ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

Effect of Individual Supportive Psychotherapy on Stress in Family Members of Surgical Intensive Care Unit Patients

จุรานุช จอมโคกสูง*[1] ชนัดดา แนบเกษร[2] จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส**[2]**

Juranud Jomkoksung*[1] Chanudda Nabkasorn[2] Jinjutha Chaisena Dallas**[2]**

[1]ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

[1]Somdech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี ประเทศไทย 20130

[2]Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri, Thailand 20130

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ใน 5 วัน ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลสามารถลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรประยุกต์รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลนี้ไปใช้เพื่อลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ความเครียด สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

Corresponding Author : *E-mail chanuddan@yahoo.com

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master of Nursing Science Student, Major: Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** Assist. Prof. Dr., Major: Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of individual Supportive psychotherapy on stress in family members of surgical intensive care unit patients. The sample included twenty family members of crisis patients from surgical intensive care unit patients in Ramathibodi hospital who met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned into the experimental and control group, 10 for each group. The experimental group received individual supportive psychotherapy for 5 sessions within 5 days and each session took about 60 to 90 minutes. Whereas those in the control group received only routine nursing care. The stress in family members of crisis patients questionnaire was used to collect data at pretest and posttest. Descriptive statistics, independent t-test and pair t-test were employed for data analysis.

Study results revealed that experimental group had significantly lower mean scores of stress at posttest than that of control group ($p < .001$). In experimental group, there was significantly lower mean score of stress at posttest than pretest ($p < .001$).

From the results, it showed that the individual supportive psychotherapy could reduce stress among family members of surgical intensive care unit patients. Therefore, nurses and related health personnel could apply this individual supportive psychotherapy in order to reduce stress among family members of crisis patients in other intensive care unit patients.

Keywords: Individual Supportive Psychotherapy, Stress, Family Members of Surgical Intensive Care Unit Patients

บทนำ

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต (Crisis illness) เป็นอาการแสดงของสภาวะร่างกายที่เกิดจากการเสียความสมดุล การเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญ การกำเริบของรอยโรคเดิม หรือเกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป มีอาการซับซ้อนไม่คงที่และยากต่อการปรับตัว ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงในที่สุด[1] ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน

มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือทุพลภาพ จึงต้องมีการพึ่งพาเครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลอย่างใกล้ชิด มีหน่วยงานพิเศษรองรับผู้ป่วยและมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง[2] การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นภาวะคุกคามและอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย นอกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแล้ว บุคคลในครอบครัวก็เป็นบุคคลสำคัญโดยตรงที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเช่นกัน ผลกระทบของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต ครอบครัวจะเผชิญกับความรู้สึกกลัว วิตกกังวลสูง โกรธ เศร้าเสียใจ รู้สึกผิด คับข้องใจ และมีความหวัง สถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหนือความคาดหมาย คุกคามต่ออัตมโนทัศน์ (Self-concept) และไม่สามารถจัดการด้วยกลไกการจัดการ (Coping mechanism) ตามปกติได้ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและความกดดัน เกิดภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์เป็นสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว โดยปกติการปรับตัวในระยะวิกฤตให้เกิดภาวะสมดุลจะใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ ในขณะเดียวกันหากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตได้[3]

จากการศึกษาความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 1-4 วันแรก และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเครียดสูง และความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น[4] ซึ่งระยะการเกิดภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวสามารถเกิดขึ้นได้ภายใน 1-2 วันหลังได้รับข่าวการเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย[5] สมาชิกครอบครัวจึงมีความเครียดสูง จะเห็นได้ว่าความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องได้

รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนไม่ต่างกับการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ตามแนวคิดความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[12] พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีการประเมินความต้องการ กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่โดยผ่านกระบวนการรู้สึกนึกคิด หากพบว่าเกิดความไม่สมดุลจะมีการค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อเข้ามาช่วยจัดการความเครียด[6] ดังนั้นการค้นหาความต้องการและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีแหล่งประโยชน์เพียงพอต่อการประคับประคองจิตใจและเผชิญความเครียด[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านต่าง ๆ คือ

