทุกด้านเช่นกัน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X}=1.88$, $SD=.49$) รองลงมาคือด้านจิตใจ ($\bar{X}=1.80$, $SD=.54$) ด้านร่างกาย ($\bar{X}=1.65$, $SD=.52$) และด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=1.52$, $SD=.48$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 7

ตาราง 7

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โดยรวมและรายด้าน (N=64)

การดูแลแบบประคับประคอง	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลที่ ได้รับตามการรับรู้
ด้านจิตวิญญาณ	1.88	.49	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	1.80	.54	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	1.65	.52	ปานกลาง
ด้านสังคมเศรษฐกิจ	1.52	.48	ปานกลาง
การดูแลที่ได้รับตามการรับรู้โดยรวม	1.71	.40	ปานกลาง

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้มากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก

($\bar{X}=2.61$, $SD=.61$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ไม่แสดงท่าทีหรือพูดจาลบหลู่ต่อสิ่งที่ท่านและผู้ป่วยนับถือ ($\bar{X}=2.30$, $SD=1.10$) เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ($\bar{X}=2.27$, $SD=.76$) ตามลำดับ ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและเป็นสุข เช่น สอนวิธีทำสมาธิ หรือปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ($\bar{X}=.64$, $SD=.95$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ตามความเชื่อของผู้ป่วยหรือท่านเมื่อต้องการ ($\bar{X}=.93$, $SD=1.02$) และเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านพูดคุยถึงความเชื่อที่มีและสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องความเชื่อของท่านหรือผู้ป่วย ($\bar{X}=1.02$, $SD=1.09$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายชื่อเรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ

การดูแลแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้
- เจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก	2.61	.61	มาก
- เจ้าหน้าที่ไม่แสดงท่าทีหรือพูดจาลบหลู่ต่อสิ่งที่ท่านและผู้ป่วยนับถือ	2.30	1.01	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย	2.27	.76	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านพูดคุยถึงความเชื่อที่มี และสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องแนวความเชื่อของท่านหรือผู้ป่วย	1.02	1.09	น้อย

ตาราง 8

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็นรายชื่อเรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ (ต่อ)

การดูแลแบบประคับประคองด้าน จิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลที่ได้รับ ตามการรับรู้
- เจ้าหน้าที่ช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ตาม ความเชื่อของผู้ป่วยหรือท่านเมื่อต้องการ	.93	1.02	น้อย
- เจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ และเป็น สุข เช่น สอนวิธีทำสมาธิ หรือปฏิบัติตาม ความเชื่อทางศาสนา	.64	.95	น้อย

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตใจ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ให้โอกาสครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ($\bar{X}=2.73$, $SD=.54$) รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบเว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงาน เพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ ($\bar{X}=2.63$, $SD=.70$) และเจ้าหน้าที่ดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ โดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจและไม่พูดตำหนิตีติชนผู้ป่วย ($\bar{X}=2.20$, $SD=.88$) ตามลำดับ ส่วนลำดับของคะแนนที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ปลอดภัยแก่ท่านเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ($\bar{X}=1.05$, $SD=.97$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่รับฟังและเปิดโอกาสให้ท่านระบายความทุกข์ในใจ เพื่อลดความกังวลและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย ($\bar{X}=1.19$, $SD=1.08$) เจ้าหน้าที่พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลความโศกเศร้า และความหวาดกลัวในด้านต่างๆ ($\bar{X}=1.41$, $SD=1.03$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 9

ตาราง 9

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านจิตใจ จำแนกเป็นรายข้อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ

การดูแลแบบประคับประคองด้านจิตใจ	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลที่
---------------------------------	-----------	----	-----------------

			ได้รับตามการรับรู้
- เจ้าหน้าที่ให้โอกาสครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา	2.73	.54	มาก
- เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบเว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ	2.63	.70	มาก
- เจ้าหน้าที่ดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจและไม่พูดคำหยาบคายต่อผู้ป่วย	2.20	.88	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลความโศกเศร้าและความหวาดกลัวในด้านต่างๆ	1.41	1.03	น้อย
- เจ้าหน้าที่รับฟังและเปิดโอกาสให้ท่านระบายความทุกข์ในใจเพื่อลดความกังวลและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย	1.19	1.08	น้อย
- เจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ปลอบใจแก่ท่าน เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด	1.05	.97	น้อย

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคเช่น ให้ออกซิเจนให้ยาแก้ปวด ให้ยาลดไข้ ($\bar{X}=2.41$, $SD=.61$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ($\bar{X}=2.23$, $SD=.79$) และเจ้าหน้าที่ให้อาหาร และน้ำอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลีย เช่น การให้สารน้ำ การให้อาหารทางสายยาง ($\bar{X}=2.22$, $SD=.79$) ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ได้จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยที่เพียงพอให้กับท่าน เช่น ถุงมือฆ่าเชื้อ ($\bar{X}=1.05$, $SD=1.10$) เจ้าหน้าที่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดให้ผู้ป่วย เช่น การนวดประคบความเย็นหรือการสอนการหายใจเพื่อผ่อนคลาย ($\bar{X}=1.09$, $SD=1.02$) เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมและ

การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ($\bar{X}=1.11$, $SD=1.17$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดใน ตาราง 10

ตาราง 10

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย จำแนกเป็นรายชื่อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ

การดูแลแบบประคับประคองด้านร่างกาย	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้
- เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น ให้ออกซิเจนให้ยาแก้ปวด ให้ยาลดไข้	2.41	.61	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก	2.23	.79	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่ให้อาหาร และน้ำอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลียเช่น การให้สารน้ำ การให้อาหารทางสายยาง	2.22	.79	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต	1.11	1.17	น้อย

ตาราง 10

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย จำแนกเป็นรายชื่อ เรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและน้อยที่สุด 3 อันดับ (ต่อ)

การดูแลแบบประคับประคองด้านร่างกาย	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้
- เจ้าหน้าที่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดให้ผู้	1.09	1.02	น้อย

ป่วยเช่นการนวดประคบความเย็น

หรือการสอนการหายใจเพื่อผ่อนคลาย

- เจ้าหน้าที่ได้จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้เพื่อ 1.05 1.10 น้อย

ป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยที่เพียงพอ

ให้กับท่านเช่น ถุงมือ น้ำยาฆ่าเชื้อ

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เมื่อพิจารณาจากข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ในระดับปานกลางถึงน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ยืดหยุ่นเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ($\bar{X}=2.38$, $SD=.84$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่จัดสถานที่พักให้ผู้ป่วยสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น หรืออับชื้น ($\bar{X}=2.20$, $SD=.62$) และเจ้าหน้าที่จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยและท่านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ($\bar{X}=2.09$, $SD=.77$) ตามลำดับ ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่แนะนำให้ท่านรู้จักกับญาติผู้ป่วยคนอื่นข้างเตียงเพื่อให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{X}=1.48$, $SD=.85$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ติดต่อหรือแนะนำเกี่ยวกับหน่วยงานหรือองค์กรที่จะให้ความช่วยเหลือท่านหรือครอบครัวผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ($\bar{X}=1.67$, $SD=1.02$) และเจ้าหน้าที่จัดที่พักผ่อนเพื่อให้ท่านได้พักผ่อนเมื่อท่านเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=1.16$, $SD=1.10$) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 11

ตาราง 11

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม จำแนกเป็นรายชื่อเรียงลำดับที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และน้อยที่สุด 3 อันดับ

การดูแลแบบประคับประคองด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้
- เจ้าหน้าที่ยืดหยุ่นเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	2.38	.83	ปานกลาง

- เจ้าหน้าที่จัดสถานที่พักให้ผู้ป่วยสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น หรืออับชื้น	2.20	.62	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยและท่านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวก	2.09	.77	ปานกลาง
- เจ้าหน้าที่จัดที่พักผ่อนเพื่อให้ท่านได้พักผ่อน ท่านเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย	1.16	1.10	น้อย
- เจ้าหน้าที่ติดต่อหรือแนะนำเกี่ยวกับหน่วยงานหรือองค์กรที่จะให้ความช่วยเหลือท่านหรือครอบครัวผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต	.67	1.02	น้อย
- เจ้าหน้าที่แนะนำให้ท่านรู้จักกับญาติผู้ป่วยคนอื่นข้างเตียงเพื่อให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	.48	.85	น้อย

4. เปรียบเทียบความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตวิญญาณ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 12

ตาราง 12

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคาดหวังและการดูแลประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายด้านและโดยรวม

การดูแล	ความคาดหวัง		การดูแลที่ได้รับ		p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ด้านร่างกาย	2.14	.45	1.65	.52	.000
ด้านจิตใจ	2.26	.51	1.80	.54	.000
ด้านสังคมเศรษฐกิจ	1.94	.62	1.52	.48	.000

ด้านจิตวิญญาณ	1.98	.71	1.88	.49	.216
ความคาดหวังและการดูแลที่ ได้รับตามการรับรู้โดยรวม	2.08	.47	1.71	.40	.000

5. คำถามปลายเปิด

สำหรับคำถามปลายเปิดของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวัง/ความต้องการและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับนอกเหนือไปจากแบบสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย โดยในการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย 25 ราย ได้เสนอแนะความคาดหวังและความต้องการดังนี้ (ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 13)

1. ต้องการที่จะตรวจเลือดเพื่อต้องการทราบการติดเชื้อจากผู้ป่วย 9 ราย (โดยผู้ที่ต้องการให้ตรวจเลือดมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นคู่สมรส 5 ราย และเป็นมารดา 2 ราย บุตร 2 ราย) ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล 3 ราย

ภรรยาของผู้ป่วย 1 ราย “คิดว่าติดโรคจากเขาแล้วแต่ยังไม่ได้ตรวจ อยากตรวจเพราะจะได้รู้แน่ๆ แล้วก็จะได้รับการให้ทัน”

มารดาของผู้ป่วย 1 ราย “อยากตรวจแล้วคิดว่าติดโรคจากคนป่วยหรือไม่ เพราะเฝ้ารักษามานาน”

พี่สาวของผู้ป่วย 1 ราย “จะให้ลองตรวจว่าลูกเขาติดเชื้อด้วยหรือไม่ สงสารเด็ก เพราะฉันเป็นคนเลี้ยงลูกเขา แม่เขาก็ตายแล้ว”

2. ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อเอดส์ และต้องการการเข้าถึงโครงการยาต้านไวรัส 9 ราย (รายที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อจากคู่สมรส) ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล 2 ราย

ผู้ดูแลคนที่ 1 “รู้ว่าติดเชื้อเอดส์ แต่ไม่รู้ปฏิบัติตัวเองอย่างไรให้อยู่แข็งแรงไปนานๆ”

ผู้ดูแลคนที่ 2 “ตอนนี้ได้ข่าวว่าเขามีการรักษาโรคเอดส์ได้แล้วแต่ไม่รู้ว่าจะไปหารักษาได้ที่ไหน”

