

ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด
และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด
และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

.....
จิตติมาภรณ์ พรหมรอด

จิตติมาภรณ์ พรหมรอด

ผู้วิจัย

.....
สพด. นันท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรียา มั่นคง,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
ศุภณัฐ อนุพันธ์

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
พจ. น

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
อรสา พันธุ์ศักดิ์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด
และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

จิตติมาภรณ์ พรหมรอด.....

จิตติมาภรณ์ พรหมรอด

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ จีราพร เกศพิชญวัฒนา,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Psychiatric Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปริดา มั่นคง,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ. บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์

ขอขอบคุณ หัวหน้างานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่พยาบาลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 5 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย-หญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย-หญิง 2 หอผู้ป่วยเด็กเล็ก หอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป และหอผู้ป่วยพิเศษสิริกิติ์ 6 โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่ขาดไม่ได้คือญาติผู้ป่วยทุกท่านที่สละเวลาในการพูดคุยซักถาม ตอบแบบสอบถาม และเอื้อเฟื้อในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ หัวหน้างานการพยาบาล ศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SIC) โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้ผู้วิจัยได้ใช้เวลาศึกษาต่อ และมีเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจ ต้องขอขอบคุณในน้ำใจของทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโท โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติทุกท่าน และเพื่อน ๆ นักศึกษาปริญญาโท รหัส 49 และ 50 ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้กรุณาอนุมัติเงินจากทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้คณะฯ มาสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างดีมาตลอด รวมทั้งขอขอบคุณ พี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ทุกท่าน ที่มีจากกล่าวได้หมด ที่ได้ให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

จิตติมาภรณ์ พรหมรอด

ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียด ของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

NEEDS, RESPONSES TO NEEDS, STRESS AND COPING OF PATIENTS' RELATIVES BEFORE TRANSFER FROM INTENSIVE CARE UNIT

ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด 4937113 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุปริดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ لازารัสและ โฟล์คแมน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วย จำนวน 105 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบที และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความต้องการรายด้านที่ญาติผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการข้อมูล รองลงมา คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ส่วนความต้องการที่น้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก การได้รับการตอบสนองความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับมากที่สุด คือ ด้านการลดความวิตกกังวล ส่วนความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล นอกจากนี้พบว่า ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยมีความเครียดในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้สึกดีใจ มากที่สุด รองลงมา คือ มีความรู้สึกเครียด และเมื่อเกิดความเครียด ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ผลการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสม และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการประเมินความเครียดและให้การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด และนำไปพัฒนาระบบการวางแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความต้องการ / การได้รับการตอบสนองความต้องการ / ความเครียด / การเผชิญความเครียด

NEEDS, RESPONSES TO NEEDS, STRESS AND COPING OF PATIENTS' RELATIVES BEFORE TRANSFER FROM INTENSIVE CARE UNIT

TITIMAPORN POMROD 4937113 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPREEDA MONKONG, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.N.S.
(ADULT HEALTH NURSING)

ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were to explore needs, responses to needs, stress, and coping of patients' relatives before transfer from an Intensive Care Unit (ICU). The stress and coping model of Lazarus and Folkman (1984) was used as the conceptual framework of this study. The purposive samples consisted of 105 relatives of patients. Instruments used for data collection were: Demographic Data Form, Needs and Responses to Needs of Patients' Relatives Questionnaire, a semi-structured interviewing questionnaire, Perceived Stress Questionnaire, and the Jalowiec Coping Scale (JCS). The quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test, and qualitative data were analyzed by using content analysis. The results revealed that the mean score of needs was found to be significantly higher than the mean score of responses to needs. The most common need was information, the second was release of anxiety, and the least common needs were psychological support and expression of feelings. The most common responses to needs were release of anxiety and the least common were personal needs. The mean score for the relative's stress was at a low level, however, the score was consistent with the qualitative data concerning the relatives' feelings before transferring patients from the intensive care unit. The result showed that the most common feeling of patients' relatives was happiness, the second was stress. Almost all relatives of patients combined three coping strategies which were confrontative, emotive, and palliative coping strategies. Confrontative coping was most commonly used to deal with stress. Based on these findings, nurses should develop a care plan to meet relatives' needs by giving them adequate and appropriate information, and use guidelines to assess the stress of patients' relatives and help them find proper ways to cope with stress. In addition, the results were used to develop transferring systems from the ICU to a general ward effectively.

KEY WORDS: NEEDS / RESPONSES TO NEEDS / STRESS / COPING

162 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	11
ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	14
ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส	25
ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย	53
ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	59
ความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	60
การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	67
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	69
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	87
ข้อจำกัดในการวิจัย	90
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	90
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	93
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	113
บรรณานุกรม	134
ภาคผนวก	145
ประวัติผู้วิจัย	162

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ และรายได้	54
2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย จำแนกตาม ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	55
3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย จำแนกตาม สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของญาติ และการทราบล่วงหน้าของการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	56
4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ และโรคของผู้ป่วย	57
5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม โรคของผู้ป่วย	58
6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน โดยการทดสอบที (paired t - test)	60
7 จำนวน ร้อยละ ของความรู้สึทกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต	61
8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย โดยคำนวณจากคะแนนจริง	68
9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย โดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์	68

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การอบรมดูแลบุคคลตั้งแต่ปฐมวัยจึงเป็นหน่วยในสังคมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพและความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว (Friedman, 1998; Wright & Leahey, 1994) รวมทั้งยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือบุคคลให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ไปได้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้นถือเป็นภาระที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบ และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งไม่เพียงมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยแต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย (Curry, 1995; Ganglione, 1984; Gavaghan & Carroll, 2002) ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาจากบุคคลในครอบครัวก่อนแต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักมากขึ้นจนเกินกำลังที่สมาชิกในครอบครัวจะดูแลได้ สมาชิกในครอบครัวก็จะเป็นผู้ที่มิบทบาทในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

บุคคลเมื่อต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย (Hunt, 1996; Meisel, 1991) เนื่องจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความมั่นคงของครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว (Engli & Farmer, 1993) โดยทำให้ญาติผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ของตนเพิ่มภาระงานตามปกติเพื่อรับภาระงานหรือทดแทนหน้าที่ของผู้ป่วยขณะนอนรักษายอยู่ในโรงพยาบาล (จิตติมา วทานิชเวช, 2540; Forrester, Murphy, Price, & Monaghan, 1991; Halm, 1990; Johnson, Craft, & Titler, 1995; McCowry, 1992) นอกจากนี้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษายาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทำให้ญาติผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ แทนในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (จิตติมา วทานิชเวช, 2540; Convinsky et al., 1994)

ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และมีลักษณะแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป คือ มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่ใช้ในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วย สัญญาณแสง เสียงจากเครื่องมือต่างๆ กลิ่นของน้ำยา รวมทั้ง

เลือดและสารคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วย อาการและสภาพที่ไม่น่าดูของผู้ป่วยที่อยู่ข้างเตียง ซึ่งทำให้ญาติเกิดความหวั่นกลัว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541: 41-42; Ruppert & Meisel, 1996) รวมทั้งมีการเข้มงวดเรื่องกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เช่น การถูกจำกัดการเข้าเยี่ยมทั้งจำนวนครั้ง จำนวนคน และระยะเวลา การพูดคุยระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เต็มไปด้วยศัพท์ทางการแพทย์ การได้รับการตอบคำถามหรือข้อข้องใจเพียงสั้นๆ และรวบรัดจากเจ้าหน้าที่ และการขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Hickey, 1996; Johnson, 1993: 685; Roland et al., 2001) จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย

นอกจากญาติของผู้ป่วยผู้ใหญ่จะได้รับผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแล้ว ญาติของผู้ป่วยเด็กก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน โดยเมื่อเด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม จะทำให้ญาติเกิดความเครียดขึ้น เพราะเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของเด็กโดยไม่คาดคิดมาก่อน มีผลทำให้ญาติกลัวว่าเด็กจะได้รับความเจ็บปวดและเป็นอันตรายถึงชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก วิธีการรักษาพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่ารักษาพยาบาล เกิดการแยกจาก รู้สึกสับสนในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และรู้สึกสูญเสียบทบาทของตนในการดูแลเด็ก เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยเด็กต้องการการดูแลมากที่สุดแต่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ญาติกลับไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ ดังนั้น ญาติของผู้ป่วยผู้ใหญ่และญาติของผู้ป่วยเด็กจึงได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัวเช่นเดียวกัน

ภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนหนึ่งเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยรุนแรงและมีภาวะพึ่งพาสูง ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาจนอาการคงที่และไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จะอนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ซึ่งช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและญาติรู้สึกดีใจและรอคอย เพราะเป็นสัญญาณที่แสดงถึงว่าอาการของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น แต่ในปัจจุบันความต้องการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนมากขึ้น ในขณะที่เตียงที่จะรับผู้ป่วยมีจำนวนจำกัด ผลที่ตามมาทำให้มีการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตแบบกะทันหัน หรือย้ายในเวลากลางคืน หรือไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบล่วงหน้าจึงไม่ได้เตรียมตัวและเตรียมใจก่อนการย้าย ดังนั้น การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติประเมินว่าเป็นความเครียด (Barbetti & Choate, 2003; Cagan, 1988 cited in Mitchell et al., 2003; Chaboyer et al., 2007; Leith, 1999; Leske, 1992; McKinney & Melby, 2002; Saarmann, 1993) เนื่องจากญาติต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหลายประการ โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัยเมื่อเอาเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ออกจากร่างกายผู้ป่วย (Cagan, 1988 cited in Mitchell et al., 2003; Cutler & Garner, 1995; Jones & O'Donnell, 1994;

Keogh, 2001; McKinney & Deeny, 2002) กล่าวว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย (Chaboyer et al., 2005; Leith, 1999) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ต้องสูญเสียความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใหม่ (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995; Holden et al, 2002; McKinney & Melby, 2002; Plowright, 1995) ความไม่เพียงพอของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา และสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ลดลง (Keogh, 2001; Leith, 1998; Schactman: 1989) รวมทั้งปัจจัยด้านญาติผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการขาดข้อมูลและการเตรียมความพร้อมในการย้ายทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนที่ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ และไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อยังหอผู้ป่วยทั่วไป (Burr, 1998; Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995; Hall- Smith et al., 1997; Leith, 1999)

จากสถานการณ์ต่างๆ ที่ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ล้วนทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดของญาติผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วยได้และมีผลทำให้การหายของโรคช้าลง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2541; Mendonca & Warren, 1998; Schepp, 1991; Thompson, 1990) และอาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองของญาติ ตลอดจนความมั่นใจในการหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้เมื่อญาติผู้ป่วยประเมินว่า สถานการณ์ดังกล่าวเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองจึงต้องมีการตอบสนองเพื่อจัดการความเครียด โดยการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ เพื่อลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับตัวเองให้อยู่ในภาวะสมดุล (Jalowiec, 1988 อ้างใน ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542: 18) แต่ถ้าญาติไม่สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นหรือใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้ญาติเกิดภาวะไม่สมดุล ทำให้เกิดความต้องการต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อที่จะรักษาความสมดุลไว้ซึ่งความต้องการนี้จะแสดงออกมาในรูปของความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Mathis, 1984)

มอลเตอร์ (Molter, 1979 อ้างใน สุภารัตน์ ไวยชีตา ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และวิมลวัลย์ วโรพาร, 2542) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่สำคัญที่สุด 5 ลำดับแรก คือ ต้องการมีความหวัง ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย ต้องการมีที่พักผ่อนเฝ้าไข้บริเวณหอผู้ป่วย ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการทราบการพยากรณ์หรือการทำนายโรคของ

ผู้ป่วย ซึ่งความต้องการเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองจากพยาบาลมากกว่าบุคคลอื่น ซึ่งต่อมา ดาเลย์ (Daley, 1984) ได้ศึกษาเชิงสำรวจสรุปความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น 6 ด้าน คือ ความต้องการการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก และความต้องการทางด้านร่างกาย

จากการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการและการได้รับตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาธิบดีของ อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) พบว่าญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการน้อยที่สุดคือ ด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา บริบทอาจจะแตกต่างจากความต้องการของญาติผู้ป่วยในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างกันในเรื่องวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา ลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้นำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการรักษามากขึ้น และนโยบายการเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยวิกฤตที่แตกต่างกัน รวมทั้งได้มีการคิดริเริ่มโครงการต่างๆ เช่น โครงการเสริมสร้างสายใยผูกพันแม่-ลูกในทารกกลุ่มเสี่ยง โครงการ Comprehensive nursing care in NICU: Quiet-time และโครงการ Parent support group ของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โครงการการดูแลญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ซึ่งโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้นำไปใช้ควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ญาติเกิดความพึงพอใจและสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้มากขึ้น

ในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลจะมุ่งให้ความสนใจในการเตรียมการย้ายประกอบกับภาระงานที่มาก อาจทำให้ขาดการค้นหาปัญหาของญาติ ขาดความเข้าใจในความต้องการของญาติหรือมองไม่เห็นความสำคัญในความต้องการของญาติ ทำให้ไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของญาติผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ความต้องการของญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง อาจเกิดจากพยาบาลมีการรับรู้ความต้องการที่ไม่ตรงกับความต้องการของญาติ จึงทำให้การตอบสนองไม่ตรงกับความต้องการจริงๆ (Kleinpell & Power, 1992) ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งญาติผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมน การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายบกพร่อง มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้ลดลง การคิดอ่านสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กระทบต่อแบบแผนการนอนหลับและการรับประทานอาหาร

(Brandt, 1984; Breu & Dracup, 1978 อ้างใน ธิดิมา วาทยานิเวช, 2540; Cagan, 1988 cited in Mitchell et al., 2003; Halm et al., 1993; Selye, 1976) หรืออาจมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ บ่นหรือแสดงความไม่พอใจต่อโรงพยาบาล บุคลากร และระบบการดูแล ซึ่งแท้จริงเป็นการแสดงออกถึงความต้องการการช่วยเหลือ (Mathis, 1984) ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของครอบครัว และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ดังนั้นการที่จะให้ญาติผู้ป่วย ได้รับการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการของญาติให้ถูกต้องตรงตามความต้องการของญาติจริงๆ ซึ่งการประเมินสามารถทำได้โดยการศึกษาและวิเคราะห์ถึงความต้องการอย่างมีระบบ เช่น การใช้แบบประเมินความต้องการร่วมกับการสังเกต เป็นต้น ก็จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการและปัญหาเร่งด่วนของญาติที่เกิดขึ้น และสามารถวางแผนช่วยเหลือ แก้ไข หรือป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่ (Elliott & Smith, 1985 อ้างใน อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) เมื่อความต้องการของญาติได้รับการตอบสนองจะทำให้ญาติสามารถใช้พลังในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น (วิลรัตน์ ภู่วรรุฒินิพนธ์, 2536; Ganglione, 1984; Jung & Coyer, 2007; Leske, 1992; McShane, 1991; Mendonca & Warren, 1998)

การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยพบว่ามีการศึกษาจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ ยังให้ผลไม่สอดคล้องกัน ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ (ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; อารีย์ บุญบรรทัดกุล, 2538; Daley, 1984; Lynn-McHale & Bellinger, 1988; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986; Rodger, 1983) พบว่าความต้องการและการตอบสนองความต้องการโดยรวมที่ญาติผู้ป่วยได้รับไม่มีความสอดคล้องกัน ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอแก่ความต้องการ ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการให้บริการ นอกจากนี้ การศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในช่วงระยะแรกเข้าและขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์และคณะ, 2536; ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; ธิดิมา วาทยานิเวช, 2540; พรทิพย์ โกศลวัฒน์, 2541; มณฑิพย์ ปฏิทัศน์, 2543; วิลรัตน์ ภู่วรรุฒินิพนธ์, 2535; สุภารัตน์ ไวยชีตาและคณะ, 2542; อารีย์ บุญบรรทัดกุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2532) ซึ่งผลการศึกษาเป็นความต้องการของญาติผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม แต่ยังไม่พบการศึกษาในช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งข้อมูลความต้องการของญาติก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตยังมีน้อย และอาจแตกต่างจากช่วงที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพิ่มเติม ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการและเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ

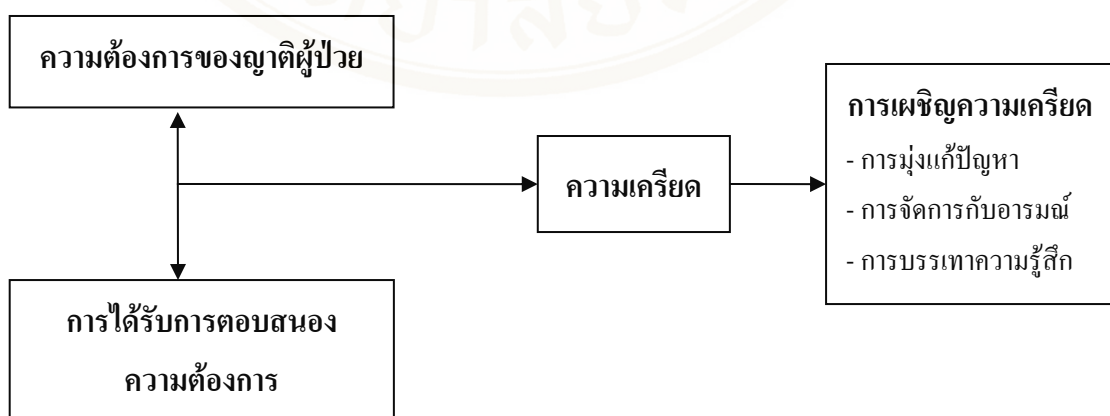
ศึกษาถึงความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผลการศึกษจะเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือญาติผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาติสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และสามารถนำไปพัฒนาระบบการวางแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียด (stress) หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและบุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการความรู้สึนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) โดยการประเมิน 2 ลักษณะ คือ การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตน และการประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล (personal factors) ซึ่งได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) ความเชื่อของบุคคล (beliefs) และสติปัญญาของบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) ได้แก่ ความใหม่ของสถานการณ์ (novelty) ความสามารถทำนาย (predictability) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือยาวนานของสถานการณ์ (temporal factors) และความคลุมเครือของสถานการณ์ (ambiguity) ส่วนการเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่กำลังความสามารถ (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping)

การที่บุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นเหตุการณ์ที่กระทบต่อภาวะความสมดุลของญาติ และก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งหมายถึง ญาติผู้ป่วย กับ สิ่งแวดล้อม คือ สถานการณ์ในช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งในช่วงเวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอาจทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ เนื่องจากญาติต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหลายประการ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ขาดข้อมูลและขาดการเตรียมความพร้อมในการย้ายจากสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความต้องการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งถ้าญาติผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์(resource) เพียงพอแก่ความต้องการ (demand) หรือได้รับการตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการ ก็จะช่วยลดระดับความเครียดได้ส่วนหนึ่ง ทำให้การรับรู้ต่าง ๆ ดีขึ้น สามารถใช้ทักษะและความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กล่าวมาเบื้องต้น สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
3. เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. ญาติผู้ป่วยมีความต้องการอะไรบ้างและได้รับการตอบสนองความต้องการหรือไม่อย่างไร ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ญาติผู้ป่วยมีความเครียดระดับใด และมีการเผชิญความเครียดอย่างไรในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งช่วงเวลา ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เริ่มต้นตั้งแต่ญาติผู้ป่วยรับทราบว่าจะมีการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประชากรที่ศึกษาเป็นญาติของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 7 แห่ง ของโรงพยาบาลรามารัตน์ ในระหว่าง เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 105 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.1 ทำให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ทราบถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเป็นแนวทางในการตอบสนองให้สอดคล้องกับความต้องการของญาติ

1.2 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนจัดระบบงาน การบริหารงาน และสนับสนุน เพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษาเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วย

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับ ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยในระยะที่แตกต่างกัน

นิยามตัวแปร

ความต้องการ หมายถึง ความประสงค์ ความปรารถนา หรือความขาดแคลนที่กระตุ้นให้เกิดการแสวงหา และการดำเนินวิธีการเพื่อให้ได้มาของญาติผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ในช่วงก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ของ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) สามารถนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามการศึกษาของดาลี (Daley, 1984) ออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูล 3) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าลิเกตสเกล 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน จำนวน 42 ข้อ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความต้องการมาก

การตอบสนองความต้องการ หมายถึง การที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในเรื่องต่างๆ จากเจ้าหน้าที่พยาบาลในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ของ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) สามารถนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามการศึกษาของ ดาลี (Daley, 1984) ออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูล 3) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าลิเกตสเกล 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน จำนวน 42 ข้อ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการมาก

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่ญาติผู้ป่วยประเมินการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ของ วรธกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004) โดยได้ปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน จำนวน 30 ข้อ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ญาติมีความเครียดมาก

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิดหรือการกระทำของญาติผู้ป่วยที่แสดงออก เพื่อบรรเทา ควบคุม และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ประกอบด้วยการเผชิญความเครียดที่ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึก ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน จำนวน 36 ข้อ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ญาติผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆ มาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เป็นพื้นฐานของงานวิจัย ดังรายละเอียดดังนี้

1. ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
3. ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน
4. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ครอบครัวเป็นหน่วยในสังคมที่เล็กที่สุด แต่มีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมที่หล่อหลอมให้บุคคลเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตลอดช่วงระยะเวลาของการดำเนินชีวิต (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ญาติผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่มาอาศัยอยู่ร่วมกันโดยมีความรักใคร่ ความผูกพันใกล้ชิดกันในด้านอารมณ์ ความรู้สึกและมีการตอบสนองความต้องการในด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม (Dunbar & McLain, 1993) หรือหมายถึงบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส ซึ่งจะมีความรักใคร่ผูกพัน ห่วงใยและคอยดูแลกันทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย (Hickey, 1993) สำหรับญาติผู้ป่วยในการศึกษานี้ หมายถึง ผู้ที่เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในงานวิจัยนี้ หมายถึง คู่สมรส หรือมารดา หรือบิดา หรือบุตร หรือพี่ หรือน้อง คนใดคนหนึ่งที่มีความรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากผลของความเจ็บป่วย เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ซึ่งการเจ็บป่วยนั้นเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นโดย

ไม่มีการเตือนให้ทราบล่วงหน้า ผู้ป่วยและญาติมีเวลาเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้น้อย ย่อมก่อให้เกิดความเครียด และความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นหากการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงจนต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤต หรือ ห้อง ไอ ซี ยู (Intensive Care Unit: ICU) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้น เพื่อให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยอาการหนักหรืออยู่ในขั้นวิกฤต โดยเฉพาะเพื่อเติมเต็มในส่วนที่ขาดหาย หรือไม่อาจกระทำได้ในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยหนักเหล่านี้มีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่ม อื่นอย่างชัดเจน เนื่องจากพวกเขาไม่สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ จึงต้องการการดูแลเอาใจ ใส่จากบุคลากรในทีมสุขภาพค่อนข้างมาก ซึ่งผู้ป่วยหนักเหล่านี้มีทั้งเด็กและผู้ใหญ่จะกระจายไปอยู่ ตามหอผู้ป่วยวิกฤตต่าง ๆ ทั้งหอผู้ป่วยวิกฤตรวม และหอผู้ป่วยวิกฤตแยกตามสาขาเฉพาะทาง เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหนักโดยเฉพาะประจำอยู่ อีกทั้งยังม ีการนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับสูงอีกมากเข้ามาช่วยเสริมประสิทธิภาพในการ รักษา อย่างไรก็ตาม หอผู้ป่วยวิกฤตมิได้มีไว้สำหรับผู้ป่วยหนักเท่านั้น ผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนักบาง รายแต่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังหรือติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้น ผิดจังหวะ บางครั้งต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และรับมือกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน นอกจากนี้ ภายหลังได้รับการรักษาจน อาการคงที่และไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แพทย์จะพิจารณาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วย วิกฤต เนื่องจากส่วนใหญ่หอผู้ป่วยวิกฤตจะมีพื้นที่และเครื่องมือจำกัด และมีโอกาสติดเชื้อดื้อยา อย่างรุนแรงได้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2549)

การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดและความวิตก กังวลแก่ญาติผู้ป่วยและก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นได้ ถ้าหากญาติผู้ป่วยมองว่าความเจ็บป่วยเป็นส่ ็กคุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง (Coyle, 2001; Meisel, 1991) ในระยะแรกนั้นญาติจะเกิด ความรู้สึกไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น ซ็อก กลัว รู้สึกไร้ที่พึ่ง (helplessness) มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น (anxiety) เกิดความไม่แน่นอน (uncertainty) คาดคะเนไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรต่อไป และใน ขณะเดียวกัน ความต้องการพื้นฐานทางร่างกายและอารมณ์มักไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอ ซึ่ง มีสาเหตุจากญาติมุ่งความสนใจและทุ่มเทจิตใจอยู่กับผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ความตึงเครียด เพิ่มขึ้น (Cobb, 1986) นอกจากนี้ยังได้รับผลกระทบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งในภาวะ ที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยนั้นญาติต้องทำหน้าที่ 2 อย่าง คือ คงบทบาทและหน้าที่ในสังคมไว้ และมีหน้าที่ต้องให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย จากลักษณะดังกล่าวจะส่งผลกระทบด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Aguilera & Messick, 1989 อ้างใน ธิตีมา วทานิยเวช, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ญาติต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทรมานร่างกายในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ญาติผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายทรุดโทรมทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; Gilliss, Highley, Roberts, & Martinson, 1989; Meisel, 1991)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ญาติมีอาการกระวนกระวาย วิตกกังวล สับสน ท้อแท้ หด悶 กำลังใจ กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ความผาสุกในชีวิตลดลง มีภาวะซึมเศร้า และเกิดความเครียดมากขึ้น (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิตีมา วทานิยเวช (2540) ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล พบว่าสมาชิกครอบครัวมีความต้องการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครืออันเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคของผู้ป่วยและการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ และส่งผลต่อการปรับตัวและการตัดสินใจ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; Gilliss, Highley, Roberts, & Martinson, 1989; Meisel, 1991)

3. ผลกระทบด้านสังคม ญาติผู้ป่วยเกิดความสูญเสียความเป็นส่วนตัวและเวลาเพราะต้องรับภาระในการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วย และต้องช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ทำให้รู้สึกที่ต้องรับภาระหน้าที่มากเกินไป (Bailey, 1989; Ensel & Lin cited in Chamber, Ryan, & Conner, 2001) นอกจากนี้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว และสังคมลดลงด้วยเนื่องจากไม่มีเวลา ตลอดจนมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลงทำให้เกิดความเครียดได้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; Gilliss, Highley, Roberts, & Martinson, 1989; Meisel, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ วนิชพิชาติ (Wanichapichat, 2000) ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่าสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ได้แก่ ภาระหน้าที่และงานประจำได้รับความกระทบกระเทือน (ร้อยละ 23.4) และความมั่นคงในครอบครัวลดลง (ร้อยละ 21.9)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ญาติผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก อาจทำให้มีปัญหาทางการเงิน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดของญาติผู้ป่วย (Bernstein, 1990 อ้างใน จันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ วนิชพิชาติ (Wanichapichat, 2000) ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก

อายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่าสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจากผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความต้องการขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

บุคคลมีความต้องการอยู่ตลอดเวลา โดยไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติและเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถปรับตัวหรือดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุขได้ ดังได้กล่าวมาแล้วว่า เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์เฉพาะหน้า ที่ทำให้ญาติผู้ป่วยประสบกับความเครียด ทำให้ญาติขาดความสมดุล ส่งผลให้เกิดความต้องการเพื่อรักษาความสมดุลในชีวิต ญาติผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียด มีความวิตกกังวล กลัวเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นเนื่องจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งการที่ญาติต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทและลักษณะชีวิตประจำวัน ต้องแยกจากบุคคลที่ตนรัก ทำให้ญาติมีความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Lillis & LeMore, 1993) กล่าวโดยสรุป ความต้องการของญาติผู้ป่วย หมายถึง ความประสงค์ ความอยากได้ ความปรารถนา หรือความขาดแคลนที่กระตุ้นให้เกิดการแสวงหา และการดำเนินวิธีการเพื่อให้ได้มาของญาติผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อลดหรือบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ซึ่งถ้าความต้องการได้รับการตอบสนองอาจทำให้ญาติสามารถใช้พลังงานในการให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากขึ้น (Ganglione, 1984; Roger & Kreutzer, 1984) และการที่จะตอบสนองความต้องการของญาติได้ พยาบาลจะต้องเข้าใจความต้องการของญาติ การประเมินจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการของญาติ เพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Elliott & Smith, 1984; Rasie, 1980; Rodgers, 1983)

จากการวิจัยทางการพยาบาล เกี่ยวกับญาติผู้ป่วยได้เริ่มตั้งแต่ ปี ค. ศ. 1970 ในยุคแรกได้มุ่งเน้นเรื่องความเครียดของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งมุมมองของญาติต่อหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะต่อมาได้มีการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วย โดย มอลเตอร์ (Molter, 1979) กล่าวว่า การที่จะประเมินความต้องการของผู้ป่วยจะต้องคำนึงว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อญาติด้วย ซึ่งมอลเตอร์ได้สร้างแบบสำรวจความต้องการของญาติ

ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory, CCFNI) โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต และสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และรวบรวมความคิดจากนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท จำนวน 23 คน เป็นแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 46 ข้อ โดย 45 ข้อแรก จัดลำดับการให้ความสำคัญความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ลำดับ คือ (1) ไม่สำคัญ (2) สำคัญเล็กน้อย (3) สำคัญพอควร (4) สำคัญมาก และคำถามปลายเปิดอีก 1 ข้อ เพื่อให้ญาติตอบความต้องการที่มีเพิ่มเติมจากข้อคำถามที่มีอยู่ แต่หลังจากทดลองใช้แบบสำรวจ ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตแล้ว ไม่พบความต้องการเพิ่มเติม จึงลดข้อคำถามให้เหลือเพียง 45 ข้อ หลังจากนั้นได้นำแบบสำรวจที่สร้างขึ้น มาศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการซึ่งญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด 10 ลำดับแรก คือ ต้องการมีความหวัง ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ต้องการมีที่พักผ่อนเยี่ยมใกล้หออผู้ป่วย ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการทราบข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าของผู้ป่วย ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย และต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบุว่า สำคัญหรือสำคัญมากแต่ได้รับการตอบสนองน้อยกว่าร้อยละ 50 มี 4 ประการ ตามลำดับ คือ ความต้องการพูดคุยกับแพทย์อย่างน้อยวันละครั้ง ต้องการได้รับคำบอกเล่าเกี่ยวกับการทำพิธีทางศาสนา ต้องการมีสถานที่เพื่อยุ่ลำพังขณะอยู่โรงพยาบาล และต้องการได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน

ดาเลย์ (Daley, 1984) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วย โดยดัดแปลงแบบสำรวจ ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ และนำมาจัดหมวดหมู่ความต้องการ ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ความต้องการลดความวิตกกังวล หมายถึง ความต้องการของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความสบายใจ ความสมหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือรอดชีวิต ความมั่นคงทางจิตใจว่าผู้ป่วย จะปลอดภัยและได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีที่สุด โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยและ ได้ทราบความจริงเกี่ยวกับการรักษาและอาการของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะเลวลงก็ตาม และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยมีหรือรับทราบว่า มีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือเมื่อญาติมี ปัญหาทางเศรษฐกิจ

2. ความต้องการข้อมูล หมายถึง ความต้องการของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับ ข่าวสาร คำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ถูกต้องชัดเจน และ ตรงตามความเป็นจริงในเรื่องต่างๆ เช่น อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการ

รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและเหตุผลของการรักษา วิธีปฏิบัติที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต แหล่งที่จะให้ข้อมูลหรือช่วยเหลือเมื่อญาติผู้ป่วยมีปัญหา ประเภทของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลและการให้บริการต่างๆ ของโรงพยาบาล

3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หมายถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยในการที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โดยการเข้าไปเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ๆ ภายในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือรออยู่ที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด

4. ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการของญาติผู้ป่วยในการที่จะเข้าไปมีส่วนเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร การออกกำลังกายในส่วน of ร่างกายผู้ป่วยที่สามารถขยับได้ การจัดท่านอนและเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วย การพูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจ และอื่นๆ ภายในขอบเขตที่ได้รับอนุญาต

5. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึง ความต้องการของญาติผู้ป่วยในการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากเจ้าหน้าที่ ในเรื่องของการมีคนอื่นอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเมื่อเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มีผู้รับฟังและระบายความรู้สึกวิตกกังวล มีโอกาสได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกผิดและอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย ได้รับอนุญาตให้นิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วยหรือทำพิธีกรรมตามความเชื่อ ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาติผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

6. ความต้องการส่วนบุคคล หมายถึง ความต้องการของญาติผู้ป่วยในการที่จะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องส่วนตัวของแต่ละบุคคลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ เช่น ความต้องการอาหารและน้ำ ที่พักรอเยี่ยม ห้องน้ำ สถานที่พักผ่อนเพื่อความเพลิดเพลิน การติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ เป็นต้น รวมทั้งบุคคลที่จะช่วยแก้ปัญหาภายในครอบครัวหรือดูแลสุขภาพของญาติผู้ป่วย

ดาลี (Daley, 1984) ได้นำเครื่องมือที่ดัดแปลงดังกล่าวไปใช้ ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบุว่ามีค่ามากที่สุด 2 ด้าน คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูล ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนการศึกษาของ มอลเตอร์ (Molter, 1979) และ รอดเจอร์ (Rodgers, 1983) คือ ญาติต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและต้องการความหวัง

โบแมน (Bouman, 1984 อ้างใน ธิติมา วทานิชเวช, 2540) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤต จำนวน 34 คน เมื่อครบเวลา 36 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและประเมินความต้องการซ้ำเมื่อครบเวลา 96 ชั่วโมงอีกครั้งหนึ่ง โดยนำแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์มาดัดแปลง และแบ่งความต้องการออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย และความต้องการด้านอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งจะพบว่า ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารจะมีความสำคัญลดลง แต่ยังคงมีความต้องการด้านร่างกายและด้านอารมณ์ นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังพบว่า ไม่มีความแตกต่างของการให้ลำดับความสำคัญของความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และชนิดของหอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรมและศัลยกรรม

เลสเก (Leske, 1986 อ้างใน ธิติมา วทานิชเวช, 2540) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 55 คน โดยใช้แบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์และนำไปเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของมอลเตอร์ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการซึ่งญาติผู้ป่วยวิกฤตระบุว่ามีค่าสำคัญ 10 อันดับ มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของมอลเตอร์ (Molter, 1979) แต่จะมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในลำดับการให้ความสำคัญ หลังจากนั้น นอร์ไฮม์ (Norheim, 1989) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง (coronary artery bypass graft: CABG) ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด จำนวน 68 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบุว่ามีค่าสำคัญมากที่สุด 21 อันดับจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และ รอดเจอร์ (Rodgers, 1983) ต่อมา เลสเก (Leske, 1992) ศึกษาเปรียบเทียบการให้ลำดับความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับความแตกต่างของคุณลักษณะพื้นฐานของครอบครัว (demographic characteristics) ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย จากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 905 คน โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี (1980-1989) ผลการศึกษาพบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกันในการให้ระดับความสำคัญของความต้องการ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในคุณลักษณะพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โบแมน (Bouman, 1984)

อัล-ฮัสสันและไฮได (Al-Hassan & Hweidi, 2004) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 158 คน พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สุดของสมาชิกในครอบครัวคือ ความต้องการความมั่นใจในความสุขภาพของผู้ป่วย รองลงมาเป็นความต้องการ

ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ส่วนความต้องการน้อยที่สุดคือ ความต้องการความช่วยเหลือและความต้องการอำนวยความสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลี และคณะ (Lee et al., 2004) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 96 ชั่วโมงแรก จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ ความต้องการทราบผลการรักษา ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับการอธิบายให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย และต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ ตามลำดับ ส่วนความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับการตอบสนอง 5 อันดับสูงสุด คือ ต้องการพูดคุยกับแพทย์คนเดิมทุกวันอย่างน้อยวันละครั้ง ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการมีผู้ร่วมร้องไห้ และต้องการพูดคุยระบายความรู้สึก ตามลำดับ

เวอร์แฮเก้และคณะ (Verhaeghe et al., 2005) ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ถึง ค.ศ. 2004 จำนวนทั้งหมด 46 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย โดยสมาชิกครอบครัวต้องการพูดคุยกับแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยทุกวันเกี่ยวกับอาการ ผลการรักษาและการพยากรณ์โรค และต้องการให้พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ หอผู้ป่วยและเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้รักษาผู้ป่วยในระหว่างที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีความต้องการด้านอารมณ์ เช่น ต้องการมีความหวัง ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย และต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

นอกจากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยในต่างประเทศที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยในประเทศไทย ซึ่งมีการศึกษาจำนวนพอสมควร เริ่มจาก อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 คน โดยได้นำแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) มาแปลเป็นภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและความต้องการข้อมูลข่าวสาร ส่วนความต้องการที่มีความสำคัญน้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล

อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม ของโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 90 คน โดยใช้แบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตซึ่ง อุไรพร พงศ์พัฒนา วุฒิ (2532) นำมาใช้ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง และการให้ลำดับความสำคัญของความต้องการ โดยความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ความต้องการที่มีความสำคัญน้อยที่สุดคือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ส่วนความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมา คือ ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ญาติได้รับ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การตอบสนองที่ญาติได้รับนั้นยังไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของญาติ นั่นคือ ญาติบางคนมีความต้องการมากอาจได้รับการตอบสนองมากหรือน้อยก็ได้ ส่วนญาติบางคนที่มีความต้องการน้อยอาจได้รับการตอบสนองมากหรือน้อยก็ได้เช่นกัน

จิตติมา วทานิยเวช (2540) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูล ข่าวสารมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวและของพยาบาลไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรกคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการอันดับสุดท้าย คือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก สำหรับพยาบาลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการอันดับสุดท้ายคือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกันเพียงบางส่วน นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวต่ำกว่าการรับรู้ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ป่วยยังได้รับการตอบสนองที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ

นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) ศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการรายด้านที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการที่น้อยที่สุดคือ ความต้องการกำลังใจและระบาย

ความรู้สึก ส่วนความต้องการที่ญาติได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย รองลงมา คือ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับในแต่ละด้านและโดยรวมของญาติที่มีบทบาทความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร และพี่น้อง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ญาติได้รับ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันในด้านความต้องการลดความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การตอบสนองที่ญาติได้รับนั้นยังไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริงของญาติ นั่นคือ ญาติบางคนมีความต้องการลดความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลมากอาจได้รับการตอบสนองมากหรือน้อยก็ได้ ส่วนญาติบางคนที่มีความต้องการลดความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลน้อยอาจได้รับการตอบสนองมากหรือน้อยก็ได้เช่นกัน

สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และวิมลวัลย์ วโรพาร (2542) ศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ไอซียู โรงพยาบาลรามารบดิ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ 1) มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดีที่สุด 2) รู้สึกมีความหวัง 3) ทราบการทำนายโรค 4) ทราบแผนการรักษา และ 5) มั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ญาติจากไป และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ครอบครัวได้รับ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ สิ่งที่ครอบครัวต้องการมากที่สุดได้รับการตอบสนองมาก สิ่งที่ครอบครัวต้องการน้อยก็ได้รับการตอบสนองน้อย โดยความต้องการที่ครอบครัวได้รับการตอบสนองมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลดีที่สุด 2) ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่จากบุคลากรทีมสุขภาพ 4) ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย 5) คำอธิบายหรือคำบอกเล่าด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถประเมินความต้องการของครอบครัวและตอบสนองได้สอดคล้องกัน แม้จะไม่ถึงระดับที่ครอบครัวต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มอลเตอร์ (Molter, 1979) และ นอร์ไฮม์ (Norheim, 1989) ที่พบว่า ครอบครัวนั้นต้องการทราบถึงวิธีการรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา การตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง และต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด

จากการศึกษาวิจัยถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต ทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการของญาติได้มากขึ้น และได้มีการนำผลการศึกษามาสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือญาติผู้ป่วย ชั่งบรู และดราคุบ (Breu & Dracup, 1978 อ้างใน อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล,

2541) ได้นำผลการศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ แฮมพ์ (Hampe, 1975) มาใช้ในการให้การดูแลญาติผู้ป่วย โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ พบว่า กลุ่มสมรสที่ได้รับการดูแลเฉพาะ ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างสมบูรณ์และสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มสมรสที่ไม่ได้รับการดูแลเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มสมรสทั้ง 2 กลุ่มยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างสม่ำเสมอทั้งหมด บรู และดราคูป จึงได้รวมความต้องการของกลุ่มสมรสจากการศึกษาของแฮมพ์เข้าด้วยกัน รวมเป็น 5 ข้อ คือ 1) ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูล 3) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และได้้นำความต้องการเหล่านี้มาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของญาติ และนำมาใช้ในการดูแลกลุ่มสมรสของผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ พบว่าเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลและสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้มากขึ้น (Breu & Dracup, 1978 อ้างใน อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541)

ต่อมา อิลเลียตและสมิท (Elliott & Smith, 1985 อ้างใน อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) ได้เห็นความสำคัญของการตอบสนองความต้องการ จึงได้มีการสร้างโครงการเพื่อเพิ่มการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและญาติ โดยจัดตั้งกลุ่มที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลและญาติผู้ป่วย ซึ่งจะมีการประชุมกันสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จากการทำกลุ่มดังกล่าว ทำให้พยาบาลได้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของญาติและการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การรักษาและอาการของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยและญาติมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการศึกษาวิจัยข้างต้นที่กล่าวมา เป็นการศึกษาความต้องการในกลุ่มของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มของญาติผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยเด็ก และความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุด คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวนั้นเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต มีผลทำให้ญาติกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ดังนั้นการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะแรกนั้นญาติผู้ป่วยจึงมีความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล นอกจากนี้ ในการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีการศึกษาจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ ยังให้ผลไม่สอดคล้องกัน ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่

พบว่า ความต้องการและการตอบสนองความต้องการโดยรวมที่ญาติผู้ป่วยได้รับไม่มีความสอดคล้องกัน (ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; สุภารัตน์ ไวยชีตา ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และ วิมลวัลย์ วโรพาร, 2542; อารีย์ บุญบรรณกุล, 2538; อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541; Daley, 1984; Lynn-McHale & Bellinger, 1988; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986; Rodger, 1983) ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอแก่ความต้องการ

นอกจากนี้ ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่กล่าวไว้ข้างต้นนั้น เป็นความต้องการของญาติในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับในช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นช่วงหนึ่งของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ (Chaboyer, 2006; Gustad et al., 2005; Leith, 1999; Mitchell et al., 2003) จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เช่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995; McKinney & Melby, 2002) ขาดความสามารถในการทำนายถึงสิ่งแวดล้อมที่ใหม่ (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995) ต้องสูญเสียความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล ความไม่เข้าใจในระบบงานของโรงพยาบาล (Chaboyer et al., 2005; Leith, 1999; McKinney & Melby, 2002) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัย ขาดข้อมูลและขาดการเตรียมความพร้อมในการย้าย มีการย้ายแบบกะทันหัน / การย้ายในช่วงผลัดเปลี่ยนเวร การย้ายเนื่องจากความต้องการเตียง (Cutler & Garner, 1995; Leith, 1999) และความสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าได้ ซึ่งจะส่งเสริมให้ญาติเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995) ญาติผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมต่างๆ เช่น ซักถามถึงอาการของผู้ป่วยบ่อยครั้ง ไม่ให้ความร่วมมือ บ่นหรือแสดงความไม่พอใจต่อโรงพยาบาล บุคลากร และระบบการดูแล ซึ่งแท้จริงเป็นการแสดงออกถึงความต้องการการช่วยเหลือ ซึ่งจากสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความต้องการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

จากฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยข้างต้นจะเห็นได้ว่า เป็นการศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในช่วงระยะแรกเข้าและขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (จิตติมา วทานิเวช, 2540; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรณกุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนานุติ 2532; อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) แต่ยังไม่พบการศึกษาในช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวไว้แล้วในส่วนของความต้องการและการตอบสนองความต้องการทำให้

ทราบว่าก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติก็มีความต้องการด้านต่าง ๆ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการของญาติ ดังนั้นในการศึกษาคครั้งนี้ผู้วิจัย จึงได้ทำการศึกษา ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การที่ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆ ดังกล่าว ทำให้เกิดความต้องการที่มากขึ้นกว่าเมื่ออยู่ในภาวะปกติ พยาบาลจะเป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย และการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและให้ญาติผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจนั้น จะต้องมึลักษณะที่สอดคล้องและตรงกันกับความต้องการของญาติผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยไว้หลายการศึกษา ดังนี้

พราราช (Prowse, 1984) ศึกษาการรับรู้ความต้องการของญาติในญาติผู้ป่วย จำนวน 40 คน และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 31 คน โดยใช้เครื่องมือวัดความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและญาติมีการรับรู้ต่อความต้องการของญาติคล้ายกัน และความต้องการของญาติส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้ทั้งพยาบาลและญาติยังมีความคิดเห็นเหมือนกันว่าการตอบสนองความต้องการของญาติอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไคลน์และเพาเวอร์ (Kleinpell & Power, 1992) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 64 คน กับ การรับรู้ของพยาบาล จำนวน 58 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลให้ระดับความสำคัญคล้ายคลึงกัน คือ ความต้องการได้รับการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการให้มีการติดต่อไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการทราบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยรวมถึงเหตุผลของการทำกิจกรรมนั้น ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

จอห์นสตัน (Johnston, 1986) ศึกษาเปรียบเทียบลำดับการให้ความสำคัญของความ ต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 25 คน กับ การรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 17 คน ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสให้ระดับความสำคัญของความต้องการสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาล ในด้านความต้องการส่วนบุคคล และความต้องการมีส่วนร่วมในการให้การรักษายาพยาบาลผู้ป่วย ส่วนพยาบาลจะให้ระดับความสำคัญของความต้องการ ด้านความต้องการได้รับการสนับสนุนมากกว่าที่คู่สมรสต้องการ และในปีเดียวกัน นอร์ริสและโกรฟ (Norris & Grove, 1986) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของญาติผู้ป่วย วิกฤตกับการรับรู้ของพยาบาล จำนวนกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างระหว่าง

ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตและการรับรู้ของพยาบาล โดยพยาบาลจะให้ความสำคัญของความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ต้องการความช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยสูงกว่าญาติผู้ป่วยวิกฤต ในขณะที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตจะให้ความสำคัญในความต้องการที่จะทราบประเภทของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องการมีความหวัง และต้องการที่จะได้รับการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แมกเวลล์ สเต็นเกล และเซเลอร์ (Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 คน กับการรับรู้ของพยาบาล จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างระหว่างความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและการรับรู้ของพยาบาล โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะให้ความสำคัญของความต้องการทุกด้านสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาล

ลินน์ – แมคเฮล และเบลลิงเจอร์ (Lynn- Mchale & Bellinger, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 52 คน กับการรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 92 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความแม่นยำในการรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟอว์เรสเตอร์ เมอร์ฟี ไพร์ซ์ และโมนาแกน (Forrester, Murphy, Price, & Monaghan, 1991) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 92 คน กับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 49 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างกับการรับรู้ของพยาบาล โดยพยาบาลมีความสามารถในการรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระดับปานกลางเท่านั้น

โอมอลเลย์และคณะ (O'Malley et al., 1991) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีต่อความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 126 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญของความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระดับสำคัญและสำคัญมาก และพยาบาลร้อยละ 85 ระบุว่าตนสามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ และจากการศึกษาของ แทคแมนและ ซีเวอร์ริสสัน (Takman & Severissson, 2006) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 1,319 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่บุคลากรในทีมสุขภาพให้ความสำคัญสูงสุดคือ ต้องการความไว้วางใจในความสามารถของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต

และในโรงพยาบาล และต้องการเตรียมความพร้อมในการรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยตามลำดับ

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าว พบว่า มีการศึกษาในกลุ่มญาติเปรียบเทียบกับพยาบาล ซึ่งบางงานวิจัยพบว่ามีความสอดคล้องกัน บางงานวิจัยพบว่าไม่สอดคล้องกันโดยส่วนใหญ่ การรับรู้ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตกับการรับรู้ของพยาบาลมีความแตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลมีความสามารถในการรับรู้ความต้องการของญาติในระดับปานกลางเท่านั้น ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอแก่ความต้องการ ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดตามมา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความเครียดที่เกิดขึ้นของญาติผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยให้ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน

ความเครียดเป็นสภาวะการณ์หนึ่งของชีวิตที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่ว่าจะเป็นอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่า ทุกคนมีชีวิตอยู่ด้วยความเครียดตลอดเวลา ความเครียดมีอิทธิพลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลอย่างมาก ในอดีตมีการศึกษาความเครียดกันมาอย่างต่อเนื่องจนเกิดแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายถึงความเครียดที่ชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน ซึ่งทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่นิยมใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น ซึ่งการตัดสินภาวะเครียดต้องผ่านกระบวนการประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการความรู้สึนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) โดยการประเมิน 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตน ซึ่งบุคคลจะประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์นั้นออกมาเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) 2) มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (benign positive) และ 3) เป็นภาวะเครียด (stressful) ถ้าบุคคลประเมินว่าไม่มีความสำคัญ

หรือมีผลในทางที่ดีกับตนเอง บุคคลไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามหรือวิธีการปรับตัวที่ซับซ้อน แต่ถ้าประเมินว่าเป็นภาวะเครียด บุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรืออาจเกินกำลังความสามารถของแหล่งประโยชน์นั้น ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นมี 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนแล้ว 2) คุกคาม (threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีความเจ็บป่วยบุคคลอาจประเมินทั้งเป็นอันตราย สูญเสีย และคุกคามผสมผสานกัน 3) ท้าทาย (challenge) เป็นการพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายแต่คาดการณ์ว่าสามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้มีความกระตือรือร้น ตลอดจนมีขวัญกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องเกิดตามหลังการประเมินปฐมภูมิแต่อาจเกิดขึ้นพร้อมกันได้

นอกจากนี้บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงการประเมินตัดสินใจได้ เรียกว่า การประเมินตัดสินใจใหม่ (reappraisal) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่และมีการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่เพื่อลดความเครียดลง โดยจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย (Lazarus & Folkman, 1984) คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factors) ซึ่งได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) ระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์นั้น เหตุการณ์ใดมีความผูกพันหรือสำคัญต่อบุคคลมาก บุคคลจะประเมินตัดสินใจว่าเป็นความเครียดมาก และความเชื่อ (beliefs) ของบุคคลต่อความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้มากน้อยเพียงไร ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมได้ แม้จะเป็นความเครียดบุคคลก็จะรู้สึกว่าเป็นเหตุการณ์ที่ท้าทาย และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่ ความใหม่ของสถานการณ์ (novelty) ความสามารถทำนาย (predictability) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือยาวนานของสถานการณ์ (temporal factors) และความคลุมเครือของสถานการณ์ (ambiguity)

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่กำลังความสามารถ กระบวนการนี้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และไม่มีการตัดสินใจวิธีการใดมีประสิทธิภาพเพราะขึ้นอยู่กับบริบท (Context) บุคคลที่เผชิญกับปัญหาได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นวิธีการเผชิญกับความเครียดที่กระทำโดยตรงเพื่อจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด โดย

บุคคลจะใช้เวลาพยายามในการจำกัดขอบเขตของปัญหา ค้นหาหนทางแก้ปัญหาและพิจารณาถึงผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกเหล่านั้น จากนั้นจึงตัดสินใจเลือกวิธีการและลงมือปฏิบัติ และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นวิธีเผชิญกับความเครียดที่มุ่งกระทำโดยตรงกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหา นั่นคือ บุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 109)

วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด (Coping mode) (Lazarus & Folkman, 1984: 148-154) มี 5 วิธีคือ 1) การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม (Information seeking) 2) การกระทำโดยตรง (Direct action) 3) การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibit of action) 4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคม 5) การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) การที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีการใดในการเผชิญกับภาวะเครียดขึ้นอยู่กับ ความรู้สึกไม่แน่นอนหรือคลุมเครือ ความรุนแรงของความรู้สึกถูกคุกคาม การมีข้อขัดแย้ง ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ

นอกจากนี้ การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลยังขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ สำหรับแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (Coping resource) ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล (health and energy) ความเชื่อในทางที่ดี (positive beliefs) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) ทักษะทางสังคม (social skills) แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (material resources) ส่วนข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (constraints against utilizing resources) ได้แก่ ข้อจำกัดด้านตัวบุคคล (personal constraints) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (environment constraints) และระดับการคุกคาม (level of threat) (Lazarus & Folkman, 1984) จากการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ส่งผลต่อการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health) (Lazarus & Folkman, 1984)

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

เมื่อบุคคลต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย (Hunt, 1996; Meisel,

1991) เนื่องจากญาติต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหลายประการ โดยปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ การที่ญาติต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยที่ใช้ในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วย สัญญาณแสง เสียงจากเครื่องมือต่างๆ กลิ่นของน้ำยา รวมทั้งเลือดและสารคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วย อาการและสภาพที่ไม่น่าดูของผู้ป่วยที่อยู่ข้างเตียง สภาพร่างกายผู้ป่วยวิกฤตซึ่งช่วยเหลือนตนเองได้น้อย และมีอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ การปฏิบัติตามกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยวิกฤตก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วยได้ เนื่องจากมีการจำกัดและเคร่งครัดเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม และจำนวนคนที่เข้าเยี่ยม ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกถูกพลัดพรากจากกันทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ขาดการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนั้นจะเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติสามารถให้กำลังใจ ส่งเสริม และสนับสนุนซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย (จิตติมาภรณ์, 2540) แต่เมื่อญาติผู้ป่วยไม่สามารถเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนดไว้และขาดการยึดหยุ่นในการเข้าเยี่ยม จะเป็นสาเหตุของความเครียดทั้งของผู้ป่วยและญาติได้

นอกจากนี้ ความเครียดของญาติผู้ป่วยอาจเกิดจากการที่ญาติผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ของตน เพิ่มภาระงานตามปกติเพื่อรับภาระงานหรือทดแทนหน้าที่ของผู้ป่วยขณะนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (จิตติมา ภรณ์, 2540; Forrester, Murphy, Price & Monaghan, 1991; Halm, 1990; Johnson, Craft, & Titler, 1995; McClowry, 1992) และภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพราะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ในการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้ญาติผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ แทนในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (จิตติมา ภรณ์, 2540; Convinsky et al., 1994) ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิชชาภิชาติ (Wanichapichat, 2000) ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม และ คอลลิน (Collin et al., 1996) ศึกษาความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พบว่า ปัญหาทางด้านการเงิน เป็นสถานการณ์หนึ่งที่ญาติผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

นอกจากนี้ ภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตจนอาการคงที่และแพทย์อนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ซึ่งการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติประเมินว่าเป็นความเครียด (Barbetti & Choate, 2003; Cagan, 1988 cited in Mitchell et al., 2003; Chaboyer et al., 2005; Leith, 1999; Leske, 1992; McKinney & Melby, 2002; Saarmann, 1993) โดยช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การวางแผนการย้าย

ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ที่จะพิจารณาย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษายังแผนกที่เหมาะสม ซึ่งในหลักปฏิบัติ เมื่อแพทย์มีแผนการรักษาให้ย้าย ทางหอผู้ป่วยจะดำเนินการย้ายผู้ป่วยเลยในวันนั้น บางครั้งจึงอาจไม่มีโอกาสแจ้งแก่ญาติผู้ป่วยล่วงหน้า จะแจ้งให้ญาติทราบเมื่อญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยในวันนั้น เพื่อให้ญาติรู้สถานที่ใหม่ที่ผู้ป่วยจะไปพักรักษาตัว ญาติผู้ป่วยบางคนจึงอาจเกิดความเครียดและวิตกกังวล กับสภาพแวดล้อมใหม่ที่ผู้ป่วยจะไปอยู่ ความไม่แน่ใจในการรักษาและระบบการดูแลที่จะได้รับ ความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วยทำให้ยังไม่พร้อมที่จะย้ายออก ไม่อาจคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเผชิญ ทำให้ไม่สามารถเดาว่าตนจะสามารถจัดการ ควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นข้างหน้าได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัย ความไม่เข้าใจในระบบงานของโรงพยาบาล ส่งผลให้ขัดขวางต่อการใช้สติปัญญา ไม่สามารถตัดสินใจได้ เพราะมีทางเลือกจำกัด หรือหมดหนทางเลือก ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด

ในช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและญาติมีความสุขและรอคอย เพราะเป็นสัญญาณที่แสดงถึงว่าอาการของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอาจทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ เนื่องจากญาติต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหลายประการ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์ในอดีต และความรุนแรงของความเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ต้องสูญเสียความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย (Chaboyer et al., 2005; Leith, 1999) หรือเคยมีประสบการณ์การเกิดปัญหาขึ้นในช่วงระยะเวลาก่อน ขณะ และหลังการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในครั้งก่อน (Dunbar, 1982 cited in Rak-issara, 2004) กล่าวว่าผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัยเมื่อเอาเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ออกจากร่างกายผู้ป่วย (Cagan, 1988 cited in Mitchell et al., 2003; Cutler & Garner, 1995; Jones & O'Donnell, 1994; Keogh, 2001) ขาดข้อมูลหรือขาดการเตรียมความพร้อมในการย้าย หรือมีการย้ายแบบกะทันหัน /การย้ายในช่วงผลัดเปลี่ยนเวร (Leith, 1998) จากสถานการณ์ต่างๆ ที่ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ล้วนทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้หลายการศึกษา เช่น เบสเวิร์ทและมอลเลน (Bedsworth & Molen, 1982) ศึกษาความเครียดทางจิตใจของภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างที่สามีเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างกะทันหัน จำนวน 20 คน

ผลการศึกษาพบว่า ภรรยามีความเครียด โดยมีภาวะทางจิตใจที่เด่นชัด คือ ความวิตกกังวล ความกลัว และความโกรธ สิ่งที่ภรรยาถือว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตน คือ การสูญเสียสามีหรือการสูญเสียสุขภาพของสามี การกลับเป็นซ้ำของโรค ความไม่มั่นคงทางการเงิน และการปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ในครอบครัว

ไมลส์ (Miles, 1989) ศึกษาแหล่งความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด (Newborn Intensive Care Unit: NICU) กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในNICU อย่างน้อย 2 วัน จำนวน 53 คน ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดสูงสุด คือ อาการแสดงของความเจ็บป่วยของบุตร บทบาทมารดาที่เปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและเจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดตามลำดับ ความเครียดที่เกิดขึ้นเกิดจากความผูกพัน รักใคร่ของบิดามารดาที่มีต่อบุตร ดังนั้นการให้ข้อมูลและคำแนะนำของพยาบาล เพื่อให้บิดามารดาเข้าใจอาการแสดงของบุตร จะช่วยให้มารดาเลือกใช้การเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้อง

รุ่งรัตน์ วณิชากิจชาติ (Wanichapichat, 2000) ศึกษาความเครียด แหล่งประโยชน์ และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะเวลา 2-5 วันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 64 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ที่ญาติผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (95.3%) รองลงมา ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน (57.8%) ภาระหน้าที่และงานประจำได้รับความกระทบกระเทือน (23.4%) ความมั่นคงในครอบครัวลดลง (21.9%) และการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษา (6.3%) และญาติผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพเป็นปกติ (89.1%) 2) ทักษะในการแก้ปัญหา คือ การมีความสามารถในการตัดสินใจ และเลือกกระทำเพื่อจัดการกับภาระงานประจำ (62.5%) การมีความสามารถในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหา (46.8%) 3) ทักษะทางสังคม คือ มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่ไว้วางใจเพื่อปรึกษาและระบาย (92.2%) การมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ (53.1%) 4) การมีความเชื่อในทางที่ดี คือ การมีความหวัง (67.2%) การมีความเชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล (43.8%) 5) แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การมีผู้รับฟังปัญหาและปรับทุกข์ได้ (90.6%) การมีผู้ให้คำปรึกษา (78.1%) 6) แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ คือ การมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (81.2%) นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยมีข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด คือ ไม่กล้าแสวงหาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ (81.3%) การจำกัดเวลาในการเยี่ยมของหอผู้ป่วยหนัก (6.3%)

นอกจากนี้ จากการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญ จึงได้มีการนำผลการศึกษามาสร้างรูปแบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยเพื่อให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง จากการศึกษาของ มิทเชลและคอร์ทนีย์ (Mitchell & Courtney, 2004) ศึกษา ผลของการเตรียมความพร้อมในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 162 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 80 คน และกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมในการย้ายอย่างมีแบบแผน จำนวน 82 คน ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการย้ายอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับกลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการย้ายอย่างมีแบบแผน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ชโบียร์ และคณะ (Chaboyer et al., 2007) ศึกษา ผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 52 คน และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน จำนวน 48 คน ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับกลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจากการศึกษาทั้ง 2 เรื่องดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า การให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผน เช่น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ไม่ได้ทำให้ความวิตกกังวล และความเครียดของญาติผู้ป่วยนั้นลดลงได้ทั้งหมด ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากรูปแบบการพยาบาลที่ให้นั้นยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำความเครียดมาเป็นตัวแปรในการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาสซาร์ส และโพล์คแมน เป็นกรอบแนวคิด จะเห็นได้ว่า วิธีการที่ใช้ในการศึกษาความเครียดนั้น ส่วนใหญ่ศึกษาความเครียดโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดในลักษณะทำลาย คุณภาพ อันตราย หรือให้ผลในทางที่ดี หรือโดยการ

ให้กลุ่มตัวอย่างบรรยายสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด และให้คะแนนระดับความเครียดนั้นๆ ด้วยมาตราส่วนประมาณค่าลิเกตสเกล (Likert scale) หรือมาตราวัดด้วยสายตา (Visual analog scale) หรือโดยการศึกษาความเครียดด้วยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนแล้วจึงสร้างแบบวัดความเครียดสำหรับประชากรกลุ่มนั้นๆ โดยเฉพาะ

นอกจากนี้ จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยและการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นความเครียด โดยมีระดับของความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดสูงสุดในช่วงระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ อาการแสดงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รongลงมาเป็น การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ และปัญหาทางการเงิน ส่วนสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดสูงสุดในช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ ดังนั้น การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น ส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นแก่ญาติผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการที่ญาติมองเห็นบุคคลที่ตนรักป่วยหนัก ญาติต้องพึ่งและเชื่อถือแพทย์ พยาบาลซึ่งเป็นคนแปลกหน้าเพื่อให้การดูแลคนที่เขารัก ญาติจะมองตนเองว่าหมดหนทางช่วยเหลือ และไม่มีอำนาจ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รวมทั้งต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ซึ่งญาติไม่เคยประสบมาก่อน และสถานการณ์ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นสถานการณ์หนึ่งที่ญาติประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ระบบการดูแล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติเกิดความเครียด ทำให้ญาติต้องจัดการกับความเครียดนั้น โดยการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งด้านการกระทำและความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละสถานการณ์ โดยบุคคลจะใช้ทั้งสติปัญญาและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มากกว่าปกติ (Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ด้านร่วมกัน การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา จะเป็นการใช้เหตุผล แก้ไขปัญหาและสาเหตุ ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจควบคุมเหนือสถานการณ์ ช่วยลดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ และหมดหวังของบุคคลที่ต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่รุนแรง ในขณะที่เดียวกัน บุคคลจะใช้การจัดการกับอารมณ์ร่วมด้วยเพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์ (Lazarus & Launier, 1978 อ้างใน เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) การจัดการกับอารมณ์แม้ว่าไม่ได้แก้ปัญหา แต่สามารถ

นำไปสู่การประเมินซ้ำ (reappraisal) (Lazarus & Folkman, 1984) เพราะเมื่อญาติได้ระบายอารมณ์ที่ตึงเครียดแล้วจะกลับมาเผชิญกับความจริง เกิดการประเมินซ้ำว่าการเผชิญความเครียดที่ใช้ไปแล้วนั้นจะแก้ปัญหาได้หรือไม่ และคิดหาวิธีการใหม่ ๆ ต่อไป หรืออาจใช้วิธีการเดิมที่เคยใช้ได้ผล และยังช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความหมายหรือการรับรู้ในเหตุการณ์ไปในทางที่ดีขึ้น โดยบุคคลจะเผชิญความเครียดได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่นำมาใช้ อย่างไรก็ตาม บุคคลอาจไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์ดังกล่าวมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคคล ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม และระดับการคุกคามของเหตุการณ์ โดยในยุคแรกได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยโดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดไปใช้ ในระยะต่อมาได้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดดังกล่าวไปใช้ ได้แก่

