

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ



นิรมนต์ เหลาสุภาพ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

นิพนธ์ เหล่าสุภาพ

นางสาวนิรมนต์ เหล่าสุภาพ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา มั่นคง,

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา มั่นคง,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2556

นิรมนต์ เหล่าสุภาพ

นางสาวนิรมนต์ เหล่าสุภาพ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภาพร จินันทยา,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา มั่นคง,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออโรปิติกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง และให้ความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา ที่ได้ให้ข้อ คิดเห็นและคำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ และผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ คุณรุ่งทิพย์ พงษ์เจริญวิญญู และคุณศิริพร ซึ่งถาวร ที่ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรณรงค์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช ที่ให้ทุนรวมทั้งเวลาสำหรับการศึกษาระดับปริญญาโท และขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมชั้น 5 และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ทำให้การศึกษากครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่น้อง เจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโท โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ และขอขอบคุณมิตรจิตของเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่าน รวมทั้งผู้ที่มิได้เอ่ยนามในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ มอบความห่วงใย และความปรารถนาดีแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

นิรมนต์ เหลาสุภาพ

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ
EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM FOR RELATIVES OF CRITICAL ILL
PATIENTS ON RELATIVES' STRESS

นิรมนต์ เหล่าสุภาพ 5236608 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING),
ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ one group pretest-posttest design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อการลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีภาวะวิกฤตของอิกิลเล่ร่าเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานาน หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2554 จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต พร้อมคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบที และการทดสอบวิลคอกซอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียด ส่งผลให้ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการความเครียด/ ความเครียด/ ญาติผู้ป่วยวิกฤต

EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM FOR RELATIVES OF CRITICAL ILL PATIENTS ON RELATIVES' STRESS

NIRAMON LHAOSUPAB 5236608 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)

ABSTRACT

The present study was quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design that aimed at investigating the effects of a stress management program for relatives of critically ill patients on relatives' stress. The crisis theory of Aguilera (1998) was employed as the conceptual framework of the study. The sample was selected by means of purposive sampling. They were 30 relatives of critically ill patients who were admitted into the surgical intensive care unit of a tertiary hospital from July to November 2011. The subjects received the stress management program for relatives of critically ill patients developed by the researcher. The instruments used in data collection consisted of a demographic characteristics questionnaire and the stress of relatives of critically ill patient questionnaire. Data were analyzed by means of descriptive statistics, t-test, and Wilcoxon signed-rank test. The study findings revealed that the subjects' mean score of stress obtained after participation in the program was lower than that obtained before participation in the program with statistical significance at the .001 level. The findings of this study could be used as a guideline to develop nursing care quality to respond to needs of relatives of critically ill patients to help them cope with stress, thus enabling them to more effectively and appropriately provide care to respond to the needs of patients and their family.

KEY WORDS: STRESS MANAGEMENT/ STRESS/ RELATIVES OF CRITICALLY ILL PATIENTS

151 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปร	9
นิยามคำศัพท์	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
2.1. การเจ็บป่วยภาวะวิกฤต	11
2.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤต	13
2.3 ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต	22
2.4 แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต (Crisis theory)	25
2.5 การจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต	33

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย
	45
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
	45
	การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	46
	รูปแบบการวิจัย
	47
	สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล
	47
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
	48
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
	53
	การเก็บรวบรวมข้อมูล
	54
	การวิเคราะห์ข้อมูล
	57
บทที่ 4	ผลการวิจัย
	58
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต
	58
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย และข้อมูลความ
	61
	รุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต
	ส่วนที่ 3 ความเครียดและการเปรียบเทียบระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต
	64
บทที่ 5	การอภิปรายผลการวิจัย
	71
	กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต
	71
	ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต
	73
	ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต
	74
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
	79
	การดำเนินการวิจัย
	80
	การวิเคราะห์ข้อมูล
	81
	ผลการวิจัย
	82
	ข้อจำกัดในการวิจัย
	82
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
	82

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	84
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	100
รายการอ้างอิง	118
ภาคผนวก	124
ประวัติผู้วิจัย	151

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 30)	59
4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย (N = 30)	61
4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของ การเจ็บป่วยวิกฤตระหว่าง วันแรกรับและวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้สถิติ Paired t-test (N= 30)	64
4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการ ความเครียดโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N= 30)	65
4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม (N = 30)	66
4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านจิตใจของญาติ (N = 30)	67
4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย (N = 30)	69
4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านสภาพแวดล้อม (N = 30)	70

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1	แสดงจอมอนิเตอร์	144
2	แสดงเครื่องช่วยหายใจ	145

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2.1 ความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับตัวของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อเหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย (ปรับมาจาก Aguilera, 1998)	32
3.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	56

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีความเสี่ยงสูง และคุกคามต่อชีวิต เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด จากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบของร่างกายที่สำคัญ หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการ การรักษาและการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จากบุคลากรทีมสุขภาพ ที่มีความรู้ และทักษะ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (The American Association of Critical care Nurses: AACN, 2005) ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลในหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีความซับซ้อน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลในระยะวิกฤตเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่พยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงและคุกคามชีวิต ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน จากการใช้อุปกรณ์และสายสอดใส่ในร่างกายต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อระบายทรวงอก การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ เป็นต้น และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีสัญญาณแสงและเสียงจากเครื่องมือตลอดเวลา กลิ่นรบกวนจากน้ำยาและสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ รวมถึงมีการกำหนดกฎระเบียบและจำกัดการเยี่ยมทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546)

ครอบครัวเป็นหน่วยที่ผูกพัน ใกล้ชิดซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดปัญหากับสมาชิกบุคคลใด ในครอบครัวก็จะส่งผลกระทบไปยังบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยด้วย เพราะหน้าที่ของครอบครัวจะต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งเมื่อสุขภาพดีและเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤต ญาติจะมีหน้าที่บทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรัก ความอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยวิกฤต ส่งผลให้

ผู้ป่วยพื้นหายโดยเร็ว (รูกา ภูไพบูลย์, 2541) และจากการศึกษาของวารุณี บัวมีรูป (2551) พบว่าในครอบครัวที่ผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเช่น คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร ผลกระทบต่อญาติจะมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของแม็กอดัมและพันทิลโล (McAdam & Puntillo, 2009) และแม็กอดัมและคณะ (McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010) พบว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงทำให้ผลกระทบต่อญาติมากขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเลสเก (Leske, 2003) พบว่าถ้าสมาชิกในครอบครัวประสบอุบัติเหตุรุนแรง หรือต้องได้รับการผ่าตัดอย่างรีบด่วนจะส่งผลกระทบต่อญาติมากทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้นในบทบาทพยาบาลนอกจากจะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว จะต้องให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤตด้วย เพื่อให้ญาติมีศักยภาพในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาตินั้นมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยทางด้านร่างกายคือ อาการหรืออาการแสดงจากความวิตกกังวล และความเครียด ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง และระบบขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม ด้านจิตอารมณ์ คือ ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้าโศก และอาการซึมเศร้า ด้านสังคม คือ บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป การทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นลดลง คุณภาพชีวิตลดลง และทางด้านเศรษฐกิจคือสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ค่าอาหาร ค่าที่พักในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน (พิกุล เจริญสุข, 2549; McAdam et al., 2010) จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของญาติเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อญาติในการแสดงบทบาทการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยลดลง ดังนั้นญาติจึงมีการตอบสนองโดยมีความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อที่จะมาลดผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553)

ความต้องการการตอบสนองของญาติผู้ป่วยวิกฤตในด้านต่าง ๆ เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการที่มากที่สุด คือความต้องการลดความวิตกกังวล (จิราพร ดันติวงศ์พิศาล, 2547) ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความรุนแรง คุณภาพชีวิตผู้ป่วย ญาติจึงวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาพยาบาลของ ผู้ป่วย กลัวผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) โดยญาติต้องการมีความหวังว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรืออาการดีขึ้น ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และต้องการทราบการพยากรณ์โรคและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ตรงตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่องทุกวัน

เพื่อจะมาลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (วารุณี บัวมีรูป, 2551; Omari, 2009; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnstee, & Grypdonck, 2005) และความต้องการลำดับรองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล โดยญาติต้องการข้อมูล เกี่ยวกับโรคและการรักษา อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ให้กับผู้ป่วย รวมถึงกฎระเบียบต่าง ๆ ในการเข้าเยี่ยมและกิจกรรมการดูแลที่ญาติสามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ (Verhaeghe et al., 2005) โดยข้อมูลนั้นจะต้องตรงตามความเป็นจริง และควรอธิบายด้วยถ้อยคำที่สั้น ๆ เข้าใจง่าย (จิราพร ดันติวงศ์พิศาล, 2547; วารุณี บัวมีรูป, 2551) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลความสุขสบาย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การนวดและการสัมผัส รวมถึงการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (พิบูล เจริญสุข, 2549) ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกแยกจากญาติ ญาติจึงต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดบุคคลที่ตนรักให้มากที่สุด (Alvarez & Kirby, 2006; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; Olsen, Dysvik, & Hansen, 2009) ความต้องการส่วนบุคคลโดยญาติต้องการให้มีบริเวณรอเยี่ยมที่มีความสะดวก มีเก้าอี้เพียงพอ มีความสะอาดและอากาศถ่ายเท ต้องการให้มีห้องน้ำใกล้หอผู้ป่วยและมีจำนวนเพียงพอ และต้องการให้มีการจำหน่ายอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาล (กัญญา คล้ายมาลา, 2553; ขวัญเรือน วงษ์มณี, 2547) และความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก (กัญญา คล้ายมาลา, 2553) ซึ่งญาติจะต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ที่จะมาตอบสนองความต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ

การเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว เป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อญาติทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นญาติจึงแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะมาช่วยเหลือในการเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นและเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของญาติก็คือพยาบาล เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้มากที่สุด (จริชิตาดา, สุภัตรา ไกรโสภา, และเหรียญทอง วงษ์สุดตา, 2542; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ญาติเผชิญกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติในแต่ละด้านโดยส่วนใหญ่สอดคล้องตามความต้องการของญาติผู้ป่วย แสดงว่าพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการของญาติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความต้องการของญาติและระดับการตอบสนองความต้องการพบว่าความต้องการของญาติสูงกว่าการตอบสนองความต้องการของพยาบาล (วารุณี บัวมีรูป, 2551; Maxwell et al., 2007; Omari, 2009) แสดงให้เห็นว่าการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติใน

ปัจจุบัน สนองตอบตามความต้องการแต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้เพียงพอ ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของญาติ (Demands) กับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับ จึงทำให้ญาติเกิดความเครียดซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น สามารถจำแนกตามปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านจิตใจของญาติ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) โดยปัจจัยด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยได้แก่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวด และความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วย ที่เกิดจากความรุนแรงของโรคและการตรวจรักษาพยาบาล เพราะการเจ็บป่วยวิกฤตมีความรุนแรง จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะปอด การสอดใส่สายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย และการพยาบาล เช่น การเจาะเลือด การดูดเสมหะ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546; วิจิตรา กุสุมภ์, 2553; Leske, 2003) ปัจจัยทางด้านจิตใจของญาติ คือความวิตกกังวลและความกลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการจากการเจ็บป่วย (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546; วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม คือความซับซ้อนของอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา เช่น เสียงดังจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ และความไม่คุ้นเคยเจ้าหน้าที่ ภาระเบียดและระยะเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย (Alvarez & Kirby, 2006) และปัจจัยทางด้านการครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม คือการสูญเสียรายได้ของครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน การเปลี่ยนแปลงบทบาทภายในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นลดลง เพราะถูกจำกัดด้วยเวลาและบทบาทที่เพิ่มมากขึ้น (รัตนันตนา อ้นภู, 2545) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ญาติเกิดความเครียดนั้นก็มาจกผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นกับญาติ ซึ่งถ้าญาติได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอจากพยาบาล ญาติจะสามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลรักษา สามารถเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงในระยะ 1-4 วันของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความเครียดของญาติอยู่ในระดับสูงและความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (McAdam & Puntillo, 2009; McAdam et al., 2010) เพราะในช่วงระยะเวลานี้ อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ญาติไม่สามารถควบคุมได้

ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรกับผู้ป่วยบ้าง ญาติจึงเกิดความเครียดว่าผู้ป่วยอาจจะตายหรือพิการได้ ทำให้เครียดกับโรค อาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความเครียดของญาติที่มีระดับสูงจะทำให้ญาติมีภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ อาจส่งผลให้ญาติเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ญาติต้องเผชิญกับความเครียดจากเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต แล้วไม่สามารถแก้ไขความเครียดนั้นด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกถึงเครียด กัดค้น ยุ่งยากใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติการกิจต่าง ๆ ได้เช่นปกติ และอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ (Aguilera, 1998; Leske, 2003; McAdam et al., 2010; Pryzby, 2004) ซึ่งเมื่อญาติมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพของญาติแล้ว ยังส่งผลต่อผู้ป่วยด้วย เพราะญาติเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยในการดูแล สนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้ดี และส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วย (Pryzby, 2004) ถ้าญาติเกิดการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ ส่งผลให้การฟื้นหายจากการเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยล่าช้าได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการช่วยเหลือญาติในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันญาติเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และส่งเสริมให้ญาติสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้โดยเร็ว

การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถจัดการความเครียดเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตทางอารมณ์นั้น ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่าไว้ว่าจะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพราะถ้าช่วยเหลือให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ จะทำให้ญาติได้รับการตอบสนองเพียงพอต่อความต้องการ ส่งผลให้ญาติสามารถเผชิญและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ ประสิทธิการ (2553) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera) พบว่า ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา จ่านนิตย์ (2551) ศึกษาผลของการจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 8 ราย ตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera) พบว่าหลังให้การช่วยเหลือ ญาติทั้ง 8 ราย เกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ได้แก่ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น

และรับรู้ตามความเป็นจริง ญาติรู้แหล่งสนับสนุนและมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิตว่ามนุษย์ทุกคนต้องเคยประสบปัญหา

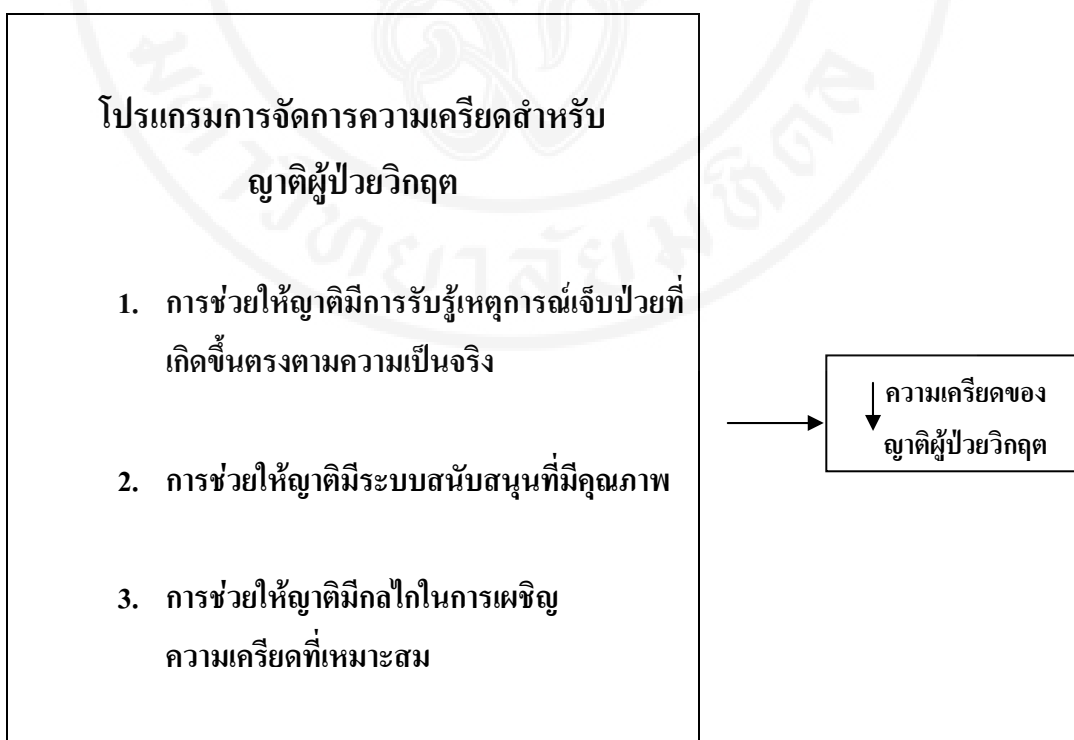
ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของญาติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียด เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างชัดเจนและเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่ใช้แนวคิดการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) มาช่วยเหลือญาติในหอผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียด เพื่อให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่า ในภาวะปกติมนุษย์จะอยู่ในสภาวะสมดุล แต่เมื่อมีสิ่งที่มากระทบซึ่งเป็นกระบวนการเจริญเติบโตของร่างกายหรือภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด เกิดจากการเสียมหาที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือไม่ได้คาดคิดมาก่อน จะทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น ถ้าไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้จะทำให้เกิดภาวะวิกฤต ซึ่งการที่จะปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลนั้น จะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 ประกอบ คือ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และการใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

จากทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลราและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นมีดังนี้ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง จะต้องอาศัยกิจกรรมพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติเกี่ยวกับโรค อาการ อาการเปลี่ยนแปลง และแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ทางการแพทย์ ระเบียบวิธีการปฏิบัติตัว โดยให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน (อภิญา สัตย์ธรรม, 2550; อริญา ศรีคำขาว, 2548; Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & McVey, 2010; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006) และสนับสนุนการเยี่ยม เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (กุลวดี บุญชูช่วย, 2547; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547;

Olsen et al., 2009; Mitchell et al., 2009) 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ โดยจะต้องยึดญาติเป็นศูนย์กลาง พยาบาลควรมีสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับและเคารพศักดิ์ศรีของญาติ เพื่อให้ญาติเกิดความไว้วางใจและรับรู้ว่ายพบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือญาติได้ ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ญาติว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สนับสนุนญาติในการแสวงหาระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่ญาติจะขอความช่วยเหลือได้ (Bailey et al., 2010; Mitchell et al., 2009; Pryzby, 2004) และ 3) การมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึกเพื่อให้ผ่อนคลายความเครียด และสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (วิภา ก้อนใส, 2547; Mitchell et al., 2009) ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตนั้นสามารถเกิดขึ้นภายหลังญาติประสบกับเหตุการณ์ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยวิกฤตภายใน 1 - 2 วัน (Aguilera, 1998) ญาติมีความเครียดสูงในช่วงระยะเวลา 1 - 4 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (McAdam et al., 2010) ดังนั้นการช่วยเหลือญาติจะต้องให้การช่วยเหลือภายใน 48 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แสดงไว้ดังแผนภูมิที่ 1.1



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด

คำถามการวิจัย

ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อจัดการความเครียดมีระดับความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อจัดการความเครียดมีระดับความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ one group pretest - posttest design เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเพื่อจัดการความเครียด โดยทำการศึกษาในญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต เช่น บุตร บิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมขั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามารับดี ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โปรแกรมที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตได้

1.2 ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองความต้องการ และได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.3 เป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในการจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต

นิยามตัวแปร

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ภาวะที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตประเมินการเจ็บป่วยวิกฤตว่ามีผลต่อสภาวะของตนเอง จำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ประเมินโดยแบบวัดระดับความเครียดของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) มีข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย ด้านจิตใจของญาติ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) คะแนนสูงหมายถึงมีความเครียดมาก

โปรแกรมการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเครียดให้สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ตามความเป็นจริง ทราบแหล่งสนับสนุน และมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีแนวทางดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2 การช่วยเหลือให้ญาติมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และองค์ประกอบที่ 3 การช่วยเหลือให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม การช่วยเหลือเป็นรายบุคคล (Individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาที โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นญาติคนเดิมตลอดทั้ง 3 วัน

นิยามคำศัพท์

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาคูกคามชีวิต เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งแบบวางแผนและไม่ได้วางแผนล่วงหน้า โดยมีคะแนน Acute Physiology and Chronic Health evaluation II (APACHE II) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

ญาติของผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เช่น บุตร บิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย และจะต้องเป็นญาติคนเดิมที่มาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อ 1 วัน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การเจ็บป่วยภาวะวิกฤต
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤต
3. ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต
4. แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต
5. การจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต

2.1. การเจ็บป่วยภาวะวิกฤต

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือแก้ไข ทันทีทั้งที่จากบุคลากรทีมสุขภาพ ที่มีความรู้ มีทักษะในการประเมินปัญหา วินิจฉัยโรค พร้อมทั้งให้การแก้ไขรักษาได้อย่างถูกต้อง หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยอาจจะถึงแก่ความตายหรือพิการได้ ดังนั้นในบทบาทการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการเจ็บป่วยวิกฤต พร้อมทั้งสามารถประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตได้ เพื่อการเฝ้าระวัง ติดตามอาการและดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2551) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตไว้หลายท่านดังนี้

2.1.1 ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤต

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Association of Critical care Nurses: AACN, 2005) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตว่า เป็นการเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีปัญหาคุกคามชีวิต อาการไม่คงที่และมีความซับซ้อน ซึ่งต้องได้รับการดูแลพิเศษจากพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

จริยา ตันติธรรม (2547) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตว่า เป็นการเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหรือมีโอกาสดังปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต มีอาการหนัก อาการไม่คงที่และซับซ้อน ต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิด

สุจิตรา ลิมอานวยลาภ (2551) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุซึ่งมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกต ประเมินอาการ การให้ความช่วยเหลือ และรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

วิจิตรา กุสุมภ์ (2553) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยวิกฤตว่า เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูง ต้องมีหน่วยงานพิเศษที่ดูแลโดยตรง และมีผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง

กล่าวโดยสรุป การเจ็บป่วยวิกฤต หมายถึงการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลต้องอาศัยอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ซับซ้อน และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการเจ็บป่วยวิกฤต จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย จึงจะให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และทันทั่วทั้งที่ตามความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤตแต่ละราย

2.1.2 การประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต

การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤต คือ การประเมินความรุนแรงของโรคและการพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากการศึกษาของ รณิษฐา รัตนะ และคณะ (2548) ศึกษาเครื่องมือที่ประเมินความรุนแรงและทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย 482 ราย ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประเมินความรุนแรงของโรคและการพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของ

ผู้ป่วยวิกฤตคือ Acute Physiology and Chronic Health evaluation II (APACHE II) ซึ่ง APACHE II เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยนอสและคณะ (Knaus et al., 1985) ได้มาจากการศึกษาปัจจัย อาการทางคลินิกของระบบในร่างกายที่ผิดปกติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละระบบจะมีอาการและอาการแสดงถึงความรุนแรงของความผิดปกตินั้นเป็นระดับตัวแปรที่ถูกกำหนดเป็นคะแนน โดยการแปลงผลอาการคลินิกของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเป็นคะแนน ตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ได้แก่ อุณหภูมิ mean arterial pressure อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความเป็นกรดต่างในเลือด ความเข้มข้นของเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือด serum creatinine, serum BUN, serum Na, serum potassium, serum HCO_3 โดยใช้ค่าที่มีความผิดปกติมากที่สุด และ Glasgow coma score (GCS) พิจารณาร่วมกับอายุและโรคที่เป็นเรื้อรังและการผ่าตัด หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกัน คะแนนที่ได้นำมาใช้บอกความรุนแรงของโรค และใช้พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต คะแนนสูงแสดงถึงความรุนแรงของโรคที่มากและอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยจากการศึกษาของ รณิษฐา รัตนะ และคณะ (2548) พบว่าผู้ป่วยวิกฤต 482 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีคะแนน APACHE II ≥ 25 คะแนนขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชเนศ ชาญด้วยกิจ และคณะ (2552) ซึ่งศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 66 ราย ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ดังนั้นผู้ป่วยวิกฤตที่มีคะแนน APACHE II ≥ 25 คะแนนขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

2.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง และกระบวนการรักษาที่ซับซ้อนทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน รวมทั้งต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเผชิญภาวะเครียด (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546; Bizek, 2005) และผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว ญาติและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีต่อผู้ป่วยก็จะส่งผลกระทบต่อญาติด้วยเช่นกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) โดยญาติผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย ต้องรับรู้ถึงความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และจากที่อาการผู้ป่วยไม่คงที่ ทำให้ญาติวิตกกังวลจึงต้องการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ต้องลงงานหรือลาออกจากงานซึ่งทำให้สูญเสียรายได้ตามมา (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) ดังนั้นการที่บุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤต จึงส่งผลกระทบต่อญาติและครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้วย

2.2.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อญาติผู้ป่วยวิกฤต

ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ที่เผชิญปัญหาหรือผลกระทบต่างๆ ที่คุกคามต่อผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยเป็นสมาชิกภายในครอบครัว เป็นบุคคลอันเป็นที่รักของตน ซึ่งสามารถจำแนกผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤต ที่เกิดขึ้นต่อญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ (พิกุล เจริญสุข, 2549; วิจิตรา กุสุมภ์, 2553; สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551)

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านร่างกายต่อญาติที่เกิดจากการเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยนั้น เป็นอาการและอาการแสดงจากความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น คือเกิดการกระตุ้นกระเพาะอาหารทำให้มีการหลั่งน้ำย่อยออกมามากขึ้นซึ่งเป็นผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อทุกต่อมในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของแม็กอดัมและคณะ (McAdam et al., 2010) พบว่าผลกระทบต่อญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ส่งผลให้ญาติมีอาการทางร่างกาย คือปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน การรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง ระบบขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม มีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของญาติทรุดโทรมและเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เพราะจากการศึกษาของพิกุล เจริญสุข (2549) พบว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤต ญาติจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการดูแลความสุขสบาย ด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายได้เร็วขึ้น ดังนั้นถ้าญาติมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยของญาติลดลง

2. ผลกระทบทางด้านจิตอารมณ์

การเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยนั้นเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามความรู้สึกของญาติ ส่งผลให้ญาติเกิดความวิตกกังวล เครียด และซึมเศร้าได้ (McAdam & Puntillo, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของแม็กอดัมและคณะ (McAdam et al., 2010) ศึกษาผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง จำนวน 74 ราย พบว่าผลกระทบต่อนั้นจะเพิ่มมากขึ้นจนส่งผลให้ญาติมีความเครียดระดับสูงมาก จนทำให้มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์และการเจ็บป่วยทางจิตภายหลังเผชิญการเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัว (Traumatic stress disorders) ได้สูง และความเครียดนี้มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยรุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียชีวิตสูง ญาติเป็นเพศหญิง อายุน้อย และการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลให้ญาติมีความเครียดมากขึ้น และจากการศึกษาในประเทศไทยยังพบว่า ถ้าหากผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์

ทางสายเลือด จะทำให้ญาติเกิดความเครียดมากขึ้นได้เช่นกัน (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546; รัตนันตนา อัญญ, 2545; วารุณี บัวมีรูป, 2551) นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยที่รุนแรง กระบวนการรักษาที่ซับซ้อน สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤต และภาระความรับผิดชอบ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดได้เช่นเดียวกันกับผู้ป่วย (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) ซึ่งความเครียดนี้ จะทำให้ญาติ กระสับกระส่ายตลอดเวลา กังวลใจ รู้สึกถึงเครียดอยู่ตลอดเวลา รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ รู้สึกเรื่องต่างๆที่ตนจนรับไม่ไหว และถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกหมดหวังในชีวิต เหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร และบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด (Leske, 2003; McAdam et al., 2010) ซึ่งจะส่งผลทำให้ญาติไม่สามารถให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ (พิกุล เจริญสุข, 2549)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม

การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยทำให้ บทบาทหน้าที่ภายใน ครอบครัวและสังคมของญาติเปลี่ยนแปลงไป เพราะญาติจะต้องรับภาระหน้าที่แทนผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะความสมดุลของครอบครัว เพื่อให้ระบบครอบครัวสามารถ ดำรงบทบาทไปได้ตามปกติ (สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, 2551) และจากที่อาการของผู้ป่วยมีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ญาติจึงอยู่เฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ขาดการติดต่อสัมพันธ์ กับสังคมภายนอก และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงของแบบ แผนการดำเนินชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตของญาติลดลง (พิกุล เจริญสุข, 2549) สอดคล้องกับการศึกษา ของแม็กอดัมและ พันทิลโล (McAdam & Puntillo, 2009) พบว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการ เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากจะส่งผลกระทบต่อญาติในด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลแล้วยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว บทบาท และการ ติดต่อดสื่อสารของสมาชิกในครอบครัวด้วย

4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

การรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องใช้วิธีการรักษาและเทคโนโลยีที่ซับซ้อน เพื่อรักษาชีวิต ดังนั้นจึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ถึงแม้ผู้ป่วยจะใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้าหรือ เบิกข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ แต่ก็จะต้องจ่ายในส่วนเกินที่นอกเหนือจากสิทธิเบิกจ่าย และในญาติ บางรายระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลอยู่ไกลมาก เดินทางไม่สะดวก ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการ เดินทางค่าอาหาร ค่าที่พักในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) จึงทำให้ ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของวารุณี บัวมีรูป (2551) พบว่าญาติ ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและมีรายได้ต่ำ เมื่อญาติต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