3. ต้องการให้แพทย์ พยาบาล เอาใจใส่ผู้ป่วย รักษาอย่างเต็มที่ โดยไม่ถูกแบ่งแยก 5 ราย ดังคำพูดของผู้ดูแล

ผู้ดูแลคนที่ 1 “อย่าให้หมอบ พยาบาลคิดว่าคนไข้เป็นโรคนี้แล้วต้องไม่มาดูแล อยากให้ปลอบโยนเอาใจใส่ ไม่ทำตัวรังเกียจคนไข้ ดูแลให้ความรักเหมือนปกติ แต่หน้าที่ทั้งหมดควรเป็นญาติด้วย”

ผู้ดูแลคนที่ 2 “ความหวังที่จะหายคงไม่มี หรือจะแย่งก็ไม่ว่าถ้าหมอรักษาที่ดีหรือสุดความสามารถของหมอแล้ว แต่ขอให้เข้าไปแล ปลอดภัยคนไข้ให้มากกว่านี้”

ผู้ดูแลคนที่ 3 “ให้เจ้าหน้าที่เอาใจคนไข้ ช่วยปลอดภัยอย่าให้คนไข้หรือว่าญาติทุกขี้ใจ”

ผู้ดูแลคนที่ 4 “ไม่ต้องการให้หมอมีความรู้มากหรอก แต่คาดหวังให้คนไข้มานอนแล้วบายใจขึ้น อย่าให้คนไข้ถูกแยกแล้วก็ได้รับความไม่บายใจ”

ผู้ดูแลคนที่ 5 “รู้ว่าคนป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายแต่มีอาการแทรกที่รักษาได้ก็จะมาให้รักษาถึงไม่หายแต่ก็ขอให้รู้ว่าหมอรักษาเต็มที่แล้ว”

4. ต้องการให้มีญาติเฝ้าได้หลายคน 1 ราย ดังคำพูดของผู้ดูแล

“ถ้าหมอให้เฝ้าได้หลายๆคนก็จะดีเพราะจะได้ช่วยผลักดันคนไข้”

5. ต้องการให้แพทย์พยาบาลให้ข้อมูลเรื่องผู้ป่วยในสถานที่เป็นสัดส่วน 1 ราย ดังคำพูดของผู้ดูแล “อย่าให้เขาตายอย่างทรมาน อยากให้หมอให้คำปรึกษาถึงอาการคนไข้อย่างเป็นทางการเป็นส่วนตัว”

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับนอกเหนือจากแบบสัมภาษณ์ พบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์การดูแลที่ได้รับเพิ่มเติมจากในประเด็นคำที่มีอยู่ แต่กลุ่มตัวอย่าง 2 รายกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองว่า

ผู้ดูแลคนที่ 1 “ก็ดีนะบางที่เราทำใจไม่ได้แต่พอมารักษาแบบประคับประคองทำให้เราเห็นแล้วยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น ว่าทำดีที่สุดแล้วสำหรับชีวิตของเขา”

ผู้ดูแลคนที่ 2 “ดูแลดีใช้ได้แต่ก็ยังไม่ดีที่สุด แต่ก็เข้าใจหมอ พยาบาลว่าดูแลไม่ทัน”

ตาราง 13

แสดงจำนวนและ ร้อยละของความคาดหวัง/ความต้องการในด้านอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (N =25)

ความคาดหวัง/ ความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
1. การตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์	9	36
ตนเอง	7	28
บุตรของผู้ป่วย	2	8
2. คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองและต้องการ	9	36
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์		
คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง	4	16
ต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	5	20
เอดส์	7	28

3. เอาใจใส่ผู้ป่วย รักษาอย่างเต็มที่ โดยไม่ถูกแบ่งแยก	3	12
การเอาใจใส่ ปลอดภัย	1	4
ให้การดูแลอย่างเต็มที่	1	4
ไม่แบ่งแยก	1	4
4. ให้ญาติเฝ้าได้หลายคน	1	4
5. สถานที่ให้ข้อมูลเป็นสัดส่วนมิดชิด		

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาคำคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดสงขลา จำนวน 64 ราย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.8 มีอายุระหว่าง 21-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 62.5 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมสร้อยละ 43.8 ทั้งนี้เนื่องจากแบบแผนครอบครัวไทย เพศหญิงจะเป็นผู้มีความศรัทธาในความรัก ผูกพัน ความรักดีต่อสามี และยังมีความรับผิดชอบในฐานะภรรยา (สุชีลา, 2541) ตลอดจนเพศหญิงจะให้ความรักความเข้าใจและการยอมรับต่อผู้ติดเชื้อได้ดี (ศิริวรรณ, 2542) และโดยที่ลักษณะของสังคมไทย คนในครอบครัวจะทำหน้าที่หลักในการดูแลหากบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ทำให้

บุคคลหลักในครอบครัวที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จึงเป็นคู่สมรสกรณีผู้ป่วยแต่งงานแล้ว หรือพี่น้องกรณีผู้ป่วยยังเป็นโสด (เพ็ญพักตร์, 2543ข) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน มาที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง เช่น การศึกษาของบรรจง (2544) ที่ศึกษาเรื่องความ สัมพันธ์ระหว่างความหวังพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย เอ็ดส์ และการศึกษาของประเทือง (2541) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทาง สังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย เอ็ดส์ส่วนใหญ่จะเป็นภรรยาและพี่สาว

ทางด้านเศรษฐกิจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง มีการศึกษาระดับประถม ศึกษา รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 3,001 - 6,000 บาท ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ต้อง กู้ยืมถึงร้อยละ 71.9 อธิบายว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาต่ำ ประกอบอาชีพรับจ้าง และ ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยด้วย จึงทำให้รายได้ไม่เพียงพอมีภาระหนี้สิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนมิตา (2542) และธิติมา (2540) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และการศึกษาของพวงเพ็ญและคณะ (2542) พบว่าผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์มีภาระหนี้สินจาก การดูแลผู้ป่วย

สำหรับระยะเวลาที่ผู้ดูแลทราบการติดเชื้อของผู้ป่วยจะอยู่ระหว่าง 1-3 ปีมากที่สุด และ ระยะเวลาที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะพบว่า อยู่ระหว่าง 1-6 เดือนมากที่สุด อธิบายว่าผู้ป่วย ส่วนหนึ่งเมื่อรับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อจะไม่บอกความจริงให้บุคคลในครอบครัวรับรู้ เพราะกลัวบุคคล ครอบครัวไม่ยอมรับหรือมีปฏิกิริยาเชิงรังเกียจ และกลัวเขาเหล่านั้นจะเสียใจและรู้สึกอาย (จริยาวัตร และคณะ, 2541) โดยพบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ถึงร้อยละ 42.4 จะไม่เปิดเผยเรื่องราว การติดเชื้อให้ใครรู้ (ลดาวัลย์, 2536 อ้างตามจริยาวัตร และคณะ, 2541) สำหรับผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่ง อาจจะไม่เคยได้รับการตรวจเลือดมาก่อน จึงไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อเข้าสู่ระยะโรคเอดส์เต็ม ขัน (full blown AIDS) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องเข้ารับการตรวจรักษาใน โรงพยาบาลจึงได้รับทราบว่าตนเองติดเชื้อ และจำเป็นต้องให้ญาติรับทราบ เนื่องจากต้องการ การดูแลและช่วยเหลือ โดยในระยะโรคเอดส์เต็มขั้นญาติด้านทานถูกทำลาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อีก ประมาณ 38.4 เดือน (ขวัญชัย, 2544) ซึ่งในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรง พยาบาลบ่อยขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลรับทราบการติดเชื้อของผู้ป่วยในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสจนถึงเสียชีวิต คือ ระหว่าง 1-3 ปีมากที่สุด และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วย จะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ภายในไม่ เกิน 6 เดือน (Kinzbrenner, 2002; Wohlfeiler, 2002) ดังนั้นระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้

ป่วยจึงพบว่า อยู่ระหว่าง 1-6 เดือนมากที่สุด และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาลทุกวัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Kinzbrunner, 2002) และผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรสซึ่งถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแลทุกข์สุขเอื้ออาทรต่อกัน (นมิตา, 2542) จึงต้องให้การ ดูแลติดต่อกันจากบ้านถึงโรงพยาบาล

จากการศึกษาในครั้งนี้ การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้มาจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดสงขลา คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะถูกส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป และพบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งได้นำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปโดยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ที่มีภูมิลำเนาในอำเภออื่นๆในจังหวัดสงขลา ถึงร้อยละ 31.1 โดยชัยยศ (2542) กล่าวว่า สืบเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีอาการป่วยมากขึ้นหรือมีอาการหนักจะต้องการการวินิจฉัยและรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวเข้ามารับรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ โดยสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างระหว่างโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา ต่อ โรงพยาบาลชุมชน คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา 57 ราย โรงพยาบาลชุมชน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 89:11 ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป อาจไม่มีผลต่อข้อสรุปผลการวิจัย แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชน น่าจะมีผลต่อการสรุปผลการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องระบบการดูแลรักษาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีขนาดใหญ่กว่า กับโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเล็ก อาจมีความแตกต่างกันในเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์การรักษา ตลอดจนการดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่พร้อมกว่า และมีแพทย์ที่เฉพาะทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนผู้ป่วยมากและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวิกฤติและมีอาการหนัก ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนผู้ป่วยอาการหนักน้อย เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยวิกฤติ/ผู้ป่วยหนักจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ จึงทำให้ปริมาณ และ ภาระงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปมีมากกว่า การให้การดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปอาจไม่ครอบคลุม จึงอาจทำให้ความคาดหวัง และการรับรู้ด้านต่างๆ บางส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป แตกต่างกับความคาดหวังและการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนได้ ซึ่ง

การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน ถูกต้อง กับเทคนิค และถูกเลือกโดยไม่มี ความลำเอียง

2. ระดับความคาดหวังการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย โดยรวม อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ($\bar{X}=2.08$, $SD=.47$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วย ที่เรื้อรังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเห็นสภาพอาการความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมา เป็นเวลานาน และผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มีหนทางรักษาให้หายได้ และอาจ เสียชีวิตในเวลาอันไม่นาน โดยจากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยซักถามก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบ สัมภาษณ์ ผู้ดูแลทุกรายรับทราบจากแพทย์แล้วว่าขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายซึ่งไม่สามารถ รักษาให้อาการเจ็บป่วยให้ดีขึ้นได้ จึงมีการปรับใจยอมรับและเตรียมการสูญเสียไว้บ้างแล้ว โดย จากการศึกษารื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของกิตติกร (2538) พบว่าการ เผชิญความเครียดที่ญาติใช้มากที่สุดคือการยอมรับสภาพการณ์ความเป็นจริง ซึ่งการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และการที่ได้รับทราบถึงการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยทำให้ความคาดหวังต่าง ๆ ลดลงได้ นอกจากนี้ นั้นอาจเป็นเพราะระยะเวลาที่ผู้ดูแลรับทราบการติดเชื้อของผู้ป่วย ที่ส่วนใหญ่รับทราบมาไม่น้อย กว่า 1 ปี อาจทำให้มีเวลาปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เมื่อเกิดปัญหาและบรรเทาความวิตกกังวลลงได้บ้างแล้ว (Canine, 1986 อ้างตาม สุณิศา, 2544) โดยบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานย่อมก่อให้เกิดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยพัฒนาทักษะและความชำนาญ ตลอดจนถึงความสามารถปรับตัวยอมรับในสถานการณ์ได้ (ธาริณี, 2541; สุณิศา, 2544) และจากการที่ครอบครัวไทยเป็นลักษณะครอบครัวที่มีความผูกพันฉันท์พี่น้อง ได้ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำให้ครอบครัวได้รับการประดับประดาทางอารมณ์ การช่วยเหลือเกื้อกูลทางด้านสิ่งของ เงินทอง โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากพี่น้องๆ และพ่อแม่เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลในเรื่องค่ารักษาในรูปแบบของบัตรประกันสุขภาพ จึงอาจ ทำให้เกิดความคาดหวังในด้านต่างๆอยู่ในระดับไม่มาก

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความคาดหวังด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่า ด้านอื่นๆ รองลงมาคือความคาดหวังด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคมเศรษฐกิจและ สิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ซึ่งอธิบายว่า ในสภาวะการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวทั้งผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลย่อมมีความวิตกกังวลอยู่แล้ว แต่เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคมีลักษณะที่แตกต่างไป

จากโรคอื่น (เพ็ญพักตร์, 2543ข) ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีภาวะเครียด โดยผู้ป่วยเอดส์ในระยะนี้จะมี การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือซึมเศร้าลง เนื่องจากความทุกข์ทรมานจาก โรคที่เป็นอยู่ และความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะกลัวตาย กลัวทรมานจากการเจ็บปวด กลัว การพลัดพรากจากคนที่เคยผูกพันด้วย กังวลใจเรื่องครอบครัว ภาระหนี้สิน การถูกรังเกียจ ยอมรับ ไม่ได้ที่ตนเองต้องจากไป (พัชรี และชลดศักดิ์, 2539; WHO, 2000a) ทำให้ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องการ ความช่วยเหลือ และแรงสนับสนุนทางสังคมจิตใจเป็นอย่างมาก โดยเพ็ญจันทร์ (2544) กล่าวว่า ผู้ป่วยเอดส์ต้องการความรักความเข้าใจ ซึ่งมักเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการบริการวิชาชีพ ส่วนสาเหตุ ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลใจคือ กลัวผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บ ปวดทางกาย และทุกข์ทรมานทางใจ กลัวไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือยอมรับจากบุคลากรทาง การแพทย์เมื่อต้องการความช่วยเหลือ กลัวการดูแลในระยะใกล้ตาย กลัวการอยู่เพียงลำพังขณะที่ ผู้ป่วยใกล้ตาย กลัวว่าไม่รู้จะทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยต้องตาย (Copperman, 1983) นอกจากนั้นยัง ต้องเผชิญกับความวิตกกังวล และการเตรียมตัวกับความสูญเสียในระยะเวลา อันใกล้ ตลอดถึง ปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เช่นการพลัดพรากและการสูญเสีย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ สภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทำให้ต้องการกำลังใจ รวมถึงการช่วยเหลือทาง ด้านจิตใจ ซึ่งแอทคินและเอเมนตา (Atkins and Amenta, 1992 อ้างตาม เพ็ญพักตร์, 2543ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างในการปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ และโรคที่ผู้ป่วยมีอาการในระยะสุดท้ายอื่นๆ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยเอดส์มีความเครียดสูงกว่า ครอบครัวผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโรคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ชื่นจิตร, ไสภา และ ดรุณี (2537) ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ บ้านพบว่า สิ่งที่ผู้ติดเชื้อและครอบครัวต้องการมากที่สุดคือ กำลังใจ และการ ดูแลอย่างไม่รังเกียจ จากแพทย์ พยาบาล และสุ尼ศา (2544) ศึกษาถึงความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังให้คะแนน ความต้องการอยู่ในอันดับหนึ่งคือ ต้องการให้พูดคุยปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงมี ความคาดหวังการดูแลในด้านจิตใจมากกว่าด้านอื่นๆ โดยรุจา (2535) กล่าวว่าแรงสนับสนุนด้านจิต ใจเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการตลอดระยะเวลาที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย

เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ความคาดหวังด้านจิตใจที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ให้โอกาสครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา และเจ้าหน้าที่ให้การดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าที่รังเกียจ โดยมี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ $\bar{X} = 2.67$ (SD=.67 และ.51 ตามลำดับ) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อของผู้ป่วยให้คนอื่นทราบ เว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วย

เฉลี่ย ($\bar{X}=2.66$, $SD=.74$) อธิบายว่า อาจเนื่องจากผู้ดูแลรับทราบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ผู้ดูแลต้องการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ละทิ้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดความอบอุ่น ลดความรู้สึกว่าเหวโดดเดี่ยว และซึมเศร้ากับผู้ป่วยได้ (WHO, 2000a) โดยขวัญตาและคณะ (2543) ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย พบว่าผู้ป่วยต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติกร และกัญญา (2545) ที่ศึกษาปรากฏการณ์การเตรียมตัวสำหรับความตาย; กรณีศึกษาผู้ป่วยเอดส์ พบว่าความคาดหวังเกี่ยวกับชีวิตและความตายของผู้ป่วยเอดส์คือ ขออยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและเข้าใจเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดที่อบอุ่นในวาระสุดท้ายของชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบ (WHO, 2000a) จึงทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังในเรื่องการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และเนื่องจากการ ติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคที่บุคคลทั่วไปในสังคมรังเกียจและไม่ยอมรับ โดยยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังมีปฏิกิริยาต่อผู้ป่วย โดยการให้การดูแลที่ไม่เต็มใจและป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม (นงลักษณ์, 2543) โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีอาการทางกายที่รุนแรง สุขภาพเสื่อมโทรมมาก บางรายมีแผลตามตัว ทำให้ดูน่ารังเกียจ ผู้ดูแลจึงเกรงว่าบุคลากรทางการแพทย์จะรังเกียจผู้ป่วยและให้การดูแลด้วยความไม่เต็มใจ โดยคอปเปอร์แมน (Copperman, 1983) กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลใจคือ กลัวไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อต้องการความช่วยเหลือ จึงให้ความสำคัญและคาดหวังในการดูแลเรื่องนี้มากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ และคณะ (2541) พบว่าสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการด้านจิตใจมากที่สุดคือ อยากรังเกียจผู้ติดเชื้อและครอบครัว ซึ่งศิริอร (2542) กล่าวว่า การที่ไม่ถูกปฏิเสธจากผู้อื่นเป็นความต้องการด้านจิตใจอย่างหนึ่ง และจากสาเหตุที่การติดเชื้อเอดส์ยังไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป ส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ และครอบครัวยังต้องปกปิดตัวเองอยู่ การที่ต้องยินยอมให้บุคลากรทางการแพทย์รับทราบการติดเชื้อเนื่องจากเพื่อต้องการรักษา แต่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลก็ยังไม่ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์เปิดเผยการติดเชื้อให้คนอื่นได้รับรู้ และไม่ต้องการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ใครทราบ เพราะกลัวถูกรังเกียจ เนื่องจากหลายคนเคยมีประสบการณ์ถูกรังเกียจจากผู้อื่นหรือได้พบเห็นผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ ถูกรังเกียจจากสังคม และบางรายถูกบุคลากรทางการแพทย์เปิดเผยว่าตนติดเชื้อต่อหน้าผู้อื่น (รัตนาวดี, ศรีพรรณ, และโปร่งนภา, 2543) จึงมีความคาดหวังในเรื่องการปกปิดความลับจากบุคลากรทางการแพทย์สูง โดย อรัญญา (2547) กล่าวว่า การปกปิดความลับยังอาจอธิบายถึงลักษณะของสิทธิข้อมูลของผู้ป่วย จะนำไปเปิดเผยได้เฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท่านั้น ซึ่งการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ (2544) ที่ศึกษาถึงความต้องการการพยาบาลและการ

พยาบาลที่ได้รับของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องการการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ทำให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อ

ส่วนความคาดหวังด้านจิตใจที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยให้จัดการกับภาวะต่างๆที่ผู้ป่วยมีอยู่ เช่น ผ่าฝุ่บบุคคลอันเป็นที่รักและจัดการกับทรัพย์สินมรดก ($\bar{X}=1.52$, $SD=1.25$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และแสดงออกถึงความโศกเศร้า โดยอยู่รับฟังให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย ($\bar{X}=1.73$, $SD=1.07$) และเจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจปลอบใจแก่ท่านเพื่อลดความวิตกกังวล ($\bar{X}=1.73$, $SD=1.01$) อธิบายว่าจากการที่ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและผู้ดูแลได้รับทราบการติดเชื้อมาเป็นระยะเวลาพอสมควรทำให้ผู้ป่วยได้วางแผนและจัดการกับภาวะต่างๆไว้บ้างแล้ว ตลอดถึงการที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วยทุกวันถึงร้อยละ 89.1 ทำให้สามารถได้พูดคุยถึงสิ่งที่ต้องการได้ตลอดเวลาอยู่แล้ว จึงทำให้ความคาดหวังในเรื่องการอนุญาตให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการน้อยที่สุด นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้เห็นถึงภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย และเข้าใจว่าอาจจะไม่มีเวลาเพียงพอในการให้เวลาเพื่อปลอบใจให้กำลังใจกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้พูดคุยเพื่อระบายความทุกข์และความ วิตกกังวลได้ จึงจัดลำดับความคาดหวังในเรื่องดังกล่าวไว้สุดท้าย

ความคาดหวังด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในระดับปานกลางเช่นกัน แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยกว่าด้านจิตใจ โดยพบว่าความคาดหวังด้านร่างกายที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น ให้ออกซิเจน ให้ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ($\bar{X}=2.64$, $SD=.57$) เจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ($\bar{X}=2.64$, $SD=.63$) และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=2.44$, $SD=.79$) อธิบายว่าจากอุบัติการณ์พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย คือ อาการปวดศีรษะจากเชื้อราขึ้นสมอง (Cryptococcosis) อาการเหนื่อยหอบ และมีไข้จากภาวะ ติดเชื้อปอดอักเสบ (PCP) ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องการควบคุมความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นอันดับแรก (Curtis et.al., 2002) โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการแก้ไขอาการทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยได้ และไม่ต้องการเห็นสภาพที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน การให้การดูแลผู้ป่วยต้องพึ่งพาคณากร ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้คือแพทย์และพยาบาล จึงมีความคาดหวังในเรื่องการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและอาการรบกวนต่างๆให้กับผู้ป่วยด้วยความรวดเร็วมาเป็นอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิศา (2544) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลันให้คะแนนความต้องการในระดับมากที่สุดคือ ต้องการช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความ

เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน โดยคอปเปอร์แมน (Copperman, 1983) กล่าวว่าสิ่งที่ผู้ดูแลวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ กลัวผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทางกาย นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยเอดส์ในระยะนี้มีการดำเนินโรคที่มีความหลากหลาย ทั้งรูปแบบและความรุนแรง (สำนึก โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547) ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้ถูกต้อง เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จึงอาจมีความรู้ไม่เพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องการคำแนะนำต่างๆ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมาก สอดคล้องกับการศึกษาของธราณี (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน

สำหรับความคาดหวังด้านร่างกายที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ช่วยผลิตเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนบ้าง ($\bar{X}=1.48$, $SD=1.10$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ เช็ดตัวรวมทั้งดูแลความสะอาดผิวให้แห้งไม่อับชื้น ($\bar{X}=1.52$, $SD=.99$) และเจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย เช่น จัดทำนอนที่เหมาะสม ($\bar{X}=1.80$, $SD=.89$) ตามลำดับ อธิบายว่า โดยบทบาทของแพทย์ พยาบาลแล้ว ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าจะทำหน้าที่ให้การรักษายาบาลมากกว่า สำหรับการเฝ้าไข้และการดูแลด้านพื้นฐานจะเป็นบทบาทของญาติผู้ดูแล โดยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติเองได้ เนื่องจากการที่ได้มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ตลอดถึงในระยะนี้ผู้ดูแลเองไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าไร ผู้ดูแลจึงอาจมีความต้องการให้การดูแลและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยด้วยตนเองอย่างใกล้ชิด โดยจากการศึกษาของธิตติมา (2540) พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายผู้ป่วยมากกว่าการมีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นจากการที่ผู้ดูแลได้พบเห็นภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่มีมาก จึงอาจมีความรู้สึกเห็นใจและเกรงใจ ซึ่งโดยอุปนิสัยของคนไทยมีความเกรงใจอยู่แล้ว เมื่อเห็นแพทย์ พยาบาลมีงานมาก (สุวีรัตน์, 2543) จึงจัดลำดับความคาดหวัง ไว้สุดท้าย

ความคาดหวังด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในระดับปานกลางเช่นกัน แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยกว่าด้านจิตใจและด้านร่างกาย โดยพบว่าความคาดหวังด้านจิตวิญญาณที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้ามาเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ($\bar{X}=2.67$, $SD=.64$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ให้ความหวังและกำลังใจกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง ($\bar{X}=2.66$, $SD=.82$) และเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ($\bar{X}=2.55$, $SD=.73$) อธิบายว่าความเชื่อประการหนึ่งของคนไทย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทางด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญ เช่น การดูใจ

กรณีผู้ป่วยหมดหวัง เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง และการได้อยู่ใกล้บุคคลที่รัก ได้บอกทางไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งที่ดีงาม (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547) ตลอดจนการให้การดูแลด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล ได้บอกให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพความเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัว ความก้าวร้าวลงได้ (WHO, 2000a) และจะทำให้ผู้ป่วยค่อยๆปรับใจยอมรับสถานการณ์ความเป็นจริง มีการพัฒนาความรู้สึกสงบและเป็นสุขเกี่ยวกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี (นิตยา, 2542; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างคาดหวังในเรื่องดังกล่าวสูงกว่าข้ออื่นๆ โดยผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิศา (2544) ที่พบว่า

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายมีความต้องการระดับมากที่สุดคือ ความต้องการอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือในวาระสุดท้ายของชีวิต

สำหรับความคาดหวังด้านจิตวิญญาณที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ตามความเชื่อของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเมื่อต้องการ ($\bar{X}=1.24$, $SD=1.08$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านพูดคุยถึงความเชื่อที่มีและสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องแนวความเชื่อของท่านหรือผู้ป่วย ($\bar{X}=1.25$, $SD=1.10$) และเจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและเป็นสุข เช่นสอนวิธีทำสมาธิหรือปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ($\bar{X}=1.44$, $SD=1.17$) ตามลำดับ อธิบายว่า อาจเนื่องจากการที่สัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลยังมีน้อย ผู้ดูแลจึงไม่มั่นใจที่จะพูดคุยขอความช่วยเหลือถึงสิ่งที่เป็นความเชื่อที่ตนเองหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่จะยอมรับในความเชื่อและมีความเชื่อเช่นเดียวกับที่ตนเองมีความเชื่อหรือไม่ ตลอดจนการที่ผู้ดูแลได้เห็นภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายที่หนักอยู่แล้ว การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามความเชื่อหรือตามที่ผู้ป่วยมีความต้องการ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถจัดหาและกระทำเองได้ จึงไม่ต้องการรบกวนเจ้าหน้าที่ โดยจากการที่ได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมผู้ดูแลให้เหตุผลว่า ไม่ต้องการรบกวน เพราะการมาอยู่ในโรงพยาบาลอาจหาในเรื่องที่ต้องการได้ลำบาก เช่น การจัดหาธูป เทียน ดอกไม้ หรือการนิมนต์พระมาให้พรผู้ป่วย และถ้าหากผู้ป่วยต้องการจริงๆก็จะให้ญาติหามาเองได้

ความคาดหวังด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรายชื่อที่มากที่สุดคือ สถานที่พักผู้ป่วยสะอาดไม่มีกลิ่นอับชื้น ($\bar{X}=2.58$, $SD=.59$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยและท่านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ($\bar{X}=2.33$, $SD=.78$) และเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือโดยติดต่อสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลเมื่อท่านมีปัญหาการรักษา ($\bar{X}=2.29$, $SD=.94$) อธิบายว่า ที่อยู่อาศัยเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่ง

โดยธรรมชาติของบุคคล ย่อมต้องการความสะดวกเป็นระเบียบของสถานที่ที่ตนเองพักพิง และ ต้องการการเป็นส่วนตัวเพื่อให้ได้รับความสะดวกสบาย และจากการที่ลักษณะของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในระยะสุดท้ายจะมีสภาพร่างกายที่ซูบผอมไม่น่าดู ผู้ดูแลอาจจะกลัวการรังเกียจจากบุคคลอื่น ที่อยู่เตียงใกล้เคียง จึงมีความคาดหวังที่จะให้มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เพื่อไม่ต้องทำให้ผู้ป่วยอื่นรับรู้และแสดงการรังเกียจ โดยสถานที่พักจะส่งผลต่อสุขภาพจิต ตลอดถึงอาการของความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประทีปทิพย์ (2543) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังของผู้ดูแลต่อคุณภาพบริการการพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลบางละมุง ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลบางละมุงมีความคาดหวังมากที่สุดคือ บริเวณห้องพักผู้ป่วย สะอาดกว้างขวาง อาคารสถานที่เป็นระเบียบ สะอาดปราศจากสิ่งรบกวน นอกจากนั้นผลการ ศึกษาวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ (2544) ที่พบว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามาคลอด ในโรงพยาบาลมีความต้องการในระดับมากคือ ความสะดวกเป็นระเบียบของเครื่องนอน และสิ่ง แวดล้อม สำหรับความคาดหวังการช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีภาระหนี้สิน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพ (ตาราง1) แต่ยังมีค่ารักษาส่วนหนึ่งที่เป็นยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าจะ ต้องเสียค่าใช้จ่ายหากแพทย์สั่งการรักษา และถ้าต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนนี้ เนื่อง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมาแล้ว (ตาราง1) จึงมีความคาดหวังให้ทางโรงพยาบาลให้ความช่วยเหลือ สอดคล้อง กับการศึกษาของสุนิศา (2544) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและ โรคเรื้อรัง ให้คะแนนความต้องการในระดับมากที่สุดคือ ความต้องการให้โรงพยาบาลมีแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาค่าใช้จ่าย นอกจากนั้นการศึกษาเรื่องความต้องการตามการรับรู้ของบิดามารดา ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของรัตนาวดี และคณะ (2543) พบว่าบิดามารดาเด็กทุกราย ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน และพยายามทำมาหาเลี้ยงครอบครัว และจะไม่เปิดเผยว่า ตนเองติดเชื้อจนกว่าจะถึงเวลาจำเป็นจริงๆ

สำหรับความคาดหวังด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่แนะนำให้รู้จักกับญาติผู้ป่วยอื่นข้างเตียงเพื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{X}=0.92$, $SD=1.12$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่จัดหาข้อมูลข่าวสาร เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เพื่อให้ท่านได้พักผ่อนบ้าง ($\bar{X}=1.48$, $SD=1.14$) และเจ้าหน้าที่จัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและท่านรู้สึกเหมือนอยู่ที่บ้าน ($\bar{X}=1.53$, $SD=1.07$) ตามลำดับ อธิบายว่า กิจกรรมการ สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ และการดูแลในเรื่องนี้ได้เป็นกิจกรรมที่ไม่มีผลกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย นอกจากนั้นการที่ผู้ดูแลรับรู้โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ สร้างตราบาปให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อสมาชิกใน

ครอบครัวป่วยเป็นโรคเอดส์จึงต้องการปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรับรู้ (ธาริณี, 2541) จึงคาดหวังในเรื่องการแนะนำให้ผู้รู้จักญาติผู้ป่วยอื่นน้อยกว่าเรื่องอื่นๆ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยซึ่งอาจติดเชื่อจากผู้ป่วยอยู่แล้ว ผู้ดูแลจึงอาจไม่ต้องการให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงอาการและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและห่วงใยผู้ป่วยต้องการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่า จึงอาจทำให้ไม่ให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารใดๆ ในขณะนั้น ตลอดจนการที่ผู้ดูแลได้เห็นสภาพของโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยแออัด โรงพยาบาลมีบริเวณที่จำกัด และจัดไว้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเท่านั้น ไม่สามารถที่จะเอื้ออำนวยความสะดวกสบายให้เหมือนบ้านได้ จึงจัดลำดับความคาดหวังในเรื่องเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย

3. การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.71$, $SD=.40$) โดยพบว่า การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตวิญญาณ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุด รองลงมาคือด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ อธิบายว่าเนื่องจากการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลปฏิบัติอยู่แล้ว ซึ่งโดยปกติพยาบาลมักให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณโดยไม่รู้ตัว และไม่ได้จำแนกออกมาเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณมักสอดคล้องหรือปฏิบัติไปกับการพยาบาลด้านร่างกาย ทศนีย์ (2545ก) และถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะไม่ได้ดูแลช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ แต่เมื่อผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติก็ได้ชัดเจนหรือรบกวนการปฏิบัติศาสนกิจนั้นแต่อย่างใด เพราะทราบดีว่าการปฏิบัติตามความเชื่อทำให้เกิดความหวังมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น (บุปผา, 2543) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ในปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้น โดยทศนีย์ (2545ก) กล่าวว่าในยุคของวัตถุนิยมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ พยาบาลไทยตระหนักดีถึงความสำคัญในการดูแลบุคคลที่จะต้องครอบคลุมความต้องการที่เกี่ยวกับเรื่องศาสนาและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ดูแลตีความหมายให้การรับรู้อยู่ในระดับมากกว่าด้านอื่นๆ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุด คือเจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ($\bar{X}=2.61$, $SD=.61$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ไม่แสดงท่าทีหรือพูดจาลบหลู่ต่อสิ่งที่ผู้ป่วยและท่านนับถือ ($\bar{X}=2.30$, $SD=1.10$) เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ($\bar{X}=2.27$, $SD=.76$) ตาม

ลำดับ อธิบายว่าจากการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นคู่สมรส รองลงมาคือพี่น้อง และบิดา-มารดาตามลำดับ (ตาราง 1) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยอยู่แล้ว และผู้ดูแลสามารถได้อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้การดูแลในเรื่องอนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักมากที่สุด โดยจากการศึกษาของ นุปผา (2543) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก หรือผู้ที่อยู่ในมรณะวิถียาบาลอนุญาตและส่งเสริมให้ญาติเฝ้าดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์และคณะ (2544) ที่พบว่ากิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติด้านจิตวิญญาณที่พยาบาลปฏิบัติบ่อย คือการอนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมโดยการยืดหยุ่นกฎระเบียบการเยี่ยม ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด คือพยาบาลได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และจากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 93.8 การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาส่วนมากจะเป็นการสวดมนต์ ไหว้พระ หรือการนำสิ่งของเช่นพระพุทธรูปมาไว้ใกล้ตัว เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยที่พุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่ นับถือปฏิบัติกันอยู่ ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลนับถือ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่แสดงท่าทีหรือพูดจาลบหลู่ต่อสิ่งที่ผู้ป่วยและท่านนับถืออยู่ในระดับมากรองลงมา ซึ่งจากการศึกษาของทศนีย์ และคณะ (2544) พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติบ่อยคือการแสดงความเคารพ ให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ นอกจากนี้ นุจรินทร์ (2543) ได้ศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลพบว่า พยาบาลจะอนุญาตให้ญาติประกอบกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณ โดยพิจารณาถึงผลกระทบต่อการรักษาและตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ยอมรับในความเชื่อของผู้ป่วย และจากการที่เมื่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยจะมีการเรียกชื่อโดยใช้ สรรพนามนำหน้าเช่น คุณ ลุง ป้า และบอกถึงกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรับทราบทุกครั้ง ซึ่งเป็นการที่แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ได้ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย จึงทำให้การรับรู้การดูแลในดังกล่าวมากเป็นอันดับ 3

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและเป็นสุขโดยสอนวิธีการทำสมาธิ หรือปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ($\bar{X} = .64, SD = .95$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ตามความเชื่อของผู้ป่วยหรือท่านเมื่อต้องการ ($\bar{X} = .93, SD = 1.02$) และเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านพูดคุยถึงความเชื่อที่มี และสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่อง

ความเชื่อของท่านหรือผู้ป่วย ($\bar{X}=1.02$, $SD=1.09$) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลรับรู้
ว่าเจ้าหน้าที่มีภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย อาจไม่มีเวลาพอที่จะช่วยทำกิจกรรม
ในเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำสมาธิ หรือช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนตามความเชื่อ และให้เวลา
ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องความเชื่อของตนเองหรือผู้ป่วยได้ หรืออาจประกอบกับเจ้า
หน้าที่ยังมีความสามารถไม่เพียงพอ ขาดทักษะในการประเมินถึงความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย
เนื่องจากไม่ได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง แต่จากการที่ญาติผู้ดูแลได้อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย
ตลอดเวลา อาจรับรู้ถึงความต้องการและมีทักษะมากกว่า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลจาก
เจ้าหน้าที่น้อย ซึ่งจากการศึกษาของบุปผา (2543) เรื่องความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้
ป่วยในมิติจิตวิญญาณพบว่า มีพยาบาลจำนวนน้อยมากที่ซักชวนหรือซักถามให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ
ศาสนกิจ

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตใจนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ประเมินว่าได้รับอยู่ในระดับปานกลาง แต่น้อยกว่าด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X}=1.79$, $SD=.54$) โดยพบ
ว่าการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตใจที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุดคือ
เจ้าหน้าที่ให้โอกาสครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด
เวลา ($\bar{X}=2.73$, $SD=.54$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคล
อื่นทราบ เว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ ($\bar{X}=2.63$, $SD=.70$) และ
เจ้าหน้าที่ให้การดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจและไม่พูดต่าหนี ตี
เตียนผู้ป่วย ($\bar{X}=2.20$, $SD=.88$) อธิบายว่าโดยระเบียบปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ หอผู้ป่วย
ต่างๆ ที่มีใช้หน่วยงานพิเศษจะอนุญาตให้มีญาติเฝ้าไข้ได้ 1-2 คนโดยไม่ได้จำกัดว่าจะเป็นใคร ใน
ขณะที่ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่คือคู่สมรส รองลงมาคือพี่/น้อง และ
บิดา/มารดา ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยรักและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจากการที่
กลุ่มตัวอย่างสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อาจทำให้มีความรู้สึกพึงพอใจที่ได้ให้การดูแล
ผู้ป่วย โดยที่ตนเองเป็นบุคคลที่รักผู้ป่วย และเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยรักอยู่แล้ว ผู้ดูแลจึงประเมินการรับ
รู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับมาก ซึ่งนุจรินทร์ (2543) ศึกษาพบว่าพยาบาลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้
ชิดกับญาติในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยม และเปิดโอกาสให้ญาติ
ได้มีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้งและได้อยู่ใกล้กับบุคคลอันเป็นที่รัก
สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การดูแลระดับมากรองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่อง
การติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบ เว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ
นั้น อธิบายว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมยังมีปฏิกิริยาและไม่ยอมรับ การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง
โรคของผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยที่บุคลากรทางการแพทย์
ได้ตระหนักและให้ความสำคัญตลอดจนรับทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยดี เนื่องจากการปกปิดความลับ

เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเชื่อสัตย์ซึ่งเป็นหลักจริยธรรมข้อหนึ่งสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ (อรุณญา, 2547) โดยจากการศึกษาของซูลีกร (2547) ที่ได้ศึกษาเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเอดส์ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเอดส์ตามประกาศสิทธิของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา (2546) เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล ด้านการเปิดเผยข้อมูลสูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ความตระหนักในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้ในเรื่องนี้อยู่ในระดับมาก ส่วนเรื่องที่ถูกกลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลรองลงมาคือเจ้าหน้าที่ให้การดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ และไม่พูดตำหนิ ตีเตียนผู้ป่วย อธิบายว่าจากการที่เจ้าหน้าที่มีความตระหนักในการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ตามหลักจริยธรรมดังกล่าว จึงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเสมอภาคโดยไม่แสดงออกหรือแสดงปฏิบัติรังเกียจผู้ป่วยให้เห็น โดยการศึกษาของซูลีกร (2547) พบว่าผู้ป่วยเอดส์รู้ว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลเรื่องนี้เป็นลำดับที่ 3

ส่วนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านจิตใจที่พบว่า ผู้ดูแลประเมินมีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ที่อยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ท่านเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ($\bar{X} = 1.05, SD = .97$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่รับฟังและเปิดโอกาสให้ท่านระบายความทุกข์ในใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.19, SD = 1.08$) และเจ้าหน้าที่พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลความโศกเศร้าและความหวาดกลัวต่างๆ ($\bar{X} = 1.41, SD = 1.03$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเจ้าหน้าที่ไม่อาจกระทำได้ เนื่องจากมีภาระงานที่ต้องให้การดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นมากกว่า ซึ่งทำให้ขาดการให้ความสำคัญต่อการพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล โดยจากการศึกษาของสิระยา (2542) เรื่องภาพลักษณ์พยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลพบว่า ภาพลักษณ์พยาบาลโดยรวมตามความเห็นของผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ให้การพยาบาลทางด้านร่างกายโดยไม่สนใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแลในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับน้อยกว่าข้ออื่นๆ

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านร่างกายนั้นพบว่า ผู้ดูแลประเมินว่าได้รับอยู่ในระดับปานกลาง แต่น้อยกว่าด้านจิตวิญญาณและด้านจิตใจ ($\bar{X} = 1.64, SD = .52$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าได้รับการดูแลด้านร่างกายมากกว่าข้ออื่นๆคือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น ให้ออกซิเจน ให้น้ำแก้ปวด

(\bar{X} = 2.41, SD = .61) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก (\bar{X} = 2.23, SD = .79) และเจ้าหน้าที่ให้อาหาร และน้ำอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลีย เช่น การให้สารน้ำ การให้อาหารทางสายยาง (\bar{X} = 2.22, SD = .79) ซึ่งอธิบายว่าการบรรเทาอาการเจ็บปวดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง และมีความเชื่อมั่นต่อการดูแลรักษาของแพทย์พยาบาลว่าจะให้การดูแลรักษาเพื่อควบคุมอาการให้ผู้ป่วยได้ และจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เห็นถึงการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือของแพทย์พยาบาลอย่างรีบเร่งทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย จึงทำให้การรับรู้ในเรื่องการให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยอย่างกระตือรือร้นมากกว่าข้ออื่น โดยการศึกษาของ รสพรและจินตนา (2535) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลสูงที่สุดคือช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกิดความไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวดจากโรค และจากการที่ผู้ป่วยในระยะนี้จะรับประทานอาหารไม่ได้เนื่องจากมีเชื้อราในปาก และมีร่างกายอ่อนเพลีย การให้การดูแลรักษาจะเป็นแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยที่แพทย์และพยาบาลจะตระหนักและให้ความสำคัญอยู่แล้ว แพทย์จะสั่งการรักษาโดยให้อาหารทางสายยาง และให้สารน้ำเพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลียทุกราย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลในหัวข้อดังกล่าวมากเป็นอันดับ 3