1) ด้านข้อมูล 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านการปรับตัว 4) ด้านการช่วยเหลือครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม[2,7] ซึ่งในการเผชิญสถานการณ์ความเครียด สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะค้นหาความต้องการของตนเอง และใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ หากพบว่าไม่เพียงพอจะมีการค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อเข้ามาจัดการความเครียด โดยพยาบาลจัดว่าเป็นแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมที่สำคัญ ในการตอบสนองความต้องการและให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาวิธีการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมาพบว่าได้มีการพัฒนาวิธีการจัดการกับความเครียด การปรับตัวและการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้โปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือ หลังได้รับโปรแกรมสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเครียดลดลงแต่ความเครียดยังคงอยู่ในระดับปานกลาง-สูง8 และจากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสะท้อนถึงความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย (Uncertainty) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจิตใจ (Suffering) การสับสนกับทางเลือกในการเผชิญภาวะวิกฤต ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานและกลัวการสูญเสีย (Loss) ความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยจากการปรับเปลี่ยนบทบาทและการดำเนินชีวิตในครอบครัว (Insecurity)[9] การไม่กล้าสอบถามอาการของผู้ป่วย รวมทั้งข้อจำกัดในการเยี่ยมผู้ป่วย ส่งผลให้ความวิตกกังวลสูงขึ้นทำให้การรับรู้ข้อมูลบิดเบือนไปจากความจริง[10] ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความหวาดหวั่น กระวนกระวาย และเกิดความเครียด จะเห็นได้ว่าการพัฒนาวิธีการดูแลดังกล่าวยังไม่ได้เน้นกระบวนการการเข้าถึงปรากฏการณ์ความทุกข์ภายในจิตใจ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องการกระบวนการบำบัดที่เน้นการเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกและความคิด เพื่อประคับประคอง บรรเทาความเครียดและความรู้สึกทุกข์ในจิตใจ

จิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของคาร์ล โรเจอร์[11] เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความยอมรับและความเข้าใจ โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่จริงใจของผู้บำบัดที่มีต่อผู้รับการบำบัด ซึ่งผู้ให้การบำบัดจะสะท้อนกลับความรู้สึกแก่ผู้รับการบำบัด และไม่ชี้นำผู้รับการบำบัด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการรับรู้ตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง และขจัดปัญหาด้านจิตใจได้ด้วยตนเอง[11] จากการศึกษาการลดความเครียดโดยวิธีให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในญาติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าวิธีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางสามารถลดความเครียดได้[17]

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความเครียดและให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถกลับสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล ภายใต้กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งเน้นการสนทนาและบำบัดช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความเข้าใจตนเอง กล้าเผชิญหน้ากับความจริง ลดความรู้สึกปกป้องตนเอง มีความยืดหยุ่นเรียนรู้ที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัว ซึ่งกระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกปลอดภัย ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก อันนำไปสู่การบรรเทาความทุกข์ในด้านอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์ความเครียดบนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ความเครียดในจิตใจลดลง

คำถามการวิจัย

จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลสามารถลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2561

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้แนวคิดความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[12] ร่วมกับจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของคาร์ล โรเจอร์ส[11]

ตามแนวคิดความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[12] สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการรับรู้ โดยจะประเมินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์วิกฤต หากมีผลคุกคามต่อความรู้สึกของตนเองส่งผลให้เกิดความเครียด บุคคลจะค้นหาทางออกและหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตนเอง หากพบว่าเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ บุคคลจะค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเข้ามาให้การช่วยเหลือ ซึ่งการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต มุ่งเน้นการช่วยเหลือและแก้ปัญหาทางด้านจิตใจให้กลับสู่ภาวะสมดุล โดยให้การช่วยเหลือในระยะสั้นและในขณะปัจจุบัน ซึ่งการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1-6 ครั้ง เพื่อลดความรุนแรงของความเครียดทางอารมณ์ และช่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษานี้ผู้วิจัยทำการบำบัดรายบุคคล โดยมีพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมที่เข้ามาให้การดูแลแบบจิตบำบัดประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการและให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของคาร์ล โรเจอร์ส[11] มีหลักการ คือ ให้ความสำคัญที่ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual) ทุกคนมีศักยภาพในการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นได้ (Self-actualization) โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่จริงใจของผู้บำบัดที่มีต่อผู้รับการบำบัด (Congruence) ให้ผู้รับการบำบัดใช้ความสามารถที่แฝงเร้นอยู่ ซึ่งผู้ให้การบำบัดให้ความสำคัญและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) ให้การยอมรับแบบไม่มีข้อจำกัด (Unconditional positive regard) โดยผู้ให้การบำบัดเป็นผู้ช่วยสะท้อนกลับ (Reflect) ให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าตนเองคิดอะไร รู้สึกอะไร และช่วยให้มีความเข้าใจในสิ่งที่ตนเองคิด สิ่งที่ตนเองรู้สึก ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดยอมรับตนเองและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล โดยเน้นการสนทนาและการบำบัดช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน และ 5 กิจกรรมบำบัด ซึ่งรูปแบบการบำบัดใช้ระยะเวลา 5 ครั้งต่อเนื่องกัน ดำเนินกิจกรรมบำบัดวันละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยให้โปรแกรมภายใน 1-5 วันแรกที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคองจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกปลอดภัย กล้าพูดระบายอารมณ์ความรู้สึก ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ในจิตใจได้เบาบางลง มีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์ความเครียดบนพื้นฐานของความเป็นจริง และส่งผลให้ความเครียดในจิตใจลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 228 ครอบครัว (จากสถิติย้อนหลังเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาครอบครัวละ 1 คน ถ้าในครอบครัวมีสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสมัครใจเข้าร่วมมากกว่า 1 คน ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตัดสินใจคัดเลือกตัวแทนของครอบครัวจำนวน 1 คน เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยวิกฤตทางกฎหมาย หรือทางสายเลือด อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษา จำนวนทั้งหมด 20 คน โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Random assignment)

2) มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป หรือมีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 1.01 คะแนนขึ้นไป

3) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้

โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 5 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างทำการวิจัยผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต และขอถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต

1.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

1.2 แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของนิรมนต์ เหลาสุภาพ[8] ซึ่งได้ปรับปรุงพัฒนารูปแบบของแบบวัดตามแนวคิดความเครียดของลาซาลัสและโฟล์คแมน[12] ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้มีความกระชับง่ายต่อความเข้าใจ เหมาะสมกับสภาวะความเครียดที่กำลังเผชิญ แล้วนำแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณา และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.94 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94 เครื่องมือชุดนี้ ประกอบด้วย

ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 50 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย 2) ความเครียดด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 3) ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม 4) ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณ 4 ค่า (Rating scale) โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่งคะแนนที่ได้นำมาพิจารณาความเครียด (โดยรวม) และความเครียดแต่ละด้านแยกจากกัน โดยรวมคะแนนทั้งหมดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยความเครียด และประเมินค่าคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์[8] ในการแบ่งระดับความเครียด ได้แก่ ความเครียดระดับเล็กน้อย มีค่าคะแนนระหว่าง 0.01-1.00, ความเครียดระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง 1.01-2.00 และความเครียดระดับมาก มีค่าคะแนนระหว่าง 2.01-3.00 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้นำรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการพิจารณาเช่นเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ภาษา วิธีการดำเนินการก่อนนำไปทดลองในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับ บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01-05-2560 วันที่ 3 กรกฎาคม 2560 และผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส ID 08-60-51 ว วันที่ 2 ตุลาคม 2560 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยอย่างใดทั้งสิ้น นอกจากนี้ข้อมูลที่รวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงผู้ให้ข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกทำลายหลังได้มีการนำเสนอผลการวิจัยเรียบร้อย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 หลังจากโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรม ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม แนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

1.2 เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย จัดห้องสำหรับการบำบัดภายในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

1.3 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมตนเอง โดยฝึกทักษะการบำบัดจากการเรียน และการปฏิบัติงานประจำ

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม มีประสบการณ์การในการทำงานมาแล้วมากกว่า 2 ปี

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มต้นทำการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด (pre-test) ก่อนการทดลอง และผู้วิจัยดำเนินการทดลองดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) ระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย” เพื่อให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย (60-90 นาที)

ขั้นตอนที่ 2) ระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” เพื่อให้กล้าเปิดเผยตนเอง ได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก รับรู้ความรู้สึกของตนเอง รับรู้สถานการณ์ที่เกิดตามความเป็นจริง (60-90 นาที)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 คือ “นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” เพื่อลดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการได้เผชิญกับความเป็นจริง (60-90 นาที)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 คือ “สร้างกำลังใจ” เพื่อสร้างพลังกำลังใจให้กับครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์วิกฤตร่วมกัน รับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง (60-90 นาที)

ขั้นตอนที่ 3) ระยะสิ้นสุด : การยุติการบำบัด

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 คือ “ยุติการบำบัด” เพื่อให้สำรวจของตนเอง ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เตรียมความพร้อมสภาวะจิตใจ สร้างกำลังใจ และมีความหวังตามความเป็นจริง (60-90 นาที)

รวมทั้งได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมด้วย และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด (post-test)

2.2 กลุ่มควบคุม ก่อนเริ่มต้นทำการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด (pre-test) ก่อนการทดลอง และได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในแต่ละ