ทำให้สูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงาน หรือในบางรายอาจจะต้องลาออกจากงาน ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน (รัตนटना อัญญ, 2545) และจากการศึกษาของ พิภูล เจริญสุข (2549) พบว่า ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ เพราะเมื่อญาติต้องมีการหาเลี้ยงครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย จะทำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยส่งผลให้การฟื้นฟูหายของผู้ป่วยล่าช้าได้

ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยด้วย ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546; รัตนटना อัญญ, 2545) และการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (McAdam et al., 2010) จะส่งผลกระทบต่อญาติมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งหมดนี้ จะทำให้การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย และประสิทธิภาพในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้การฟื้นฟูหายของผู้ป่วยล่าช้า (พิภูล เจริญสุข, 2549) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ญาติมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเกิดความต้องการการตอบสนองในด้านต่าง ๆ เพื่อที่จะมาลดผลกระทบที่เกิดขึ้น (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2551) เนื่องจากญาติต้องสนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553)

2.2.2 ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อญาติ ดังนั้นญาติจึงมีการตอบสนองโดยมีความต้องการในด้านต่าง ๆ เพื่อที่จะมาลดผลกระทบที่เกิดขึ้น (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าได้มีการศึกษาเพื่อสำรวจความต้องการของญาติไว้มากพอสมควร ซึ่งผลการศึกษาโดยภาพรวมแล้ว ญาติมีความต้องการที่คล้ายคลึงกัน โดยความต้องการที่สำคัญสามารถจำแนกเป็นรายด้านตามการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ซึ่งดาลี (Daley, 1984) ได้แบ่งตามความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล และความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความต้องการลดความวิตกกังวล

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่ได้คาดการณ์มาก่อน อาการรุนแรง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ญาติจึงรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่ง

สภาพแวดล้อมประกอบไปด้วยอุปสรรคทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และมีการจำกัดเวลาเยี่ยม ดังนั้น ญาติจึงเกิดความวิตกกังวล ดังจากการศึกษาของนิทยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต พิกการ กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ และวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจนจากบุคลากรทีมสุขภาพ ตามลำดับ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้ จะทำให้ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นลดน้อยลง และขัดขวางการรับรู้ของญาติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ดังนั้นญาติจึงให้ความสำคัญในการลดความวิตกกังวลมาก ดังการศึกษาของจิราพร ดันติวงศ์พิศาล (2547) พบว่าความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 จำนวน 100 ราย มีความต้องการด้านลดความวิตกกังวลมากที่สุด และจากการศึกษาของวารุณี บัวมีรูป (2551) ที่ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 126 ราย พบว่าความต้องการรายชื่อที่ญาติต้องการมากที่สุดเพื่อลดความวิตกกังวลนั้น คือ ความมั่นใจโดยญาติต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากบุคลากรทีมสุขภาพทั้งในขณะที่ญาติอยู่ และจากไปชั่วคราว สอดคล้องกับการศึกษาของ โอมาริ (Omari, 2009) พบว่าความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 139 รายในประเทศจอร์แดนมีความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด การที่ญาติต้องการความมั่นใจ เนื่องจากในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการจำกัดการเยี่ยม ทำให้ญาติขาดการมีปฏิสัมพันธ์และโอกาสในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ (นิทยา เวียงพิทักษ์, 2546) และจากการศึกษาของ เวอร์เฮเซ และคณะ (Verhaeghe et al., 2005) ซึ่งทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในประเทศเบลเยียมในระหว่างปี ค.ศ.1970- 2004 พบว่าญาติต้องการทราบอาการ การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยทุกวันจากแพทย์ และต้องการมีความหวังให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต และพ้นหายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นญาติจึงต้องการที่จะทราบว่าโรคของผู้ป่วยรักษาให้หายได้หรือไม่และต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง

การตอบสนองความต้องการของญาติในด้านการลดความวิตกกังวลอย่างเพียงพอ นั้น จะทำให้ญาติ เกิดความมั่นใจ ไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ มีความหวังตามความเป็นจริง เพราะความหวัง จะทำให้ญาติรู้สึกปลอดภัย มีจิตใจที่มั่นคง มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้อาสาสามารถปรับตัว และเผชิญกับความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ญาติสามารถให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) แต่จากการศึกษาถึงการตอบสนองความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลของญาติ ของวารุณี บัวมีรูป (2551) และแม็กเวลล์ และคณะ (Maxwell et al., 2007) พบว่าพยาบาลให้ความสำคัญในด้านการลดความวิตกกังวล แต่ระดับความต้องการของญาติสูงกว่าการตอบสนองของพยาบาล แสดงให้เห็นว่า

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ ดังนั้นควรช่วยเหลือให้ญาติลดความวิตกกังวล

2. ความต้องการข้อมูล

การเจ็บป่วยวิกฤต ส่งผลให้ญาติเกิดความวิตกกังวลและรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ดังนั้นญาติจึงมีความต้องการทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เวอร์เฮเซ และคณะ (Verhaeghe et al., 2005) พบว่าญาติต้องการทราบข้อมูล เกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินการของโรค การพยากรณ์ของโรคของผู้ป่วยทุกวัน พร้อมทั้งต้องการให้เจ้าหน้าที่แจ้งให้ญาติทราบเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการทราบว่าญาติสามารถทำอะไรให้กับผู้ป่วยได้บ้างขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งต้องการการอธิบายเกี่ยวกับการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือที่ให้กับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี บัวมีรูป (2551) และจิราพร ดันติวงศ์พิศาล (2547) โดยข้อมูลนั้นจะต้องตรงตามความเป็นจริง และควรอธิบายด้วยถ้อยคำที่สั้น ๆ เข้าใจง่าย

การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ นั้น จะทำให้ญาติสามารถคาดคะเนหรือวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และทำให้ญาติรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ สามารถปรับตัวและเผชิญกับความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ จากการศึกษาถึงการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของวารุณี บัวมีรูป (2551) และแม็กเวลล์ และคณะ (Maxwell et al., 2007) พบว่า การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ จากที่ญาติได้รับข้อมูลไม่เพียงพอต่อความต้องการ อาจทำให้ญาติรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตบิดเบือนจากความเป็นจริง ส่งผลให้ความคาดหวังไม่ตรงตามความเป็นจริงด้วย ซึ่งการที่ญาติได้รับข้อมูลไม่เพียงพอต่อความต้องการนั้นอาจเกิดจากที่ญาติยังมีความวิตกกังวลอยู่ ซึ่งความวิตกกังวลจะขัดขวางการรับรู้ข้อมูล ทำให้ญาติรับรู้ข้อมูลได้ลดน้อยลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญในการช่วยเหลือญาติในการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นด้วย เพื่อให้ญาติสามารถรับข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

3. ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

ญาติเป็นบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วย และมีความคาดหวังที่อยากจะให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และด้วยบริบทของสังคมไทยที่บุคคลในครอบครัวต้องช่วยเหลือ ดูแลซึ่งกันและกัน เช่น ถ้าญาติมีสัมพันธภาพเป็นบุตร ซึ่งมีความผูกพัน และมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยรุนแรงจนทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดน้อยลงหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ญาติจึงต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (รุจิ รัตนเสถียร, 2550; Verhaeghe et al., 2005) สอดคล้องกับ

การศึกษาของพิกุล เจริญสุข (2549) ซึ่งศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 15 ราย พบว่าญาติต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน คือ การรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลความสุขสบาย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การนวดและการสัมผัส รวมถึงการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และจากการศึกษาของกุลวดี บุญช่วย (2547) พบว่าถ้าญาติเป็นบุคคลใกล้ชิด และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้ญาติมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

การตอบสนองความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่เพียงพอ นั้น จะทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ญาติได้แสดงบทบาทการดูแลตามความคาดหวังของสังคม การที่ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ทำให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และทำให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและญาติดีขึ้น ญาติได้เห็นการทำงานของพยาบาลทำให้เกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลมากขึ้น (กุลวดี บุญช่วย, 2547) ทำให้คลายความวิตกกังวล และญาติได้มีโอกาสได้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ยอมรับอาการเปลี่ยนแปลง มีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยและมีความคาดหวังตรงตามความเป็นจริง และนอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ญาติรับรู้และเข้าใจข้อมูลได้มากขึ้น เพราะญาติสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้รับกับสภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาถึงการตอบสนองความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ของรุจิ รัตนเสถียร (2550) พบว่าญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าความต้องการของญาติ ซึ่งปัจจัยที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมของญาติ ได้แก่ ข้อจำกัดในการเยี่ยม บุคลากรทีมสุขภาพเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี หลงสวัสดิ์ (2551) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต คือความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของญาติ และพยาบาลจะต้องเปิดโอกาสให้ญาติดูแลผู้ป่วยด้วย เพราะเมื่อญาติมีโอกาสดูแลผู้ป่วยน้อย ทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ญาติไม่มีโอกาสเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อาจทำให้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความคาดหวังไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รวมทั้งเกิดความไม่เชื่อมั่นและไม่ไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและญาติไม่ดี

4. ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย

การเจ็บป่วยวิกฤต ส่งผลให้ญาติรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ร้ายแรง และการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องถูกแยกจากญาติ ทำให้ญาติมีความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดบุคคลที่ตนรักให้มากที่สุด (Alvarez & Kirby, 2006; Maxwell et al., 2007; Olsen et al., 2009; Verhaeghe et al.,

2005) เพราะถ้าญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย จะทำให้ญาติสามารถดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ ทำให้คลายความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด จากการศึกษาถึงการตอบสนองความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วยนั้นยังน้อยกว่าความต้องการของญาติ (Alvarez & Kirby, 2006; Olsen et al., 2009) ซึ่งมาจากการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย และการกำหนดระยะเวลาในการเข้าเยี่ยม ซึ่งขัดขวางการใกล้ชิดผู้ป่วยของญาติ (รุจิ รัตนเสถียร, 2550) ดังนั้นจึงควรยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติมีโอกาสใกล้ชิดผู้ป่วยได้มากขึ้น (Alvarez & Kirby, 2006) เพราะเมื่อญาติมีโอกาสใกล้ชิดผู้ป่วยน้อย จะทำให้ญาติเกิดความคับข้องใจ กังวลใจที่ไม่สามารถแสดงบทบาทในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยได้ และยังเกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ปลอดภัย ไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

5. ความต้องการส่วนบุคคล

ความต้องการส่วนบุคคลของญาตินั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าญาติมีความต้องการน้อยกว่า ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย (จิราพร ดันติวงศ์พิศาล, 2547; วาธุณี บัวมีรูป, 2551; Omari, 2009) เพราะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตขึ้น ญาติจะให้ความสำคัญกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากกว่าการดูแลตนเอง แต่การตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ เพราะญาติมีความวิตกกังวลและความเครียดจึงทำให้ละเลยในการดูแลตนเอง เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และในญาติบางคนอาจจะไม่กล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากคนอื่น เพราะกลัวว่าจะแสดงถึงความอ่อนแอ (จิราพร ดันติวงศ์พิศาล, 2547) แต่อย่างไรก็ตาม ญาติยังมีความต้องการให้พยาบาลตอบสนองในด้านนี้ ดังการศึกษาของขวัญเรือน วงษ์มณี (2547) และการศึกษาของกัญญา คล้ายมาลา (2553) พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตต้องการให้มีบริเวณรอเยี่ยมที่มีความสะดวก มีเก้าอี้เพียงพอ มีความสะอาดและอากาศถ่ายเท ต้องการให้มีห้องน้ำใกล้หอผู้ป่วยและมีจำนวนเพียงพอ และต้องการให้มีการจำหน่ายอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาล แต่การบริการที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ (ขวัญเรือน วงษ์มณี, 2547) ดังนั้นควรอำนวยความสะดวกแก่ญาติและให้การช่วยเหลือในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งในเรื่องการเงิน และการผลักดันในการมาดูแลผู้ป่วย เพราะถ้าหากญาติไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย เช่น ไม่ได้รับการพักผ่อนและรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เพียงพอ อาจจะทำให้ญาติเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ ซึ่งจะทำให้ญาติไม่สามารถดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้

6. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก

การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง คุกคามชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นญาติจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าความรู้สึกของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา คล้ายมาลา (2553) ที่พบว่าญาติต้องการให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกน้อยกว่าความต้องการอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการระบายความรู้สึก ความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การร้องไห้ หรือการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกโกรธ เป็นเรื่องที่ค่อนข้างเป็นส่วนตัว (วารุณี บัวมีรูป, 2551) ดังนั้นการแสดงออกญาติมักจะแสดงออก และบอกกับคนสนิทมากกว่า หรือในบางคนก็จะเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว และประกอบกับบรรยากาศในห้องผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยให้ญาติแสดงอารมณ์ ทำให้ญาติไม่กล้าที่จะระบายความรู้สึกของตนเอง ทั้งที่ญาติมีความต้องการที่จะพูดคุย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ที่มีต่อผู้ป่วย ภาวะเจ็บป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วย ปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งต้องการกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551) และจากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่า การตอบสนองความต้องการด้านกำลังใจ และระบายความรู้สึกพยาบาลยังให้ความสำคัญน้อย เพราะพยาบาลยังไม่ตระหนักถึงความต้องการของญาติ เน้นที่การดูแลผู้ป่วยให้รอดชีวิตเป็นสำคัญ (จิราพร ดันติวงศ์พิศาล, 2547; Omari, 2009) จึงทำให้ญาติไม่กล้าแสดงความรู้สึกและอารมณ์ของตนออกมา จึงเก็บไว้คนเดียวทำให้รู้สึกอัดอั้นกับจิตใจ ไม่สามารถจัดการความรู้สึกของตนเองได้ จึงอาจจะใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะเห็นว่าถ้าพยาบาลตระหนักถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ ญาติจะรับรู้ว่ายพยาบาลเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญของญาติ ญาติก็จะกล้าระบายความรู้สึกกับพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือญาติได้ตรงตามความต้องการ และสามารถช่วยเหลือญาติให้ใช้กลไกการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ทำให้สามารถจัดการความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา คล้ายมาลา (2553) ที่พบว่าพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ มีการพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาและตอบข้อข้องใจต่างๆ จะทำให้ญาติได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์มากขึ้น

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลให้ความสำคัญ และตระหนักในเรื่องการประเมินความต้องการของญาติเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ เพื่อให้ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การตอบสนองจากพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ เพราะความต้องการของญาติสูงกว่าการตอบสนองความต้องการที่ได้รับจากพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต และการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียด

2.3 ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

การได้รับการตอบสนองความต้องการที่ไม่เพียงพอของญาติ ส่งผลให้ญาติที่เผชิญกับสถานการณ์สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤต เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งปัจจัยของความเครียดนั้นเกิดขึ้นทั้งจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมาบนร่างกายของผู้ป่วย จากด้านจิตใจของญาติเองที่มีความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วย จากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่คุ้นเคย และจากด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ที่ญาติต้องปรับบทบาท ภาระหน้าที่ เพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546)

3.1 ความหมายของความเครียด

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น การตัดสินใจว่าเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต คือ ภาวะที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตประเมินว่าการเจ็บป่วยวิกฤต ของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์คุกคาม ที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า มีอาการรุนแรงอาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต และเกิดความไม่แน่นอนในเหตุการณ์เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต มีผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยวิกฤตด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ส่งผลให้ญาติเกิดความความต้องการเพื่อที่จะมาลดผลกระทบที่เกิดขึ้น แต่เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอ เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนอง จึงทำให้ญาติเกิดความเครียดขึ้น

3.2 ปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดความเครียด

ผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง กระบวนการรักษาที่ซับซ้อน สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดและความไม่สบายจากภาวะโรคและการตรวจรักษา ความวิตกกังวลและกลัวตาย รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน เพราะญาติเป็นบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ มีความรัก ความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551) จากการศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) จำแนก

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดความเครียดได้ 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านจิตใจของญาติ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง คุกคามชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการตรวจรักษา และกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การสอดใส่สายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย การเจาะเลือด การเจาะปอด การดูดเสมหะ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตผู้ป่วย (วิจิตรา กุสมภ์, 2553) แต่กระบวนการตรวจรักษาและกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความไม่สบาย เช่น ปวดแผลผ่าตัด ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งการที่ญาติได้รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยให้เกิดความเครียดขึ้น (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของเลสเก (Leske, 2003) พบว่าญาติของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุรุนแรง ต้องอาศัยการรักษาที่ซับซ้อน หลังจากที่ได้เห็นสภาพร่างกายที่มีการบาดเจ็บของผู้ป่วยแล้ว ญาติมีความเครียดในระดับที่สูงจะเห็นได้ว่าปัจจัยทางด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยนั้น ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) ดังนั้นญาติจึงมีความต้องการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ กระบวนการรักษา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์หรือสายที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (จิราพร ดันติวงศ์พิศาล, 2547; วารุณี บัวมีรูป, 2551; Verhaeghe et al., 2005) ถ้าญาติได้รับข้อมูลที่เพียงพอ จะทำให้ญาติเข้าใจในการเจ็บป่วยและการดำเนินการของโรค ยอมรับสภาพผู้ป่วยได้ เข้าใจเหตุผลของการรักษาและการให้การพยาบาล ทำให้ญาติผู้ป่วยคลายความเครียดที่เกิดจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยวิกฤตได้

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะที่ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล กลัว สับสน ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551) ดังการศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจของญาติที่ทำให้ญาติเกิดความเครียด คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพร่างกายผู้ป่วยทั้งโรค การรักษา อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตัวในการเยี่ยม การรอเข้าเยี่ยม เป็นต้น รวมถึงกลัวผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของแม็คอดัมและคณะ (McAdam et al., 2010) พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

ญาติจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย และตกใจ กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต เพราะถ้าญาติไม่ทราบการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ไม่ทราบว่าแพทย์จะให้การรักษาอะไรแก่ผู้ป่วยบ้าง ไม่เข้าใจเหตุผลของการรักษาและการพยาบาลบางอย่าง จะทำให้ญาติกลัวและวิตกกังวล ดังนั้นญาติจึงต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา อาการเปลี่ยนแปลง การพยากรณ์โรค และการปฏิบัติตัวต่างๆ (Verhaeghe et al., 2005) และต้องการมีความหวังและความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะต้องปลอดภัย รอดชีวิต และได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีที่สุดจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากการเจ็บป่วย (วารุณี บัวมีรูป, 2551; Omari, 2009) และเนื่องจากการจำกัดการเยี่ยม ญาติจึงต้องการให้มีการยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยม เพื่อญาติจะได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น (Alvarez & Kirby, 2006)

3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย สภาพแวดล้อม และกฎระเบียบแตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยประกอบด้วยเทคโนโลยีทันสมัยทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วย มีสัญญาณแสงและเสียงจากเครื่องมือต่าง ๆ ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นภาวะเครียดแก่ญาติเป็นอย่างยิ่ง (วิจิตร ฤกษ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่าปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ญาติเกิดความเครียดนั้นมาจาก เสียงดังรบกวนจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ แสงสว่างตลอดกลางวันและกลางคืน กลิ่นของสิ่งคัดหลั่งและน้ำยาต่าง ๆ รวมถึงบรรยากาศและความไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ เพราะญาติจะกลัวและวิตกกังวลว่าเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย ไม่เข้าใจเหตุผลในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ กับผู้ป่วย และความไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่เนื่องจากญาติเกิดความรู้สึกเป็นคนแปลกหน้าเมื่อเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤต และจากที่เจ้าหน้าที่มีกิจกรรมพยาบาลตลอดเวลา และรู้สึกว่าสิ้นน้ำและท่าทางของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยไม่เป็นมิตร ไม่เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยซักถาม ทำให้ญาติไม่กล้าซักถามหรือขอความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับที่ญาติมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การสื่อสารด้วยถ้อยคำที่กระชับและเข้าใจง่าย ความต้องการดูแลเอาใจใส่และความเป็นมิตรจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ (วารุณี บัวมีรูป, 2551)

4. ปัจจัยทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม

การเจ็บป่วยวิกฤตมีความจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงจึงทำให้ญาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ในผู้ป่วยบางรายจะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเบิกข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ แต่จะต้องมีค่าใช้จ่ายในส่วนเกินที่นอกเหนือจากสิทธิเบิกจ่าย และยังสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานเพื่อมา

ดูแลผู้ป่วย หรือในบางรายอาจจะต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน (รัตนธนา อัญญ, 2545) และในญาติบางรายระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลอยู่ไกลมาก เดินทางไม่สะดวก ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) ดังนั้นญาติจึงมีความเครียดในเรื่องรายได้ของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป และเมื่อญาติต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ญาติมีเวลาส่วนตัวลดน้อยลง ทำให้การดูแลตนเองในด้านการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายลดน้อยลง และเนื่องจากการมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติถูกจำกัดด้วยเวลาและบทบาทที่เพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ญาติได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆในสังคมลดน้อยลง (McAdam & Puntillo, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของญาติที่ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางด้านการเงิน และการสนับสนุนให้กำลังใจ ต้องการระบายความรู้สึก และต้องการคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับ และการพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด และการช่วยเหลือในการจัดการภาระต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงที่มาเฝ้าดูแลผู้ป่วย (กัญญา คล้ายมาลา, 2553)

การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลให้ญาติเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ญาติเกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ ถ้าญาติไม่ได้รับการช่วยเหลือในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทางอารมณ์ จะทำให้ความเครียดพัฒนาไปสู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้

2.4 แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต (Crisis theory)

การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์นั้น จะต้องเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย ชนิดของภาวะวิกฤต การปรับตัวของบุคคลต่อภาวะวิกฤต และองค์ประกอบของการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1 ความหมายของภาวะวิกฤต

บุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤต จะมีความยุ่งยากในการตัดสินใจ ซึ่งมักจะเกิดในช่วงระยะเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต (Turning point) โดยบุคคลจะมีความทุกข์หนักจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งในชีวิต แล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยกลวิธีต่าง ๆ ที่เคยใช้ได้ผล จึงส่งผลให้บุคคลสิ้นหวังและมีความวิตกกังวลสูงขึ้นเรื่อย ๆ (Aquilera, 1998) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตไว้หลากหลายแตกต่างกัน ดังนี้

อากิลเลร่า (Aquilera, 1998) กล่าวว่า ภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่ร่างกายเสียสมดุลทางอารมณ์ เป็นภาวะอันตรายที่คุกคามต่อบุคคลและครอบครัว ก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรงต่อบุคคลและครอบครัว อาจถึงขั้นเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้

นิริญญา ฆาบุญมา (2548) กล่าวว่า ภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่บุคคลเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด แล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยวิธีต่างๆที่เคยใช้ได้ผล ทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้นจนทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆในการดำเนินชีวิตตามปกติได้ เป็น ภาวะอันตราย ที่บุคคลต้องได้รับการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

ชาคริยา ศิริโสม (2550) กล่าวว่า ภาวะวิกฤต หมายถึงภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นไม่ได้ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก ตึงเครียด กดดัน ขุ่นงาใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆได้เช่นปกติ

กล่าวโดยสรุป ภาวะวิกฤตเป็นภาวะที่บุคคลเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด แล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยวิธีต่างๆที่เคยใช้ได้ผล เป็นภาวะที่เสียสมดุลทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึก ตึงเครียด กดดัน ขุ่นงาใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้ เช่น ปกติ อาจมีการเจ็บป่วยทางจิตหรือมีการคิดฆ่าตัวตายตามมาได้จึง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

2.4.2 ชนิดของภาวะวิกฤต

อากิลเลร่า (Aquilera, 1998) ได้เสนอเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตนั้นแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ภาวะวิกฤตที่เกิดจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ (Developmental crisis หรือ Maturational crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากขบวนการเจริญเติบโต และการพัฒนาการของชีวิตตามธรรมชาติของมนุษย์ พัฒนาการของคนประกอบไปด้วยพัฒนาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เช่น ระยะเวลาเข้าโรงเรียนใหม่ การแต่งงาน ระยะเวลาเริ่มหนุ่มสาว และวัยสูงอายุ เป็นต้น ซึ่งบุคคลจะผ่านระยะเหล่านี้ไปได้ จะต้องสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ภายนอกตัวบุคคล เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การเกิดของเหตุการณ์ไม่ได้คาดคิดมาก่อนทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ในทันทีทันใด ภาวะเครียดที่คุกคามทำให้เกิดการเสียสมดุล เช่น การตายของสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยวิกฤตที่ต้องรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

ญาติผู้ป่วยวิกฤต มีภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) เพราะการเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง คุณค่าชีวิตของผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และเป็นเหตุการณ์ที่ญาติไม่ได้คาดคิดมาก่อน เมื่อญาติต้องเผชิญกับเหตุการณ์นี้ทำให้ญาติเกิดความเครียด ส่งผลให้มีภาวะความไม่สมดุลทางอารมณ์ ถ้าญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล จะทำให้ญาติเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ตามมาในที่สุด

2.4.3 การปรับตัวของบุคคลต่อภาวะวิกฤต

เมื่อบุคคลเกิดภาวะวิกฤตจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง หรือมีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่แตกต่างกันไปในแต่ละระยะ ซึ่งอากิลเราและเมสซิก (Aguilera & Messick, 1986) ได้แบ่งระยะการปรับตัวของบุคคลในภาวะวิกฤตเป็น 5 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะก่อนวิกฤต หรือระยะช็อก (Precrisis or Shock)** เป็นระยะเริ่มแรกเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เครียด มีความรู้สึกช็อก ไม่เชื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปฏิเสธความจริง การรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลง มีความคิดหมกมุ่น อาจจะมีการแยกตัว ระยะนี้ใช้เวลาเป็นนาทิจึงหรือชั่วโมง

2. **ระยะวิกฤตหรือระยะการถอยกลับเพื่อป้องกันตัวล้มเหลว (Crisis or Defensive retreat)** เป็นระยะที่บุคคลประสบความล้มเหลวในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น มีความวิตกกังวลสูงขึ้นไปมาก ไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ อยู่ในภาวะวิกฤติ มีความยุ่งยากใจมาก แก้ไขปัญหาไม่ได้ กลไกการเผชิญความเครียดที่นำมาใช้ไม่สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้ ระยะนี้มักจะใช้เวลา 1 - 2 วัน หรือหลายวัน

3. **ระยะยอมรับหรือระยะเริ่มปรับตัวได้ (Recoil or beginning of resolution)** เป็นระยะที่บุคคลเริ่มยอมรับความจริงตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามหาทางแก้ปัญหาอีกครั้ง ความคิดสงบลง ไม่สับสน เริ่มเรียนรู้และขอคำแนะนำจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เช่น เพื่อน ญาติระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4. **ระยะกลับเข้าสู่ปกติ ปรับตัวได้และมีการเปลี่ยนแปลง (Resolution, adaptation and change)** ระยะนี้บุคคลสามารถปรับตัวได้กับเหตุการณ์ในทางที่ดีขึ้น เริ่มมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า ความวิตกกังวลลดลง มีการแก้ปัญหาได้สำเร็จ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมระยะนี้อาจใช้เวลานานเป็นเดือน

5. **ระยะหลังวิกฤต (Post crisis)** ระยะนี้บุคคลมีทักษะการเผชิญปัญหาใหม่ อาจจะเป็นเชิงบวกหรือลบ เชิงบวก คือ มีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ทำให้เกิดการแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ๆ มีเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือในเชิงลบ คือ

เกิดกลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่เหมาะสม เช่น การปฏิเสธ การใช้สารเสพติด เป็นต้น

ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องเผชิญกับความเครียด ถ้าญาติไม่ได้รับการแก้ไขจัดการความเครียด จะส่งผลให้ญาติเกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์ คือมีการรับรู้เหตุการณ์บิดเบือนจากความเป็นจริง ขาดระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพในการเผชิญกับเหตุการณ์ รวมทั้งมีการใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้ญาติเข้าสู่ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational crisis) ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ญาติต้องเผชิญกับความเครียด แล้วไม่สามารถแก้ไขความเครียดนั้นด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกลังเล กัดเคี้ยว ยุ่งยากใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้เช่นปกติ และอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ ส่งผลให้ญาติไม่สามารถให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ การช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องทำให้เกิดความสมดุลขององค์ประกอบของการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ

2.4.4 องค์ประกอบของการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล (Balancing factor)

อากิลเรา (Aguilera, 1998) ได้เสนอองค์ประกอบของการปรับตัวเข้าสู่สมดุล (Balancing factor) ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event)

การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง คือ การที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตเข้าใจและรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง เข้าใจความเครียดที่เกิดขึ้นตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ซึ่งหากญาติผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ข้อมูลและเหตุการณ์ถูกต้องตรงความเป็นจริง จะทำให้รับรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นการแก้ไขและจัดการความเครียดก็จะทำได้ตรงตามสาเหตุที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการความเครียด เมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตญาติจะมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยว่าอยู่ในขั้นที่รุนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังนั้นญาติจึงมีความวิตกกังวลและความเครียด จึงต้องการมีความหวัง ความมั่นใจ ความต้องการทราบการพยากรณ์ของโรค ต้องการทราบข้อมูลอาการ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ต้องการอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (วารุณี บัวมีรูป, 2551; Omari, 2009; Verhaeghe et al., 2005) เมื่อญาติไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอ ทำให้ญาติรับรู้เหตุการณ์บิดเบือนจากความเป็นจริง ไม่เข้าใจปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้การ

จัดการความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ จึงไม่สามารถจัดการความเครียดได้ ส่งผลให้ความเครียดดำเนินอยู่ต่อไป (กนิษฐา จานงนิตย์, 2551)

2. การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ (Adequate situational support)

การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ คือการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอต่อความต้องการ โดยระบบสนับสนุนที่ญาติจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤต ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และญาติของผู้ป่วยวิกฤตรายอื่น ๆ ที่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของกัญญา คล้ายมาลา (2553) พบว่าญาติของผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 100 ราย ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของเลสเก (Leske, 2003) พบว่าเมื่อญาติต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ญาติมีความเข้มแข็งอดทนลดน้อยลง และทำให้เกิดความยากต่อการปรับตัวและเผชิญความเครียด ดังนั้นญาติจึงมีความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ หากญาติได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่เพียงพอ จากบุคคลที่มีความเข้าใจ เช่น ญาติ เพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของญาติและเป็นบุคคลที่สามารถสนับสนุนช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุด (จรี ชูธิตา และคณะ, 2542) การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ และมีคุณภาพ จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ เข้าใจความเครียดที่เกิดขึ้น และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ญาติใช้พลังงานในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ญาติสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญให้กับผู้ป่วย ส่งผลดีต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้ญาติเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วย (กนิษฐา จานงนิตย์, 2551) แต่ถ้าญาติไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ จะทำให้ญาติเกิดความรู้สึกละเลยเฉยชา ไร้ที่พึ่ง ไม่สามารถปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากใครได้ ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ และไม่สามารถจัดการความเครียดได้ (กัญญา คล้ายมาลา, 2553)

3. การใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Coping mechanism)

การใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม คือ การที่ญาติสามารถใช้กลไกการเผชิญความเครียดได้เหมาะสมกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤต เพราะเมื่อญาติเผชิญกับการเจ็บป่วยวิกฤตซึ่งทำให้เกิดความเครียด ญาติจะต้องใช้กลไกในการเผชิญความเครียดเพื่อที่จะมาจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น หากญาติผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

ก็จะสามารถจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ วิธีการเผชิญความเครียดมี 2 วิธี คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นความพยายามที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และการมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ความเครียดมาลดประสิทธิภาพในการจัดการความเครียด ซึ่งญาติผู้ป่วยวิกฤตจะต้องเลือกใช้กลไกการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมตามสถานการณ์ความเครียดนั้น ๆ (Lazarus & Folkman, 1984)

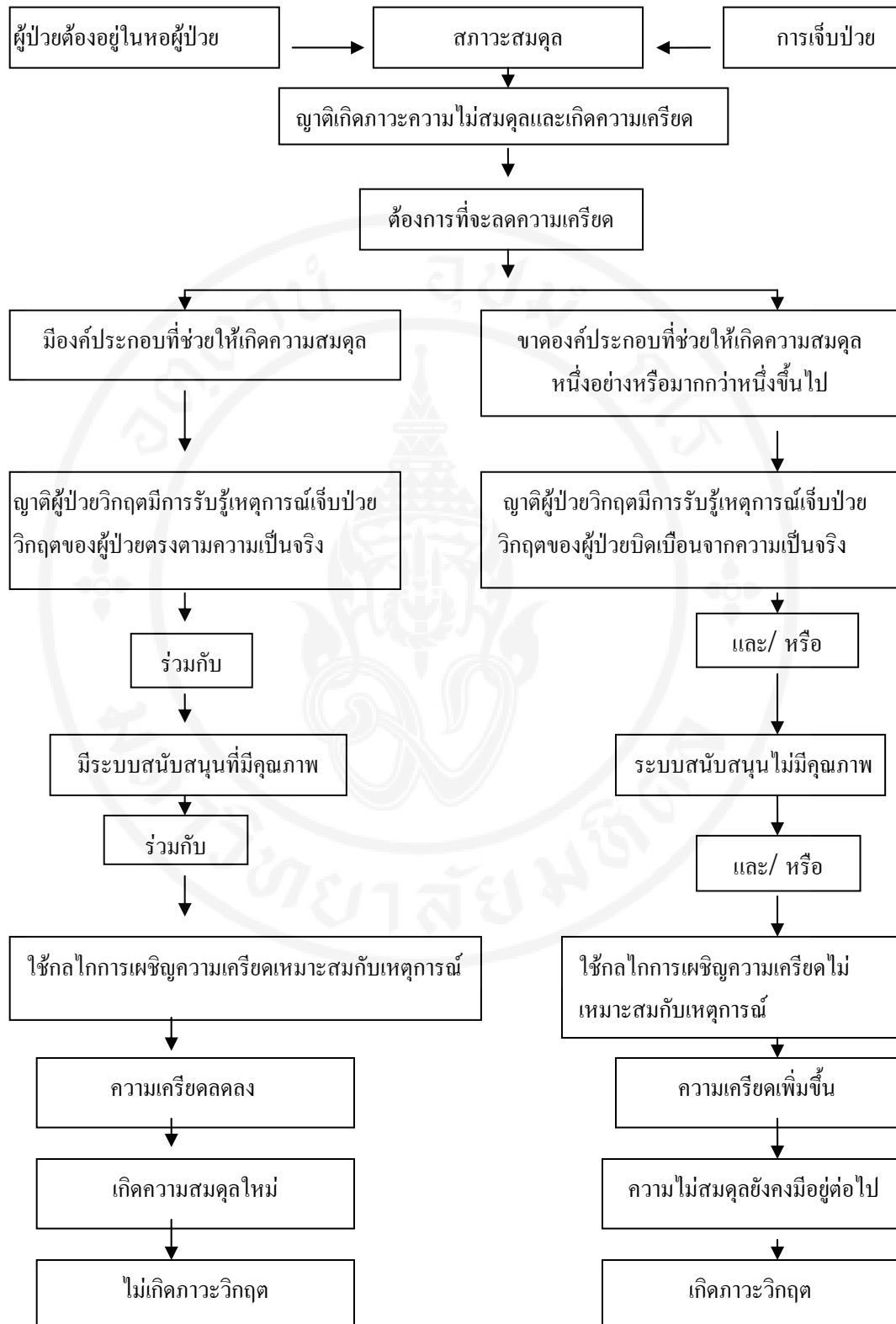
การศึกษาการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าญาติมีการใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งสองวิธีร่วมกัน (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546; นิภาพร ภารัตนวงศ์, 2547) เพราะการใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งสองวิธีร่วมกันจะเสริมประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดได้ดียิ่งขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) และจากการศึกษาของนิภาพร ภารัตนวงศ์ (2547) พบว่าความแตกต่างของระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ และการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการเผชิญความเครียดในด้านการมุ่งปรับอารมณ์ของญาติแตกต่างกัน โดยญาติที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เป็นบุตร บิดา มารดา หรือคู่สมรส มีรายได้น้อย และต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมาก จะมีการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เพื่อน มีรายได้สูงและมีสมาชิกในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) ที่พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา โดยญาติใช้การเผชิญความเครียดด้านการมองโลกในแง่ดีมากที่สุด โดยหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้นเอง พยายามคิดในทางที่ดี พยายามมองด้านที่ดีของสถานการณ์ คิดถึงสิ่งที่ดีในชีวิต และบอกกับตนเองว่าไม่ต้องกังวลเพราะทุกอย่างอาจจะดีขึ้นเอง การที่ญาติใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากที่สุด เนื่องจากทำให้เกิดความสบายใจ และการศึกษาในศึกษาในโรงพยาบาลที่มีระบบการบริการที่ได้มาตรฐาน ญาติจึงเชื่อถือและไว้วางใจบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงญาติผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจจึงทำให้มองโลกในแง่ดี

การเผชิญความเครียดโดยการมุ่งปรับอารมณ์เป็นเพียงการลดความรู้สึกตึงเครียด จึงทำให้ความเครียดยังคงอยู่ เพราะไม่ได้รับการจัดการกับสาเหตุของความเครียด แต่การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ญาติจะพยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง เสาะแสวงหาข้อมูลและการแสวงหาล้างที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ เช่น การช่วยเหลือ การสนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ

มีการผ่อนคลายความเครียด การระบายความรู้สึก (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา ก้อนใส (2547) พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการปรับตัวของญาติเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดคือ ความสามารถในการเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ โดยญาติมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการอารมณ์ โดยพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และพร้อมจะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าปัญหานั้นจะดีหรือร้ายเพียงใด ซึ่งส่งผลให้ญาติมีการปรับตัวได้รู้ตัวว่าร่างกายและจิตใจปกติดี

นอกจากนี้จากการศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่าญาติยังใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม โดยใช้การหลีกเลี่ยงและรอคอยอยู่ห่าง ๆ ว่าอะไรจะเกิดขึ้น กังวลกับปัญหาและเก็บความรู้สึกไว้กับตนเอง เนื่องจากญาติอยู่ในระยะวิกฤตหรือระยะที่ใช้กลไกการป้องกันตัวล้มเหลว เพราะการเจ็บป่วยวิกฤตเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่ได้คาดคิดมาก่อน ทำให้ญาติไม่มีเวลาเตรียมตัวเพื่อพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ จึงทำให้ญาติไม่สามารถเผชิญปัญหาได้โดยตรง จึงหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงปัญหา จะเห็นได้ว่าเมื่อญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญกับความเครียดที่เพียงพอ จะทำให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการความเครียดได้

ญาติผู้ป่วยวิกฤตจะสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์และจัดการความเครียดได้นั้น จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์และจัดการความเครียดได้ ในทางตรงกันข้ามหากญาติผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือการช่วยเหลือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ขาดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่ง หรือทั้ง 3 องค์ประกอบ คือญาติผู้ป่วยวิกฤตยังมีการรับรู้เหตุการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นบิดเบือนจากความเป็นจริง ขาดระบบสนับสนุนในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีคุณภาพ รวมทั้งมีการใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุลและจัดการความเครียดได้ ทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนพัฒนาไปสู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ตามมา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 ความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับตัวของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อเหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย (ปรับมาจาก Aguilera, 1998)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่การจัดการความเครียดเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ช่วยให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการช่วยเหลือปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความเครียด จะทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ขึ้น ญาติจะพยายามใช้กลไกต่าง ๆ เพื่อดึงสมดุลให้กลับคืนสู่สภาวะสมดุลก่อนวิกฤต ในการดูแลญาติผู้ป่วยวิกฤตจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เนื่องจากระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตนั้นสามารถเกิดขึ้นภายหลังญาติประสบกับเหตุการณ์ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยวิกฤตระยะเวลา 1 - 2 วันได้ (Aguilera & Messick, 1986) ดังนั้นการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจะต้องเริ่มให้การช่วยเหลือภายใน 24 - 48 ชั่วโมงภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึงและป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา จรัสแสง (2547) และการศึกษาของกนิษฐา จ่านนิตย์ (2551) ที่พบว่า พยาบาลเริ่มให้การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโดยเร็วใน 24 - 48 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถช่วยให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลได้

2.5 การจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤตนั้น ตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่า จะต้องอาศัยการช่วยเหลือให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ทั้ง 3 องค์ประกอบ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้ญาติสามารถเผชิญกับความเครียดและจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ที่ได้นำแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา มาใช้เป็นกรอบแนวทางการศึกษาเพื่อช่วยเหลือญาติให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์นั้น พบว่าสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้มากขึ้นและสามารถจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ ดังการศึกษาของน้ำทิพย์ ประสิทธิการ (2553) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีกลุ่มทดลอง 36 ราย และกลุ่มควบคุม 36 ราย กลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera) ประกอบด้วย การพยาบาล 3 ระยะ คือ 1. ระยะญาติมาถึงโรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินสภาพอารมณ์ของญาติและให้การช่วยเหลือตามสภาพอารมณ์ 2. ระยะให้

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยการให้ข้อมูลอาการและอาการแสดง อาการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งกระบวนการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ รับฟัง ปัญหาของญาติ การแนะนำแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเปิดโอกาสให้ญาติ ได้ระบายความรู้สึก ช่วยให้ผู้เข้าเข้าใจปัญหา มีการปรับตัวและปรับอารมณ์ เพื่อให้ญาติใช้กลไกการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม โดยการมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาคือ 3. ระยะหลังให้การักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้นโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และเหตุผลในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่นรวมถึงสภาพแวดล้อมของหน่วยงานนั้น ๆ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลเตรียมความพร้อมของญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการศึกษานี้มีการช่วยเหลือให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ทั้ง 3 องค์ประกอบ จึงส่งผลให้ญาติได้รับการตอบสนองเพียงพอต่อความต้องการ และสามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุลได้

การศึกษาของกนิษฐา จานงนิษฐ์ (2551) ศึกษาผลของการจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 8 ราย ตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera) โดยการช่วยเหลือมี 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของอากิลเลรา คือ 1. ขั้นการประเมินโดยประเมินหาหนทางแก้ไขปัญหโดยเร็วเพื่อลดภาวะวิกฤต 2. ขั้นสรุปเรื่อง โดยมุ่งสงบ สติอารมณ์ของญาติ และสรุปสิ่งที่ปัญหา 3. ขั้นดำเนินการ มุ่งช่วยเหลือให้ญาติใช้พฤติกรรมกรเผชิญปัญหาใหม่เพื่อปรับตัวให้พ้นภาวะวิกฤต และ 4. ขั้นรวบรวมสรุปโดยประเมินร่วมกันกับญาติเกี่ยวกับกระบวนการช่วยเหลือทั้งหมด การช่วยเหลือแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามระยะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ระยะที่ 1 การช่วยเหลือในห้องฉุกเฉิน ระยะที่ 2 การช่วยเหลือหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 3 วันแรก และระยะที่ 3 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังให้การช่วยเหลือ ญาติผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 8 ราย เกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ได้แก่ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและรับรู้ตามความเป็นจริง ญาติรู้แหล่งสนับสนุนและมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิตว่ามนุษย์ทุกคนต้องเคยประสบปัญหา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบตามแนวคิดของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) มาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียดในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต แต่จะต้องปรับกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต เพราะบริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างกันทั้งในด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

และสภาพแวดล้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ (วิจิตร กุศล, 2553) เพื่อให้ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุล และจัดการความเครียดได้ดียิ่งขึ้น

โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้ปรับตัวเข้าสู่สภาวะสมดุลทางอารมณ์ และการช่วยเหลือญาติในการจัดการความเครียด เป็นโปรแกรมที่ช่วยเหลือให้ญาติสามารถเผชิญกับความเครียด และสามารถแก้ไขปัญหาได้ เพื่อให้เกิดความสมดุลโดยโปรแกรมประกอบด้วยช่วยเหลือ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1. การช่วยให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event) องค์ประกอบที่ 2. การช่วยให้ญาติมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอ (Adequate situational support) และองค์ประกอบที่ 3. การช่วยให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Coping mechanism) โดยให้การช่วยเหลือโดยตรงกับญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้สามารถช่วยเหลือญาติแต่ละคนได้ตรงตามปัญหาและมีประสิทธิภาพ (Aguilera, 1998) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาทีต่อวัน โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย การให้โปรแกรมปฏิบัติควบคู่กับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยของญาติ แนวทางในการช่วยเหลือญาติมีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1. การช่วยให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง

การช่วยให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเข้าใจในโรค และแผนการรักษาของผู้ป่วยวิกฤต สามารถประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย และมีความคาดหวังที่ตรงกับความจริงตามอาการของผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนสามารถสามารถยอมรับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทั้งในด้านอาการดีขึ้นและอาการแย่ลง โดยอาศัยแนวทางดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมพยาบาลแรกที่สำคัญในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤต เพราะการสร้างสัมพันธภาพจะทำให้ญาติ เกิดความไว้วางใจ และรับรู้ได้ว่า

พยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของญาติ ส่งผลให้ญาติให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือและเกิดความเชื่อมั่นว่าพยาบาลจะสามารถตอบสนองความต้องการและช่วยเหลือญาติในการจัดการความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธรณี วัฒนกุล (2547) และการศึกษาของกันยา วังแสงยะฤทธิ์ (2549) ที่พบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยอาศัยเทคนิคในการสื่อสาร คือเทคนิคการรู้จัก ทักทายและให้เกียรติ การยอมรับและการเคารพผู้อื่น โดยเมื่อเจอญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยแสดงการรู้จัก จำได้ ด้วยการทักทาย เรียกชื่อได้ถูกต้อง จำเรื่องราวของญาติผู้ป่วยได้ สังเกตได้ถึงความเปลี่ยนแปลงและให้ความสนใจกับสิ่งนั้น รวมถึงบอกถึงสิ่งที่ผู้วิจัยเห็นในตัวญาติ ซึ่งเป็นการแสดงว่าผู้วิจัยสนใจและให้ความสำคัญกับญาติ ผู้วิจัยมีเจตคติที่ดีต่อความรู้สึกและการแสดงออกต่อญาติผู้ป่วย โดยให้ความเคารพต่อความจริงที่ว่าบุคคลแต่ละคนมีคุณค่าในความเป็นตนเอง มีศักดิ์ศรีและมีพลังอยู่ในตัว ยอมรับความเป็นบุคคลของญาติผู้ป่วย เน้นความมีคุณค่าและการให้เกียรติ ยอมรับและเข้าใจความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมของญาติผู้ป่วย ซึ่งการยอมรับนี้ไม่ได้หมายถึงเห็นด้วยกับญาติผู้ป่วย แต่เป็นการยอมรับในขณะที่ติดต่อสื่อสารกัน โดยผู้วิจัยแสดงท่าทีสนใจ ตั้งใจรับฟัง ไม่แสดงท่าทางตำหนิ โกรธ กลัว ซึ่งการยอมรับสามารถแสดงได้ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง รวมทั้งการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความเป็นกันเอง จะทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ และจากการศึกษาของมิสเชลและคณะ (Mitchell et al., 2009) พบว่าถ้าพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติจะส่งผลให้ญาติเกิดความพึงพอใจในการพยาบาลมากขึ้น

1.2 การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล

การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ จากการศึกษาของอภิญา สัตย์ธรรม (2550) พบว่าญาติต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลง การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่กับผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามลำดับ ซึ่งเป็นข้อมูลตามสิทธิที่ญาติพึงได้รับ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติอย่างมีแบบแผนทำให้ญาติมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น และจากการศึกษาของกันยา วังแสงยะฤทธิ์ (2549) พบว่า การสนับสนุนข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน โดยมีการเตรียมญาติ อธิบายถึงสภาพผู้ป่วยให้รับทราบก่อนการเยี่ยม ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามในขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลภายหลังการเยี่ยมในประเด็นที่ญาติยังสงสัยและไม่เข้าใจ จะทำให้ญาติเข้าใจอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณูศรีคำชาว (2548) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ญาติมีความเข้าใจในโรค และแผนการรักษาของผู้ป่วย มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ส่งผลให้ความวิตกกังวลของญาติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของคะนิงนิตซ์ ศรีโสคาพล (2552) พบว่ารูปแบบการให้ข้อมูล แก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่จะช่วยให้ญาติได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อความต้องการ และช่วยลดความวิตกกังวลได้นั้น จะต้องประเมินการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตของญาติก่อนและหลังให้ข้อมูล เพราะจะทำให้ผู้วิจัยทราบว่าญาติมีการรับรู้เหตุการณ์อย่างไร ตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว โดยใช้คำถามปลายเปิด สอบถาม ญาติเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตครั้งนี้ เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรง ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้สาเหตุ ทัศนคติ และความคาดหวังในการเจ็บป่วยของญาติว่า ตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ เพื่อให้เข้าใจญาติและค้นพบความเข้าใจผิดของญาติ และประเมิน ประสิทธิภาพที่ผ่านมามีผลต่อความคาดหวัง เจตคติของญาติอย่างไร หลังจากนั้นประเมินร่วมกันกับ ญาติว่าการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยเป็นอย่างไร ตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ และบิตเบือนใน เรื่องใด พร้อมทั้งวางแผนร่วมกันว่าจะต้องทำวิธีใดบ้างที่จะให้ญาติมีการรับรู้ตรงตามความเป็นจริง เพื่อให้การช่วยเหลือในขั้นตอนต่อไป และการให้ข้อมูลควรให้ข้อมูลซ้ำหลายครั้ง เพื่อให้ญาติรับรู้ ข้อมูลได้ครบถ้วน และควรใช้ถ้อยคำที่สั้น ง่าย ๆ และใช้ภาษาให้เหมาะสมกับญาติผู้ป่วยวิกฤตแต่ละคน ภายหลังการให้ข้อมูลควรมีการประเมินการรับรู้ข้อมูลของญาติ และเพิ่มเติมในสิ่งที่ญาติยังไม่เข้าใจ และการศึกษาของเวอร์เฮเซ และคณะ (Verhaeghe et al., 2005) พบว่าพยาบาลควรเป็น สื่อกลางในการประสานงานให้ญาติได้พบกับแพทย์ผู้รักษายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่ออธิบายอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ญาติรับรู้อาการของผู้ป่วยตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

1.3 การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นการดูแลและส่งเสริมให้ ญาติได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติที่ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เนื่องจากญาติต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากบุคลากรทีมสุขภาพ (วารุณี บัวมีรูป, 2551) การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถทำได้โดยการสนับสนุน การเยี่ยม โดยเปิดโอกาสให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ ตามกฎเกณฑ์ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งแนะนำให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และทุกครั้งที่มาเยี่ยมให้พูดคุย ให้กำลังใจ ผู้ป่วย และสัมผัสผู้ป่วย โดยในขณะที่ญาติมาเยี่ยมพยาบาลควรอยู่ด้วย และสามารถให้ข้อมูลแก่ญาติ ร่วมกับการสนับสนุนการเยี่ยมได้ และนอกจากนั้นในกรณีที่ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ตามปกติ สามารถให้ญาติโทรมาสอบถามอาการของผู้ป่วยได้ การส่งเสริมให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ส่งผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ คือผู้ป่วยจะได้รับกำลังใจจากญาติ ส่งผลให้การฟื้นหายจากการเจ็บป่วย วิกฤตเร็วขึ้น และญาติลดความวิตกกังวล ลดเรื่องการรับรู้บิดเบือนจากการจินตนาการไปเองว่า ผู้ป่วยอาการหนักมากกว่าความเป็นจริงจากการที่ไม่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ

หนักมากขึ้น ญาติได้เห็นการดูแลอย่างเต็มที่จากบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนั้นการที่ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะทำให้รับรู้อาการเปลี่ยนแปลง ความคาดหวัง การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิณี วัฒนกุล (2547) และการศึกษาของกันยา วังเฮงยะฤทธิ์ (2549) พบว่าการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนการเยี่ยม เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยให้มากที่สุด ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ญาติมีความรักความผูกพันกับผู้ป่วย ต้องการดูแลซึ่งกันและกัน และเกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบและบริบทของสังคมครอบครัวไทยที่ครอบครัวจะต้องมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤตขึ้นในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล เจริญสุข (2549) พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมาก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีลักษณะกิจกรรมแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การสังเกตอาการและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงว่าแต่ละวันผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เช่น สังเกตว่าผู้ป่วยคู่มือหรือแขนขาบวมขึ้น สังเกตว่าผู้ป่วยหน้าแดงหรือซีด แขนขาขยับได้น้อยลงหรือมากขึ้นหรือไม่ การสอบถามความถี่หน้าเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทุกวันกับเจ้าหน้าที่และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ในสิ่งที่ญาติสังเกตเห็น ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ระดับความรู้สึกรักตัวของผู้ป่วย โดยญาติจะกระตุ้นโดยการเรียกชื่อผู้ป่วย และสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ญาติสามารถประเมินได้ว่าการรับรู้ของญาติดีขึ้นผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่องมากขึ้นหรือซึมลง นอกจากนั้นญาติต้องการช่วยในการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วย เช่น ยกแขน ยกขาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง เป็นต้น

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้า หวีผม ทาครีมบำรุงผิว ทาวาสลีนที่ปาก การจัดทำและพลิกตะแคงตัว การนวด การสัมผัส เป็นต้น

3. การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย สวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง การนำพวงมาลัยหรือสังฆทานมาให้ผู้ป่วยอธิษฐานก่อนที่จะนำไปถวายที่วัด หรือนำไปไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อของผู้ป่วย

การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ควรเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลความสุขสบาย และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย โดยเป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายและไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น การรักษาความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย การทำความสะอาด

ใบหน้า การจัดทำ การดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ญาติดูและเปิดโอกาสให้ญาติได้ฝึกทำ โดยผู้วิจัยคอยให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจแก่ญาติว่าญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ พร้อมทั้งให้ญาติตระหนักว่า ญาติเป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ญาติได้แสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะเป็นโอกาสสำคัญที่ญาติจะได้เรียนรู้ถึงการดำเนินการของโรค อาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับจากพยาบาลและแพทย์เพิ่มมากขึ้น เพราะญาติสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้รับกับสภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เข้าใจและยอมรับอาการเปลี่ยนแปลง มีความคาดหวังตามความเป็นจริง สามารถพยากรณ์โรคได้ตรงตามความเป็นจริง และญาติเกิดความภาคภูมิใจที่มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิณี วัฒนกุล (2547) พบว่า การเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ญาติประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะเจอกับสถานการณ์ สภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง

องค์ประกอบที่ 2. การช่วยให้ญาติมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ

การเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ญาติต้องเผชิญกับความเครียด และภาวะไม่สมดุล ญาติจึงต้องการบุคคลหรือสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนในการเผชิญความเครียด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลมากที่สุด เพราะพยาบาลเป็นระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด เพราะพยาบาลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากที่สุด (จรี ชูธิตา และคณะ, 2542) และจากการศึกษาของกัญญา คล้ายมาลา (2553) พบว่า ญาติมีความต้องการ 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ และจากการศึกษาของวิไลรัตน์ ชัยนนธ์ (2549) พบว่าการได้รับการตอบสนองด้านสิ่งของและบริการนั้นอยู่ในระดับมาก แต่ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคมของญาติยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้ความสนใจเอาใจใส่ญาติ สนับสนุนและ ให้กำลังใจ พร้อมทั้งช่วยตอบสนองความต้องการของญาติทุกด้าน โดยอาศัยแนวทางดังต่อไปนี้

2.1 การสนับสนุนและให้กำลังใจ

การให้การสนับสนุนและการให้กำลังใจ สามารถทำได้โดยใช้เทคนิคการเสริมคุณค่าในตัวเอง และเทคนิคการเสริมแรงทางบวก โดยผู้วิจัยคอยสนับสนุนญาติ เป็นแหล่งสนับสนุนของญาติทั้งด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ และพร้อมที่จะช่วยเหลือญาติด้วยความเต็มใจ เพราะญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เผชิญปัญหา จะรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง ขาดคนช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะช่วยให้ญาติรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองมากขึ้นโดยการช่วยให้ญาติมีความมั่นใจว่าสามารถมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยการรับฟัง และยอมรับความรู้สึกของญาติ ให้ความเอาใจใส่ ยอมรับนับถือ ช่วยให้ญาติมีพลังในการค้นหาการช่วยเหลือจากระบบสนับสนุนอื่น ๆ นอกเหนือจากผู้วิจัยโดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และประเมินความต้องการของญาติ โดยการสอบถามถึงสิ่งที่ญาติผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกว่ามีความต้องการอะไรบ้าง พร้อมทั้งเสนอตัวช่วยเหลือ ซึ่งการเสนอตัวช่วยเหลือ จะทำให้ญาติรู้สึกไว้วางใจและรับรู้ได้ว่าผู้วิจัยพร้อมที่จะช่วยเหลือและพร้อมที่จะรับฟังปัญหา สนใจ และพยายามเข้าใจการกระทำและปัญหาต่างๆของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติรับรู้ได้ว่าผู้วิจัยเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของญาติ (กัญญา คล้ายมาลา, 2553)

2.2 การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางการช่วยเหลือให้ญาติสามารถแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ญาติจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นี้ได้ ซึ่งสามารถทำได้โดยการให้ความรู้ และวิธีการแสวงหาระบบสนับสนุน โดยจะต้องประเมินระบบสนับสนุนของญาติก่อน การประเมินระบบสนับสนุนของญาติ เป็นการประเมินว่าญาติมีแหล่งช่วยเหลืออะไรบ้างเมื่อเกิดความเครียด ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพของระบบสนับสนุน การประเมินในส่วนนี้จะช่วยให้ผู้วิจัยและญาติสามารถตัดสินใจได้ว่าจะเลือกนำแหล่งสนับสนุนใดของญาติมาช่วยในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น การประเมินระบบสนับสนุนของญาติทำได้โดย การสอบถามถึงเครือข่ายทางสังคม ระบบสนับสนุนที่ญาติมีว่า เมื่อญาติประสบปัญหาามีแหล่งช่วยเหลืออะไรบ้าง เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น และสอบถามญาติถึงคุณภาพของระบบสนับสนุนที่ญาติมีว่า เมื่อญาติประสบปัญหาระบบสนับสนุนที่ญาติมีสามารถช่วยเหลือญาติได้มากน้อยเพียงใด และช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญและเน้นจุดสำคัญกับญาติว่า ญาติมีแหล่งสนับสนุนอะไรบ้าง และแต่ละแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่นั้นสามารถช่วยเหลือญาติได้มากน้อยเพียงใด และประเมินร่วมกันกับญาติว่าระบบสนับสนุนของญาติมีคุณภาพหรือไม่ และวางแผนร่วมกันว่าต้องทำอย่างไร เพื่อให้สามารถแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ

การให้ข้อมูลแก่ญาติ เกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้ความช่วยเหลือญาติได้เมื่อญาติต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยวิกฤต เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ บุคคลในครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติของผู้ป่วยรายอื่นๆที่อยู่ในสถานการณ์ใกล้เคียงกัน และสามารถปรับตัวและจัดการความเครียดได้ดี (กัญญา คล้ายมาลา, 2553) และแนะนำวิธีการแสวงหาแหล่งสนับสนุนว่าจะสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนแต่ละแหล่งได้อย่างไร กระตุ้นและช่วยเหลือญาติให้ลองคิดและพิจารณาว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนอะไรบ้าง และสามารถใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนแต่ละแหล่งหรือแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้อย่างไร เช่น ให้คำแนะนำและช่วยเหลือญาติในการวางแผนและจัดการภาระความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นในขณะที่ญาติมาดูแลผู้ป่วย หลังจากให้การช่วยเหลือญาติแล้วจะต้องประเมินผลการช่วยเหลือร่วมกับญาติผู้ป่วย ว่าญาติสามารถรับรู้ว่าจะระบบสนับสนุนของญาติมีแหล่งใดบ้าง และสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนนั้น ๆ ได้เพื่อนำมาช่วยเหลือในการจัดการความเครียด แสดงว่าญาติสามารถแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพได้ แต่ถ้าญาติยังไม่สามารถทำได้ผู้วิจัยจะต้องให้การช่วยเหลือในประเด็นนั้น ๆ และวิเคราะห์หาแนวทางการช่วยเหลือเพื่อให้ญาติมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา จานงนิษฐ์ (2551) พบว่า การช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ จะทำให้ญาติ มีความเข้มแข็งด้านจิตใจ สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล เข้าใจความเครียดที่เกิดขึ้น และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 3. การช่วยให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ซึ่งส่งผลทำให้ญาติมีความเครียดอยู่ในระดับสูง เมื่อญาติเกิดความเครียดก็จะใช้กลไกการเผชิญความเครียดเพื่อมาจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการเผชิญความเครียดของญาติแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันมีทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ดังนั้นการช่วยเหลือให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะทำให้ญาติสามารถเผชิญความเครียดและลดความเครียดลงได้ การช่วยเหลือสามารถทำได้ดังนี้

3.1 การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก

การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก ทำได้โดยกระตุ้นให้ญาติปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ญาติพูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดว่าตอนนี้ญาติรู้สึกอย่างไรบ้าง และทวนคำถามกลับคำพูดของญาติ เพื่อให้ญาติแสดงความรู้สึกที่ชัดเจน และในขณะที่ญาติระบายความรู้สึกถ้าญาติ

ร้องไห้หรือโกรธ จะต้องไม่ห้ามการร้องไห้หรือหยุดอารมณ์โกรธ แต่ส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความรู้สึก ช่วยให้มีสมาธิในการคิดมากกว่าความรู้สึก และอยู่เป็นเพื่อนญาติ การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึกจะช่วยให้ญาติลดความเครียดลงได้ ทำให้ญาติสบายใจขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิณี วัฒนกุล (2547) พบว่า การกระตุ้นให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบายความรู้สึก ที่ญาติกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ญาติสบายใจ ผ่อนคลายความวิตกกังวลลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา จานงนิษฐ์ (2551) พบว่า การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดมาก และญาติมีพฤติกรรมนั่งร้องไห้ข้างเตียง สอบถามโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยตลอดเวลา เมื่อพยาบาลกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก โดยใช้คำถามปลายเปิดและฟังอย่างตั้งใจ ทำให้อารมณ์ของญาติสงบลง ได้มีเวลาคิดไตร่ตรองเหตุการณ์ ทำให้ญาติเข้าใจและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้

3.2 การสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

การสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะต้องประเมินกลไกการเผชิญความเครียดของญาติว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก่อน หลังจากนั้นให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดว่าการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องสมดุลระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งปรับอารมณ์ โดยญาติผู้ป่วยวิกฤตจะต้องเลือกใช้กลไกการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมตามสถานการณ์ความเครียดนั้น ๆ (Lazarus & Folkman, 1984) มีการพยายามเข้าใจความเครียดสาเหตุของความเครียด และพยายามแสวงหาวิธีมาใช้ในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นโดยขอคำปรึกษาหารือ พร้อมทั้งยอมรับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับญาติผู้ป่วยคนอื่นที่มีประสบการณ์ในการเผชิญความเครียดเช่นเดียวกันมาก่อนและสามารถจัดการความเครียดได้ดี ระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้ใจ ในขณะเดียวกันก็จะต้องมีการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ความเครียดมาลดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา เช่น การมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ให้กำลังใจตนเอง เชื่อมมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการกับความเครียดได้ มีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การฟังเพลง การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การเรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิตมนุษย์ว่าทุกคนเกิดมาต้องเจอกับปัญหาต่าง ๆ และทุกปัญหาจะต้องมีทางแก้ไขได้เสมอ และดูแลตนเองให้แข็งแรง รับประทานอาหารให้เพียงพอ เพราะถ้าสุขภาพญาติแข็งแรงจะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2543) ส่วนการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม คือการใช้กลไกการเผชิญความเครียดไม่สมดุลของทั้งสองแบบ เช่น การใช้การมุ่งปรับอารมณ์มากเกินไป ทำให้ไม่พยายามแก้ปัญหา คิดว่าทุกอย่างจะดีขึ้นเอง หรือคิดว่าเป็นเพราะเคราะห์กรรมจึงปล่อยให้อย่างผ่านไป หรือมุ่งแต่จัดการความเครียดอย่างเดียวแต่ไม่ปรับอารมณ์ด้วยทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้นและลดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา

(นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) และยังมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมและส่งผลเสียต่อญาติ เช่น การปฏิเสธ หรือการใช้เหตุผล การโทษตนเองหรือโยนความผิดให้ผู้อื่น การหลีกเลี่ยงปัญหา การเก็บความรู้สึกไว้ คนเดียว การแยกตัวออกจากสังคม การใช้สารเสพติดต่างๆ เป็นต้น

การช่วยเหลือให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมทำได้โดยสนับสนุนการใช้กลไกการป้องกันตัวที่เหมาะสม คือ สนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการป้องกันตัวที่เหมาะสมและไม่สนับสนุนถ้ากลไกการป้องกันนั้นไม่เหมาะสม ซึ่งเทคนิคนี้จะช่วยกระตุ้นให้ญาติได้เรียนรู้และปรับเปลี่ยนใช้กลไกการป้องกันตัวที่เหมาะสม และเทคนิคการวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยและญาติช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาและคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหา อาจจะช่วยกันคิดวิธีหลายวิธีและวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีแสวงหาวิธีที่เหมาะสมกับญาติมากที่สุดโดยญาติเป็นคนตัดสินใจ เทคนิคนี้จะช่วยให้ญาติสามารถค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ญาติคลายความวิตกกังวลลงได้ และเทคนิคการจัดการให้เกิดการแก้ไข เป็นการใช้อารมณ์ ความปรารถนา หรือคุณค่าของญาติให้มีประโยชน์ในกระบวนการช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยจะต้องสนับสนุนให้ญาติได้ช่วยเหลือตนเองในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) ภายหลังการช่วยเหลือร่วมกันกับญาติประเมินว่า ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้ายังไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจะต้องให้การช่วยเหลือในประเด็นนั้นๆและวิเคราะห์หาแนวทางการช่วยเหลือเพื่อให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพราะการช่วยเหลือให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะส่งผลให้ญาติสามารถเผชิญกับความเครียด และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรุฒ ก้อนใส (2547) พบว่า ถ้าญาติมีความสามารถในการเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหา และการมุ่งปรับอารมณ์ จะทำให้ญาติสามารถปรับตัวในการเผชิญกับความเครียดได้ดี

ผู้วิจัยจะมอบคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต ความเครียดและการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนเพิ่มเติมของญาติ เพื่อให้ญาตินำไปอ่านทบทวน ทำให้ญาติเข้าใจในเรื่องความเครียดที่เกิดขึ้น และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิณี วัฒนกุล (2547) พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการให้คู่มือสำหรับญาติผู้ป่วยหนักพร้อมด้วย จะทำให้ญาติเข้าใจข้อมูลได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะญาติสามารถนำไปอ่านทบทวนได้ ทำให้ญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว

การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้ง 3 ขั้นตอน จะช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุลได้ คือ มีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคม และใช้กลไกการเผชิญ

ความเครียดได้เหมาะสม รวมทั้งญาติยังได้รับการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้ง 6 ด้าน คือ การลดความวิตกกังวล การได้รับข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การดูแลส่วนบุคคล การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก เมื่อญาติได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอต่อความต้องการจะส่งผลให้ความเครียดของญาติลดลง

สรุป

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ส่งผลกระทบต่อญาติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตที่มีความรุนแรงต่อการเสียชีวิตสูง ตามการประเมินความรุนแรงของ APACHE II ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป และความสัมพันธ์ใกล้ชิดของผู้ป่วยวิกฤตกับญาติ โดยผลกระทบเกิดขึ้นกับญาติมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ญาติไม่สามารถให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ ญาติจึงมีความต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก เพื่อให้ตนเองสามารถคงบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยให้ผ่านพ้นวิกฤต และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการญาติผู้ป่วยวิกฤตได้มากที่สุดคือพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ แต่การตอบสนองความต้องการยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ ส่งผลให้ญาติเกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับ จึงทำให้ญาติเกิดความเครียดขึ้น โดยปัจจัยของความเครียดมาจาก ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยวิกฤต ด้านสภาพจิตใจของญาติ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ถ้าญาติไม่ได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นนี้ อาจจะส่งผลให้ญาติเกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ และเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ การช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถจัดการความเครียด เพื่อป้องกันภาวะวิกฤตตามสถานการณ์นี้ ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา สามารถทำได้โดยการช่วยเหลือให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ การรับรู้การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยการจัดทำโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่สามารถช่วยเหลือให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับความเครียดของญาติลดลง ญาติสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ตามบทบาทของครอบครัว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ one group pretest-posttest design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรของการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมชั้น 5 (5IC) และหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2554 เก็บข้อมูลในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนน APACHE II มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป

ญาติผู้ป่วยวิกฤต

1. ญาติที่มีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 60 ปี สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโดยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 1 วันในระยะเวลา 3 วัน และเป็นญาติคนเดิมตลอดระยะเวลา 3 วัน
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้โดยการลงนาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เสียชีวิตในระหว่างที่ทำการรักษา
2. ญาติที่มีคะแนนความเครียดก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นศูนย์คะแนน
3. ญาติที่ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย
4. ญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 3 วัน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีลักษณะของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับงานวิจัย คือการศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของวาสนา ไชยวงศ์ (2549) แล้วนำมาคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect Size) โดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976) สำหรับสถิติ Independent t-test ดังนี้

$$d = \frac{\bar{Y}_1 - \bar{Y}_2}{S}$$

d = ขนาดอิทธิพล

$\bar{Y}_1, \bar{Y}_2$ = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามของกลุ่ม 1, กลุ่ม 2

S = S.D. ของกลุ่มควบคุม

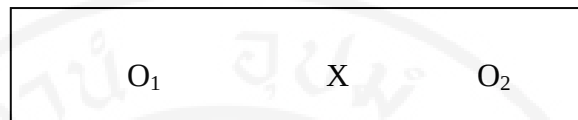
$$d = \frac{10.20 - 8.10}{4.02}$$

$$d = 0.52$$

ขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 0.52 (Medium effect Size) หลังจากนั้นเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) ใช้การกำหนดค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) ทิศทางการทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 และที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง = 26 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นจึงเก็บตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 30 คน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ one group pretest-posttest design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



O₁ หมายถึงคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนได้รับโปรแกรม

X หมายถึงการให้โปรแกรมการจัดการความเครียด

O₂ หมายถึงคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรม

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลรามารัตนบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมชั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โดยหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมชั้น 5 (SIC) รับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษาทั้งหมดจำนวน 9 เตียง ประกอบด้วย ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง ส่วนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) รับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษาทั้งหมดจำนวน 6 เตียง โดยทั้งสองหอผู้ป่วยจะมีลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน คือ บุคลากรที่ให้ความดูแล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ โดยแพทย์จะแบ่งทีมดูแลผู้ป่วยทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ พยาบาลจะแบ่งเวลาการดูแลผู้ป่วยดังนี้ เวรเช้า เวลา 07.00 – 15.00 น. เวรบ่าย เวลา 15.00 – 23.00 น. เวรดึก เวลา 23.00 – 07.00 น. การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1-2 คน หน่วยงานมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยชีวิตผู้ป่วย ส่วนการดูแลญาตินั้น พยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับ สถานที่ สภาพแวดล้อม ข้อปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โรค อาการ อาการเปลี่ยนแปลง การรักษาพยาบาล ซึ่งการดูแลญาติยังไม่มีรูปแบบหรือขั้นตอนที่ชัดเจน โดยพยาบาลกระทำตามความถนัดของแต่ละบุคคล และยังไม่มีการดูแลญาติโดยเน้นให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการคัดกรอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. เครื่องมือในการคัดกรอง

Acute Physiology and Chronic Health evaluation II (APACHE II) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยนอสและคณะ (Knaus et al., 1985) ได้มาจากการศึกษาปัจจัย อาการทางคลินิกของหลายระบบในร่างกายที่ผิดปกติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละระบบจะมีอาการและอาการแสดงถึงความรุนแรงของความผิดปกตินั้นเป็นระดับตัวแปรที่ถูกกำหนดเป็นจำนวน เครื่องมือนี้ประกอบด้วย

1) Acute physiology variable 12 ตัวแปร เป็นคะแนน A ให้คะแนนตัวแปรใช้ค่าที่ผิดปกติที่สุด 12 ตัวแปร ได้แก่ อุณหภูมิ mean arterial pressure อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความเป็นกรดต่างในเลือด ความเข้มข้นของเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือด serum creatinine, serum BUN, serum Na, serum potassium, serum HCO_3 โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 4 คะแนน รวมกับคะแนน Glasgow coma score (GCS)

2) Age เป็นคะแนน B ให้คะแนนดังนี้

< 44 ปี เท่ากับ 0 คะแนน

45- 54 ปี เท่ากับ 2 คะแนน

55- 64 ปี เท่ากับ 3 คะแนน

65-74 ปี เท่ากับ 5 คะแนน

≥ 75 ปี เท่ากับ 6 คะแนน

3) Chronic disease เป็นคะแนน C ให้คะแนนดังนี้ กรณีมีประวัติโรคทางระบบ cardiovascular, respiratory, hepatic, renal, immunological system เป็นเวลา 6 เดือนก่อนได้รับการเจ็บป่วยครั้งนี้ รวมกับพิจารณาเรื่องการผ่าตัด emergency หรือไม่มีการผ่าตัด ให้คะแนน 5 คะแนน กรณีผ่าตัดแบบ elective case ให้คะแนน 2 คะแนน

หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกัน $A+B+C = \text{APACHE II}$ โดยคะแนนมีค่าตั้งแต่ 2 - 71 คะแนน แล้วนำคะแนนมาใช้บอกความรุนแรงของโรค และใช้พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตโดยคะแนนสูงแสดงถึงความรุนแรงของโรคมากและมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง และคะแนน ≥ 25 คะแนนขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 (ธนศ ชาญด้วยกิจ, วารินทร์ พัดทอง, และศศิธร ศิริกุล, 2552) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เกณฑ์ผู้ป่วยวิกฤต คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตชั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

อุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามารับดี ที่มีคะแนน $APACHE II \geq 25$ คะแนนขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต และแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ลักษณะของการผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤต และภาวะความเจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลักษณะครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามรายการ (Check list)

2.3 แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ใช้วัดระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตของ นิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและเด็ก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 125 ราย เครื่องมือนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้คำถามปลายเปิด ถามเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยถามถึงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ความรู้สึกและความเข้าใจเกี่ยวกับหอผู้ป่วยระยะวิกฤต สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตและเหตุการณ์ที่รู้สึกกังวลใจหรือเครียด โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน จากนั้นนำไปสัมภาษณ์ญาติจำนวน 30 ราย แล้วนำคำตอบมาจัดเป็นหมวดหมู่และคำถามปลายปิดตามแนวคิดความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน ได้คำถามจำนวน 50 ข้อ แล้วคำนวณหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .90 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับภาษาของข้อความ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและเพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยแนวคิด เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดความเครียดทั้ง 4 ด้านคือ ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจของญาติ

ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 50 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย มีจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1- 18

ความเครียดด้านจิตใจของญาติ มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19- 33

ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 34 - 44

ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 45- 50

แบบวัดความเครียดมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและความหมายดังนี้

0 คะแนน คือ ไม่มีความเครียด หมายถึง สถานการณ์นั้นไม่ทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจ

1 คะแนน คือ มีความเครียดเล็กน้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจเล็กน้อย

2 คะแนน คือ มีความเครียดปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจปานกลาง

3 คะแนน คือ มีความเครียดมาก หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจมาก

การคำนวณคะแนนความเครียดโดยรวมและรายด้าน

$$\text{คะแนนความเครียดโดยรวม} = \frac{\text{คะแนนความเครียดทั้งหมด}}{50}$$

$$\text{คะแนนความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย} = \frac{\text{คะแนนความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย}}{18}$$

$$\text{ความเครียดด้านจิตใจของญาติ} = \frac{\text{คะแนนความเครียดด้านจิตใจของญาติ}}{15}$$

$$\text{ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม} = \frac{\text{คะแนนความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม}}{11}$$

$$\text{ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม} = \frac{\text{คะแนนความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม}}{6}$$

การแบ่งระดับความเครียดตามช่วงคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนระหว่าง 0.01 - 1.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย

ค่าคะแนนระหว่าง 1.01 - 2.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง

ค่าคะแนนระหว่าง 2.01 - 3.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับเครียดมาก

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการความเครียด และคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

3.1 โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดและการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้เข้าสู่ภาวะสมดุล โดยการช่วยเหลือให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทางอารมณ์ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีแนวทางการช่วยเหลือดังนี้ องค์ประกอบที่ 1. การช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวทางดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2. การช่วยเหลือให้ญาติมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ โดยมีแนวทางดังนี้ การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และองค์ประกอบที่ 3. การช่วยเหลือให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้ การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม การช่วยเหลือกระทำโดยตรงกับญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล (Individual approach) เพื่อให้สามารถช่วยเหลือญาติแต่ละคนได้ตรงตามปัญหาและมีประสิทธิภาพ (Aguilera, 1998) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาทีต่อวัน โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย การให้โปรแกรมปฏิบัติควบคู่กับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยของญาติ

3.2 คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับให้ญาตินำไปอ่านทบทวนเพื่อให้สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รายละเอียดเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย

ของหอผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ สภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระเบียบวิธีปฏิบัติต่างๆ ความสำคัญของญาติผู้ป่วยวิกฤต ความเครียดและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีทั้งหมด 8 หน้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ไปตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความเครียดและภาวะวิกฤต จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในข้อคำถาม โดยการหาความตรงของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต กำหนดระดับของความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1) ไม่ตรงกับเนื้อหาเลย 2) ตรงกับเนื้อหาเล็กน้อย หรือไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ปรับแก้ 3) ตรงกับเนื้อหาพอสมควรแต่ต้องปรับแก้ และ 4) ตรงกับเนื้อหามาก (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2550; Waltz, Strickland, & Lenz, 2005) แล้วนำข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008) ซึ่งแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ได้ค่า CVI เท่ากับ .96 (ภาคผนวก จ) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยได้คงข้อคำถามไว้ 50 ข้อคงเดิม แต่มีการปรับภาษาให้เข้าใจมากขึ้นในข้อคำถามดังนี้ ข้อคำถามที่ 23 ปรับภาษาจาก “กลัวผู้ป่วยหนักคนอื่นๆ” เป็น “กลัวผู้ป่วยคนอื่นๆที่มีอาการหนัก” ข้อคำถามที่ 46 ปรับภาษาจาก “เรื่องภายในครอบครัว” เป็น “บทบาทภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป” และข้อคำถามที่ 47 ปรับภาษาจาก “เรื่องงาน” เป็น “ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล” เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือการจัดการ

ความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยนำแบบวัดความเครียดที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ที่ระดับ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008) แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการตัดสินใจในการเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถยุติการศึกษาเมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ โดยไม่เกิดผลเสียต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมในการวิจัยจะต้องเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อในแบบสอบถาม สามารถตอบได้ตรงตามความจริงโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติและข้อมูลถูกนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตในการทำการศึกษและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการติดต่อไปยังหัวหน้าพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมชั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน คุณวุฒิพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ประสบการณ์ทำงาน 6 ปี เป็นพยาบาลประจำการที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อลดอคติในการตอบแบบสอบถามแบบวัดความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยมีขั้นตอนในการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1. ชี้แจงรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
2. ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด
3. อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย และหากมีข้อสงสัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2. ขั้นตอนการวิจัย

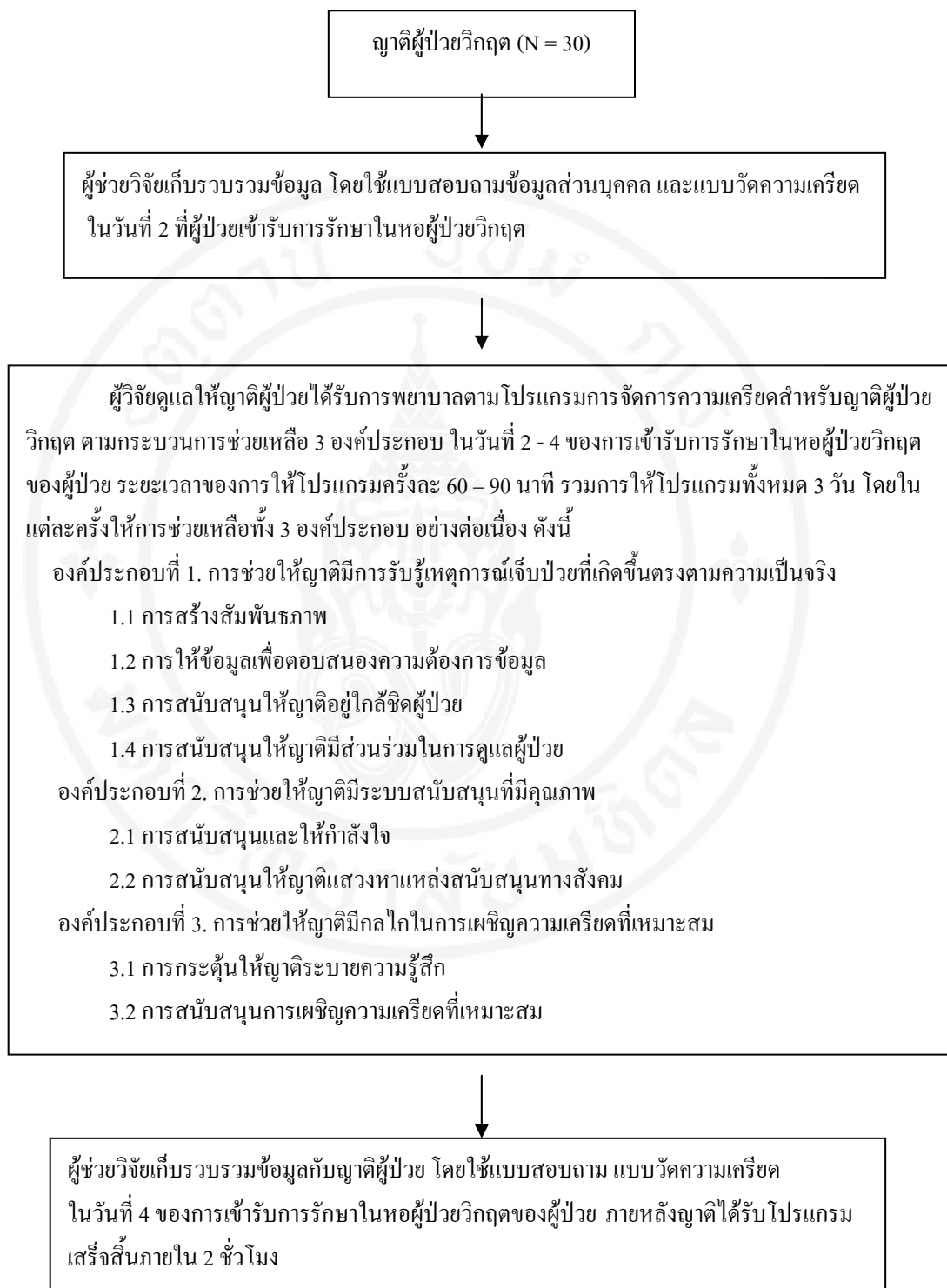
2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมให้ทำการวิจัยและพิกัดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

2.3 ผู้ช่วยวิจัย ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอคติในการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย

2.4 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตามโปรแกรม โดยดูแลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับการพยาบาล ตามโปรแกรมการจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยเหลือให้ญาติสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลและจัดการความเครียดมี 3 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1. การช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวทางดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2. การช่วยเหลือให้ญาติมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ โดยมีแนวทางดังนี้ การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ องค์ประกอบที่ 3. การช่วยให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้ การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยให้การช่วยเหลือโดยตรงกับญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล (Individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาทีต่อวัน โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย การให้โปรแกรมปฏิบัติควบคู่กับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยของญาติ

2.5 ภายหลังญาติผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดครบ 3 วัน ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดจากกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังญาติได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมง เพราะความเครียด เป็นความรู้สึกที่ญาติประเมินการเจ็บป่วยวิกฤต เมื่อญาติได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้ความเครียดลดลง ดังนั้นจึงสามารถวัดและประเมินผลความเครียดภายหลังการได้รับโปรแกรมได้เลย และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาที โดยแสดงแผนผังการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแผนภูมิที่ 3.1



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาลงรหัส เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลักษณะครอบครัว ใช้สถิติบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ และโรคของผู้ป่วย ใช้สถิติบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต (APACHE II score) ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติ Paired t-test และถ้าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ต่อการลดความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2554 จำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านภาวะความเจ็บป่วย และข้อมูลความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 3 ความเครียดและการเปรียบเทียบระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต

รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤต 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 44 ปี ($SD = 10.70$) ร้อยละ 80 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36- 60 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 50 รองลงมา มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 26.67 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รองลงมา อาชีพค้าขายและรับจ้าง/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.68 และ 23.33 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ $> 20,000$ บาท รองลงมา คือ 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 30 ตามลำดับ สถานภาพภายในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 73.33 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมา เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 16.67 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.33 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 30)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย			9	30
	หญิง			21	70
อายุ	Range = 22 – 60 ปี	44.30	10.70		
	18-35 ปี			6	20
	36- 60 ปี			24	80
ศาสนา	พุทธ			30	100
สภาพสมรส	โสด			9	30
	คู่			16	53.33
	หม้าย			5	16.67
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา			8	26.67
	มัธยมศึกษา			3	10
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ			1	3.33
	ปริญญาตรี			15	50
	สูงกว่าปริญญาตรี			3	10
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ			1	3.33
	เกษตรกรกรรม			1	3.33
	ค้าขาย			7	23.33
	รับจ้าง/ลูกจ้าง			7	23.33
	แม่บ้าน/ทำงานบ้าน			2	6.67
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ			11	36.68
	อื่นๆ เช่น ทนายความ			1	3.33

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน				
≤ 5,000 บาท			1	3.33
5,001 – 10,000 บาท			9	30
10,001 – 15,000 บาท			3	10
15,001 – 20,000 บาท			3	10
> 20,000 บาท			14	46.67
สถานภาพในครอบครัว				
หัวหน้าครอบครัว			8	26.67
สมาชิกในครอบครัว			22	73.33
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา			3	10
บุตร			19	63.33
พี่น้อง			1	3.33
คู่สมรส			5	16.67
หลาน			2	6.67
ลักษณะของครอบครัว				
เดี่ยว			16	53.33
ขยาย			14	46.67

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย และข้อมูลความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 65 ปี ($SD = 19.26$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) อายุ > 60 ปี อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (Emergency) และร้อยละ 63.33 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด รองลงมาเป็นอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 20 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย ($N = 30$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
	ชาย			18	60
	หญิง			12	40
อายุ					
	Range = 20 – 92 ปี	65	19.26		
	18 - 35 ปี			4	13.33
	36 - 60 ปี			5	16.67
	> 60 ปี			21	70
ลักษณะของการผ่าตัด					
	Elective			9	30
	Emergency			21	70
หอผู้ป่วยวิกฤต					
	หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม			19	63.33
	หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ			11	36.67

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย (N = 30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะความเจ็บป่วย				
โรคหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด			8	26.67
- Arterial occlusion			4	
- Abdominal Aortic Aneurysm			3	
- Triple Vessels Disease			1	
อุบัติเหตุ			6	20
- Car accident			1	
- Motorcycle accident			4	
- Fall			1	
โรคทางระบบประสาท			5	16.67
- Cerebral aneurysm			1	
- Subarachnoid hemorrhage			1	
- Subdura hemorrhage			1	
- Meningioma			2	
โรคมะเร็ง			5	16.67
- CA cecum			1	
- CA bladder			1	
- CA adrenal gland			2	
- CA kidney			1	

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย (N = 30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะความเจ็บป่วย (ต่อ)				
โรกระบบทางเดินอาหาร			4	13.33
- Gut obstruction			1	
- Common bile duct stone			1	
- Duodenal ulcer			1	
- Pyloric ulcer			1	
อื่นๆ			2	6.66
- Benign Prostatic Hyterplasia			1	
- Necrotizing fasciitis			1	

ข้อมูลความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต

การวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตประเมินด้วยเครื่องมือ Acute Physiology and Chronic Health evaluation II (APACHE II) พบว่าผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 30 ราย ในวันแรกรับเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตตาม APACHE II ตั้งแต่ 25 - 41 คะแนน ค่าเฉลี่ย 30.36 (SD = 4.47) และในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีคะแนนความรุนแรงตั้งแต่ 20 - 43 คะแนน ค่าเฉลี่ย 31.10 (SD = 5.74) ซึ่งอยู่ในระดับภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงทั้ง 2 ครั้ง

คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตตาม APACHE II ในวันแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต และในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ผ่านการทดสอบการแจกแจงปกติ (Normalization) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t- test เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยในวันแรกรับและวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยสถิติ Paired t- test พบว่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตตาม APACHE II ทั้งสองวันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตระหว่าง วันแรกรับและวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้สถิติ Paired t-test (N= 30)

คะแนนความรุนแรง (APACHE II Score)	M	SD	Mean Difference	t	p-value
วันแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต	30.36	4.47			
วันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	31.10	5.74	0.73	0.75	0.227

ส่วนที่ 3 ความเครียดและการเปรียบเทียบระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

การเปรียบเทียบระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ซึ่งใช้สถิติทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าความเครียดโดยรวมมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดโดยรวม พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดโดยรวมต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

พิจารณาคะแนนความเครียดรายด้าน พบว่าความเครียดด้านจิตใจ และความเครียดด้านสภาพแวดล้อม มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ส่วนความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย และความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-ranks Test ในการเปรียบเทียบคะแนนความเครียด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดรายด้านของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่าหลังการได้รับโปรแกรม

การจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดรายด้านต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการ ความเครียด โดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N= 30)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean Difference	ค่าสถิติ	p-value
	M	SD	M	SD			
- ความเครียดด้าน ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	2.46	0.74	1.88	0.84	0.58	$z = 4.06$	$<.001$
- ความเครียดด้าน จิตใจของญาติ	2.40	0.42	1.67	0.31	0.73	$t = 9.15$	$<.001$
- ความเครียดด้าน สภาพร่างกายผู้ป่วย	2.39	0.44	1.57	0.33	0.82	$z = 4.75$	$<.001$
- ความเครียดด้าน สภาพแวดล้อม	1.31	0.67	0.56	0.48	0.75	$t = 6.74$	$<.001$
ความเครียดโดยรวม	2.14	0.48	1.42	0.36	0.72	$t = 10.22$	$<.001$

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.14$, $SD = 0.48$) โดยข้อที่คะแนนความเครียดสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ กลัวผู้ป่วยตาย ($M = 3.00$, $SD = 0.00$) กลัวผู้ป่วยพิการ ($M = 2.90$, $SD = 0.40$) วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ($M = 2.90$, $SD = 0.30$) ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ($M = 2.86$, $SD = 0.43$) และผู้ป่วยคาท่อระบายต่าง ๆ ($M = 2.86$, $SD = 0.43$) และพิจารณาคะแนนความเครียดรายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากมากไปหาน้อยมีลำดับดังนี้ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ($M = 2.46$, $SD = 0.74$) ด้านจิตใจของญาติ ($M = 2.40$, $SD = 0.42$)

ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ($M = 2.39$, $SD = 0.44$) อยู่ในระดับมาก และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 1.31$, $SD = 0.67$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ส่วนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.42$, $SD = 0.36$) เมื่อพิจารณาคะแนนความเครียดรายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากมากไปหาน้อยมีลำดับดังนี้ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ($M = 1.88$, $SD = 0.84$) ด้านจิตใจของญาติ ($M = 1.67$, $SD = 0.31$) ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ($M = 1.57$, $SD = 0.33$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 0.56$, $SD = 0.48$) อยู่ในระดับเล็กน้อย ตามลำดับ

วิเคราะห์ความเครียดเป็นรายด้าน พบว่า ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม รายชื่อก่อนการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากทุกข้อ เมื่อพิจารณาจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก ดังนี้ บทบาทภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ($M = 2.66$, $SD = 0.84$) ภาระที่ต้องรับผิดชอบในการมาดูแลผู้ป่วย ($M = 2.63$, $SD = 0.80$) และไม่สามารถทำงานได้ตามปกติในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ($M = 2.63$, $SD = 0.76$) และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนความเครียดลดลงทุกข้อ แต่ ข้อ 1, 2, 3 อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก และข้อ 4, 5, 6 อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง ที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ($N = 30$)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	2.46	0.74	มาก	1.88	0.84	ปานกลาง
1. บทบาทภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป	2.66	0.84	มาก	2.20	0.99	มาก
2. ภาระที่ต้องรับผิดชอบในการมาดูแลผู้ป่วย	2.63	0.80	มาก	2.20	1.06	มาก
3. ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล	2.63	0.76	มาก	2.10	0.95	มาก
4. ไม่สามารถเอาใจใส่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ	2.50	0.86	มาก	1.86	0.89	ปานกลาง
5. รายได้ของครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล	2.23	0.89	มาก	1.63	0.99	ปานกลาง
6. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	2.13	0.86	มาก	1.46	1.00	ปานกลาง

ความเครียดด้านจิตใจของญาติรายข้อก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่าเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ยกเว้น ข้อที่ 13, 14, 15 อยู่ในระดับเครียดปานกลาง เมื่อพิจารณาจากมากไปหาน้อย 5 อันดับแรก ดังนี้ กลัวผู้ป่วยตาย ($M = 3.00$, $SD = 0.00$) กลัวผู้ป่วยพิการ ($M = 2.90$, $SD = 0.40$) วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ($M = 2.90$, $SD = 0.30$) กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ ($M = 2.80$, $SD = 0.48$) และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน ($M = 2.70$, $SD = 0.70$) และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนความเครียดลดลงทุกข้อ แต่บางข้อยังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก คือ ข้อ 1, 2, 3, 4 ลดลงอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง คือ ข้อ 5 – 12 และลดลงอยู่ในเกณฑ์ระดับเล็กน้อย คือ ข้อ 13, 14, 15 ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านจิตใจของญาติ ($N = 30$)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ความเครียดด้านจิตใจของญาติ	2.40	0.42	มาก	1.67	0.31	ปานกลาง
1. กลัวผู้ป่วยตาย	3.00	0.00	มาก	2.90	0.30	มาก
2. กลัวผู้ป่วยพิการ	2.90	0.40	มาก	2.80	0.55	มาก
3. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย	2.90	0.30	มาก	2.73	0.44	มาก
4. กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้	2.80	0.48	มาก	2.23	0.62	มาก
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน	2.70	0.70	มาก	1.56	0.67	ปานกลาง
6. กลัวติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยลำบาก	2.56	0.77	มาก	1.70	0.59	ปานกลาง
7. กลัวท้อหายใจของผู้ป่วยเลื่อนหลุด	2.53	0.68	มาก	1.60	0.62	ปานกลาง
8. กลัวผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจดูแลจากเจ้าหน้าที่	2.50	0.68	มาก	1.73	0.69	ปานกลาง
9. วิตกกังวลที่ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรม	2.40	0.67	มาก	1.50	0.57	ปานกลาง
10. วิตกกังวลที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	2.40	0.81	มาก	1.60	0.62	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านจิตใจของญาติ (N = 30) (ต่อ)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ความเครียดด้านจิตใจของญาติ (ต่อ)						
11. กลัวผู้ป่วยคนอื่นๆที่มีอาการหนัก	2.16	1.05	มาก	1.10	0.71	ปานกลาง
12. มีการพึ่งพิงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	2.06	0.90	มาก	1.13	0.68	ปานกลาง
13. ไม่ทราบถึงวิธีปฏิบัติตัวขณะอยู่ในหอผู้ป่วย	2.00	0.90	ปานกลาง	0.86	0.57	เล็กน้อย
14. มีการจำกัดเวลาเยี่ยม	1.60	0.72	ปานกลาง	0.83	0.59	เล็กน้อย
15. มีการรอเข้าเยี่ยม	1.56	0.77	ปานกลาง	0.83	0.59	เล็กน้อย

ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยรายชื่อก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่าเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ยกเว้นข้อ 16, 17, 18 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากมากไปหาน้อย 5 อันดับแรก ดังนี้ ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจ (M = 2.86, SD = 0.43) ผู้ป่วยคาท่อระบายต่าง ๆ เช่น ท่อระบายทรวงอก ท่อระบายจากแผลผ่าตัด (M = 2.86, SD = 0.43) ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (M = 2.80, SD = 0.55) ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย (M = 2.70, SD = 0.53) และผู้ป่วยได้รับการดูแลเสมหะ (M = 2.70, SD = 0.53) และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนความเครียดลดลงทุกข้อ แต่บางข้อยังอยู่ในระดับเกณฑ์มาก คือ ข้อ 1, 4, 6 ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คือ ข้อ 2, 3, 5, 7 – 16 และลดลงอยู่ในเกณฑ์เล็กน้อย คือ ข้อ 17, 18 ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย (N = 30)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย	2.39	0.44	มาก	1.57	0.33	ปานกลาง
1. ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจ	2.86	0.43	มาก	2.06	0.52	มาก
2. ผู้ป่วยคาท่อระบายต่างๆ เช่น ท่อระบาย ทรวงอก ท่อระบายจากแผลผ่าตัด	2.86	0.43	มาก	2.00	0.45	ปานกลาง
3. ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ	2.80	0.55	มาก	1.76	0.67	ปานกลาง
4. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย	2.70	0.53	มาก	2.06	0.63	มาก
5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลหะ	2.70	0.53	มาก	1.86	0.50	ปานกลาง
6. ความเจ็บปวดของผู้ป่วย เช่น ปวดแผล ผ่าตัด ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ	2.66	0.66	มาก	2.36	0.66	มาก
7. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน	2.66	0.54	มาก	1.33	0.60	ปานกลาง
8. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ	2.56	0.56	มาก	1.83	0.53	ปานกลาง
9. ผู้ป่วยใส่สายอุปกรณ์ต่างๆ เช่น สายวัด ออกซิเจนปลายนิ้ว แผ่นและสายติด หน้าอกเพื่อการทำงานของหัวใจ	2.56	0.81	มาก	1.26	0.63	ปานกลาง
10. ผู้ป่วยถูกผูกมัดบนเตียง	2.43	0.62	มาก	1.43	0.56	ปานกลาง
11. ผู้ป่วยนอนท่าเดียวนานๆ	2.33	0.75	มาก	1.60	0.72	ปานกลาง
12. ผู้ป่วยรู้สึกกระหายน้ำ	2.13	0.73	มาก	1.60	0.67	ปานกลาง
13. ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด	2.13	1.07	มาก	1.23	0.81	ปานกลาง
14. ผู้ป่วยรู้สึกหิว	2.10	0.66	มาก	1.53	0.62	ปานกลาง
15. ผู้ป่วยได้รับน้ำเกลือเข้าทางเส้นเลือด	2.10	0.92	มาก	1.23	0.72	ปานกลาง
16. ผู้ป่วยถูกปลุกให้ตื่นเมื่อมีกิจกรรม พยาบาล	1.93	0.58	ปานกลาง	1.20	0.61	ปานกลาง
17. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต บ่อยครั้ง	1.93	0.78	ปานกลาง	1.00	0.58	เล็กน้อย
18. ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัว	1.63	0.88	ปานกลาง	0.86	0.62	เล็กน้อย

ความเครียดด้านสภาพแวดล้อมรายชื่อก่อนการได้รับโปรแกรม พบว่าทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง และหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนความเครียดลดลงทุกข้ออยู่ในระดับเล็กน้อย แสดงดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดของญาติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้านสภาพแวดล้อม (N = 30)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ความเครียดด้านสภาพแวดล้อม	1.31	0.67	ปานกลาง	0.56	0.48	เล็กน้อย
1. ไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย	1.53	0.89	ปานกลาง	0.80	0.61	เล็กน้อย
2. พยาบาลทำงานแบบเร่งรีบ	1.53	0.81	ปานกลาง	0.80	0.66	เล็กน้อย
3. มีกลิ่นรบกวนในหอผู้ป่วย	1.36	0.80	ปานกลาง	0.63	0.66	เล็กน้อย
4. การไม่รู้เวลากลางวัน กลางคืน	1.33	0.84	ปานกลาง	0.50	0.57	เล็กน้อย
5. ภายในหอผู้ป่วยแออัดคับแคบ	1.33	0.84	ปานกลาง	0.63	0.61	เล็กน้อย
6. มองไม่เห็นบรรยากาศภายนอกหอผู้ป่วย	1.30	0.91	ปานกลาง	0.53	0.62	เล็กน้อย
7. เสียงดังจากเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆ	1.26	0.73	ปานกลาง	0.43	0.56	เล็กน้อย
8. สภาพอากาศในหอผู้ป่วย	1.26	0.86	ปานกลาง	0.53	0.57	เล็กน้อย
9. ไม่มีความเป็นส่วนตัว	1.26	0.82	ปานกลาง	0.50	0.57	เล็กน้อย
10. เสียงดังจากการพูดคุยกันของเจ้าหน้าที่	1.23	0.85	ปานกลาง	0.53	0.68	เล็กน้อย
11. การเปิดไฟสว่างอยู่ตลอดเวลา	1.06	0.82	ปานกลาง	0.33	0.54	เล็กน้อย

บทที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต นำเสนอประเด็นการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต ความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต และความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย (น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, 2553; นิภาพร ภรณ์ดวงค์, 2547; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; รวมพร หลาวเพชร, 2549; วารุณี บัวมีรูป, 2551) และงานวิจัยต่างประเทศ (Bailey et al., 2010; Chui & Chan, 2007; McAdam et al., 2010) ที่พบว่าญาติส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงจะต้องรับบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจาก ในบริบทของสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เป็นบทบาทของครอบครัวจะต้องดูแลซึ่งกันและกันทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงความสมดุลไว้ได้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) และโดยเฉพาะระบบครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ประกอบกับเป็นสิ่งที่สังคมที่ควรปฏิบัติต่อกันตามความเชื่อหลักศาสนาพุทธ นอกจากนี้บริบทของสังคมและขนบธรรมเนียมยังมีความเชื่อในเรื่องบทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวนั้นควรจะเป็นบทบาทของเพศหญิง (นิลรัตน์ วัชรากิจชาติ, 2543) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาในญาติที่ผ่านมา เพราะในการเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวก็เช่นเดียวกันที่พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตนั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยคือเป็นบุตร และนับถือศาสนาพุทธ เพราะเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตขึ้น จะส่งผลกระทบต่อญาติและครอบครัว ญาติจึงแสดงบทบาทในการดูแล

ผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยหายโดยเร็ว (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) ตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมถึงความเชื่อทางศาสนา

ญาติผู้ป่วยวิกฤตในการศึกษารุ่นนี้มีอายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.3) เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 73.3) และเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 53.3) เนื่องจากปัจจุบันโครงสร้างสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต สถานภาพ บทบาท ของประชากรเปลี่ยนแปลงไป และพบว่าปัจจุบันระบบครอบครัวเดี่ยวยังมีจำนวนมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) ซึ่งส่งผลให้ทุกคนในครอบครัวต่างเป็นแหล่งทรัพยากร ต้องช่วยกันทำงานเพื่อเจือจุนในครอบครัวทั้งผู้หญิงและชาย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน และญาติส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน (นิภาพร ภารัตนวงศ์, 2547; วารุณี บัวมีรูป, 2551) ดังนั้น ญาติจึงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายบทบาท สอดคล้อง การศึกษาของพารุณี เกตุกราย (2550) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลที่ต้องทำงานนอกบ้าน (working caregiver) พบว่าญาติจะต้องทำหน้าที่หลายบทบาท ทั้งบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทการทำงาน และ ในญาติที่มีสถานภาพสมรสคู่จะต้องมีบทบาทดูแลและจัดการภายในครอบครัวด้วย ดังนั้นเมื่อ สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตญาติจึงมีภาระและบทบาทมากขึ้น เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงญาติจึงมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของญาติ ผู้ดูแลผู้หญิง สถานภาพสมรสคู่ และต้องทำงานนอกบ้านเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การบริหารเวลา หน้าที่การงาน การเข้าสังคม การมีอิสระและมีเวลาส่วนตัว ญาติจะต้องปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนินชีวิตและวางแผนจัดการในเรื่องการการมาเยี่ยมและดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ภาระที่ เพิ่มขึ้นยังส่งผลทางด้านลบแก่ญาติ ทั้งปัญหาสุขภาพ ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ภาระทางการเงิน และเกิดความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน (พารุณี เกตุกราย, 2550)

ญาติผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 70) อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 36.68) และรายได้มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 46.67) เมื่อพิจารณา ถึงระดับการศึกษาของญาติพบว่าแตกต่างจากการศึกษาในญาติผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดเชียงใหม่ของ วารุณี บัวมีรูป (2551) และการศึกษาในญาติผู้ป่วยวิกฤตในจังหวัดขอนแก่นของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) ที่พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาใน เขตต่างจังหวัด แต่ในการศึกษานี้พบว่าญาติส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษานี้ ศึกษาในสังคมเมือง ซึ่งในสังคมเมืองประชากรจะมีอาชีพที่หลากหลาย มีการศึกษาและรายได้ที่สูงขึ้น ประกอบกับญาติเป็นผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ดังนั้นจึงมีระดับ การศึกษาที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร ภารัตนวงศ์ (2547) ซึ่งศึกษาในญาติผู้ป่วย วิกฤตในโรงพยาบาลตากสิน ซึ่งเป็นเขตเมือง พบว่าญาติส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และ

สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ (Bailey et al., 2010; McAdam et al., 2010) และญาติส่วนใหญ่รับราชการ จึงมีความมั่นคงในอาชีพและรายได้ ส่งผลให้มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป แต่อย่างไรก็ตามจากสภาพสังคมปัจจุบันในสังคมเมือง จะมีมาตรฐานค่าครองชีพที่สูง จึงทำให้ญาติมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของพารุณี เกตุกราย (2550) ที่พบว่าถึงแม้ญาติส่วนใหญ่จะมีรายได้ค่อนข้างสูง คือมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป แต่ญาติระบุว่าค่าใช้จ่ายไม่ใช่เพียงค่ายา ค่ารักษา เท่านั้น แต่ยังรวมถึงค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายในอื่นๆในการมาดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งต้องใช้เงินเป็นจำนวนมากทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทำให้ต้องกู้เงินจากส่วนราชการและธนาคารเพื่อนำมาดูแลผู้ป่วย ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงเกิดความเครียดจากด้านเศรษฐกิจ เพราะการเจ็บป่วยวิกฤตมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยวิกฤตในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด รองลงมาเป็นอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และร้อยละ 20 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอันตรายถึงชีวิต เพราะการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง เป็นต้น ผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องเพื่อซ่อมแซมหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น และจากที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ ส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรง และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและการผ่าตัดมากขึ้น และการดูแลรักษาต้องใช้ระยะเวลานานเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง สอดคล้องกับการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต ต้องอาศัยการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อระบาย ทรวงอก เป็นต้น

ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (APACHE II score) ในวันแรกรับเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.36 (SD = 4.47) และในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.10 (SD = 5.74) ซึ่งทั้งสองวัน ความรุนแรงของผู้ป่วยอยู่ในระดับภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง โดยมีร้อยละความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 73.91 ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (ณิษฐา รัตนะ และคณะ, 2548) แสดงให้เห็นว่าในช่วงระยะเวลา 1 - 4 วันของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อาการของโรคยังคงมีความรุนแรงและผู้ป่วยยังคงมีความ

เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง นอกจากนี้ พบว่า ในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีผู้ป่วยวิกฤต 3 ราย ที่มีคะแนนความรุนแรงต่ำกว่า 25 คะแนน แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะอาการของผู้ป่วยยังไม่คงที่ และผู้ป่วยยังไม่ผ่านพ้นภาวะวิกฤต

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนการได้รับโปรแกรมในการศึกษานี้ พบว่า ญาติมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตตามการประเมินคะแนนความรุนแรง APACHE II อยู่ในระดับรุนแรงมากและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เพราะผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด รองลงมาเป็นอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง อันตรายถึงชีวิต จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ และการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน อาศัยอุปกรณ์การแพทย์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต และประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การเจ็บป่วยมีความรุนแรงจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความเครียดมาก (Leske, 2003; McAdam et al., 2010)

พิจารณาคะแนนความเครียดสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ กลัวผู้ป่วยตาย กลัวผู้ป่วยพิการ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยคาท่อต่าง ๆ เช่น ท่อระบายทรวงอก ท่อระบายจากแผลผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า เนื่องจากการเจ็บป่วยมีความรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูง ญาติจึงกลัวว่าผู้ป่วยจะตายหรือพิการ ดังนั้นจึงทำให้กังวลเกี่ยวกับอาการ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา และเมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและคาท่อต่าง ๆ เช่น ท่อระบายทรวงอก ท่อระบายจากแผลผ่าตัด ยิ่งส่งเสริมให้ญาติเครียดกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น ญาติจึงมีความต้องการการช่วยเหลือและดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น ดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้โดยเร็ว

เมื่อพิจารณาคะแนนความเครียดรายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากมากไปหาน้อยมีลำดับดังนี้ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ด้านจิตใจของญาติ ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย อยู่ในระดับเครียดมาก และด้านสภาพแวดล้อม อยู่ในระดับเครียดปานกลาง ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด คือเป็นบุตรและเป็น เพศหญิง ญาติจึงต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ญาติส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และญาติร้อยละ 90 ต้องทำงานนอกบ้านด้วย ทำให้ภาระและบทบาทมากขึ้น ทั้งการดูแลผู้ป่วย การ

ทำงาน และการดูแลรับผิดชอบในครอบครัว ทำให้บทบาทภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถเอาใจใส่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ เพิ่มภาระที่ต้องรับผิดชอบในการมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อการทำงานทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ญาติจำเป็นต้องหยุดงาน หรือ ลางาน ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลง เพราะญาติผู้ป่วยร้อยละ 46.66 ประกอบอาชีพค้าขาย และรับจ้าง/ลูกจ้าง ประกอบกับญาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางในการมาดูแลผู้ป่วย เพราะญาติร้อยละ 53.33 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาท ส่งผลให้ญาติได้รับผลกระทบทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมมากกว่าด้านอื่น จึงทำให้คะแนนความเครียดจากด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมมากเป็นอันดับหนึ่ง

ความเครียดจากด้านจิตใจของญาติมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับมาก รองลงมาเป็นอันดับที่สอง ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดจากความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยญาติกลัวผู้ป่วยจะตายหรือพิการ จึงวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ชัดเจน กลัวผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจดูแลจากเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ญาติวิตกกังวลที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ญาติกลัวว่าผู้ป่วยจะหายใจเองไม่ได้ และกลัวท่อช่วยหายใจจะเลื่อนหลุด รวมถึงกังวลที่ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยลำบาก ดังนั้นจึงทำให้ความเครียดจากด้านจิตใจของญาติอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยคะแนนความเครียดอยู่ในระดับมาก รองลงมาเป็นอันดับที่สาม เนื่องจากการเจ็บป่วยมีความรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง และผู้ป่วยจำเป็นต้องมีอุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย รวมถึงกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่ต้องกระทำกับผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน และความเครียดจากด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับเครียดปานกลาง เพราะในระบายนญาติจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีความรุนแรงมากกว่าจึงทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ทำให้ความเครียดจากด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งน้อยกว่าด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่า ความเครียดด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในอันดับสุดท้าย และความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย เพราะเนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยรุนแรง ญาติจะให้ความสนใจทั้งหมดไปที่ผู้ป่วย ทำให้มีความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ประกอบกับญาติรับรู้ว่าคุณสมบัติ เทคโนโลยีต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ส่งผลให้ความเครียดด้านสภาพแวดล้อมน้อยกว่าด้านอื่น ๆ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต สามารถทำให้ระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้ ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือ

ญาติตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ กระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก เมื่อญาติร้องไห้หรือโกรธ ไม่ห้ามการร้องไห้หรือหยุดอารมณ์โกรธ แต่ส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความรู้สึก ช่วยให้ญาติมีสมาธิในการคิดมากกว่าความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนญาติ ยอมรับและเข้าใจ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม เคารพศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าและให้เกียรติแก่ญาติ ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ญาติ เสนอตัวเข้าช่วยเหลือญาติด้วยความเต็มใจ ทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึกที่เครียด กลัว หรือวิตกกังวล กล้าสอบถาม ขอความช่วยเหลือและขอคำแนะนำจากผู้วิจัย ตระหนักว่าผู้วิจัยสามารถให้ความช่วยเหลือญาติในการเผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (กัญญา คล้ายมาลา, 2553) ส่งผลให้ความเครียดจากการต้องฟังฟังและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นที่ก่อนการให้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก เพราะญาติรู้สึกเครียดไม่ทราบว่าจะต้องขอความช่วยเหลือจากแหล่งใดบ้างในการเผชิญเหตุการณ์ครั้งนี้ลดลงอยู่ในระดับปานกลาง และในเรื่องการไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ญาติได้ระบายความรู้สึกทำให้ผ่อนคลายอารมณ์ และปรับอารมณ์ให้มีความมั่นคง จึงพร้อมที่จะยอมรับและเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549)

เมื่อญาติผ่อนคลายความเครียดแล้ว ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมโดยใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ให้ญาติคนละ 1 เล่ม เพื่อให้ญาติได้อ่านทบทวน และทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ญาติเข้าใจถึงการเลือกใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และมีการปรับเปลี่ยนกลไกการเผชิญความเครียด โดยใช้การมุ่งแก้ปัญหา และการมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิรุษา ก้อนใส (2547) พบว่าญาติมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ โดยพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และพร้อมจะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าปัญหานั้นจะดีหรือร้ายเพียงใด จะส่งผลให้ญาติมีการปรับตัวได้ดีขึ้นว่าร่างกายและจิตใจปกติดี จึงสามารถเผชิญกับความเครียด

ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล โดยเนื้อหาครอบคลุม เกี่ยวกับโรค อาการเปลี่ยนแปลง แนวทางการรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามลำดับ โดยข้อมูลเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน การให้ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนการเยี่ยม โดยมีการเตรียมญาติก่อนการเข้าเยี่ยม ขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลระยะภายหลังการเยี่ยมในประเด็นที่ญาติยังสงสัยและไม่

เข้าใจ โดยใช้ภาษาที่กระชับเข้าใจง่าย พร้อมทั้งประเมินการรับรู้เหตุการณ์ของญาติเป็นระยะ เพื่อประเมินความเข้าใจของญาติ ทำให้ญาติเข้าใจในโรค อาการ การรักษาพยาบาล รับรู้และยอมรับในสภาพอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ความเครียดจากด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย และด้านสภาพแวดล้อมลดลง (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) ในขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยสนับสนุนให้สนับสนุนให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย กระตุ้นให้ญาติพูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย และสัมผัสผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายและไม่ขัดต่อแผนการรักษา ในด้านการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลความสุขสบาย และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ทำให้ญาติรับรู้สถานการณ์ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง มีการเตรียมตัวที่จะเจอกับสถานการณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ความเครียดจากด้านจิตใจลดลง (สุทธีนิ วัฒนกุล, 2547) หลังจากนั้น ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคม ให้คำแนะนำ เรื่องการบริหารเวลา และนำเสนอแหล่งสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ที่จะสามารถแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้นทั้งในด้านการผลิตเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านการเงิน รวมทั้งการแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ที่ญาติสามารถขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ ได้แก่ เพื่อน ๆ และญาติของผู้ป่วยรายอื่น ๆ เป็นต้น

การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุน ทำให้ญาติมีแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยและตนเอง ทำให้ความกลัวความวิตกกังวลลดลง (กัญญา คล้ายมาลา, 2553) ญาติสามารถบริหารเวลาให้เหมาะสมในการดูแลตนเอง สามารถรักษาบทบาทของตนเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทได้สอดคล้องกับบริบทที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยวิกฤต จึงทำให้ความเครียดจากด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมของญาติในเรื่องการไม่สามารถเอาใจใส่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ รายได้และค่าใช้จ่ายในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) พบว่า นอกจากพยาบาลแล้ว ครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เพราะเป็นบุคคลใกล้ชิด ที่สามารถปรึกษาหารือกัน และร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจกัน ให้กำลังใจ ปลอบใจ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน ครอบครัวมีความเอื้ออาทร ผูกพัน รวมกันเป็นความแข็งแกร่งของครอบครัวในการที่จะเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาโดยรวมทั้งในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งมีความเหมือนกันในเรื่องที่การเจ็บป่วยมีความรุนแรง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงและผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการได้รับการผ่าตัดใหญ่ แต่มีความแตกต่างกันในแง่ของสาเหตุการเจ็บป่วยวิกฤต เพราะในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม การเจ็บป่วยวิกฤตเกิดจากการกำเริบของ

โรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมาก่อน จึงมีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ แต่การเจ็บป่วยวิกฤตเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ทั้งจากการดำเนินการของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ญาติจึงรับรู้ว่าคุณสมบัติที่เคยได้รับยังไม่เพียงพอในการเผชิญเหตุการณ์ (McAdam et al., 2010) ส่งผลให้ญาติมีความเครียด (วารุณี บัวมีรูป, 2551) กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการ ทำให้วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา (Leske, 2003) จึงใช้กลไกการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามุ่งเน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ป่วยสัลยกรรมอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยวิกฤตเกิดจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ญาติไม่มีโอกาสในการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Leske, 2003) จึงอยู่ในระยะช็อกและ มีการใช้กลไกการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ โดยญาติจะปฏิเสธความจริง วิตกกังวลกับอาการผู้ป่วยตลอดเวลา มีความคิดหมกมุ่น ทำให้การรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลง และญาติผู้ป่วยวิกฤตบางราย ร้องไห้คนเดียว หลีกเลียงและไม่พยายามที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ญาติไม่สามารถจัดการความเครียดได้ (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อญาติได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมส่งผลให้มีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง มีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้คะแนนความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤตสัลยกรรมและผู้ป่วยสัลยกรรมอุบัติเหตุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียดตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยช่วยให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การช่วยให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง การช่วยให้ญาติมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และการช่วยให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมส่งผลให้คะแนนความเครียดโดยรวมของญาติลดลงภายหลังการได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ ประสิทธิการ (2553) และ กนิษฐา จ้านงนิตย์ (2551) ที่พบว่าความช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยช่วยให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลตามแนวคิดของอากิลเรา (Aguilera) จะทำให้ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการเพิ่มมากขึ้น เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและรับรู้ตามความเป็นจริง ญาติรู้แหล่งสนับสนุนและมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิตว่ามนุษย์ทุกคนต้องเคยประสบปัญหา ทำให้ความเครียดลดลง และการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพนั้นญาติจะต้องมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ จะขาดองค์ประกอบใดไม่ได้ เพราะถ้าขาดองค์ประกอบใดไปจะทำให้ญาติเกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ทำให้ไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ one group pretest-posttest design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมชั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามารับดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 รายโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนน APACHE II มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป และญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 60 ปี สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโดยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 1 วันในระยะเวลา 3 วัน และเป็นญาติคนเดิมตลอดระยะเวลา 3 วัน ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้โดยการลงนาม และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เสียชีวิตในระหว่างที่ทำการศึกษา ญาติที่มีคะแนนความเครียดก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นศูนย์คะแนน ญาติที่ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย และญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่ เครื่องมือ Acute Physiology and Chronic Health evaluation II (APACHE II) 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต และแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตของ นิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) ผู้วิจัยได้ปรับภาษาของข้อคำถาม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและง่ายต่อการทำความเข้าใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ .96 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ .91 และ

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคมจนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ณ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมชั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามารับดี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัย จำนวน 1 คนเพื่อลดอคติในการตอบแบบสอบถามแบบวัดความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยมีขั้นตอนในการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้ ซึ่งแจ้งรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งแจ้งรายละเอียดของแบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย และหากมีข้อสงสัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดต่าง ๆ พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมให้ทำการวิจัยและพินัยสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

4. ผู้ช่วยวิจัยช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เพื่อลดอคติในการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตามโปรแกรมโดยดูแลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดในญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยเหลือให้ญาติสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลและจัดการความเครียดมี 3 องค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบที่ 1. การช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวทางดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติ

ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2. การช่วยเหลือให้ญาติมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ โดยมีแนวทางดังนี้ การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และองค์ประกอบที่ 3. การช่วยให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีแนวทางดังนี้ การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยให้การช่วยเหลือโดยตรงกับญาติ ผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล (Individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาทีต่อวัน โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย การให้โปรแกรมปฏิบัติควบคู่กับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยของญาติ

6. ภายหลังญาติผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดครบ 3 วัน ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดจากกลุ่มตัวอย่างภายหลังญาติได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมง และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาลงรหัส เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลักษณะครอบครัว ใช้สถิติบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ และโรคของผู้ป่วย ใช้สถิติบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต (APACHE II score) ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed-ranks Test

ผลการวิจัย

ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต มีระดับความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง และผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งแบบวางแผนและไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงญาติผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน
2. การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบ one group pretest-posttest design ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบว่าความเครียดของญาติลดลงซึ่งเป็นผลจากโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. บทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ต้องให้ความสำคัญในการดูแลญาติของผู้ป่วยวิกฤตร่วมด้วย
2. การนำโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในการให้การพยาบาลญาติผู้ป่วยวิกฤต ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลต้องเข้าใจโปรแกรม มีความรู้ มีทักษะ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงในแต่หน่วยงานนั้น ๆ พร้อมทั้ง ประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตแก่ญาติ เพื่อให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และอาจจะเพิ่มเรื่องการดูแลญาติเข้าไปในบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง ที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วย

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวม
2. การพัฒนาบุคลากร โดยจัดเป็นการอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จัดให้มีการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการนำโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ไปใช้ในการดูแลญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรในการช่วยเหลือญาติได้อย่างทันทั่วทั้งและมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรศึกษาโดยใช้โปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือญาติในเรื่องที่ญาติมีความเครียดระดับมาก ได้แก่ เรื่องภาระที่ต้องรับผิดชอบในการมาดูแลผู้ป่วย บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การไม่สามารถทำงานได้ตามปกติในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กลัวผู้ป่วยตาย กลัวผู้ป่วยพิการ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ ความเจ็บปวดของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะภายในระยะเวลา 3 วัน ความเครียดที่ลดลงยังอยู่ในระดับปานกลาง/สูง
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความเครียดได้ชัดเจนขึ้น

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ
EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM FOR RELATIVES OF CRITICAL ILL
PATIENTS ON RELATIVES' STRESS

นิรมนต์ เหลาสุภาพ 5236608 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุปริดา มั่นคง, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING),
ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณั

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีความเสี่ยงสูง และคุกคามต่อชีวิต เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด จากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบของร่างกายที่สำคัญ หรือ เกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551) ผู้ป่วยต้อง ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการ รักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และ จิตวิญญาณ จากบุคลากรทีมสุขภาพ ที่มีความรู้ และทักษะ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางในการ ดูแลผู้ป่วยวิกฤต (The American Association of Critical care Nurses: AACN, 2005) ภายใน หน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (พิกุล เจริญสุข, 2549; McAdam et al., 2010) เพราะญาติมีหน้าที่บทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับ ความรัก ความอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยวิกฤต (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) และพบว่าผลกระทบต่อญาติมากขึ้น ในครอบครัวที่ผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือมี ความสัมพันธ์ทางสายเลือด และการเจ็บป่วยมีความรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (วารุณี บัวมีรูป,

2551; McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010; McAdam & Puntillo, 2009) ดังนั้น บทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤต ร่วมด้วย เพราะผลกระทบทำให้ญาติให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ลดลง ญาติมีความต้องการ ลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการ ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล และความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก (กัญญา คล้ายมาลา, 2553; วารุณี บัวมีรูป, 2551) เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในการดูแลและสนับสนุน ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตร กุสุมภ์, 2553) พยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนอง ความต้องการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้มากที่สุด (จริ ชูธิดา, สุภัตรา ไกรโสภา, และ เจริญทอง วงษ์สุดา, 2542; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) แต่การพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของญาติได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของญาติ (Demands) กับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับ ญาติจึงเกิดความเครียดซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียด ของลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต มาจากปัจจัยด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย ด้านจิตใจ ของญาติ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) และจาก การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงในระยะ 1 - 4 วัน ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความเครียดของญาติอยู่ในระดับสูง (McAdam & Puntillo, 2009; McAdam et al., 2010) จึงทำให้ญาติมีภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ อาจส่งผลให้ญาติ เข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ญาติต้องเผชิญกับความเครียด จากเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต แล้วไม่สามารถแก้ไขความเครียดนั้นด้วยวิธี ต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด กอดัน ยุ่งยากใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้เช่นปกติ และอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ (Aguilera, 1998; Leske, 2003; McAdam et al., 2010; Pryzby, 2004) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือญาติในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อ ป้องกันญาติเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และส่งเสริมให้ญาติสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญใน การดูแลผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้โดยเร็ว

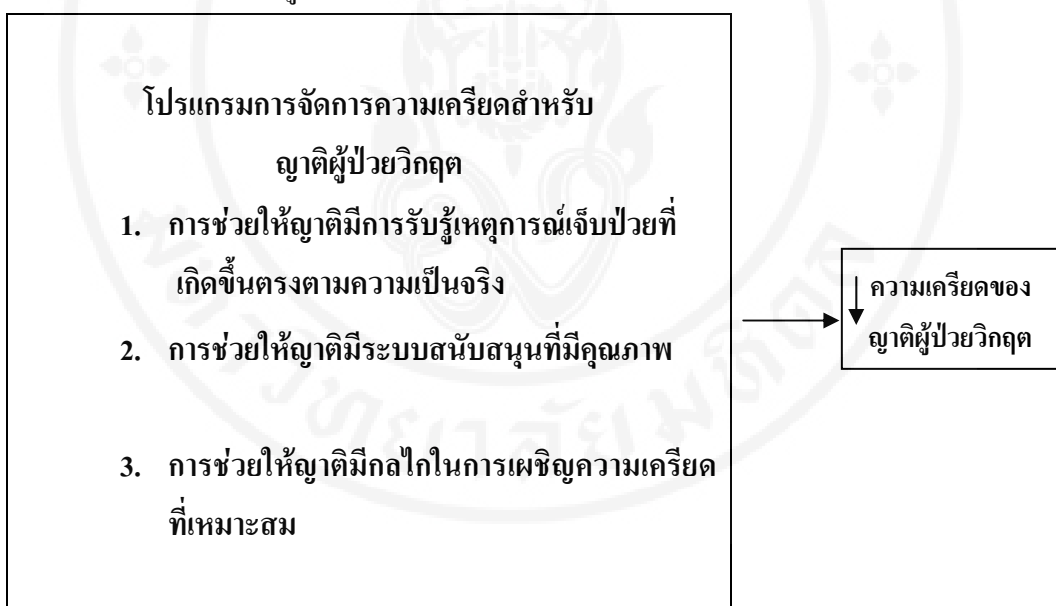
การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถจัดการความเครียดเพื่อป้องกันภาวะวิกฤต ทางอารมณ์นั้น ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่าไว้ว่าจะต้องอาศัย องค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตาม ความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่ เหมาะสม ดังการศึกษาในญาติผู้ป่วยวิกฤตในตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยสนับสนุนให้ญาติเกิด

องค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่าทำให้ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการเพิ่มขึ้น (น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, 2553) และเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลได้แก่ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและรับรู้ตามความเป็นจริง ญาติรู้แหล่งสนับสนุนและมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิตว่ามนุษย์ทุกคนต้องเคยประสบปัญหา ส่งผลให้ญาติสามารถเผชิญและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (กนิษฐา จ้างนิตย์, 2551) ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของญาติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียด เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างชัดเจนและเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่ใช้แนวคิดการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) มาช่วยเหลือญาติในหอผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียด เพื่อให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่าไว้ในภาวะปกติมนุษย์จะอยู่ในสภาวะสมดุล แต่เมื่อมีสิ่งที่มากระทบ เช่น การเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือไม่ได้คาดคิดมาก่อน หรือญาติไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น ถ้าไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ตามการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลนั้น จะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และการใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จากทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลราและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าแนวทางที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ มีดังนี้ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล (อภิญญา สัตย์ธรรม, 2550; อริญญา ศรีคำขาว, 2548; Bailey, Sabbagh, Loisele, Boileau, & McVey, 2010; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006) สนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และสนับสนุน

ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (กุลวดี บุญชูช่วย, 2547; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; Olsen et al., 2009; Mitchell et al., 2009) 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ และสนับสนุนญาติในการแสวงหาระบบสนับสนุนต่าง ๆ (Bailey et al., 2010; Mitchell et al., 2009; Pryzby, 2004) และ 3) การมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก และสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (วิภา ก้อนใส, 2547; Mitchell et al., 2009) ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตนั้นสามารถเกิดขึ้นภายหลังญาติประสบกับเหตุการณ์ภายใน 1 - 2 วัน (Aguilera, 1998) ญาติมีความเครียดสูงในช่วงระยะเวลา 1 - 4 วัน หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (McAdam et al., 2010) ดังนั้นต้องให้การช่วยเหลือญาติภายใน 48 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ได้แสดงไว้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด

นิยามตัวแปร

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ภาวะที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตประเมินการเจ็บป่วยวิกฤตว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง จำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ประเมินโดยแบบวัดระดับความเครียดของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) มีข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย ด้านจิตใจของญาติ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) คะแนนสูงหมายถึงมีความเครียดมาก

โปรแกรมการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเครียดให้สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ตามความเป็นจริง ทราบแหล่งสนับสนุน และมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีแนวทางการช่วยเหลือ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2 การช่วยเหลือให้ญาติมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และองค์ประกอบที่ 3 การช่วยเหลือให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม การช่วยเหลือเป็นรายบุคคล (Individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาที โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นญาติคนเดิมตลอดทั้ง 3 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมขั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามารัตติ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 ราย คุณสมบัติของผู้ป่วยวิกฤต คือผู้ป่วยวิกฤตที่มีคะแนน APACHE II มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือญาติที่มีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 60 ปี เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและสามารถมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 1 วัน ในระยะเวลา 3 วัน สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้โดยการลงนาม และมีเกณฑ์การคัดออก คือญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่เสียชีวิตในระหว่างที่ทำการศึกษา ญาติที่มีคะแนนความเครียดก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นศูนย์คะแนน ญาติที่ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย และญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการคัดกรอง (Acute Physiology and Chronic Health evaluation II: APACHE II) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยนอสและคณะ (Knaus et al., 1985) ได้มาจากการศึกษาปัจจัย อาการทางคลินิกของหลายระบบในร่างกายที่ผิดปกติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ได้แก่ อุณหภูมิ mean arterial pressure อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความเป็นกรดต่างในเลือด ความเข้มข้นของเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือด serum creatinine, serum BUN, serum Na, serum potassium, serum HCO₃ โดยใช้ค่าที่มีความผิดปกติมากที่สุด และ Glasgow coma score (GCS) พิจารณาร่วมกับอายุและโรคที่เป็นเรื้อรังและการผ่าตัด หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกัน คะแนนที่ได้นำมาใช้บอกความรุนแรงของโรค และใช้พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต คะแนนสูงแสดงถึงความรุนแรงของโรคที่มากและอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยคะแนน APACHE II มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 (ธนศ ชาญด้วยกิจ, วารินทร์ พัดทอง, และศศิธร สิริกุล, 2552)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ลักษณะของการผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤต และภาวะความเจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลักษณะครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามรายการ (Check list)

2.3 แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ใช้วัดระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 50 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียดจากด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ความเครียดจากด้านจิตใจ ความเครียดจากด้านสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVD) เท่ากับ .96 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดและการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้เข้าสู่สภาวะสมดุล โดยการช่วยเหลือให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึกและการสนับสนุนการเผชิญ

ความเครียดที่เหมาะสม การช่วยเหลือเป็นรายบุคคล (Individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาทีต่อวัน โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย การให้โปรแกรมปฏิบัติควบคู่กับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยของญาติ

3.2 คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับให้ญาตินำไปอ่านทบทวนเพื่อให้สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รายละเอียดเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของหอผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ สภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระเบียบวิธีปฏิบัติต่างๆ ความสำคัญของญาติผู้ป่วยวิกฤต ความเครียดและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมการจัดการความเครียดและคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ได้นำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความเครียดและภาวะวิกฤต จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณา และอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อในแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียดต่าง ๆ พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่าง

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมให้ทำการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอคติในการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลแบบวัดความเครียด แล้วผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตามโปรแกรม โดยดูแลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตพร้อมคู่มือการจัดการความเครียด ให้การช่วยเหลือญาติเป็นรายบุคคล (Individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาทีต่อวัน โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย การให้โปรแกรมปฏิบัติควบคู่กับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยของญาติ ภายหลังญาติผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดครบ 3 วัน ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดจากกลุ่มตัวอย่างภายหลังญาติได้รับโปรแกรมเสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต (APACHE II score) ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed-ranks Test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD = 10.70) ส่วนมากสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.33 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนมากมีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 50 รองลงมามีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 26.67 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รองลงมาอาชีพค้าขายและรับจ้าง/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.68 และ 23.33 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ > 20,000 บาท รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 30 ตามลำดับ

สถานภาพภายในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 73.33 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 16.67 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.33

ผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 65 ปี ($SD = 19.26$) ร้อยละ 70 อายุ > 60 ปี ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (Emergency) ร้อยละ 63.33 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตสัปดาห์แรก และส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด รองลงมาเป็นอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 20 ตามลำดับ การวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตประเมินด้วยเครื่องมือ APACHE II พบว่าในวันแรกเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความรุนแรง ตั้งแต่ 25- 41 คะแนน ค่าเฉลี่ย 30.36 ($SD = 4.47$) และในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีคะแนนความรุนแรงตั้งแต่ 20- 43 คะแนน ค่าเฉลี่ย 31.10 ($SD = 5.74$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยในวันแรกเริ่มและวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยสถิติ Paired t- test พบว่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตตาม APACHE II ทั้งสองวันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดโดยรวมต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อวิเคราะห์คะแนนความเครียดรายด้าน พบว่าความเครียดด้านจิตใจ และความเครียดด้านสภาพแวดล้อม มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test ส่วนความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย และความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-ranks Test ในการเปรียบเทียบคะแนนความเครียด พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดรายด้านต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกด้าน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N= 30)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean Difference	ค่าสถิติ	p-value
	M	SD	M	SD			
- ความเครียดด้าน ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	2.46	0.74	1.88	0.84	0.58	$z = 4.06$	<.001
- ความเครียดด้าน จิตใจของญาติ	2.40	0.42	1.67	0.31	0.73	$t = 9.15$	<.001
- ความเครียดด้าน สภาพร่างกายผู้ป่วย	2.39	0.44	1.57	0.33	0.82	$z = 4.75$	<.001
- ความเครียดด้าน สภาพแวดล้อม	1.31	0.67	0.56	0.48	0.75	$t = 6.74$	<.001
ความเครียดโดยรวม	2.14	0.48	1.42	0.36	0.72	$t = 10.22$	<.001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต สามารถทำให้ระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตลดลงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือญาติตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ กระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก เมื่อญาติร้องไห้หรือโกรธ ไม่ห้ามการร้องไห้หรือหยุดอารมณ์โกรธ แต่ส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความรู้สึก ช่วยให้ญาติมีสมาธิในการคิดมากกว่าความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนญาติ ยอมรับและเข้าใจ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม เคารพศักดิ์ศรี ความมีคุณค่าและให้เกียรติแก่ญาติ ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ญาติ เสนอตัวเข้าช่วยเหลือญาติด้วยความเต็มใจ ทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ สามารถระบาย

ความรู้สึกที่เครียด กลัว หรือวิตกกังวล กล้าสอบถาม ขอความช่วยเหลือและขอคำแนะนำจากผู้วิจัย ตระหนักว่าผู้วิจัยสามารถให้ความช่วยเหลือญาติในการเผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (กัญญา คล้ายมาลา, 2553) ส่งผลให้ความเครียดจากการต้องพึ่งพิงและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นที่ก่อนการให้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก เพราะญาติรู้สึกเครียดไม่ทราบว่าจะต้องขอความช่วยเหลือจากแหล่งใดบ้างในการเผชิญเหตุการณ์ครั้งนี้ลดลงอยู่ในระดับปานกลาง และในเรื่องการไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ญาติได้ระบายความรู้สึกทำให้ผ่อนคลายอารมณ์ และปรับอารมณ์ให้มีความมั่นคง จึงพร้อมที่จะยอมรับและเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549)

เมื่อญาติผ่อนคลายความเครียด ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมโดยใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ให้ญาติคนละ 1 เล่ม เพื่อให้ญาตินำกลับไปอ่านทบทวน และทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ญาติเข้าใจถึงการเลือกใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และมีการปรับเปลี่ยนกลไกการเผชิญความเครียด โดยใช้การมุ่งแก้ปัญหา และการมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา ก้อนใส (2547) พบว่าญาติมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ โดยพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และพร้อมจะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าปัญหานั้นจะดีหรือร้ายเพียงใด จะส่งผลให้ญาติมีการปรับตัวได้ดีขึ้นว่าร่างกายและจิตใจปกติ จึงสามารถเผชิญกับความเครียด

ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล โดยเนื้อหาครอบคลุม เกี่ยวกับโรค อาการเปลี่ยนแปลง แนวทางการรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามลำดับ โดยข้อมูลเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน การให้ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนการเยี่ยมโดยมีการเตรียมญาติก่อนการเข้าเยี่ยม ขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลระยะภายหลังการเยี่ยมในประเด็นที่ญาติยังสงสัยและไม่เข้าใจ โดยใช้ภาษาที่กระชับเข้าใจง่าย พร้อมทั้งประเมินการรับรู้เหตุการณ์ของญาติเป็นระยะ เพื่อประเมินความเข้าใจของญาติ ทำให้ญาติเข้าใจในโรค อาการ การรักษาพยาบาล รับรู้และยอมรับในสภาพอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ความเครียดจากด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย และด้านสภาพแวดล้อมลดลง (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) ในขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยสนับสนุนให้สนับสนุนให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย กระตุ้นให้ญาติพูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย และสัมผัสผู้ป่วย

เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายและไม่ขัดต่อแผนการรักษา ในด้านการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลความสุขสบาย และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ทำให้ญาติรับรู้สถานการณ์ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง มีการเตรียมตัวที่จะเจอกับสถานการณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ความเครียดจากด้านจิตใจลดลง (สุทธินิ วัฒนกุล, 2547) หลังจากนั้น ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคม ให้คำแนะนำ เรื่องการบริหารเวลา และนำเสนอแหล่งสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ที่จะสามารถแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้นทั้งในด้านการผลิตเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านการเงิน รวมทั้งการแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ที่ญาติสามารถขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ ได้แก่ เพื่อน ๆ และญาติของผู้ป่วยรายอื่น ๆ เป็นต้น

การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุน ทำให้ญาติมีแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยและตนเอง ทำให้ความกลัวความวิตกกังวลลดลง (กัญญา คล้ายมาลา, 2553) ญาติสามารถบริหารเวลาให้เหมาะสมในการดูแลตนเอง สามารถรักษาบทบาทของตนเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทได้สอดคล้องกับบริบทที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยวิกฤต จึงทำให้ความเครียดจากด้านครอบครัว เสริมธุรกิจ สังคมของญาติในเรื่องการไม่สามารถเอาใจใส่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ รายได้และค่าใช้จ่ายในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) พบว่า นอกจากพยาบาลแล้ว ครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เพราะเป็นบุคคลใกล้ชิด ที่สามารถปรึกษาหารือกัน และร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจกัน ให้กำลังใจ ปลอบใจ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน ครอบครัวมีความเอื้ออาทร ผูกพัน รวมกันเป็นความแข็งแกร่งของครอบครัวในการที่จะเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาโดยรวมทั้งในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งมีความเหมือนกันในเรื่องที่การเจ็บป่วยมีความรุนแรง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงและผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการได้รับการผ่าตัดใหญ่ แต่มีความแตกต่างกันในแง่ของสาเหตุการเจ็บป่วยวิกฤต เพราะในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม การเจ็บป่วยวิกฤตเกิดจากการกำเริบของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมาก่อน จึงมีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ แต่การเจ็บป่วยวิกฤตเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ทั้งจากการดำเนินการของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ญาติจึงรับรู้ข้อมูลที่เคยได้รับยังไม่เพียงพอในการเผชิญเหตุการณ์ (McAdam et al., 2010) ส่งผลให้ญาติมีความเครียด (วารุณี บัวมีรูป, 2551) กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการ ทำให้วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และอาการ

เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา (Leske, 2003) จึงใช้กลไกการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไข ปัญหาในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ป่วยสัลยกรรมอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยวิกฤต เกิดจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ญาติไม่มีโอกาสในการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Leske, 2003) จึงอยู่ในระยะช็อกและ มีการใช้กลไกการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ โดยญาติจะปฏิเสธความจริง วิพากษ์วิจารณ์อาการผู้ป่วยตลอดเวลา มีความคิดหมกมุ่น ทำให้การรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ลดน้อยลง และญาติผู้ป่วยวิกฤตบางราย ร้องไห้คนเดียว หลีกเลียงและไม่พยายามที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ญาติไม่สามารถจัดการความเครียดได้ (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อญาติได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมการจัดการความเครียดส่งผลให้มีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง มีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้คะแนนความเครียดโดยรวมของญาติผู้ป่วยวิกฤตสัลยกรรมและผู้ป่วยสัลยกรรมอุบัติเหตุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียดตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยช่วยให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การช่วยให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง การช่วยให้ญาติมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และการช่วยให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมส่งผลให้คะแนนความเครียดโดยรวมของญาติลดลงภายหลังการได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ ประสิทธิการ (2553) และ กนิษฐา จานงนิตย์ (2551) ที่พบว่าการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยช่วยให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุตามแนวคิดของอากิลเระ (Aguilera) จะทำให้ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการเพิ่มมากขึ้น เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและรับรู้ตามความเป็นจริง ญาติรู้แหล่งสนับสนุนและมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิตว่ามนุษย์ทุกคนต้องเคยประสบปัญหา ทำให้ความเครียดลดลง และการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพนั้นญาติจะต้องมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุทั้ง 3 องค์ประกอบ จะขาดองค์ประกอบใดไม่ได้ เพราะถ้าขาดองค์ประกอบใดไปจะทำให้ญาติเกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ทำให้ไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง และผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งแบบวางแผนและไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงญาติผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน

2. การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบ one group pretest-posttest design ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบว่าความเครียดของญาติลดลงซึ่งเป็นผลจากโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. บทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ต้องให้ความสำคัญในการดูแลญาติของผู้ป่วยวิกฤตร่วมด้วย

2. การนำโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในการให้การพยาบาลญาติผู้ป่วยวิกฤต ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลต้องเข้าใจโปรแกรม มีความรู้ มีทักษะ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละหน่วยงานนั้น ๆ พร้อมทั้ง ประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตแก่ญาติ เพื่อให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และอาจจะเพิ่มเรื่องการดูแลญาติเข้าไปในบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วย

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวม

2. การพัฒนาบุคลากร โดยจัดเป็นการอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จัดให้มีการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการนำโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ไปใช้ในการดูแลญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรในการช่วยเหลือญาติได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรศึกษาโดยใช้โปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือญาติในเรื่องที่ญาติมีความเครียดระดับมาก ได้แก่ เรื่องภาระที่ต้องรับผิดชอบในการมาดูแลผู้ป่วย บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การไม่สามารถทำงานได้ตามปกติในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กลัวผู้ป่วยตาย กลัวผู้ป่วยพิการ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ ความเจ็บปวดของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะภายในระยะเวลา 3 วัน ความเครียดที่ลดลงยังอยู่ในระดับปานกลาง/สูง
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความเครียดได้ชัดเจนขึ้น

EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM FOR RELATIVES OF CRITICAL ILL PATIENTS ON RELATIVES' STRESS

NIRAMON LHAOSUPAB 5236608 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**Background and Significance of the Problem**

Critical illness is an illness which is serious, involves high risks, and can threaten life. Critical illness can suddenly occur due to deterioration of major bodily organs or systems, exacerbation of chronic conditions, or accidents (Sujitra Limamnuaylarp, B.E. 2551). Critically ill patients require close monitoring for evaluation of symptoms and provision of physical, psychosocial, and spiritual care from the healthcare team members who are highly knowledgeable and skillful and who have undergone specialized training on critical care (The American Association of Critical Care Nurses [AACN], 2005). Nurses work in the intensive care unit to save the life of critically ill patients and to prevent possible complications (Vichitra Kusum, B.E. 2553). Critical illness affects the patients' physically, psychologically, emotionally, socially, and financially (Nittaya Wiangpitak, B.E. 2546). When a family member becomes critically ill, the patients' relatives will be affected physically, psychologically, emotionally, socially, and financially as well (McAdam et al., 2010; Pikul Charoensuk, B.E. 2549). This is because relatives have an important role to take care of the health of patients and promote patients' feeling of love, warmth, and safety, so that they will be encouraged to fight with their critical illness

(Ruja Phupaiboon, B.E. 2541). It has been documented that in a family where family members share a close relationship and a strong bond with one another, or where they are related by blood, or when the critical illness is extremely life-threatening, the relatives will be even more affected (McAdam et al., 2010; McAdam & Puntillo, 2009; Warunee Buameethoop, B.E. 2551). Therefore, nurses working at the intensive care unit should provide assistance and care to relatives or family members of critically ill patients because the critical illness can adversely affect patients' caregiving ability. In general, relatives of critically ill patients need to reduce their anxiety, to have more information, to take part in care for the patients, to be close to the patients, to be encouraged and morally supported, and to relieve their feelings (Kanya Klaimala, B.E. 2553; Warunee Buameethoop, B.E. 2551) so as to effectively maintain their roles of caregivers and supporters of patients (Vichitra Kusum, B.E. 2553). Nurses are individuals who are able to best respond to the needs of and provide assistance to critically ill patients and their relatives (Jaree Chutithada, Supattra Kraisopa, & Rienthong Wongsudta, B.E. 2542; Nipawan Samartkit & Chanporn Yodying, B.E. 2541). However, at present, it seems that nursing care to respond to the needs of relatives of critically ill patients is not sufficient to serve their needs, hence an imbalance between relatives' demands and received responses. This can lead to relatives' stress, which is consistent with the stress theory proposed by Lazarus and Folkman (1984).