ลามองเต้และพอร์วัค (La'montagne & Pawluk, 1990) ศึกษาสาเหตุความเครียดและการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา จำนวน 6 คน มารดา 24 คน โดยใช้แบบประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของคาร์เตอร์และไมล์ส และแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (The Way of Coping Questionnaire) ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดสูงสุด คือ การสูญเสียบทบาทการเป็นบิดามารดาเนื่องจากไม่สามารถให้การดูแล อุ้ม หรือลดความเจ็บปวดของบุตรได้ และสาเหตุรองลงมาคือ ความไม่แน่นอนของผลการรักษา เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับชีวิตของบุตร อีกสาเหตุของความเครียด คือ การไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาลไม่คงที่ ทำให้ไม่เข้าใจจึงต้องการข้อมูลหรือคำอธิบายมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองวิธี คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้การจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาร้อยละ 56 และ 44 ตามลำดับ และได้ศึกษาเพิ่มเติมพบว่า บิดามารดาที่ถือว่าการสูญเสียบทบาทเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการมุ่งแก้ปัญหา ส่วนบิดามารดาที่ถือว่าความไม่แน่นอนของผลการรักษาเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา

เยห์ กิฟท์ และเซเคน (Yeh, Gift, & Saeken, 1994) ศึกษาการเผชิญความเครียดในคู่สมรสของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในขณะที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 8 ด้าน จำนวน 66 ข้อ พบว่า การเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อยที่สุด คือ ด้านการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ และการเผชิญความเครียดที่ใช้น้อยที่สุดคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การใช้การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดนั้น ๆ และพบว่าผู้ชายใช้

การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและรับรู้ว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้หญิง ผู้สูงอายุใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและรับรู้ว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่ มีอายุน้อย การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประเทศจีน ซึ่งมีวัฒนธรรม ความเชื่อ แตกต่างจากประเทศทาง ตะวันตก และจากการศึกษาของโจแฮนสัน ฮิลดิ้ง และฟรีดลันด์ (Johansson, Hilding, & Fridlund, 2002) ศึกษาการเผชิญความเครียดของบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อยที่สุด คือ การบรรเทาความรู้สึก ร่องลงมาเป็นการนำวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้ได้ผลกลับมาใช้ใหม่ การแสวงหาความรู้หรือ ข้อมูล และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ

ชุยและชาน (Chui & Chan, 2005) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศจีน จำนวน 133 คน ผล การศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดระดับสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้หญิง มีการศึกษาน้อย และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างกะทันหัน นอกจากนี้ยัง พบว่า ระยะเวลาในการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของสมาชิกใน ครอบครัว ส่วนการเผชิญความเครียดที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การประมวล เหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่เพื่อจะจัดการต่อปัญหาให้ดีขึ้น (reframing) การหาแหล่ง สนับสนุนทางด้านจิตใจ (seeking spiritual support) การหาแหล่งสนับสนุนด้านสังคม (seeking social support) และการอยู่เฉย (passive appraisal) ตามลำดับ

ชานและทวิน (Chan & Twinn, 2007) ศึกษาแหล่งความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของคู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลา 2 -4 วัน จำนวน 10 คน โดยการสัมภาษณ์ และนำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้คู่ สมรสเกิดความเครียดสูงสุด คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร กับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ ความลำบากในการตัดสินใจ และ ปัญหาทางการเงิน ตามลำดับ ส่วนการเผชิญความเครียดที่คู่สมรสใช้บ่อยที่สุดคือ การแสวงหา ข้อมูล การหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือสนับสนุน การปฏิบัติตามความเชื่อ วัฒนธรรม และ ศาสนา การคงไว้ซึ่งความหวัง และการยอมรับความเจ็บป่วย ตามลำดับ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ได้มีการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยโดยนำแนวคิดการ เผชิญความเครียดไปใช้ โดยเริ่มจาก นิตยา สุทธยากร (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การเผชิญความเครียดกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ โดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจากโลวิก ซึ่งประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 2 ด้าน

40 ข้อ ผลการศึกษาพบว่าญาติใช้การเผชิญความเครียด ด้านการมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการลดอารมณ์ตึงเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลวีย์ วโรพาร (2535) ศึกษาการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 80 ราย โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดในระดับต่ำ วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุด คือ การเผชิญปัญหา รองลงมา คือ การแก้ปัญหาโดยอ้อมและลดอารมณ์ตึงเครียด

พรศิริ ใจสม (2536) ศึกษาความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา จำนวน 60 คน มารดา จำนวน 39 คน โดยใช้แบบประเมินกลวิธีเผชิญความเครียดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการเผชิญภาวะวิกฤตของครอบครัวของแมคคับบิน ออลสัน และลาเซน (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ในการใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดตามกลวิธีเผชิญความเครียดรายด้านมีค่าอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง ถึงบางครั้ง โดยกลวิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือ การประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่เพื่อจะจัดการต่อปัญหาให้ดีขึ้น และกลวิธีเผชิญความเครียดที่ใช้น้อยที่สุดคือ ด้านการพึ่งพาแหล่งประโยชน์จากเพื่อนบ้าน

อำไพพร คุตระกูล (2548) ศึกษาความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกลวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 60 คน การศึกษาพบว่า มารดามีความเครียดระดับปานกลาง และมีการใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดแบบการมุ่งแก้ปัญหาซึ่งมารดารับรู้ว่ามีประสิทธิภาพในการลดความเครียดในระดับปานกลาง โดยกลวิธีการเผชิญความเครียดแบบการมุ่งแก้ปัญหาที่มารดาใช้น้อยที่สุด คือ การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาจากแพทย์และพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดดังที่กล่าวไว้ข้างต้น จะเห็นได้ว่าญาติผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียด ทั้งการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลมักใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ด้านควบคู่กันไป

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก เพราะเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่คาดคิดมาก่อน มีผลทำให้ญาติกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการช่วยชีวิต สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งรู้สึกสับสนที่จะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ สถานการณ์ในช่วงก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ญาติผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งเกิดจาก ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ที่ผู้ป่วยจะไปอยู่ ความไม่แน่ใจในการรักษาและระบบการดูแลที่จะได้รับ ความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วยทำให้ยังไม่พร้อมที่จะย้ายออก ไม่อาจคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเผชิญ ทำให้ไม่สามารถเดาว่าตนจะสามารถจัดการ ควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นข้างหน้าได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัย ความไม่เข้าใจในระบบงานของโรงพยาบาล มีผลให้ญาติผู้ป่วยขาดความสมดุลของชีวิตและมีความต้องการต่างๆ เพื่อรักษาความสมดุลของชีวิตไว้ ซึ่งในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการในกลุ่มของญาติผู้ป่วยวิกฤตในช่วงระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้น ซึ่งช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นช่วงที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งญาติผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยในช่วงเวลาดังกล่าว นอกจากนี้ พบว่าความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในช่วงที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่มีคำตอบชัดเจน ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอแก่ความต้องการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการ การได้รับการตอบสนอง ความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำไปใช้ในการสร้างรูปแบบการให้การดูแลช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ญาติสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วย เป็นกำลังใจ และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552 ศึกษา ญาติผู้ป่วย 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล
3. ไม่เคยมีประสบการณ์ญาติสายตรงเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน
4. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น สามารถเข้าใจและพูดภาษาไทยได้ รวมทั้งสามารถตอบแบบสอบถามได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยวิกฤตของ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ. ศ. 2550 มีทั้งหมด 7 หอผู้ป่วย ซึ่งแต่ละหอผู้ป่วยมีการรับผู้ป่วยเข้ารักษา ดังนี้ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 65 คน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและทรวงอก จำนวน 30 คน หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 232 คน หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 380 คน หอผู้ป่วยวิกฤตศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ จำนวน 62 คน หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษกุมารเวชกรรม

จำนวน 103 คน และหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 76 คน รวมประชากรทั้งหมด 948 คน (หน่วยสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2550) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การกำหนดอัตราส่วน เป็นร้อยละ 10 เนื่องจากจำนวนประชากรจำนวนเป็นพัน (ยูดี ภาษาและคณะ, 2537) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 95 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นจึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 คน

เนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้เก็บจากญาติผู้ป่วย 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จึงนำจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ เดือนมกราคม 2550 ถึง เดือนธันวาคม 2550 มาอ้างอิงเป็นกรอบประชากร จากจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดเฉลี่ยจำนวน 79 คนต่อเดือน (หน่วยสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2550) ซึ่งมีวิธีการคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน} \times \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนทั้งหมด}}$$

หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ICU ศัลยกรรม 5 (SIC)	5	$(5 \times 105) / 79 = 7$
ICU ศัลยกรรมและทรวงอก (3IC)	3	$(3 \times 105) / 79 = 4$
ICU อายุรกรรม (9IC)	19	$(19 \times 105) / 79 = 25$
ICU โรคหัวใจและหลอดเลือด (CCU)	32	$(32 \times 105) / 79 = 42$
ICU ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ (4IK)	5	$(5 \times 105) / 79 = 7$
ICU บำบัดพิเศษกุมารเวชกรรม (9PC)	9	$(9 \times 105) / 79 = 12$
ICU บำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด (8IC)	6	$(6 \times 105) / 79 = 8$
รวม	79	105

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลรามาริบัติเพียงแห่งเดียวซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมาอยู่ที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยเด็ก และศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ดังนี้

หอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 5 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ

หอผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ หอผู้ป่วยเด็กเล็ก หอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป และหอผู้ป่วยเด็กพิเศษ
 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอ
 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย-หญิง 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย-หญิง 2
 หอผู้ป่วยศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษสิริกิติ์ 6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อ
 คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว ความ
 เพียงพอของรายได้ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และ
 การทราบล่วงหน้าของการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามรายการ
 (Check list) และคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ รายได้ และศาสนา

2. แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติ
 ผู้ป่วย ใช้วัดความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยได้
 ดัดแปลงแบบสอบถามซึ่ง อารีย์ บุญบรรณกุล (2538) ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการ
 ของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของ อุไรพร พงษ์พัฒน์วุฒิ (2532) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก
 เครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory) ของ
 มอลเตอร์ (Molter, 1979) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ มีลักษณะ
 คำถามเป็นแบบปลายปิด ประกอบด้วยคำถามด้านบวกเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะ
 วิกฤต จำนวน 42 ข้อ ซึ่งสามารถนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามการศึกษาของดาลี (Daley, 1984) ซึ่ง
 ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤต ได้เป็น 6 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ความต้องการการลดความวิตกกังวล	9 ข้อ
ด้านที่ 2 ความต้องการข้อมูล	10 ข้อ
ด้านที่ 3 ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4 ข้อ
ด้านที่ 4 ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย	2 ข้อ
ด้านที่ 5 ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก	8 ข้อ
ด้านที่ 6 ความต้องการส่วนบุคคล	9 ข้อ

ในการตอบแบบสอบถามญาติผู้ป่วยต้องตอบ 2 ประเด็นนี้ คือ

ประเด็นที่ 1: ระดับความต้องการของญาติผู้ป่วย มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับดังนี้ คือ

ไม่ต้องการ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นญาติผู้ป่วยไม่มีความต้องการเลย
ต้องการเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นญาติผู้ป่วยมีความต้องการเล็กน้อย
ต้องการพอควร หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นญาติผู้ป่วยมีความต้องการพอควร
ต้องการมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นญาติผู้ป่วยมีความต้องการมาก

การให้คะแนน

ในการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้น แต่ละข้อ
มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนดังนี้ คือ

ไม่ต้องการ	ให้คะแนน	1 คะแนน
ต้องการเล็กน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ต้องการพอควร	ให้คะแนน	3 คะแนน
ต้องการมาก	ให้คะแนน	4 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยของความต้องการในแต่ละข้อมีค่าเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน ถ้า
คะแนนเฉลี่ยในด้านใดมาก แสดงว่า ญาติมีความต้องการด้านนั้นมาก

ประเด็นที่ 2: การได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ในแต่ละข้อคำถาม
ใช้แบบข้อคำถามเช่นเดียวกับแบบสำรวจความต้องการ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่าลิเกตสเกล (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน จำนวน 42 ข้อ

การให้คะแนน

ในการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้นแต่ละข้อ
มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนดังนี้ คือ

ไม่ได้รับ	ให้คะแนน	1 คะแนน
ได้รับน้อย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ได้รับพอควร	ให้คะแนน	3 คะแนน
ได้รับมาก	ให้คะแนน	4 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยของความต้องการในแต่ละข้อมีค่าเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน ถ้า
คะแนนเฉลี่ยในด้านใดมาก แสดงว่า ญาติได้รับการตอบสนองในด้านนั้นมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

การหาความตรงตามเนื้อหา มอลเตอร์ (Molter, 1979) มีความคิดว่าการประเมินความต้องการของญาติได้ถูกต้อง ทำให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพสามารถให้การช่วยเหลือตรงตามต้องการ และทำให้บรรลุถึงการพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ จึงได้สร้างเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นนำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบจากพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำนวน 1 ท่าน และรอดเจอร์ (Rodger, 1983) ได้ดัดแปลงเครื่องมือของมอลเตอร์เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 3 ท่าน

สำหรับในประเทศไทย อุไรพร พงศ์พัฒน์วาท (2532) ได้แปลแบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) เป็นภาษาไทย และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 3 ท่าน แล้วจึงนำไปศึกษากับญาติผู้ป่วยหนัก จำนวน 60 ราย พบว่า คำถามปลายเปิดไม่ได้รับคำตอบ เป็นการสนับสนุนว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา และครอบคลุมความต้องการทั้งหมดของญาติผู้ป่วย ต่อมา อารีย์ บุญบรรณกุล (2538) ได้ดัดแปลงและจัดหมวดหมู่ความต้องการเป็น 6 ด้าน ตามการศึกษาของดาลี (Daley, 1984) แล้วนำแบบสอบถามนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมและชัดเจนของข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุง และทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ของ อารีย์ บุญบรรณกุล (2538) มาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบทฤษฎีโดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1) คำถามไม่สอดคล้อง 2) คำถามมีความสอดคล้องอยู่น้อย 3) คำถามมีความสอดคล้องปานกลาง และ 4) คำถามมีความสอดคล้องอยู่มาก โดยได้นำข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณหาค่า CVI ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit

& Hungler, 1999) ซึ่งแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ค่า CVI เท่ากับ .81 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ด้านภาษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามออก 3 ข้อ คือ ตัดข้อคำถามที่ 20 (ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงเวลาในวันที่มีการย้ายผู้ป่วยออกจากไอซียู) เนื่องจากมีความหมายใกล้เคียงกับข้อคำถามที่ 22 (เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอดเวลาในช่วงก่อนการย้ายผู้ป่วยออกจากไอซียู) ตัดข้อคำถามที่ 34 (ได้รับทราบว่าจะทำพิธีกรรมทางศาสนาอะไรได้บ้าง) เนื่องจากมีความหมายใกล้เคียงกับข้อคำถามที่ 32 (ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อได้) ตัดข้อคำถามที่ 44 (ได้รับการบอกเล่าหรือแนะนำถึงบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือท่านในปัญหาครอบครัว) เนื่องจากมีความหมายใกล้เคียงกับข้อคำถามที่ 35 (ได้รับการบอกเล่าหรือแนะนำว่ามีบุคคลอื่นอีกที่สามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้เมื่อมีปัญหา)

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

รอดเจอร์ (Rodger, 1983) ได้ดัดแปลงเครื่องมือของมอลเตอร์ (Molter) นำไปศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจภายใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .93 ในประเทศไทย อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ได้ดัดแปลงเครื่องมือสำรวจความต้องการของมอลเตอร์ นำไปศึกษากับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 90 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .91 นิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) ได้นำไปศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 112 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .92

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ที่ระดับ .80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดจำนวน 1 ข้อคำถาม เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ระลึกและบรรยายถึงความรู้สึกในช่วงเวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีคำถามดังนี้ “ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยจะถูกย้ายออกจากไอซียู”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและชัดเจนของข้อคำถาม และนำมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ด้านภาษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

4. แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ของ วรธกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004) ซึ่งความวิตกกังวลเป็นภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกถูกคุกคามต่อความมั่นคง ปลอดภัย และสวัสดิภาพของตน (Robinson, 1997) ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียูมาปรับปรุงเนื้อหา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตให้สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อใช้วัดความรู้สึกของญาติผู้ป่วยเมื่อรับรู้ผู้ป่วยได้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะของข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่า มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ตเกล (Likert Scale) 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่มีเลย	ได้ 3 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
มีบ้าง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มีค่อนข้างมาก	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
มีมากที่สุด	ได้ 0 คะแนน	ได้ 3 คะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0 – 90 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงญาติผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) วรธกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004) ได้นำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็น

ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แล้วจึงนำไปศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 40 ราย คำนวณหาค่า CVI แบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ได้ค่า CVI เท่ากับ .90

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ของ วรธกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบทฤษฎีโดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1) คำถามไม่สอดคล้อง 2) คำถามมีความสอดคล้องอยู่น้อย 3) คำถามมีความสอดคล้องปานกลาง 4) คำถามมีความสอดคล้องอยู่มาก โดยได้นำข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณค่า CVI ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ได้ค่า CVI เท่ากับ .81 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ด้านภาษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

วรธกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004) ได้นำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียูไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ไปใช้กับญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ที่ระดับ .80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale: JCS) ของจาโลวีก ฉบับปรับปรุงปี

ค.ศ. 1988 (Jalowiec, 1988) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย
วิกฤต จำนวน 36 ข้อ ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้านดังนี้ คือ

การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา	13 ข้อ
การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์	9 ข้อ
การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก	14 ข้อ

แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ

1) การคำนวณคะแนนจริง (raw score) โดยการใช้คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนที่เป็นไปได้โดยรวมอยู่ระหว่าง 36–180 คะแนน ด้านการมุ่งแก้ปัญหา อยู่ระหว่าง 13–65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ระหว่าง 9–45 คะแนน ด้านการบรรเทาความรู้สึก อยู่ระหว่าง 14–70 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดวิธีนั้นมาก

2) การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้าน หาค่าเฉลี่ยรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน เช่น ถ้าต้องการหาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Vitaliano et al., 1978 อ้างใน ยุพาพินศิริโพธิ์งาม, สายพร รัตนเรืองวัฒนา, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2540)

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ CF = คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ME_{CF} = ค่าเฉลี่ยด้านการมุ่งแก้ปัญหา

ME_{EM} = ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับอารมณ์

ME_{PA} = ค่าเฉลี่ยด้านการบรรเทาความรู้สึก

คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0–1 คะแนน คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก หมายถึง ญาติผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

จาโลวีกและพาวเวอร์ส (Jalowiec & Powers, 1981) ได้หาความตรงตามเนื้อหา โดยได้สร้างและพัฒนาแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก ฉบับปี ค. ศ. 1979 อย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ความเครียด การเผชิญความเครียด และการปรับตัว โดยอาศัยทฤษฎีของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited in Jalowiec & Power, 1981) ประกอบด้วยข้อความวิธีการเผชิญความเครียด 40 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด บุคคลจะใช่วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ด้านร่วมกัน

การหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) จาโลวีกและคณะ (Jalowiec et al., 1984) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สร้างขึ้นในปี ค. ศ. 1979 ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 141 คน แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่า แบบวัดประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ดังนั้นในปี ค. ศ. 1988 จาโลวีก (Jalowiec, 1988) จึงได้นำแบบวัดมาหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้ง โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 1,400 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 790 คน พยาบาล 353 คน ญาติผู้ป่วย 133 คน และนักศึกษา 124 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีทางสถิติขั้นสูง (LISREL Confirmatory Analysis) พบว่า เครื่องมือนี้มีองค์ประกอบของวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึก และตัดข้อคำถาม 4 ข้อที่ไม่สามารถจัดอยู่ในด้านใดด้านหนึ่งได้ คือ ด้านการจัดการด้านอารมณ์ ตัดข้อคำถามออก 3 ข้อ คือ การร้องไห้ การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และการใช้ยา ด้านการบรรเทาความรู้สึก ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ คือ การทำสมาธิและโยคะ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดจำนวน 36 ข้อ ไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 1,400 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 790 คน พยาบาล 353 คน สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย 133 คน และนักศึกษา 124 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวม (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95 และรายด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ .85 ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .75 และด้านการบรรเทาความรู้สึก เท่ากับ .75

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) ได้แปลแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก ฉบับปี ค.ศ. 1979 เป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญภาษาต่างประเทศ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และ

นำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 ต่อมา สურางค์ เปรื่องเดช (2533) ได้ตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ ตามแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 60 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84 และสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 และ ชญานิศ ลือวานิช (2540) ได้นำไปศึกษาในญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 110 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84 และ ศิริพร ซึ่งถาวร (2546) ได้นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 106 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .73 และ บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ได้นำไปศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษา จำนวน 65 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค เท่ากับ .84 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค โดยรวม เท่ากับ .86 และด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึก ได้เท่ากับ .81, .79 และ .62 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .81, .76, .60 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อตอบรับการเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (ภาคผนวก ข) ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม

โดยไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

1.2 ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 หลังได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต หัวหน้าหอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 การเตรียมผู้ประสานงาน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลา ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงได้เตรียมผู้ประสานงานซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและทรวงอก หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โดยผู้ประสานงานจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในเวลาราชการเป็นส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 4 ปี โดยเตรียมผู้ประสานงาน 1 คน ต่อ 1 หอผู้ป่วย เพื่อช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่คุณสมบัติที่กำหนด และก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ประสานงานได้ตกลงและทำความเข้าใจในรายละเอียดของโครงการวิจัย ลักษณะประชากรและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างร่วมกัน

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 7 หอผู้ป่วยทุกวันและผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ประสานงานในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่คุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

2.2 ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อกับญาติผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ภายในระยะเวลา 1-2 วัน ซึ่ง

ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 5 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง ชั้น 9 หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย-หญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ชาย-หญิง 2 หอผู้ป่วยเด็กเล็ก หอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป หอผู้ป่วยเด็กพิเศษ และหอผู้ป่วยพิเศษสิริกิติ์ 6 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ป่วยในขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ตามต้องการโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ทำในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการ ดังนี้

2.3.1 เชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดไว้ซึ่งอยู่ในบริเวณหอผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว

2.3.2 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการตอบคำถามและขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตรงตามความเป็นจริง โดยให้กลุ่มตัวอย่างนึกย้อนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถาม โดยเรียงตามลำดับดังนี้

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย โดยการอธิบายว่า ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ท่านมีความต้องการอะไรบ้างและได้รับการตอบสนองมากน้อยเพียงใด
- ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมถึงความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาที่ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ โดยมีคำถามดังนี้ “ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยจะถูกย้ายออกจากไอซียู” โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในการตอบคำถาม
- แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด โดยอธิบายว่าต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ใช้บรรยายความรู้สึกของท่าน ณ ช่วงเวลาที่ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
- แบบสอบถามการเผชิญความเครียด โดยอธิบายว่า แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความคิดหรือการกระทำของญาติผู้ป่วยเพื่อจัดการหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาที่ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

2.4 ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอยู่บริเวณนั้นซึ่งถ้ามีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยไม่มีการชี้นำคำตอบให้ญาติผู้ป่วย

2.5 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออกหรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบแต่ละข้อ ผู้วิจัยบันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบข้อใดขาดหายไปจะทำการซักถามเพิ่มเติมจนครบทุกข้อ รวมระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

2.7 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจำแนกโดยรวม และรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t- test)
4. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ณ ช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจัดกลุ่มเนื้อหาของข้อความโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ และเน้นสภาพวัตถุวิสัย (objective) คือ การเขียนเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ โดยผู้วิจัยไม่มีอคติ หรือความรู้สึกของตนเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง เทคนิคสำคัญในการวิเคราะห์เนื้อหา คือ การวางระบบข้อมูลโดยการจัดประเภทของคำและข้อความที่จะวิเคราะห์ จากนั้นจำแนกประเภท (categories) ของคำและข้อความให้ได้ประเภทที่ดี ครอบคลุมและตรงตามปัญหาการวิจัย (สุภาพงษ์ จันทวานิช, 2542) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

4.1 นำข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงไว้ มาถอดเทปทุกถ้อยคำ หลังจากการสัมภาษณ์

4.2 อ่านเนื้อหาการบรรยายถึงความรู้สึกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย วิกฤต ทบทวนหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและพิจารณาเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์

4.3 แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ ของความรู้สึกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีความชัดเจน เพื่อให้การจำแนกข้อมูลไม่เกิดปัญหาว่าคำหรือข้อความถูกจำแนกเข้าหลาย ๆ ประเภทพร้อมกัน และนำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

4.4 นำข้อมูลที่แยกประเภทและจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์ โดยอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ซึ่งมีความเข้าใจในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาและมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหา 1 ท่าน ซึ่งพบว่ามีความเห็นไม่ตรงกันในการวิเคราะห์ระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ผู้ตรวจสอบ จึงนำไปอภิปรายร่วมกับอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์อีกหนึ่งท่าน เพื่อพิจารณาร่วมกันทั้ง 3 คน แล้วจึงตัดสินใจสรุป

5. ความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

6. วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจำแนกโดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 105 คน จากหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 7 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลรามาธิบดี ดังนี้ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและทรวงอก หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ผลการวิจัยจะนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ความเครียดของญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ลักษณะของผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 105 คน ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี ($SD = 13.57$) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.5) อยู่ในกลุ่มอายุ 20-40 ปี (กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 14,149 บาท / เดือน ($SD = 13828.96$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.4) มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท / เดือน มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 63.8 ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และเทียบเท่าหรือสูงกว่า นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.2 เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า เป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 34.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.1) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล แบบเบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 72.4 รับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในระดับรุนแรงมาก และพบว่าญาติผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) ทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ รายได้ (N = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	42	40
	หญิง	63	60
อายุ (พิสัย 18 – 80 ปี เฉลี่ย 39.18 ปี SD = 13.58)			
	ต่ำกว่า 20 ปี	6	5.7
	20-40 ปี	53	50.5
	41-60 ปี	40	38.1
	60 ปีขึ้นไป	6	5.7
อาชีพ			
	ค้าขาย/ ธุรกิจ	18	17.1
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23	21.9
	รับจ้าง	27	25.7
	นักศึกษา	10	9.5
	เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์)	10	9.5
	อื่นๆ	17	16.2
รายได้ (บาท/เดือน) (พิสัย 0 -70,000 บาท/เดือน ค่าเฉลี่ย 14,149.62 บาท/เดือน SD = 13,828.96)			
	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน	34	32.4
	5,001-10,000 บาท/เดือน	25	23.8
	10,001-15,000 บาท/เดือน	16	15.2
	15,001-20,000 บาท/เดือน	10	9.5
	มากกว่า 20,000บาท/เดือน	20	19

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (N = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	67	63.8
ไม่เพียงพอ	38	36.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.9
ประถมศึกษา	29	27.6
มัธยมศึกษา	20	19
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	15	14.3
ปริญญาตรี และเทียบเท่าหรือสูงกว่า	39	37.1
ศาสนา		
พุทธ	101	96.2
อิสลาม	3	2.9
คริสต์	1	1.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา มารดา	32	30.5
คู่สมรส	18	17.1
บุตร	36	34.3
อื่นๆ	19	18.1

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของญาติ และการทราบล่วงหน้าของการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (N = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเองทั้งหมด	7	6.7
เบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด	40	38.1
เบิกค่ารักษาได้ส่วนหนึ่ง	18	17.1
สังคมสงเคราะห์	8	7.6
อื่นๆ	32	30.5
- เบิกประกันชีวิต	17	16.2
- จ่ายเองและสังคมสงเคราะห์	15	14.3
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของญาติ		
รุนแรงมาก	76	72.4
รุนแรงปานกลาง	23	21.9
รุนแรงน้อย	6	5.7
การทราบล่วงหน้าของการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต		
ทราบล่วงหน้า	105	100
ไม่ทราบล่วงหน้า	0	0

ลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 105 คน ร้อยละ 54.29 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52 ปี (SD = 17.07) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 28.57) อยู่ในกลุ่มอายุ 46-60 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.81) ป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ และโรคของผู้ป่วย (N = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	48	45.71
ชาย	57	54.29
อายุ (พิสัย 0-96 ปี เฉลี่ย 52.38 ปี SD = 17.07)		
0-15 ปี	20	19.05
16-30 ปี	18	17.14
31-45 ปี	12	11.43
46-60 ปี	30	28.57
> 60 ปีขึ้นไป	25	23.81
โรคของผู้ป่วย		
โรคหัวใจ ทรวงอก และเส้นเลือด	46	43.81
- Mitral stenosis, Mitral regurgitation, Aortic stenosis, Aortic regurgitation	9	
- Coronary artery disease	22	
- Dissecting aneurysm	3	
- Patent ductus arteriosus	3	
- Mediastinal mass	4	
- Arterial occlusion	3	
- Congestive heart fail	2	
โรคมะเร็ง	37	35.24
- CA lung	12	
- CA pancreases	6	
- CA stomach	2	
- CA Rectum	6	
- Cholangio CA	5	
- Hepato cellular carcinoma	6	

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม โรคของผู้ป่วย (N = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคของผู้ป่วย		
โรคทางสมอง	13	12.38
- Brain aneurysm	2	
- Stroke	7	
- Pineal gland tumor	1	
- Acoustic neuroma	1	
- Subarachnoid hemorrhage	2	
อุบัติเหตุ	2	1.90
- Car accident	1	
- Motorcycle accident	1	
อื่น ๆ	7	6.67
- Hepatic encephalopathy	2	
- GI bleeding	3	
- Hirschprung disease with sepsis	1	
- Gall stone with sepsis	1	

ส่วนที่ 2 ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.56 ($SD = 0.33$) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านความต้องการข้อมูลมากที่สุด ($M = 3.79$, $SD = 0.32$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ($M = 3.75$, $SD = 0.24$) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.69$, $SD = 0.43$) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 3.65$, $SD = 0.48$) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ($M = 3.30$, $SD = 0.54$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยมีความต้องการน้อยที่สุด คือ ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 3.25$, $SD = 0.55$)

ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 2.98 ($SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ด้านความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด ($M = 3.23$, $SD = 0.48$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.21$, $SD = 0.55$) ด้านความต้องการข้อมูล ($M = 3.16$, $SD = 0.60$) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 2.95$, $SD = 0.71$) ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 2.75$, $SD = 0.58$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล ($M = 2.64$, $SD = 0.60$)

เมื่อพิจารณาส่วนต่างของคะแนนความต้องการความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย มีคะแนนส่วนต่างมากที่สุด (mean difference = 0.70) รองลงมา คือ ความต้องการส่วนบุคคล (mean difference = 0.66) ความต้องการข้อมูล (mean difference = 0.63) ความต้องการลดความวิตกกังวล (mean difference = 0.52) ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก (mean difference = 0.50) ส่วนด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีคะแนนส่วนต่างน้อยที่สุด (mean difference = 0.48)

เมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้านของความต้องการดังกล่าว พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ ด้านความต้องการข้อมูล ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละด้านในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการและการ ได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน โดยการ ทดสอบที (paired t – test) (N = 105)

ความต้องการ	คะแนนความ		คะแนนการได้รับการ		Mean difference	t-test
	ต้องการ		ตอบสนองความ			
	M	SD	M	SD		
ความต้องการ โดยรวม	3.56	0.33	2.98	0.45	0.58	12.76*
- ความต้องการข้อมูล	3.79	0.32	3.16	0.60	0.63	10.30*
- ความต้องการลดความวิตกกังวล	3.75	0.24	3.23	0.48	0.52	11.68*
- ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย	3.69	0.43	3.21	0.55	0.48	7.51*
- ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย	3.65	0.48	2.95	0.71	0.70	9.48*
- ความต้องการส่วนบุคคล	3.30	0.54	2.64	0.60	0.66	10.48*
- ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก	3.25	0.55	2.75	0.58	0.50	7.95*