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านร่างกายที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยที่เพียงพอ เช่น ถุงมือ น้ำยาฆ่าเชื้อ (\bar{X} = 1.05, SD = 1.10) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดให้ผู้ป่วย เช่น การนวด ประคบความเย็นหรือสอนการหายใจเพื่อผ่อนคลาย (\bar{X} = 1.09, SD = 1.02) และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (\bar{X} = 1.11, SD = 1.17) ตามลำดับ อธิบายว่าโรงพยาบาลของรัฐ อาจให้การสนับสนุนได้ไม่เพียงพอในเรื่องอุปกรณ์ป้องกันเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณ โดยชัยยศ (2543) กล่าวว่า เวชภัณฑ์ต่างๆในการรักษาโรคเอดส์ยังใช้งบประมาณสูง จึงอาจให้การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องใช้ไม่เพียงพอได้ ประกอบกับการที่โรงพยาบาลของรัฐมีผู้ป่วยจำนวนมาก จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วนกับผู้ป่วย ปัญหาเรื่องคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะการดำเนินโรคซับซ้อน (ชัยยศ, 2543) การให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์จึงมุ่งการปฏิบัติงานกิจวัตรให้สำเร็จและให้การรักษาพยาบาลทางแผนปัจจุบันตามแผนการรักษาคือ การให้ยาเพื่อบรรเทาอาการมากกว่าการให้การดูแลทางเลือกอื่นๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลในการบรรเทาอาการด้วย

วิธีการทางเลือกน้อย สำหรับการแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม และการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วย ใกล้เคียงชีวิต อาจมีสาเหตุจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความมั่นใจในการที่จะพูดคุยถึง เรื่องความตายของผู้ป่วยกับผู้ดูแล เนื่องจากเกรงว่าผู้ดูแลอาจยังทำใจยอมรับไม่ได้ จึงไม่กล้าที่จะ ให้คำแนะนำในเวลานั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลในเรื่องนี้น้อย โดยรสพร และจินตนา (2535) ศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การวางแผนให้การดูแลบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยที่สุดใน ทุกๆด้าน ($\bar{X}=1.51$, $SD=.47$) โดยพบว่าการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ด้าน สังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากที่สุดคือ คือเจ้าหน้าที่ยืดหยุ่น เกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ($\bar{X}=2.38$, $SD=.84$) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่จัด สถานที่พักให้ผู้ป่วย สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น หรืออับชื้น ($\bar{X}=2.20$, $SD=.62$) และเจ้าหน้าที่จัด สถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยและท่านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ($\bar{X}=2.09$, $SD=.77$) ตามลำดับ อธิบายว่าเนื่องจากการที่ผู้ดูแลสามารถอยู่เฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาได้ โดยที่เจ้าหน้าที่ ไม่ได้เข้มงวดในกฎระเบียบ โดยทั้งที่ทางโรงพยาบาลมีกฎระเบียบเกี่ยวกับการเยี่ยมไข้ได้เป็น เวลา ดังนั้นจึงรับรู้ว่าการยืดหยุ่นเกี่ยวกับกฎระเบียบสูงกว่าข้ออื่นๆด้วย ซึ่งจากการศึกษา ของทัศนีย์ และคณะ (2544) พบว่าพยาบาลจะยืดหยุ่นในกฎระเบียบต่างๆเกี่ยวกับการเยี่ยมผู้ ป่วย สำหรับการรับรู้การดูแลมากในระดับรองลงมาในเรื่องสถานที่ที่สะอาดและเป็นส่วนตัวอาจ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยจะติดเชื่อฉวยโอกาสคือ วัณโรคปอด โดยผู้ป่วยเหล่านี้สามารถแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ หรือ ติดเชื่อปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystic carinii* ซึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงถูกแยกรับไว้เป็นสัดส่วน หรือรับไว้ในห้องแยก ซึ่งต้องให้การดูแล แบบมาตรฐาน (Standard Precaution) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการรับเชื้อเพิ่มในผู้ป่วย จึงทำให้การรับรู้ในเรื่องสูงกว่าข้ออื่นๆ

ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่แนะนำให้ท่านรู้จักกับญาติผู้ป่วย คนอื่นข้างเตียงเพื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ($\bar{X}=.48$, $SD=.85$) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ติดต่อหรือแนะนำเกี่ยวกับหน่วยงานหรือองค์กรที่จะให้ความช่วยเหลือท่านหรือครอบครัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ($\bar{X}=.67$, $SD=1.02$) และเจ้าหน้าที่จัดที่พักผ่อนเพื่อให้ท่านได้พักเมื่อท่าน เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=1.16$, $SD=1.10$) ตามลำดับ ในส่วนของเรื่องการแนะนำให้รู้จัก กับญาติผู้ป่วยคนอื่นข้างเตียงเพื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อธิบายว่าอาจเนื่องจากการที่ ผู้ดูแลผู้ดูแลไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้และมีความคาดหวังในเรื่องนี้น้อยที่สุด เพราะไม่มีผลต่อ การให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งกันยา (2540) อ้างตามเพ็ญพัทธ์, 2543ก) กล่าวว่ากรรับรู้สิ่งใดก็ตามถ้า

หากมีความสนใจหรือตั้งใจที่จะรับรู้บุคคลมักจะได้รับรู้สิ่งนั้นก่อนเสมอ ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับสิ่งใดน้อยก็รับรู้ด้วย สำหรับการติดต่อหรือแนะนำองค์กรที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยนั้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในด้านเวลาจากการที่มีภาระงานที่ได้มุ่งเน้นการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าการดูแลด้านอื่น ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังอาการรุนแรง และโรคที่ซับซ้อน และอีกส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการที่ไม่ได้ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ทำให้ไม่สามารถทราบถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างแท้จริงได้ จึงละเลยในการให้การดูแลในเรื่องนี้ ที่ผู้ดูแลอาจมีความต้องการเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระหนี้สินจากการให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง (2541) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ด้านข้อมูลข่าวสารในเรื่องการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าเรื่องอื่นๆ นอกจากนั้นจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เห็นถึงสภาพของโรงพยาบาลที่มีบริเวณที่จำกัด และจัดไว้ในอาคารรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะ ไม่สามารถจัดสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ญาติได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้การดูแลในเรื่องการจัดสถานที่พักให้ผู้ดูแลน้อย ซึ่งลักษณะ (2530 อ้างตาม เพ็ญพักตร์, 2543ก) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลหรือการตีความสิ่งที่ได้รับมาเนื่องจากได้สัมผัส จับต้อง มองเห็น และการได้ยิน

4. เปรียบเทียบความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายโดยรวมพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังการดูแลสูงกว่าการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ อธิบายว่าปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคม ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลเกิดการตื่นตัวเพื่อเรียกร้องสิทธิต่างๆมากขึ้น เมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลย่อมมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการรักษาพยาบาลเป็นความจำเป็นพื้นฐานเพื่อการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ (นนิกันต์, 2543) โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจมาเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ (ธาริณี, 2541) ตลอดจนปัญหาเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ และต้องเป็นผู้รับภาระต่างๆแทนผู้ป่วย โดยที่ปัญหาดังกล่าวผู้ดูแล

แลบางคนต้องเป็นผู้รับภาระการดูแลทุกๆด้านเพียงลำพัง ขาดการช่วยเหลือทั้งญาติพี่น้อง ไม่สามารถขอความช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระต่างๆจากใครได้ เนื่องจากหวาดกลัวการตีตราทางสังคม (กิตติกร, 2545) และกลัวสังคมรังเกียจ รวมทั้งครอบครัวอาจไม่มีความพร้อมในการที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ในเรื่องบริเวณที่เป็นสัดส่วนเหมาะสม และอุปกรณ์ ตลอดจนการกลัวการไม่ยอมรับจากเพื่อนบ้าน (จริยวัตร, 2541) เพราะสังคมยังมีปฏิกิริยาในเชิงลบต่อผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ (นงลักษณ์, 2542) ซึ่งทำให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์มาก (รัตนา, 2541) ในสภาวะนี้อาจทำให้ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากการบริการของบุคลากรทางการแพทย์เมื่อส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลทุกๆด้านถึงแม้ว่าจะทราบว่าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้อาการดีขึ้นได้ โดยจากการศึกษาของรัตนาวดี, และคณะ (2542) เรื่องความต้องการตามการรับรู้ของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามารดาบิดาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะพยายามดูแลบุตรด้วยตนเองให้มากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาลเพราะเกรงว่าจะรบกวนแพทย์พยาบาล แต่ก็ยังคงต้องการความช่วยเหลือโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงสำหรับการศึกษาของพวงเพ็ญ และคณะ (2541) เรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ

แต่ในสภาพปัจจุบันบริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถตอบสนองของความคาดหวังและความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง โดยพบว่าจากการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังต่อสิทธิการรักษา ผู้รับบริการคาดหวังต่อสิทธิของตนสูงกว่าการได้รับปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อิชยา และนนุช, 2542) นอกจากนั้นการศึกษาของศรีเพ็ญ และวิโรจน์ (2546) ในเรื่องการตอบสนองของความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพไทย: ความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพพบว่า ภาพรวมการตอบสนองในระบบบริการภาคเอกชนอยู่ในระดับดีกว่าภาครัฐ ในขณะที่โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคที่มีความหลากหลายทั้งรูปแบบและความรุนแรง ประกอบกับเป็นโรคที่มีปัญหาทางสังคมมากกว่าโรคไร้เชื้ออื่นๆ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547) การให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีความซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ (ชัยยศ, 2543) ซึ่งสร้างความลำบากใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพเป็นอย่างมาก ทำให้บุคลากรจำนวนไม่น้อยที่รู้สึกไม่แน่ใจว่า จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสม ประกอบกับความกลัวกังวล กลัวติดเชื้อทำให้เกิดความเครียด เบื่อหน่ายไม่ปรารถนาที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ชัยยศ, 2543; สมทรง และคณะ, 2545) และจากที่การดูแลแบบองค์รวมยังขาดการพัฒนาให้สอดคล้องหรือไล่ทันกับความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน (ชัยยศ, 2543) โดยพบว่าในปัจจุบันพยาบาลยังเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลักไม่ครอบคลุม 4 มิติ ซึ่งสถานการณ์การให้การพยาบาลแบบองค์รวมในโรงพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลแบบของครอบครัวแต่ยังไม่ลึกซึ้ง ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการดูแล ซึ่งทำให้มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพต่อการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ (สมนัตน์นันท, ภัทรจิตร, ปิไลมธน์, และอุไร, 2546) นอกจากนี้การที่พยาบาลให้ความสำคัญกับภาระงานมากกว่าความต้องการของผู้ป่วย อาจส่งผลให้ละเลยความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (สิรินทร์, 2547) ตลอดจนความรู้และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้มีปัญหาในการกำหนดมาตรฐานในการดูแลที่เหมาะสม (ชัยยศ, 2543) โดยในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายต้องใช้ความรู้เฉพาะทางในการที่จะช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีความลึกซึ้งละเอียดอ่อนอย่างมาก (สมทรง, และคณะ, 2545) ซึ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายจะมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลัก โดยการให้การดูแลตามความต้องการอย่างครบถ้วนคือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (WHO, 2000a) เหตุผลดังกล่าว การให้การดูแลแบบประคับประคองจึงอาจไม่เป็นไปตามที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวังได้ ซึ่งรัจวี (2542) กล่าวว่าความคาดหวังเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เมื่อผู้รับรู้คาดหวังอะไรก็เตรียมพร้อมที่จะรับรู้สิ่งนั้น การเตรียมการรับรู้จึงทำให้เกิดด้วยการสร้างความคาดหวัง โดยความรู้สึกของบุคคลในการได้รับการตอบสนองของความต้องการหรือความคาดหวังนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละรายบุคคล (จิรภา, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของ อธิชา และนงนุช (2542) เรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการในแผนก อายุรกรรมรับรู้การดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ใช้บริการในแผนกอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในแผนก อายุรกรรมเป็นผู้ป่วยประเภทเรื้อรังและผู้สูงอายุ จึงมีผลให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลสูงกว่าแผนกอื่นๆ โดยจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งสิ้น

