

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการลดความวิตกกังวล
ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ***
**The Effects of Family Participation Support Program on Anxiety of
Family Member in Caring of ICU Patients at a Tertiary Level Hospital**

อัจนราภรณ์ บุญเมือง**
ดร.วินัส ลีฟกุล***
ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 26 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักตามกรอบแนวคิดของตีวตันและเอเกอร์ (2003) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และแบบประเมินความวิตก

กังวลขณะเผชิญ STAI Form X-1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, t-test, Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยครั้งนี้ บ่งชี้ว่าควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งเป็นการขยายขอบเขตการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยวิกฤตและญาติ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว / ความวิตกกังวล / โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study The Effects of Family Participation Support Program on Anxiety of Family member in Caring of Intensive Care Unit Patients at a Tertiary Level Hospital in Phetchaburi Province. The research samples used in this study were 52 family members in Caring of ICU Patients. There were divided into the control group and the experimental group consisted of 26 cases in each group. The control group received routine care while the experimental group received the family participation support program based on the concept of family member participation in crisis care by Tutton & Ager (2003). Data were collected by using the family member participation assessment form and the anxiety STAI FormX-1. Data were analyzed by using descriptive statistics Chi-square test, t-test, Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test

The result revealed that at posttest, the mean score of participation in caring of the experimental group was better than those of the control group and pretest with statistical significance ($p < .05$). The mean score of anxiety of the experimental group at posttest was significantly lowered than those of the control group and pretest with statistical significance ($p < .05$). Conclusion and recommendation: The results of this study indicate that participation support of the families of the patients hospitalized in the ICU can reduce the anxiety of family members. In addition, it also expands the scope of nursing care to cover both critically ill patients and their relatives.

Keywords : Family Participation / Anxiety / Family Participation Support Program

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่หนึ่งของอวัยวะหรือระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังซึ่งมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2559) ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินอาการ รักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ (American Association of Critical Care Nurses, 2005) ทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

มีความวิตกกังวลในระดับสูง (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) หรือมีความเครียดในระดับสูง (Miracle, 2006) โดยเฉพาะในเวลา 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่มีโอกาสเตรียมตัวเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น หรืออาจได้เตรียมตัวในช่วงเวลาอันสั้น การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตมากกว่าร้อยละ 80 เป็นเหตุให้เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญภาวะเครียดอย่างมาก เนื่องจากความไม่แน่นอนของอาการที่เปลี่ยนแปลงไป (Bond et al, 2003) ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล คับข้องใจ ไม่ทราบเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไป เกิดความไม่มั่นใจกับผลของการเจ็บป่วยการที่มีบุคคลคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักย่อมทำให้บุคคลอื่นในครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการของของผู้ป่วยอีกทั้งต้องพบกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งไม่คุ้นเคยและเป็นสถานการณ์ที่วุ่นวายได้แก่ อาการของผู้ป่วยภาวะวิกฤตรายอื่น การใช้อุปกรณ์

และเครื่องมือทางการแพทย์ต่างในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องประเณการทำงานของระบบ ไทลเวียนโลทิต และการคายาสต่างๆ ไว้กับตัวผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้ง เลียงหรือสัญญาณไฟต่างจากเครื่องมือที่ทำงานตลอดเวลา (Ciampone, Goncalves, Mania, & Padiha, 2007)

จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยหนักพบว่า เมื่อแรกรับผู้ป่วยพยาบาลมุ่งเน้น ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นสำคัญและให้ญาติรออยู่นอกห้องผู้ป่วย พยาบาลมักจะให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเป็นอันดับแรกจึงอาจทำให้ขาดความตระหนักในการตอบสนองความต้องการของญาติ การเจ็บป่วยวิกฤตยังส่งผลกระทบต่อญาติมากขึ้นในครอบครัวที่ผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด (วรุณี บัวมีฐูป, 2551; McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010) ในช่วงนี้ญาติจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ เพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤตด้านจิตใจให้เร็วที่สุดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณในการเผชิญกับความทุกข์ ความกระวนกระวายใจและสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาของผู้ป่วย บทบาทหนึ่งที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ก็คือการลดผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการให้การดูแลแบบองค์รวมใช้รูปแบบการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care) ซึ่งเป็นการดูแลในลักษณะที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ลักษณะที่พัฒนามาจากงานวิจัยของทิตตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) คือ 1) การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Facilitation) ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Partnership) 3) การทำความเข้าใจสมาชิก ครอบครัวในเรื่องความรู้สึก

และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Understanding the person) และ 4) การดูแลด้านอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว (Emotional labour) ด้วยการประเณความรู้สึกและความเข้าใจในผลการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลงและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งลักษณะสำคัญของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวทั้ง 4 ประการนี้ เชื่อว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในระบบบริการด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

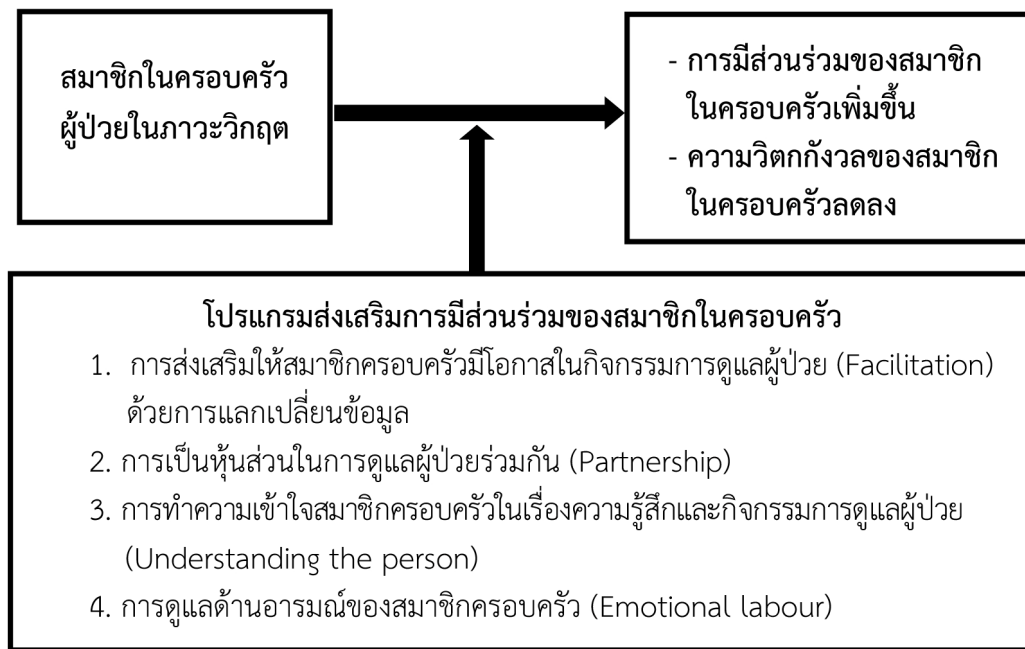
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ
2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง และมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวความคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัยประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ลักษณะของทิวตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest research design) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 20-60 ปี ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตในฐานะ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง คนรัก หรือบุคคลสำคัญในชีวิตซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ power analysis โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) และได้ค่า Effectsize = 0.7 เมื่อเปิดตารางจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย

และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และไม่เคยมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักมาก่อนเนื่องจากมีข้อจำกัดของสถานที่ภายในหอผู้ป่วยเพราะเตียงผู้ป่วยวิกฤตอยู่ใกล้กัน จึงเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling) โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ จึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ด้าน ของทิวตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทการหารายได้ในครอบครัว การเจ็บป่วยที่ต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล

2.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ไม่รวมการเจ็บป่วยครั้งนี้

2.2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากงานวิจัยของรัชนี้ หลงสวัสดิ์ และคณะ (2554) ในงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ด้าน ของทิตตันและเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) ลักษณะข้อคำถามจะครอบคลุมในเรื่องของการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ และการประเมินผลการดูแลรักษา ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้แต่ละส่วนมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีการแบ่งคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยรวม เป็น 3 ช่วง คือระดับน้อย (18-42 คะแนน) ระดับปานกลาง (43-67 คะแนน) และระดับมาก (68-90 คะแนน) ได้ค่า CVI.=0.83 และ IOC=0.6-1.0 ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.884