*p < .001

ส่วนที่ 3 ความเครียดของญาติผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย
วิกฤต มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 5-56 คะแนน ค่าเฉลี่ย 26.22 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 11.42 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 0-3
คะแนน ค่าเฉลี่ย 0.84 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.37 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยมี
ความเครียดระดับน้อย

นอกจากนี้ ยังมีคำถามปลายเปิด โดยให้ญาติผู้ป่วยนึกย้อนถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และให้บรรยายถึงความรู้สึกนั้น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยบรรยายความรู้สึก มาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็น พบว่า ญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่างๆ ซึ่งสามารถเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ 1) ความรู้สึกดีใจ สบายใจ คลายกังวล จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 52.38), 2) ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กังวลใจ ไม่สบายใจ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 30.48), 3) มีหลายความรู้สึกร่วมกัน (ความรู้สึกดีใจ สบายใจร่วมกับความรู้สึกเครียด วิตกกังวล) จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 12.38), 4) ความรู้สึกเฉย ๆ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.86) และ 5) ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัย จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.9) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สึกดีใจ สบายใจ คลายกังวล	55	52.38
ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กังวลใจ ไม่สบายใจ	32	30.48
มีหลายความรู้สึกร่วมกัน (ความรู้สึกดีใจ สบายใจ ร่วมกับความรู้สึกเครียด วิตกกังวล)	13	12.38
ความรู้สึกเฉย ๆ	3	2.86
ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัย	2	1.90

รายละเอียดของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย ดังแสดงต่อไปนี้

1. ความรู้สึกดีใจ สบายใจ คลายกังวล

ภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจนอาการคงที่และแพทย์อนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ช่วงเวลา ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นช่วงเวลา ที่ผู้ป่วยและญาติรู้สึกดีใจและมีความสุข เพราะเป็นสัญญาณที่แสดงถึงว่าอาการของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้มี 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.38 ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“มีความรู้สึกดีใจมาก ที่คุณหมอผ่าตัดโรคหัวใจให้กับลูกชาย แล้วก็ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอบปลื้มคุณหมอโรงพยาบาล.....อย่างมาก ให้ทั้งคำแนะนำที่ดี ๆ แล้วยังให้ความสะดวกสบายต่อคนนอกเขต ผมรู้สึกมีความภาคภูมิใจที่ได้พาลูกชายมารักษาที่โรงพยาบาลนี้ ทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนฝันที่เป็นจริง พอเมื่อลูกชายผมได้ย้ายออกจากห้องไอ ซี ยู ก็ยังดีใจ พยาบาลทั้งในห้องไอ ซี ยู และพยาบาลที่หอผู้ป่วยก็ดูแลดีมาก ประทับใจมาก” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 2)

“ก็โล่งใจมาก เพราะตอนแรกก็หมอให้ย้ายเข้าอยู่ในไอซียู จำได้วันนั้นลงอาการแย่มาก แต่พอมาเยี่ยมวันรุ่งขึ้น มาเห็นลงอาการดีขึ้นและมีพยาบาลเดินมาบอกว่าจะย้ายออกจากไอซียูได้แล้ว ปากกับลูก ๆ ก็ดีใจ” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 73)

“รู้สึกดีใจว่าผู้ป่วยได้ย้ายออกจากไอซียู แสดงว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ต้องเฝ้าระวังอะไรมาก พยาบาลในห้องไอซียู ดูแลเอาใจใส่คนไข้เป็นอย่างดี ทั้งถึงดี แต่บางครั้งดูวุ่นวายไปนิด โดยรวมแล้วเอาใจใส่ผู้ป่วยดีมาก ๆ ก่อนย้ายออกจากไอซียู บอกอาการของคนไข้ให้ญาติได้ทราบเป็นอย่างดี” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 41)

2. ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กังวลใจ ไม่สบายใจ

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจนอาการคงที่และแพทย์อนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ซึ่งการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ความไม่มั่นใจในการดูแล และความไม่พร้อมในการย้าย เป็นต้น จากสถานการณ์ต่างๆ ที่ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ล้วนทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด และวิตกกังวล ตามมา จากการศึกษานี้มี 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.48 ดังแสดงต่อไปนี้

2.1 ความไม่แน่นอนในอาการและสถานการณ์ ญาติผู้ป่วยไม่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเกิดความไม่แน่ใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ ญาติผู้ป่วยจึงเกิดความเครียดและวิตกกังวลตามมา ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“รู้สึกกังวลใจ เพราะเราไม่รู้ว่าเหตุการณ์ข้างหน้าหลังจากย้ายออกจาก ไอซียูมาแล้วจะเป็นยังไง ถ้าเป็นไปได้อยากให้คนไข้อยู่ในไอซียูต่อ เพราะพอคนไข้อยู่ในไอซียูแล้วเรารู้สึกสบายใจ และก็อุ่นใจด้วยเพราะมีแพทย์พยาบาลดูแลใกล้ชิด” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 60)

“รู้สึกกังวลใจเล็กน้อย ในเรื่องว่าถ้าย้ายออกไปแล้ว กลัวว่าจะมีโรคแทรกเกิดขึ้น อยู่ในห้อง ไอซียู มีพยาบาลดูแลตัวต่อตัว ถ้าเกิดอะไรขึ้น ก็สามารถช่วยเหลือได้ทัน” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 70)

“ก็กังวลใจเล็กน้อย แต่ก็มั่นใจว่าหมอเขาต้องพิจารณาดีแล้ว ว่าสามารถที่จะย้ายญาติของฉันทนออกได้ แต่ลึก ๆ ในใจแอบกังวลนะ กลัวไปหมดเลย คิดไปต่าง ๆ นา ๆ คิดไปก่อนล่วงหน้าว่าจะเกิดอันโน้นอันนี้ขึ้นกับญาติของฉันทน” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 77)

2.2 ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการขาดการให้ข้อมูล หรือคำอธิบายนั้นยังคลุมเครือหรือมีความไม่ชัดเจน จึงทำให้ญาติผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคตได้ ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“กังวลเล็กน้อย เนื่องจากวันนั้นไม่ได้รับการอธิบายเลยนะ ว่าทำไมถึงต้องย้าย ญาติต้องอาศัยการสอบถามเพิ่มเติม จึงจะได้รับคำตอบที่พอใจ แต่ก็ไม่รู้เหมือนกัน.....ถ้าวันนั้น ญาติไม่เดินไปถามก็ไม่รู้เหมือนกันว่าจะมีใครมาบอกหรือเปล่า” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 27)

“รู้สึกกังวลมาก เพราะว่าไม่ได้รับข้อมูลใด ๆ จากแพทย์ พยาบาลเลย ทั้งเรื่องของอาการของคุณแม่ ห้องที่จะย้ายไปอยู่ ถ้าเป็นไปได้อยากให้พยาบาลให้ข้อมูลกับญาติให้มากกว่านี้หน่อย... อย่างน้อยญาติก็จะได้สบายใจ และก็จะได้เตรียมตัวได้ถูก” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 49)

“รู้สึกกังวลค่ะ เพราะก่อนย้ายออกจากไอซียู ดิฉันไม่ทราบอาการของคุณแม่เลย ทั้ง ๆ ที่ดิฉันก็อยู่กับคุณแม่ตลอดในช่วงก่อนย้ายออกจากไอซียู ดิฉันอยากให้คุณหมอ กับคุณพยาบาลให้ข้อมูลบ้าง เพราะดิฉันเป็นคนต่างจังหวัด บางครั้งก็ไม่กล้าถามคุณหมอหรือพยาบาลเห็นทำงานยุ่งกันอยู่” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 89)

2.3 ความไม่มั่นใจในการดูแล ญาติผู้ป่วยตระหนักดีว่า ในหอผู้ป่วยวิกฤตมีแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ อีกทั้งยังมีเครื่องและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยที่ใช้ในการช่วยชีวิต ดังนั้น ญาติผู้ป่วยจึงมั่นใจที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าที่จะย้ายออก รวมทั้ง การรักษาที่ได้รับหรือระบบการดูแลอาจมีความแตกต่าง ชับซ้อน เข้าใจยาก ทำให้ญาติเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลที่จะได้รับภายหลังการย้ายออก จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลตามมา ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“รู้สึกเครียดมาก เพราะว่าอยากให้คุณแม่อยู่ในไอซียูก่อน เพราะในไอซียูมีหมอ มีพยาบาลมาก มีเครื่องมือทันสมัย พร้อมใช้ และก็ดูแลใกล้ชิด พอจะย้ายออกไปแล้ว ไปอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป มีผู้ป่วยมาก พยาบาลน้อยทำให้บางครั้งก็ดูแลได้ไม่ทั่วถึง” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 75)

“พอทราบว่าจะได้ย้าย ก็รู้สึกกังวลมากแล้วก็ตกใจด้วย คือ ในความรู้สึกของเราซึ่งเป็นญาติ คุณสภาพผู้ป่วยแล้วควรจะได้อยู่ในไอซียู อีกซัก 2-3 วัน คงจะดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม ไม่สามารถบอกได้ว่าตัวเองเจ็บปวดตรงไหน และไม่สามารถลุกขึ้นขับถ่ายได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้เจาะช่องท้องใส่สายยางทั้งหมด 5 สาย จึงอยากให้ผู้ป่วยพักอยู่ในสายตาแพทย์ก่อน” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 38)

“รู้สึกกังวลใจ ไม่ค่อยสบายใจเท่าไร เพราะว่าคุณแม่มีอาการยังไม่ดีขึ้น แล้วยังเห็นคุณแม่มีอาการปวดอยู่มาก ทำให้ไม่ค่อยสบายใจ ยิ่งถ้าย้ายออกมาอยู่หอผู้ป่วยข้างนอกแล้ว กลัวจะไม่มีพยาบาลมาดูแลคุณแม่ เพราะอย่างห้องเนี้ยก็..... มีพยาบาลน้อย” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 91)

“กังวลใจเหมือนกัน เพราะไม่รู้จักสถานที่ในโรงพยาบาลนี้เท่าไร เพราะเพิ่งมาครั้งแรก ไม่รู้ระบบเป็นยังไง จะเหมือนหรือกับต่างกับไอซียูก็ไม่รู้ แต่ถ้าให้อยู่ต่อในไอซียูก็ดีกว่าจะได้สบายใจ เห็นผู้ป่วยอยู่ในไอซียูแล้วมีอาการดีขึ้น” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 99)

“รู้สึกวันนั้นไม่ค่อยสบายใจเลย วันนั้นพยาบาลเดินมาบอกว่าจะย้ายแม่ของพี่ออกจากไอซียูมาอยู่ห้องนี้ ซึ่งที่แม่ของพี่เข้าไอซียู ก็เคยอยู่ห้องนี้มาก่อน ไม่ค่อยประทับใจในการบริการเท่าไร พอจะย้ายแม่พี่ออกมาอยู่ห้องนี้อีกก็เลยไม่ค่อยสบายใจ เพราะห้อง

“นี่มีคนไข้มาก พยาบาลก็น้อย คิดว่าบางครั้งดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง บางครั้งผู้ป่วยที่ไม่มีอะไรก็แทบจะไม่เดินมาดูแลเลย” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 98)

“ไม่รู้ว่าจะคิดต่างกับคนอื่นหรือเปล่านะ เพราะก่อนย้ายคุณแม่ออกจากไอซียู ฉันรู้สึกเครียดมาก ถึงแม้ว่ามีอาการของคุณแม่จะดีขึ้นกว่าตอนก่อนเข้าไอซียู แต่ด้วยความที่คุณแม่พักอยู่ในไอซียูมานาน ทำให้คุ้นเคยกับห้องนี้ และก็พยาบาลด้วย ทำให้เวลาจะย้ายคุณแม่ออกไปก็เลยคิดมาก คิดถึงเรื่องที่จะต้องปรับตัวใหม่ เพราะไม่ทราบแนวทางการบริการของหอผู้ป่วยข้างนอก” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 88)

2.4 ความไม่พร้อมในการย้าย การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จะต้องมีการแจ้งผู้ป่วยและญาติให้ทราบล่วงหน้าเพื่อการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนการย้าย ถึงแม้ว่าในการศึกษารound นี้ ญาติผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) จะมีการทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตก็ตาม แต่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่รีบด่วนหรือกะทันหันหรือย้ายในช่วงเวลากลางคืน ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัว จึงส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการย้าย ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“วันที่ย้ายลูกสาวป้าออกมาเนะ ป้าไม่ค่อยสบายใจเลย เพราะว่าวันนั้นหมอบอกป้าว่าจะย้ายลูกสาวป้าออกตอนซักประมาณเกือบทุ่มหนึ่งแล้ว กว่าจะได้ย้ายก็เกือบสองทุ่มแล้ว พอสองทุ่มเขาก็ไม่ให้เยี่ยมแล้ว วันนั้นป้ากลับบ้านไปไม่สบายใจเลย เพราะ.... กลัวว่า ช่วงตอนย้ายออกมาใหม่ๆ อาการเขายังไม่คงที่ แล้วยังไม่มีคนช่วยอีก ถ้าย้ายตอนกลางวันก็จะดี เพราะป้ายังคอยช่วยเหลือเขาได้บ้าง เวลาย้ายออกมาแล้ว” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 95)

“รู้สึกว่าจะทำไมจะต้องย้าย เพราะว่าอาการของคนไข้อยู่ในอาการทรงๆ พร้อมที่จะทรุดเมื่อไหร่ก็ได้ และกลางคืนนอนไม่หลับควรอยู่ในความดูแลของพยาบาลที่ใกล้ชิด และเข้าใจปัญหาของคนไข้อย่างแท้จริง และที่สำคัญคือต้องย้ายออกจากไอซียูเพราะว่ามีคนไข้อื่นต้องการเตียงมากกว่า แต่ทำไมไม่คิดว่าคนไข้เดิมก็อยู่ในอาการที่ไม่ดี พร้อมจะเสียชีวิตทุกเมื่อเหมือนกัน เพียงแต่ว่าอาการอาจจะยังไม่เห็นมาก เนื่องจากเป็นโรคไต แต่เขาก็ต้องการความเอาใจใส่เหมือนกัน” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 15)

“รู้สึกกังวลใจ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าอาการของญาติเราดีขึ้นจริงหรือเปล่า เพราะย้ายตอนนั้นเห็นเขาบอกว่า เขาต้องการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยคนอื่น” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 57)

“รู้สึกเครียดกังวล พอวันนั้นหมอเดินมาบอกว่าจะย้ายแม่ออกไปอยู่ข้างนอก เพราะต้องรับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก แต่ดิฉันเห็นแม่แล้ว ยังคิดในใจเลยว่าอาการแม่ของฉันก็ยังไม่ค่อยดีเหมือนกัน แต่ก็ไว้ใจในการพิจารณาของหมอ และในวันนั้นพยาบาลก็เร่งรีบย้ายมาก ไม่เห็นมีใครเข้าพูดคุยให้ข้อมูลกับดิฉันเลย” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 88)

3. มีหลายความรู้สึกร่วมกัน (ความรู้สึกดีใจ สบายใจ ร่วมกับ ความรู้สึกเครียด วิดกกังวล) เมื่อแพทย์อนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากความดีใจ ยินดีแล้ว ญาติผู้ป่วยยังมีความรู้สึกเครียด วิดกกังวล แอบแฝงอยู่ด้วย จากการศึกษาครั้งนี้มี 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.38 ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“มีความรู้สึกดีใจ ที่รู้ว่าพ่อจะออกจากไอซียู เพราะคิดว่าการออกจากห้องไอซียู พ่อจะต้องมีอาการดีขึ้น หมอจึงให้ออก แต่ก็มีกังวลนิดหน่อย ว่าพ่อจะมีอันตรายถึงชีวิตหากอยู่ห่างไกลจากห้องไอซียู เพราะอยู่ในห้องไอซียู หมอดูแลดี เครื่องมือแพทย์ที่ให้การช่วยเหลือมีพร้อม และขอให้โรงพยาบาลมีเตียงว่างสำหรับคนป่วยหนักในห้องไอซียูมากขึ้น” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 35)

“จริงๆ วันนั้นเกิดความรู้สึก 2 อย่างนะ อย่างแรก... รู้สึกดีใจ แล้วก็โล่งใจ เพราะผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ฟันชิดอันตราย แต่อย่างที 2.... ก็รู้สึกเครียด กังวลเพราะไม่รู้ว่าถ้าย้ายไปแล้วจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยและก็ไม่รู้ว่าตัวเองต้องทำอะไรบ้าง” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 47)

“รู้สึกยินดีที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถออกจากห้องไอซียูได้ แต่ก็มีกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากไอซียู เพราะว่าในไอซียูมีพยาบาลประจำเตียงดูแลตลอด” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 48)

“เกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน คือ เกิดความรู้สึกดีใจ โล่งใจ ที่อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เห็นผู้ป่วยแล้วเขาสดชื่น ก็ดีใจ แต่ก็มีอีกความรู้สึกหนึ่งก็คือ รู้สึกกลัวกังวล ว่าพ่อย้ายออกไปแล้วจะไม่ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดเหมือนในไอซียูเพราะมีพยาบาลดูแล 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน มีอุปกรณ์เครื่องมือครบ ที่จะใช้ไว้ช่วยเหลือเวลาผู้ป่วยมีอาการแย่ลง” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 55)

“มีความรู้สึก 2 อย่างในขณะเดียวกัน คือ ดีใจที่อาการของคนป่วยดีขึ้นถึงได้ย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ได้สบายใจที่จะต้องห่างคุณหมอ ซึ่งมีพร้อมทุกอย่างในเรื่องเครื่องมือแพทย์” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 66)

4. ความรู้สึกเฉยๆ ความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ป่วยเกิดจากการที่ญาติยอมรับสถานการณ์นั้นได้แล้ว จากการศึกษาครั้งนี้ มี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.85 ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“รู้สึกปกติ เพราะว่าได้ทำใจยอมรับกับสภาพของผู้ป่วยอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็นอย่างไร” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 22)

“รู้สึกธรรมดา ไม่ใช่เราไม่ห่วงคนไข้นะ แต่คิดว่าคนเราจะอยู่ที่ไหน ถ้ามั่นถึงเวลาที่ห้ามไม่ได้” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 69)

5. ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัย ญาติผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.90 ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า

“มีความรู้สึกกลัวว่าเมื่อย้ายออกไปแล้วจะมีอาการทรุดลง แล้วหอผู้ป่วยจะไม่มีอุปกรณ์กับเจ้าหน้าที่เพียงพอที่จะให้ความช่วยเหลือ แต่ก็เข้าใจว่าห้องไอซียูต้องการเตียงนอนมาก เมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็ต้องย้ายออก” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 53)

“รู้สึกกลัวว่าพ่อจะไม่ปลอดภัย ยังก่อนก่อนย้ายเห็นพยาบาลมาถอดสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายจมูก สายคลื่นหัวใจออกจากพ่อ ก็ยังรู้สึกกังวล” (ญาติผู้ป่วยรายที่ 86)

ส่วนที่ 4 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์คะแนนที่ได้จากการคำนวณโดยใช้ค่าคะแนนจริง ซึ่งจะบอกให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้านมากน้อยเพียงใด พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยเท่ากับ 96.39 (SD = 17.67) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาจะมีคะแนนเฉลี่ย 41.82 (SD = 8.90) การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 17.86 (SD = 4.60) และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก มีคะแนนเฉลี่ย 36.71 (SD = 7.89) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเผชิญความเครียดจริงในแต่ละด้าน พบว่า ด้าน

การมุ่งแก้ปัญหา และด้านการบรรเทาความรู้สึกมีค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงสูงกว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้การเผชิญความเครียดสองด้านนี้ ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงเท่ากับค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย ไม่ได้ใช้การเผชิญความเครียดด้านนี้ ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย โดยคำนวณจากคะแนนจริง (N = 105)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min – Max		M	SD
	Possible	Actual		
ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	13 - 65	16 - 58	41.82	8.90
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9 - 45	9 - 34	17.86	4.60
ด้านการบรรเทาความรู้สึก	14 - 70	16 - 54	36.71	7.89
โดยรวม	36 - 180	42 - 134	96.39	17.67

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้านเปรียบเทียบกับการเผชิญความเครียดโดยรวม 3 ด้าน โดยคำนวณค่าคะแนนสัมพัทธ์ (Relative Score) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด คือ .43 หรือ ร้อยละ 43 รองลงมาคือด้านการบรรเทาความรู้สึก คือ .38 หรือ ร้อยละ 38 และด้านการจัดการกับอารมณ์ ใช้น้อยที่สุด คือ .19 หรือร้อยละ 19 ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย โดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์ (N = 105)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min - Max	M	SD
ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	0.16 - 0.60	0.43	0.05
ด้านการจัดการกับอารมณ์	0.09 - 0.35	0.19	0.03
ด้านการบรรเทาความรู้สึก	0.16 - 0.56	0.38	0.05

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นำเสนอประเด็นการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ความต้องการของญาติผู้ป่วย การได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย เปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัณและคณะ (2547), วิมลรัตน์ ภู่วรรณพานิช (2536), อารีย์ บุญบรรรัตนกุล (2538), อุไรพร พงศ์พัฒนานุติ (2532) และ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมไทย บทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวจะมองว่าเป็นหน้าที่ของเพศหญิง เพราะเป็นเพศที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย ซึ่งเป็นที่คาดหวังของสังคม หากเพิกเฉย หรือละเลยหน้าที่ก็จะได้รับการตำหนิจากสังคมภายนอกได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.5) มีอายุ 20-40 ปี (กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 39 ปี) จึงเป็นผู้ที่มีความเป็นผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งความมั่นคงทางอารมณ์มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ป่วยที่ต้องพบกับสถานการณ์ความเครียดขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการพิจารณาแก้ไขปัญหาย่างรอบคอบ (Sriruang, 2002: 65) เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 34.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรพร พงศ์พัฒนานุติ (2532) และ อารีย์ บุญบรรรัตนกุล (2538) อาจเนื่องมาจากสังคมวัฒนธรรมไทยให้ความสำคัญกับการดูแลบิดามารดาในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องตอบแทนบุญคุณบิดามารดาจึงอาจส่งผลให้กระทำ

บทบาทการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; Boonchalaksi, 2000; Chayawan & Siriboon, 1992)

สำหรับในด้านการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ป่วยมีหลากหลายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีเทียบเท่าหรือสูงกว่า แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวสโตน และ โอโล (Whetstone & Olow, 1989 อ้างใน มธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543) ที่พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ และสามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก รู้จักแสวงหาข้อมูล และซักถามปัญหา ข้อข้องใจ รวมทั้งสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา (รัตนันตนา อันญ, 2548; วิมลรัตน์ ภู่วรรณพานิช, 2536; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2532; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; Asoulay et al., 2001; Auerbach et al., 2005; Verhaghe et al., 2005) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่สำเร็จระดับประถมศึกษา ทั้งนี้ความแตกต่างที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งสถานที่ในการศึกษารั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีพร้อมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ทำให้มีผู้ป่วยและญาติหลากหลายระดับเข้ามาตรวจรักษา

จากการศึกษารั้งนี้พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 25.7 รองลงมา คือ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และค้าขาย/ ธุรกิจ ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการพัฒนาเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมมากขึ้น จึงทำให้อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพอันดับแรกของญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย 14,149 บาท/เดือน (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สูงกว่ารายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของคนไทย ซึ่งควรมีรายได้ประมาณ 5,833 บาทต่อคนต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ญาติผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้ (ร้อยละ 63.8) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายในภาวะปกติเท่านั้น แต่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่ารักษาพยาบาล จึงมีผลกระทบต่อความสมดุลทางการเงินของครอบครัวอย่างมาก เทิร์กและเคิร์น (Turk & Kern, 1985) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของญาติผู้ป่วยคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ซึ่งทำให้ญาติผู้ป่วยขาดรายได้จากการต้องมาดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยเองเมื่อเข้ารับการรักษาไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น

ญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 72.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสัญลักษณ์ของการมีอาการรุนแรง อันตรายทางร่างกาย และเสี่ยงต่อความตาย จึงทำให้ญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระดับรุนแรงมาก นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษา (ร้อยละ 100) มีการทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบ และแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้พัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้มีการดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติ การพัฒนาโครงการต่างๆ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับการย้ายก่อนล่วงหน้า แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าในการศึกษาค้างนี้ญาติผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) จะมีการทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตก็ตาม แต่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่รีบด่วนหรือกะทันหันเนื่องจากความต้องการเตียง ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวและเตรียมใจ จึงส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการย้าย

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.56 ($SD = 0.33$) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านความต้องการข้อมูลมากที่สุด ($M = 3.79$, $SD = 0.32$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ($M = 3.75$, $SD = 0.24$) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.69$, $SD = 0.43$) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 3.65$, $SD = 0.48$) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ($M = 3.30$, $SD = 0.54$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยมีความต้องการน้อยที่สุด คือ ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 3.25$, $SD = 0.55$) สำหรับความต้องการด้านข้อมูล เป็นความต้องการอันดับแรกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและระบบการดูแล มีความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ข้างหน้า อีกทั้งพยาบาลมุ่งให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและมุ่งเน้นการรักษาชีวิตของผู้ป่วย จึงมักละเลยหรือลืมนึกถึงการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดด้านเวลา ขาดทักษะที่จะเข้าไปติดต่อกับญาติผู้ป่วยหรือขาดความเข้าใจในความต้องการของญาติผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ย่อมคุกคามต่อความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหา ชักถามข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งเป็นวิธีการปรับตัวของบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลที่อาจจะเกิดขึ้นจากความคลุมเครือให้น้อยลง จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญในความต้องการด้านข้อมูลไว้สูงเป็นอันดับแรก ในทางตรงกันข้าม การที่ญาติผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูล

หรือได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ญาติคาดหวังเหตุการณ์เกินจริง และเกิดความเครียดขึ้น ดังนั้น เมื่อญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยจึงควรมีการเตรียมความพร้อมในการย้ายให้กับญาติผู้ป่วย เพราะจะทำให้ญาติสามารถคาดคะเนหรือวางแผนในการช่วยเหลือ มีการเตรียมพร้อมเพื่อที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอน เมื่อญาติได้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วจะช่วยให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งจะทำให้ญาติสามารถจัดการกับปัญหา วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต และส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; Bijttebier et al., 2001)

การให้ข้อมูล กับญาติผู้ป่วย ภายหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีอาการดีขึ้น และเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อไปพักรักษาและฟื้นฟูสภาพต่อไปในหอผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลจะต้องมีการให้ข้อมูลกับญาติเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล โดยเฉพาะในเรื่อง การปลดเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เคยใช้กับผู้ป่วยออก เพื่อให้ญาติเกิดความรู้สึกว่า การที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ไม่ได้ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย และจะได้เกิดความรู้สึกปลอดภัยก่อนการย้าย รวมทั้งการอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ กำหนดเวลาเยี่ยม สักส่วนเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้ป่วยซึ่งจะสอดคล้องกับสภาพและอาการของผู้ป่วย โดยในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีกว่า พยาบาลจึงต้องดูแลผู้ป่วยด้วยจำนวนที่มากกว่าหอผู้ป่วยวิกฤต และการปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วยทั่วไปที่จะย้ายผู้ป่วยออกไปอยู่ ซึ่งจะมีการปฏิบัติการพยาบาลที่สม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติการพยาบาล ตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไป อาการของผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงน้อย การให้การดูแลจึงพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระการ, 2541) ซึ่งการให้ข้อมูลให้ญาติผู้ป่วยได้รับทราบก่อนการย้าย เพื่อให้ญาติผู้ป่วยคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนย้าย ขณะย้าย และหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ การให้ข้อมูลในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่เร่งรีบ จะเป็นบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของญาติผู้ป่วยได้มากขึ้น (Knowles, 1990) รวมถึงการให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินของโรคจะต้องมีความสอดคล้องกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และสอดคล้องกับสถานการณ์ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต การให้ความรู้จะต้องเป็นภาษาที่ฟังแล้วเข้าใจง่าย และจะต้องมีทักษะที่ดี ในการอธิบายให้เกิดความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างความเข้าใจในการดำเนินของโรคของผู้ป่วยรวมถึงการเตรียมพร้อมในการย้ายออกได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลมีภาระงานมากและยังหมุนเวียนไม่ซ้ำกันทุก 8 ชั่วโมงเกิดความไม่คุ้นเคย ทำให้ไม่กล้าซักถามโดยเฉพาะญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ต้องรอให้เจ้าหน้าที่

พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นสนทนาก่อน อีกทั้งการสนทนาส่วนใหญ่เป็นชนิดทางเดียว ไม่มีการประเมิน ภายหลังว่าญาติผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเพียงใด จึงไม่ทราบว่าญาติผู้ป่วยเข้าใจในคำอธิบายของแพทย์ และพยาบาลมากนักน้อยเพียงใด (วิลลวีย์ วโรพร, 2534: 46) อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนใน ข้อมูลที่ได้รับ ส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการย้าย

นอกจาก ความต้องการข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลแล้ว ความต้องการได้รับข้อมูล ได้ พุดคุยกับแพทย์ผู้รักษาก็เป็นสิ่งสำคัญ แต่จากสภาพการทำงานของแพทย์โดยทั่วไป จะทำการตรวจ ผู้ป่วยในช่วงเช้าซึ่งจะเป็นช่วงที่มีเวลาเยี่ยม และแพทย์ที่มาตรวจรักษาผู้ป่วยก็จะทำการตรวจอย่าง เร่งรีบ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีภาระงานรับผิดชอบมาก จึงทำให้แพทย์ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลหรือพุดคุยกับญาติผู้ป่วยมากนัก (Azoulay et al., 2001; Hayland et al., 2002; Lee & Lau, 2003; Mendonca & Warren, 1998) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ ดาเลย์ (Daley, 1984) ซึ่งพบว่า บุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ แพทย์ ทั้งนี้ เนื่องมาจากในทัศนคติของคนทั่วไป จะคิดว่าแพทย์ควรเป็นผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับการรักษา การ พยากรณ์โรค อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแผนการย้าย ดังนั้น จากผลการศึกษาดังกล่าว น่าจะ เป็นแนวทางให้แพทย์และพยาบาลเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูล หรือพุดคุยกับญาติผู้ป่วยมาก ขึ้น และพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด ก็ควรเป็นสื่อกลางในการประสานงาน ระหว่างแพทย์และญาติของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้เป็นการตอบสนองความต้องการในการได้รับข้อมูล ของญาติผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

สำหรับความต้องการด้านการลดความวิตกกังวล ($M = 3.75$, $SD = 0.24$) เป็นความ ต้องการอันดับสองของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา ของ จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ และคณะ (2536), ดาเลย์ (Daley, 1984), นิภาวรรณ สามารถกิจ และ จันทร์พร ยอดยิ่ง (2541), วิลลวีย์ วโรพร (2536), อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538), อุไรพร พงศ์พัฒนาวุธ (2532) และ อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล (2541) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ ด้านการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับแรก ซึ่งอธิบายได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาญาติ ผู้ป่วยในระหว่างเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งความวิตกกังวลเป็นปัญหาใหญ่และเป็น ปัญหาแรกที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่ญาติต้องประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยของบุคคล ในครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน ความรู้สึกไม่แน่นอนของสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ความวิตกกังวล ดังกล่าวจะขัดขวางการรับรู้ การเรียนรู้ ญาติจึงต้องการลดความวิตกกังวลนั้นลงเป็นอันดับแรก เพื่อ คงไว้ซึ่งความสมดุลของตน แต่จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย วิกฤต ซึ่งอาการของผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว อยู่ในระยะของการฟื้นฟู และญาติผู้ป่วยผ่านระยะ ของการเกิดวิกฤตทางอารมณ์และจิตใจแล้ว จึงทำให้ญาติคลายความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยลง ดังนั้น ญาติผู้ป่วยได้ให้ลำดับความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลไว้ เป็นอันดับที่สอง

นอกจากนี้ ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการด้านข้อมูล ($M = 3.79$) และความต้องการด้านการลดความวิตกกังวล ($M = 3.75$) มีคะแนนใกล้เคียงกัน ซึ่งจากการศึกษาของ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล (2541) พบว่า ความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความต้องการลดความวิตกกังวล อธิบายได้ว่า การที่ญาติผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลต่าง ๆ ก็เพื่อนำข้อมูลหรือความรู้ที่ได้ มาใช้ลดความวิตกกังวลของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและญาติผู้ป่วยยอมรับ ก็จะช่วยให้ความเครียดและวิตกกังวลลดลง แต่ถ้าญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลหรือข้อมูลที่ได้อาจไม่น่าเชื่อถือ ก็จะทำให้ญาติผู้ป่วยไม่ยอมรับข้อมูลนั้น และจะตีความตามพื้นฐาน ประสบการณ์ และความรู้เดิม ซึ่งส่วนใหญ่จะตีความไปในทางลบ ยิ่งทำให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้นได้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความต้องการ 2 ด้านแรกนี้ คือ ความต้องการข้อมูล และความต้องการลดความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่พยาบาลสามารถรับรู้และประเมินได้ทันที ทั้งนี้เนื่องจาก ความต้องการนี้เป็นไปตามกลไกของภาวะวิกฤตและมีพฤติกรรมแสดงออกที่ชัดเจน จึงทำให้สามารถที่จะประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการ

สำหรับความต้องการของญาติผู้ป่วยในอันดับที่สามคือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.69$, $SD = 0.43$) อธิบายได้ว่า หลังจากผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ได้รับการรักษาจนอาการคงที่ ญาติผู้ป่วยได้ผ่านพ้นช่วงแห่งความวิตกกังวล ทำให้ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้มากขึ้น และเริ่มหันมาให้ความสนใจในตัวผู้ป่วยอันเป็นบุคคลที่ตนรักและห่วงใยมากขึ้น จึงเกิดความต้องการที่จะอยู่ใกล้ๆ กับผู้ป่วยเพื่อเฝ้าดูแลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะทำให้ตนเองทราบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างที่เขาคือต้องการ และลดความวิตกกังวลจากความไม่แน่ใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยขอเข้าเยี่ยมและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ความต้องการรายข้อด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ญาติต้องการมากที่สุด คือ เข้าไปเยี่ยมดูผู้ป่วยได้ บ่อยๆ ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในส่วนของตัวเอง เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ทำให้มีการรับรู้ดีขึ้น จึงอาจต้องการอยู่ใกล้ชิด และต้องการกำลังใจจากญาติของตนมากกว่าภาวะปกติ แต่บางครั้งญาติผู้ป่วยเองก็ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงขึ้นได้ เช่น การที่ญาติผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวต่อสภาพของผู้ป่วยหรือสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมร้องไห้ฟูมฟาย จนทำให้ผู้ป่วยคิดว่าอาการของตนเองแย่มาก ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจและมีสภาพจิตใจที่เลวลงได้ แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการด้านนี้จัดอยู่ในอันดับสาม เป็นผลมาจากการที่ ญาติผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่ผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานที่ที่รับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และ

พยาบาล ประกอบกับเกิดความมั่นใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ดังนั้นจึงมอบความไว้วางใจและคิดว่าการอยู่ใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่จะดีกว่า

สำหรับความต้องการของญาติผู้ป่วยในอันดับที่สี่คือ ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 3.65$, $SD = 0.48$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล (2541) ซึ่งได้จัดให้ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยไว้เป็นอันดับสี่เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตมีเครื่องมือต่างๆ มากมายที่ติดอยู่กับตัวผู้ป่วย เช่น สายคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สายวัดความดันโลหิต สายระบายเลือดหรือน้ำเหลือง สายให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือด สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น จึงทำให้ญาติผู้ป่วยไม่กล้าที่จะเข้าไปดูแลช่วยเหลือได้มาก กลัวว่าจะทำให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วยหลุด หรือชำรุด ซึ่งจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจทำได้แค่เพียงการจับมือผู้ป่วยเพื่อเป็นการปลอบใจ ให้กำลังใจ จึงทำให้ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านนี้เป็นลำดับที่สี่ แต่อย่างไรก็ตาม การให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจะมีประโยชน์มาก ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยในด้านการพยาบาลในบางกิจกรรมที่สามารถทำได้ ยังช่วยในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยสื่อความต้องการของผู้ป่วยให้แก่พยาบาล และมีส่วนทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Garner, Peirson, & Watts, 2005; Hampe, 1975 as cited in Verhaeghe et al., 2005) และยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งกลับบ้านได้อีกด้วย (Date et al., 1987 cited in Kleinpell, 1991; Garner, Peirson, & Watts, 2005)

ความต้องการของญาติผู้ป่วยในอันดับที่ห้า คือ ด้านความต้องการส่วนบุคคล ($M = 29.75$, $SD = 4.89$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามิใช่เพียงผู้ป่วยวิกฤตนั้น ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะนึกถึงความสะดวกสบายของตนเอง จึงให้ความสำคัญในด้านนี้ไว้เป็นอันดับที่ห้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แฮมพ์ (Hamp, 1975 อ้างใน อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลทุ่มเทความรับผิดชอบทั้งหมดไปในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดมากกว่าที่จะคำนึงถึงความต้องการส่วนบุคคลของตนเอง นอกจากนี้เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความต้องการส่วนบุคคลที่ญาติผู้ป่วยต้องการสูงสุด คือ มีห้องน้ำอยู่ใกล้ ๆ ที่พักรอเยี่ยม รองลงมา คือ มีอาหารดี ๆ จำหน่ายในโรงพยาบาล และมีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม ตามลำดับ ซึ่งความต้องการส่วนบุคคลนี้เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่จะต้องจัดเตรียมเอาไว้เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับญาติผู้ป่วยตามความสมควรในแต่ละที่ที่จะจัดให้ได้ นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยก็ทราบดีว่าโรงพยาบาลมีพื้นที่จำกัดและจัดไว้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะ จึงต้องการเพียงบริเวณที่รอ

เยี่ยมที่มีความสะดวกสบายตามสมควรเท่านั้น ซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึงสำคัญในการจัดหาสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้ เช่น จัดให้มีที่นั่งที่เพียงพอ และมีความสะดวกสบายในการเข้าเยี่ยม ส่วนความต้องการส่วนบุคคลที่ญาติต้องการน้อยที่สุด คือ มีสถานที่เพื่ออยู่ตามลำพังขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจาก การอยู่ตามลำพังทำให้ญาติผู้ป่วยมีเวลาคิดฟุ้งซ่าน ซึ่งความคิดเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้น ญาติจึงมีความต้องการที่จะอยู่ท่ามกลางญาติและมีคนอยู่เป็นเพื่อนมากกว่าที่จะอยู่คนเดียวตามลำพัง

ส่วนความต้องการที่ญาติผู้ป่วยต้องการน้อยที่สุด คือ ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 3.25$, $SD = 0.55$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ โกศลวัฒน์ (2541) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 ราย อารีย์ บุญบรรทัดกุล (2538) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยหนัก ในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 90 ราย ที่พบว่าความต้องการด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกนั้นญาติต้องการเป็นลำดับสุดท้ายเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวของคนไทย มักจะเก็บความรู้สึกเอาไว้ภายใน ไม่แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมาให้เห็น (อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล, 2541) นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้วก็ตาม แต่ญาติผู้ป่วยก็ยังคงมีความเครียด ความวิตกกังวลอยู่ จึงมีความต้องการเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ คอยให้กำลังใจ พร้อมจะรับฟังปัญหาต่าง ๆ แต่ด้วยบุคลิกภาพของคนไทยที่มักจะ ไม่แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมาให้เห็น จึงไม่ต้องการระบายความรู้สึกกับพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า แต่จะระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิดที่มีความสนิทสนม และไว้วางใจมากที่สุดมากกว่า นอกจากนี้ อาจเป็นจากการที่ญาติผู้ป่วยบางคนจะรู้สึกเกรงใจพยาบาล ไม่กล้าเข้ามาพูดคุยเพราะกลัวว่าจะเป็น การเข้ามารบกวนเวลาทำงานของพยาบาล ดังเช่นตัวอย่างที่ญาติผู้ป่วยรายที่ 89 กล่าวว่า “รู้สึกกังวลค่ะ เพราะก่อนย้ายออกจากไอซียู ดิฉันไม่ทราบอาการของคุณแม่เลย ทั้ง ๆ ที่ดิฉันก็อยู่กับคุณแม่ตลอดในช่วงก่อนย้ายออกจากไอซียู ดิฉันอยากให้คุณแม่ หอม กับคุณพยาบาลให้ข้อมูลบ้าง เพราะดิฉันเป็นคนต่างจังหวัด บางครั้งก็ไม่กล้าถามคุณแม่หรือคุณพยาบาลเห็นทำงานยุ่งกันอยู่” เมื่อพิจารณารายชื่อจะพบว่าความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกที่ ญาติผู้ป่วยมีความต้องการสูงสุด คือ ได้พูดคุยกับพยาบาลคนเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพูดคุยกับพยาบาลคนเดิมทุกวัน เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับญาติ ทำให้ญาติกล้าที่จะพูดคุยและระบายความรู้สึกออกมา ส่วนความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกที่ ญาติผู้ป่วยมีความต้องการน้อยที่สุด คือ การได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อได้ เช่น การนิมนต์พระมาสะเดาะเคราะห์ ซึ่งญาติมักหมายถึงผู้ป่วยนั้นมีอาการหนัก รู้สึกเป็นลางร้ายแล้ว จึงมีความต้องการที่จะประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอย่างน้อยที่สุด แต่ส่วนใหญ่ จะเป็นการที่ญาติผู้ป่วยนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมาไว้กับตัวอยู่

ผู้ป่วย เช่น พระเครื่อง สายสิญจน์ หรือน้ำมันต์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยจากภัยอันตราย และโรคภัยไข้เจ็บ

สำหรับผลการศึกษารับการตอบสนองความต้องการ ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 2.98 ($SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ด้านความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด ($M = 3.23$, $SD = 0.48$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.21$, $SD = 0.55$) ด้านความต้องการข้อมูล ($M = 3.16$, $SD = 0.60$) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 2.95$, $SD = 0.71$) ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 2.75$, $SD = 0.58$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล ($M = 2.64$, $SD = 0.60$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการให้ลำดับความต้องการของญาติผู้ป่วยทุกด้าน ยกเว้นด้านเดียว คือ ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น ที่ญาติผู้ป่วยมีลำดับการได้รับการตอบสนองความต้องการตรงกับลำดับความต้องการที่ญาติผู้ป่วยมี ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่สี่เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่า บุคลากรของโรงพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของความต้องการด้านนี้และสามารถให้การตอบสนองความต้องการของญาติได้ตรงตามลำดับความต้องการ ถึงแม้ว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ จะไม่สอดคล้องกับลำดับความต้องการที่มีอยู่ของญาติผู้ป่วยก็ตาม แต่โดยรวมแล้ว ความต้องการที่ญาติได้รับการตอบสนองน้อย ส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญน้อยเช่นกัน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน แล้วพบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ บุญวรรัตนกุล (2538) ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของความต้องการ แสดงให้เห็นว่า การตอบสนองที่ญาติผู้ป่วยได้รับนั้น ยังน้อยกว่าความต้องการที่ญาติผู้ป่วยมีอยู่ในทุกด้าน ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจาก ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดค่อนข้างสูง ซึ่งความวิตกกังวลนี้ อาจจะทำให้ญาติมีข้อจำกัดในการรับรู้ถึงการตอบสนองที่ได้รับ หรือเป็นผลมาจากการที่พยาบาลไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของญาติผู้ป่วย หรือพยาบาลให้การตอบสนองน้อยกว่าความต้องการที่ญาติมีอยู่จริง ประกอบกับลักษณะการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพยาบาลจะมุ่งให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องกระทำอย่างเร่งรีบ และมุ่งเน้นเฉพาะงานด้านการรักษาพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปได้ทันต่อภาวะการณ์ จึงทำให้พยาบาลมีเวลาที่จะให้ความสนใจต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยน้อย (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระการ, 2541) โดยเฉพาะในช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอ

ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งญาติผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลมาก ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างดี และมีเวลาสำหรับใช้ในการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยค่อนข้างมาก นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลเอาความรู้สึก ความเชื่อ และเจตคติส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องในการพิจารณาเพื่อประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วย จึงทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการแตกต่างและต่ำกว่าความต้องการที่แท้จริงของญาติผู้ป่วย ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบเป็นรายด้าน แล้วพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการในทุกด้าน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ด้านความต้องการข้อมูล

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในด้านการต้องการข้อมูล สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยยังถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม ขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย รวมทั้งขาดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการย้าย ประกอบกับนิสยคนไทยซึ่งมีความเกรงใจ และคิดว่าการซักถามอาจทำให้พยาบาลเกิดความไม่พอใจ จึงไม่กล้าซักถามข้อมูลที่ตนเองอยากจะทราบ หรือบางคนอาจคิดว่าการซักถามจะทำให้แพทย์และพยาบาลเสียเวลาในการตอบและเป็นการรบกวนเวลาทำงาน จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความต้องการข้อมูลสูง ในขณะที่พยาบาลมีความระมัดระวังในการให้ข้อมูล ทั้งนี้เพราะความจำกัดในขอบเขตหน้าที่ จากประสบการณ์ และความรู้เดิมของพยาบาลที่พบว่า การให้ข้อมูลมากเกินไป อาจทำให้ญาติผู้ป่วยสับสนมากขึ้น หรือการให้ข้อมูลน้อยไป ทำให้ญาติผู้ป่วยหาข้อสรุปเองซึ่งอาจเป็นการแปลที่ผิด ๆ หรือการให้ความจริงทุกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยบางคนอาจรับไม่ได้ อาจเกิดความกลัวและมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงใช้ความคิดพิจารณาเองว่าอะไรที่ญาติผู้ป่วยควรรู้และอะไรที่ไม่ควรรู้ จึงส่งผลให้ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านนี้

ด้านการลดความวิตกกังวล

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในด้านการต้องการลดความวิตกกังวลสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีอาการที่รุนแรง ไม่แน่นอนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ภายหลังการรักษานผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งจะได้มีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ญาติผู้ป่วยก็ยังคงมีความวิตกกังวล กับสถานการณ์ข้างหน้าที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ รวมถึงความไม่มั่นใจในความปลอดภัย มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

และระบบการดูแล จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไปในทางลบ และมีความจำกัดในการรับรู้เหตุการณ์ ซึ่งตนเองไม่สามารถเข้าไปให้การดูแล ช่วยเหลือหรือเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยได้ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่ออารมณ์ของญาติผู้ป่วย ในขณะที่พยาบาลอาจคิดว่าผู้ป่วยได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ซึ่งอยู่ในระยะการฟื้นฟู ญาติผู้ป่วยน่าจะคลายความกังวลลงได้มาก จึงส่งผลให้คะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นได้

ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ญาติผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อหรือมีโอกาสได้ใกล้ชิดผู้ป่วยเหมือนเดิม ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยก็พ้นหายจนพ้นภาวะวิกฤต และพร้อมจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้แล้วก็ตาม ประกอบกับลักษณะของหอผู้ป่วยเป็นระบบปิด มีข้อจำกัดในเรื่องกฎระเบียบที่เคร่งครัดในการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันการรบกวนผู้ป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ในขณะที่พยาบาลจะคิดว่า การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยจะรับรู้ว่ามีหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นสถานที่ที่รับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อันตรายถึงชีวิต ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเฉพาะจากแพทย์และพยาบาล ประกอบกับในหอผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดอยู่แล้ว ดังนั้นญาติผู้ป่วยน่าจะมอบความไว้วางใจไว้กับแพทย์และพยาบาล ที่ให้การดูแลมากกว่าที่จะให้ญาติเข้ามาดูแล ดังนั้นจึงมีส่วนให้ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านนี้น้อยกว่าความต้องการที่มี

ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ญาติผู้ป่วยมีความต้องการดูแลญาติของตน ในขณะที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะในช่วงที่อาการดีขึ้น ซึ่งญาติผู้ป่วยเห็นว่าการเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นตนเองสามารถทำได้ และจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากญาติผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเข้มแข็งและมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเกิดความไม่แน่ใจในการช่วยเหลือของตนเอง เนื่องจากกลัวว่าการช่วยเหลือของตนเองจะไปทำอันตรายต่อผู้ป่วยโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์และ

อาจทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลงได้ ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยกว่าความต้องการที่ญาติผู้ป่วยมีในด้านดังกล่าว

ด้านความต้องการส่วนบุคคล

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในด้านความต้องการส่วนบุคคลสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่พยาบาลเห็นว่าญาติผู้ป่วยมุ่งให้ความสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความสะดวกสบายของตนเอง แต่ในขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็มีความต้องการส่วนบุคคลซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานเช่นกัน เพื่อให้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติสุข ซึ่งได้แก่ การมีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม มีห้องน้ำ มีโทรศัพท์มือถือที่พักรอเยี่ยม มีอาหารดี ๆ จำหน่ายในโรงพยาบาล มีเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพสนใจไต่ถามในสุขภาพของญาติ และรวมถึงการมีคนช่วยเหลือในปัญหาด้านการเงินของญาติ ซึ่งพยาบาลเห็นว่า เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่จะต้องจัดหาไว้เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับญาติผู้ป่วยที่เปรียบเสมือนแขกผู้มาเยือนอยู่แล้ว แต่ไม่ได้ประเมินถึงความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านั้น อีกทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ จนบางครั้งลืมความสำคัญของญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะในสังคมไทย ญาติจะมาดูแลและเฝ้าผู้ป่วยในยามเจ็บป่วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญไม่เฉพาะผู้ป่วยแต่ต้องให้ความสำคัญกับญาติของผู้ป่วยด้วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นแล้วก็ตาม จึงทำให้พยาบาลให้การตอบสนองความต้องการในด้านนี้น้อยกว่าความต้องการที่ญาติผู้ป่วยมี

ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พยาบาลเห็นว่าญาติผู้ป่วยจะมุ่งให้ความสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความรู้สึกไม่สบายใจหรือความทุกข์ใจของตนเอง อีกทั้งอาการของผู้ป่วยดีขึ้น ความวิตกกังวลและความทุกข์ใจอาจคลายลงบางส่วน แต่ในขณะเดียวกัน ญาติผู้ป่วยยังมีความกลัว จากความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ข้างหน้าได้ ถึงแม้ว่าญาติผู้ป่วยจะมีความคุ้นเคยกับสถานที่ อุปกรณ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ รวมทั้งกับพยาบาลผู้ให้การดูแลแล้วก็ตาม แต่ญาติผู้ป่วยยังมีความต้องการพูดคุย ปกป้องหรือ ต้องการกำลังใจและความช่วยเหลืออยู่ ดังนั้น จึงทำให้ญาติผู้ป่วยประเมินว่าตนเองมีความต้องการด้านนี้สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ

เมื่อพิจารณาส่วนต่างของคะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย มีคะแนนส่วนต่างมากที่สุด (mean difference = 0.70) รองลงมา คือ ความต้องการส่วนบุคคล (mean difference = 0.66) ส่วนด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีคะแนนส่วนต่างน้อยที่สุด (mean difference = 0.48) แสดงให้เห็นว่าการตอบสนองที่ญาติได้รับนั้นน้อยกว่าความต้องการที่ญาติมีอยู่ โดยเฉพาะในด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจาก พยาบาลไม่ได้เปิดโอกาสหรือส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยมากนัก เพราะเกรงว่ากีดขวางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงเกรงว่าจะทำให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วยหลุด หรือชำรุด ซึ่งจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจึงควรหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับพยาบาล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอและเหมาะสม

ความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เกิดจากสถานการณ์ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ย 0.84 คะแนนและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.37 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยรู้สึกดีใจ สบายใจ ร้อยละ 52.38 ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ญาติผู้ป่วยได้เห็นว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่ตนรักและห่วงใยได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วย มีอาการดีขึ้นและพ้นหายจากความเจ็บป่วย จึงทำให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้สึก ดีใจ มีความสุขและคลายความกังวลลง แต่อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ป่วยก็ยังมีความรู้สึกเครียดวิตกกังวลแฝงอยู่ด้วย ร้อยละ 30.48 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปัจจัยด้านสถานการณ์ ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่ทำให้ญาติผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความเครียด ได้แก่ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995; McKinney & Melby, 2002) ขาดความสามารถในการทำนายถึงสิ่งแวดล้อมที่ใหม่ (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995) และต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล (Chaboyer et al., 2005; Leith, 1999; McKinney & Melby, 2002) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัย ขาดข้อมูลและขาดการเตรียมความพร้อมในการย้าย (Cutler & Garner, 1995; Leith, 1999) นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยจะมีความรู้สึกดีใจ หรือ เครียด วิตกกังวล เกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว ญาติผู้ป่วยยังมีหลายความรู้สึกเกิดขึ้นพร้อมกัน ในช่วงก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า มี ความรู้สึกดีใจ สบายใจร่วมกับความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ร้อยละ 12.38 เป็นผลมาจาก ญาติผู้ป่วยคลายความกังวลจากการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้วแต่ยังมีความกังวลกับความไม่แน่นอนในสถานการณ์ข้างหน้าที่ตนเองจะต้องเผชิญ จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทั้งดีใจและวิตกกังวลในเวลาเดียวกัน จากสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดและเกิดความต้องการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน เป็นกรอบแนวคิด คือ พรศิริ ใจสม (2536) ศึกษาในกลุ่มบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม รัตนันตนา อ้นภู (2547) ศึกษาในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ซึ่งพบว่า ญาติผู้ป่วยประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยในระดับน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น ญาติของผู้ป่วยจะต้องพบกับสถานการณ์จากความไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วย และไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการหนัก แต่ญาติผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจึงทำให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดน้อย แต่การศึกษานี้เป็นช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสถานการณ์นี้ แสดงให้เห็นว่า อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต ญาติผู้ป่วยจึงรู้สึกโล่งใจ ดีใจ แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีความวิตกกังวลกับเหตุการณ์ข้างหน้าต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาว่าตนจะสามารถจัดการ ควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นข้างหน้าได้ (Chaboyer et al., 2005; Cutler & garner, 1995; McKinney & Melby, 2002) ส่งผลให้ขาดช่วงต่อการใช้สติปัญญา ไม่สามารถตัดสินใจได้ เพราะมีทางเลือกจำกัดหรือหมดหนทางเลือก ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด (นภคล คำเต็ม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545) ซึ่งญาติผู้ป่วยสะท้อนความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลดังที่เห็นได้จาก ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ ถึงความรู้สึกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดจากการขาดข้อมูลในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการในทุกด้านสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านความต้องการข้อมูลมากที่สุดแต่ได้รับการตอบสนองน้อยกว่าความต้องการที่มี จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรืออาจสูญเสีย รวมทั้งสถานการณ์ที่คุกคาม ว่าเป็นความเครียด และ

ตัดสินใจระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์ ความไม่แน่ใจในสถานการณ์ และไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในอนาคต

นอกจากปัจจัยด้านสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ที่อาจส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดในระดับน้อย ได้แก่ การที่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเนื่องมาจาก การที่เพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว จึงทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจ และเกิดความคุ้นเคย ไม่คิดว่าเป็นภาระ จึงทำให้เพศหญิง มีความเครียดในระดับน้อย นอกจากนี้ อายุเฉลี่ยของญาติผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ คือ 39 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ระหว่าง 20-40 ปี (ร้อยละ 50.5) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต มีการสะสมความรู้และประสบการณ์ มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ (Lazarus & Folkman, 1984: 108-113) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ ใจสม (2547) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ญาติที่มีระดับการศึกษาคือ สามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ สามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก รู้จักแสวงหาข้อมูลและซักถามปัญหา ข้อข้องใจ ตลอดจนรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537: 35) ส่วนบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย จะมีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล และการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต อาจเกิดความยุ่งยากและไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันและเกิดความเครียดขึ้น (มธุริน วงศ์คำปิ่น, 2543) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เซนและชาง (Chan & Chang, 1999) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปริญญาตรี เทียบเท่า หรือสูงกว่า ซึ่งจัดว่ามีการศึกษาในระดับสูง ทำให้สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหา จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับน้อย แต่อย่างไรก็ตาม ความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับน้อยนั้น อาจเป็นผลมาจาก ญาติผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย 14,149 บาท/เดือน ซึ่งจัดว่ามีรายได้ค่อนข้างสูง แต่เมื่อต้องให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ทำให้ญาติทำงานได้น้อยลงหรือต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบเบิกค่ารักษาได้ทั้งหมดก็ตาม แต่ญาติผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายประจำอยู่เดิมรวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในการรักษา รายได้ที่ลดลงและการไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Chan & Chang, 1999) ญาติผู้ป่วยจึงมีความเครียดเกิดขึ้น

ดังนั้น ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากญาติผู้ป่วยจะดีใจและยินดีแล้ว ยังมีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติ แอบแฝงอยู่ด้วย (Chaboyer, Thalib, Alcorn, & Foster, 2007) ซึ่งหากพยาบาลได้ตระหนักถึงความรู้สึกเหล่านี้ ตลอดจนคำนึงถึงความต้องการการช่วยเหลือตามปัญหาที่ญาติผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ก็จะสามารถวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยพิจารณาจากคะแนนจริง อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 96.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.67 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียด เนื่องจากญาติผู้ป่วยมีความต้องการที่จะบรรเทาหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับสถานการณ์ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีทั้งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัย มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและระบบการดูแล ซึ่งญาติผู้ป่วยจะแสวงหาหนทางทุก ๆ ด้าน โดยเมื่อใช้วิธีเหล่านี้จะมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ขจัด บรรเทา หรือลดความเครียด ซึ่งวิธีการที่ญาติผู้ป่วยจะพิจารณาเลือกใช้จะมีความแตกต่างกันไป โดยจะคำนึงถึงวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และใช้ได้ผลกับตนเองมากที่สุด (Jalowice & Powers, 1981)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ป่วยใช้ (ตาราง 9) พบว่า ญาติผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ($M = 0.43$, $SD = 0.05$) รองลงมาคือด้านการบรรเทาความรู้สึก ($M = 0.38$, $SD = 0.05$) และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ($M = 0.19$, $SD = 0.03$) แต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเผชิญความเครียดจริงในแต่ละด้าน (ตารางที่ 5) พบว่า ด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการบรรเทาความรู้สึกมีค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงสูงกว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงเท่ากับค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ไม่ได้ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ผลการวิจัยสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา (กิตติกร นิลมนันต์, 2538; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; บุญมาศ จันทศิริผล, 2550; McKinney & Melby, 2002) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มากที่สุด รองลงมา คือ การบรรเทาความรู้สึก และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและจำเป็นสำหรับการเผชิญความเครียด (Jalowice & Power, 1981: 10-15) ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญ

ความเครียดเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำ ซึ่งจะต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด (cognitive process) หรือการประเมินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20 – 40 ปี (ร้อยละ 50.5) จัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีความสามารถคิด ไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียด จึงเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหา หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีเทียบเท่าหรือสูงกว่า (ร้อยละ 37.1) ซึ่งการศึกษาจะช่วยพัฒนาความคิด ความสามารถเพื่อให้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ในสังคม ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Jalowiec & Power, 1981: 14) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะเลือกใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาไปด้วย

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ป่วยใช้ พบว่า ญาติผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา (ร้อยละ 43) ใกล้เคียงกับด้านการบรรเทาความรู้สึก (ร้อยละ 38) ส่วนการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ (ร้อยละ 19) มีการใช้น้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน ซึ่งแบ่งการเผชิญความเครียดตามความมุ่งหมายของการใช้ ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับแหล่งของความเครียดโดยตรงหรือพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดหรือปรับอารมณ์ความรู้สึกหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์เสียใหม่ โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ซึ่งถ้าใช้แนวคิดดังกล่าวเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาแล้ว พบว่าการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึก มีจุดประสงค์ของการใช้ไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดจะเปลี่ยนไปเป็นการมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ .43 หรือร้อยละ 43 และการจัดการกับอารมณ์ (ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความรู้สึก) เท่ากับ .57 หรือร้อยละ 57 แสดงว่า กลุ่มญาติผู้ป่วยใช้การจัดการความเครียดทั้ง 2 ลักษณะแต่ในอัตราส่วนที่แตกต่างกัน โดยใช้การจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา ในสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ เพราะว่าสถานการณ์ที่ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญยังมีความคลุมเครือในอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความไม่แน่นอน ไม่อาจคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาว่าตนจะสามารถจัดการ ควบคุม

หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่สามารถปรับอารมณ์ ความรู้สึก เปลี่ยนแปลงการรับรู้ หรือยอมรับได้กับสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ไม่เกิดความรู้สึกถูกคุกคามในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย วิกฤต จึงเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ไม่มีผลกระทบต่อตนเองและบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคล จะใช้การเผชิญความเครียดลักษณะการจัดการกับอารมณ์ มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาในสถานการณ์ ความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพ และในสถานการณ์ที่ประเมินว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ เพราะต้องขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพและระบบภายในโรงพยาบาล



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้าย ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นแนวทางในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาล รามาธิบดี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2552 ถึง 31 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ศึกษาญาติผู้ป่วย 1 รายต่อ ผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 105 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งกำหนดคุณสมบัติของ กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะพักรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล
3. ไม่เคยมีประสบการณ์ญาติสายตรงเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน
4. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น สามารถเข้าใจและพูดภาษาไทยได้ รวมทั้ง สามารถตอบแบบสอบถามได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติ ผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ของ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะ วิกฤตของ อุไรพร พงศ์พัฒนามุข (2532) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการ ของญาติในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory) ของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ผู้วิจัย ทดลองใช้กับกลุ่มญาติผู้ป่วย จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 105 ราย ได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .94 และ .90 ตามลำดับ

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

4. แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ของ วรธกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004) ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มญาติผู้ป่วย จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 105 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 และ .86 ตามลำดับ

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale: JCS) ซึ่งแปลและปรับโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มญาติผู้ป่วย จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 105 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 และ .81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบที (paired t- test) ส่วนการสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ญาติผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 105 คน ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี ($SD = 13.57$) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.5) อยู่ในกลุ่มอายุ 20-40 ปี (กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้บุคคลต่อเดือนเฉลี่ย 14,149 บาท/เดือน ($SD = 13828.96$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.4) มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 63.8 ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และเทียบเท่าหรือสูงกว่า นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.2 เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า เป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 34.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.1) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล แบบเบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 72.4 รับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในระดับรุนแรงมาก และพบว่าญาติผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) ที่ทำการศึกษาทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 105 คน เก็บกลุ่มตัวอย่างได้ตามสัดส่วนที่ได้คำนวณไว้ ร้อยละ 54.29 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52 ปี ($SD = 17.07$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 28.57) อยู่ในกลุ่มอายุ 46-60 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.81) ป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด

2. ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.56 ($SD = 0.33$) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านความต้องการข้อมูลมากที่สุด ($M = 3.79$, $SD = 0.32$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ($M = 3.75$, $SD = 0.24$) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.69$, $SD = 0.43$) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือ

ผู้ป่วย ($M = 3.65$, $SD = 0.48$) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ($M = 3.30$, $SD = 0.54$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยมีความต้องการน้อยที่สุด คือ ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 3.25$, $SD = 0.55$)

ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 2.98 ($SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ด้านความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด ($M = 3.23$, $SD = 0.48$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.21$, $SD = 0.55$) ด้านความต้องการข้อมูล ($M = 3.16$, $SD = 0.60$) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 2.95$, $SD = 0.71$) ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 2.75$, $SD = 0.58$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล ($M = 2.64$, $SD = 0.60$)

เมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้านของความต้องการดังกล่าว พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ ด้านความต้องการข้อมูล ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละด้านในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. คะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 5 – 56 คะแนน ค่าเฉลี่ย 26.22 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.42 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ค่าเฉลี่ย 0.84 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.37 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดระดับน้อย

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสามารถจัดกลุ่มข้อมูลในแต่ละประเด็น พบว่า ญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่างๆ ซึ่งสามารถเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ 1) ความรู้สึกดีใจ สบายใจ คลายกังวล จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 52.38) 2) ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กังวลใจ ไม่สบายใจ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 30.48) 3) มีหลายความรู้สึกร่วมกัน (ความรู้สึกดีใจ สบายใจ ร่วมกับ ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล) จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 12.38) 4) ความรู้สึกเฉย ๆ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.86) และ 5) ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัย จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.9)

5. ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ใกล้เคียงกับด้านการบรรเทาความรู้สึก และใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ($M = 41.82, SD = 8.90, M = 36.71, SD = 7.89, M = 17.86, SD = 4.60$) ตามลำดับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ที่โรงพยาบาลรามารบดิ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่อื่นๆ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน
2. การให้ญาติผู้ป่วยนึกย้อนถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผ่านมาในระยะเวลา 1-2 วันหลังจากย้ายออก อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ไม่ได้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริง ณ ขณะที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนแนวความคิดการให้ความสำคัญแก่ญาติผู้ป่วย เนื่องจากญาติผู้ป่วยต้องเผชิญสถานการณ์ความเครียดก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จึงทำให้เกิดความต้องการมากขึ้นกว่าเมื่ออยู่ในภาวะปกติ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรับรู้และตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานี้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ญาติผู้ป่วย โดยเน้นการให้ข้อมูลโดยบุคลากรทางการแพทย์ แก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย อาจมีรูปแบบการช่วยเหลือดังนี้