สำหรับจากการศึกษาเปรียบเทียบถึงความคาดหวังกับการบริการที่ได้รับจากหลายๆ การศึกษา เช่น การศึกษาของกัลยาณี (2536), ผ่องฉวี และคณะ (2534), พนิดาและสุนิตย์ (2539), สุวีรัตน์ (2543) และไพเราะ (2543) พบว่าความคาดหวังและการบริการที่ได้รับมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความคาดหวังจะอยู่ในระดับมาก แต่การได้รับการดูแลจะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาความคาดหวังของผู้ดูแลและการบริการที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลของนนิกันต์ (2543) และประทีนทิพย์ (2543) พบว่าความคาดหวังและการบริการที่ได้รับมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นกัน สำหรับการศึกษเปรียบเทียบความคาดหวังและการบริการของผู้ดูแลในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายนั้นพบว่ายังไม่มีการศึกษา แต่พบว่าได้มีการศึกษาถึงความต้องการการพยาบาลและการดูแลที่ได้รับของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาตลอดและหลังคลอดของพรทิพย์ (2544) และเพ็ญพัทธ์ (2543ก) ซึ่งพบว่า ความต้องการ

และการดูแลที่ได้รับมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่ความต้องการสูงกว่าการดูแลที่ได้รับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังและการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้ทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้านจิตวิญญาณที่พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อธิบายว่าการไม่ได้รับการดูแลในด้านนี้เจ้าหน้าที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคทางด้านร่างกายได้ จึงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทำในสิ่งที่จะช่วยยืดเหนี่ยวทางจิตใจ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความหวัง มีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ซึ่งการปฏิบัติด้านนี้เป็นสิ่งที่ไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล และถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะไม่ได้ให้การดูแล แต่ก็มิได้ขัดขวางการปฏิบัติของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (บุปผา, 2543) โดยสิวลี (2547) กล่าวว่า บุคลากรทางการแพทย์ได้เห็นความสำคัญของการตอบสนองด้านจิตวิญญาณเมื่อกระบวนการรักษาไม่อาจทำได้ และในบางครั้งบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้การดูแลไปพร้อมกับการรักษาพยาบาล เช่น การใช้สรรพนามเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยด้วยวาจาสุภาพ บอกผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมการไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย ซึ่งทัศนีย์ (2545ก) กล่าวว่า โดยปกติพยาบาลมักให้การพยาบาลด้านจิตวิญญาณโดยไม่รู้ตัว และไม่ได้จำแนกออกมาเป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณมักสอดคล้องหรือปฏิบัติไปกับการพยาบาลด้านร่างกาย โดยจากการศึกษาของทัศนีย์ และคณะ (2544) เรื่องความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ การด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะระบุว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติบ่อยคือ การอนุญาตให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่มีความหมายทางด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัว การอนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมโดยยืดหยุ่นกฎระเบียบ และเจ้าหน้าที่แสดงความเคารพให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ จึงทำให้ผู้ดูแลตีความหมายให้การรับรู้อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกับที่คาดหวัง อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังยังสูงกว่าการดูแลที่ได้รับ แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ดูแลจะไม่คาดหวังการดูแลด้านนี้มากนักแต่ก็ยังรับรู้ถึงการดูแลที่ยังไม่เท่าที่คาดหวัง เนื่องจากในรายละเอียดบางหัวข้อ แม้เจ้าหน้าที่จะไม่ขัดขวางการปฏิบัติของผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล แต่เจ้าหน้าที่ก็ยังไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามความคาดหวัง

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายละเอียดความคาดหวังการดูแลและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังและการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คือเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยได้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องราวการติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบ เว้นแต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ และเจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก (ภาคผนวก จ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบ

ระดับประคองของบุคลากรทางแพทย์มีคุณภาพเพียงพอ สามารถตอบสนองความคาดหวังของ
กลุ่มตัวอย่างได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับมาก ส่วนการเปรียบเทียบ
ความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ
ที่พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ด้านร่างกายมี 5 ข้อคือ เจ้าหน้าที่ให้
การดูแลผู้ป่วยอย่างชำนาญ, เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ช่วย
ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย, เจ้าหน้าที่ให้อาหารและน้ำอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วย, และเจ้าหน้าที่
ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเสมอภาค (ตาราง 14 ภาคผนวก ๑) ด้านจิตใจมี 5 ข้อคือเจ้าหน้าที่เปิด
โอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และแสดงออกถึงความโศกเศร้า, เจ้าหน้าที่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้
ทำในสิ่งที่ต้องการ, เจ้าหน้าที่ให้โอกาสครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ดูแลผู้ป่วย
อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา, เจ้าหน้าที่ไม่เปิดเผยเรื่องราวการติดเชื้อของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นทราบเว้น
แต่เจ้าหน้าที่ในสายงานเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือ และเจ้าหน้าที่ให้โอกาสท่านมีส่วนร่วมใน
การตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (ตาราง 15 ภาคผนวก ๑) ด้านสังคมเศรษฐกิจ
และสิ่งแวดล้อมมี 5 ข้อ คือเจ้าหน้าที่ยืดหยุ่นเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย, เจ้า
หน้าที่จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่จัดหาข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ท่านได้ผ่อน
คลาย, เจ้าหน้าที่จัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน และเจ้าหน้าที่จัดหา
อุปกรณ์ผู้ป่วยเครื่องใช้ให้เพียงพอและแยกเป็นส่วนตัว (ตาราง 16 ภาคผนวก ๑) ด้านจิตวิญญาณ
มี 7 ข้อคือ เจ้าหน้าที่ยอมรับในวิถีดำเนินชีวิต ค่านิยมวัฒนธรรมของท่านและผู้ป่วย โดยอนุญาตให้
ปฏิบัติเหมือนอยู่ที่บ้าน (แต่อยู่ในกฎระเบียบของโรงพยาบาล), เจ้าหน้าที่ยอมรับในความเชื่อของ
ท่านและผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ประกอบศาสนกิจตามความเชื่อในหออผู้ป่วยได้เมื่อท่านหรือผู้ป่วย
ต้องการ, เจ้าหน้าที่ไม่แสดงท่าทีหรือพูดจาลบหลู่ต่อสิ่งที่ท่านและผู้ป่วยนับถือ, เจ้าหน้าที่เปิด
โอกาสให้ผู้ป่วยหรือท่านพูดคุยถึงความเชื่อที่มีและสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องแนว
ความเชื่อของท่านหรือผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่อนุญาตให้บุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อ
ผู้ป่วยมีอาการหนัก, เจ้าหน้าที่ให้ความหวังและกำลังใจให้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วย
ยอมรับสภาพความเป็นจริงได้ และเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกในสิ่งที่ผู้ป่วย
ต้องการในวาระสุดท้าย เช่น สิ่งเสียหรือสิ่งลาบลุคคลที่รักและฝากภาระที่ค้างค้ำ (ตาราง 17 ภาค
ผนวก ๑) ซึ่งในเรื่องดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวัง และรับรู้ได้ว่าการตอบสนองความ
คาดหวังอย่างเพียงพอ โดยในบางหัวข้อความคาดหวังจะอยู่ในระดับน้อยและการดูแลที่ได้รับตาม
การรับรู้ก็อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในแต่ละหัวข้อ ส่วนใหญ่
ยังคงมากกว่าการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้ และมีบางหัวข้อที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การดูแล
สูงกว่าความคาดหวัง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนักและ ให้ความสำคัญ
ในการดูแลแบบประคับประคองในหัวข้อดังกล่าวมากกว่าที่กลุ่มตัวอย่างคาดหวัง

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายข้อด้านร่างกาย โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลที่ได้รับตามการรับรู้ มี 9 ข้อคือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น ให้ออกซิเจน ให้ยาแก้ปวด ลดไข้, เจ้าหน้าที่บรรเทาอาการเจ็บปวดให้ผู้ป่วย เช่น การนวด ประคบ ความเย็น เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือด้วยความกระตือรือร้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก เจ้าหน้าที่ช่วยผลักดันเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ท่านได้พักผ่อนบ้าง, เจ้าหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านในการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล อาหารที่ควรให้ผู้ป่วยรับประทาน ฯลฯ, เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำท่านและการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นหรือสถานบริการใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน (ตาราง 14 ภาคผนวก จ) อธิบายว่า จากการที่คนทั่วไปรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัวเนื่องจากติดต่อได้ รักษาไม่หาย ตลอดจนโรคเอดส์ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมีอาการของโรคที่ซับซ้อน (ชัยยศ, 2543) มีอาการทางกายที่รุนแรง ทำให้มีสภาพไม่น่าดูร่างกายซูบผอม มีแผลตามตัว มีเชื้อราในปาก ติดเชื้อฉวยโรคปอด ทำให้ผู้ดูแลขาดความรู้ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย กลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ตาราง 1) จึงอาจจะมี ความคาดหวังหรือต้องการคำแนะนำการดูแล จากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดจนต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาของ รัตนาวดี, และคณะ (2543) เรื่องความต้องการตามการรับรู้ของบิดา-มารดาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าบิดา-มารดาเด็กต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในขณะที่การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้มุ่งเน้นการปฏิบัติงานให้สำเร็จ ละเลยต่อการปฏิสัมพันธ์ (พรทิพย์, 2544) กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เนื่องจากภาระงานที่มีมากอยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลน้อยกว่าที่คาดหวัง

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังกับค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายข้อด้านจิตใจ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลที่ได้รับมี 10 ข้อ คือเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิดให้ความสนใจ และแสดงความห่วงใยโดยการซักถามพูดคุยอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้งหรือถูกปล่อยให้อยู่เดียวดาย, เจ้าหน้าที่พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลความโศกเศร้าและความหวาด