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้เครื่องมือแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ STAI Form X-1 ของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, C. D., 1972) แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี, สายฤดีวรวิจิตร และมาลี นิสสัยสุข (2531) ประกอบด้วย คำถาม 20 ข้อ เป็นความรู้สึกบวก 10 ข้อ และเป็นความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ มีการแบ่งคะแนนความวิตกกังวลเป็น 3 ช่วง คือระดับต่ำ (20-40) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และระดับสูง (61-80 คะแนน) ได้ค่า CVI=1 และ IOC=0.6-1.0

ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.919

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน (เลขที่ น.19/2559) และจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (เอกสารหมายเลข 6/2560) เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ความร่วมมือเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการพยาบาลที่ได้รับ และมีสิทธิออกจากการวิจัยได้ ข้อมูลที่ในการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมที่มีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคมถึง เดือนกันยายน 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย และดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียน และจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และดำเนินการเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ภายหลังได้รับอนุญาตในการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

- 2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งวิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อยินดีเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงลายมือชื่อในแบบแสดง

ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินระดับความวิตกกังวล

2.2 ขั้นตอนดำเนินการทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลและดูแลตามปกติตามนโยบายของโรงพยาบาล

2.2.2 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยพัฒนามาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 4 ลักษณะของตัวต้นและเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Facilitation) ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Partnership) 3) การทำความเข้าใจสมาชิกครอบครัวในเรื่องความรู้สึกและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Understanding the person) และ 4) การดูแลด้านอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว (Emotional labour) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเรียนรู้และดูแลผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมและช่วยเหลือการปฏิบัติกิจกรรมโดยคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการของครอบครัวมีแผนกิจกรรมประกอบด้วยแผนการให้ข้อมูลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะเวลา 4-5 วัน วันละ 1 ครั้งในช่วงกลางวัน (12.00-13.00น.) หรือเย็น (18.00-19.00 น.) ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที โดยมีสื่อประกอบด้วยสื่อแผ่นพับคำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลหอผู้ป่วยหนักสื่อแผ่นพับเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและคู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเมื่อผู้ป่วยวิกฤตเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ ระเบียบการเยี่ยม การเตรียมของใช้ผู้ป่วย อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยในขณะที่รับการรักษา การเปลี่ยนแปลงของอาการ แผนการดูแลรักษา ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ญาติผู้ป่วยพบแพทย์เจ้าของไข้

รวมทั้งบทบาทของญาติในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และระบายความรู้สึก

2.2.3 ติดตามประเมินผลในวันที่ 4-5 โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินระดับความวิตกกังวล พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มหากมีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS23 ดังนี้

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปโดยสถิติไคสแควร์ทดสอบ

การแจกแจงของข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และการวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งแบบไม่ปกติ เปรียบเทียบข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และการวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ก่อน-หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งแบบไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เปรียบเทียบข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และการวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งแบบไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 25.73 และ 25.88 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 47.38 และ 65.42 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 25.73 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 47.38 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 25.88 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 65.42 วิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มควบคุม และก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวล กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 38.46 และระดับปานกลางร้อยละ 61.53 และกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 7.69 ระดับปานกลางร้อยละ 80.76 และระดับต่ำร้อยละ 11.53 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามรายด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n=52$)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	กลุ่มควบคุม		กลุ่ม ทดลอง		Z*	p- value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมี โอกาสในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Facilitation)						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.42	0.94	6.23	1.27	-0.34	.73
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.76	1.14	14.50	3.06	-3.89	.00
Z**	-4.50		-4.47			
p-value	.00		.00			
การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกัน (Partnership)						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.30	1.71	6.11	1.65	-1.10	.27
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10.92	1.57	16.57	3.76	-5.54	.00
Z**	-4.47		-4.47			
p-value	.00		.00			