- การจัดโครงการการดูแลต่อเนื่องจากไอซียูไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญได้รับทราบถึงรายละเอียดโครงการ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการให้ข้อมูล ให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการประสานงานระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม มีการรับรู้ข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์ ส่งผลให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ใกล้เคียงความจริง

- จัดทำแผ่นพับ สำหรับให้ความรู้ กับญาติผู้ป่วยในเรื่องการย้ายออกจากไอซียู กิจกรรมและการปฏิบัติตัวของญาติผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการย้ายออกจากไอซียู เพื่อให้ญาติได้รับทราบเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการย้าย

- มีการติดตามเยี่ยมภายหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อติดตาม ประเมินผล ความสามารถในการให้การดูแลของญาติผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

2. จากข้อค้นพบที่ว่า ความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการส่วนบุคคล ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย โดยอาจมีรูปแบบการช่วยเหลือ ดังนี้

- การจัดช่วงเวลาให้ญาติผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการทำกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลในบางกิจกรรมที่ญาติผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยไม่เกิดอันตรายหรือ ผลเสียต่อผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว การจัดทำอน การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกาย การป้อนอาหาร หรือ การจับมือผู้ป่วยเพื่อเป็นการปลอบใจและให้กำลังใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น

- จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอแก่ความต้องการของญาติ เช่น การจัดเก้าอี้ ให้เพียงพอให้ญาติผู้ป่วยนั่งพักบริเวณหน้าหอผู้ป่วย รวมถึง จัดเก้าอี้ให้ญาตินั่งข้างเตียงในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความเหมาะสม และมีการแนะนำถึงการให้บริการของสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ห้องน้ำ โทรศัพท์ ร้านค้าจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม และสถานที่นั่งพักผ่อน เป็นต้น

3. การประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความเครียด ควรมีการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากความต้องการและความเครียดของญาติผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการประเมินจะช่วยเป็นแนวทางให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

4. จากการศึกษาพบว่า ถึงแม้ว่าความต้องการที่ญาติต้องการมากส่วนใหญ่จะได้รับการตอบสนองในระดับต้น ๆ ก็ตาม แต่การตอบสนองที่ได้รับนั้นยังน้อยกว่าความต้องการที่มีอยู่ โดยเฉพาะในเรื่องความต้องการข้อมูลและความต้องการลดความวิตกกังวล จึงควรเน้นให้บุคลากร เห็นความสำคัญและตระหนักถึงประโยชน์ของการตอบสนองความต้องการของญาติ ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและควรมีการพัฒนาด้านทักษะการให้ข้อมูลและการกำหนดขอบเขตที่จะให้แก่ญาติผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อกันโดยตรงหรือทางโทรศัพท์ รวมทั้งการเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์ผู้ให้การ รักษาและญาติผู้ป่วย

ด้านการศึกษาพยาบาล

การจัดการเรียนการสอน ควรมีการจัดให้มีการอบรมเฉพาะ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของญาติต่อผู้ป่วยและความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต แก่บุคลากรทางการแพทย์และนักศึกษาพยาบาล เพราะการมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น จะทำให้พยาบาลมีความไวต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกของญาติ เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือ และตอบสนองต่อความต้องการของญาติได้ตรงตามความต้องการ นอกจากนี้ควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้สามารถวางแผนการย้ายและ เตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติเมื่อรับรู้ว่าคุณคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยวิกฤตจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เลือกเก็บข้อมูลในกลุ่มญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งมีแนวทางการพยาบาลและสภาพแวดล้อมที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ในระดับหนึ่ง ในขณะที่สถาบันอื่นอาจมีแนวทางการพยาบาลและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน จึงน่าจะมีการศึกษาซ้ำในสถาบันอื่นหรืออาจเก็บข้อมูลในหลายสถาบันเพื่อจะได้ความหลากหลายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อนำมาวิเคราะห์
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะที่แตกต่างกัน เช่น แรกรับ ระหว่างเข้ารับการรักษา ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและนำไปประกอบการพิจารณาจัดรูปแบบการบริการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติอย่างเป็นระบบ การจัดทำโครงการหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในช่วงก่อนเข้า ระหว่างเข้ารับการรักษา และหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

NEED, RESPONSES TO NEEDS, STRESS AND COPING OF PATIENTS' RELATIVES BEFORE TRANSFER FROM INTENSIVE CARE UNIT

จิตติมาภรณ์ พรหมรอด 4937113 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุปริดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing),
ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การอบรมดูแลบุคคลตั้งแต่ปฐมวัยจึงเป็นหน่วยในสังคมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพและความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว (Friedman, 1998; Wright & Leahey, 1994) รวมทั้งยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือบุคคลให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ไปได้ (จุฬา ภูไพบูลย์, 2541) เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้นถือเป็นภาระที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบ และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งไม่เพียงมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยแต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย (Curry, 1995; Ganglione, 1984; Gavaghan & Carroll, 2002)

บุคคลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย (Hunt, 1996; Meisel, 1991) เนื่องจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความมั่นคงของครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว (Engli & Farmer, 1993) โดยทำให้ญาติผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและบทบาทหน้าที่ของตนเพิ่มภาระงานตามปกติเพื่อรับภาระงานหรือทดแทนหน้าที่ของผู้ป่วยขณะนอนรักษาอยู่ใน

โรงพยาบาล (จิตติมา วทานิชเวช, 2540; Forrester, Murphy, Price, & Monaghan, 1991; Halm, 1990; Johnson, Craft, & Tittler, 1995; McCowry, 1992) นอกจากนี้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทำให้ญาติผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ แทนในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (จิตติมา วทานิชเวช, 2540; Convinsky et al., 1994) นอกจากนี้ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและมีลักษณะแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย

นอกจากญาติของผู้ป่วยผู้ใหญ่จะได้รับผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแล้ว ญาติของผู้ป่วยเด็กก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน โดยเมื่อเด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม จะทำให้ญาติเกิดความเครียดขึ้น เพราะเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของเด็กโดยไม่คาดคิดมาก่อน มีผลทำให้ญาติกลัวว่าเด็กจะได้รับความเจ็บปวดและเป็นอันตรายถึงชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก วิธีการรักษาพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่ารักษาพยาบาล เกิดการแยกจาก รู้สึกสับสนในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และรู้สึกสูญเสียบทบาทของตนในการดูแลเด็ก เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยเด็กต้องการการดูแลมากที่สุด แต่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ญาติกลับไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ ดังนั้น ญาติของผู้ป่วยผู้ใหญ่และญาติของผู้ป่วยเด็กจึงได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัวเช่นเดียวกัน

จากสถานการณ์ต่างๆ ที่ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ล้วนทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดของญาติสามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วยได้และมีผลทำให้การหายของโรคล่าช้าลง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2541; Mendonca & Warren, 1998; Schepp, 1991; Thompson, 1990) และอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและการดูแลตนเองของญาติ ตลอดจนความมั่นใจในการหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้เมื่อญาติผู้ป่วยประเมินว่า สถานการณ์ดังกล่าวเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง จึงต้องมีการตอบสนองเพื่อจัดการความเครียด โดยการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ เพื่อลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับตัวเองให้อยู่ในภาวะสมดุล (Jalowiec, 1988 อ้างใน ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542: 18)

จากการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการและการได้รับตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาธิบดีของ อารีย์

บุญบรรณรัตน์กุล (2538) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการน้อยที่สุดคือด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา บริบทอาจจะแตกต่างจากความต้องการของญาติผู้ป่วยในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างกันในเรื่องวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา ลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้นำระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการรักษามากขึ้น และนโยบายการเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยวิกฤตที่แตกต่างกัน รวมทั้งได้มีการคิดริเริ่มโครงการต่างๆ เช่น โครงการเสริมสร้างสายใยผูกพันแม่-ลูกในทารกกลุ่มเสี่ยง โครงการ Comprehensive nursing care in NICU: Quiet-time และโครงการ Parent support group ของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โครงการการดูแลญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่องของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมซึ่งโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้นำไปใช้ควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ญาติเกิดความพึงพอใจและสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้มากขึ้น

ในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลจะมุ่งให้ความสนใจในการเตรียมการย้ายประกอบกับภาระงานที่มาก อาจทำให้ขาดการค้นหาปัญหาของญาติ ขาดความเข้าใจในความต้องการของญาติหรือมองไม่เห็นความสำคัญในความต้องการของญาติ ทำให้ไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของญาติผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ความต้องการของญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง อาจเกิดจากพยาบาลมีการรับรู้ความต้องการที่ไม่ตรงกับความต้องการของญาติ จึงทำให้การตอบสนองไม่ตรงกับความต้องการจริงๆ (Kleinpell & Power, 1992) ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของครอบครัว และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ดังนั้นการที่จะให้การดูแลตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมแก่ญาติผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการของญาติให้ถูกต้องตรงตามความต้องการของญาติจริงๆ ซึ่งการประเมินสามารถทำได้โดยการศึกษาและวิเคราะห์ถึงความต้องการอย่างมีระบบ เช่น การใช้แบบประเมินความต้องการร่วมกับการสังเกต เป็นต้น ก็จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการและปัญหาเร่งด่วนของญาติที่เกิดขึ้น และสามารถวางแผนช่วยเหลือ แก้ไข หรือป้องกันได้ทันทั่วทั้ง (Elliott & Smith, 1985 อ้างใน อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541)

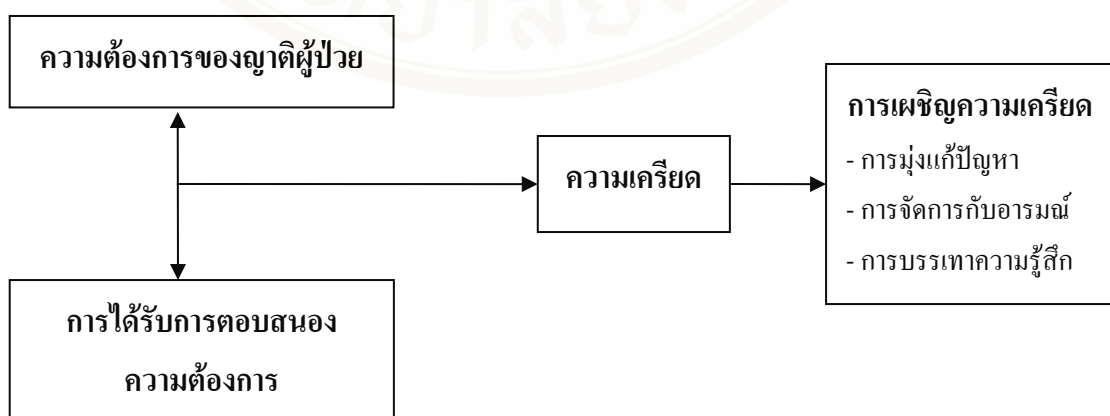
การศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในประเทศไทยส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาในช่วงระยะแรกเข้าและขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์และคณะ, 2536; ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; ธิดิมา วาทยานิช, 2540; พรทิพย์ โกศลวัฒน์, 2541; มณฑิพย์ ปฏิทัศน์, 2543;

วิมลรัตน์ ภู่วรรตน์พานิช, 2535; สุภารัตน์ ไวยชีตาและคณะ, 2542; อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2532) ซึ่งผลการศึกษาเป็นความต้องการของญาติผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม แต่ยังไม่พบการศึกษาในช่วงระยะเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งข้อมูลความต้องการของญาติก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตยังมีน้อย และอาจแตกต่างจากช่วงที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพิ่มเติม ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการและเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและบุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งเป็น การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตน และการประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ ข้อผูกพัน ความเชื่อของบุคคล และสติปัญญาของบุคคล และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความใหม่ของสถานการณ์ ความสามารถทำนาย ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือยาวนานของสถานการณ์ และความคลุมเครือของสถานการณ์ ส่วนการเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่กำลังความสามารถ (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping)

การที่บุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นเหตุการณ์ที่กระทบต่อภาวะความสมดุลของญาติ และก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งหมายถึง ญาติผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม คือ สถานการณ์ในช่วงเวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งในช่วงเวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอาจทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ เนื่องจากญาติต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหลายประการ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ขาดความสามารถในการทำนวยถึงสิ่งแวดล้อมที่ใหม่ ต้องสูญเสียความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัยเมื่อเอาเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ออกจากร่างกายผู้ป่วย ขาดการเตรียมความพร้อมในการย้ายหรือมีการย้ายแบบกะทันหัน /การย้ายในช่วงผลัดเปลี่ยนเวร จากสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความต้องการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งถ้าญาติผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ (resource) เพียงพอแก่ความต้องการ (demand) หรือได้รับการตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการ ก็จะช่วยลดระดับความเครียดได้ส่วนหนึ่ง ทำให้การรับรู้ต่างๆดีขึ้น สามารถใช้ทักษะและความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
3. เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

นิยามศัพท์

ความต้องการ หมายถึง ความประสงค์ ความปรารถนา หรือความขาดแคลนที่กระตุ้นให้เกิดการแสวงหา และการดำเนินวิธีการเพื่อให้ได้มาของญาติผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมในช่วงก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ของ อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) สามารถนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามการศึกษาของดาลี (Daley, 1984) ออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูล 3) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ด้านความต้องการส่วนบุคคล

การตอบสนองความต้องการ หมายถึง การที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในเรื่องต่างๆ จากเจ้าหน้าที่พยาบาลในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ของ อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) สามารถนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามการศึกษาของดาลี (Daley, 1984) ออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูล 3) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ด้านความต้องการส่วนบุคคล

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่ญาติผู้ป่วยประเมินการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ของ วรรณกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004)

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิดหรือการกระทำของญาติที่แสดงออกเพื่อ บรรเทา ควบคุม และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ของ โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552 ทำการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 105 ราย โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ไม่เคยมีประสบการณ์ญาติสายตรงเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน และไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น สามารถเข้าใจและพูดภาษาไทยได้ รวมทั้งสามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การจ่ายค่า รักษาพยาบาล จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย และการทราบล่วงหน้าของการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

2. **แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย** ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามซึ่ง อาร์รี่ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจ ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของ อุไรพร พงศ์พัฒนานุติ (2532) ซึ่งแปลและดัดแปลง มาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory) ของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับงานวิจัยใน ครั้งนี้ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ประกอบด้วยคำถามด้านบวกเกี่ยวกับความต้องการของ ญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 42 ข้อ ซึ่งในแบบสอบถามนี้ญาติผู้ป่วยต้องตอบ 2 ประเด็น คือ
1) ระดับความต้องการของญาติผู้ป่วย มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และ
2) การได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความ

ต้องการของญาติผู้ป่วยไปใช้กับญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .90

3. **แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย** เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดจำนวน 1 ข้อคำถาม เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ระลึกและบรรยายถึงความรู้สึกในช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีคำถามดังนี้ “ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยจะถูกย้ายออกจากไอซียู”

4. **แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียู ของ วรธกร รักอิสระ (Rak-issara, 2004) ซึ่งความวิตกกังวลเป็นภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกถูกคุกคามต่อความมั่นคง ปลอดภัย และสวัสดิภาพของตน (Robinson, 1997) ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียูมาปรับปรุงเนื้อหาพร้อมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตให้สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อใช้วัดความรู้สึกของญาติผู้ป่วยเมื่อรับรู้ผู้ป่วยได้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะของข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่า มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกตสเกล (Likert Scale) 4 ระดับ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ไปใช้กับญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .86

5. **แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด** ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของ จาโลวีก ฉบับปรับปรุงปี ค. ศ. 1988 (Jalowiec, 1988) มาใช้ โดย นิตยา สุทธยากร (2531) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ข้อคำถามใช้วัดการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึก 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกตสเกล 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ 1) การคำนวณคะแนนจริง (raw score) คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดวิธีต่าง ๆ มาก และ 2) การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก หมายถึง ญาติผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ผู้วิจัยได้นำแบบแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดไปใช้กับญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 105 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 7 หอผู้ป่วย ทุกวัน และผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ประสานงานในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อกับญาติผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ภายในระยะเวลา 1-2 วัน ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ป่วยในขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการตอบคำถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างนึกย้อนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถาม โดยเรียงตามลำดับ ดังนี้

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ

ต้องการของญาติผู้ป่วย

- ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมถึงความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ โดยมีคำถามดังนี้ “ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยจะถูกย้ายออกจากไอซียู” โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในการตอบคำถาม
- แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด
- แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบข้อใดขาดหายไปจะทำการซักถามเพิ่มเติมจนครบทุกข้อ รวมระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามประมาณ 20- 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจำแนกโดยรวม และรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t- test)
4. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ณ ช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
5. ความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
6. วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจำแนกโดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการวิจัย

ลักษณะของญาติผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 105 คน ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี (SD = 13.57) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.5) อยู่ในกลุ่มอายุ 20-40 ปี (กลุ่มตัวอย่ำน้อยที่สุด 18 ปี และ

อายุมากที่สุด 80 ปี) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 14,149 บาท/เดือน ($SD = 13,828.96$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.4) มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 63.8 ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และเทียบเท่าหรือสูงกว่า นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.2 เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า เป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 34.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.1) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล แบบเบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 72.4 รับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในระดับรุนแรงมาก และพบว่าญาติผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) ที่ทำการศึกษา มีการทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.56 ($SD = 0.33$) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านความต้องการข้อมูลมากที่สุด ($M = 3.79$, $SD = 0.32$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ($M = 3.75$, $SD = 0.24$) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.69$, $SD = 0.43$) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 3.65$, $SD = 0.48$) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ($M = 3.30$, $SD = 0.54$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยมีความต้องการน้อยที่สุด คือ ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 3.25$, $SD = 0.55$)

ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 2.98 ($SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ด้านความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด ($M = 3.23$, $SD = 0.48$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ($M = 3.21$, $SD = 0.55$) ด้านความต้องการข้อมูล ($M = 3.16$, $SD = 0.60$) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($M = 2.95$, $SD = 0.71$) ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 2.75$, $SD = 0.58$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล ($M = 2.64$, $SD = 0.60$)

เมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณารายด้านของความต้องการดังกล่าว พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการ ด้านความต้องการข้อมูล ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และความ

ต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการในแต่ละด้านในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความเครียดของญาติผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 5 – 56 คะแนน ค่าเฉลี่ย 26.22 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.42 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ค่าเฉลี่ย 0.84 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.37 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดระดับน้อย

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่เกี่ยวกับความรู้สึกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหลากหลาย ซึ่งสามารถเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ 1) ความรู้สึกดีใจ สบายใจ คลายกังวล (ร้อยละ 52.38) 2) ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กังวลใจ ไม่สบายใจ (ร้อยละ 30.48) 3) มีหลายความรู้สึกร่วมกัน (ความรู้สึกดีใจ สบายใจ ร่วมกับ ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล) (ร้อยละ 12.38) 4) ความรู้สึกเฉย ๆ (ร้อยละ 2.86) และ 5) ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 1.9)

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย

คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยเท่ากับ 96.39 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 41.82 (SD = 8.90) การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 17.86 (SD = 4.60) และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก มีคะแนนเฉลี่ย 36.71 (SD = 7.89) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเผชิญความเครียดจริงในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการบรรเทาความรู้สึกมีค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงสูงกว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้การเผชิญความเครียดสองด้านนี้ ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงเท่ากับค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ไม่ได้ใช้การเผชิญความเครียดด้านนี้ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้านเปรียบเทียบกับการเผชิญความเครียดโดยรวม 3 ด้าน โดยคำนวณค่าคะแนนสัมพัทธ์ (Relative Score) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ร้อยละ 43 รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึก ร้อยละ 38 และด้านการจัดการกับอารมณ์ ใช้น้อยที่สุด ร้อยละ 19

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณรัตน์ ลาวัณและคณะ (2547), วิมลรัตน์ ภู่วรรณพานิช (2536), อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538), อุไรพร พงศ์พัฒนานุติ (2532) และ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล (2541) อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมไทย บทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวจะมองว่าเป็นหน้าที่ของเพศหญิง เพราะเป็นเพศที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย ซึ่งเป็นที่คาดหวังของสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.5) มีอายุ 20-40 ปี (อายุเฉลี่ย 39 ปี) จึงเป็นผู้ที่มีความเป็นผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งความมั่นคงทางอารมณ์มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ป่วยที่ต้องพบกับสถานการณ์ความเครียดขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการพิจารณาแก้ไขปัญหาย่อยอย่างรอบคอบ (Siruang, 2002: 65) เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 34.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรพร พงศ์พัฒนานุติ (2532) และ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) อาจเนื่องมาจากสังคมวัฒนธรรมไทยให้ความสำคัญกับการดูแลบิดามารดาในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องตอบแทนบุญคุณบิดามารดาจึงอาจส่งผลให้กระทำบทบาทในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; Boonchalaksi, 2000; Chayawan & Siriboon, 1992)

สำหรับในด้านการศึกษานางานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีเทียบเท่าหรือสูงกว่า แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาก่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวสโตน และ โอโล (Whetstone & Olow, 1989 อ้างใน มธุรินวงศ์คำปิ่น, 2543) ที่พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ และสามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก รู้จักแสวงหาข้อมูล และซักถามปัญหา ข้อข้องใจ รวมทั้งสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา (รัตนันตนา อ้นภู, 2548; วิมลรัตน์ ภู่วรรณพานิช, 2536; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนานุติ, 2532; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541; Asoulay et al., 2001; Auerbach et al., 2005; Verhaghe et al., 2005) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่สำเร็จระดับประถมศึกษา ทั้งนี้ความแตกต่างที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งสถานที่ในการศึกษานี้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีพร้อมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ทำให้มีผู้ป่วยและญาติหลากหลายระดับเข้ามาตรวจรักษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 25.7 รองลงมา คือ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และค้าขาย/ ธุรกิจ ตามลำดับ (ตารางที่1) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการพัฒนาเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมมากขึ้น จึงทำให้อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพอันดับแรกของญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย 14,149 บาท/เดือน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สูงกว่ารายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของคนไทย ซึ่งควรมีรายได้ประมาณ 5,833 บาท ต่อคนต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี ญาติผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 63.8) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายในภาวะปกติเท่านั้น แต่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยจะต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่ารักษาพยาบาล จึงมีผลกระทบต่อความสมดุลทางการเงินของครอบครัวอย่างมาก เทิร์คและเคิร์น (Turk & Kern, 1985) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของญาติผู้ป่วยคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย

ญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 72.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสัญลักษณ์ของการมีอาการรุนแรง อันตรายทางร่างกาย และเสี่ยงต่อความตาย จึงทำให้ญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระดับรุนแรงมาก นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษาน (ร้อยละ100) มีการทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบ และแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้พัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้มีการดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติ จึงทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับการย้ายก่อนล่วงหน้า แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) จะมีการทราบล่วงหน้าในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตก็ตาม แต่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่รีบด่วนหรือกะทันหันเนื่องจากความต้องการเตียง ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัว จึงส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการย้าย

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.56 (SD = 0.33) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านความต้องการข้อมูลมากที่สุด (M = 3.79, SD = 0.32) รองลงมา คือ ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล (M = 3.75, SD = 0.24) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยมีความต้องการน้อยที่สุด คือ ด้านความต้องการกำลังใจ และระบายความรู้สึก (M = 3.25, SD = 0.55) สำหรับความต้องการด้านข้อมูล เป็นความต้องการอันดับแรกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ญาติผู้ป่วยต้องเผชิญ

กับสถานการณ์ต่าง ๆ ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และระบบการดูแล มีความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ข้างหน้า อีกทั้งพยาบาลมุ่งให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและมุ่งเน้นการรักษาชีวิตของผู้ป่วย จึงมักละเลยหรือลืมนึกถึงการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดด้านเวลา ขาดทักษะที่จะเข้าไปติดต่อกับญาติผู้ป่วยหรือขาดความเข้าใจในความต้องการของญาติผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ย่อมคุกคามต่อความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหา ซักถามข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งเป็นวิธีการปรับตัวของบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลที่อาจจะเกิดขึ้นจากความคลุมเครือให้น้อยลง จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญในความต้องการด้านข้อมูลไว้สูงเป็นอันดับแรก ดังนั้น เมื่อญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยจึงควรเตรียมความพร้อมในการย้ายให้กับญาติผู้ป่วย เพราะจะทำให้ญาติสามารถคาดคะเนหรือวางแผนในการช่วยเหลือ เพื่อที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอน เมื่อญาติได้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วจะช่วยทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งจะทำให้ญาติสามารถจัดการกับปัญหา วางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต และส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ จันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; Bijttebier et al., 2001)

ส่วนความต้องการที่ญาติผู้ป่วยต้องการน้อยที่สุด คือ ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ($M = 3.25$, $SD = 0.55$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ โกศลวัฒน์ (2541) อารีย์ บุญบรรณานกุล (2538) ที่พบว่าความต้องการด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกนั้นญาติต้องการเป็นลำดับสุดท้ายเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวของคนไทย มักจะเก็บความรู้สึกเอาไว้ภายใน ไม่แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมาให้เห็น (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้วก็ตาม แต่ญาติผู้ป่วยก็ยังคงมีความเครียด ความวิตกกังวลอยู่ จึงมีความต้องการเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ คอยให้กำลังใจ พร้อมจะรับฟังปัญหาต่าง ๆ แต่ด้วยบุคลิกภาพของคนไทยที่มักจะ ไม่แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนออกมาให้เห็น จึงไม่ต้องการระบายความรู้สึกกับพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า แต่จะระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิดที่มีความสนิทสนม และไว้วางใจมากที่สุดมากกว่า เมื่อพิจารณารายชื่อจะพบว่าความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกที่ ญาติผู้ป่วยมีความต้องการสูงสุด คือ ได้พูดคุยกับพยาบาลคนเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพูดคุยกับพยาบาลคนเดิมทุกวัน เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับญาติ ทำให้ญาติกล้าที่จะพูดคุยและระบายความรู้สึกออกมา

สำหรับผลการศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการ ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 2.98 ($SD = 0.45$) เมื่อพิจารณาการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ด้านความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด ($M = 3.23$, $SD = 0.48$) รองลงมา คือ ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

($M = 3.21$, $SD = 0.55$) ส่วนด้านที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล ($M = 2.64$, $SD = 0.60$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน แล้วพบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของความ ต้องการ แสดงให้เห็นว่า การตอบสนองที่ญาติผู้ป่วยได้รับนั้น ยังน้อยกว่าความต้องการที่ญาติผู้ป่วยมีอยู่ในทุกด้าน ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจาก ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดค่อนข้างสูง ซึ่งความวิตกกังวลนี้ อาจจะทำให้ญาติมีข้อจำกัดในการรับรู้ถึงการตอบสนองที่ได้รับ หรือเป็นผลมาจากการที่พยาบาลไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของญาติผู้ป่วย หรือพยาบาลให้การตอบสนองน้อยกว่าความต้องการที่ญาติมีอยู่จริง ประกอบกับลักษณะการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพยาบาลจะมุ่งเน้นเฉพาะงานด้านการรักษาพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปได้ทันต่อภาวะการณ์ จึงทำให้พยาบาลมีเวลาที่จะให้ความสนใจต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยน้อย (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างดี และมีเวลาสำหรับการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยค่อนข้างมาก

ความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เกิดจากสถานการณ์ในช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ในการศึกษาครั้งนี้ คะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 5 – 56 คะแนน ค่าเฉลี่ย 26.22 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.42 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าคะแนนพิสัย อยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ค่าเฉลี่ย 0.84 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.37 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยรู้สึกดีใจ สบายใจ ร้อยละ 52.38 แต่ก็ยังมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวลแฝงอยู่ด้วย ร้อยละ 30.48 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปัจจัยด้านสถานการณ์ ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่ทำให้ญาติผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความเครียด ได้แก่ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995; McKinney & Melby, 2002) ขาดความสามารถในการทำนายถึงสิ่งแวดล้อมที่ใหม่ (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995) และต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล (Chaboyer et al., 2005; Leith, 1999; McKinney & Melby, 2002) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัย ขาดข้อมูลและขาดการเตรียม

ความพร้อมในการ (Cutler & Garner, 1995; Leith, 1999) จากสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด และเกิดความต้องการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman เป็นกรอบแนวคิด (พรศิริ ใจสม, 2536; รัตนันตนา อัญญ, 2547) ซึ่งพบว่า ญาติผู้ป่วยประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษามาร่วมผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยในระดับน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษามาร่วมผู้ป่วยวิกฤตนั้น ญาติของผู้ป่วยจะต้องพบกับสถานการณ์จากความไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วย และไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการหนัก แต่ญาติผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจึงทำให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดน้อย แต่การศึกษานี้เป็นช่วงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสถานการณ์นี้ แสดงให้เห็นว่า อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต ญาติผู้ป่วยจึงรู้สึกโล่งใจ ดีใจ แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีความวิตกกังวลกับเหตุการณ์ข้างหน้า ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาว่าตนจะสามารถจัดการ ควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นข้างหน้าได้ (Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995; McKinney & Melby, 2002) ส่งผลให้ขัดขวางต่อการใช้สติปัญญา ไม่สามารถตัดสินใจได้ เพราะมีทางเลือกจำกัด หรือหมดหนทางเลือก ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด (นภดล คำเต็ม และจิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการในทุกด้านสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ญาติผู้ป่วยมีความต้องการด้านความต้องการข้อมูลมากที่สุดแต่ได้รับการตอบสนองน้อยกว่าความต้องการที่มี จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้น

นอกจากปัจจัยด้านสถานการณ์ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ที่อาจส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดในระดับน้อย ได้แก่ การที่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเนื่องมาจาก การที่เพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว จึงทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจ และเกิดความคุ้นเคย ไม่คิดว่าเป็นภาระ จึงทำให้เพศหญิง มีความเครียดในระดับน้อย อายุเฉลี่ยของญาติผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ คือ 39 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ระหว่าง 20-40 ปี (ร้อยละ 50.5) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต มีการสะสมความรู้และประสบการณ์ สามารถ ตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ (Lazarus & Folkman, 1984: 108-113) สอดคล้องกับการศึกษาของ

พรศิริ ใจสม (2547) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ญาติที่มีระดับการศึกษาคดี สามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ สามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก รู้จักแสวงหาข้อมูลและซักถามปัญหา ข้อข้องใจ ตลอดจนรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปาณิช, 2537: 35) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เซนและซาง (Chan & Chang, 1999) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปริญญาตรี เทียบเท่า หรือสูงกว่า ซึ่งจัดว่ามีการศึกษาในระดับสูง ทำให้สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหา จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับน้อย ดังนั้น ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากญาติผู้ป่วยจะดีใจและยินดีแล้ว ยังมีความรู้สึกเครียดและความวิตกกังวลของญาติแอบแฝงอยู่ด้วย (Chaboyer, Thalib, Alcorn, & Foster, 2007) ซึ่งหากพยาบาลได้ตระหนักถึงความรู้สึกเหล่านี้ ตลอดจนคำนึงถึงความต้องการการช่วยเหลือตามปัญหาที่ญาติผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ก็จะสามารถวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยพิจารณาจากคะแนนจริง อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 96.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.67 แสดงว่า ญาติผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียด เนื่องจากญาติผู้ป่วยมีความต้องการที่จะบรรเทาหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับสถานการณ์ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีทั้งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัย มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและระบบการดูแล ซึ่งญาติผู้ป่วยจะแสวงหาหนทางทุก ๆ ด้าน โดยเมื่อใช้วิธีเหล่านี้จะมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ขจัด บรรเทา หรือลดความเครียด ซึ่งวิธีการที่ญาติผู้ป่วยจะพิจารณาเลือกใช้จะมีความแตกต่างกันไป โดยจะคำนึงถึงวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และใช้ได้ผลกับตนเองมากที่สุด (Jalowiec & Powers, 1981)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ป่วยใช้ พบว่า ญาติผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึก และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ผลการวิจัยสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา (กิตติกร นิลมานัต, 2538; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; บุญมาศ จันทศิริผล, 2550; McKinney & Melby, 2002) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา

ที่สุด รองลงมา คือ การบรรเทาความรู้สึก และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและจำเป็นสำหรับการเผชิญความเครียด (Jalowiec & Power, 1981: 10-15) ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำ ซึ่งจะต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด (cognitive process) หรือการประเมินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-40 ปี (ร้อยละ 50.5) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีความสามารถคิด ไตร่ตรอง และตัดสินใจ เลือกวิธีในการเผชิญความเครียด จึงเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีเทียบเท่าหรือสูงกว่า ซึ่งการศึกษจะช่วยพัฒนาความคิดความสามารถเพื่อให้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ในสังคม ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจและสามารถวิเคราะห์เลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Jalowiec & Power, 1981: 14)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ญาติผู้ป่วย โดยเน้นการให้ข้อมูลโดยบุคลากรทางการแพทย์ อาจมีรูปแบบการช่วยเหลือดังนี้

- การจัดโครงการการดูแลต่อเนื่องจากไอซียูไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญได้รับทราบถึงรายละเอียดโครงการ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการให้ข้อมูล ให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการประสานงานระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม มีการรับรู้ข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์ ส่งผลให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ใกล้เคียงความจริง

- จัดทำแผ่นพับ สำหรับให้ความรู้ กับญาติผู้ป่วยในเรื่องการย้ายออกจากไอซียู กิจกรรมและการปฏิบัติตัวของญาติผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการย้ายออกจากไอซียู เพื่อให้ญาติได้รับทราบเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการย้าย

2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถึงความรู้สึกของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยให้ญาติผู้ป่วยนึกย้อนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลในการ

วางแผนและเตรียมความพร้อมในการย้าย การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างเป็นระบบและเพียงพอรวมทั้ง การให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดของญาติผู้ป่วยลงได้

3. การประเมินความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ และความเครียด ควรมีการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากความต้องการและความเครียดของญาติผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการประเมินจะช่วยเป็นแนวทางให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

การจัดการเรียนการสอน ควรมีการจัดให้มีการอบรมเฉพาะ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของญาติผู้ป่วยและความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต แก่บุคลากรทางการพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล เพราะการมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น จะทำให้พยาบาลมีความไวต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกของญาติ เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือ และตอบสนองต่อความต้องการของญาติได้ตรงตามความต้องการ นอกจากนี้ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้มีความสามารถในการวางแผนการย้าย เตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติเมื่อรับรู้ว่าบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยวิกฤตจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เลือกเก็บข้อมูลในกลุ่มญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ณ โรงพยาบาลรามารบิดี ซึ่งมีแนวทางการพยาบาลและสภาพแวดล้อมที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ในระดับหนึ่ง ในขณะที่สถาบันอื่นอาจมีแนวทางการพยาบาลและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน จึงน่าจะมีการศึกษาซ้ำในสถาบันอื่นหรืออาจเก็บข้อมูลในหลายสถาบันเพื่อจะได้ความหลากหลายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อนำมาวิเคราะห์

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะที่แตกต่างกัน เช่น แรกรับ ระหว่างเข้ารับการรักษาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและนำไปประกอบการพิจารณาจัดรูปแบบการบริการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติอย่างเป็นระบบ การจัดทำโครงการหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในช่วงก่อนเข้า ระหว่างเข้ารับการรักษาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

NEEDS, RESPONSES TO NEEDS, STRESS AND COPING OF PATIENTS'
RELATIVES BEFORE TRANSFER FROM INTENSIVE CARE UNIT

TITIMAPORN POMROD 4937113 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPREEDA MONKONG, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N.
(ADULT HEALTH NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

A family is the institute that has nurtured a person since primary age, thus, health and happiness of family member are very important, (Friedman, 1998; Wright & Leakey, 1994) including being a helpful resource for a person to be able to cope with various problems (Ruja Povpaiboon, B.E. 2541). When person in family gets sick it is a duty of other family members to be responsible for taking care. This illness is the condition that causes stress which does not only affect the patient but also other family members (Cury, 1995; Ganglione, 1984; Gavaghan & Carroll, 2002).