วัน รวม 5 วันต่อเนื่องกัน ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา สิทธิการรักษา กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อญาติในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้กำลังใจต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะตามสถานการณ์เป็นรายกรณีไป หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด (post-test) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดแต่ละข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมและแต่ละด้านระหว่างก่อนและหลังได้รับจิตบำบัดแบบประคับประคองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) และถ้าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับจิตบำบัดแบบประคับประคองในกลุ่มทดลองและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรค และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{18} = -.905$, $p = .377$) และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{18} = 5.505$, $p = <.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ระยะการทดลอง	จำนวน	M	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10	1.54	.43	-.905	18	.377
กลุ่มควบคุม	10	1.39	.27			
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที						
กลุ่มทดลอง	10	.29	.17	5.505	18	<.001**
กลุ่มควบคุม	10	.84	.26			

**p < .001

4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t18 = -5.176, p = <.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง						p-value
	M	SD	M	SD	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	t	df	
กลุ่มทดลอง (n = 10)	1.54	.43	.29	.17	1.25	.33	-5.176	18	<.001**
กลุ่มควบคุม (n = 10)	1.39	.27	.84	.26	.55	.26			

** p < .001

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมและแต่ละด้านของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilks พบว่าความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และความเครียด (โดยรวม) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test สำหรับความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t9 = 13.619, p = <.001), (t9 =11.402, p = <.001), (z9 = -2.810, p = <.01), (t9 = 7.216, p = <.001) ตามลำดับ และความเครียด (โดยรวม) มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t9 = 11.854, p = <.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเครียดในแต่ละด้านและโดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย	1.75	0.41	0.31	0.18	13.619	9	<.001**
ด้านจิตใจ	1.79	0.39	0.37	0.21	11.402	9	<.001**
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.82	0.68	0.11	0.25	-2.810+	9	<.01*
ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	1.58	0.65	0.38	0.42	7.216	9	<.001**
ความเครียด (โดยรวม)	1.54	0.43	0.29	0.17	11.854	9	<.001**

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถอภิปรายผลได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบนี้ขึ้นตามตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของคาร์ล โรเจอร์ส[11] เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับรู้ เข้าใจ ความรู้สึกของตนเอง รับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเอง และใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ความเป็นจริง

รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและสร้างความคุ้นเคย เป็นกิจกรรมการสนทนาเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ และผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และความเชื่อมั่นในการเก็บรักษาความลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งต่อระดับความหวัง ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ พบว่าการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความเอาใจใส่ และท่าทีที่เป็นมิตร ก่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และส่งผลดีต่อการสร้างสัมพันธภาพในระยะต่อไป[14] ในขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการบำบัด กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมการสนทนาโดยเปิดโอกาสให้เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ให้สำรวจตนเอง และระบายความรู้สึก ส่งผลให้มีความเชื่อใจและกล้าเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น[13] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า การได้สนทนา และการแสดงออกถึงความปรารถนาดี ช่วยให้เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดใจ ส่งผลให้ความเครียดลดลงและมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น[15] ถัดมากิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 ผู้วิจัยได้นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยขณะเยี่ยมผู้วิจัยคอยให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด คอยรับฟังอย่างเข้าใจ ส่งผลให้ลดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ได้เผชิญหน้ากับความจริง จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความเครียดรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนความเครียดลดลงมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ข้อที่ 1 ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อที่ 2 ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ กลัวผู้ป่วยพิการ และข้อที่ 3 กลัวผู้ป่วยตาย มีระดับความเครียดลดลงจากระดับมากในระยะก่อนการทดลองมาสู่ระดับน้อยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจในการต่อสู้กับความเครียดเพิ่มมากขึ้น และทำให้มีความเครียดลดลง[16] ถัดมากิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 สร้างกำลังใจ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนำสมาชิกในครอบครัวที่มีความต้องการและสมัครใจอยากเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดในครั้งนี้ได้อีก 1 คน เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความรู้สึก และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันค้นหาทางออกของสถานการณ์วิกฤต โดยใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย พบว่า การสนับสนุนให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือกัน ส่งผลให้สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างเหมาะสม ลดผลกระทบด้านจิตใจ[9] และขั้นตอนสุดท้าย กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 ยุติการบำบัด ช่วยให้สามารถสรุปเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยใช้ศักยภาพของตนเอง ได้เตรียมความพร้อมสภาวะจิตใจ สร้างกำลังใจ และการมีความหวังตามความเป็นจริง

จากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความไว้วางใจ ได้เปิดใจ ระบายความรู้สึก โดยสำรวจความรู้สึกของตนเอง ส่งผลให้รับรู้ เข้าใจ และยอมรับสถานการณ์ตาม

ความเป็นจริง โดยใช้ศักยภาพของตนเอง และใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสร้างกำลังใจ การมีความหวังตามความเป็นจริง อันนำไปสู่การบรรเทาความทุกข์ในด้านอารมณ์และจิตใจ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต พบว่า ความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[6]

สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามรูปแบบการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และเมื่อศึกษาเพิ่มเติม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลตามปกติช่วยจัดการความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ แต่อาจจะยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการเผชิญสถานการณ์ความเครียดขณะนั้น เพราะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังสะท้อนถึงความต้องการการดูแลด้านจิตใจที่เฉพาะเจาะจงต่อการเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความทุกข์ที่เกิดขึ้นในจิตใจต่อการเผชิญสถานการณ์ความเครียดขณะนั้น ดังนั้นการเสริมกระบวนการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลร่วมกับรูปแบบการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถเผชิญสถานการณ์ความเครียดได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมและรายด้านลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมและรายด้านลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[8]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้รับการอบรมจิตบำบัดแบบประคับประคอง สามารถนำรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับนักวิชาการและนักวิจัย สามารถนำผลวิจัยไปพัฒนารูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล เพื่อลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด

References

1. Limamnuaylap S. Nursing Care for Patient Crisis illness (8th ed.). Khon Kaen: Klangnanavittaya-Press; 2014. (in Thai).
2. Kusoom V. Critical Care Nursing: A Holistic Approach (5th ed.). Bangkok: Sahaprachapanit; 2013. (in Thai).
3. Sattayatham C. Psychiatric and Mental Health Nursing (Revised edition) Volume 1 (1st ed.). Bangkok: Thana Place Co.,Ltd.; 2013. (in Thai).
4. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, & Puntillo KL. Symptom experiences of familymembers of intensive care unit patient at high risk for dying. Critical Care Medicine. 2010;38(4): 1078-1085.

5. Aguilera DC. Crisis intervention: Theory and methodology (8th ed.). St. Louis: C. V. Mosby; 1988.
6. Sawasdinaruenart S. Effects of Information and Emotional support Program on Caregivers Stress and Stress Impacts in Caring for Patients with Traumatic Brain Injury in Critical Phase(Master's thesis). Prince of Songkla University; 2012. (in Thai).
7. Pomrod T. Responses to Need and Coping to Stress of Patients' Relatives before Transferring from the Intensive Care Unit. Ramathibodi Nursing Jounal. 2012; 17(1): 75-89. (in Thai).
8. Lhaosupab N. Effect of Stress Management Program for Relatives' of Critically Ill Patients on Relatives Stress (Master's thesis). Mahidol University; 2013. (in Thai).
9. Singdong P. Caring for Relatives of Critically Ill Patients: Relatives' Perspective. Princess ofNaradhiwas University Jounal. 2011; 3(3): 17-32. (in Thai).
10. Watthanasereewetch T. The Effect of Providing Concrete-Objective Information Before the First Visit to Pediatric Patients in Intensive Care Unit on Maternal Anxiety. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 91-99. (in Thai).
11. Wilkins P. Person-centred and Experiential Therapies: Contemporary Approaches And Issues inPractice. SAGE; 2016.
12. Lazarus RS & Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
13. Napapongsuriya T. Psychotherapy. Psychiatric Nursing (1st ed.). Nakhon Pathom: Amarin Printing & Publishing Public; 2014. (in Thai).
14. Ruchiwit M. The Effect of the One-to-One Interaction Process with Group Supportive Psychotherapy on Levels of Hope, Anxiety, and Self-care Practice for Patients that had Experienced Organ Loss. Pathum Thani: Thammasat Printing House; 2013. (in Thai).
15. Wongkrai B. The Effect of Family Needs Supporting Program on Adjustment of Family Members of Patients with Traumatic Brain Injury. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2010; 19(2): 86-97. (in Thai).
16. Yothinwattanabamrung A. The Effect of Family Crisis Intervention Program on Adaptation of Family Members of Patients Admitted in an Intensive Care Unit. Journal of Nursing ScienceChulalongkorn University. 2010; 19(2): 98-111. (in Thai).
17. Musigo S. Stress Reduction by Client-Centered Consult in Relative Psychiatric Patients in Suansaranrom Hospital (Master's thesis). Suratthani Rajabhat University; 2011. (in Thai).