Stress of relatives of critically ill patients can result from various factors such as patients' physiological conditions, relatives' mental well-being, environment, family, and socioeconomic status (Nittaya Wiangpitak, B.E. 2546). A previous study conducted to explore stress of relatives of critically ill patients at high risks of mortality during the first one to four days of admission into the intensive care unit showed that relatives had a high level of stress (McAdam et al., 2010; McAdam & Puntillo, 2009). Thus, the relatives lack emotional balance, and this may lead them to a situational crisis, a condition in which relatives have to cope with stress caused by a critical illness of a family member and their inability to cope with stress using various methods. As a result, relatives of critically ill patients tend to experience the feelings of tenseness, pressure, uneasiness, desperation, and inability to carry out activities as

usual, which eventually can lead to mental illnesses (Aguilera, 1998; Leske, 2003; McAdam et al., 2010; Pryzby, 2004). Therefore, relatives of critically ill patients need assistance to enable them to cope with stress to protect them from an emotional crisis. They should also be encouraged to become an important source of support that enables critically ill patients to overcome their critical condition.

As regards assistance provided to enable relatives of critically ill patients to cope with stress to avoid emotional crises, according to the crisis theory of Aguilera (1998), there are three balancing factors that enable relatives of critically ill patients to the state of equilibrium. The three balancing factors are as follows: 1) realistic perception of the event, 2) adequate situational support, and 3) adequate coping mechanisms. A study conducted with relatives of critically ill patients at the accident and emergency ward that promoted the three balancing factors to enable relatives to achieve the state of equilibrium showed that relatives' needs were better responded (Namthip Prasithikarn, B.E. 2553). In other words, the components necessary for adaptation to achieve the state of equilibrium were true understanding of the realistic perception of the event and availability of sources of support and adequate coping mechanisms, which made relatives of critically ill patients learn the truth of life that all human beings would have to experience problems at one time or another, so they were enabled to cope with and manage their stress (Kanitha Jamnongnit, B.E. 2551). In the contexts of an intensive care unit in particular, previous studies have been conducted to examine stress coping of relatives of critically ill patients. However, a review of literature has revealed that the needs of relatives of critically ill patients have not been sufficiently responded to, so they continued to suffer from stress. This is because there is no concrete and systematic pattern of assistance that emphasizes adaptation to achieve the state of equilibrium by of the using three balancing factors. Therefore, the researcher was interested in investigating the effects of a stress management program for relatives of critically ill patients based on the crisis theory of Aguilera (1998) so as to enable relatives of critically ill patients admitted into the intensive care unit to more effectively cope with stress.

Conceptual Framework of the Study

According to the crisis theory of Aguilera (1998), in a normal condition, human beings will be in equilibrium. But once there is something that happens to them, such as a sickness of a family member, whether it is a sudden illness, deterioration of an organ or bodily system, an exacerbation of a chronic condition, or an accident, which is unexpected or uncontrollable, a loss of equilibrium will take place. If individuals are unable to adjust themselves to maintain equilibrium, a crisis will follow. Adaptation to maintain equilibrium depends on three components—realistic perception of the event, adequate situational support, and adequate coping mechanisms. Based on a review of the crisis theory of Aguilera and existing research literature, it can be seen that there are three guidelines to enable relatives of critically ill patients achieve the three components to regain equilibrium as follows: 1) realistic perception of the event consists of establishment of relationships, provision of information to satisfy needs for information (Apinya Satatham, B.E. 2550; Aranya Srikamsao, B.E. 2548; Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & McVey, 2010; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006), relatives' participation in care (Kulwadee Boonchuchua, B.E. 2547; Suthinee Wattanakul, B.E. 2547; Olsen et al., 2009; Mitchell et al., 2009); 2) adequate situational support is composed of provision of moral support and encouragement and facilitating relatives to search for various support systems (Bailey et al., 2010; Mitchell et al., 2009; Pryzby, 2004); and 3) adequate coping mechanisms comprise stimulating and giving relatives opportunity to share feelings and supporting relatives to use coping mechanisms suitable to the situation (Mitchell et al., 2009; Wirada Konsai, B.E. 2547). The crisis encountered by relatives can take place within one to two days after the event (Aguilera, 1998). Relatives generally develop a high level of stress within one to four days after the patients have been admitted into the intensive care unit (McAdam et al., 2010). Therefore, assistance needs to be provided to relatives within 48 hours after the patients are admitted into the intensive care unit. The conceptual framework of the study is shown in Figure 1 below.

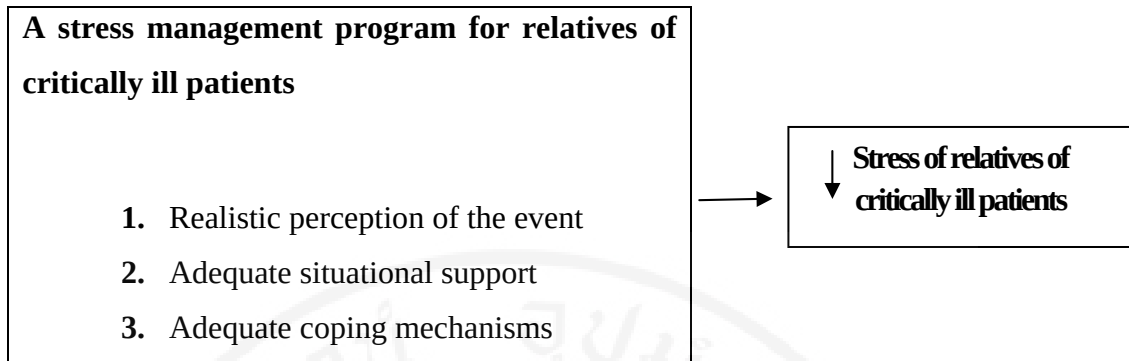


Figure 1: Conceptual Framework of the Study

Research Objective

The present study aimed at investigating the effects of a stress management program for relatives of critically ill patients on relatives' stress.

Definition of Terms

Stress of relatives of critically ill patients referred to a situation in which relatives of critically ill patients appraised that the critical illness affected their well-being and requires them to maximize all the available resources or beyond that to cope with such a situation. In this study, stress of relatives of critically ill patients was assessed using the stress scale of Nittaya Wiangpitak (B.E. 2546) which consisted of 50 items divided into the following four aspects—physical condition stress, psychological stress, environmental stress, and family, economic, and social stress. The scale items were arranged in a four-point rating scale with higher scores referring to higher levels of stress.

A stress management program referred to activities to assist relatives of critically ill patients who were suffering from stress to adjust themselves to maintain emotional equilibrium; that is, to have realistic perception of the event, adequate situational support, and adequate coping mechanisms. The guidelines on provision of

assistance were as follows: the first component, realistic perception of the event, consisted of establishment of relationships, provision of information to satisfy needs for information, and encouragement of relatives' participation in care; the second component, adequate situational support, was composed of provision of moral support and encouragement and facilitating relatives to search for various support systems; and the third component, adequate coping mechanisms, comprised stimulating and giving relatives opportunity to share feelings and supporting relatives to use coping mechanisms suitable to the situation. The assistance was provided on an individual basis. Each session of the program lasted approximately 60 to 90 minutes, with all three components being continuously assisted in every session. The duration of the program was three days, from the second day to the fourth day after the patients were admitted into the intensive care unit. The program was provided to the same relatives of critically ill patients from the beginning to the end.

Research Methodology

The present study was conducted with relatives of critically ill patients who were admitted into the surgical intensive care unit (SIC) and the traumatic intensive care unit (TIC), Ramathibodi Hospital, between July and November 2011. The study subjects who were relatives of critically ill patients were recruited by means of purposive sampling, totaling 30 subjects. The inclusion criterion of the critically ill patients was the APACHE II scores equal to or higher than 25 points; the inclusion criteria of the relatives of critically ill patients were as follows: they were between 18 and 60 years old, they were direct relatives of critically patients and became primary caregivers who visited the patients at least once a day for the three consecutive days when the study was conducted, they were able to communicate in the Thai language, and they were willing to participate in the study and to sign the informed consent form to indicate their willingness. On the other hand, the exclusion criteria were as follows: their critically ill relatives passed away during the data collection period, their stress score before participating in the program was equal to 0 point, they were unable to

participate in the program for three consecutive days, and they refused to participate in the study or withdrew from the study during data collection.

Instrumentation

The instruments used in the study consisted of three parts as follows:

1. Screening instrument

The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) was developed by Knaus et al. (1985) based on a study of factors and abnormal clinical symptoms of different bodily systems during an illness. There were 12 variables included in the scale: body temperature, mean arterial pressure, heart rate, respiratory rate, blood pH balance, hematocrit, white blood cell count, serum creatinine, serum BUN, serum Na, serum potassium, and serum HCO₃, with the most abnormal scores used together with the Glasgow Coma Score (GCS), as well as consideration of age, chronic illness, and surgery. The scores were summed to derive at the total scores which indicated the severity of the illness and predicted risks of mortality of critically ill patients admitted into the intensive care unit. Higher scores reflected more severity of the illness and more chances of mortality and vice versa. The APACHE II scores equal to or higher than 25 points indicated more than 50% chances of mortality (Thanes Charndouikij, Warin Podtong, & Sasithorn Sirikul, B.E. 2552).

2. Data collection instruments

The instruments used to collect data in this study comprised the following:

2.1 Critically ill patients' demographic characteristics record form was constructed by the researcher to elicit data including gender, age, type of surgery, intensive care unit, and illness condition. The items in the record form were open-ended items.

2.2 Relatives' demographic characteristics record form was constructed by the researcher to elicit data including gender, age, marital status, religion, educational background, occupation, family monthly income, family status,

relationship with critically ill patients, and family type. The items in the record form were checklist items.

2.3 Stress of relatives of critically ill patients scale was adapted from the stress scale of critically ill patients and relatives constructed by Nittaya Wiangpitak (B.E. 2546). There were 50 items divided into the following four aspects—physical condition stress, psychological stress, environmental stress, and family, economic, and social stress. The scale items were arranged in a four-point rating scale ranging from 0 to 3 points, with higher scores referring to higher levels of stress. The scale was submitted to a panel of three experts to confirm its content validity and language appropriateness. Its content validity index (CVI) was equal to 0.96. Also, in the pilot study, Cronbach's alpha coefficient was 0.95. When the scale was used with 30 subjects of the main study, Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.91.

3. Research instruments

3.1 A stress management program for relatives of critically ill patients was constructed by the researcher based on the crisis theory of Aguilera (1998) and an extensive review of related literature on stress and assistance to ensure equilibrium of relatives of critically ill patients in three components: to have realistic perception of the event, adequate situational support, and adequate coping mechanisms. The first component, realistic perception of the event, consisted of establishment of relationships, provision of information to satisfy needs for information, and encouragement of relatives' participation in care; the second component, adequate situational support, was composed of provision of moral support and encouragement and facilitating relatives to search for various support systems; and the third component, adequate coping mechanisms, comprised stimulating and giving relatives opportunity to share feelings and supporting relatives to use coping mechanisms suitable to the situation. The assistance was provided on an individual basis. Each session of the program lasted approximately 60 to 90 minutes, with all three components being continuously assisted in every session. The duration of the program was three days, from the second day to the fourth day after the patients were

admitted into the intensive care unit. The program was provided simultaneously with provision of care to the critically ill patients by the relatives.

3.2 A manual on stress management for relatives of critically ill patients was developed by the researcher based on a review of literature. The manual was distributed to relatives of critically ill patients for a review to ensure effective stress coping. The contents of the manual consisted of meaning of intensive care units, natures of work of intensive care unit staffs, conditions of intensive care units, rules and regulations of intensive care units, importance of intensive care units, and stress and stress management.

The program and manual was submitted to a panel of three experts composed of one nursing instructor with specialization in stress and crisis theories and two nurse specialists in critical nursing care to ensure its content validity and language appropriateness. The manual was then revised and improved based on the experts' comments and suggestions.

Protection of the rights of human subjects

The research proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The researcher explained the study objective and data collection procedures to the prospective subjects. They were informed that participation in the study was solely on a voluntary basis and they were able to withdraw from the study at any time if they wished without any effects on the treatment and care their critically ill relatives would receive from the hospital. They were also assured that the data collected from them would be kept strictly confidential and only codes would be used instead of their names.

Data collection

The researcher selected the 30 study subjects based on the inclusion criteria previously set. The researcher introduced herself to the prospective subjects, explained the study objective and data collection procedures, and gave them

opportunity to ask questions including benefits and risks of their participation in the study. The researcher also protected the rights of the subjects who were asked to participate in the study on a voluntary basis, and once they agreed to take part in the study, they were asked to sign the informed consent form. After that, one research assistant collected the data from the subjects to avoid bias in data collection. The subjects completed the demographic characteristics record form and responded to the stress scale. After that, the researcher conducted the stress management program for relatives of critically ill patients using an individual approach and gave them a manual on stress management. The program consisted of three sessions, each of which lasted approximately 60 to 90 minutes, with all three components being continuously assisted in every session. The duration of the program was three days, from the second day to the fourth day after the patients were admitted into the intensive care unit. The program was provided simultaneously with provision of care to the critically ill patients by the relatives. After the relatives of critically ill patients completed the three-day stress management program, the research assistant collected data using the stress scale within two hours after the termination of the program.

Data analysis

Data were analyzed using a computer program. Data regarding demographic characteristics of the critically ill patients and the relatives were analyzed by means of frequency, percentage, mean, and standard deviation. The mean severity scores of critically ill patients (APACHE II scores) on the first and fourth days of admission into the intensive care unit was compared using the paired t-test, and the mean scores of stress of relatives of critically ill patients obtained before and after the stress management program were compared using the paired t-test and Wilcoxon signed-ranks test.

Results

According to the study findings, most of the 30 relatives of critically ill patients, or 70%, were female. Their mean age was 44 years ($SD = 10.70$). More than half, or 53.33%, were married, and all of them were Buddhist. As regards educational background, 50% held a Bachelor's degree, and a little more than one quarter, or 26.67%, completed elementary education. Moreover, 36.68% and 23.33% were government officials or public enterprise employees and traders/wage earners, respectively. Nearly half of the subjects, or 46.67%, had the mean family income more than 20,000 baht per month, while 30% earned about 5,000 to 10,000 baht per month. Almost three-fourths of the subjects, or 73.33%, were members of the family, and 63.33% and 16.67% were children and spouses of the critically ill patients, respectively. Finally, more than half, or 53.3%, lived in a nuclear family.

With regard to the critically ill patients, 60% of them were male, and their mean age was 65 years old ($SD = 19.26$), with most of them, or 70%, being older than 60 years of age. Close to three quarters of the critically ill patients, or 70%, had an emergency surgery or unplanned surgery, and nearly two-thirds, or 63.33%, were admitted into the surgical intensive care unit due to heart, chest, or vascular diseases, at 26.67%, followed by accidents, at 20%. As for the severity of the critical illness, the APACHE II scores showed that on the first day of admission into the intensive care unit, the severity scores ranged from 25 to 41 points, with the mean of 30.36 ($SD = 4.47$). On the fourth days of the admission, the severity scores ranged from 20 to 43 points, with the mean of 31.10 points ($SD = 5.74$). When comparing the mean severity scores obtained on the first and fourth days of admission into the intensive care unit using the paired t-test, it was found that the mean severity scores of both days were not different with statistical significance ($p > .05$).

When considering mean scores of stress of relatives of critically ill patients before and after receiving the stress management program using the paired t-test, it was found at the mean score of stress obtained after participating in the stress management program was lower than that obtained before participating in the program with statistical significance ($p < .001$). When analyzing scores of each aspect, it could be seen that the scores of the psychological stress and the environmental stress had a normal distribution, so the paired t-test was used in the analysis. However, the mean

scores of the physical condition stress and the family, economic, and social stress did not have a normal distribution, Wilcoxon signed-rank test was used. The findings showed that the mean scores of all aspects of stress obtained after receiving the stress management program were lower than those obtained before the program with statistical significance ($p < .001$), as presented in Table 1 below.

Table 1: Mean, standard deviation, and comparison of mean scores of overall and each aspect of stress of relatives of critically ill patients before and after receiving the stress management program using the paired t-test and Wilcoxon signed-ranks test (N = 30)

Stress scores	Before program		After program		Mean Difference	Stats value	p-value
	M	SD	M	SD			
-Family, economic, and social stress	2.46	0.74	1.88	0.84	0.58	$z = 4.06$	<.001
-Psychological stress	2.40	0.42	1.67	0.31	0.73	$t = 9.15$	<.001
-Physical condition stress	2.39	0.44	1.57	0.33	0.82	$z = 4.75$	<.001
- Environmental stress	1.31	0.67	0.56	0.48	0.75	$t = 6.74$	<.001
Overall stress	2.14	0.48	1.42	0.36	0.72	$t = 10.22$	<.001

Discussion

The study findings revealed that the stress management program for relatives of critically ill patients could reduce the stress level of relatives to a level lower than that before receiving the program with statistical significance ($p < .001$). Thus, the study hypothesis was accepted. Such a finding could be explained as follows:

The researcher provided assistance to relatives of critically ill patients to enable them to manage stress, beginning with establishing a good relationship with them. The researcher stimulated the relatives to share their feelings. When they felt angry or cried, the researcher did not stop them from expressing their feelings. Instead, the researcher helped them relieve their feelings and focus more on their thinking than on their emotions. Moreover, the researcher kept them company, and showed them that the researcher accepted and understood their feelings, ideas, and behaviors, while at the same time respecting their dignity and integrity. When the researcher provided support and offered encouragement, as well as offered to assist them with sincerity and willingness, the relatives were able to develop trust and to relieve their stress, fear, and anxiety. They were also able to ask questions, request assistance, and listen to the researcher's advice. When relatives of critically ill patients feel that there is someone who can help them encounter a critical situation and manage their stress, their stress level can be reduced (Kanya Klaimala, B.E. 2553). In this study, before participating in the stress management program for relatives of critically ill patients, the relatives were under stress because they did not know who they could turn to to ask for help. Therefore, their mean scores of stress due to dependence on others and lack of unfamiliarity with staffs in the intensive care unit, which were at a high level before receiving the program, were reduced to a moderate level and a low level after the program with statistical significance, respectively. In addition, when relatives have a chance to express their feelings, they can become more relaxed and their emotional status can be more stable, so they are better able to accept and cope with a crisis situation caused by their relatives' illness (Kanya Wanghengyart, B.E. 2549).

In the present study, after the relatives were able to relieve their stress, the researcher supported them to use adequate coping mechanisms by adopting both

problem-focused coping and emotion-focused coping. A manual on stress management was also given to them to help them effectively manage their stress. The As a result, the relatives understood appropriate coping mechanisms and adjusted their coping mechanisms by making use of both problem-focused coping and emotion-focused coping to encounter stress. Likewise, a study of Wirada Konsai (B.E. 2547) has revealed that relatives made use of both problem-focused coping and emotion-focused coping by trying to do everything to help the patients recover and being ready to cope with all kinds of problems that would arise, no matter how good or bad the problems would be. When relatives were able to adjust themselves and felt that their physical and psychological conditions were normally good, they were able to cope with stress.

The researcher supported relatives of critically ill patients to perceive the critical illness situation as truthfully as possible. The researcher provided information to satisfy their needs for information, with the contents covering the diseases, symptoms, treatment guidelines, necessary medical equipment, and environment of the intensive care unit, respectively. The information provided by the researcher was specific to each individual patient, and it was continuously and systematically offered. In fact, provision of information could be divided into three phases—before the visits, during the visits, and after the visits. The researcher prepared the relatives before they visited the patients, the researcher was with the relatives during the visits, and the researcher offered further information after the visits if the relatives continued to have some doubts or misunderstanding. The language used by the researcher was concise and easy to understand, and the researcher assessed the relatives' perception of the event on a periodical basis to ensure their understanding of the diseases, symptoms, and treatments, hence making them accept the patients' symptoms and changes. For these reasons, the relatives' physical stress and psychological stress were reduced (Kanya Wanghengyarit, B.E. 2549). While the relatives were visiting the patients, the researcher supported them by encouraging them to be close to the patients and stimulated them to talk, touch, and give moral support to the patients. They were also given opportunity to take part in care by doing some activities that were safe and in compliance with the treatment plan to treat and prevent complications, to ensure

comfort, and to offer mental and spiritual care to patients. As a consequence, the relatives had correct perception of the event and were prepared to face constantly changing situations, so they had a lower level of psychological stress (Suthinee Wattanakul, B.E. 2547). After that, the researcher facilitated the relatives to search for sources of social support, offered them advice on time management, and presented sources of financial support. The researcher also recommended that they seek support from other family members who could help relieve their burdens such as by dropping by to visit and talk to the patients and providing financial support. They were also advised to seek for other sources of social support such as friends or relatives of other patients in case they needed additional assistance.

In general, supporting relatives of critically ill patients to seek for support systems enables them to develop a guideline on self-care and care of patients, so their fear and anxiety can be reduced (Kanya Klaimala, B.E. 2553). Relatives can manage their time to perform appropriate self-care, while at the same time maintaining their own roles, family relationships, and social activities they used to have. Relatives can adjust their roles to suit the caregiving contexts to protect themselves from stress caused by family, economic, and social issues. In this study, it was found that after receiving the stress management program, the relatives' mean stress score reduced with statistical significance after their stress caused by inability to provide care to other family members as usual and an increase in financial expenses was relieved. A similar finding has been reported by Karanpitch Kotepratum (B.E. 2546) that in addition to nurses, the family is a significant support system of relatives of critically injured patients because they are close persons who can provide consultancy and cooperation to solve problems. Furthermore, family members share mutual understanding, compassion, affection, and encouragement, as well as help one another overcome financial burdens. In short, their love and bonding enables family members to overcome the crisis situation they are facing.

However, in the present study, the critically ill patients included both surgical critical patients and traumatic surgical critical patients. Generally, both groups of patients share similarities in that their critically ill relatives have a severe illness with a high risk of mortality, and they require a major operation in an attempt to save their life. Nevertheless, the causes of their illnesses are different. The surgical

critical patients suffer diseases and their complications, and the relatives have received information about the illnesses in advance, before the current hospitalization, so they have time to prepare themselves mentally to cope with the crisis. However, critical illnesses involve a high risk of mortality, both from the prognosis of the diseases and from postoperative complications, so the relatives may feel that the information they have received is not sufficient to cope with the crisis (McAdam et al., 2010). For this reason, the relatives of critically ill patients can develop stress (Warunee Buameethoop, B.E. 2551). They are afraid that their relatives may die or become disabled, so they are constantly concerned with the diseases and the patients' symptoms (Leske, 2003). As a result, they use mostly problem-focused coping to directly solve the crisis event. In contrast, relatives of accident surgical critical patients feel that the accidents are sudden and unexpected, and they have no time to prepare themselves to such a crisis (Leske, 2003). Thus, they are in shock and use mostly emotion-focused coping. They are in denial of the patients' condition and are constantly concerned with patients' symptoms. They can even be obsessed with the patients' conditions, so their perception of other things is reduced. Some of the relatives cry to themselves and try to avoid the problems without solving them. Therefore, they are unable to cope with stress (Lazarus & Folkman, 1984). In this study, when the relatives received assistance in the stress management program to have realistic perception of the event, had adequate situational support, and adequate coping mechanisms, their stress cores were decreased with statistical significance.

In summary, assistance provided to relatives of critically ill patients in the stress management program equipped them with the three components that enabled them to adapt themselves to regain equilibrium—realistic perception of the event, adequate situational support, and adequate coping mechanisms, their stress scores after receiving the program were lower. Such a finding yielded support to the findings of Namtip Prasithikarn (B.E. 2553) and Kanitha Jamnongnit (B.E. 2551) that assisting relatives of critically ill patients to the state of equilibrium in accordance with the concept of Aguilera (1998) enabled their needs to be satisfied and helped them develop realistic perception and acceptance of the situation. In addition, when the relatives realize that all human beings have to cope with problems at one time or

another, their stress can be relieved. In order to successfully manage stress, all three components to regain equilibrium are required. This is because if any of the components is missing, relatives cannot achieve emotional equilibrium which enables them to effectively cope with stress.

Limitations of the Study

1. In this study, purposive sampling was used to recruit relatives of critically ill patients who were at high risks of loss of life, and there were both patients with planned and unplanned surgeries. For these reasons, the study findings may not be generalized to relatives of other groups of critically ill patients with different contexts.
2. The present study used a one-group pretest-posttest design with no comparison group to compare the reduction in stress of relatives of critically ill patients, so the generalizability of the findings is limited.

Recommendations

For nursing practices

1. Nurses working in the intensive care unit need to realize the significance of provision of care to relatives of critically ill patients in addition to the patients themselves.
2. In order for the stress management program for relatives of critically ill patients to be implemented with maximum efficiency and effectiveness, nurses need to have knowledge and understanding of the program as well as skills and experiences in providing care specific to each healthcare setting. The activities included in the program should be adapted to suit the context of each workplace, and a manual on stress management for relatives of critically ill patients should be disseminated so as to increase relatives' stress coping. In addition, care of relatives of critically ill patients

should be included in the roles of advanced nurse practitioners who provide care to critically ill patients in the intensive care unit as well.

For nursing administration

1. The stress management program for relatives of critically ill patients should be used to develop a standard of care for relatives of critically ill patients and their relatives to achieve the goal of holistic care provision.

2. Short-term training should be organized for healthcare team members who are working at the intensive care unit to equip them with necessary knowledge and skills to apply the stress management program for relatives of critically ill patients timely and effectively.

For nursing research

1. Studies should be conducted with a stress management program specifically designed for relatives of critically ill patients who have a high level of stress to include caregiving burdens, changing family roles, inability to work during patients' hospitalization, fear of patients' morbidity and mortality, anxiety about the patients' sickness, patients' pain, fatigue in patients, and patients on mechanical ventilation. The program should be conducted on a continuous basis because the period of three days may not be sufficient to ensure a considerable decrease in stress levels of relatives of critically ill patients.

2. In further studies, a comparison between the experimental group and the control group should be made so as to better determine the effects of the stress management program on stress of relatives of critically ill patients.

รายการอ้างอิง

- กนิษฐา จ่านงนิตย์. (2551). การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สำหรับญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม. (2546). การปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัญญา คล้ายมาลา. (2553). แนวทางการแก้ไขปัญหาคือการตอบสนองความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กันยา วังแสงชะอุทธิ์. (2549). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุลวดี บุญชูช่วย. (2547). การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอสว่างสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขวัญเรือน วงษ์มณี. (2547). ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการบริการของหน่วยงานวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กะเนิงนิตย์ ศรีโสดาพล. (2552). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: นิติบรรณาการ.
- จรี ชูติชาดา, สุภัตรา ไกรโสภา, และเหรียญทอง วงษ์สุตตา. (2542). ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(1), 51-58.

- จิราพร ตันติวงศ์พิศาล. (2547). การศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ชาครียา ศิริโณม. (2550). การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติที่มีภาวะ วิกฤตทางอารมณ์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กรณีศึกษา โรงพยาบาลเรณูนคร. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธนศ ชาญด้วยกิจ, วารินทร์ พัดทอง, และศศิธร ศิริกุล. (2552). ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและผลลัพธ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. แพทยสารทหารอากาศ, 55(3), 28-34.
- น้ำทิพย์ ประสิทธิการ. (2553). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภาพร ภารัตนวงศ์. (2547). การเผชิญความเครียดกับปัจจัยทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิภาวรรณ สามารตกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(3), 40-56.
- นริญา ผาบุญมา. (2548). การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์: กรณีศึกษาในบุคคลที่ถูกละเมิดสิทธิชีวิต. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิลรัตน์ วัชรากิจชาติ. (2543). บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญ ชื่นตา. (2550). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครปฐม. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 9(2), 156-164.
- รณิษฐา รัตนะรัต, มณีรัตน์ ธนกิจวิรุฬ, วรการ วิไลชนม์, สุรัตน์ ทองอยู่, และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2548). การทำนายอัตราการเสียชีวิตโดยใช้ระบบคะแนนมาตรฐานในหออภิบาลอายุรศาสตร์. *J Med Assoc Thai*, 88(7), 949-955.
- รัตนันตนา อ้นภู. (2545). ความเข้มแข็งอดทน และความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- รุจิ รัตนเสถียร. (2550). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รวมพร หลาวเพ็ชร. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อความผาสุกของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต.. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารุณี บัวมีรูป. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ไชยวงศ์. (2549). ผลของการให้การปรึกษาแบบผลมผลสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุศลมภ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต : แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

- วิรุณา ก้อนใส. (2547). การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์ของการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเจ็บที่สมองในระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วิไลรัตน์ ชัยนนธิ. (2549). การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วงรัตน์ ใสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2550). ดัชนีความทรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ. พยาบาลสาร, 34(4); 1-9.
- สุจิตรา ลิ้มอานวยลาก และชวนพิศ ทานอง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุทธินิ วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาลอายุรศาสตร์เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). สรุปสถานการณ์ไทยปี พ.ศ. 2547. สารสถิติ, 16(3), 6-7.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม พ.ศ. 2554. เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2555 จาก <http://service.nso.go.th>
- อภิญา สัตย์ธรรม. (2550). ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรัญญา ศรีคำขาว. (2548). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรพรรณ ถีบุญรัชชัย. (2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาเพลส.
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8th ed.). California: St. Louis: C. V. Mosby.
- Aguilera, D.C., & Messick, J.M. (1986). *Crisis intervention: Theory and methodology* (5th ed.). California: St. Louis: C. V. Mosby.
- Alvarez, G. F., & Kirby, A. S. (2006). The perspective of families of the critically ill patient: their needs. Lippincott Williams & Wikins.
- American Association of Critical care Nurses. (2005). *Procedure manual for critical care*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Benter, S. E. (1998). Crisis intervention in Stuation, G. W. and Sundeen. (eds): *Principle and practice of psychiatric nurse* (5th ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boilean, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and critical care nursing*, 26, 114-122.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of needs based education programmer for family carers with a relative in an intensive care unit: A guasiexperimental study. *Interventional Journal of Nursing Studies*, 43, 39-50.
- Chui, W. Y., Chan, S. W. (2007). Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 372-381.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed). New Jersey: Lawrence Erlbaun Associates, Inc.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in intensive care setting. *Heart & Lung*, 13(3), 231-237.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-829.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leske, J. (2002). Intervention to decrease family anxiety: Protocols for practice. *Critical Care Nurse*, 22(6), 61-65.
- Leske, J. (2003). Comparison of family stress, strengths, and outcomes after trauma and surgery. *AACN clinical issues*, 14(1), 33-41.

- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), 367-376.
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. L. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patient at high risk for dying. *Critical Care Medicine*, 38(4), 1078-1085.
- McAdam, J. L., & Puntillo, K. L. (2009). Symptom experiences by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 200-210.
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 1-8.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family – centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543- 552.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patient: A descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2), 332-339.
- Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 190-198.
- Omari, F. H. (2009). Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICU. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 28-34.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2008). *Nursing reseach: Principle and methods (8 ed)*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 16-23.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V., Duijnstee, 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.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2005). *Measurement in nursing and health reseach. (3 ed)*. New york: Springer.



ภาคผนวก ก



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 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

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๔/๘๔

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒ - ๕๔ - ๓๐ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวนิรมนต์ เหล่าสุภาพ
สถานศึกษา	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิบัติ
เชิงจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 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

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No. MURA2011/84

Title of Project	Effect of Stress Management Program for Relatives of Critical Ill Patients
Protocol Number	ID 02 – 54 – 30
Principal Investigator	Miss Niramom Lhaosupab
Education Address	Department of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

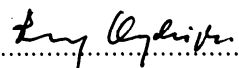
Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects


 Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects


 Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

February 16, 2011

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

Project Title: Effect of stress management program for relatives of critical ill patients

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิรมนต์ เหลาสุภาพ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

สถานที่วิจัย หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมชั้น 5 (SIC) และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ (4IT) โรงพยาบาลรามารินทร์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัย นางสาวนิรมนต์ เหลาสุภาพ โทรศัพท์ 087-978-6500

แพทย์ผู้ดูแลโครงการ

1. ผศ.นพ.ปริดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์ โทรศัพท์ 081-909-7575

2. ผศ.ดร. สุปรียา มั่นคง โทรศัพท์ 084-021-2242

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

การเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่มีความเสี่ยงสูง ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายผู้ป่วย อาจทำให้มีการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ ปอด ตับ ไต หรือสมอง จนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาใน

หอผู้ป่วยวิกฤต การเจ็บป่วยวิกฤตนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยด้วย เพราะญาติเป็นบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ มีความรัก ความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยวิกฤต ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงทำให้ญาติได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ญาติจึงมีความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องการเป็นส่วนตัว ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้เพียงพอ จึงทำให้ญาติเกิดความเครียด ซึ่งถ้าญาติไม่ได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียด อาจทำให้ญาติอาจเข้าสู่ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ญาติต้องเผชิญกับความเครียดจากเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต แล้วไม่สามารถแก้ไขความเครียดนั้นด้วยวิธีต่างๆที่เคยใช้ได้ผล ทำให้เกิดความรู้สึกถึงเครียด กัดดัน ยุ่งยากใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆได้เช่นปกติ และอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ ซึ่งเมื่อญาติมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วย เพราะญาติเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยในการดูแลสนับสนุนให้กำลังใจ และส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย เมื่อญาติเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจึงขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้การฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยล่าช้าได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงพยายามหาการพยาบาลที่ดีที่สุด เพื่อช่วยเหลือญาติในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น และส่งเสริมให้ญาติสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้โดยเร็ว

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะวัดระดับความเครียดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดของญาติภายใน 48 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แล้วจึงดูแลให้ญาติได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้งหมด 3 วัน โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ การแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคม การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เมื่อญาติได้รับโปรแกรมครบทั้ง 3 วัน หลังจากนั้นจึงวัดระดับความเครียดหลังได้รับโปรแกรม

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการจัดการความเครียด จะสามารถช่วยญาติในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น และสามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้เพียงพอ ทำให้ญาติได้รับการพยาบาลอย่างดีที่สุด พร้อมทั้งส่งเสริมให้ญาติสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้โดยเร็ว ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น อาจพบความไม่สบายใจหรือความเครียดมากขึ้น แต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบรายงานความไม่สบายใจหรือความเครียดมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีการติดตาม ประเมิน เฝ้าระวังความไม่สบายใจหรือความเครียดมากขึ้นของญาติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยมีการติดตามเป็นระยะๆ หากพบว่าญาติมีความไม่สบายใจหรือมีความเครียดมากขึ้น จะยุติโปรแกรมและดำเนินการแก้ไขทันที โดยแพทย์ผู้ดูแลโครงการ

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลที่ได้จากญาติผู้ป่วยทั้งหมดจะถูกรักษาไว้เป็นความลับ และแสดงผลการศึกษาในภาพรวม ส่วนผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในการประชุมวิชาการ หรือเพื่อการศึกษาเท่านั้น นอกจากนี้ท่านขอรับทราบผลการสรุป ของการวิจัยได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุด

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิรมนต์ เหลาสุภาพ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ก

ง

ชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health evaluation II)
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต
4. แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต
5. โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต
6. คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

APACHE II Score

Physiologic Variable	High Abnormal Range					Low Abnormal Range					
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	Points	
Temperature - rectal (°C)	≥41°	39 to 40.9°		38.5 to 38.9°	36 to 38.4°	34 to 35.9°	32 to 33.9°	30 to 31.9°	≤29.9°		
Mean Arterial Pressure - mm Hg	≥160	130 to 159	110 to 129		70 to 109		50 to 69		≤49		
Heart Rate (ventricular response)	≥180	140 to 179	110 to 139		70 to 109		55 to 69	40 to 54	≤39		
Respiratory Rate (non-ventilated or ventilated)	≥50	35 to 49		25 to 34	12 to 24	10 to 11	6 to 9		≤5		
Oxygenation: A-aDO ₂ or PaO ₂ (mm Hg) a. FIO ₂ ≥0.5 record A-aDO ₂ b. FIO ₂ <0.5 record PaO ₂	≥500	350 to 499	200 to 349		<200 PO ₂ >70	 PO ₂ 61 to 70		PO ₂ 55 to 60	PO ₂ <55		
Arterial pH (preferred)	≥7.7	7.6 to 7.69		7.5 to 7.59	7.33 to 7.49		7.25 to 7.32	7.15 to 7.24	<7.15		
Serum HCO ₃ (venous mEq/l) (not preferred, but may use if no ABGs)	≥52	41 to 51.9		32 to 40.9	22 to 31.9		18 to 21.9	15 to 17.9	<15		
Serum Sodium (mEq/l)	≥180	160 to 179	155 to 159	150 to 154	130 to 149		120 to 129	111 to 119	≤110		
Serum Potassium (mEq/l)	≥7	6 to 6.9		5.5 to 5.9	3.5 to 5.4	3 to 3.4	2.5 to 2.9		<2.5		
Serum Creatinine (mg/dl) Double point score for acute renal failure	≥3.5	2 to 3.4	1.5 to 1.9		0.6 to 1.4		<0.6				
Hematocrit (%)	≥60		50 to 59.9	46 to 49.9	30 to 45.9		20 to 29.9		<20		
White Blood Count (total/mm ³) (in 1000s)	≥40		20 to 39.9	15 to 19.9	3 to 14.9		1 to 2.9		<1		
Glasgow Coma Score (GCS) Score = 15 minus actual GCS											
A. Total Acute Physiology Score (sum of 12 above points)											
B. Age points (years) <44=0; 45 to 54=2; 55 to 64=3; 65 to 74=5; ≥75=6											
C. Chronic Health Points (see below)											
Total APACHE II Score (add together the points from A+B+C)											

Chronic Health Points: If the patient has a history of severe organ system insufficiency or is immunocompromised as defined below, assign points as follows: 5 points for nonoperative or emergency postoperative patients 2 points for elective postoperative patients

Definitions: organ insufficiency or immunocompromised state must have been evident prior to this hospital admission and conform to the following criteria:

Liver – biopsy proven cirrhosis and documented portal hypertension; episodes of past upper GI bleeding attributed to portal hypertension; or prior episodes of epaticailure/encephalopathy/coma.

Cardiovascular – New York Heart Association Class IV.

Respiratory – Chronic restrictive, obstructive, or vascular disease resulting in severe exercise restriction (i.e., unable to climb stairs or perform household duties; or documented chronic hypoxia, hypercapnia, secondary polycythemia, severe pulmonary hypertension (>40 mmHg), or respirator dependency.

Renal – receiving chronic dialysis.

Immunocompromised – the patient has received therapy that suppresses resistance to infection (e.g., immunosuppression, chemotherapy, radiation, long term or recent high dose steroids, or has a disease that is sufficiently advanced to suppress resistance to infection, e.g., leukemia, lymphoma, AIDS). (<http://www.medicalcriteria.com>)

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยคนที่.....

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ลักษณะของการผ่าตัด ☐ Elective ☐ Emergency
4. หอผู้ป่วยวิกฤต ☐ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ☐ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
5. ภาวะความเจ็บป่วย.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลชุดที่.....

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย
4. ศาสนา ☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์
☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
5. ระดับการศึกษา ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษา
☐ 3. ปวช. ☐ 4. ปวส./อนุปริญญา
☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. เกษตรกรรม
☐ 3. ค้าขาย ☐ 4. รับจ้าง/ลูกจ้าง
☐ 5. แม่บ้าน/ทำงานบ้าน ☐ 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ☐ 1. <5,000 ☐ 2. 5,001- 10,000
☐ 3. 10,001- 15,000 ☐ 4. 15,001- 20,000
☐ 5. >20,000
8. สถานภาพภายในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1. เป็นหัวหน้าครอบครัว ☐ 2. เป็นสมาชิกในครอบครัว
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ☐ 1. บิดา/ มารดา ☐ 2. บุตร
☐ 3. พี่น้อง ☐ 4. คู่สมรส
☐ 5. หลาน
10. ลักษณะครอบครัว ☐ 1. เดี่ยว ☐ 2. ขยาย

แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง แบบวัดนี้ต้องการทราบถึงความเครียดของญาติในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ครอบคลุมด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

ไม่ทำให้เกิดความเครียด หมายถึง สถานการณ์นั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ
กับข้อใจ ทุกข้อใจหรือไม่สบายใจ

ทำให้เกิดความเครียดเล็กน้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ กับข้อใจ
ทุกข้อใจหรือไม่สบายใจเล็กน้อย

ทำให้เกิดความเครียดปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ กับข้อใจ
ทุกข้อใจหรือไม่สบายใจปานกลาง

ทำให้เกิดความเครียดมาก หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ กับข้อใจ
ทุกข้อใจหรือไม่สบายใจมาก

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด	ไม่ทำให้เกิดความเครียด	ทำให้เกิดความเครียด		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย				
1. ความเจ็บปวดของผู้ป่วย เช่น ปวดแผลผ่าตัด ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ				
2.				
.				
.				
18.				
ความเครียดด้านจิตใจของญาติ				
19. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย				
20.....				
.				
.				

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด	ไม่ทำให้เกิดความเครียด	ทำให้เกิดความเครียด		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
33.				
ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม				
34. เสียงดังจากการพูดคุยกันของเจ้าหน้าที่				
35.....				
.				
.				
44.				
ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม				
45. ภาระที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย				
46.....				
.				
.				
50.				

โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดและการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้เข้าสู่ภาวะสมดุล โดยการช่วยเหลือให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทางอารมณ์ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยมีแนวทางการช่วยเหลือดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2 การช่วยเหลือให้ญาติมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และองค์ประกอบที่ 3 การช่วยให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยให้การช่วยเหลือโดยตรงกับญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล (Individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรมครั้งละ 60 – 90 นาทีต่อวัน โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 องค์ประกอบ อย่างต่อเนื่อง ให้โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือในวันที่ 2 - 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย การให้โปรแกรมปฏิบัติควบคู่กับการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยของญาติ โดยแสดงการให้โปรแกรมตามแผนการให้โปรแกรมดังนี้

แผนการให้โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม (วิธีการให้ข้อมูล)
- เพื่อให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดความไว้วางใจ	การสร้างสัมพันธภาพ สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวนิรมนธ์ เหลาสุภาพ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียด โดยจะช่วยให้ท่านรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง มีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และช่วยให้ท่านสามารถจัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม ซึ่งดิฉันยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่	- ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติ แนะนำตัวเองด้วยคำพูดที่นุ่มนวล ท่าทีที่เป็นมิตร และเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้เกียรติญาติ - ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย พอสั่งเขป และการพยาบาลที่จะช่วยญาติในการจัดการความเครียด
- เพื่อส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความเครียด	การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก ทำได้โดยกระตุ้นให้ญาติปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึก ไม่สบายใจต่างๆ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ญาติพูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดว่าตอนนี้ญาติรู้สึกอย่างไรบ้าง และทวนคำถามสะท้อนกลับคำพูดของญาติ เพื่อให้ญาติแสดงความรู้สึกที่ชัดเจน และในขณะที่ญาติระบายความรู้สึกถ้าญาติร้องไห้หรือโกรธ จะต้องไม่ห้ามการร้องไห้หรือหยุดอารมณ์โกรธ แต่ส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความรู้สึก ช่วยให้มีสมาธิในการคิดมากกว่าความรู้สึก และอยู่เป็น	- ผู้วิจัยกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก โดยใช้คำถามปลายเปิด การทวนคำ สะท้อนกลับคำพูด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม (วิธีการให้ข้อมูล)
- เพื่อช่วยให้ญาติมีความมั่นคงทางอารมณ์และรับรู้ว่าพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการจัดการความเครียด - เพื่อสนับสนุนให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม	เพื่อน การสนับสนุนและให้กำลังใจ สอบถามญาติถึงสิ่งที่ญาติต้องการความช่วยเหลือ โดยใช้คำถามปลายเปิดพร้อมทั้งเสนอตัวช่วยเหลือดังนี้ - ญาติต้องการให้ผู้วิจัยช่วยอะไรบ้าง - ตอนนี้ญาติกังวลเรื่องอะไรบ้างคะหรือมีเรื่องอะไรที่ไม่สบายใจที่ต้องการความช่วยเหลือ ให้กำลังใจญาติโดยใช้ภาษากายและใช้คำพูดที่แสดงถึงความชื่นชมและให้ความมั่นใจว่าญาติสามารถจัดการกับปัญหาครั้งนี้ได้ การสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม หลังจากกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยก็จะประเมินร่วมกันกับญาติว่าญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และสนับสนุนการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ดังนี้..... พร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติ คนละ 1 เล่ม เพื่อให้ญาตินำไปอ่านทบทวนส่งเสริมให้ญาติเข้าใจและสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดสอบถามสิ่งที่ญาติต้องการความช่วยเหลือ - ผู้วิจัยแสดงถึงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ญาติ - ผู้วิจัยให้ข้อมูลและแนะนำญาติเกี่ยวกับการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม - มอบคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติ คนละ 1 เล่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม (วิธีการให้ข้อมูล)
- เพื่อเตรียมความพร้อมญาติก่อนการเข้าเยี่ยม ส่งเสริมให้ญาติรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง	การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล: ในระยะก่อนการเข้าเยี่ยม ให้ข้อมูลก่อนการเยี่ยม เพื่อเตรียมความพร้อมญาติก่อนเยี่ยม โดยอธิบายกับญาติว่าขณะนี้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แพทย์พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และบุคลากรทุกคนเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค.....ขณะนี้มีอาการ.....อาการเปลี่ยนแปลง....แผนการดูแลรักษาคือ..... - สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ทางการแพทย์ ระเบียบวิธีปฏิบัติต่างๆ และลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้.....	- ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลและให้คำแนะนำ และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย
- เพื่อส่งเสริมให้การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง	การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล: ในระยะขณะเข้าเยี่ยม ให้ข้อมูลขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ญาติได้เห็นสภาพจริง อธิบายว่าขณะนี้มีอาการ.....อาการเปลี่ยนแปลง....แผนการดูแลรักษาคือ..... - สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้.....	- ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลและให้คำแนะนำ และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย - ผู้วิจัยพาญาติเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้เห็นสภาพจริง เพื่อกระตุ้นให้ญาติสนใจและส่งผลให้เข้าใจข้อมูลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม (วิธีการให้ข้อมูล)
- เพื่อให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ตรงตามความเป็นจริง	การสนับสนุนให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ญาติเป็นบุคคลสำคัญต่อการฟื้นฟูของ ผู้ป่วย เพราะญาติเป็นกำลังที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย ดังนั้นญาติควรให้ความสำคัญกับการมาเยี่ยมผู้ป่วย และญาติควรปฏิบัติตัวในการเยี่ยมผู้ป่วยดังนี้.....	- ผู้วิจัยแนะนำญาติเกี่ยวกับปฏิบัติตัวในการเยี่ยมผู้ป่วย และสนับสนุนการเยี่ยม และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย
- เพื่อให้ญาติมีโอกาสดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ตรงตามความเป็นจริง	การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและไม่ขัดต่อการรักษา ดังนี้ 1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การสังเกตอาการและรายงานอาการ การสอบถามความคืบหน้าเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทุกวันกับเจ้าหน้าที่และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ในสิ่งที่ญาติสังเกตเห็น.....ออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย เช่น ยกแขน ยกขาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็งเป็นต้น ทำได้โดย.... 2. การมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้า หวีผม การทาวาสลินที่ปาก การจัดทำและพลิกตะแคงตัว การนวด การสัมผัส ทำได้โดย.... 3. การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย สวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง การนำพวงมาลัยหรือสังฆทานมาให้ผู้ป่วยอธิษฐาน	- ผู้วิจัยแนะนำ สาธิตการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย - ผู้วิจัยสนับสนุน และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย - ผู้วิจัยช่วยเหลือ และให้กำลังใจ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม (วิธีการให้ข้อมูล)
- เพื่อส่งเสริมให้ ญาติรับรู้เหตุการณ์ การเจ็บป่วยตาม ความเป็นจริง -เพื่อให้ญาติ สามารถแสวงหา ระบบสนับสนุน เพื่อมาช่วยเหลือใน การเผชิญ ความเครียด	ก่อนที่จะนำไปถวายที่วัด การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล: ในระยหลังการเยี่ยม ภายหลังการเยี่ยม ประเมินการรับรู้ข้อมูลของ ญาติ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ญาติยัง สงสัยและไม่เข้าใจดังนี้.....เพื่อให้ญาติ เข้าใจและรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริงมากขึ้น การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทาง สังคม เป็นการช่วยเหลือให้ญาติสามารถแสวงหา ระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ โดยการ ช่วยเหลือจะต้องประเมินระบบสนับสนุนของญาติ ก่อนว่าเป็นอย่างไร แล้วจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบ สนับสนุนและวิธีการแสวงหาระบบสนับสนุน ดังนี้.....	- ผู้วิจัยใช้เทคนิคการ ให้ข้อมูลและให้ คำแนะนำ และเปิด โอกาสให้ญาติ ซักถามข้อสงสัยใน ประเด็นที่ญาติไม่ เข้าใจ - ผู้วิจัยใช้เทคนิคการ ให้ข้อมูลและให้ คำแนะนำเกี่ยวกับ การแสวงหาระบบ สนับสนุนทางสังคม

คู่มือ การจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

จัดทำโดย

นางสาวนิรมนต์ เหลาสุภาพ

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร. สุปรีดา มั่นคง

รศ.ดร. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม

คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับให้ญาตินำไปอ่านทบทวนเพื่อให้สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รายละเอียดเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของหอผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ สภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระเบียบวิธีปฏิบัติต่าง ๆ ความสำคัญของญาติ ความเครียดและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

หอผู้ป่วยวิกฤต

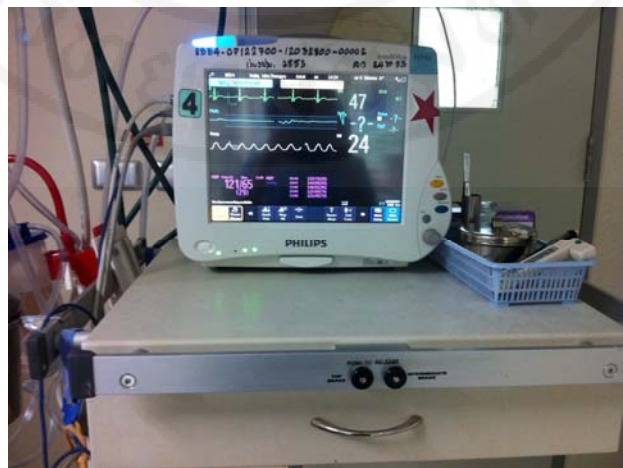
หอผู้ป่วยวิกฤต เป็นหน่วยงานที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังนั้น จึงต้องได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อน การสังเกตอาการ และดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาชีวิตของผู้ป่วย

ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่

ญาติของท่านจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาล 1 คน ให้การดูแลผู้ป่วย 1 - 2 คน มีพยาบาลและแพทย์คอยอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง และจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง

สภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ดังนี้
อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ประกอบด้วยเครื่องตรวจคลื่นหัวใจ วัดความดันโลหิตและเครื่องวัดระดับออกซิเจนในเลือด เป็นต้น ใช้เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย



ภาพที่ 1 แสดงจอมอนิเตอร์

อุปกรณ์ช่วยการหายใจ ได้แก่ ท่อช่วยหายใจ ที่ใส่ไว้ทางจมูก ปาก หรือที่เจาะคอ เพื่อเป็นทางให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก และเครื่องช่วยหายใจซึ่งต่อเข้ากับท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่ไม่สามารถหายใจเองได้หรือหายใจได้ไม่เพียงพอ เมื่อผู้ป่วยอาการสามารถหายใจเองได้เพียงพอ ก็จะได้รับ การถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจออก



ภาพที่ 2 แสดงเครื่องช่วยหายใจ

เครื่องดูดเสมหะ เมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ จะมีเสมหะในท่อหลอดลม จึงจำเป็นต้องดูดเสมหะเพื่อระบายเสมหะออกมา ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก และป้องกันเสมหะอุดตันในท่อทางเดินหายใจ

อุปกรณ์ที่สอดใส่ในร่างกายต่างๆ เช่นสายยางให้อาหาร จะใส่ไว้ทางจมูกหรือปากใส่เข้าไปในกระเพาะอาหาร สำหรับให้อาหาร น้ำ และยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้เพียงพอ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถรับประทานอาหารเองได้ดี ก็จะเอาสายออก สายสวนปัสสาวะ ใส่ไว้เพื่อระบายปัสสาวะ และการบันทึกจำนวนปัสสาวะ สายสวนเข้าเส้นเลือด เพื่อให้ น้ำเกลือและยา และสายระบายช่องอก เพื่อระบายเลือดหนอง น้ำและลมออกจากปอด เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นก็จะได้รับการถอดสายเหล่านี้ออก

ระเบียบวิธีปฏิบัติต่างๆ

หอผู้ป่วยวิกฤต อนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ตั้งแต่เวลา 11.00 - 20.00 ทุกวัน การเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน ครั้งละ 15 นาที ซึ่งถ้าหากญาติต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถแจ้งความประสงค์กับพยาบาลได้

ความสำคัญของญาติ

ญาติเป็นบุคคลสำคัญต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหนัก เพราะญาติเป็นกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย และรับรู้ถึงความห่วงใยของท่าน ดังนั้นญาติจึงควรปฏิบัติตัวในการเยี่ยมผู้ป่วย ดังนี้

- มาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ควรมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน
- ทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วยบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง และพูดคุยเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ
- ในขณะที่เยี่ยมนอกจากพูดคุยแล้ว ญาติควรสัมผัสผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การดูแลความสุขสบาย การเช็ดตัว เป็นต้น
- ในขณะที่เยี่ยมผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะคอยดูแลอยู่ใกล้ๆ ดังนั้นถ้าญาติมีข้อสงสัย สามารถซักถามได้ตลอดเวลา
- ในขณะที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติจะได้รับข้อมูล เกี่ยวกับโรค อาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาจากพยาบาลและแพทย์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าญาติยังไม่เข้าใจสามารถซักถามเพิ่มเติม และขอความกระจ่างได้

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

เมื่อญาติของท่านเกิดการเจ็บป่วยวิกฤต จะทำให้ท่านเกิดความเครียดขึ้น จากที่ท่านได้เห็นสภาพร่างกายของผู้ป่วยวิกฤต มีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายอย่าง มีการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะปอด การสอดใส่สายต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย การเจาะเลือด และการดูดเสมหะ ทำให้ท่านวิตกกังวล กลัวผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการจากการเจ็บป่วย และกลัวผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการตรวจรักษา และท่านต้องเจอกับสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังจากเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ความไม่คุ้นเคยเจ้าหน้าที่ กฎระเบียบต่างๆ และระยะเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งการสูญเสียรายได้ของครอบครัวและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ทำให้ต้องลางานหรือลาออกจากงาน

การจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ท่านเกิดความเครียด การที่ท่านจะจัดการกับความเครียดได้นั้น ท่านจะต้องได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและเพียงพอ มีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และมีการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

ทำอย่างไรท่านจึงจะได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและเพียงพอ

- ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดำเนินการของโรค อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจรักษา และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ อย่างต่อเนื่องจากพยาบาล ซึ่งถ้าท่านไม่เข้าใจ หรือต้องการซักถามเพิ่มเติมสามารถ สอบถามจากพยาบาล ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
- ถ้าท่านต้องการสอบถามอาการและพูดคุยกับแพทย์ สามารถแจ้งพยาบาลได้ หลังจากนั้นพยาบาลจะประสานงานในการนัดแพทย์ และจะแจ้งให้ท่านทราบ วัน เวลา สถานที่ ในการพบแพทย์
- ถ้าหลังจากพูดคุยกับแพทย์แล้วยังมีสิ่งที่ท่านยังไม่เข้าใจ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถซักถามและขอข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลผู้ที่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
- ถ้าพยาบาลหรือแพทย์ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ที่ท่านไม่เข้าใจ ท่านสามารถซักถาม และขอให้พยาบาลหรือแพทย์อธิบายข้อมูลนั้น ๆ ด้วยคำที่ สั้น กระชับ ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจของท่านได้
- การที่ท่านได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ท่าน เห็นสภาพของผู้ป่วยตามความเป็นจริง เห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้เข้าใจ ข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลมากขึ้น

ทำอย่างไรท่านจึงจะมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ

- ระบบสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ๆ ญาติของผู้ป่วยรายอื่น และบุคลากรทีมสุขภาพ
- ท่านควรขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย การช่วยกันรับผิดชอบภาระ การงานหรือธุระอื่น ๆ เพื่อให้ท่านสามารถมีเวลาในการดูแลตนเอง
- ถ้าท่านไม่สามารถจัดการภาระต่าง ๆ ในช่วงที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากพยาบาลได้

- เมื่อท่านต้องเผชิญกับความเครียด ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากระบบสนับสนุนนี้ได้ และควรยอมรับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงานญาติของผู้ป่วยรายอื่น หรือบุคลากรทีมสุขภาพ
- ถ้าท่านไม่ทราบว่าจะต้องติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลืออย่างไร หรือไม่ไม่สามารถแสวงหาระบบสนับสนุนได้ ให้ท่านขอคำปรึกษาจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพราะพยาบาลพร้อมที่จะช่วยเหลือท่าน

ทำอย่างไรท่านจึงจะใช้กลไกการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม

- เมื่อท่านมีความเครียด จะต้องทำความเข้าใจกับความเครียด สาเหตุของความเครียด และวางแผนร่วมกับพยาบาลในการจัดการกับความเครียด จึงจะสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ท่านควรขอคำปรึกษาหารือ และระบายความรู้สึก พร้อมทั้งยอมรับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน ญาติของผู้ป่วยรายอื่น หรือบุคลากรทีมสุขภาพ
- ไม่ควรเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ไม่ควรหลีกเลี่ยงปัญหา และไม่ควรรู้สึกล้มเหลว สิ้นหวัง หรือใช้สารเสพติดเพื่อระบายความเครียด
- ท่านควรมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ให้กำลังใจตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้
- มีการผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสมกับความชอบของท่าน เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การนั่งสมาธิ เป็นต้น
- ท่านควรหาเวลาในการพักผ่อนนอนหลับ อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งในบางครั้งท่านจะต้องขอความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ตนเองได้พักผ่อนบ้าง เพราะถ้าท่านไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ จะทำให้มีอาการเหนื่อยล้าซึ่งทำให้การเผชิญความเครียดได้ลดลง
- ท่านควรออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 20 – 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายสามารถทำได้หลายวิธีตามความถนัดของท่าน เช่น การเดิน แอโรบิก เล่นโยคะ รำมวยจีน กระโดดเชือก เป็นต้น การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง นอนหลับได้ดีขึ้น ลดอาการเครียดได้
- ท่านควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ครอบ 5 หมู่ และเป็นอาหารที่สะอาด และมีประโยชน์ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง สามารถที่จะเผชิญกับความเครียดได้

ภาคผนวก จ
การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)} = \frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ได้ค่าเฉลี่ย
ของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 2	=	0.94
ความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 3	=	1.00
ความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และ 3	=	0.94
รวม	=	2.88

ดังนั้นค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิของแบบวัดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต $2.88/3 = .96$

ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านดังนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

พย.บ. วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข) Ph.D. (Nursing)

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาวรุ่งทิพย์ พงษ์เจริญวรรณ

พย.บ. พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

นางสาวศิริพร ชิ่งถาวร

พย.บ. พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวนิรมนต์ เหลาสุภาพ

วัน เดือน ปีเกิด

28 เมษายน 2524

สถานที่เกิด

จังหวัดกาฬสินธุ์

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2543-2547

พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2555

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ที่อยู่ปัจจุบัน

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

131/5 ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล

เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

อาจารย์ระดับ 5

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Tel. 0-2241-6500 ต่อ 8210-11

Email: niramon-lh @kcn.ac.th

niramon-lh @hotmail.com