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีส่วนร่วมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามรายด้านการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ก่อนและหลังเข้าร่วม
โปรแกรม (n=52) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยวิกฤต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Z*	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การทำความเข้าใจสมาชิกครอบครัว ในเรื่องความรู้สึกและกิจกรรมการ ดูแลผู้ป่วย (Understanding the person)						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-	10.38	1.76	10.5		-1.26	.20
หลังเข้าร่วมโปรแกรมZ** p-	19.30	1.34	1.24		-5.91	.00
value	-4.47		25.69	3.42		
	.00		-4.46			
การดูแลด้านอารมณ์ของสมาชิก ครอบครัว (Emotional labour)						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-	2.61	0.94	3.0	0.89	-1.63	.10
หลังเข้าร่วมโปรแกรมZ** p-	5.38	0.75	8.65	1.09	-6.31	.00
value	-4.50		-4.48			
	.00		.00			
การมีส่วนร่วมโดยรวม						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-	25.73	4.59	25.73	3.50	-.67	.50
หลังเข้าร่วมโปรแกรมZ** p-	47.38	3.47	65.42	9.79	-5.72	.00
value	-4.46		-4.46			
	.00		.00			

* = Mann-Whitney U test

** = Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=52)

ความวิตกกังวลของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Z*	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	$\bar{X}$ =69.42, S.D.=3.08		$\bar{X}$ =69.65, S.D.=4.39		-0.64	.26
- ระดับต่ำ	0	0.00	0	0.00		
- ระดับปานกลาง	0	0.00	0	0.00		
- ระดับสูง	26	100	26	100		
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	$\bar{X}$ =57.73, S.D.=6.14		$\bar{X}$ = 52.73 , S.D.=7.29		-1.87	.03
- ระดับต่ำ	0	0.00	3	11.53		
- ระดับปานกลาง	16	61.53	21	80.76		
- ระดับสูง	10	38.46	2	7.69		
Z**	-4.46		-4.46			
P-value	.00		.00			

* = Mann-Whitney U test

** = Wilcoxon signed-rank test

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

การใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน 4 ลักษณะของทิวตัน และเอเกอร์ (Tutton & Ager, 2003) ดังนี้ 1) การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสใน

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Facilitation) ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Partnership) 3) การทำความเข้าใจสมาชิกครอบครัวในเรื่องความรู้สึกและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Understanding the person) และ 4) การดูแลด้านอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว (Emotional labour) มีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลของพยาบาลในภาวะวิกฤตมากขึ้น จากการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นจากเดิม เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงวิกฤตของชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 25.73 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 47.38 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 100 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 100 เนื่องจากโดยปกติทาง
หน่วยงานของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีการให้ข้อมูลกับ
ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการเปลี่ยนแปลง
กับญาติผู้ป่วยในช่วงเวลาเยี่ยมอยู่แล้ว ส่วนในกลุ่มทดลอง
คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
เท่ากับ 25.88 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้นเป็น
65.42 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนการมีส่วนร่วมโดย
รวมอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 100 ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรม
คะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ
69.23 และระดับมากร้อยละ 30.76 เมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่าด้านการเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และ
ด้านการทำความเข้าใจสมาชิกครอบครัวในเรื่องความรู้สึก
และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองมีคะแนนการ
มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นสูงมากกว่าด้านอื่นและมากกว่ากลุ่ม
ควบคุม เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ
สมาชิกในครอบครัวมีการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยในด้าน
กิจกรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยระหว่าง
ญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล การเลือกวิธีการ
การรักษา รวมไปถึงการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย
ซึ่งถือเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว
และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล

ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ
เวเฮส และคณะ (Verhaeghe, Defloor, VanZuuren,
Duijnste & Grypdonck, 2005) ที่ศึกษาความต้องการ
และประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า
ครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยเพราะต้องการทำสิ่งดีๆ ให้แก่
ผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย
ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากหรือน้อย
เพียงใด ในขณะที่วิลเลียม (Williams, 2005) ได้ศึกษา
การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักของสมาชิกครอบครัว พบว่า
สมาชิกครอบครัวเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว
ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายนั้นเป็นวิธีการที่
ทำให้ได้ติดต่อเพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย อีกทั้งยัง
เป็นสิทธิของสมาชิกครอบครัวที่จะสามารถมีส่วนร่วมใน
การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การศึกษา
ครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการ
ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ใกล้ชิดผูกพันกันในหอผู้ป่วยหนัก
ของแวนฮอร์นและคอตซ์ (Van Horn & Kautz, 2007)

พบว่าการไม่จำกัดเวลาเยี่ยมทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน
ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัว
มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ขณะเดียวกันยังส่งเสริม
ให้เกิดการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลกับสมาชิก
ครอบครัว และลดข้อร้องเรียนจากสมาชิกครอบครัว และ
โปรแกรมนี้ยังเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมี
ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายและ
ไม่ขัดต่อแผนการรักษา ในด้านการรักษาและป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนดูแลความสุขสบาย และการดูแลด้านจิตใจและ
จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยต้องการและไม่ขัดต่อแผน
การรักษา และยังมีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เปิดโอกาส
ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึก สนับสนุน
ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำตามความต้องการของสมาชิก
ในครอบครัวผู้ป่วย จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการมี
ส่วนร่วมเพิ่มขึ้นสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมการแสดงบทบาท
ในการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่
มีทัศนคติที่ดี เพราะคิดว่าทำให้ใช้เวลาในการอธิบายหรือ
แนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยลดลง ทำให้มีเวลาในการสอน
การให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัยแก่สมาชิกครอบครัว
เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว
และผู้ป่วยลดลง และช่วยลดความผิดพลาดทางการพยาบาล
(Powers et al., 2000) ในขณะที่ซิมส์ และมิราเคิล (Sims
& Miracle, 2006) พบว่าทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีชีวิต
กังวลและความห่วงใยสมาชิกครอบครัวลดลง อีกทั้งทำให้
ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย รับรู้ว่ามีสมาชิกครอบครัวมีความรัก
ใคร่และทำให้รู้สึกปลอดภัย และการมีส่วนร่วมในการดูแล
ของครอบครัวยังขึ้นกับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก
ครอบครัวกับผู้ป่วยด้วย (Beckstrand, Callister &
Kirchhoff, 2006)

ดังนั้นพยาบาลควรเปิดโอกาสและส่งเสริมการมี
ส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือ
เป็นการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล
(Family-centered Care) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็น
การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
และจิตวิญญาณ โดยมีความเชื่อว่าสมาชิกภายในครอบครัว
หรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นบุคคล
สำคัญที่จะสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูล ให้กำลังใจผู้ป่วย และ
เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต

2. สำหรับความวิตกกังวลผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความวิตกกังวลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยภายในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 69.42 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเป็น 57.73 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 38.46 และคะแนนวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.53 ส่วนในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 69.65 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเป็น 52.73 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 100 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมแต่เมื่อพิจารณาระดับความวิตกกังวลพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงมีจำนวนลดลง คิดเป็นร้อยละ 7.69 คะแนนวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 80.76 แต่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำเพิ่มขึ้นมา คิดเป็นร้อยละ 11.53 ซึ่งไม่พบว่ามีคะแนนความวิตกกังวลระดับต่ำภายในกลุ่มควบคุม ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เมื่อพิจารณารายข้อจากการแบบประเมินวัดความวิตกกังวลพบว่ามีความถ่วงน้ำหนักสูงขึ้น 5 ข้อแรกคือ ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ และข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส แต่มีความถ่วงน้ำหนักต่ำคือข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับสิ่งเลวร้ายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ยังมีคะแนนความวิตกกังวลสูงอยู่ เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิ์ หลงสวัสดิ์ และคณะ (2554) พบว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ($p > .05$) การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ วรรณพฤษ, ธีรนุช ห่านิรติชัย และสุริพร ธนศิลป์ (2556) ทำวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลของครอบครัวภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของพรพีไล บัวลำอังก์ และคณะ (2557) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิรมนต์ เหลาสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2554) ทำวิจัยถึงทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อการลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร รัตนปรีชากุล (2555) ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการจัดการรูปแบบการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า การจัดการรูปแบบการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ การให้ความรู้ และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประสานการดูแล และความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการจัดการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวลดลง ดังนั้นบทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตควรให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤตร่วมด้วย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตดังกล่าวควรเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวลดความวิตกกังวลลง และทำให้มีพลังใจในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถผ่านภาวะวิกฤตได้

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหารพยาบาลผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำผลงานวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดความวิตก

กังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤต ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการขยายขอบเขตการพยาบาลให้ครอบคลุมความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการขยายผลการศึกษาในหน่วยงานอื่นและโรงพยาบาลอื่นที่มีความแตกต่าง มีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งทำการวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลที่ยืนยันผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ชัดเจน

4. ด้านการศึกษา นำไปพัฒนาการเรียนการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลผสมผสานการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญและประโยชน์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาในหน่วยงานอื่นและโรงพยาบาลอื่นที่มีความแตกต่าง มีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งทำการวิจัยเชิงทดลองและการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลที่ยืนยันผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcomes) ที่ชัดเจน
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยของความวิตกกังวลของญาติเป็นระยะในขณะที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อที่จะนำมาสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นิรมนต์ เหลาสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ. *รามาชิตีวารสาร*. 20(1), 67-81.
- เบญจพร รัตนปริชากุล. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. นครปฐม.
- พรพิไล บัวลำอังก, วรินทร์ บินโฮเซ็น และน้ำอ้อย รักติวงศ์. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 32(4), 76-84.
- รัชนี้ หลงสวัสดิ์, สุภาภรณ์ ดวงแพง, และเขมมาดี มาสิงบุญ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วารุณี บัวมีรูป. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุจิตรา ลีมนานวยลาภ, และชวนพิศ ทำนอง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 9. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนันทวิทยา.
- สุดารัตน์ ควระพฤษ, ธีรนุช ห่านิตติชัย, และสุริพร ธนศิลป์. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว. *พยาบาลสาร*. 41(1), 96-108.
- American Association of CriticalCare Nurses. (2005). *Procedure manual for critical care*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "good death": Critical care nurses, suggestions for improving end-of-life care. *American journal of critical care*. 15(1), 38-45.
- Bond, A.E. and other. (2003). Need of Family Members of Patients with Severe Traumatic Brain Injury Implications for Evidence-Based Practice. *Critical Care Nurse*. 23(4), 63-72.
- Ciampone, J. T., Goncalves, L. A., Maia, F., & Padiha, K. G. (2007). Nursing care need and therapeutics interventions in intensive care unit: A comparative study among elderly and non-elderly patients. *Actapaulenferm*. 19(1), 28-35.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nded.. USA: Lawrence.
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. A. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*. 38(4), 1078-1085.
- Miracle, V. A. (2006). Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 25(3), 121-125.

- Powers, P. H., Goldstein, C., Plank, G., Thomas, K., & Conkright, L. (2000). The value of patient and family-centered care: One hospital, s innovative strategy for involving patients and families in care decisions. *American Journal of Nursing*. 100(5), 84-89.
- Spielberger, C. D., 1972. Anxiety as emotional state. In D. C. Spielberger, (ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*. pp. 23-49. New York: Academic press.
- Sims. J. M., & Miracle, V. A. (2006). A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 25(4), 175-180.
- Tracy J., Fowler, S., & Magarelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied Nursing Research*. 12(3), 121-127.
- Tutton, A., & Ager, L. (2003). Frail older people: Participation in care. *Nursing Older people*. 15(8), 18-22.
- Van Horn, E. R., & Kautz, D. (2007). Promotion of family integrity in the acute care setting: A review of the literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 26(3), 101-109.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V. Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. (14), 501-509.
- William, C. M. (2005). The identification of family members, contribution to patients, care in the intensive care unit: A naturalistic inquiry. *British Association of Critical Care Nurses*. 10(1), 6-14.

