

ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัว ต่อความเครียดและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

Effects of the Family Needs Response Program on Stress and Satisfaction Among Family of Critically Ill Patients

รัตนาวดี จันทรรณม** จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช* มยุลี สำราญญาติ
Rattanawadee Chantam** Chiraporn Tachaudomdach* Mayulee Somrarnyart
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chaing Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวต่อความเครียดและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 2 โรงพยาบาลราชบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2) คู่มือข้อมูลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก 3) แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (CCFNI) 4) แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 5) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก (FS-ICU 24) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบแมน-วิทนียู สถิติทดสอบวิลคอกสัน และสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลในหอผู้ป่วยหนักสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแล ในหอผู้ป่วยหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้ได้โปรแกรมที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวช่วยลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก

คำสำคัญ : ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต, ความเครียด, ความพึงพอใจต่อการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก, ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

This quasi-experimental study investigated the effects of a family needs–response program on stress and satisfaction among family members of critically ill patients. The sample comprised 52 family members of patients admitted to the medical intensive care units of two hospitals in Ratchaburi Province. Participants were

Corresponding Author: *Email: chiraporn.tac@cmu.ac.th

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ (Received) 20 ส.ค. 68 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 3 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 14 ต.ค. 2568

purposely selected and equally allocated to two groups, with 26 assigned to the control group and 26 to the intervention group. The research instruments consisted of (1) the family needs–response program, (2) an information handbook for families of ICU patients, (3) the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), (4) a family stress assessment form, and (5) the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit questionnaire (FS-ICU 24). Data were collected through self-administered questionnaires and analyzed by using descriptive statistics, the Mann–Whitney U test, the Wilcoxon signed-rank test, and the independent-samples t-test. The results revealed that stress levels in the intervention group after the program were significantly lower than before the intervention ($p < .001$). Compared with the control group, the intervention group reported significantly lower stress scores ($p < .05$) and higher satisfaction with ICU care ($p < .001$). These findings demonstrate that the family needs–response program is effective in reducing stress and enhancing family satisfaction with ICU care. The program offers a practical framework for family-centered care by addressing family needs, thereby alleviating stress and enhancing satisfaction of care among family members of critically ill patients.

Keyword: Needs of families of critically ill patients, Stress, Satisfaction with care in the intensive care unit, Family Members of Critically Ill Patients

บทนำ

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะคุกคามชีวิตที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงของผู้ป่วย¹ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นระบบ แต่ขาดการดูแลครอบครัวผู้ป่วยอย่างเป็นระบบอาจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดทางจิตใจแก่ครอบครัวทันทีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ความเครียดมักอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ช่วงแรกและต่อเนื่องตลอดการรักษาส่งผลให้ครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น² จากการศึกษา พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการหลักอยู่ที่การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับพยากรณ์โรค การมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และการรับรู้ถึงความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่ความต้องการรองเกี่ยวข้องกับสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การละเลยต่อความต้องการเหล่านี้อาจเพิ่มระดับความเครียดและลดความพึงพอใจของครอบครัว²

แบบประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (CCFNI)³ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับเพื่อประเมินและตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างเป็นระบบ ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการทดสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือจัดกลุ่มความต้องการที่สำคัญ

ของครอบครัวออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล ความสะดวกสบาย ความต้องการข้อมูล การช่วยเหลือสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมและการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การนำ CCFNI มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวมีผลอย่างยิ่งต่อการลดระดับความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญสำหรับทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการสื่อสารและให้การดูแลสนับสนุนที่ครอบคลุมทุกมิติ

นอกเหนือจากการตอบสนองความต้องการพื้นฐานระดับความพึงพอใจของครอบครัวเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการดูแลที่สำคัญ ประเมินได้ผ่านกรอบแนวคิด (FS-ICU)⁴ แบ่งความพึงพอใจเป็น 2 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อการดูแล และความพึงพอใจต่อกระบวนการตัดสินใจ ผู้ป่วยวิกฤตมักไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจที่สูงขึ้น⁵ โดยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนี้ให้การตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 5 ด้าน ตามแบบประเมิน CCFNI เริ่มภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ในมุมมองของทฤษฎีของลาซารัสและโพลค์แมน⁶ การสนับสนุนเหล่านี้เปรียบเสมือนการเพิ่ม

ทรัพยากรในการเผชิญปัญหาให้แก่ครอบครัว ช่วยให้พวกเขามองสถานการณ์ในเชิงบวกและสามารถจัดการได้ ซึ่งนำไปสู่การลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. คะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียด (Transactional Model of Stress and Coping)⁶ ร่วมกับแนวคิดการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต³ เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อสร้างโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามทฤษฎีการเผชิญความเครียดผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยมาประเมินสถานการณ์ จากนั้นประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อใช้กลไกการเผชิญความเครียด ในการเผชิญปัญหาเป็นการมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรงตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ตามโปรแกรมการตอบสนองความต้องการที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล 2) ความสะดวกสบาย 3) ข้อมูล 4) การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และ 5) การช่วยเหลือสนับสนุนพร้อมการใช้กลไกเผชิญความเครียด 2 แบบ คือ การเผชิญแบบ

มุ่งแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์จัดกิจกรรมให้การตอบสนองความต้องการซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของครอบครัวใน 5 ด้าน เริ่มภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ตอบสนองความต้องการ 1 ด้านต่อวัน ครั้งละ 30 ถึง 35 นาที

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทั้งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตได้ เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2. ไม่เคยมีประสบการณ์คนในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน 3. ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4. ระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป ใช้แบบวัดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต⁷ 5. สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน และเป็นคนเดียวที่ดูแลตลอดการศึกษาในครั้งนี้ 6. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์การยุติการวิจัย คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักก่อน 5 วัน กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จาก effect size¹⁰ เท่ากับ 0.8 เปิดตารางการทดสอบ⁸ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 22 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างป้องกันการสูญเสีย 20% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2567-EXP068 และโรงพยาบาลราชบุรี เลขที่ 127/2567 วันที่รับรอง 22 พฤศจิกายน 2567 วันสิ้นสุดการรับรอง 2 ตุลาคม 2568 ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง และสิทธิที่จะถอนตัวโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างได้รับ นำเสนอผลงานวิจัยเป็นภาพรวมข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อกที่ทำงานของผู้วิจัยและทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมโดยการลงนามในหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวต่อความเครียดและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพัฒนามาตามทฤษฎีการเผชิญความเครียดเชิง⁶ และประยุกต์ใช้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต³ โดยตอบสนองความต้องการ 5 ด้าน วันละ 1 ด้าน รวม 5 วัน ดำเนินโปรแกรมโดยผู้วิจัยและเริ่มเก็บในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง 2) คู่มือข้อมูลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีเนื้อหาครอบคลุมการตอบสนองความต้องการสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต⁴ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่องระยะเวลาในการจัดทำโปรแกรมจากเดิม 3 วัน ปรับเป็น 5 วัน และ 3) แบบประเมิน CCFNI แปลเป็นภาษาไทย³ ใช้คัดกรองและประเมินการตอบสนองความต้องการตามโปรแกรมจำนวน 43 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล 7 ข้อ ด้านความสะดวกสบาย 5 ข้อ (ตัดมิโทรศัพท์สาธารณะไว้ให้บริการ เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีเครื่องบริการโทรศัพท์สาธารณะ) ด้านข้อมูล 7 ข้อ ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 11 ข้อ และด้านความช่วยเหลือสนับสนุน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต⁷ จำนวน 50 ข้อ ได้แก่ ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจของญาติ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม CVI ได้เท่ากับ 0.96 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก (FS-ICU) แปลเป็นภาษาไทย⁹ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยหนัก 14 ข้อ และความพึงพอใจของครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยหนัก 16 ข้อ CVI ได้เท่ากับ 0.95 แปลผลค่า CVI ของเครื่องมืออยู่ในระดับดีมาก การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ตรวจสอบซ้ำอีก

แบบประเมิน CCFNI³ แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย⁷ และแบบประเมิน FS-ICU⁹ ทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ

0.88, 0.97 และ 0.82 ตามลำดับ ดำเนินการขอใช้เครื่องมือกับผู้พัฒนาเครื่องมือโดยตรงและส่งหนังสือขออนุญาตให้ทางมหาลัยต้นสังกัดของผู้พัฒนาเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม (ระยะเวลา 5 วัน)

ครั้งที่ 1 (ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา) ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน CCFNI แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วยการอธิบายอาการของผู้ป่วย ระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย การให้ข้อมูลหรือตอบข้อซักถามเกี่ยวกับผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล รวมถึงการให้การพยาบาลด้านกิจวัตรประจำวันในหอผู้ป่วยหนัก

ครั้งที่ 2 - 4 (วันที่ 2,3,4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก) ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลเจ้าของไข้

ครั้งที่ 5 (วันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก) ใช้เวลาประมาณ 30-35 นาที ให้ครอบครัวผู้ป่วยทำแบบประเมินความเครียดและแบบประเมิน FS-ICU ให้คู่มือและการพยาบาลตามโปรแกรมการตอบสนองความต้องการเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ แจ้งสิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง (ระยะเวลา 5 วัน) แต่ละครั้งใช้เวลา 30-35 นาที

ครั้งที่ 1 (ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา) อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยใช้การสื่อสารที่แสดงออกทั้งทางวาจาและการแสดงออกทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน CCFNI และประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสรุปความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและให้การตอบสนองความต้องการตามลำดับความต้องการที่มากที่สุด 1 ด้าน มอบคู่มือและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้

ครั้งที่ 2 - 4 (คือ วันที่ 2,3,4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก) ตอบสนองความต้องการ 1 ด้านที่มีคะแนนรองลงมาจากด้านที่ได้ให้การตอบสนองแล้วในวันแรกนัดหมายในวันถัดไป และเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

ครั้งที่ 5 (วันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก) ให้การตอบสนองความต้องการด้านสุดท้ายที่เหลืออีก 1 ด้าน หลังจากนั้นให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทำแบบประเมินความเครียดและแบบประเมิน FS-ICU 24 หลังเสร็จกิจกรรม หากพบว่า มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการซ้ำ แจ้งสิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi square และสถิติ Fisher's exact ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติไคโมโกรอฟ ซามิโนฟ พบว่า มีการกระจายข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดกลุ่มก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการ ด้วยสถิติ Mann - Whitney U test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติไคโมโกรอฟ ซามิโนฟ พบว่า มีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent t - test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.2 อายุเฉลี่ย 41.15 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง

ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง (N=26)	1.76	.47	.85	.48	-4.4	<.001***

หมายเหตุ ***p < .001

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

(S.D. = 11.27) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเป็นเพศชายและหญิง เท่ากันร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 46 ปี (S.D. = 10.31) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 65.4 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.8 เท่ากัน และนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.0 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและระดับปริญญาตรีเท่ากับร้อยละ 42.3 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับการมีรายได้ 10,000- 20,000 บาทเท่ากับรายได้ 20,000 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 38.5, 42.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เข้ารับบริการในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76.9 และ 73.19 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 65.4 และ 69.2 ตามลำดับ และอาศัยอยู่ในอำเภอ/เขตเดียวกับโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 57.7 ตามลำดับ

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 2 ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 อายุเฉลี่ย 67.5 ปี (SD = 12.20) ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 69.84 ปี (SD = 16.17) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 92.3 ตามลำดับ และการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย ทำนายความน่าจะเป็นของอัตราการตายส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 85 คิดเป็นร้อยละ 30.8

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	การพยาบาลตามปกติ		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	1.73	.42	1.76	.47	-0.09	0.93
หลังการทดลอง	1.20	.55	.85	.48	-2.50	0.01*

หมายเหตุ * $p < .05$

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
หลังการทดลอง	70.51	14.31	82.61	11.82	-3.32	<.001***

หมายเหตุ *** $p < .001$

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อ้างอิงจากตารางที่ 1 โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัว มีการตอบสนองที่ครอบคลุม 5 ด้าน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเครียดในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ สังคมและสภาพร่างกายของผู้ป่วยลดลงสู่ระดับน้อย เนื่องจากการให้ข้อมูลสภาพแวดล้อมภายในห้อง จัดทำแผนที่แสดงในสมุดคู่มือ และสิ่งแวดล้อมข้างเตียงผู้ป่วย อธิบายสิทธิการรักษา และมีการแจ้งครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนทุกครั้งเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีการตัดสินใจในการรักษา การอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ด้านการพยาบาล เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ¹⁰ ที่ยืนยันว่าการให้ข้อมูล การสื่อสารอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นหัวใจสำคัญในการลด

ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก อย่างไรก็ตามความเครียดด้านจิตใจซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการสูญเสียยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อ้างอิงจากตารางที่ 2 โปรแกรมการตอบสนองความต้องการครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนี้ให้การดูแลที่ครอบคลุมและเป็นระบบ โดยเริ่มจากการประเมินและตอบสนองความต้องการและตอบสนองความต้องการแบบเฉพาะรายครอบครัว พร้อมบูรณาการแนวทางการจัดการความเครียด⁷ ซึ่งแตกต่างจากการดูแลปกติที่เน้นการให้ข้อมูลทั่วไป นอกจากนี้โปรแกรมมีการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การจัดทำคู่มืออำนวยความสะดวก ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา^{3,11,12} พบว่า การให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการได้รับ

โปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อ้างอิงจากตารางที่ 3 การที่โปรแกรมตอบสนองความต้องการเริ่มต้นให้การสนับสนุนตั้งแต่แรกเริ่ม โดยประเมินการตอบสนองความต้องการแบบเจาะจงรายครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การดูแลตามความต้องการช่วยเพิ่มความพึงพอใจได้¹³ และการสื่อสารที่ดีและการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถเพิ่มความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลได้¹⁴ จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม FS-ICU 24 พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่เกณฑ์สูง แต่มีคะแนนต่ำในด้านความสะดวกสบายของห้องพักรักษาและความถี่ในการสื่อสารกับแพทย์⁹ เนื่องจากชั้นที่หอผู้ป่วยหนักอยู่มีการเปิดเข้าเยี่ยมในเวลาเดียวกันอาจทำให้ที่นั่งไม่เพียงพอและอธิบายได้ด้วยทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์คแมน⁶ ว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินสถานการณ์ของครอบครัวจากความรู้สึกคุกคาม ไปสู่การรับรู้ว่ามี การสนับสนุนและทรัพยากรที่เพียงพอ ส่งผลให้ครอบครัวเผชิญสถานการณ์ได้ดีขึ้นและเกิดความพึงพอใจต่อการดูแล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

หน่วยงานที่นำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการนี้ไปใช้ ควรมีการอบรมและเตรียมความพร้อมก่อนนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้มีรายละเอียดการตอบสนองความต้องการหลายประการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้สามารถลดระดับความเครียดด้านจิตใจให้อยู่ในระดับน้อย โดยจัดกิจกรรมที่มุ่งบรรเทาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความกลัวการเสียชีวิตของผู้ป่วยและกลัวการเกิดความพิการ เพื่อให้ครอบครัวมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

References

1. Kusump V, & Krongyut S. Nursing care of critically ill patients: Concepts and application. Bangkok: N P Press; 2020. (in Thai)
2. Bala N, Brar AS, Attri JP, Mahajan P, Dahuja M, & Kapila U. A cross-sectional study to assess the perceived and unmet needs of the relatives/family members of patients admitted in intensive care unit. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 2025; 41(1): 83-9.
3. Srisup-olan I. Effects of a family needs-response program on anxiety among family members of critically ill patients [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
4. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, & Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Critical Care Medicine*. 2002; 30(7): 1413-8.
5. Midega TD, Oliveira HSB, & Fumis RRL. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2019; 31(2): 147-55.
6. Lazarus RS, & Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
7. Laosuphap N. Effects of a stress management program for relatives of critically ill patients on relatives' stress [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (in Thai)
8. Burns N, & Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6thed. Saint Louis: Saunders Elsevier; 2009.
9. Tajarernmuang P, Chittawatanarat K, Dodek P, Heyland DK, Chanayat P, Inchai J, et al. Validity and reliability of a Thai version of Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2020; 24(10): 946-54.

10. Shoushi F, Janati Y, Mousavinasab N, Kamali M, & Shafipour V. The impact of family support program on depression, anxiety, stress, and satisfaction in the family members of open-heart surgery patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2020; 7(2): 69-77.
11. Rhoads SL, Trikalinos TA, Levy MM, & Amass T. Intensive care-based interventions to reduce family member stress disorders: A systematic review of the literature. *Journal of Critical Care Medicine*. 2022; 8(3): 145-55.
12. Jomkoksung J, Nabkasorn C, & Chaisena Dallas J. Effect of individual supportive psychotherapy on stress in family members of surgical intensive care unit patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19 (Supplement): 305-15. (in Thai)
13. Yousefi H, Karami A, Moeini M, & Ganji H. Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012; 17(4): 296-300.
14. Sinthurawit P. Effects of a stress management program on stress, anxiety, and satisfaction among relatives of critically ill patients in the ICU, Wanon Niwat Hospital, Sakon Nakhon Province. *Journal of Medical and Public Health Environmental Study*. 2023; 8(2): 72-81. (in Thai)