When a person has to be hospitalized especially the severe case who has to be in an Intensive Care Unit, this situation is a trigger causing stress among the patient's relatives (Hunt, 1996; Meisel, 1991). A critical illness is a threatened factor of family security as well as affecting on physical, psychological, social, economic conditions, and relationship of family members (Engli & Farmer, 1993) whereby patient's relatives have to change their lifestyles and roles/duties, to get more burden to their normal duty or to take care of the patient's duty while he/she has to be hospitalized (Forrester, Murphy, Price & Monaghan, 1991; Halm, 1990; Johnson, Craft & Titler, 1995; McClowry, 1992; Thitima Wataneeyawech, B.E. 2540). Besides,

illness of the patient also affects economic situation of the family due to the additional expenses in regard to medical treatment, travel, and other expenses, so the patient's relatives have to be responsible for various expenses while the patient gets the treatment in an intensive care unit (Convinsky et al., 1994; Thitima Wataneeyawech, B.E. 2540). While the relatives are visiting the patient at the intensive care unit they have to face with unfamiliar environment which is different from other general wards. These situations caused stress among patients' relatives.

Not only had the relatives of an adult patient received the impacts as mentioned above but also the relatives of the ill child in the pediatric intensive care unit. These relatives will have stress due to the unexpected threatened situation to the child's life. They are afraid that the child will get pain and fatal danger, be anxious about the uncertainty about the child's illness, medical treatment methods, treatment instruments, environment within the intensive care unit, treatment expense, separation, confusion about their changed roles, and feeling of losing their roles in taking care of the ill child. Because while an ill child needs a lot of care but he/she has to get care from physician and nurses but the relatives can not provide care for the child, therefore, the relatives of both the ill adult and child get some impacts from the hospitalization of their family members in the intensive care unit.

From various situations that patients' relatives have to face while the patients are hospitalized in the intensive care unit and before transfer patients from intensive care unit, the patients' relatives get stress and this stress can transfer to the patients as well as delaying the healing of their illness (Penjun Sanprasarn, B.E. 2541; Mendonca & Warren, 1998; Schepp, 1991; Thompson, 1990). Besides, the stress occurred may affect patient care provided by the medical personnel and by the relatives as well as confidence to seek resources that can help and support patient care. After the patients' relatives assessed that the situation is stressful that is threatening their own security, they have to respond to get rid of that stress by various strategies of coping modes, including problem-focused coping and emotional-focused coping. The aim of coping strategies was lower stress from the situations occurred and to adapt themselves to the balanced state (Jalowiec, 1988 cited in Parichart Silprasert, B.E. 2542: 18).

In regard to the studies carried out in Thailand about anxiety, needs and responses to needs of the relatives of the patients in an intensive care unit, the study by Aree Boonnbowornratanakul (B.E. 2538) in Ramathibodi Hospital showed that the most needs of relatives was release anxiety, the second need was information while the least ones were psychological support and releasing emotions. However, this study was carried out 10 years ago which may be different from present needs of patient relatives due to the differences of treatment methods provided, the environments of the intensive care units whereas medical instruments and materials have been developed, personnel's job characteristics, whereas primary nurse and having family members participate and make decision about patient care, and the visiting policy of the intensive care unit. Various programs were initiated, for example, Mother and Child Friendly Program for the risk group of infants, comprehensive nursing care in NICU: Quiet-time, Parent Support Group Program of the infant intensive care unit, and Program for Continue Caring Relatives of Critical Patients in Surgical Intensive Care Unit. These initiated programs have been used along with the nursing care provided with the aim to have an effective nursing care in enhancing relatives satisfaction and can provide responses to the needs of the relatives.

However, in giving a nursing care for the patient who are preparing to be transferred from the intensive care unit, the nurse will focus her interest on the transfer process. Due to many responsible duties the nurse may not find out the problems of patient's relatives so the nurse lacked understanding about the relatives' needs or did not realize the significance of those needs, therefore, the nurse could not perceive the real needs of the patients' relatives. Besides, if the needs of patients' relatives have not been responded which may due to the disagreement of nurses' perception and relatives' needs which will lead to the inconsistency between responses and the real needs (Kleinpell & Power, 1992). This situation created higher level of stress among the relatives which is an obstacle of perceiving information, maintenance of family's duty, and choosing the resources for stress coping. Therefore, in order to make the care serves the relatives' needs appropriately, it is necessary for a nurse to assess the needs of patient's relatives' correctly whereas the assessment can be made by carrying out a systematic study and analysis of the needs, for example, using a need assessment form along with observation. This assessment will help a nurse understand needs and

urgent problems of patients' relatives and be able to plan activities for helping, solving, or preventing problems timely (Elliot & Smith, 1985 cited in Ubolwan Kitirattrakarn, B.E. 2541).

Most of the studies about the needs of patients' relatives were done during the first period of hospitalization and while the patients were in the intensive care unit (Aree Bunbowornratanakul, B.E. 2538; Chantana Pongkumpun, B.E. 2537; Juthamas Punjawisut et al., B.E. 2536; Monthip Patitus, B.E. 2543; Porntip Kosulawat, B.E. 2541; Suparat Waiyacheeta et al., B.E. 2542; Thitima Wathaneewech, B. E. 2540; Uraiporn Pongspatanawuti, B.E. 2532; Wimonrat Pooworaratpanich, B.E. 2535) and whereas the results of these studies concerned with the needs of relatives during of being in the intensive care unit of the patients. But there was no this type of study carried out during transferring the patients from the intensive care unit and the study of the needs of patients' relatives before transferring the patients was very rare which may be different from the needs measured during the patients were in the intensive care unit. Thus, the researcher was interested to study relatives' needs before the transfer of patients from the intensive care unit with the aim to understand and be able to respond those needs appropriately that can lead to service satisfaction and continuing care for the patients. Therefore, the researcher was interested in studying needs, responses to needs, stress and coping by relatives before transferring patients from intensive care unit.

Theoretical Framework

Stress and coping model proposed by Lazarus and Folkman, (1984: 32-36) was used as a conceptual framework of this study. This model is focusing on a dynamic, mutually reciprocal and, bi-directional relationship of the person and the environment. There are three major concepts in this model, including stress, appraisal, and coping. Stress is defined as “a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well being” (Lazarus & Folkman, 1984: 19). Stress includes harmless, threat, and challenge, which involves the coping effort. Cognitive appraisal is “an evaluative process that determines why and to what extent a particular transaction between the person and the environment is stressful” (Lazarus & Folkman,

1984: 19). It is extended to primary and secondary appraisal. In primary appraisal, the effect of the environment even is judged by the individual to be irrelevant, benign, and positive or stressful. Secondary appraisal involves evaluation of what might be done to manage a threatening or challenging situation. Factors influencing cognitive appraisal include two components that is personal factors (commitments and beliefs) and situation factors (novelty and uncertainty event). (Lazarus & Folkman, 1984) Coping is defined as “constantly changing cognitive and behavioral effort to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus & Folkman, 1984: 141). Specific coping strategies serve to manage and alter stress (problem-focused coping) or regulate one’s emotional response (emotional-focused coping).

The illness of a family member that caused the member to be hospitalized in an intensive care unit is the condition affecting the balanced situation of the patient’s relatives as well as creating stress among relatives. The stress occurred can be explained in the form of relationship between persons and environment. The person is the relatives’ patients. This environment is the situation during the time before the transfer of patient from the intensive care unit. The relatives and the environment have a reciprocal relationship. During the period before transferring patients from intensive care unit, stressful condition will occur among the relatives due to various stressors. The stress of each person will be different accordingly with individual and environmental factors, for example, the changes of environment, lack of ability to predict the new environment, loss of familiarity with the medical personnel in intensive care unit, and the relatives have to adapt themselves with the new environment and personnel in the general ward, the change of caring system in the new situation, feeling of uncertainty about patients, illness, fear of unsafely of the patients after taking off the medical instruments and equipment, lack of information and readiness preparation for the transfer, the transfer has been done suddenly/during the changing shift. These situations created the relatives’ needs before the transfer of patients from intensive care unit. If the patients’ relatives have adequate resources for demand, these resources will help reduce relatives’ stress whereas they will have better perception and can utilize their skills and ability to cope with stress effectively. The research conceptual framework was shown in Figure 1.

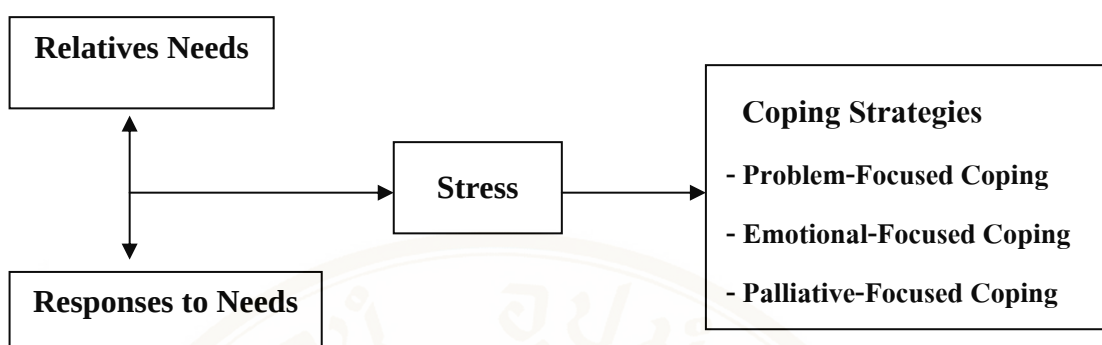


Figure 1 Conceptual Framework in this study

Research Objectives

1. To study relatives' needs and responses to needs before the transfer of patients from intensive care unit.
2. To compare needs and responses to needs of relatives before the transfer of patients from intensive care unit.
3. To study stress and coping of the relatives before the transfer of patients from intensive care unit.

Definitions of Variables

Needs of Relative refers to wants, demands, desires, or deprivation that stimulate seeking and action of patients' relatives in regard to physical and psychosocial aspects, before transferring the patients from intensive care unit. This variable was measured by using Needs and Responses to Needs of Patients' Relatives Questionnaire. The researcher has modified the questions in the Survey of Needs among Relatives of the Patients during the Critical Situation used by Aree Boonbowonratanakul (B.E. 2538) there are six area of needs as follow: 1) need to release anxiety 2) need for information 3) need to being closely with patients 4) need to being a part to help patients 5) need of psychological support and feeling expression and 6) personal needs.

Responses to Relatives' Needs refers to the receiving responses to needs by the patients' relatives from the nurses during the period before transferring the

patients from intensive care unit. This variable was measured by using the Needs and Responses to Needs of Patients' Relatives Questionnaire. The researcher has modified the questions in the Survey of Needs among Relatives of the Patients during the Critical Situation used by Aree Boonbowonratanakul (B.E. 2538) there are six area of responses of needs as follow: 1) need to release anxiety 2) need for information 3) need to being closely with patients 4) need to being a part to help patients 5) need of psychological support and feeling expression and 6) personal needs.

Relatives' Stress refers to relatives' emotional response reactions and feelings toward anxiety, suffering, frustration about the situation during the period before the transfer of patients from intensive care unit. This variable was measured by using the perceived stress questionnaire modified from the instrument for measuring anxiety before being a transferred from intensive care unit developed by Wattakon Rak-issara (2004).

Coping Strategies refers to opinions or actions of that respondents expressed to release, control, prevent or get rid of stressors during the period before transferring the patients from intensive care unit including defense mechanism aiming to recover and to be back to the balanced psychological condition. It was measured by the Coping Scale developed by Jalowiec (1988) which was translated in Thai version and modified by Nittaya Suthayakon (B.E. 2531)

Research Methodology

Population and Sampling.

This study was carried out with the patients' relatives before transfer the patients from intensive care unit, Ramathibodi Hospital, during April, 2009 to June, 2009. The samples were composed of 105 relatives who were selected purposively. The inclusive criteria were: 1) the relatives whose age was 18 years and higher, 2) who were family member of the patients; 3) who were mainly responsible for taking care of the patients and visit patients regularly; 4) who have never had experience of taking care of the patients in intensive care unit, and 5) did not have problem about hearing and vision, could be able to understand and speak Thai language and, 6) be willing to participate in the study.

Research Instruments. The instruments used for collecting data were as follows:

1. Personal Data Recording Form. The form was developed by the researcher, including sex, age, educational, occupation, the relationship with patients, income of relatives, perceived severity of patients' illness, and informed before transfer the patients from intensive care unit.

2. Questionnaire on Needs and Responses to Needs of Patients' Relatives. The researcher has modified the questionnaire used by Aree Boonbowonratanakul (B.E. 2538) which modified from the questionnaire on the Survey of Needs among Relatives of the Patients during the Critical Situation of Uraiporn Pongspatanawut (B.E. 2532) which was translated and modified from the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) developed by Molter (1979). The researcher has modified the contents of the questionnaire relevantly with is research objectives. This questionnaire composed of 42 close-ended questions about needs of the relatives of the critical patients. The sampled relatives have been asked to answer 2 aspects, 1) level of needs, whereas the answer of each statement was a 4-point-rating scale and 2) response to needs whereas the answer for each statement was a 4-point-rating scale. This questionnaire was used with 105 relatives of patients. The Cronbach Alpha Coefficient was .90.

3. The Interviewing on Relatives' Feelings. This instrument was developed by the researcher composing of one open-ended question. The relatives were asked to recall and explain their feelings during the period before transfer of patients from intensive care unit. The question was "How did you feel when you have been informed that your family members will be transferred from the intensive care unit?"

4. The Questionnaire on Perceived Stress. This instrument was modified from the instrument for measuring anxiety before being transferred from intensive care unit developed by Wattakon Rak-issara (2004). Anxiety was considered as the emotional stress condition, the feeling of being threatened on their security, safety, and welfare (Robinson, 1997). The researcher has modified the contents of this instrument for measuring anxiety, in accordance with literature review made as related to the factors causing stress. The instrument was composed of 30 statements and in

each statement; 4-point-Likert rating scale was used for answering the feeling toward the statement. The perceived stress scale was used with 105 relatives of patients. The Cronbach Alpha Coefficient was .81.

5. Questionnaire on Coping Strategies. The instrument for measuring coping behavior developed by Jalowiec (1988) was used in this study whereby the original instrument was translated to Thai version by Nittaya Suthayakon (B.E. 2531). The Thai version content validity was checked by 5 experts. The instrument composed of 36 statements and divided into 3 parts: problem-focused coping (13 statements), emotional-focused coping (9 statements), and palliative-focused coping (14 statements), with 5-Likert-rating scale provided for answering each statement. The scoring system was starting from the score of 1 for “never used” and the score of 5 for “used every time”. The score interpretation was made by using 2 methods, 1) computing raw score whereby the high score means that the relatives used many coping modes; and 2) computing relative score, if the proportion score of one aspect is high it means that the sampled relatives used that aspect most comparing to another coping modes. After the use of the coping behavior questionnaire with 105 samples, the Cronbach Alpha Coefficient was .81.

The Protection of Human Subjects

The human rights of the subject are respected in this study. The study had been approved from the Faculty of Graduate Studies of Mahidol University and committee on human rights related to researches involving human subjects from Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Eligible subject were approached to participate in the study. The researcher explained research objectives, data collection procedures, type of questionnaires, and length of time for completing the questionnaires. The subjects who agreed to participate were informed and assured that the data would be kept confidential and report anonymously. They were informed that they had a right to withdraw at anytime.

Data Collection

The researcher collected the data as the following steps:

1. The researcher checked the names of the patients who were hospitalized in 7 intensive care units everyday and collaborated with the coordinator of

each unit by making a telephone call where as the coordinator has selected the samples accordingly with the inclusive criteria set by the researcher. The selected relatives have been followed-up by the researcher until the patients have transferred from the intensive care units.

2. The researcher coordinated with the patients' relatives to get cooperation for answering the questionnaire after the patients have been transferred to the general ward within 1-2 days. The researcher met with the relatives when they came to visit the patients, introduced and informed them the research objectives, steps of data collection, expected benefits from the research, and asked them for cooperation in answering the questionnaires.

3. After the relatives agreed to participate in the research the researcher gave them the Participant Information Form explaining the research project and has them sign the informed consent form. The following activities were followed:

3.1 The samples were informed about how to answer the questionnaire by the researcher that they have to recall the situations during the period before transferring the patients from intensive care units. After the relatives understood the procedures, the administration of the questionnaires began, with the following:

- Personal Data Recording Form
- Questionnaire on Needs and Responses to Needs of Patients'

Relatives

- The researcher asked the relatives about their feelings at the period before transferring patients from intensive care unit and asked relatives their permission to record the feelings expressed. The question asked was... "How did you feel when you have been informed that your family members will be transferred from the intensive care unit?" This activity was last for 5-10 minutes.

- Questionnaire on Perceived Stress
- Questionnaire on Coping Behavior

4. After the samples finished answering the set of the questionnaires, the completeness of the questionnaires was checked. In case that some information or answers were missed, the interview was carried out again to get the complete ones. The total time for answering the questionnaires was about 20-30 minutes.

Data Analysis

The researcher set up the coding system and developed the coding manual for each set of questionnaires. Then, data analysis was followed by using programmed computer. The analysis steps were as follow:

1. Personal data of patients' relatives were analyzed by using descriptive statistics (frequency, percent, mean, and standard deviation).
2. The data regarding needs and responses to needs of relatives before transferring patients from intensive care unit, classified as the total needs and responses to needs and as a whole and by aspect, were analyzed by using descriptive statistics (mean and standard deviation).
3. The difference comparison between needs and responses to needs was analyzed as total and by aspect, by using paired t-test.
4. The data from interviewing relatives' feelings at the period before transferring patients from intensive care unit were analyzed by employing content analysis.
5. The data regarding stress of the sampled relatives were analyzed by using descriptive statistics (range, mean, and standard deviation).
6. The data regarding coping modes of the sampled relatives were analyzed as total and by aspect, by using descriptive statistics (range, mean, and standard deviation).

Research Results

Characteristics of Patients' Relatives

It was found that from the total respondents of 105, there were 63 females (60%); 50.5 percent of the samples aged 20-40 years; most of them (25.7%) were laborers, had the average income of 14,149 Baths per month (S.D. = 13,828.96); most of them (32.4%) had income less than or equal to 5,000 Baths per month; 63.8 percent thought that their income was adequate; most of the sampled relatives (37.1%) finished Bachelor degree or higher; and 96.2 percent were Buddhists. In regard to the relationship of the relatives and the patients, it was found that most of the relatives were patients' children (34.3%); and 38.1 percent of the patients received fore medical

treatment expense from the government. There were 72.4 percent of the relatives had perceived severity of patients' illness as a "very severe" level and all of the relatives (100.0%) have been informed before transfer the patients from intensive care unit.

Needs and Responses to Needs

The relative has mean score of total needs was 3.56 (SD = 0.33). The aspect of needs expressed by the relatives, ranking from the most to the least as followed: information needs (M = 3.79, SD = 0.32); anxiety release (M = 3.75, SD = 0.24); being closely with patients (M = 3.69, SD = 0.43); being a part to help patients (M = 3.65, SD = 0.48); personal needs (M = 3.30, SD = 0.54); and psychological support and feeling expression (M = 3.25, SD = 0.55), respectively.

The relative has mean score of total responses to needs was 2.98 (SD = 0.45). The aspect of responses to needs ranking from the response to needs that the most to the least as followed: anxiety release (M = 3.23, SD = 0.48); being closely with patients (M = 3.21, SD = 0.55); information needs (M = 3.16, SD = 0.60); being a part to help patents (M = 2.95, SD = 0.71); psychological support and feeling expression (M = 2.75, SD = 0.58); and personal needs (M = 2.64, SD = 0.60), respectively.

When the comparison between the mean score of needs and responses to needs was analyzed, the mean score of needs was found to be significantly higher than the mean score of responses to needs at the .001 level. According to the analysis of aspect of needs it was found that the mean score of each need of the relatives was found to be significantly higher than the mean score of each response to that need at the .001 level.

Relatives' Stress

The results of the research showed that the range score of stress among the sampled relatives was found to be 5-56 with the mean score of 26.22, standard deviation of 11.42. In regard to the mean of each item, it was found that range score of stress among the relatives was found to be 0-3 with the mean score of 0.84, standard deviation of 0.37. This finding showed that most of the relatives had a quite low level of stress.

Besides, the qualitative data concerning the relatives' feelings before transferring patients from intensive care unit showed that the patients' relatives hold

various feelings, ranking from the highest to lowest as follows: 1) glad and happy (54.29%); 2) stress, anxiety, worry, or unhappy (30.48%); 3) combination of many feelings (glad and happy along with stress and anxiety) (10.48%); 4) undecided/no feeling (2.85%); and 5) fear or unsafe (1.9%).

Relatives' Coping Strategies

The mean score of coping among the patients' relatives was found to be 96.39. When the consideration was made about each aspect of coping strategies it was found that in regard to the problem-focused coping, the mean score was 41.82 (S.D. = 8.90). The second coping strategy was the emotional-focused coping, the mean score was found to be 17.86. (SD = 4.60). The third coping strategies was palliative-focused coping, the mean score was found to be 36.71 (S.D. = 7.89). The lowest actual score of the problem-focused and palliative-focused coping was higher than the lowest feasible score. For the emotional-focused coping, the lowest actual score was found to be equal with the lowest feasible score which showed that some of the relatives did not use these coping strategies.

When the consideration was made about the proportion of the use of each coping strategies by computing relative score, it was found that the mean score of problem-focused coping was the highest (.43 or 43%), the second one was about palliative-focused coping, with the mean score of .38 or 38 percent whereas the emotional-focused coping was used least, the mean score of .19 or 19 percent.

Discussion

The samples of this study were the relatives of the patients before transfer from intensive care unit. Most of samples were a female (60%) which was agreed with the studies of Wannarat Lawung et al. (B.E. 2547), Wimolrat Pooworawutipanich (B.E. 2536), Uraiporn Ponpatanawuti (B.E. 2532), and Ubolwan Kittirattrakarn (B.E. 2541). This finding should be due to Thai culture where by female has been considered as the person whose role is the take care of family members because female is responsible for the health of family members, for both normal and ill situation. This role is considered as an expectation of a society. The highest percentage of the samples (50.5 %) age 20-40 years with the average age of 39 years.

This group is considered as being fully grown, matured, and having stable emotion whereas stable emotion is very important for the patients' relatives who have to face with stressful situation in an intensive care unit and before transfer patients from intensive care unit. Besides, these who are adult will be able to adjust themselves to the changed situation; therefore they can solve the problems carefully. (Sriruang, 2002: 65). Regarding the relationship with patients, 34.3 percent of the sampled relatives were found to be patients' children. This finding related to the studies of Uraiporn Pongpatanawit (B.E. 2532) and Aree Boonbowonratanakul (B.E. 2538). This finding may be due to the Thai culture that taking care of ill parents has been considered as the important role and responsibility of children. Children's responsibility for doing the good things for their parents is considered as being grateful to their parents which will result in performing the health care behavior with gratitude. (Boonchalaksi, 2000; Bunmas Chansirimongkol, B.E. 2550; Chayawan & Siriboon, 1992)

In regard to respondents' educational background, most of them (37.1%) were found to finish bachelor degree/ equivalent or higher, which was quite high. This finding related to the study of Whetstone & Olow (Whetstone & Olow, cited in Maturin Kamwongpin, B.E. 2543), which was found that high educated person could be able to apply this knowledge, to comprehend the things they have learned, to seek information, to ask questions, and to make use of various resources better than low educated persons. However, this finding was different from some previous studies (Aree Boonbowonratanakul, B.E. 2538; Asoulay et al., 2001; Auerbach et al., 2005; Rattana Onpoo, B.E. 2548; Ubolwan Kittirattrakarn, B.E. 2541; Uraiporn Pongpatanawit, B.E. 2532; Verhaghe et al., 2005; Wimolrat Pooworawutipanich, B.E. 2536) which was found that most of the relatives finished primary education. This finding may be due to changes of socioeconomic situation and the site of this research was a tertiary hospital which was equipment, various specialized physicians who can provide medical treatment to patients with complicated problems. Thus, a variety of patients and relatives with different socioeconomic levels come to this hospital to get medical care. It was found that the highest percentage of relatives (25.7%) earned their living as laborers and the second occupation were government/ non-government officer and trader/ business, respectively. This finding should be due to the fact that

this research was carried out in Bangkok Metropolis where the area has been developed to be an industrial community therefore labor was found to be the number one of occupation of the sampled relatives. The average income of the sampled relatives was to be 14, 149 Baht per month which was higher than the average income of Thai people as of 6,155 Baht per month (The National Statistics Office, B.E. 2550). This finding showed that the sampled relatives had good economic status. There were 63.8 percent of the relatives who indicated that their income was adequate only during the normal situation but when their family members have to be hospitalized especially in an intensive care unit the expense has been increased, for example, the cost for traveling, food accommodation, and medical treatment. Thus, illness of their family members affected their family's monetary balance. According to Turk and Kern (Turk & Kern, 1985), the illness of a person will affect the economic status of family members.

There were 72.4 percent of relatives who perceived the severity of the patients' illness at a high level. This finding should be due to the fact that the relatives perceived that being admitted in an intensive care is the symbol of severe physical illness and fatal risk, thus they had a high of perceived severity of patients' illness. Besides, it was found that all of the relatives (100%) had been informed earlier that the patients will be transferred from intensive care unit. This finding may be due to the development of the present nursing care system in which the responses to relatives' need was emphasized. The present holistic nursing care has expanded the nursing care to cover both patients and their relatives; therefore, all relatives had been informed before transfer the patients from intensive care unit. However, they have been informed before transfer but the informed action occurred urgently or in a short period of time due to the demand of beds so the relatives were not ready for the patients' transfer.

Needs and Responses to Needs

The result of the research showed that the average needs of the relatives was found to be 3.56 (SD = 0.33) when the specific dimension of needs was analyzed it was found that the need that was expressed by most of the respondents was the need for information (M = 3.79, SD = 0.32) and the second was release anxiety (M = 3.75, SD = 0.24). The need that was expressed by the lowest number of relatives was

psychological support and feeling expression ($M = 3.25$, $SD = 0.55$). The finding that the needs for information was the first priority of the relatives had experienced various situation before the transfer of patients from intensive care unit, for example, relatives have to adjust themselves to the changed environment as well as with the personal in the new ward, the change of caring system, being uncertainty about patients, lack of preparation for patients' transfer, receiving unclear information. Because the nurse paid attention to taking a good care of patients and focused on saving the patients' life, therefore, nurse ignore or forgot to give adequate patients' information. This situation may be due to the limitation of time, lack of skill to communicate with patients, or a lack of understanding about patients' needs. This situation should threaten relatives' feeling and lead to patients' information seeking behavior which was considered as self adjustment aiming to decrease their anxiety that may occur due to uncertainty. This situation made the relative prioritized the need for more information as the first rank. Therefore, when relatives visit patients the relatives should be informed about patients' transferring plan so they could be able to estimate or plan activities for assisting patients in order to decrease their uncertainty. After the relatives have been informed about patients' information, they would be able to make a plan for taking care of the patients in the future which will lead to patients' recovery (Bijttebier et al., 2001; Nipawan Samartkij and Janporn Yodying, B.E. 2541)

The lowest number of the samples expresses need was psychological support and feeling expression ($M = 3.25$, $SD = 0.55$), this finding was agreed with the studies of Ponthip Kosulwat (B.E. 2541) and Aree Boonbowonratanakul (B.E. 2538). This finding should be due to the personal characteristic of Thai people whereby most of Thai people usually hide their feeling and do not want to express their real feelings (Ubolwan Kittirattrakarn; B.E. 2541). Although the patients have passes though the critical period but the relatives still have stress and anxiety. They need some ones who can encourage them and listen to their problem. As result of personal characteristics of Thai people as mentioned earlier, they did not feel free to express their real feeling with nurse who was considered as stranger but they will talk to their closed friends/person whom they trust most. When each statement of needs mentioned was analyzed the need to talk to the same nurse was found to be the first priority of need they mentioned. It was evidenced that talking with the same nurse everyday is the best

means to develop mutual trust and familiarity with relatives which result in making the relatives feel free to talk and release their feelings.

In regard to the responses to needs, the mean score of responses to needs among the samples was found to be 2.98 (SD = 0.45). The analysis of each dimension of responses to needs showed that relatives' needs for release anxiety was found to be mostly response (M = 3.23, SD = 0.48) which the next one was the need for being closely with the patients (M = 3.21, SD = 0.55). The need that the lowest number of the relatives mentioned that has been responded was personal need (M = 2.64, SD = 0.60). The mean score of the total responses to needs and of each dimension were founded to be lower than the mean score of the total needs and of each dimension of needs of the relatives. This finding was congruent with the study of Aree Boonbowonratanakul (B.E. 2538) which was found that the total mean score and the dimensional mean score of responses to need of the relatives were lower than the total mean score and the dimensional mean score of their needs. This finding showed that patients' relatives receive lower responses to needs than their needs. This finding should be due to the high level of stress and anxiety among the relatives which may affect and relatives' perceived responses to needs. Another reason may be either nurse could not realized the real needs of relatives or nurse provided responses to needs lower than the real needs of relatives. Beside nursing care in an intensive care unit was usually focused on providing medical /nursing care relevantly with the present situation, therefore nurse paid less attention to the needs of patients. The nurse should hold good knowledge and understanding about relatives' needs before transfer of patients from intensive care unit as well as having adequate time to assess the needs of relatives.

Relatives' Stress

The mean score of stress among relatives was found to be 0.84 with the range from 0 to 3 and the standard deviation was 0.37, which was a low level of stress. This finding was related to the qualitative data was found that before transfer patients from intensive care unit 52.38 percent of relatives indicated that they fell happy while 30.48 percent had stress and anxiety. This finding should be due to the situation factors whereby the relatives consider it as a stressor. Those factors were the environmental change (Chaboyer et al., 2005a; Cutler & Garner, 1995; McKinney &

Melby, 2002); lack of ability to predict the new environment (Chaboyer et al., 2005a; Cutler & Garner, 1995) self adjustment with the new environment and health care provider in the general ward whose caring system have been changed (Chaboyer et al., 2005a; Leith, 1999; McKinney & Melby, 2002) uncertainty about the unpredictable illness, safety, lack of information, and lack of preparation for readiness (Cutler & Garner, 1995; Leith, 1999). These situations created stress and anxiety among the sample before transfer patients from intensive care unit.

Besides the situational factors, another factors regarding personal factors may affect the low level of stress among relatives was the fact that most of the relatives were found to be females. This finding was related to the study by Hannah & Morrissey (2001) which was found that female were usually taught to be careful, cautions, neat, as well as, receive careful protection. The average age of the relatives was found to 39 years whereby 50.5 percent aged between 20-40 years which was considered as an adulthood period. Age is an influential factor of stress development. Because when a person grew older he/she passes through various critical situations as well as gaining more knowledge and experiences so he/she can be able to make decision relating to the problem occurred and to adjust himself/herself with the changed environment (Lazarus & Folkman, 1984: 108-113).

Regarding the educational factor, it was found that the educated relatives could apply knowledge, understand the situation, know how to seek more information and ask questions including seeking assistance from various resource (Wimolrat Pooworawutipanich, B.E. 2536). According to the study by Chan & Chang (1999), educational level was found to relate negatively with stress ($p < .05$) which was congruent with the result of this study which was found that most of the respondents finish bachelor degree/ equivalent or higher, which was considered as a high educational level, so they were able to apply their knowledge and experiences for solving problems. This situation resulted in low level of stress among the relatives. Therefore, during the period before the transfer patients from intensive care unit, the relatives not only felt happy and glad but also had anxiety (Chaboyer, Thalib, Alcorn, & Foster, 2007). If nurse were aware of relatives' feeling including needs for assistance in accordance with the problem they were facing, they will be able to plan a

nursing care system appropriately for patients and their relatives covering physical, psychological, emotional, social, and economic aspect.

Relatives' coping

The research result showed that the coping raw score of relatives' coping strategies was quite high with the average score of 96.39 and the standard deviation was 17.67. This finding showed that the relatives had used coping model in order to relieve or lower the stress they were facing before transfer patients from intensive care unit which included uncertainty about the illness that could not be predicted in the future, non confidence about safety, and the change of environment and caring system. The relatives would seek many means to get rid of, relieve or lower stress. Various coping strategies had been used by each individual in accordance with appropriateness and ultimate outcome (Jalowice & Powers, 1981)

In regard to the proportion of coping strategies that the relatives used it was found that most of the samples used the problem-focused coping and the second was used palliative-focused coping which emotional-focused coping was used least. This finding was related to the previous studies (Boonmas Chansiriphol, B.E. 2550; McKinney & Melby, 2002; Kittikorn Nillmanut, B.E. 2538; Somruedee Sittimongkol, B.E. 2541) which was found that most of the samples used the problem-focused coping and the second was used palliative-focused coping and emotional-focused coping respectively. The problem-focused coping was considered as the effective and necessary strategies of stress coping (Jalowiec & Power, 1981: 10-15). Coping behavior is the effort that a person tries to change thoughts and actions whereby that person has to use ability and existing resource in order to get rid of the stress occurred. This coping process relates with cognitive process or cognitive appraisal (Lazarus & Folkman, 1984). Since most of the relatives aged 20-40 years (50.5%) where as this age group was considered as adult. Therefore, the relatives should be able to think exotically and to make an appropriate decision, so they decided to use the problem-focused coping. This coping strategy was aimed to control the problem or the situation that were stressor. Beside, the highest percentage of the respondents (37.1%) were found to finish bachelor degree/ equivalent or higher whereas education will help develop a person's thought and ability to understand various things in a society which

will enable a person understand things easily, analyze, and select the appropriate coping strategies (Jalowiec & Power, 1981: 14)

Recommendations

Implications of Nursing Practice

1. The result of this research can be used as the base line data for developing a caring model for patients' relatives by emphasizing on giving information by health care provider. The model can be as follows:

- Arrange a continuing care program from an intensive care unit to a general ward by developing public relations activities for nurse in both intensive care and general ward with the aim to inform them about the program's detail. Nurse should provide relatives information, assistance, including collaborative the intensive care unit and the general ward with the aim to help patients and their relatives adapt appropriately with the facing situation and perceive the up to date information. This situation will help them predict the future condition closely with the reality.
- Developing pamphlets aiming to provide relatives knowledge about the transfer of patients from intensive care unit, activities and performances of relatives before, during, and after transfer patients from intensive care unit in order to inform relatives various circumstances happened before, during, and after transfer.
- Arrange a follow up program after the patients were transfer from intensive care unit with the aim to assess as well as finding out the problems that may occur after the transfer.

2. The evaluation of needs, responses to needs, and stress should be done periodically because needs and stress of relatives will change in accordance with the change situation. This evaluation will be useful for providing appropriate assistance to the relative.

Implications of Nursing Education

In regard to nursing education, specific learning, and teaching activities should be organized in order to enhance nurse and nurses' students the importance of relative to the patients in intensive care unit as well as needs of these relatives. Because the higher level of knowledge regarding relatives' needs will help nurse be

sensitive to perceive relatives' feeling so they can provide relatives appropriate assistance and responses to the needs of relatives directly. Beside, should be arrange for nurse in order to help them be able to plan the patients' transfer patients and their relatives to be ready for transfer.

Implications of Nursing Research

1. The data of this research were collected from the relatives of the patients admitted in intensive care unit, Ramathibodi Hospital where there is a nursing guideline and environment that can serve the needs of patients and relatives in some extent while other institution may have different nursing guideline and environment. Therefore, this type of research should be carried out in other institution or the data may be collected in various institutions in order to get variety of samples for data analysis.
2. The comparative study should be carried out in regard to needs of relatives of the patients admitted in intensive care unit in different period, for example, the admission, during the treatment, before and after transfer from intensive care unit, in order to get adequate data that will be useful for develop appropriate nursing care system.
3. The study about models of nursing care to responses to needs of relatives before transfer patients from intensive care unit should be done, for example, development of a model regarding providing information to relatives systematically, development of a project or action guideline for providing continuing care for the period of before getting treatment, during the treatment, and after transfer patients from intensive care unit in order to make the nursing care more effective.

บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต. (2538). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้เอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ, สุภาภรณ์ ค้างพวง, สมพร สิริเต็มกุล, และวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ. (2536). การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. *ขอนแก่นเวชสาร*, 17(2), 33-42.
- ฉันทนา ผ่องคำพันธ์. (2537). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชญานิส ลือวานิช. (2540). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2541). *ผู้ป่วยวิกฤตกับการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ธีรณสาร.
- จิตติมา วทานิยเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). *ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(3), 40-56.
- นภดล คำเต็ม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2545). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน*. *วพวส*, 3(1), 10-19.

- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย มหิดล.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ โกศลวัฒน์. (2541). *การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลศิริราช*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 16(4), 33-43.
- พรศิริ ใจสม. (2536). *ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2543). *ความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนทิพย์ ปฏิทัศน์. (2543). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติในผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สารพร รัตนเรืองวัฒนา และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2540). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจบใหม่ระหว่างการปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพ*. *รามาศิป์พยาบาลสาร*, 3(1), 5-20.
- ยุวดี ภาษาและคณะ. (2534). *วิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- รัตนันตนา อ้นภู. (2546). *ความเข้มแข็งของตนและความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.
- วัฒนา น้ำเพชร. (2538). *คุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย*, 8(2), 1-2.

- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.
- วิมลวัลย์ วโรพาร. (2535). การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความผาสุกทั่วไปของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และ วิมลวัลย์ วโรพาร. (2542). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ไอซียู โรงพยาบาลรามาธิบดี. *รามาธิบดีวารสาร*, 5(3), 186-200.
- สุรางค์ เปื้องเดช. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 95-120). กรุงเทพฯ: วิเจ พรินติ้ง.
- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *เครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2551* Retrieved October 10, 2009, from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/indicator/indEco51.pdf>.
- หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี. *สถิติทั่วไปปี พ.ศ.2550*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เหมือนฝัน มณีฉาย. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ. *วิทยานิพนธ์ปริญญา*

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลสาธาณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล. (2538). *ความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล. (2541). *การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุไรพร พงษ์พัฒนานาฎติ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Al-Hassan, M. A., & Hweidi, I. M. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized ill patients. *International Journal of Nursing Practice*, 10(1), 64-71.

Aquilera, D. C., & Messick, J. M. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (3rd ed.). Saint Louise: The C. V. Mosby.

Auerbach, S.M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction of needs met, interpersonal perceptions of the health care team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 202-209.

Azoulay, E., Pochad, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J. R., et al. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families. *American Journal of Respiratory Critical Care Medical*, 163, 135-139.

Bailey, R. (1989). *Stress and coping in nursing*. London: Chapman and Hall.

Barbetti, J., & Choate, K. (2003). Intensive care liaison nurse service: Implementation at a major metropolitan hospital. *Austraria Critical Care*, 16, 46-48.

Bedsworth, J. A., & Molen, M. T. (1982). Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. *Heart & Lung*, 11(11), 450-456.

Boonchalaksi, W. (2000). Family size and elderly care, Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.

Brandt, M.A. (1984). Consider the patient part of a family. *Nursing Forum*, 21(1), 19-23.

- Browning, G., & Warren, N. A. (2005). Unmet needs of family members in the medical intensive care waiting room. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29(1), 86-95.
- Burr, G. (1998). Contextualizing critical family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive critical Care Nursing*, 14, 161-169.
- Cagan, J. (1988). Weaning parents from intensive care unit care. *American Journal Maternal child Nursing*, 13, 275-277.
- Chaboyer, W. (2006). Intensive care and beyond : Improving the transitional experiences for critical ill patients and their families. *Intensive Critical Care Nursing*, 22, 187-193.
- Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: current trends and future direction. *Critical Care Nursing*, 25, 16-28.
- Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K., & Foster, M. (2007). The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 362-369.
- Chamber, M. Ryan, A. A., & Conner, S. L. (2001). Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 99-106.
- Chan, K. S., & Twinn, S. (2007). An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adult with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 185-193.
- Chui, W. Y-Y., & Chan, S. W-C. (2005). Stress and coping of Hong Kong family members during a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 372-381.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Collin, E. G., White-William, C., & Jalowiec, A. (1996). Spouse stressors while awaiting heart transplantation. *Heart & Lung*, 25(1), 4-12.
- Coyle, M.A. (2001). Transfer anxiety: preparation to leave intensive care. *Intensive Critical Care Nursing*, 17, 138-143.
- Covinsky, K. E., Goldman, L., Cook, E. F., desbiens, N., Redings, D., Fulkerson, W., Connors, A. F., Lynn, J., & Phillips, R. S. (1994). The impact of serious illness on patient's families. *JAMA*, 273, 1893-1894.

- Curry, S. (1995). Identifying family needs and stresses in the intensive care unit. *British Journal of Nursing*, 4(1), 15-19.
- Cutler, L., & Garner, M. (1995). Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 11, 333-335.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung*, 13(5), 231-237.
- Dunbar, S. B., & Mclain, R. M. (1993). Family care. In M. R. Kinney, D. R. Packa, & S. B. Dunbar (Eds.), *AACN's clinical reference for critical care nursing* (pp 411-425). St. Louis: Mosby.
- Elliott, J., & Smith, D. R. (1984). Meeting family needs following severe head injury: A multidisciplinary approach. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 17(2), 111- 113.
- Engli, M., & Farmer, K. K. (1993). Needs of family members of critically ill patients with and without brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25(4), 78-85.
- Forrester, D. A., Murphy, P. A., Price, D. E., & Monaghan, J. F. (1991). Critical care family needs: Nurse- family member confederate pairs. *Heart & Lung*, 19(6), 656-661.
- Friedman, M. M. (1998). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice* (4th ed.). Connecticut: Appleton & Lang.
- Gaglione, K. M. (1984). Assessing and intervention with families of CCU Patient. *Nursing Clinics of North America*, 19(9), 427-432.
- Gardner, H., Peirson, J., & Watts, R. (2005). How do critical care nurses define the discharge planning process?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 39-46.
- Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimens Critical Care*, 21, 64-71.
- Gillis, C. L., Highley, B. L., Roberts, B. M., & Martinson, I. M. (1989). *Toward a science of family nursing*. Menlo Park: Addison Wesley.
- Gustad, L., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2005). Performance of the faces anxiety scale in patients transferred from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 355-360.
- Hall-Smith, J., Ball, C., & Coakley, J. (1997). Follow-up services and the development of a clinical nurse specialist in intensive care. *Intensive Critical Care Nursing*, 13, 243-248.

- Halm, M. A. (1990). Effect of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung, 19*, 262-270.
- Halm, M. A. (1993). Behavioral responses of family members during critical illness. *Critical Nursing Research, 2*, 414- 437.
- Hamp, S. O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research, 24*(3), 113-120.
- Hickey, M. (1993). Psychosocial needs of families. In J. M. Clochesy, C. Breu, S. Cardin, A. A. Whiattaker, & E. B. Rudy (Eds.), *Critical care nursing* (pp 91-101). Philadelphia: W. B. Saunders.
- _____. (1996). Psychosocial needs of families. In J. M. Clochesy, C. Breu, S. Cardin, A. A. Whiattaker, & E. B. Rudy (Eds.), *Critical care nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Holden, J., Harrison, L. & Johnson. (2002). Families, nurse, and intensive care patients: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 11*, 140-148.
- Hunt, J. (1996). Non-physical needs. In C. Viney (Eds.), *Nursing the critical ill* (pp 294-315). Bailliere Tindall: London.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Walz, & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcome: Vol 1 Measuring client outcomes* (pp 287-308). New York: Springer.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1981). Stress and coping in hypertension and emergency room patients. *Nursing Research, 3*(1), 10-15.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Power, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research, 33*(3), 157-161.
- Johansson, I., Hildingh, C., & Fridlund, B. (2002). Coping strategies when an adult next- of-kin/ close friend is in critical care: A grounded theory analysis. *Intensive and Critical Care Nursing, 18*, 96-108.
- Johnson, S. K, Craft, M., & Titler, M., Halm, M., Kleiber, C., Montgomery, L. A., Megivern, K., Nicholson, A., & Buckwalter, K. (1995). Perceived changes in adult family members'roles and responsibilities during critical illness. *Journal of Nursing Scholarship, 27*, 238-242.

- Jones, C., & O'Donnell, C. (1994). After intensive care—what then?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, 89-92.
- Johnston, K. (1986). A comparison of the nurse's perception of the priority needs of the spouse as they relate to those identified by the spouse. *Heart & Lung*, 15, 305-306.
- Jung, C. & Coyer, F. (2007). Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: A case study approach. *Nursing and Health science*, 9, 48-53.
- Keogh, S. (2001). Parent's experiences of the transfer of their child from the PICU to the ward: A phenomenological study. *Nursing Critical Care*, 6, 7-13.
- Kleinpell, R. M. (1991). Needs of families of critically ill patients: A literature review. *Critical care nurse*, 11(8), 34-40.
- Kleinpell, R. M., & Power, M. J. (1992). Needs of family members of intensive care unit patients. *Applied Nursing Research*, 5(2), 2-8.
- Knowles, M. (1990). *The adult learning: A neglected species* (4th ed.). Houston: Gulf Publishing.
- La'Montagne, L., & Pawlak, R. (1990). Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. *Heart & Lung*, 19(4), 416-422.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, Y. M., Chien, B. N., & Mackenzie, A. E. (2004). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 6-16.
- Lee, L. Y-N. & Lau, Y.L. (2003). Immediate need of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.
- Leith, B. A. (1998). Transfer anxiety in critical care patients and their family members. *Critical Care Nurse*, 18(4), 24-32.
- _____. (1999). Patients' and family members' perception of transfer from intensive care. *Heart & Lung*, 28(3), 210-218.
- Leske, J. S. (1992). Needs of adult of family members after critical illness: prescriptions for interventions. *Critical Care Nursing*, 4, 587-596.
- Lethbridge, B., Somboon, O., & Shea, H. L. (1976). The transfer process. *Critical Care Nursing*, 6, 39-40.
- Lynn-McHale, D. J., & Bellinger, A. (1988). Need satisfaction levels of family member of critical care patients and accuracy of nurses' perceptions. *Heart & Lung*, 17(7), 447-453.

- Mathis, M. (1984). Personal need of family member of critically ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 16(2), 36-44.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 35(5), 367-376.
- McClowry, S. G. (1992). Family functioning during a critical illness: A systems theory perspective. *Critical Care Nursing*, 4, 559-564.
- McKinney, A. A., & Deeny, P. (2002). Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients experience. *Intensive Critical Care Nursing*, 18, 320-331.
- McKinney, A. A. & Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care: A review of the literature. *Journal of Crinical Care Nursing*, 11, 1149-157.
- McShane, R. (1991). Family theoretical perspectives and implications for nursing practice. *AACN Critical Issue*, 2, 210-219.
- Mendoca, D., & Warren, N. A. (1998). Perceive and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21, 588-68.
- Meisel, M. (1991). Psychosocial implication in care of the critically ill patient and family. In J. T. Dolan (Eds.), *Critical management though the nursing process* (pp. 14-30). Philadelphia: F. A. Davis.
- Miles, M. S. (1989). Parents of critical ill premature infants: Source of stress. *Critical Care Nursing Quatery*, 12(3), 69-74.
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing Health Science*, 5, 207-217.
- Mitchell, M. L. & Courtney, M. (2005). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 223-231.
- Mitchell, M. L. & Courtney, M. (2005). Improving transfer from the intensive care unit: the development, implement and evaluation of a brochure based on Knowles' Adult Learning Theory. *International Journal Nursing Practice*, 11, 257-268.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 8(4), 332-339.

- Norheim, C. N. (1989). Family needs of patients having coronary artery by pass graft surgery during the intraoperative period. *Heart & Lung, 18*(11), 622-626.
- Norris, L. O., & Grove, S. K. (1986). Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patient. *Heart & Lung, 15*(3), 194-199.
- O'Malley, P., Favaloro, R., Anderson, B., Anderson, M. L., Siewe, S., & Benson- Laudan, M.(1991). Critical care nurse perception of family needs. *Heart & Lung, 20*(2), 189-201.
- Plowright, C. I. (1995). Needs of visitor in the intensive care unit. *British Journal Nursing, 4*, 1081-1083.
- Polit, D., & Hungler, B.P. (1991). *Nursing Research: Principle and Method* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prowse, M. D. (1984). Needs of family members of patients as perceived by family members and nurse and intensive care unit: An exploratory study. *Heart & Lung, 13*(5), 310-311.
- Rak-issara, W. (2004). The effects of the ICU transferred preparation program for opened heart surgery patients on transfer anxiety. Unpublished master thesis in nursing science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Rasie, S. M. (1980). Meeting families' needs helps you meet icu: Patients' needs. *Nursing, 10*(7), 25-32.
- Rodgers, C. D. (1983). Needs of relatives of cardiac surgery patients during the critical care phase. *Focus on Critical Care, 10*(10), 50-53.
- Rogers, P. M., & Kreutzer, J. S. (1984). Family crises following head injury: A network intervention strategy. *Journal of Neurological Nursing, 13*(5), 238-242.
- Roland, P., Russell, J., Richards, K. C., & Sullivan, S. C. (2001). Visitation in critical care: Process and outcome of performance improvement initiative. *Journal of Nursing Care Quality, 15*, 18-26.
- Ruppert, S. D., & Meisel, M. (1996). Psychosocial implications in the care of the critically ill patient and the family in critical care. In S. D. Ruppert, J. G. Kevnicki, & J. T. Dolan (Eds.), *Critical care nursing: Clinical management though the nursing process* (2nd ed). Philadelphia: F. A. Davis.

- Saarmann, L. (1993). Transfer out of critical care: freedom or fear? *Critical Care Nursing Quarterly*, 16, 78-85.
- Schactman, M. (1989). Transfer stress in patients after myocardial infarct. *Focus Critical Care*, 14, 34-37.
- Schepp, K. G. (1991). Factor influencing the coping effort of mothers and hospitalized children. *Nursing Research*, 4, 42-46.
- Selye, H. (1976). *The stress of life* (2nd ed). McGraw- Hill: New York.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). *Stress, caregiving demand, and coping of caregivers of Parkinson's patients*. Unpublished doctoral dissertation in nursing science, University of Alabama, Birmingham, USA.
- Sriruang, A. (2002). *Marital relationship and paternal developmental tasks during the wife's pregnancy*. The degree of Master of Nursing Science (Maternal and Newborn Nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Stillwell, S. B. (1984). Importance of visiting needs as perceived by family members of parents in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 17(4), 314-315.
- Takman, C., & Severinsson, E. (2006). A descriptive of healthcare providers' perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 228-238.
- Taylor, M. C. (1991). The need for self- esteem. In H. Yura & M. B. Walse (Eds.), *Human needs and the nursing process*. Norwalk: Appleton Century.
- Thompson, E. D. (1990). *Introduction of maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V. Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501-509.
- Wanichapichat, R. (2000). *Stress, coping resources, and constraints utilizing coping resources of relatives of adult patients in the ICU*. Unpublished master thesis in nursing science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1994). *Nurse and families: A guide to family assessment and intervention* (2nd ed). Philadelphia: F. A. Davis.
- Yeh, M. L., Gift, A. G., & Soeken, K. L. (1994). Coping in spouses of patients with acute myocardial infarction in Taiwan. *Heart & Lung*, 23(2), 106-111.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย
3. แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย
4. แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด
5. แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับญาติผู้ป่วย

ข้อมูลชุดที่.....

วัน/ เดือน/ ปี.....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ตามลักษณะที่เป็นจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. อาชีพ () ค้าขาย, ธุรกิจ () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () นักศึกษา
() เกษตรกรรม (ทำนา, ทำสวน, ทำไร่, เลี้ยงสัตว์)
() อื่นๆ ระบุ.....
4. รายได้ บาท/เดือน: () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
5. ระดับการศึกษา () ไม่ได้รับการศึกษา
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
() ปริญญาตรี และเทียบเท่าหรือสูงกว่า
6. ศาสนา
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย () บิดา มารดา
() คู่สมรส
() บุตร
() อื่นๆ ระบุ.....
8. สิทธิในการรักษาพยาบาล
() จ่ายเองทั้งหมด
() เบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด
() เบิกค่ารักษาได้ส่วนหนึ่ง
() สังกศสมเคราะห์
() อื่นๆ ระบุ.....

9. ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตครั้งนี้เป็นครั้งที่

() ครั้งแรก

() ครั้งที่..... (โปรดระบุ)

10. การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

() รุนแรงมาก

() รุนแรงปานกลาง

() รุนแรงน้อย

11. การทราบล่วงหน้าของการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

() ทราบล่วงหน้า

() ไม่ทราบล่วงหน้า

แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม 45 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 2 ส่วน คือ ระดับของความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งเป็นข้อความแสดงถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของท่านในฐานะญาติผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 เป็นระดับความต้องการของท่านในฐานะญาติผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

- | | | |
|-----------------|-------------|--|
| ต้องการมาก | (4) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นท่านมีความต้องการมาก |
| ต้องการพอควร | (3) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นท่านมีความต้องการพอควร |
| ต้องการเล็กน้อย | (2) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นท่านมีความต้องการเล็กน้อย |
| ไม่ต้องการเลย | (1) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่มีความต้องการเลย |

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ โดยให้ท่านเลือกตอบเพียง 1 ช่องต่อ 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-------------|-------------|--|
| ได้รับมาก | (4) หมายถึง | ความต้องการนั้นท่านได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ |
| ได้รับพอควร | (3) หมายถึง | ความต้องการนั้นท่านได้รับการตอบสนองพอควร |
| ได้รับน้อย | (2) หมายถึง | ความต้องการนั้นท่านได้รับการตอบสนองเพียงเล็กน้อย |
| ไม่ได้รับ | (1) หมายถึง | ความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนองเลย |

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ โดยให้ท่านเลือกตอบเพียง 1 ช่องต่อ 1 ข้อ

แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

ความต้องการ	ระดับความต้องการ				การตอบสนองความต้องการ			
	ไม่ต้องการ	ต้องการเล็กน้อย	ต้องการพอควร	ต้องการมาก	ไม่ได้รับ	ได้รับน้อย	ได้รับพอควร	ได้รับมาก
1. ได้รับความหวังว่า ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น								
2. ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย								
3. ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด								
4. ทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อไปอย่างไร								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
38. มีห้องน้ำอยู่ใกล้ๆ ที่พักรอเยี่ยม								
39. มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม								
40. มีโทรศัพท์ใกล้ๆ ที่พักรอเยี่ยม								
41. มีอาหารดีๆ จำหน่ายในโรงพยาบาล								
42. มีคนช่วยเหลือท่านในปัญหาด้านการเงิน								

แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง: ขอให้คุณนึกย้อนถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต กรุณาเล่าให้ฟังตามความรู้สึกที่แท้จริงเพื่อตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อได้ทราบว่าผู้ป่วยจะถูกย้ายออกจากไอซียู



แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของท่านที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ท่านคิดว่าเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ลงในช่อง (✓) เพียงคำตอบเดียว หลังข้อความต่อไปนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ไม่เคยเกิดความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
 มีบ้าง หมายถึง เกิดความรู้สึกตามข้อความนั้นเล็กน้อย
 มีค่อนข้างมาก หมายถึง เกิดความรู้สึกตามข้อความนั้นค่อนข้างมาก
 มีมากที่สุด หมายถึง เกิดความรู้สึกตามข้อความนั้นมากที่สุด

ความรู้สึก	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าคุณติของฉันอาจมีอาการแย่ลง เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากไอซียู				
2. ฉันรู้สึกว่าคุณติของฉันไม่ปลอดภัย เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากไอซียู				
3. ฉันรู้สึกว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับคุณติของฉันได้ เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากไอซียู				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
28. ฉันรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่ไม่ใช่ไอซียู				
29. ฉันรู้สึกกังวล เพราะไม่รู้ว่าหอผู้ป่วยที่จะย้ายไปอยู่จะมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่เพียงพอเหมือนในไอซียูหรือไม่				
30. เมื่อคุณติของฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับการจะย้ายออกจากไอซียู ทำให้ฉันรู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น				

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม 36 ข้อ เป็นแบบสอบถามถึงวิธีการที่ท่านใช้ขณะที่ท่านรู้สึกเครียด ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นนานๆ ครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเกือบทุกครั้งที่คุณรู้สึกเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบ ทุกครั้ง
1. กังวลใจ					
2. ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย					
3. หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น					
4. วางแผนต่อปัญหาโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลงกว่านี้ก็ได้					
.....					
.....					
.....					
.....					
34. กำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหา					
35. ปลอบใจตนเองว่า“อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น”					
36. ยอมรับในสิ่งที่ที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริง ๆ					

ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ	ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
ชื่อผู้วิจัย	นางสาว จิตติมาภรณ์ พรหมรอด
สถานที่วิจัย	หอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 7 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามารับดี
บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	
ชื่อ/นามสกุล	นางสาว จิตติมาภรณ์ พรหมรอด
ที่อยู่	หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SIC) งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และออร์โธปิดิกส์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 083-6187932 E-mail address: g4937113@student.mahidol.ac.th
ชื่อ/นามสกุล	ผศ. ดร. สุปรีดา มั่นคง
ที่อยู่	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และ ออร์โธปิดิกส์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02-201-1510
ชื่อ/นามสกุล	รศ. ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม
ที่อยู่	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02-201-2343
ผู้สนับสนุนการวิจัย	ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

บุคคลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งไม่เพียงมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยแต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย และภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการคงที่ แพทย์จะอนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ซึ่งการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติประเมินว่าเป็นความเครียดซึ่งความเครียดทางอารมณ์ของญาติสามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วยได้และมีผลทำให้การหายของโรคช้าลง และอาจส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองของญาติ ตลอดจนความมั่นใจในการหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ประเด็นที่ได้จากท่านจึงสำคัญยิ่งในการช่วยวางแผนทางในการดูแลช่วยเหลือญาติผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
3. เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะมีขั้นตอนในการวิจัยเกี่ยวข้องกับท่าน คือ ท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 4 ชุด โดยเริ่มจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
2. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในการสัมภาษณ์ จะดำเนินการในสถานที่ที่เตรียมไว้เพื่อที่จะสามารถตอบคำถามได้สะดวกและเป็นส่วนตัว ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและ

การสัมภาษณ์ของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำไปใช้ในการสร้างรูปแบบการให้การดูแลช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ และยังเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนจัดระบบงาน การบริหารงานและสนับสนุนเพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งท่านจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ท่านอาจจะสูญเสียความเป็นส่วนตัวและเวลาบ้าง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย ทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้ที่จะสามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้ นอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน ชั้น 3 สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัย และสวัสดิการ โทรศัพท์ 02- 2011544 ในเวลาราชการ

ภาคผนวก ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียด
ของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ชื่อผู้วิจัย นางสาว จิตติมาภรณ์ พรหมรอด

* ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของ
โครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบัง
ซ่อนเร้น และยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ญาติของข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะ
เปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

**แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ที่ได้รับการบอกเล่าและเต็มใจ
(Informed Content Form)**

การวิจัยเรื่อง ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญ
ความเครียด ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

วันให้ความยินยอม วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และม
ความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัย
นี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวผู้ป่วยและข้าพเจ้าที่จะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผย
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งโดย
ไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... (ญาติผู้ป่วย)

ลงนาม..... (ผู้วิจัย)

ลงนาม..... (พยาน)

ลงนาม..... (พยาน)



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๒๒๘

ชื่อโครงการ	ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญ ความเครียด ของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒-๕๒-๑๗ ช
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวฐิติมาภรณ์ พรหมรอด
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา เสดชิงกิ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๑๗ มีนาคม ๒๕๕๒



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จวค ๕๐๓/๒๕๕๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางสาวจุติมากรณ์ พรหมรอด

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความเครียด และการเผชิญความเครียด
ของญาติผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๒-๕๒-๑๑ ย

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการฯ แล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๔๔
คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงร่างวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงร่างวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงโครงร่างการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่าง
วิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำ
ไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งข้อมูลยังคณะกรรมการฯ เพื่อออก
หนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information
Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเข้าใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้
ด้วยทุกครั้ง

“ ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น ๓ สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๕๕๔๔ ในเวลาราชการ ”

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์
ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกของญาติผู้ป่วย และแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านดังนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน

วท.ม. (พยาบาลและผดุงครรภ์) วท. ม. (พยาบาล) Ph.D. (Nursing)

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์

วท.ม. (พยาบาลและผดุงครรภ์) Ph.D. (Nursing)

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณ อารีย์ บุญบวรรัตนกุล

วท.ม. (พยาบาลและผดุงครรภ์) พย. ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว จิตติมาภรณ์ พรหมรอด

วัน เดือน ปีเกิด 15 กรกฎาคม 2524

สถานที่เกิด จังหวัด ราชบุรี

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2544-2547
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2552
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ตำแหน่ง พ.ศ. 2547-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ
 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ที่ทำงาน: หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SIC)
 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่บ้าน: 32/3 หมู่ 6 ตำบล บ้านเลื่อ อำเภอบัวชุม
 จังหวัดราชบุรี 70120

E-mail: tttmp@sanook.com