กลัวในด้านต่างๆ, เจ้าหน้าที่ดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจและไม่พูดตำหนิตีติชนผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ได้บอกถึงภาวะเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้ท่านทราบอยู่เป็นระยะๆ, เจ้าหน้าที่ได้ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างชัดเจนโดยไม่ปิดบังแก่ท่าน, เจ้าหน้าที่รับฟังและเปิดโอกาสให้ท่านระบายความทุกข์ในใจเพื่อลดความกังวล และความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ปลอบใจแก่ท่านเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด, เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ท่านในปัญหาที่ท่านต้องการปรึกษาได้ตลอดเวลา, เจ้าหน้าที่สนใจอย่างสม่ำเสมอที่ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ร่วมมือด้วยความเต็มใจทุกครั้งเมื่อท่านขอความช่วยเหลือโดยไม่แสดงความรังเกียจ (ตาราง 15 ภาคผนวก ๑) อธิบายว่า น่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงปฏิกิริยาของสังคม รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงเกรงว่าจะไม่ได้รับการดูแลด้วยความเต็มใจและเสมอภาคเท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น ประกอบกับได้พบกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา หรือทรุดลง ทำให้ผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเป็นระยะๆ เพื่อช่วยในการวางแผนเตรียมความพร้อมในการรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น หรืออาจช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ จึงมีความคาดหวังในการดูแลและการให้ข้อมูลถึงอาการผู้ป่วย และต้องการคำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา แต่จากการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้้น้อยกว่าที่คาดหวัง อาจเนื่องจากปริมาณงานการให้บริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แพทย์ พยาบาลต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับความเป็นความตายของผู้ป่วย (สุริรัตน์, 2543) อาจทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติบกพร่องไปได้

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังกับค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายข้อด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลที่ได้รับมี 6 ข้อ คือเจ้าหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมกฎระเบียบของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยเมื่อเข้ามาใช้บริการ, เจ้าหน้าที่จัดสถานที่พักให้ผู้ป่วยสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น หรืออับชื้น, เจ้าหน้าที่จัดที่พักผ่อนเพื่อให้ท่านได้พักผ่อนเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือโดยติดต่อสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลเมื่อท่านมีปัญหาค่ารักษาพยาบาล, เจ้าหน้าที่ติดต่อบุคคลในครอบครัวและผู้ที่มีผู้ป่วยหรือท่านต้องการเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก และเจ้าหน้าที่ติดต่อหรือแนะนำเกี่ยวกับหน่วยงานหรือองค์กรที่จะให้ความช่วยเหลือท่านหรือครอบครัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (ตาราง 16 ภาคผนวก ๑) อธิบายว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งอาจจะเพิ่งเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก จึงยังไม่ทราบถึงสภาพแวดล้อม และกฎระเบียบต่างๆของโรงพยาบาล ในขณะที่เจ้าหน้าที่อาจละเลยถึงการให้การดูแลในเรื่องดังกล่าว

เนื่องจากการที่เจ้าหน้าที่มีภาระงานอื่นๆที่สำคัญกว่า และจากการที่โรงพยาบาลมีบริเวณที่จำกัดมีผู้ป่วยจำนวนมาก การให้บริการในเรื่องการอำนวยความสะดวกต่างๆจึงอาจไม่เพียงพอ ในขณะที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ โดยผู้ดูแลบางรายได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อเนื่องมาถึงโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ต้องการการพักผ่อนบ้าง ประกอบกับการเจ็บป่วยที่ยาวนานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพแต่ในระบบบริการสุขภาพรัฐบราซิลได้กำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในค่ารักษาพยาบาล โดยมียาหรือเวชภัณฑ์บางอย่างที่ระบุเป็นยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองโดยไม่ได้รับการชดเชยเงินได้ จึงอาจได้รับการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าที่คาดหวังได้

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังกับค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายข้อด้านจิตวิญญาณ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลที่ได้รับ มี 5 ข้อ คือ เจ้าหน้าที่ดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ช่วยจัดหาแหล่งสนับสนุนให้ตามความเชื่อของผู้ป่วยหรือท่านเมื่อต้องการ, เจ้าหน้าที่แสดงการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกถึงความทุกข์ของผู้ป่วย โดยการสัมผัส จับมือ บีบนวด สบตา, เจ้าหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยคิดและมองตนเองดีเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าในตนเอง, และเจ้าหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและเป็นสุข เช่น สอนวิธีทำสมาธิ หรือปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา (ตาราง 17 ภาคผนวก ๑) อธิบายว่าน่าจะเป็นผลมาจากการที่บุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัดในด้านเวลาจากการที่มีภาระงานมากเกินไป โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งหลายงานเป็นงานที่มีชีพเพื่อการพยาบาล เช่น คิดเงินผู้ป่วยกลับบ้าน เขียนใบสั่งยา (สมนันทน์ และคณะ, 2546) พยาบาลต้องทำงานให้เสร็จทันเวลา ต้องปฏิบัติงานอย่างเร่งด่วน และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรักษาก่อน ส่วนงานด้านสัมพันธ์ภาพ การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณจึงอาจถูกละเลย (พรทิพย์, 2544)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังกับค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายข้อโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวัง มี 2 ข้อ คือเจ้าหน้าที่อนุญาตให้ผู้ป่วยนำสิ่งของที่มีความหมายด้านจิตใจมาไว้ใกล้ตัว เช่น พระพุทธรูป ไม้กางเขนหรืออื่นๆที่ผู้ป่วยต้องการ และเจ้าหน้าที่ให้โอกาสท่านเลือกสถานที่อย่างเหมาะสมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย (ตาราง 17 ภาคผนวก ๑) ซึ่งอธิบายว่า จากการที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ชัดเจนเมื่อผู้ดูแลหรือผู้ป่วยนำสิ่งของที่มีความหมายต่อผู้

ป่วยมาไว้ใกล้ตัว เนื่องจากไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และตัวผู้ป่วย และจากการที่การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาพยาบาลจะเน้นให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดที่อบอุ่นและให้กำลังใจ (คณะกรรมการโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง, 2545) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลจะอธิบายถึงการพยากรณ์โรคให้ผู้ดูแลได้รับทราบ และจะอนุญาตให้ผู้ดูแลเลือกที่จะพาผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้เมื่อผู้ดูแลต้องการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การดูแลในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับมากกว่าที่คาดหวัง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวสูง

จากผลการวิจัยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังโดยรวมแล้วพบว่า การดูแลแบบประคับประคองยังไม่สามารถตอบสนองของความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

5. คำถามปลายเปิด

ในส่วนของคำถามปลายเปิดซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย มีความคาดหวังและต้องการการดูแลเพิ่มเติมอื่นๆ คือ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย มีความต้องการตรวจเลือดเพื่อต้องการทราบว่าตนเองติดเชื้อหรือไม่ และต้องการตรวจเลือดบุตรของผู้ป่วย เนื่องจากกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรง และต้องการเข้าโครงการการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส จึงมีโอกาสติดเชื้อจากผู้ป่วยได้สูง โดยผู้ดูแลบางรายได้รับทราบแล้วว่าตนเองติดเชื้อ และได้รับทราบจากสื่อต่างๆ ในเรื่องการรักษาโรคเอดส์ จึงมีความต้องการที่จะรักษา แต่ไม่มีความรู้ในเรื่องวิธีการขั้นตอนในการติดต่อขอเข้ารับการรักษา เนื่องจากขาดการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยการศึกษาระหว่าง (2541) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านข้อมูลข่าวสารในเรื่องการรักษาหรือการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับน้อย แต่ในขณะนี้การรักษาผู้ป่วยอาจไม่ได้ผลอีกต่อไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่รับทราบการติดเชื้อต้องการการใช้ยารักษาสำหรับตนเอง โดยผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำให้กลุ่มตัวอย่าง ไปรับการตรวจเลือดในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัว

อยู่ หรือให้ไปตรวจที่คลินิกนิรนามของหน่วยราชการต่างๆ และคลินิกเอกชนตามความสะดวกของผู้ดูแล และได้พูดคุยให้กำลังใจ รวมถึงการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อ วิธีการดูแลตนเอง เสนอทางเลือกในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สำหรับผู้ดูแลที่ทราบว่าติดเชื้อแต่ยังไม่ได้รับการรักษา และสำหรับผู้ดูแลที่ต้องการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้วิจัยได้แนะนำสถานบริการ ขั้นตอนในการขอเข้าโครงการรับการรักษา ส่วนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลสงขลาซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้ติดต่อส่งเข้าโครงการ “นภา” (Assess to care) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลสงขลา รับการตรวจหา CD₄+ เพื่อการดูแลต่อเนื่องและรับยาต้านไวรัสทุกราย

ผู้ดูแล เสนอความต้องการให้แพทย์พยาบาลเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยให้มากกว่าที่เป็นอยู่ และไม่ถูกแบ่งแยก ซึ่งเป็นการแสดงความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ และบอกถึงการรับรู้ที่ได้รับการดูแลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง โดยผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของนางลักษณ์ (2540) พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ให้สัมภาษณ์ว่าได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากผู้อื่น คนที่ติดเชื้อจะถูกแบ่งแยก จากบุคลากรทางการแพทย์และคนในสังคมทั่วไป ซึ่งผู้ดูแลอาจได้เห็นการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ จึงได้มีความต้องการในเรื่องนี้

ผู้ดูแล เสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการที่จะให้มีญาติได้เฝ้าดูแลผู้ป่วยได้หลายคน ซึ่งหมายถึงความรู้สึกความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากการที่ได้รับทราบแล้วว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวลมากขึ้น และจากความเหนื่อยล้าในการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง (O'Neill & Mc Kinney, 2002) เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้จากสภาวะการเจ็บป่วย จึงต้องการที่จะให้มีญาติพี่น้องช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและอยู่เป็นเพื่อนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิศา (2544) พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ให้คะแนนความต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ

ผู้ดูแล เสนอแนะการให้ข้อมูลเรื่องอาการของผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน ซึ่งเป็นการแสดงถึงการที่ผู้ดูแลอาจไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้เนื่องจากเกรงว่าผู้ป่วยจะท้อแท้สิ้นหวัง หรือเกรงว่าบุคลากรทางการแพทย์จะเผลอเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยอื่นรับรู้โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวล การรับรู้ข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยจึงต้องเป็นสถานที่ที่เหมาะสม เป็นสัดส่วน และไม่ถูกรบกวนขณะพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิศา (2544) พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังให้คะแนนความต้องการมากที่สุดเป็นลำดับที่ 2 ในด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวลคือ ต้องการสถานที่ที่เป็นสัดส่วนและไม่ถูกรบกวนขณะพูดคุยกับแพทย์และพยาบาล

ผู้ดูแล ต้องการให้แพทย์รักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลยังคงมีความคาดหวัง การดูแล ในด้านร่างกายถึงแม้จะทราบดีว่าการรักษาจะไม่ได้ผลอีกต่อไป แต่รักษาประดังอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ, สุภาพร, สมพร และ วิไลวรรณ (2536) ที่ศึกษาเรื่องความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พบว่า กลุ่มตัว อย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ มีความต้องการเรื่องการได้รับความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะ ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด